

Fasiliterende Kommunikasie met die Verstandelik Vertraagde Persoon Tydens die Behandeling van Geringe Ongesteldhede

Facilitative communication with the mentally challenged person during treatment of minor ailments.

B Scrooby
M.Cur
RAU

&

SD Roos
D.Cur
RAU

&

AC Gmeiner
D.Cur
RAU

“... die gemeenskapsverpleegkundige vermy noue/nabye kontak met die verstandelik vertraagde individu, om eie ongemak te oorkom.”

OPSOMMING

Die doel van die navorsing was om die aard van fasiliterende kommunikasie met die verstandelik vertraagde volwassene tydens die behandeling van geringe ongesteldhede te verken en te beskryf en om riglyne vir die gemeenskapsverpleegkundige te beskryf ten einde meer effektiewe kommunikasie tydens die behandeling van geringe ongesteldhede by die verstandelik vertraagde volwassene te fasiliteer in die bevordering, handhawing en herstel van die verstandelik vertraagde individu se gesondheid.

Die gemeenskapsverpleegkundige gee aandag aan die beskerming van die gesondheid van die verstandelik vertraagde individu en identifiseer en behandel geringe ongesteldhede by die verstandelik vertraagde individu. As gevolg van die gestremdheid van die volwassenes in hierdie konteks, kan gebrekkige kommunikasie en blokkasie in die uitruil en interpretasie van kommunikasie tussen die gemeenskapsverpleegkundige en die verstandelik vertraagde volwassene plaasvind. Dit is dus die gemeenskapsverpleegkundige se verantwoordelikheid om effektiewe kommunikasie te fasiliteer aangesien die verstandelik vertraagde individu nie altyd self kan praat nie. Riglyne is dus nodig vir die fasilitering van effektiewe kommunikasie tussen die gemeenskapsverpleegkundige en die verstandelik vertraagde volwassene tydens die behandeling van geringe ongesteldhede.

In hierdie navorsing is gebruik gemaak van 'n kwalitatiewe, verkennende, beskrywende en kontekstuele ontwerp. Die navorsingsmetode het bestaan uit deelnemende waarneming waartydens videos en die neem van veldnotas toegepas is.

Twee temas is tydens data-analise geïdentifiseer, naamlik:

➤ Verbale kommunikasie wat meestal gerig is op wondversorging. Hoe meer funksioneel en taakgeoriënteerd die gemeenskapsverpleegkundige in interaksie met die verstandelik vertraagde individu tree, hoe meer genereer die verstandelik vertraagde individu simptome om emosionele kontak in die interaksie te bewerkstellig;

➤ Die nie-verbale kommunikasie van die gemeenskapsverpleegkundige fokus op wondversorging en organisasie van die omgewing. Hoe meer struktuur geskep word, hoe meer uitspeelgedrag word deur die verstandelik vertraagde individu geopenbaar as 'n behoefte aan kontak.

Die navorser het tot die gevolgtrekking gekom dat die gemeenskapsverpleegkundige noue/nabye kontak met die verstandelik vertraagde individu vermy, om eie ongemak te

oorkom. Die gemeenskapsverpleegkundige is ook "so besig" met die taak van wondversorging en vermy sodoende affektiewe interaksie.

ABSTRACT

The research objectives were to explore and describe the nature of communication with the mentally retarded adult during treatment of minor ailments; and to describe guidelines for the community nurse in order to facilitate more effective communication during the treatment of minor ailments in the mentally retarded adult for the promotion, maintenance and restoration of the mentally retarded individual's health.

The community nurse pays attention to the protection of the mentally retarded individual's health, and identifies and treats minor ailments encountered by the mentally retarded individual. Because of the disability of the adults, lacking communication and obstacles in the exchange and interpretation of communication, could take place between the community nurse and the mentally retarded adult. The responsibility lies with the community nurse to facilitate effective communication, since the mentally retarded individual is not always capable of speaking on his/her own behalf.

Guidelines are needed for the facilitation of effective communication between the community nurse and the mentally retarded adult during the treatment of minor ailments.

In this research, use were made of a qualitative, exploratory, descriptive and contextual design. The research method consisted of participative observation during which video recording and the taking of field notes were applied.

Two themes were identified during data analysis, namely:

➤ Verbal communication is aimed at the treatment of wounds. The more functional and task-orientated the community nurse's interaction with the mentally retarded individual, the more the mentally retarded individual would generate symptoms to establish emotional contact and interaction;

➤ The non-verbal behaviour of the community nurse focuses on the treatment of wounds and organisation of the environment. The more structure is created, the more play-out-behaviour is shown by the mentally retarded individual in need of contact.

The researcher came to the conclusion that the community nurse refrains from near/close contact with the mentally retarded individual, to bridge her own discomfort. The community nurse is "busy" with the act of treating wounds, in order to refrain from effective interaction.

"Kommunikasie is dus die metode wat gebruik word om met ander kontak te maak en gedagtes, gevoelens, houdings, behoeftes, pyn en krisis met ander te deel."

INLEIDING/ PROBLEEMSTELLING EN DOELSTELLINGS

Tydens Suid-Afrika se eerste demokratiese verkiesing in 1994, het 'n verandering in die gesondheidsplan ingetree met onder andere 'n klemverskuiwing vanaf kuratiewe gesondheid na primêre gesondheidsorg. Met hierdie klemverskuiwing het die Heropbou- en ontwikkelingsprogram (1994:47-52) soos gestel deur die ANC en ook ondersteun deur die Amptelike Beleidsdokument (Official Policy Document, 1996:7-11) onder andere die volgende doelwitte daargestel:

Aandag moet gegee word aan die beskerming van gesondheid van die mees kwesbares en dus behoort hulle gereeld roetine ondersoek te ondergaan vir gesondheidsprobleme. Spesifieke voorsiening moet gemaak word vir daardie persone wat nie in hulle eie behoeftes kan voorsien nie, as gevolg van spesifieke probleme wat ervaar word.

Die persoon wat in die primêre gesondheidsorgdienste uitvoering gee aan bogenoemde doelwitte is die gemeenskapsverpleegkundige. Sy identifiseer en behandel geringe ongesteldhede by verstandelik vertraagde individue.

Kommunikasie speel 'n beduidende rol tydens die diagnosering en behandeling van geringe ongesteldhede en kommunikasie word gedefinieer as: 'n proses, 'n logiese stap-vir-stap verloop van handelinge gefokus op spesifiek verwagte uitkomst. Kommunikasie is dus die metode wat gebruik word om met ander kontak te maak en gedagtes, gevoelens, houdings, behoeftes, pyn en krisis met ander te deel.

Kommunikasie vind plaas tussen mense en kan óf verbaal óf nie-verbaal wees. Verbaal is meestal die gesproke woord, terwyl nie-verbaal liggaamstaal insluit (Perko & Kreigh, 1988:242).

As gevolg van die gestremdheid van die verstandelik vertraagde volwassenes, kan gebrekkige kommunikasie en blokkasie in die uitruil en interpretasie van kommunikasie tussen die gemeenskapsverpleegkundige en die verstandelik vertraagde volwassene plaasvind. Die verantwoordelikheid rus op die gemeenskapsverpleegkundige of effektiewe kommunikasie te fasiliteer, aangesien die verstandelik vertraagde individu nie altyd self kan praat nie.

Daar bestaan tans geen navorsing in die Suid-Afrikaanse konteks wat fokus op die kommunikasie metodes wat gebruik word tussen die gemeenskapsverpleegkundige en die verstandelik vertraagde volwassene tydens die proses van 'n fisiese ondersoek nie..

Riglyne word dus benodig vir die fasilitering van effektiewe kommunikasie tussen die gemeenskapsverpleegkundige en die verstandelik vertraagde volwassene tydens die behandeling van geringe ongesteldhede. Hierdie riglyne kan dan ook in soortgelyke omstandighede deur ander gemeenskaps-verpleegkundiges gebruik word om probleme wat ervaar word met kommunikasie, veral tydens die behandeling van geringe ongesteldhede, te fasiliteer in die bevordering, handhawing en herstel van die verstandelik vertraagde individu se gesondheid.

Die navorsingsvraag wat ontstaan het, is as volg: **"Wat is die aard van fasiliterende kommunikasie tussen die gemeenskapsverpleegkundige en die verstandelik vertraagde individu en hoe kan die gemeenskaps-verpleegkundige meer effektiewe kommunikasie fasiliteer"**

in die bevordering, handhawing en herstel van die verstandelik verdraagde individu se gesondheid?"

Gebaseer op bogenoemde het die navorsing die volgende ten doel gehad:

■ **Om die aard van die fasiliterende kommunikasie met die verstandelik verdraagde volwassene tydens die behandeling van geringe ongesteldhede te verken en te beskryf; en**

■ **Om riglyne vir die gemeenskapsverpleegkundige te beskryf ten einde meer effektiewe kommunikasie tydens die behandeling van geringe ongesteldhede by die verstandelik verdraagde volwassene te fasiliteer in die bevordering, handhawing en herstel van die verstandelik verdraagde individu se gesondheid.**

NAVORSINGSONTWERP EN –METODE

Die navorsingsontwerp is kwalitatief, verkennend, beskrywend en kontekstueel van aard (Mouton & Marais, 1992:45, 52-53 & Denzin & Lincoln, 1994:210).

Die navorsing is in twee fases aangepak:

• In fase een is die aard van fasiliterende kommunikasie tussen die gemeenskapsverpleegkundige en die verstandelik verdraagde volwassene verken en beskryf.

Data is ingesamel deur middel van deelnemende waarneming waar gebruik gemaak is van video-opnames en die neem van veldnotas (Wilson, 1989:435-436). Daar is deurentyd waargeneem wat die verstandelik verdraagde volwassene se verbale en nie-verbale reaksie tydens die fisiese ondersoek was. Data is ingesamel totdat 'n versadigingspunt bereik is deur die herhaling van geïdentifiseerde temas (Burns & Grove, 1993:598).

'n Doelgerigte steekproef is gebruik (Burns & Grove, 1993:242-243) waar persone wat aan steekproefkriteria voldoen het, doelgerig geselekteer is. Steekproefkriteria het ingesluit dat die verstandelik verdraagde volwassene tussen die ouderdom van 18 – 60 moet wees (die ouderdom van die inwoners woonagtig in die spesifieke inrigting); hulle moet 'n geringe fisiese ongesteldheid ervaar (navorsing word spesifiek tydens die fisiese ongesteldheid uitgevoer) en die verstandelik verdraagde volwassene moet oor 'n mate van kommunikasie beskik, soos gebroke taal en gebare (dit help die gemeenskapsverpleegkundige en die verstandelik verdraagde volwassene om inligting aan mekaar oor te dra en interpretasies te maak).

Data analise is deur Tesch (in Creswell, 1994:155) se metode van beskrywende data-analise gedoen. 'n Onafhanklike kodeerder is gevra om volgens die ooreengekome protokol, 'n onafhanklike data-analise te doen, waarna die navorser en die onafhanklike kodeerder konsensus gesprekke gevoer het. Oop-kodering van die video-opnames en veldnotas het behels dat die analise op 'n ongekonstrueerde wyse gedoen is, en om die spesifieke herhaling van gedrag te observeer.

Gesprekke met kundiges op die gebied van kwalitatiewe navorsing en psigiatrisse verpleegkunde, sowel as 'n literatuurkontrole het as data-kontrole gedien.

Die navorsing is gedoen vanuit 'n Judeo-Christen beskouing

volgens die Oral Roberts University (1990:136-142), waaruit die Verplegingsteorie vir Mensheelheid sy ontstaan gehad het. Volgens hierdie teorie is die verstandelik verdraagde volwassene, asook die gemeenskaps-verpleegkundige, geestelike wesens wat op 'n bio-psigososiale wyse funksioneer ten einde sy/haar strewe na heelheid te verwesenlik.

Die gemeenskapsverpleegkundige se diens is daarop gerig om die individu, gesin en/of gemeenskap te help om gesondheid te bevorder, te handhaaf en te herstel (Scrooby, 1999:7). Die Botes navorsingsmodel (1991:19) is gevolg waarin klem gelê word op die funksionele denkbenadering. Hierdie navorsing het dus ten doel dat kennis in die praktyk toegepas moet word en daarom word riglyne ook in fase twee vir operasionalisering in die verpleegpraktyk beskryf.

• In fase twee is riglyne beskryf wat gederiveer is uit die resultate van fase een en die literatuurkontrole. Hierdie riglyne is beskryf vir die gemeenskapsverpleegkundige ten einde meer effektiewe kommunikasie te fasiliteer vir die bevordering en herstel van die verstandelik verdraagde individu se gesondheid. Die riglyne is ook gevalideer aan die hand van 'n literatuurkontrole vir rekontekstualisering van data (Morse & Field, 1996:106-107).

Vertrouenswaardigheid vir die navorsing is verseker deur Gaba & Lincoln (1985:294-331) se vier strategieë vir vertrouenswaardigheid te volg. Hierdie strategieë is geloofswaardigheid, oordraagbaarheid, vertroubaarheid en bevestigbaarheid.

Etiese maatreëls is streng nagevolg (DENOSA, 1998:1-7) deurdat die regte van die deelnemers, die regte van die navorser, die regte van die verpleegprofessie en die regte van die gesondheidsinstansies beskerm is.

Ingeligte, skriftelike toestemming is van alle betrokkenes verkry. In die geval waar die verstandelik verdraagde dit nie self kon gee nie, is die wettige voog gevra. Die betrokke gesondheidsinstansie het ook skriftelik toestemming gegee en was deurentyd bewus van die vordering van die navorsing.

Anomiteit en vertroulikheid is verseker en geen name van instansies of pasiënte is genoem nie. Alle videobande is na afloop van die navorsing vernietig. Daar is ook spesifieke maatreëls getref om deelnemers geen skade (fisies of psigologies) te berokken nie.

RESULTATE EN LITERATUURKONTROLE

Loodsstudie

Die navorser het twee videosessies gebruik vir die loodsstudie. Tydens die eerste video-opname is 'n vertrek gebruik wat oor onvoldoende ruimte beskik het vir die opname en met die tweede opname is van 'n groter vertrek gebruik gemaak. Gedurende die twee opnames is van 'n derde persoon gebruik gemaak om die videokamera te hanteer, maar daar is gevind dat die persoon die opnames en individue beïnvloed en is dus met verdere video-opnames uitgelaat. Die videokamera is later op 'n tafel geposisioneer. Die navorser het van die afstandbeheerstelsel gebruik gemaak om die videosessies te begin en te stop. Die eerste opname was van 'n verstandelik verdraagde individu wat meestal verbale kommunikasie gebruik het, terwyl die tweede opname 'n verstandelik verdraagde individu ingesluit het wat meestal van nie-verbale kommunikasie metodes gebruik gemaak het. Nadat regstellings uitgevoer is op die geïdentifiseerde tekortkominge,

is nog sestien video-opnames gemaak totdat versadiging van data verkry is deur die herhaling van geïdentifiseerde temas. Die twee opnames vir die loodstudie is nie by die data-insameling ingesluit nie.

Resultate

Twee hoofemas met verskeie kategorieë is tydens data-analise geïdentifiseer. Sien tabel 1.

Die hoofemas fokus op die volgende, naamlik:

- Die verbale kommunikasie is meestal gerig op wondversorging en hoe meer funksioneel en taakgeoriënteerd die gemeenskapsverpleegkundige in interaksie tree, hoe meer genereer die verstandelik verlaagde volwassene simptome om emosionele kontak in die interaksie te bewerkstellig.
- Die nie-verbale gedrag van die gemeenskapsverpleegkundige fokus op wondversorging en organisasie van die omgewing, en hoe meer struktuur geskep, word hoe meer uitspeelgedrag word deur die verstandelik verlaagde volwassene geopenbaar as 'n behoefte aan fisiese kontak.

Tema 1: Verbale kommunikasie met die verstandelik verlaagde individu

Die navorser het hierdie kommunikasieproses tussen die gemeenskapsverpleegkundige en die verstandelik verlaagde individu in drie fases verdeel, naamlik: die inisiële fase, die werksfase en die terminasiefase (Perko & Kreigh 1988:276). Die resultate word vervolgens aan die hand van hierdie fases bespreek:

Kategorie 1: Die inisiële fase van die kommunikasieproses

In die inisiële fase het die gemeenskapsverpleegkundige nie die prosedure effektief genoeg aan die verstandelik verlaagde individu verduidelik nie, soos gedemonstreer deur die volgende aanhaling uit een video-opname:

- Die navorser het agter die verstandelik verlaagde individu gaan staan en sonder om vir haar te sê wat sy gaan doen het sy die volgende woorde in die individu se oor gefluister en gevra: **“Kan jy hoor?”**

Die verpleegkundige het nie aan die individu presies verduidelik wat sy gaan doen nie en het 'n ander reaksie, naamlik: **“Dit gaan goed met my”** van die verstandelik verlaagde individu gekry.

Perko & Kreigh (1988:262) dui aan dat die verpleegkundige deurgaans die inligting of observasies wat sy ontvang en gemaak het aan die pasiënt noem, want dit is ook 'n metode om inligting uit te klaar en te eksploreer. Die vertrouwensverhouding het ook ten doel om refleksie by die verpleegkundige te weeg te bring sodat “nuwe idees” by die gemeenskapsverpleegkundige geskep kan word oor haar interaksie met die pasiënt (Van Wyk 1995:103).

Kategorie 2: Die werksfase van die kommunikasieproses

In die werksfase het die gemeenskapsverpleegkundige kontak met die verstandelik verlaagde individu beperk soos gedemonstreer deur die volgende voorbeelde:

- Die gemeenskapsverpleegkundige gee opdragte en is direk, en is ook met tye moralisties, soos deur die volgende direkte aanhalings gedemonstreer word: **“Sit hier”**, **“Skuif hiernatoe”**, en **“Jy moet nie weer aan die yster vat nie, anders gaan jy weer seerkry”**. Die verstandelik verlaagde individu het stilgebly en net rondgeskuif waarheen die gemeenskapsverpleegkundige hom/haar beveel het om te skuif.

Kaplan & Sadock (1994:9) noem dat 'n lae outoriteitsprofiel

met die aanvang van die onderhoud gehandhaaf moet word, en dit kan geleidelik verhoog word namate die onderhoud vorder en meer direkte tegnieke gebruik word.

- Die gemeenskapsverpleegkundige fokus vanuit haar eie verwysings-raamwerk, en tree ook as ekspert op, deur valse hoop en advies aan die verstandelik verlaagde individu te gee, soos gedemonstreer deur die volgende aanhaling: **“Kyk ons plak dit nou mooi, dan is dit beter”**. Die verstandelik verlaagde individu leun met haar kop teen die gemeenskapsverpleegkundige se skouer en begin huil.

Wilson & Kneisl (1996:123) dui daarop dat om kommunikasie fasiliterend deur te voer, dit nodig is om nie die grense van advies gee te oorskry nie, want dit word soms gebruik om interpersoonlike probleme te vermy en die verpleegkundige kan ook buite die gebied van toepaslike advies vir daardie situasie/probleem beweeg.

- Die gemeenskapsverpleegkundige het met tye die gesprek ge-eksternaliseer deur met ander verstandelik verlaagde individue en huismoeders in die agtergrond te gesels, terwyl sy besig was met die video-opnames van 'n spesifieke individu. Die gemeenskapsverpleegkundige was byvoorbeeld besig met 'n fisiese ondersoek in een vertrek en toe sy medikasie in 'n ander vertrek moes gaan haal, het sy met 'n derde persoon gesels wat nie deel was van die fisiese ondersoek waarmee sy besig was nie.

Volgens Perko & Kreigh (1988:259) moet die verpleegkundige alle moontlike omgewings- en persoonlike steurnisse, byvoorbeeld telefone wat lui en mense wat inkom terwyl sy besig is met 'n sessie, elimineer. Volgens Dimpleby & Burton (1992:67) kan eksterne faktore 'n struikelblok in die kommunikasieproses wees en die effektiwiteit daarvan verhinder.

- Die gemeenskapsverpleegkundige voer somtyds 'n gesprek met 'n derde persoon (huismoeder). Die gemeenskapsverpleegkundige vra byvoorbeeld die huismoeder uit oor 'n spesifieke wond aan die verstandelik verlaagde individu wat sy besig is om te ondersoek: **“Do you think it happened in the workshop?”**. Die verstandelik verlaagde individu het gereageer deur by die venster uit te staar of na die dak te kyk. Perko & Kreigh (1988:259) en Dimpleby & Burton (1992:67) noem dat die verpleegkundige alle moontlike omgewings-, en persoonlike afleidings moet elimineer, soos die lui van die telefoon en ander mense wat inkom en uitgaan in die vertrek waar die ondersoek uitgevoer word, want dit kan 'n struikelblok wees in die kommunikasieproses en kan die effektiwiteit daarvan verhinder.

- Die gemeenskapsverpleegkundige verplaas ook die fokus van die gesprek en praat oor 'n derde persoon wat nie altyd teenwoordig is nie. Terwyl die gemeenskapsverpleegkundige besig is om die verstandelik verlaagde individu te ondersoek en te behandel, noem sy aan die huismoeder wat teenwoordig is: **“The sister called me, phoned on Friday”**.

Axline (1989:69) noem dat die terapeut nie die aksies en gespreksvoering moet verander nie. Die persoon gee die leiding en die terapeut volg.

- Die gemeenskapsverpleegkundige vra dubbelboodskapvrae sonder om die verstandelik verlaagde individu 'n kans te gee om 'n antwoord te gee, soos gedemonstreer deur die volgende aanhaling: **“Is dit nou beter? Kom ons plak 'n pleistertjie op”**. Die verstandelik verlaagde individu reageer

Tabel 1: Resultate van kommunikasie tussen die gemeenskapsverpleegkundige en die verstandelik vertraagde individu tydens 'n fisiese ondersoek

Hooftema: Kommunikasie tussen die gemeenskapsverpleegkundige en die verstandelik vertraagde individu toon dat die verpleegkundige meestal op wondversorging fokus en alle ander behoeftes deur die verstandelik vertraagde individu geopenbaar, ignoreer.

TEMA	KATEGORIEË	KATEGORIEË
1. Verbale kommunikasie gerig op die verstandelik vertraagde individu	<p>1. Verbale kommunikasietegnieke gebruik deur die gemeenskapsverpleegkundige tydens:</p> <p>1.1 INISIËLE FASE VAN DIE KOMMUNIKASIE- PROSES:</p> <ul style="list-style-type: none"> Die gemeenskapsverpleegkundige het nie die prosedure aan die verstandelik vertraagde individu verduidelik nie. <p>1.2 WERKFASE VAN DIE KOMMUNIKASIE- PROSES</p> <ul style="list-style-type: none"> Kontak met die verstandelik vertraagde individu word beperk deur die gebruikmaking van die volgende kommunikasietegnieke deur die gemeenskapsverpleegkundige. Gee opdragte, is direkief en met tye moralisties. Fokus vanuit eie verwysingsraamwerk, tree op as ekspert, bied valse hoop en gee advies. Eksternaliseer gesprek. Gesprekvoering met derde persoon. Defokus gesprek en praat oor 'n derde persoon wat nie teenwoordig is nie. Vra dubbelboodskapvrae. Ongenoegsame tyd en gejaagdheid. <p>1.3 TERMINASIE FASE VAN DIE KOMMUNIKASIE- PROSES</p> <ul style="list-style-type: none"> Geen positiewe terugvoer aan die verstandelik vertraagde individu vind plaas nie. <p>1.4 TAALGEBRUIK TYDENS KOMMUNIKASIE-PROSES</p> <ul style="list-style-type: none"> Vra geslote, liniêre vrae en gebruik stopwoorde. Gebruik verkleinwoorde. Gesprekvoering kognitief oor wond, en nie affektief oor ervaring nie. 	<p>1. Verbale kommunikasie van die verstandelik vertraagde individu</p> <p>Die verstandelik vertraagde individu genereer fisiese simptome en gesprekvoering as 'n manier om nie afskeid te neem nie.</p>
2. Nie-verbale kommunikasie van die gemeenskapsverpleegkundige teenoor die verstandelik vertraagde individu	<p>2. Nie-verbale kommunikasie van die gemeenskapsverpleegkundige</p> <ul style="list-style-type: none"> Die gemeenskapsverpleegkundige se nie-verbale houding beperk interaksie met die individu en word bewys deur die volgende gedrag van die verpleegkundige: <p>2.1 OOGKONTAK:</p> <ul style="list-style-type: none"> vermy oogkontak <p>2.2 LIGGAAMSHOUDING</p> <ul style="list-style-type: none"> Inkongruent ten opsigte van aanraking, vermy aanraking en is minimaal. Houding is geslote en posisie is nie-fasiliterend. Taakgeoriënteerd. <p>2.3 STEMTOON:</p> <ul style="list-style-type: none"> Stemtoon van kind. Ongemaklike situasies en is gejaagd en gespanne. 	<p>2. Nie-verbale kommunikasie van die verstandelik vertraagde individu</p> <ul style="list-style-type: none"> Vermy oogkontak Behoeftes aan aanraking Behoeftes aan toenaandering (raak en druk aan terapeut) Inkongruente emosie Self-inhoudende gedrag (sus, wieg) Nuuskerig en soekende gedrag.

deur die gemeenskapsverpleegkundige 'n drukkies te gee of met haar kop teen die verpleegkundige se skouer te leun. Volgens Dimbleby & Burton (1992:71), Kaplan & Sadock (1994:9) en Wilson & Kneisl (1996:122-123) word stiltes effektief

gebruik om te luister wat die onderliggende boodskappe (verbaal en nie-verbaal) is om sodoende terugvoer aan die pasiënt te gee.

- Die gemeenskapsverpleegkundige het nie genoegsame

tyd (7-10 minute) aan die sessies gegee nie en handel die ondersoek so vinnig as moontlik af, soos gedemonstreer deur die verpleegkundige se nie-verbale gedrag, naamlik: die gemeenskapsverpleegkundige voltooi nie haar sinne nie en loer na die kamera se lens, speel met die stetoskoop en gee die verstandelik verdraagde individu nie altyd kans om op haar vrae te antwoord nie.

Axline (1989:70) noem dat die terapeut nie die interaksie moet aanjaag nie. Dit is 'n geleidelike proses en moet as sodanig herken word deur die terapeut.

Kategorie 3: Die terminasiefase van die kommunikasieproses

In die terminasiefase het die gemeenskapsverpleegkundige meestal negatief teenoor die verstandelik verdraagde individu gereageer, byvoorbeeld: **"Sit stil"** en **"Leave it alone" (los dit uit)**. Die verpleegkundige gee geen positiewe terugvoer, soos: **"Jy het mooi stil gesit"** nie.

Perko & Kreigh (1988:260), Van Wyk (1998:44-45), Wilson & Kneisl (1996:125) en Dimpleby & Burton (1992:54) dui daarop dat om kommunikasie fasiliterend deur te voer, dit essensieel is om gevoelens en idees te reflekteer, terugvoer te gebruik om seker te maak dat inligting wat ontvang is, reg verstaan is, en persepsies te vergelyk en te valideer deur onderliggende boodskappe wat deur die verpleegkundige opgemerk is aan die pasiënt te noem, om sodanige inligting wat weergegee word te bevestig.

Kategorie 4: Taalgebruik tydens die kommunikasieproses

- Die gemeenskapsverpleegkundige vra geslote, liniêre vrae en gebruik stopwoorde, byvoorbeeld: **"Is it sore?" ("Is dit seer?")** en **"Okay, hoor jy dit?"** Die verstandelik verdraagde individu reageer deur net stil te bly.

Perko & Kreigh (1988:259) noem die volgende: gebruik indirekte vrae om interaksie te begin, gebruik direkte vrae wanneer spesifieke inligting verkry moet word. Te veel direkte vrae in die begin van 'n onderhoud kan veroorsaak dat die pasiënt min reaksie toon en kan die pasiënt laat dink dat hy/sy net op direkte vrae moet reageer (Kaplan & Sadock, 1994:9).

- Die gemeenskapsverpleegkundige het ook gebruik gemaak van kleinwoorde, soos gedemonstreer deur die volgende direkte aanhalings: **"Ek gaan ietsie aansit, dan gaan ek 'n pleistertjie opplak"** en **"...salfies aansit"**. Dit het die verstandelik verdraagde individu in 'n kinderposisie geplaas deurdat die individu sus- en wiegbewegings uitgevoer het. Die individu het ook met haar kop teen die gemeenskapsverpleegkundige se skouer geleun en gehuil.

Perko & Kreigh (1988:259) noem dat dit belangrik is om op dieselfde kommunikasievlak as die pasiënt te beweeg en boodskappe oor te dra wat vir albei partye verstaanbaar is.

- Die gemeenskapsverpleegkundige se gesprekvoering met die verstandelik verdraagde individu is meer kognitief oor die wond en geensins affektief oor die ervaring nie, en word soos volg gedemonstreer: **"Is dit seer, maar wanneer het dit gebeur?"**

Die individu leun met haar kop teen die verpleegkundige se skouer en begin te huil. Die verpleegkundige reageer as volg: **"Okay, okay, ek gaan ietsie aansit daarso, hoor. Dan gaan ek 'n pleistertjie opplak."**

Dimpleby & Burton (1992:19-20) verduidelik dat die

verpleegkundige ook moet let op al die verbale en nie-verbale gedrag wat getoon word deur die pasiënt wat onderliggende boodskappe en emosies weerspieël en dit ook uitklaar.

Axline (1989:69) verduidelik dat die terapeut nie die persoon se aksies of gesprekvoering moet verander nie. Die persoon gee die leiding en die terapeut moet volg.

Met die nie-fasiliterende kommunikasietegnieke wat deur die gemeenskapsverpleegkundige gebruik is in die gesprekvoering met die verstandelik verdraagde individu, het die individu se verbale reaksies getoon dat die individu fisiese simptome genereer en gesprekvoering as 'n manier gebruik om nie van die verpleegkundige afskeid te neem nie, soos gedemonstreer deur die volgende direkte aanhalings: **"Dis seer"**, **"Ek verlang na my ma"** en **"My maag is seer."**

Tema 2: Nie-verbale kommunikasie van die gemeenskapsverpleegkundige teenoor die verstandelik verdraagde individu

Kategorie 1: Oogkontak

Die gemeenskapsverpleegkundige vermy oogkontak met die verstandelik verdraagde individu, soos gedemonstreer deur die volgende voorbeelde: die gemeenskapsverpleegkundige kyk na die dak en speel met die stetoskoop. Die verstandelik verdraagde individu reageer deur ook oogkontak te vermy en by die venster uit te kyk en na die dak te kyk.

Corner & Hawthorn (1993:33) noem dat oogbeweging 'n belangrike rol speel in die vloeï van interaksie, en oogkontak tussen twee persone kan die interpersoonlike emosies verhoog en sodoende 'n vertrouensverhouding bou.

Kategorie 2: Liggaamshouding

- Die gemeenskapsverpleegkundige is inkongruent ten opsigte van aanraking. Die navorser het gevra: **"Is dit seer, maar wanneer het dit gebeur?"** waarop die individu met haar kop teen die verpleegkundige se skouer geleun en begin huil het. Die verpleegkundige het niks gedoen nie en net die volgende gesê: **"Okay, ek gaan ietsie aansit daarso"**.

Perko & Kreigh (1988:260), Wilson & Kneisl (1992:139) en Peplau (1989:60,230) verduidelik dat die verskil tussen die verbale en nie-verbale gedrag geïdentifiseer en eksploreer moet word. Persone wat oogkontak behou word gesien as betroubaar en aanraking is belangrik in emosionele situasies.

- Die gemeenskapsverpleegkundige het langs die individu op 'n bed gesit en dit het ongemaklik voorgekom. Die huismoeder het ook eenkant buite die opnameveld van die video-kamera gestaan.

Dit is belangrik dat die verpleegkundige deurentyd oogkontak met die individu behou en hy/sy moet dus 'n posisie inneem wat dit moontlik maak. Liggaamshouding word gebruik om die persoon se emosionele status oor te dra, byvoorbeeld gespanne versus ontspande. Dit kan ook die houding wat teenoor die ander persoon ingeneem word, oordra (Corner & Hawthorn, 1993:33).

- Die gemeenskapsverpleegkundige is meestal taakgeoriënteerd deurdat sy net die fisiese probleem identifiseer en behandel. Daar kom lang stiltes voor en die verpleegkundige vra meestal oor fisiese probleme uit, byvoorbeeld:

"Wat het daar gebeur?", asook gedemonstreer deur die

volgende voorbeeld: die verpleegkundige brei nie uit oor die ander simptome wat deur die verstandelik vertraagde individu genoem is nie en fokus net die hele tyd op die probleem waarmee die verstandelik vertraagde individu na haar gekom het. Die effek op die individu is dat hy/sy meer fisiese kontak met die verpleegkundige wil maak deur aan haar te raak en ook deur oor ander fisiese probleme te kla, bevoorbeeld: **“My maag is seer”**.

Wilson & Kneisl (1992:139-141) en Peplau (1989:230-231) verduidelik dat aanraking belangrik is in emosionele situasies omdat dit juis die kommunikasie verpersoonlik wat tussen die persone plaasvind.

Kategorie 3: Stemtoon

- Die gemeenskapsverpleegkundige het met die stemtoon van 'n kind teenoor die verstandelik vertraagde individu gepraat, die sessies kom gespanne voor, en die verpleegkundige wil die ondersoek so vinnig as moontlik afhandel. Voorbeelde uit die video-opnames is dat die verpleegkundige met die stetoskoop speel of op haar horlosie kyk; woorde soos: **“salfies”**, **“pleistertjie”** en **“ietsie”** gebruik en ook nie haar sinne voltooi nie. Die effek van die kleinwoorde op die verstandelik vertraagde individu is dat hul al hoe minder verbaal reageer en bewegings van 'n kind aanneem, byvoorbeeld wieg.

Perko & Kreigh (1988:259) noem dat toepaslike kommunikasie gebruik moet word wat albei partye kan gebruik en verstaan. Corner & Hawthorn (1993:33-34) noem dat dieselfde woorde op verskillende maniere gebruik kan word en dit kan ook verskillende emosionele gevoelens uitdruk en sodoende gedrag beïnvloed.

Die verstandelik vertraagde individu het as volg op die nie-verbale kommunikasietegnieke van die gemeenskapsverpleegkundige gereageer:

- Die individu het oogkontak vermy en byvoorbeeld deur die venster of na die dak gekyk;
- Die individu het inkongruente emosie getoon, byvoorbeeld gehuil en dan skielik gelag;
- Die individu het 'n behoefte aan aanraking gehad en het gereeld aan die verpleegkundige gevat, gedruk en selfs 'n soen op die wang gegee en omdat die verpleegkundige nie positief op die aanraking gereageer het nie, het die individu self-inhoudende gedrag soos wieg en sus aangeneem.

RIGLYNE VIR DIE FASILITERING VAN EFFEKTIEWE KOMMUNIKASIE

Riglyne vir effektiewe kommunikasie word weergegee aan die hand van die drie fases geïdentifiseer en riglyne word ook beskryf vir die gemeenskapsverpleegkundige om as refleksiewe praktisyn te ontwikkel. Hierdie proses word voorgestel deur Figuur 1 wat 'n konseptuele raamwerk voorstel vir die proses van fasilitering van effektiewe kommunikasie.

Daar is tot die gevolgtrekking gekom dat 'n gevorderde psigiatriese verpleegpraktisyn betrek behoort te word om deur middel van indiensopleiding en personeelontwikkeling as konsultant op te tree vir die verpleegkundiges en ander werkers wat spesifiek met die verstandelik vertraagde individue werk. Dit word gedoen sodat die werkers meer refleksief kan wees en sodat fasiliterende kommunikasie kan plaasvind tussen die gemeenskapsverpleegkundige en die verstandelik vertraagde individu.

Indiensopleiding van die werkers behels die aanleer van fasiliterende kommunikasietegnieke, die gebruik van START (Strive Towards Achieving Results Together), spel-, kuns- en tekenterapie om meer inligting te ondersoek en ook daardeur inligting wat van die verstandelik vertraagde individu verkry word, uit te klaar.

Personeelontwikkeling van die werkers behels dat die personeel selfkennis ontwikkel deur middel van die hou van refleksiewe dagboeke. Deur die ontwikkeling kan ondersteuningsgroepe ontstaan om werkers te help om meer refleksief te wees en ten slotte effektiewe kommunikasie tussen die werker en die verstandelik vertraagde individu te fasiliteer.

Vervolgens gaan die riglyne in die verskillende fases bespreek word:

Inisiële fase in die kommunikasieproses

Verbale kommunikasie

'n Deeglike vertrouensverhouding tussen die gemeenskapsverpleegkundige en die verstandelik vertraagde individu behoort opgebou te word. Die basiese konsepte van liefde, empatie, warmte, onvoorwaardelike aanvaarding en verskerping is die grondslag vir die bou van vertroue (Perko & Kreigh, 1988:281). 'n Vertrouensverhouding kan gefasiliteer word deur die individu 'n geleentheid te bied om sy/haar emosies en gevoelens weer te gee en dan sy/haar eie gevoelens en ervarings te reflekteer. Wilson & Kneisl (1996:122) ondersteun bogenoemde deur klem te lê op die belang daarvan dat onderliggende emosies waargeneem word en uitgelig word om sodoende inligting te valideer en bevestig.

Die verpleegkundige kan vra: **“Ek hoor jy sê...”** of **“Wat bedoel jy as jy sê...”** Axline (1989:69) noem dat die terapeut die gevoelens wat deur die persoon uitgedruk en gereflekteer word moet herken en dan ook daardie gevoelens moet teruggee op so 'n manier dat die persoon insig in sy/haar gedrag verkry.

Nie-verbale kommunikasie

Die gemeenskapsverpleegkundige behoort die vertrouensverhouding met die verstandelik vertraagde individu op te bou deur middel van sy/haar liggaamshouding wat weerspieël word, deur byvoorbeeld: aandagtig te luister, oop en gemaklike postuur, nader leun, fisiese aanraking, glimlag en oogkontak te behou. Dimpleby & Burton (1992:37-42) beklemtoon ook hierdie aspekte en lê klem op die belang van 'n oop, vriendelike liggaamshouding wat aandag en respek betoon.

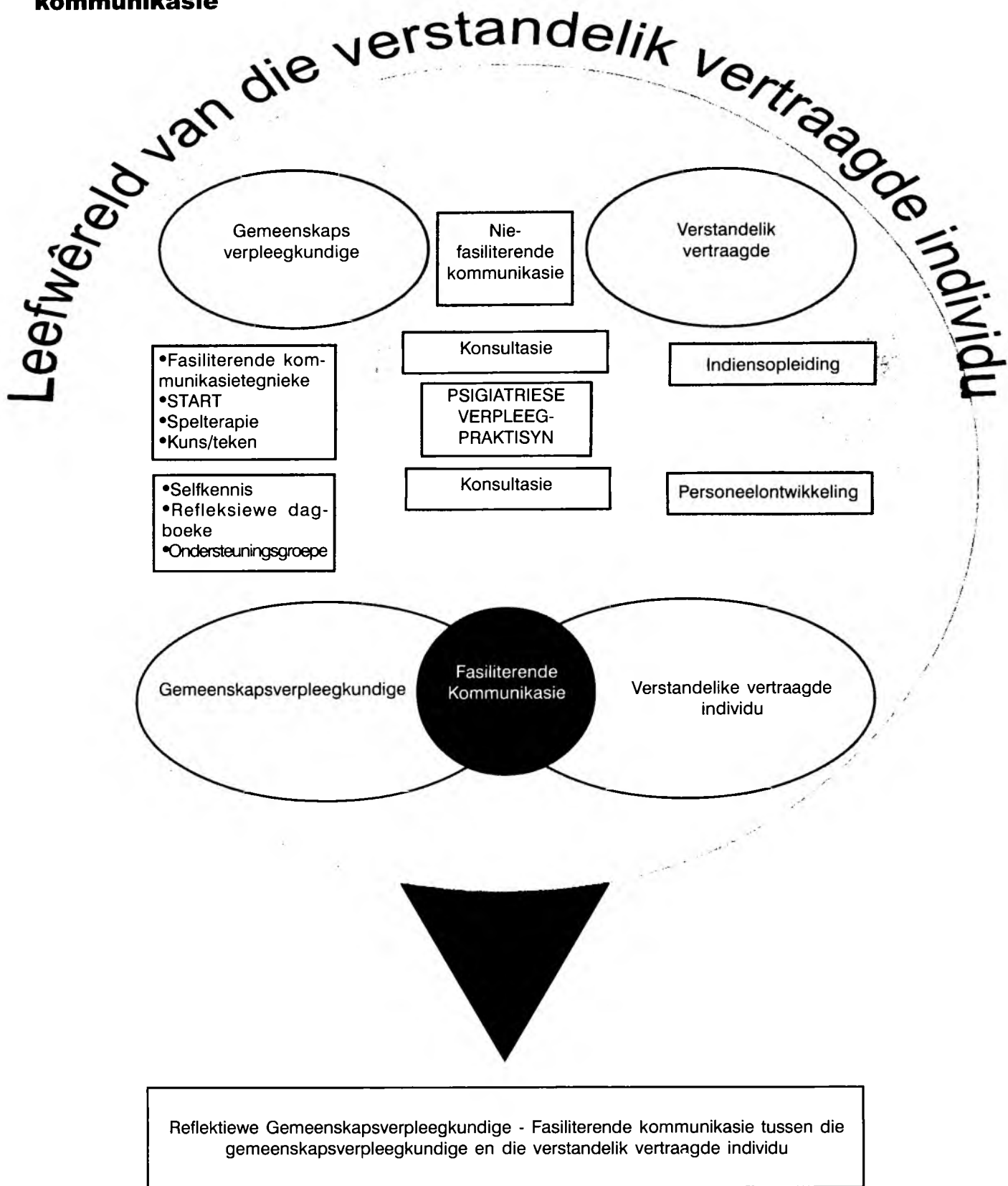
Eksterne steurnisse behoort deur die gemeenskapsverpleegkundige uitgeskakel te word, want dit beïnvloed die verloop van die onderhoud negatief en neem tyd in beslag. Dit kan gedoen word deur byvoorbeeld die telefoon te ontkoppel, 'n vertrek te kry waar niemand sal onderbreek nie en 'n “moenie steur nie” boodskap op die deur te plaas.

Werkfase van die kommunikasieproses

Verbale kommunikasie

Die gemeenskapsverpleegkundige behoort die individu aan te moedig om sy/haar gevoelens te verbaliseer deur eie gevoelens en ervaring aan die individu te reflekteer,

Figuur 1 : Konseptuele raamwerk vir die fasilitering van effektiewe kommunikasie



byvoorbeeld deur te sê: “Ek voel ongemaklik as jy... vir my sê”. Die verbalisering van gevoelens help die gemeenskapsverpleegkundige om onderliggende probleme en emosies uit te klaar en inligting te valideer. Kreigh & Perko (1998: 259-260) en Wilson & Kneisl (1996:122) voeg hierby dat daar op probleemareas gefokus moet word en dat pasiënte aangemoeding moet word om uit te brei op gevoelens. Die temas wat geïdentifiseer is moet ge-eksplorieer word deur beskrywing en uitklaring, byvoorbeeld: “Dit klink vir my of jy kwaad is?” of “Hoe voel jy daarvoor dat jou ma nie

gebel het nie?”

Die verpleegkundige behoort deurentyd inligting wat sy ontvang het met die individu uit te klaar en onderliggende boodskappe aan die individu uitlig, byvoorbeeld: Klaar die onvanpaste nie-verbale gedrag wat nie met die verbale gedrag ooreenstem nie uit, soos byvoorbeeld as die individu sê hy voel goed maar dan begin huil. Bogenoemde kan toegepas word in die praktyk deur te vra: “Jy sê dat jy goed voel, maar tog huil jy?” Hierdie uitklaring/

opklaring word ondersteun deur Kaplan & Sadock (1994:9-10); Perko & Kreigh (1998:249-251) en Wilson & Kneisl (1996:122-125).

Die verpleegkundige behoort voortdurend alle prosedures wat op die individu uitgevoer word aan die individu te verduidelik, want dit kan angstigheid voorkom en moedig refleksie aan. Dimbleby & Burton (1992:37-42) en Perko & Kreigh (1988:259-260) sluit hierby aan deur te noem dat terugvoer gebruik word om boodskappe en afleidings wat gemaak is tydens die prosedure, te bevestig. Die gemeenskapsverpleegkundige kan sê: "Jammer, dit gaan 'n bietjie ongemaklik wees. Ek gaan nou...".

Die verpleegkundige behoort van oop-vrae gebruik te maak by die individue wat oor meer verbale kommunikasie beskik en geslote-vrae en sketse by individue wat oor meer nie-verbale kommunikasie beskik, byvoorbeeld: "Hoe voel jy vandag?" as oop-vraag; en "Is jy kwaad?" as geslote-vraag.

Die onderhoud behoort volgens die pas wat die individu aangee, te beweeg en moet nie aangejaag word nie, want anders genereer die verstandelik vertraagde individu fisiese simptome en gesprekvoering as 'n manier om nie afskeid te neem nie. Die riglyn kan in die praktyk geoperasionaliseer word deurdat as die verpleegkundige tydgebonde is, sy dit aan die begin aan die individu noem en reël vir opvolgessies. Die verpleegkundige kan byvoorbeeld die volgende sê: "Ons tyd is beperk en ter opsomming het jy genoem dat..." en "Ons volgende afspraak is dus vir die..." Axline (1989:70/119) sê dat hierdie interaksie 'n geleidelike proses is en nie aangejaag moet word nie, want dit kan veroorsaak dat die persoon homself terugtrek en nie verder aan die interaksie wil deelneem nie.

Nie-verbale kommunikasie

Fisiese aanraking behoort aangemoedig te word en fisiese ondersteuning behoort gegee te word, byvoorbeeld: 'n drukkie as die individu dit gee of raak aan die individu se arm. Dimbleby & Burton (1992:38-39) noem dat meer aanraking sal help dat 'n persoon beter met 'n ander persoon oor die weg kom en dat vertroue beter ontwikkel. Aanraking word ook gebruik as 'n persoon warmte, gemak en versterking by die ander persoon wil stel (Leathers, 1997:123-124).

Die verpleegkundige kan gebruik maak van sketse/tekeninge oor die liggaam of gesiggies wat sekere emosies uitdruk, soos hartseer, gelukkig en kwaad. Dit kan die individu aanmoedig om gevoelens en probleme uit te wys deurdat na die spesifieke prentjie wat sy/haar probleme omskryf, uit te wys en waarna meer spesifieke vrae gevra kan word rakende die spesifieke prent. Robbins (1994:106-107) voeg hierby dat kunstherapie 'n insiggewende rol kan speel by die verstandelik vertraagde individu en hul daardeur kan help om hulle gevoelens uit te druk.

Die verpleegkundige kan byvoorbeeld die individu aanmoedig deur self na 'n prent te wys en gevoelens te verbaliseer en sy kan byvoorbeeld begin deur na 'n gesig te wys noem dat sy gelukkig voel en dan kan sy die individu vra: "Hoe voel jy vandag?" Die persoon kan op die gesiggies wys hoe sy/hy voel en dan kan die verpleegkundige begin om die gevoel uit te klaar en te eksploreer.

Terminasie van die kommunikasieproses

Die verpleegkundige behoort positief te reageer teenoor die verbale en nie-verbale gedrag van die individu, want dit moedig

die individu aan om te reageer, byvoorbeeld: "Jy sit mooi stil". Kaplan & Sadock (1994:10) ondersteun bogenoemde riglyn en noem dat die tegniek van positiewe terugvoer die pasiënt op sy/haar gemak stel en sodoende sal die pasiënt alle emosies, negatief sowel as positief, met die verpleegkundige deel.

Die verpleegkundige behoort duidelik te noem wanneer die sessie beëindig gaan word, byvoorbeeld: "Ons tyd is nou verby". Dit word gedoen deur struktuur aan die onderhoud te verleen. Perko & Kreigh (1988:259) sluit hierby aan deur te verduidelik dat die verpleegkundige tydbepelings moet verduidelik en Kaplan & Sadock (1994:11) noem ook dat die verpleegkundige die pasiënt 'n geleentheid moet gee om vrae te stel voor die sessie beëindig word en indien nodig, nog 'n sessie te reël. Axline (1989:123) noem dat bepelings nodig is in interaksie, sowel as die gee van tydbepelings.

Die verpleegkundige behoort nadat die sessie afgehandel is, en die individu nog inligting wil verskaf, geduldig te wees en te luister, want uit die bevindinge blyk dit dat die verstandelik vertraagde individu fisiese simptome genereer en gesprekvoering as 'n manier om nie afskeid te neem nie, gebruik. Die individu moet toegelaat word om teen sy/haar eie tempo voort te beweeg (Perko & Kreigh, 1988:259). Axline (1989:69) verduidelik dat die terapeut nie die persoon se aksies of gesprekvoering moet probeer verander nie. Die persoon behoort die leiding te neem terwyl die terapeut volg.

Die verpleegkundige behoort eers nadat die onderhoud/fisiese ondersoek afgehandel is en die sessie beëindig is met die primêre versorger/huismoeder oor die bevindinge en handeling te gesels.

Riglyne vir die gemeenskapsverpleegkundige om as refleksiewe praktisyn te ontwikkel

Die verpleegkundige behoort 'n eksterne psigiatriese verpleegpraktisyn te betrek om opleiding en indiensopleiding aan alle personeel wat met die verstandelik vertraagde individu werksaam is, te gee. Dit kan dan ook as ondersteuning dien en die verpleegkundige en ander personeel help om meer refleksief op te tree. Sodoende kan meer fasiliterende kommunikasie tussen die verpleegkundige/personeel en die verstandelik vertraagde individu plaasvind soos geïllustreer deur figuur 1. Die navorsingstudie oor die invloed en effektiwiteit van refleksie soos beskryf deur Van Wyk (1998:42-49) en Victor (1998:50-58) verduidelik dat die gevorderde psigiatriese verpleegpraktisyn 'n konteks skep waarbinne die gemeenskapsverpleegkundige as 'n refleksiewe praktisyn kan ontwikkel.

Vervolgens gaan die navorser die twee elemente wat nodig is vir die eksterne verpleegpraktisyn om die gemeenskapsverpleegkundige te help om as refleksiewe praktisyn te ontwikkel, baie kortliks bespreek:

- **Indiensopleiding** wat die aanleer van fasiliterende kommunikasietegnieke, die gebruik van die START pakket, en die aanleer van spel en kunstherapie, behels.

Die tegnieke kan dan die gemeenskapsverpleegkundige help om effektiewe kommunikasie met die verstandelik vertraagde individu te fasiliteer. Perko & Kreigh (1988:231) verduidelik bogenoemde deurdat die verpleegkundige die pasiënt help om 'n optimale vlak van gesondheid te behou en te herstel en wat ook ten doel het om siekte te voorkom. Van Wyk

(1995:103-110) noem ook dat deur die fasilitering van refleksie by die gemeenskaps-verpleegkundige deur die psigiatriese verpleegpraktisyn, nuwe idees geskep word oor hul interaksie met die pasiënt, wat hulle dan weer kan gebruik vir die terugvoering tydens hulle gesprekvoering met die pasiënt.

- **Personeelontwikkeling** deur die eksterne psigiatriese verpleegpraktisyn behels die daarstel van **selfkennis, ondersteuningsgroepe** asook die gebruikmaking van **refleksiewe dagboeke** deur die gemeenskaps-verpleegkundige. Die metodes help om die gemeenskapsverpleegkundige te laat ontwikkel tot 'n refleksiewe praktisyn wat weer tot effektiewe kommunikasie tussen die verpleegkundige en die verstandelik vertraagde individu kan aanleiding gee. Kaplan & Sadock (1998:232) verduidelik die gebruik van self as essensiële element wat sy moet aanwend in 'n onderhoud tussen haar en die pasiënt, sodat die terapeutiese doelwitte van die onderhoud bereik kan word. Victor (1998:55) verduidelik die belangrikheid van die ondersteuningsbenadering deur die eksterne psigiatriese verpleegpraktisyn aan die gemeenskapsverpleegkundige, deurdat nuwe betekenis aan belewenisse geheg kan word deur die skryf en herskryf van haar storie oor die interaksie met pasiënte en ander. Van Wyk (1998:44) verduidelik dat die eksterne psigiatriese verpleegpraktisyn 'n konteks waarbinne die gemeenskapsverpleegkundige as 'n refleksiewe praktisyn kan ontwikkel, skep. Refleksie verwys daarna dat gemeenskapsverpleegkundiges se interaksie met die pasiënt nie staties bly nie, maar dat hulle meer gefokus sal bly op die proses tussen die pasiënt tydens interaksie met hom/haar.

Deur die fasilitering van refleksie by die gemeenskaps-verpleegkundige deur die psigiatriese verpleegpraktisyn, word nuwe idees by gemeenskaps-verpleegkundiges geskep oor hul interaksie met die pasiënt, wat hulle weer kan gebruik vir terugvoer tydens hul gesprekvoering met die pasiënt. Refleksie het dus ten doel om gemeenskapsverpleegkundiges se persepsie oor hul interaksie met die pasiënt te verryk.

SAMEVATTING

Daar is tydens data-analise gevind dat die gemeenskapsverpleegkundige meestal kognitief gefokus het, nie-fasiliterende kommunikasietegnieke en struikelblokke in haar kommunikasie gebruik het, juis omdat sy gefrustreerd, asook onbevoeg voel, moontlik as gevolg van die nie-werklike beheer oor die verstandelik vertraagde individu se omstandighede.

Die navorser het tot die gevolgtrekking gekom dat die gemeenskaps-verpleegkundige noue/nabye kontak met die verstandelik vertraagde individu vermy, om eie ongemak te oorkom. Die gemeenskapsverpleegkundige is ook "so besig" met die taak van wondversorging en vermy sodoende affektiewe interaksie.

Riglyne is daargestel vir die gemeenskapsverpleegkundige vir die fasilitering van effektiewe kommunikasie en ook om as refleksiewe praktisyn te ontwikkel deur middel van indiensopleiding en personeelontwikkeling. Verdere navorsing sal 'n bate tot navorsing wees, veral as bogenoemde riglyne geoperasionaliseer word en die effek daarvan nagevors word. Navorsing oor die effek van ander nie-verbale kommunikasietegnieke, byvoorbeeld spel- en kunstherapie kan ook as 'n bate vir navorsing dien en kan die riglyne daargestel vir die gemeenskaps-verpleegkundige, net verbeter.

BIBLIOGRAFIE

- AFRICAN NATIONAL CONGRESS. 1994.** The reconstruction and development programme. Johannesburg: African National Congress.
- AFRICAN NATIONAL CONGRESS. 1996.** Official Policy Document. Johannesburg: African National Congress.
- AXLINE, VM. 1989.** Play therapy. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- BURNS, N & GROVE, SK. 1993.** The practice of nursing research. Third edition. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- CORNER, J & HAWTHORN, J. 1993.** Communication studies: An introductory reader. Fourth edition. London: Edward Arnold.
- CRESWELL, JW. 1994.** Research design: Qualitative and quantitative approaches. Thousand Oaks: Sage.
- DEMOCRATIC NURSING ORGANISATION OF SOUTH AFRICA. 1998.** Ethical standards for nurse researchers. Pretoria: Democratic Nursing Organisation of South Africa.
- DIMBLEBY, R & BURTON, G. 1992.** More than words: An introduction to communication. Second edition. London: Routledge.
- GUBA, EG & LINCOLN, YS. 1985.** Naturalistic enquiry. London: Sage Publications.
- KAPLAN, HI & SADOCK, BJ. 1994.** Synopsis of psychiatry. Seventh edition. Maryland: Williams & Wilkens.
- LEATHERS, DG. 1997.** Successful nonverbal communication: Principles and applications. Third edition. Boston: Allyn and Bacon.
- MORSE, J & Field, S 1996.**
- MOUTON, J & MARAIS, HC. 1996.** Basiese begrippe: Metodologie van die geesteswetenskappe. Pretoria. Raad vir Geestesnavorsing.
- ODENDAL, FF; SCHOONEES, PC; SWANEPOEL, CJ; DU TOIT, SJ & BOOYSEN, CM . 1994.** HAT Verklarende Woordeboek van die Afrikaanse Taal. Midrand: Perskor Uitgewery.
- ORAL ROBERTS UNIVERSITY, ANNA VAUGHN SCHOOL OF NURSING. 1990.** Catalog, School of Art and Sciences, Business, Education, Nursing and Theology and Missions, 17(1). Tulsa, Oklahoma: Oral Roberts University.
- PEPLAU, HE. 1994.** Selected works: Interpersonal theory in nursing. London: The MacMillan Press Ltd.
- PERKO, JE & KREIGH, HZ . 1988.** Psychiatric and mental health nursing. Third edition. Connecticut: Prentice-Hall International, Inc.
- ROBBINS, A. 1994.** A multi-modal approach to creative art therapy. London: Jessica Kingsley Publishers.
- RANDSE AFRIKAANSE UNIVERSITEIT. 1992.** Die Verplegingsteorie vir Mensheelheid. Johannesburg: Randse Afrikaanse Universiteit.
- SCROOBY, B. 1999.** M.Cur verhandeling :Randse Afrikaanse Universiteit: Auclandpark
- VAN WYK, S. 1995.** Ondersteuningsbenadering aan psigiatriese gemeenskapsverpleegkundiges in interaksie met psigiatriese pasiënte. (D.Cur.-proefskrif). Johannesburg: Randse Afrikaanse Universiteit.
- VAN WYK, S. 1998.** 'n Ondersteuningsbenadering aan psigiatriese gemeenskapsverpleegkundiges in interaksie met psigiatriese pasiënte. *Curationis*, September 1998:42-51.
- WILSON, HS. 1989.** Research in nursing. California: Addison Wesley.
- WILSON, HS & KNEISL, CR. 1996.** Psychiatric nursing. Fifth edition. California: Addison Wesley.

