

# PSIGIATRIESE PASIËNTE SE BELEWENIS VAN HUL BEHANDELING DEUR DIE INTERPROFESSIONELE GESONDHEIDSPAN IN 'N PRIVAAT PSIGIATRIESE KLINIEK

H.E. Stols, M. Greeff en M. Poggenpoel

## INLEIDING

Hedendaagse psigiatriese dienslewering word deur 'n verskeidenheid multi-professionele spanlede gelewer. As gevolg van die kompleksiteit van die oorsake en aard van geestesongesteldheid en die moderne tendens om te spesialiseer, het elke professionele groep 'n afsonderlike en unieke inset om te lewer. Daar bestaan egter ook talle "grys" areas van oorvleueling. Hierdie "grys" areas ontstaan as gevolg van verskillende faktore, maar veral as gevolg van die professionele groepe se gemeenskaplike ondersteunende en terapeutiese funksies, asook die gebruikmaking van persoonlikheidsteorieë wat as gemeenskaplike verwysingsraamwerk deur almal benut word (SARV, 1985: 5; Wilson & Kniesl, 1983: 55).

Op nasionale vlak bestaan daar tussen verskillende professionele groepe met hul onderskeie professionele verenigings enrade, 'n onderlinge wedywering om bepaalde aspekte van behandeling met behulp van wetlike verskansing eksklusief vir hulself afgebaken te kry. Hulle poog dus om ander professionele groepe wat wel oor voldoende agtergrondkennis, opleiding en praktiese vaardigheid beskik van dienslewering uit te sluit (SARV, 1988: 5; McDonald & Ritzer, 1988: 260).

Te midde van die konflikte word daar dikwels vergeet dat die interprofessionele gesondheidspan daar is ter wille van die pasiënt en nie andersom nie (Seidel, 1986: 64).

## DOELSTELLINGS

Die doelstellings van hierdie studie was die volgende:

1. Om 'n verkennung te doen van psigiatriese

pasiënte se belewenis van hul behandeling deur 'n interprofessionele gesondheidspan in 'n privaat psigiatriese kliniek.

2. Om riglyne daar te stel vir die optimale benutting van die interprofessionele gesondheidspan se bydrae in die behandeling van psigiatriese pasiënte in 'n privaat psigiatriese kliniek, met spesifieke verwysing na die bydrae van die psigiatriese verpleegkundige en met die oog daarop om geestesongesteldheid by psigiatriese pasiënte te voorkom.

## NAVORSINGSONTWERP EN -METODE

Die navorsingsontwerp en -metode wat in hierdie studie gevolg is, word kortliks uiteengesit.

### Navorsingsontwerp

Hierdie studie was kwalitatief en verkennend van aard, met die doel om begrip en kennis aangaande individuele psigiatriese pasiënte se belewenis van hul behandeling deur die interprofessionele gesondheidspan te vermeerder. Dit was kontekstueel van aard omdat pasiënte uit 'n spesifieke privaat psigiatriese kliniek by die studie betrek was (Burns & Grove, 1987: 39; Mouton & Marais, 1988: 43).

### Navorsingsmetode

By die navorsingsmetode wat gevolg is, was veral die volgende aspekte belangrik: betroubaarheid en geldigheid; steekproefneming; data-insameling; dataverwerking; resultate en aanbevelings.

### \* Betroubaarheid en geldigheid

Om die gevær van nie-betroubare resultate teen te werk, is kontrolemaatreëls met betrekking tot die posisie of status van die navorsing, keuse van deelnemers, sosiale konteks en metode en prosedure van die studie toegepas (Stols, 1992: 16-19).

Die gevær van nie-geldigheid is tegewerkt met behulp van kontrolemaatreëls ten opsigte van die geskiedenis en ryping van data, waarnemereffekte, keuse van deelnemers en dataregressie, asook mortaliteit van data (Stols, 1992: 19-22; Woods & Catanzaro, 1988: 136-137).

### \* Steekproefneming

'n Nie-waarskynlike steekproef wat spesifiek doelgerig en gerieflik was en wat vrywillige deelname van deelnemers vereis het, was geneem. Die steekproef is geneem uit die steekproefpopulasie wat al die pasiënte van 'n spesifieke privaat psigiatriese kliniek in die Transvala was, en deur 'n interprofessionele gesondheidspan behandel is. Die deelnemers het bestaan uit die eerste vyftien pasiënte en wat tydens die drie spesifieke weke waartydens data-insameling gedoen is aan die kriteria vir insluiting by die studie voldoen het. Hulle was direk voor data-insameling aan psigiatriese behandeling deur 'n interprofessionele gesondheidspan blootgestel (Abdullah & Levine, 1979: 333-335; Cobb & Hagemaster, 1987: 138; Wilson, 1985: 57, 68).

### \* Data-insameling

Met behulp van die fenomenologiese navorsingsmetode is die verskynsel van psigiatriese behandeling deur 'n interprofessionele gesondheidspan ontdek soos dit tydens deelname aan die situasie deur pasiënte beleef is. Die navorsing het 'n bepaalde

rol vervul en die strategieë van "intuïtering" en "tussen hakies plaas" is toegepas.

Voorbereiding vir data-insameling was gerig op die werwing van deelnemers en die verkryging van ingeligte toestemming. Om data-insameling te insisseur, is deelnemers versoek om 'n spontane skets in hul eie woorde te skryf oor:

*"My ervaring van my behandeling deur die personeel uit die verskillende be-roepsgroep."*

Met behulp van kommunikasietegnieke is opvolgonderhoude met deelnemers in 'n bepaalde fisiese opset gevoer om die inhoud van die geskrewe sketse te verifieer en verder te verken. Die opvolgonderhoude is op band geneem en verbatim getranskribeer. Veldnotas is van onderhoude geskryf ter wille van konteksbeoordeling (Abdellah & Levine, 1979: 339; Omery, 1983: 57; Parse, Coyne & Smith, 1985: 5, 18; Wilson, 1985: 57, 68-70; Woods & Cantanzaro, 1988: 136).

#### \* Dataverwerking

Dataverwerking het plaasgevind deur gebruikmaking van die strategieë van "intuïtering" en "tussen hakies plaas". Dataverwerking het op 'n tweeledige wyse geskied naamlik: 'n inhoudsanalise uit al die deelnemers se spontane sketse en transkripsies wat aan die hand van universele kategorieë gekwantifiseer is, en 'n kontekstuele beskrywing van al die deelnemers se belewenisse gesamentlik. Universele kategorieë wat geïdentifiseer is, is dié van interne fisiese omgewingsfaktore; eksterne fisiese omgewingsfaktore; interne psigologiese omgewingsfaktore; eksterne sosiale omgewingsfaktore; geestelike omgewingsfaktore; nie-klassifiseerbare faktore en 'n integrasie van voorafgaande faktore.

Betroubaarheid van die inhoudsanalise is deur kodering deur 'n navorser en 'n psigiatrise verpleegspesialis as medekodeerde verseker. 'n Werksprotokol vir kontrole van die inhoudsanalise is aan die medekodeerde voorsien. Die metode van dataverwerking het volgens 'n integrasie van die vyf basiese stappe van Giorgi se metode en Kerlinger se metode verloop wat 'n universum, eenhede van analise en kwantifisering insluit (Burns & Grove, 1987: 81; Kerlinger, 1986: 478-481; Omery, 1983: 57; Parse et al., 1985: 4, 19, 20, 21; Woods & Cantanzaro, 1988: 136).

Resultate is gekwantifiseer op grond van die aantal deelnemers wat na dieselfde kategorie of tema verwys het. Dit is in tabelvorm aangedui.

#### \* Literatuurkontrole

Resultate is geverifieer deur 'n literatuurkontrole te doen. Daar is spesifiek op nuwe insigte en gevolgtrekkings wat uit dié studie voortgespruit het, gefokus (Woods & Catanzaro, 1988: 136).

#### \* Aanbeveling van riglyne, tekortkominge en toepassingswaarde

Inligting wat uit die studie en literatuurkontrole bekom is, is gebruik vir die opstel van riglyne om die bydrae van die interprofessionele gesondheidspan met die klem op die bydrae van die psigiatrise verpleegkundige in 'n privaat psigiatrise kliniek optimaal te benut, ter voorkoming van die verergering van geestesongesteldheid. Sowel die tekortkominge as die toepassingswaarde van die studie is in ag geneem (Kerlinger, 1986: 481; Stols, 1992: 63-97).

## RESULTATE EN BESPREKING VAN RESULTATE

### Inhoudsanalise

Vir die bepaling van hooftemas vir bespreking is response van sewe of meer deelnemers wat na ooreenstemmende faktore verwys het, as beduidend geag. Die bestaansreg van sodanige temas of faktore is dus daarin geregtig dat 'n beduidende aantal deelnemers hul belewenisse daarvan weergegee het. Die temas en subtemas is in prioriteitsvolgorde getabuleer. Beteenisvolle individuele voorbeeld is aangedui om te verseker dat die kwaliteit van belewenis behoue bly. Die hooftemas wat uitgekristalliseer het, het gekorreleer met die verdeling van die universele kategorieë en word vervolgens bespreek (Stols, 1992: 36-62).

#### \* Interne Fisiese Omgewingsfaktore

Die besonderhede van deelnemers se fisiese belewenisse word in tabel 1 aangedui.

Dit was opmerklik dat vyf uit vyftien deelnemers 'n aversie aangedui het om met hulle hande te werk, alhoewel sommiges tog later besef het dat deelname daaraan 'n helende effek kan hê. Die navorser vermoed dat dit deur 'n kultuurgebonden houding beïnvloed kon wees.

*"Met my hande kan ek niks doen nie ... Sit my agter 'n lessenaar ... Ek is totaal onprakties ..."*

#### \* Eksterne fisiese omgewingsfaktore

Uit tabel 2 is dit duidelik dat deelnemers die eksterne fisiese omgewing (milieu) hoofsaaklik in terme van die struktuur of daagliks program en in terme van die atmosfeer wat deur die fisiese opset geskep is, beleef het.

Die pastorale beraders was onderskeidelik ook as voorligtingsielkundige en kliniese sosioloog gekwalifiseer. Die lesings wat deur hulle aangebied is, is deur sewe deelnemers beskryf as toepaslik, interessant, goed voorberei, leeraam en betekenisvol. Dit het egter die vraag laat ontstaan of die inhoud van die lesings as geestesgesondheidsvorligting geklassifiseer sou kon word of as 'n onderdeel van Godsbelewenis. Op die oog af blyk dit eerder eersgenoemde te wees, in welke geval dit net

TABEL 1  
TEMA: BEHANDELINGSBELEWENIS VAN INTERNE FISIEKE OMGEWING

N = 11	<b>Verwys na fisiese aktiwiteite en sport</b> N = 5 – Aversie in deelname aan handvaardighede N = 2 – Kon dit finansieel nie bekostig nie
N = 9	<b>Verwys na fisiese behandelingsmetodes</b> N = 7 – Positiewe belewenis van fisiese behandeling N = 2 – Verkies om sonder medikasie klaar te kom N = 2 – Positiewe belewenis van slaapterapie N = 1 – Huisdokter kan ook medikasie voorskryf
N = 6	<b>Verwys na fisiese behoeftes</b> N = 4 – Etes van hoogstaande gehalte N = 2 – Fisiek versterk na behandeling

TABEL 2  
TEMA: BEHANDELINGSBELEWENIS VAN EKSTERNE FISIEKE OMGEWING (MILIEU)

N = 10	<b>Verwys na die struktuur van die program</b> N = 7 – Lesings deur pastorale beraders positief N = 3 – Inhoud van opnamevorms dupliserend N = 1 – Arbeidsterapie georganiseerd N = 1 – Saalprogram ongeorganiseerd/ongedissiplineerd N = 1 – Slaaptyd oor naweke te vroeg
N = 9	<b>Verwys na belewenis van fisiese milie</b> N = 6 – Positief: huislike atmosfeer N = 5 – Negatief N = 2 – Beperkte ruimte t.o.v. eetsaal, arbeidsterapie N = 1 – Tuin verwaarloos N = 1 – Tekort aan storte in 'n afdeling N = 1 – Tekort aan toesluitgarages

**TABEL: 3**  
**TEMA: BEHANDELINGSBELEWENIS VAN  
INTERNE PSICOLOGIESE OMGEWING**

N = 15	<b>Verwys na selfwaarde</b>
N = 15	<b>Verwys na kognitiewe aspekte</b> N = 10 - Insig N = 7 - Perspektiewe van tyd
N = 15	<b>Verwys na affektiewe aspekte</b> N = 12 - Gevoel van welsyn N = 9 - Ontsteld N = 7 - Depressie N = 7 - Liefde N = 7 - Kalmte N = 7 - Dankbaarheid N = 5 - Aggressie
N = 10	<b>Verwys na konatiewe aspekte</b>

**TABEL 4**  
**TEMA: BEHANDELINGSBELEWENIS VAN EKSTERNE SOSIALE OMGEWING**

N = 3	<b>Verwys na openbare menings</b>
N = 7	<b>Verwys na positiewe belewenis van medepasient</b>
N = 8	<b>Verwys na negatiewe belewenis van medepasient</b>
N = 8	<b>Verwys na bydraes van lede van die interprofessionele gesondheidspan</b>
N = 15	<b>Verwys na interakelepatrone van lede van die interprofessionele gesondheidspan</b> N = 15 - Omgee (Verpleegkundige) N = 13 - Ondersteuning/simpatie/gerusstelling (Verpleegkundige) N = 11 - Betoning van liefde (Verpleegkundige) N = 11 - Verstaan/Begryp (Verpleegkundige) N = 10 - Beskikbaarheid (Verpleegkundige) N = 10 - Oopheid/tegemoetkomend (Verpleegkundige) N = 10 - Luister aktief (Verpleegkundige) N = 9 - Streng (Verpleegkundige) N = 8 - Moedig onafhanklikheid aan (Verpleegkundige) N = 8 - Fokus doelgerig op probleem (Psigiater) N = 7 - Fokus doelgerig op probleem (Verpleegkundige) N = 7 - Uitreikend (Verpleegkundige) N = 7 - Raadgee (Verpleegkundige) N = 7 - Raadgee (Psigiater) N = 6 - Fasiliteer informele klimaat en kalmte (Verpleegkundige) N = 6 - Help (Arbeidsterapeut) N = 6 - Ondersteun (Arbeidsterapeut) N = 5 - Verduidelik (Verpleegkundige) N = 4 - Ondersteun (Psigiater) N = 4 - Moedig onafhanklikheid aan (Psigiater) N = 4 - Luister (Psigiater) N = 2 - Buigsaam/geduldig (Verpleegkundige) N = 2 - Stel vrae (Verpleegkundige) N = 2 - Kommuniikeer met ander spanlede (Verpleegkundige) N = 2 - Negatiewe ervaring (Verpleegkundige) N = 2 - Luister (Arbeidsterapeut) N = 2 - Moedig onafhanklikheid aan (Arbeidsterapeut)

sowel deur enige van die interprofessionele gesondheidspanlede aangebied sou kon word.

Alhoewel dit op die oog af nie deel van behandeling deur die interprofessionele gesondheidspan was nie, het ses deelnemers verwys na die positiewe wyse waarop die kamers en tuine tot 'n huislike, informele, kalmerende atmosfeer bygedra het en 'n invloed op hulle gemoedstoestand uitgeoefen het.

"Hmm, die tuin, en alles, as jy deur die venster kyk, alles lyk rustig waar hulle baie keer spuit en um ... mense wat tog, hulle het elkeen 'n probleem, tog maar rustig ... redelik rustig ... rondbeweeg".

\* Interne psigologiese omgewingsfaktore

Volgens tabel 3 was dit opmerklik dat al vyftien deelnemers verwys het na selfwaarde,

kognitiewe aspekte en affektiewe aspekte, terwyl slegs tien deelnemers na die konatiewe aspekte verwys het.

**Selfwaarde**

Die meeste deelnemers het by opname 'n lae selfwaarde gehad.

*"This is a beautiful place, the whole clinic ... and I felt, no, I can't live here. It's too nice for me".*

Dit blyk dat pasiënte gedurende behandeling hul selfvertroue herwin het en menswaardig en gerespekteerde gevoel het. Dit is bereik deur lede van die interprofessionele gesondheidspan se persoonlike belangstelling, individuele aandag, respek, onvoorwaardelike aanvaarding, hoflikheid, erkenning en suksesvolle voltooiing van aktiwiteite by arbeidsterapie.

*"Die feit dat jy tog skeppend en kreatief kan wees en nie 'n niks of 'n niemand is nie".*

**Kognitiewe aspekte**

Met verwysing na tabel 3 is verskillende kognitiewe aspekte aangedui. Tien deelnemers het aangedui dat hulle tot insig gekom het.

*"Alkoholprogram. Ek dink van al die programme het ek dit die mees leersame gevind. Dit het my laat besef ek het 'n probleem en dit het my tot insig gebring".*

*"Depressie is 'n siekte soos enige ander siekte en hy kan jou net soos wat jy 'n maagseer het en hulle kan jou gesond maak vir die maagseer ..."'*

Sewe deelnemers het deur hul persepsië van tyd aangetoon dat tyd 'n belangrike faktor in hul beleweniswêreld was. Vyf deelnemers het versoek dat arbeidsterapie vir langer tye oop sal wees. Een deelnemer was bewus daarvan dat 15 minute van die kapeldiens aan sang en 15 minute aan verkondiging van die Woord gespandeer is; hy wou meer tyd aan Woordverkondiging gespandeer hê. 'n Ander deelnemer het aangedui dat sy eerder met die psigiatrysche verpleegkundige praat omdat sy tydens sessies met die psigiater voel sy moet haar sê sê, want daar is ander met groter probleme wat vir hom wag en sy voel sy mors sy tyd. Nog 'n deelnemer het daarop gewys dat die pastorale berader te besig is en nie tyd vir 'n krisis het nie.

*"En ek het soontoe gegaan, dis in vyfien-minute sessies ingedeel ... Dis nie dr. X se skuld dat hy nie verlede week hier kon wees nie, ... maar vanmôre het ek in vyfien minute myself gekry".*

*"Hulle het altyd tyd. Dis een ding wat ek gesien het, maak nie saak wie aan diens was nie, hulle het altyd tyd vir jou gehad al was hulle hoe besig. Hulle sal hulle goed net daar neersit. Dan sal hulle vir jou tyd maak. En dis almal".*

Uit voorafgaande bevindings blyk dit dat gespesialiseerde terapietyd net so 'n belangrike rol in psigatriese behandeling speel as wat tegnologie in sjirurgiese behandeling speel. Verder is dit opmerklik dat 'n deurlopende vier-en-twintig-uur-beskikbaarheid van die psigatriese verpleegkundige 'n noodsaklike aanvulling en ondersteuning tot die intermitterende daaglikske terapiessessies deur ander terapeute bied.

#### Affektiewe aspekte

Tabel 3 dui op positiewe gevoelens soos gevoelens van welsyn, liefde, dankbaarheid en kalmte wat veral tydens ontslag en gedurende behandeling ervaar is. Dit was afgewissel deur negatiewe gevoelens van ontsteltenis, depressie en agressie wat veral tydens opname en gedurende behandeling ervaar is. Voorafgaande kon op 'n verbetering in geesteswelsyn vanaf opname tot ontslag dui.

#### Konatiewe aspekte

Met verwysing na tabel 3 was dit 'n algemene tendens by dié deelnemers dat hulle by opname moeg, verslae, sonder doel en sonder energie was, met 'n drang om hulself en soms selfs hul gesinne uit te wis.

Deur bemoediging en behandeling het hulle weer hul lus vir die lewe, energie, belangstelling, vooruitsigte, toekomsverwagtinge, motivering, dryfkrag en uitdagings teruggekry en besef dat selfmoord nie 'n oplossing is nie. Die lewe het weer sin en betekenis gekry en hulle kon die lewe weer aanpak.

*"My sin en belangstelling vir die toekoms was nog nooit so belangrik en uitdagend soos reeds nou deurdat ek 'n nuwe insig en belangstelling daarvoor gekry en on-dek het met my behandeling".*

#### Eksterne sosiale omgewingsfaktore

Uit tabel 4 blyk dit dat resultate uit deelnemers se belewenisse van eksterne sosiale omgewingsfaktore geleid het tot die subtemas van openbare menings, belewenis van medepasiënte, belewenis van verskillende lede van die interprofessionele gesondheidspan se bydraes en belewenis van die interaksiepatrone van lede van die interprofessionele gesondheidspan. Dit is verder duidelik dat deelnemers se belewenisse van laasgenoemde interaksiepatrone aan spesifieke lede van die interprofessionele gesondheidspan gekoppel was.

Dit het geblyk dat belewenisse van openbare menings gefokus het op die stigma wat aan geestesongesteldheid kleef.

*"En hulle (tieners) het in die gang gesit en tekere gegaan dat my besoekers gesê het dit klink soos 'n malhuis. En dis nie wat ek wil hê hulle moet dink ek in is nie".*

Negatiewe belewenisse van medepasiënte het hoofsaaklik gesentreer om aanpassings by moeilike of tienerpasiënte, terwyl positiewe belewenisse van medepasiënte veral gehandel het oor groepterapie, die gevoel van universaliteit en sosialisering. Vier deelnemers het spesifiek aangedui dat persoonlike deelname en bespreking van hul probleme in groep meer waarde het as didaktiese groep. Alhoewel dit nie deel van die navorsingsdata was nie, word 'n gedeelte uit 'n gedig wat die kwaliteit van 'n anonieme pasiënt se belewenis van 'n medepasiënt, illustreer met eersgenoemde se toestemming, aangehaal:

*"Ag Heer, sal ek ook word soos hierdie vrou?" (Stols, 1992: 179).*

Met betrekking tot die belewenisse van verskillende lede van die interprofessionele gesondheidspan se bydraes tot herstel, was dit opmerklik dat daar verskillende menings daaroor was. Elkeen van die psigiatre, sielkundige, psigatriese verpleegkundige, arbeidsterapeut en pastorale berader se bydraes is afsonderlik deur verskillende deelnemers as die belangrikste bydrae tot hulle herstel aangedui.

In die lig van voorafgaande het een deelnemer spesifiek genoem dat die psigiatre op grond van sy opleiding en ervaring die belangrikste invloed op sy behandeling gehad het. 'n Ander deelnemer het ook die psigiatre as die belangrikste faktor genoem, maar daarmee saam gesê dat dit eintlik onregverdig is om die verpleegkundige wat die alkoholgroep gehou het, se rol in sy behandeling ondergeskik te stel aan dié van die psigiatre. Die moontlikheid bestaan dat voorafgaande aan die openbare mening gekoppel kan word.

Dit is opmerklik uit tabel 4 dat die fokus van deelnemers se belewenis van hul interaksie met lede van die interprofessionele gesondheidspan, kwantitatief en kwalitatief, hoofsaaklik om hul interaksies met verpleegkundiges gesentreer het. Die klem het hoofsaaklik daarop gevallen dat verpleegkundiges gebruik gemaak het van die terapeutiese self deur die aspekte van omgee, ondersteuning, liefdevolheid, begrip, beskikbaarheid, oopheid, luister, konsekwentheid, uitreiking en totale aanvaarding (deur die skep van 'n informele klimaat) toe te pas. Die kern hiervan kan moontlik gekoppel word aan die deurlopende vier-en-twintig-uur-'n-dag-beskikbaarheid van die verpleegkundige teenoor intermitterende terapiessessies van ander lede van die interprofessionele gesondheidspan. Dit regverdig dus opname en behandeling van psigatriese pasiënte in 'n terapeutiese milie waar psigatriese verpleegkundiges hierdie rol kan vervul.

Uit tabel 4 kom dit verder voor asof interaksiepatrone van lede van die interprofessionele gesondheidspan hoofsaaklik bestaan het uit dié wat gerig was op die instandhouding van positiewe interpersoonlike

verhoudings en dié wat gefokus het op probleemgerigte of werkgerigte tussentrede. Deelnemers het meer klem gelê op belewenisse van interpersoonlike verhoudingsaspekte en wel soos dit veral deur die verpleegkundiges gefasiliteer was. Tot 'n mindere mate is daar klem gelê op werksgerigte tussentredes wat min of meer ewe veel deur psigiaters en verpleegkundiges gefasiliteer was. Ondersteuning en doelgerigte aktiewe hulpverlening is ewe veel deur arbeidsterapeute gefasiliteer.

*"I was informed sister A was looking for me. She was warm and loving and explained in detail about everything".*

*"...en jy't weer eens besef dat jy as wildvreemdeling lê, en hier is iemand wat werklik vir jou omgee, ....".*

*"...I just cried and all she did was put her arm around me and hold me and that meant so much to me, you know, and she said:*

*'Cry it out', and it felt wonderful ...".*

*"... en hulle was enige tyd van die nag 'available' om mee te gesels".*

*"... simpatieke benadering word op so 'n wyse gedoen dat pasiënt (ek) die gevoel gekry het dat ek nie absoluut afhanglik is nie".*

Die aspek van raadgee het gedui op leiding gee, aanbevelings maak, alternatiewe en moontlike oplossings bied, terwyl strengheid gedui het op dissipline, konfrontasie, georganiseerdheid en gestructureerdheid.

*"... en dokter sal sê, ek verstaan hoe jy voel, jy weet. Jy wil uiting gee aan jou gevoelens, maar miskien is dit nie die beste manier om dit te doen nie."*

#### \* Belewenis van geestelike omgewing (Godsbelewenis)

Met verwysing na tabel 5 is dit nodig om daarop te let dat godsbelewenis intern, sowel as eksterne kan bestaan. Skynbaar is godsdiens 'n "taboe"-onderwerp wat deur sekere deelnemers omseil is.

*"Ek moes hierdie ou hierso langs die kapel sien, ... toe sê ek vir hom ek wil hom nie sien nie want ek het my eie kerk en ek gaan daarvolgens ... ek wil geen ander godsdiens in my lewe, ek het dit nie nodig nie ..."*

Ten spyte daarvan dat dit uit die onderhoude geblyk het dat sommige deelnemers dit as 'n "taboe"-onderwerp onwyk het, is 'n intense behoefte aan 'n uitbreiding van die pastorale beradingsdienste op 'n kwalitatiewe wyse weergegee.

*"... waar ek so verskriklik beangstig was, het ek gevoel ek het iemand nodig om net vir my 'n gebed te doen, jy weet ... en hy was nie beskikbaar nie. Hy het ander*

**TABEL 5**  
**TEMA: BEHANDELINGSBELEWENIS VAN GEESTELIKE OMGEWING**

<b>N = 7</b>	<b>Verwys na geestelike voeding</b> N = 2 – Voorsien in geestelike behoeftes (psigiater) N = 2 – Gebrek aan beskikbaarheid van pastorale beraders N = 2 – Medepasiënte doen voorbidding N = 1 – Dui op intense behoefte aan volle oorgawe aan God
--------------	---

pasiënte gehad. ... en toe ek nou uiteindelik by hom kom toe is dit nie meer so van belang nie ..."'

"Ek het daar geklop, seker drie keer, maar niemand het die deur oopgemaak nie ..."'

"Die mense wat in daardie kerk sit soek iets in die Bybel om aan vas te klou, om hom te help om sy probleem op te los. Ek soek dit. Ek het gaan kyk na Job ..."'

#### \* Belewenis van 'n integrasie van verskillende kategorieë

Samestellings van verskillende kategorieë is deurgaans opgemerk. 'n Beduidende aantal deelnemers het 'n integrasie van veral die psigologiese interne omgewingsfaktore met die eksterne sosiale omgewingsfaktore weergegee. Dit blyk dat lede van die interprofessionele gesondheidspan as fasilitateerders in die mobilisering van omgewingsfaktore optree. Dit kom verder voor asof die verskillende groep uit die interprofessionele gesondheidspan volgens prioriteitsvolgorde meestal die hoogste insidensie vir fasilitering van affektiewe faktore toon. Daarna volg fasilitering van kognitiewe faktore. Psigiaters toon die hoogste insidensie vir fasilitering van kognitiewe faktore. Die verpleegkundiges se fasilitering van selfwaarde vind meer dikwels plaas as fasilitering van die konatiewe faktore en die pastorale beraders se fasilitering van godsbelewenis vind weer meer dikwels as dié van die konatiewe faktore plaas (Stols, 1992: 55-56).

#### \* Belewenis van nie-spesifieke omgewingsfaktore

Die mees beduidende nie-spesifieke faktore wat deur deelnemers aangedui was, is vriendelikheid, hulpvaardigheid en professionaliteit. Nie-spesifieke omgewingsfaktore wat deur deelnemers beleef was, was as vertrekpunt gebruik om verdere verkenning in die transkripsies te doen. Nadat verkenning gedoen is, is die nie-spesifieke faktore geclassifiseer sodat daar geen nuwe kategorie oorgebly het nie.

#### Kontekstuele beskrywing

Pasiënte se belewenis van hul behandeling deur die interprofessionele gesondheidspan, is deur middel van 'n inhoudsanalise geanalyseer. Die uniekheid van die konteks van verskillende

individue kon voorafgaande bevindings beïnvloed het. 'n Kontekstuele beskrywing uit die veldnotas was dus nodig om die bevindinge in perspektief te sien (Verwys na Stols, 1992: Bylaag 4).

Dit was opvallend dat deelnemers se belewenis van hul behandeling deur die interprofessionele gesondheidspan deur hul onderskeie verwysingsraamwerke beïnvloed is. So het die deelnemer wat tienerprobleme huis gehad het, haar behandeling in terme van botsings met tieners in die kliniek beleef. 'n Direkteur van 'n maatskappy het sy belewenisse in terme van die organisasie van die saalprogram uitgedruk.

Dit blyk dat pasiënte die belewenis van hul behandeling deur die interprofessionele gesondheidspan hoofsaaklik in terme van die spanlede se funksionering of in terme van die terapeutiese gebruikmaking van die self uitgedruk het. Dit wil voorkom asof dit veral diegene was wat weggedinc het van hul eie emosionaliteit en wat intellektualiseer, wat hul belewenisse in terme van die inhoud van gebeure, gesprekke en funksionering weergee. Ander wat sterk op gevoelsbelewenis gefokus het, het op die oog af positiewe interpersoonlike verhoudinge met spanlede gehad. Daar mag 'n verband wees tussen die aard van deelnemers se geestesongesteldheid en hul weergawe van belewenis. Die algemene klem wat deelnemers op die gevoelslewe laat val het, korrelleer daarvan dat hulle meestal vir affektiewe versteurings soos depressie behandel is.

Een deelnemer se skets sou as gevolg van die relatiewe beperktheid daarvan nie 'n geldige bron van haar belewenis kon gewees het nie. Sy het voor die navorsing reeds haar weersin in skryfwerk te kenne gegee. In dié spesifieke geval was verdere verkenning deur 'n opvolgonderhou 'n noodsaaklike aanvullende wyse van data-insameling.

Betroubaarheid van navorsingsdata is deurentyd deur sowel die sketse as onderhoude bevestig. Slegs in die geval van een deelnemer wat aangedui het dat hy nie van handwerk hou nie, het dit uit verdere verkenning geblyk dat dit 'n verdedigingsmeganisme was om te ontken dat die finansiële koste daarvan verbonde was van deelname aan arbcidsterapie weerhou het. Oor die algemeen was deelnemers tydens die onderhoude gemaklik, oop en spontaan sonder om die indruk te skep dat die inligting wat hulle verskaf het hulle ongemaklik laat voel het.

#### LITERATUURKONTROLE

Die navorsingsresultate en literatuurkontrole ondersteun mekaar wedersyds ten opsigte van veral die volgende aspekte:

Die metaoretiese aanname dat die mens 'n unieke, komplekse, geïntegreerde biopsigosoiale en geestelike wese in totaliteit is, is bevestig. Die klem val veral daarop dat die mens 'n geïntegreerde geheel is wat nie op gefragmenteerde wyse benader kan word nie. Daar is bepaalde interaksiepatrone tussen die komponente van die mens in totaliteit. Pasient belewenis is ook uniek en dit word bepaal deur faktore soos inligtingprosessering, verwysingsraamwerk, aard van geestesongesteldheid en kommunikasiegesteldheid van die individu (Bellante, 1973: 3277-B, Oral Roberts University, 1990: 228-229, Poggenpoel, 1988: 5, Poggenpoel, 1990: 18).

Die noodsaaklikheid vir die bestaan van 'n komplekse en samewerkende geïntegreerde interprofessionele gesondheidspan, wat aan die kompleksiteit en geïntegreerde totaliteit van pasiënte se behoeftes kan voldoen, is vasgestel. Ter aansluiting by die kompleksiteit van die gesitueerdheid van die individu is daar op die kompleksiteit van die funksies en afsonderlike modelle van die verskillende lede van die interprofessionele gesondheidspan gewys (Bachur & Rabins, 1984: 76, McHugh & Knowles, 1984: 36, Stols, 1992: 78 en 81).

In hul interaksie met pasiënte het die lede van die interprofessionele gesondheidspan hoofsaaklik 'n faciliterende rol vervul waarin hulle gerig was op die mobilisering van interne en eksterne omgewingsbronre van pasiënte.

Daar was bepaalde interaksiepatrone tussen lede van die interprofessionele gesondheidspan en pasiënte.

'n Positiewe interpersoonlike verhouding deur die mobilisering van veral affektiewe omgewingsbronre, was die basis vir problemergerigte terapeutiese tussentrede. In laasgenoemde word veral kognitiewe omgewingsbronre gefasilitateer. Die psigiatrise verpleegkundige as fasilitateerder van ondersteuning, deur gebruikmaking van die terapeutiese self, word meerendeels deur deelnemers se weergawes van hul belewenisse beklemtoon (Elliott, 1979: 285, Kurtz & Gramman, 1972: 114, Poggenpoel, 1990: 10, 12).

Die terapeutiese milieu is 'n betekenisvolle komponent in die behandeling van psigiatrise pasiënte (Beck, Rawlins & Williams, 1988: 460, Peens, 1990: 7).

Die enigste teenstrydigheid tussen die navorsingsresultate en literatuurkontrole wat voorgekom het was die feit dat interprofessionele konflik as 'n algemene verskynsel uit die literatuur voorgekom het,

terwyl dit skynbaar nie die geval in hierdie kontekstuele studie was nie.

Verder het deelnemers lede van die interprofessionele gesondheidspan hoofsaaklik as afsonderlike individue beleef, alhoewel daar 'n gemeenskaplike filosofie van vriendelikheid, hulpvaardigheid en professionaliteit, asook ooreenstemmende benadering- en interaksiewyses geïmpliseer was. Uit die literatuur is daar 'n aanpassing van die probleemgeoriënteerde plan vir elke pasiënt aanbeveel, waar 'n bepaalde lid van die interprofessionele gesondheidspan vir elke afsonderlike aksie verantwoordelik gehou word. Dit behoort tydens 'n spanvergadering gekoördineer te word (Stols, 1992: 96-97; Williams, 1988: 80).

## GEVOLGTREKKINGS

In hul interaksie met pasiënte het lede van die interprofessionele gesondheidspan 'n faciliterende rol vervul waarin hulle gerig was op die mobilisering van interne en eksterne omgewingsfaktore van pasiënte.

Die klem het grotendeels gevallen op deelnemers se belewenis van hul behoeftes aan liefde en emosionele ondersteuning en die wyse waarop verpleegkundiges aan dié behoeftes voldoen, deur 'n vier-en-twintig-uur-per-dag-teenwoordigheid en gebruikmaking van interaksiewyses soos omgee, simpatie, gerusstelling, oopwees, betoning van liefde, begrip, beskikbaarheid, luister, strengheid, aanmoediging van onafhanklikheid en uitreiking.

Daarnaas het verpleegkundiges en psigiaters ewe veel die mobilisering van pasiënte se kognitiewe prosesse as 'n wyse van terapeutiese tussenrede gefasiliteer. Kognitiewe behandeling het gekonsentreer op deelnemers se verkryging van insig en 'n bewussyn van tyd as waardebepalend. Dit blyk dat 'n positiewe interpersoonlike verhouding deur die mobilisering van affektiewe bronne 'n voorwaarde vir probleemgerigte terapeutiese tussenrede en vir toepassing van die verpleegproses in psigiatrysche behandeling kan wees. Verder blyk dit dat daar 'n leemte in die mobilisering van pasiënte se kognitiewe omgewingsfaktore was, terwyl verbetering in selfwaarde positief beïnvloed is.

Die mens is bevestig as 'n unieke, komplekse, geïntegreerde biopsigosoiale en geestelike wese in totaliteit.

Om aan die komplekse, geïntegreerde aard van die mens se gesondheidsbehoeftes te kan voldoen, is die bestaan van 'n komplekse, geïntegreerde interprofessionele gesondheidspan geregtig.

In dié spesifieke konteks van studie is 'n behoeftes aan verbeterde samewerking en integrasie van die funksies van die lede van die interprofessionele gesondheidspan egter

geïdentifiseer, alhoewel deelnemers geen konflik tussen lede van die interprofessionele gesondheidspan gereflekteer het nie. Verder kon die awesigheid van 'n maatskaplike werker 'n verbandhoudende faktor in die beduidende awesigheid van deelnemers se belewenis van gesins- en gemeenskapsbetrokkenheid gewees het. Uitbreiding van die pastorale funksies is aangedui. Die beleweniswêreld van pasiënte rakende die stigma rondom geestesongesteldheid, hul belewenis van 'n oorgang van negatiewe na positiewe emosies namate hulle vir ontslag gereed geword het en die betekenis wat hulle geheg het aan begrippe soos vriendelikheid, hulpvaardigheid en professionaliteit is verken. Dit blyk dat die terapeutiese milieу 'n betekenisvolle komponent in die behandeling van psigiatrysche pasiënte is wat deur die vier-en-twintig-uur-deurlopende teenwoordigheid van die verpleegkundige en deur die spesifieke emosionele klimaat wat geskep word, in stand gehou word.

Voorafgaande gevolgtrekkings met betrekking tot die interaksie tussen die pasiënt, interprofessionele gesondheidspan en terapeutiese milieу in 'n binnehospitaalopset word in figuur 1 geïllustreer soos dit deur die bevindinge van hierdie studie gereflekteer word. Dit stel dus nie die ideaal daar nie (Stols, 1992: 100-102).

Figuur 1 dui op die interaksie tussen psigiatrysche verpleegkundiges en psigiaters en die awesigheid daarvan tussen ander spanlede soos dit deur deelnemers weergegee is. Daarvolgens is daar ook 'n awesigheid van interaksie tussen pasiënte en maatskaplike werkers en tussen pasiënte en die gemeenskap. In terme van emosionele nabyheid is die psigiatrysche verpleegkundige die naaste aan die pasiënt, daarna die psigater en daarna die ander spanlede. Deur haar vier-en-twintig-uur-'n-dag-beskikbaarheid voorsien die psigiatrysche verpleegkundige in die instandhouding van 'n gestruktureerde terapeutiese milieу, waar sy 'n bepaalde emosionele klimaat fasiliteer en die funksies van die verskillende lede van die interprofessionele gesondheidspan koördineer (Stols, 1992: 98-102).

## TEKORTKOMINGE

Tekortkominge van hierdie studie wat na vore gekom het, was die volgende:

Data-insameling van al die deelnemers kon nie gelykydig plaasvind nie. Dit kon die belewenis van deelnemers gekontamineer het. Die navorsers het egter die tyd van data-insameling nie voorafbekend gemaak nie en het die tydperk van data-insameling so kort as moontlik gehou.

Deelnemers is toegelaat om die spontane sketse in ongekontroleerde omstandighede te skryf. Hulle kon tydens die neerskryf daarvan deur andere beïnvloed word. Hierdie leemte is gedeeltelik deur die bevestiging van inligting tydens die opvolgonderhoude uitgeskakel.

Die navorsers het tydens hierdie onderhoude leidende vrag met betrekking tot lede van die interprofessionele gesondheidspan wat nie in die spontane sketse genoem was nie, gestel. Dit is agterna gekorrigier omdat slegs dié gedeeltes van transkripsies gebruik is wat uit die spontane sketse voortgespruit het en wat op 'n nie-direktiewe wyse verkry is.

Die toepassingswaarde van hierdie studie is beperk tot die homogene kulturele milieu en tot die konteks waarin dit onderneem is.

Die kwaliteit en geldigheid van data uit die spontane sketser en opvolgonderhoude was afhanglik van die deelnemers se geskrewe en mondelinge vaardighede. Tekortkominge in die vermoë van een kon gedeeltelik deur vaardighede in die ander aangevul word.

Die navorsers se subjektiewe effek op die prosesse van onderhoudvoering en dataverwerking was gekontroleer deur die gebruikmaking van spontane sketse en 'n medekodeerde. Waar die navorsers self 'n psigiatrysche verpleegkundige is, kon dit deelnemers beïnvloed het om meer op hul belewenis van die psigiatrysche verpleegkundige te fokus.

Die wyse waarop die tema aan deelnemers gestel was om by hul begrip van die interprofessionele gesondheidspan aan te pas naamlik "My ervaring van my behandeling deur die personeel uit die verskillende beroepsgruppe" kon leidend gewees het. Dit kon moontlik as sodanig geïnterpreteer gewees het dat dit die awesigheid van onderlinge kohesie tussen spanlede geïmpliseer het, alhoewel dit onwaarskynlik was.

Die indeling van selfwaarde as 'n subkategorie van interne psigologiese omgewingsfaktore kon moontlik as onderafdeling van die kognitiewe kategorie geplaas gewees het.

## TOEPASSINGSWAARDE

Die toepassingswaarde van dié studie geld vir:

### \* Nasionale beleidformulering

Voordat daadwerklike stappe geneem word om psigiatrysche afdelings in algemene hospitale te vestig, word dit aanbeveel dat die invloed van die terapeutiese milieу op die behandeling van psigiatrysche pasiënte en die praktiese toepaslikheid daarvan in 'n algemene hospitaalopset eers noukeurig ondersoek en nagevors word.

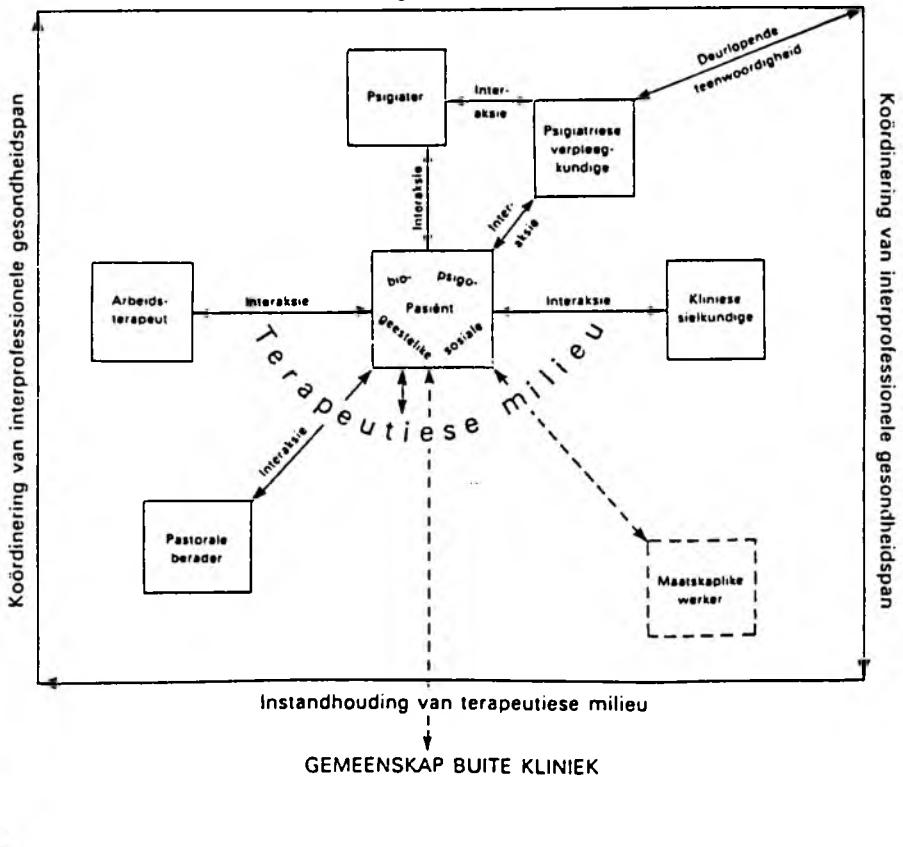
### \* Verpleegnavorsing

Enkele aspekte wat onder andere prominent as moontlike navorsing onderwerpe na vore gekom het, was die volgende:

Die psigiatrysche verpleegkundige se bydrae in die koördinering van die lede van die interprofessionele gesondheidspan se funksies

## GEMEENSKAP BUISTE KLINIEK

### Instandhouding van terapeutiese milieu



**Figuur 1**  
**Interaksies tussen die Psigietiese Pasiënt, die Interprofessionele Gesondheidspan en die Terapeutiese Milieu**

en die instandhouding van die terapeutiese milieu.

Verkenning van die wyses waarop die psigietiese verpleegkundige die konatiewe interne psigologiese omgewingsbronre van psigietiese pasiënte kan mobiliseer.

Verkenning van interaksiepatrone wat psigietiese verpleegkundige kan aanwend om interne en eksterne omgewingsfaktore van pasiënte te mobiliseer en wat die daarstelling van 'n positiewe interpersoonlike verhouding sal bevorder.

Die kultuurgebonde aard van psigietiese pasiënte se persepsie van tyd en van selfwaarde of selfbeeld.

#### \* Verpleegonderwys

Resultate uit hierdie studie kan 'n waardevolle toevoeging wees tot die teoretiese kennisbasis wat in die verskillende kurrikulums vir kursusse in psigietiese verpleegkunde ingesluit word. Bevestiging van metateoretiese aannames uit hierdie studie kan as vertrekpunt vir onderrig van studente in psigietiese verpleegkunde, voorgehou word.

#### \* Verpleegpraktyk

Vaardighede om die ondersteunende funksie deur die terapeutiese gebruikmaking van die self te vervul, behoort beklemtoon te word.

Die facilitering van 'n positiewe interpersoonlike verhouding as basis van alle werkgerigte, probleemgerigte verpleegkundiges in die praktyk behoort toegepas te word.

#### SPESIFIEKE AANBEVELINGS

Vir die betrokke kliniek waar die studie onderneem is, is spesifieke riglyne aanbeveel om die verergering van geestesongesteldheid te voorkom:

#### Met die klem op die psigietiese verpleegkundige

Onderlingespansamewerking en groepskohesie kan bevorder word o.a. deur die instel van 'n enkele beramingsvraelys wat by opname deur die pasiënt voltooi kan word. Verantwoordelikheid vir bereiking van bepaalde doelwitte van die behandelingsprogram behoort deur spesifieke lede van die interprofessionele gesondheidspan

en in besonder deur die psigietiese verpleegkundige aanvaar te word. So sal die rol van die psigietiese verpleegkundige in die behandeling van elke pasiënt gedefinieer word.

In die behandeling van psigietiese pasiënte is dit belangrik dat psigietiese verpleegkundiges sensitief en empaties sal wees vir die negatiewe emosies wat met byvoorbeeld konfrontasie, gedragsterapie of ander terapeutiese tussentredes gepaard mag gaan, asook positiewe gevoelens soos genot waaraan vordering gemonitor kan word.

Psigietiese verpleegkundiges behoort in hul interaksie met psigietiese pasiënte steeds gerig te bly op interaksieprosesse wat positiewe interpersoonlike verhoudings faciliteer.

Psigietiese verpleegkundiges behoort tydens groepsterapie meer klem te lê op persoonlike deelname en bespreking van elkeen se eie probleme eerder as didaktiese groepes.

Pasiënte se gesinne behoort by behandeling betrek te word en gesinsterapie as sodanig kan effektiel in die kliniek onderneem word.

#### Met die klem op die interprofessionele gesondheidspan

'n Onderzoek behoort geloots te word na die verskynsel van pasiënte se aversie vir deelname aan handvaardige aktiwiteite en van die finansiële vergoedingsysteem vir arbeidsterapie.

Psigieters sal ernstig moet besin oor die wyse waarop hulle pasiënte tydens hul eie verlof of afwesigheid sal hanteer om die negatiewe effek daarvan uit te skakel.

Daar is 'n groot behoefte aan uitbreiding van die pastorale beradingskomponent met insluiting van tyd vir informele betrokkenheid by pasiënte.

'n Bekendstellingsprogram deur die media is nodig om die stigma wat aan geestesongesteldheid gekoppel word, die nek in te slaan.

Afsonderlike behandelingseenheid vir adolessente, weg van die volwassenes af, behoort geskep te word.

(Stols, 1992: 107-112).

#### SAMEVATTING

Uit voorafgaande studie is die kwantiteit en kwaliteit van verskillende belangrike aspekte van psigietiese pasiënte se belewenis van hul behandeling deur die interprofessionele gesondheidspan verken en ontdek.

Die fokus van deelnemers se belewenis van hul behandeling deur die interprofessionele gesondheidspan het primêr geval op hul behoefte aanveral emosionele ondersteuning en die wyse waarop verpleegkundiges meestal daaraan voldoen het. "Baie dankie vir al u

liefde. Dit het baie van ons nodig en u het dit uitgedeel".

Waar dit uit die literatuur blyk dat daar 'n lae korrelasie tussen pasiëntbelewenis en personeelbelewenis is, is dit belangrik dat daar al hoe meer gelet sal word op die pasiënt se beleweniswêreld (Schaffer & Dreyer, 1982: 127 en Luft, Smith & Krace, 1978: 505).

## BRONNELYS

ABDELLAH, F.G. AND LEVINE, E. 1979: Better patient care through nursing research. New York. London: MacMillan.

BACHUR, J.A. AND RABINS, P.V. 1984: Multidisciplinary teams. The positive aspects. *Clinical Gerontologist* 2(3), Spring 1984: 69-71.

BECK, C.M., RAWLINS, R.P. AND WILLIAMS, S.R. 1988: Mental health psychiatric nursing. A holistic life cycle approach. St Louis. Washington DC. Toronto: CV Mosby Co.

BELLANTE, A.J. 1973: Working towards developing a residential treatment model: A residential treatment community reflects upon itself. *Dissertation Abstracts International* 33 (7B), January 1973: 3277.

BURNS, N. AND GROVE, S.K. 1987: The practice of nursing research, conduct, critique and utilization. Philadelphia: Saunders.

COBB, A.K. AND HAGEMASTER, J.N. 1987: Ten criteria for evaluating qualitative research proposals. *Journal of Nursing Education* 26 (4), April 1987: 138-143.

ELLIOT, R. 1979: How clients perceive helper behaviours. *Journal of Counseling Psychology* 26 (4), 1979: 285-294.

KERLINGER, F.N. 1986: Foundation of behavioural research. New York: Holt, Rinehart and Winston, Inc.

KURTZ, R.R. AND GRUMMON, D.L. 1972: Different approaches to the measurement of

therapist empathy and their relationship to therapy outcomes. *Journal of Consulting and Psychology* 39 (1), 1972: 106-115.

LUFT, L.L., SMITH, K. AND KRACE, M. 1978: Therapists, patients and inpatient staff's views of treatment modes and outcomes. *Hospital and Community Psychiatry* 29 (8), August 1978: 505-511.

MACDONALD, K. AND RITZER, G. 1988: The sociology of the professions. Work and Occupations. *An International Sociological Journal* 15(3), August 1988: 251-271.

MCHUGH, S. AND KNOWLES, B. 1984: A multidisciplinary approach in psychotherapy. *British Journal of Occupational Therapy* 47(2), February 1984: 36-38.

MOUTON, J. EN MARAIS, H.C. 1988: Basic concepts in the methodology of the social sciences. Pretoria: RGN.

ORAL ROBERTS UNIVERSITY 1990-1992: Catalog, School of Arts and Sciences, Business, Education, Nursing and Theology and Missions, Volume 17, Number 1. Tulsa, Oklahoma: Oral Roberts University.

OMERY, A. 1983: Phenomenology: A method for nursing research. *Advances in Nursing Science* 5(2), January 1983: 49-63.

PARSE, R.R., COYNE, A.B. AND SMITH, M.J. 1985: *Nursing Research*. Qualitative methods. Maryland: Brady Communications Company.

PEENS, T. 1990: Selfverwesenliking by die psigiatrise verpleegkundige vanuit 'n Christussentriese benadering. Johannesburg: RAU.

POGGENPOEL, M. 1984: Die funksies van die psigiatrise verpleegkundige in Suid-Afrika. Kaapstad. Wetten. Johannesburg: Juta.

POGGENPOEL, M. 1989: Psychiatric nursing conceptual model. (Final research report). Johannesburg: RAU.

POGGENPOEL, M. 1990: Psychiatric nursing model. An interaction approach focused on facilitating a patient's quest for wholeness. *Perspectives in psychiatric nursing care*. (Ongepubliseerde artikel). Johannesburg: RAU.

SCHAFFER, J.B. AND DREYER, S.F. 1982: Staff and inpatient perceptions of change mechanisms in group psychotherapy. *American Journal of Psychiatry* 139 (1), January 1982: 127-128.

SEIDEL, S. 1986: Part of the team. *Nursing Times* 82 (27), 9 July 1986: 64.

STOLS, H.E. 1992: Die behandelingsbelewenis van psigiatrise pasiënte in 'n privaat kliniek. (Ongepubliseerde verhandeling). Johannesburg: RAU.

SUID-AFRIKA (REPUBLIEK). SAVV. 1988: Voorgestelde beleidsdokument - Die psigiatrise verpleegkundige: psigoterapie. Pretoria: SARV.

WILLIAMS, B.E. 1988: Parents and patients: Members of an interdisciplinary team on an adolescent inpatient unit. *Clinical Social Work Journal* 16 (1), Spring 1988: 78-91.

WILSON, H.S. 1985: Research in Nursing. California: Addison Westley Publishing Company Inc.

WILSON, H.S. AND KNIESL, C.R. 1983: *Psychiatric Nursing*. Massachusetts: Addison-Wesley Co.

WOODS, N.F. AND CATANZARO, M. 1988: Nursing research theory and practice. St Louis: The CV Mosby Co.

H.E. Stols B. Cur., B.A. Cur.  
Verbonde aan T.P.A. Primêre Gesondheids-  
dienste  
  
Minrie Greeff D. Cur.  
Doktor: Departement van Verpleegkunde -  
RAU  
  
M. Poggenpoel D. Phil.  
Professor: Verpleegkunde RAU