

Interaksieprosesontleding in Verpleging

DENISE DU TOIT,

B. Cur (Ed et Admin) (RAU), Hons. B.A. (Sosiologie) (RAU).

Lektrise, Departement Verpleegkunde, Universiteit van Suid-Afrika.

INLEIDING

Verpleging is lank reeds 'n erkende wetenskap, met eie unieke begrensde wetenskaplike kennisinhoude. Verpleging is ook 'n menswetenskap. Tydens die beoefening van die verpleegwetenskap, in watter situasie ookal, vind interaksie tussen individue plaas. Interaksie is een van die fundamentele aspekte van die verpleeghandeling. Searle (1969:3) verwys na 'n gedissiplineerde, toegegewe, intellektuele benadering in verpleging en impliseer die verkryging van wetenskaplike kennis in verpleging wat as basis kan dien vir die beoefening van die verpleeghandeling. Interaksie maak dus 'n integrale deel van die wetenskaplike sy van verpleging uit.

Om die wetenskaplikheid van verpleegkennis te verhoog, is dit dikwels nodig om relevante inhoud uit ander kennisgebiede in verpleegkennis te integreer en dan ook in die verpleegpraktyk toe te pas. Omdat verpleging 'n menswetenskap is, kan daar dus in ander menswetenskappe soos die opvoedkunde, sielkunde en die sosiologie relevante wetenskaplike kennis gesoek word. In die Sosiologie word daar gedink in terme van interaksieprosesontleding, en hierdie studieveld kan met vrug in verpleging ondersoek word.

In hoeverre kan die interaksieproses in verpleging wetenskaplik getoets word? Is dit moontlik? Omdat dit een van die fundamentele aspekte van die verpleeghandeling uitmaak, is dit wenslik dat dit wetenskaplik getoets en evaluateer word. Dit sal dan ook die realisering van die waardes en norme, soos vervat in die filosofie van verpleging, in die verpleegpraktyk reflekter. Hoe kan meting en toetsing hiervan plaasvind sonder om verpleging te reduseer tot 'n kwantitatiewe wetenskap, en om die kwalitatiewe aspek daarvan — die terapeutiese gebruikmaking van die self, die liefde wat sigbaar word — behoue te laat bly?

SUMMARY

Nursing is a humanistic science which concerns itself with man in need. Nursing has also long been recognised as a science with its own defined scientific knowledge unique to nursing. In order that nursing could grow as a science it was necessary to delve into other humanistic sciences for knowledge relevant to nursing. This knowledge should be incorporated into nursing in order to contribute to development of scientific nursing theory. This knowledge should also be applied to the advantage of nursing.

In this article the use of certain methods and techniques normally used in group dynamics, a branch of Sociology, and how these methods and techniques can be usefully applied to nursing, are speculated on. Attention is given to the possibility of the application of Bales's technique of interaction process analysis to various fields of nursing.

Interaksie word deur Cilliers en Joubert (1966:22) gedefinieer as die proses waarin handelinge gerig is op en beantwoord word deur ander. In die konteks van verpleging word gedink aan situasies soos die voer van onderhoude met pasiënte, die verpleegonderwyssituasie, die hantering van groepe soos byvoorbeeld in die gesondheidsvoortligting situasie gevind word, the hantering van groepe verpleegstudente en vele ander.

Bales se interaksieprosesontleding

Een van die metodes om die interaksieproses in verpleging te toets doen hom voor in die vorm van Robert F. Bales (1949) se tegniek van interaksieprosesontleding. Bales se interaksieprosesontleding dien primêr as 'n tegniek vir die waarneming en ontleding van die interaksieproses. Hierdie tegniek kan, volgens die beskeie mening van die outeur van hierdie artikel, feitlik alle interaksiesituasies in verpleging ontleed en toets. Bales maak gebruik van 'n kategoriesisteem waarin hy verskeie tipes interaksie gegroepeer het, en met behulp hiervan kan interaksie dan waargeneem, geïnterpreteer en ontleed word. Daar sal later volledig aan hierdie kategoriesisteem aandag gegee word. Dit is egter eers nodig om die teoretiese fundering van Bales se tegniek van interaksieprosesontleding te bespreek.

Bales gaan van die standpunt uit dat die basiese empiriese verskynsels wat die sosiaal-wetenskaplike kan waarnem, op rekord kan stel, kan ontleed en interpreteer, tweeledig van aard is: (i) handeling of interaksie — dit is die konkrete openlike handeling van mense, en (ii) die situasie waarin dit plaasvind. (Steyn, 1976:91,92). Die situasie, volgens Bales (1949:31), bestaan uit daardie dinge waarop optrede gerig is — die self, ander individue, fisiiese objekte ensovoorts. Om tot empiriese veralgemenings omtrent menslike gedrag en die situasie waarin dit plaasvind, te kan kom, is dit nodig om gedrag en die situasie in komponente op te breek of daarvandaan analities te abstraheer. Dit kan op verskeie maniere gedoen word, afhangende van die doel van die sosiaal-wetenskaplike (Bales, 1949:32).

Bales het konsepte gedefinieer in terme waarvan waarnemings gedoen kan word, en dit vervat in sy kategoriesisteem waarmee interaksie waargeneem, geïnterpreteer en ontleed kan word. Hierdie stel kategorieë van interaksie is bedoel om 'n algemene raamwerk vir observasie van interaksie te wees, wat gebruik kan word om 'n reeks standaard indikatore betreffende die struktuur en dinamiek van interaksie in enige klein groep te verkry (Bales, 1949:33). Die kategoriesisteem is gemoeid met aspekte van interaksie só algemeen dat dit in kommunikasie tussen lede van

van die onderwerp onder bespreking, of die tipe konkrete probleem of subjek waarmee hulle gemoeid is (Bales, 1949:34).

In die interaksieproses handel persone met inagneming van bepaalde aspekte van die betrokke situasie en ander persone (Steyn, 1976:92). Wanneer 'n verpleegkundige byvoorbeeld 'n onderhoud met 'n pasiënt voer om inligting in te win om 'n verpleegdiagnose te maak, sal dit waarskynlik in 'n hospitaalomgewing plaasvind. 'n Omgewing, soos Steyn (1976) dit stel, wat 'n voortdurende bron van eise en probleme is, maar wat ook hulpbronne vir die oplossing van dié probleme behels.

Die hospitaalomgewing bevat bronne wat die probleme van die pasiënt kan oplos, in die vorm van byvoorbeeld medisyne, apparaat en toerusting waarmee die pasiënt se behandeling gefasiliteer kan word. Die hospitaalomgewing bevat ook verskeie ander persone, byvoorbeeld die lede van die multi-dissiplinêre gesondheidspan wat almal deel het aan die behandeling en die genesing of rehabilitasie van die pasiënt.

Bales (1949: 33) sien 'n klein groep as *enige aantal persone* wat in interaksie met mekaar is in 'n enkele, of reeks, aangesig-tot-aangesig byeenkomste, waar elke lid so 'n duidelike indruk en persepsie van elke ander lid kry dat hy op 'n latere geleentheid teenoor daardie persoon kan reageer, al is dit net om te onthou dat die ander persoon aansig was in die groepsituasie.

Hierdie operasionele definisie van Bales kan net so toegepas word op die verpleeginteraksiesituasie. Interaksie tussen die verpleegkundige en pasiënt vind noodwendig op 'n aangesig-tot-aangesigswyse plaas, en kan verbaal en nie-verbaal van aard wees. Die verpleegkundige word in haar opleiding geleer om 'n noukeurige waarnemer van die mens as pasiënt en sy optrede te wees. Sy vorm gewoonlik al met die eerste ontmoeting met die pasiënt 'n blywende indruk van die pasiënt, en kan dus met 'n latere geleentheid teenoor die pasiënt reageer. Die pasiënt, andersyds, onthou die verpleegkundige met wie hy hierdie onderhoud gehad het baie goed, omdat sy waarskynlik die eerste

persoon in die hospitaalomgewing was met wie hy op 'n kontinue en nie-onderbrekende basis in interaksie getree het.

Bales (in Steyn, 1976:92) definieer interaksie as 'n voortdurende stroom handelinge, woorde, simbole, tekens, gebare, ensovoorts. Hierdie stroom vloei van lid tot lid en sluit soms almal en soms net party lede van die groep in. Die twee-persoongroep of die diad, deur Georg Simmel geïdentifiseer, is 'n bekende konsep in groepsdynamiese teorie. Die diad toon 'n hoe ratio *vra van mening* en konsentreer grootliks op die uitruiling van inligting en samestemming. Daar bestaan 'n sterk neiging in die diad dat asimmetriese rolle kan ontwikkel. Die een lid, byvoorbeeld die verpleegkundige toon 'n neiging om 'n meer aktiewe rol te speel en die initiatief te neem terwyl die ander, byvoorbeeld die pasiënt, 'n meer passiewe rol speel maar die mag van veld behou (Steyn 1976:156). Daar is 'n hoe mate van uitruiling van inligting in die verpleegkundige-pasiëntverhouding teenwoordig. Die verpleegkundige win inligting van die pasiënt in oor verskeie aspekte, soos die verloop van sy siekte, of simptome wat hy voorheen ervaar het, asook taamlik omvattende sosio-kulturele data, soos die beroep, onderwyspeil, gesinsamstelling, inkomste, belangstellings, stokperdjies ensovoorts. Op haar beurt verskaf die verpleegkundige aan die pasiënt verskeie tipes inligting betreffende sy hospitalisasie (in die geval waar die pasiënt gehospitaliseer word), sy behandeling en dergelike aspekte.

Asimmetriese rolle kan ook inderdaad in hierdie verhouding ontwikkel, veral omdat die pasiënt, na alles, tog die een is om wie die aktiwiteit van die verpleegkundige en ander lede van die gesondheidspan draai en grootliks die passiewe ontvanger van sorg is. Hedendaagse neigings bestaan wel om die pasiënt 'n groter inset in sy behandeling en helingsproses te laat lewer, deur byvoorbeeld die pasiënt te betrek by die beplanning van sy behandeling en versorging. Die pasiënt behou egter *veto-reg* oor sekere procedures wat op hom uitgevoer word soos om skriftelike toestemming te verleen dat 'n operasie op hom uit-

gevoer mag word.

In die verpleegkundige-pasiënt-verhouding, beskik die pasiënt sowel as die verpleegkundige oor 'n probleem. Vir die pasiënt in die hospitaal veral, is sy probleem die aspek van sy siekte, en hoe en wanneer hy dit te bowe kan kom, en of hy sy lewe daarna sal kan hervat om die normale rolle wat hy in die samelewing beklee het voor sy siekte, te vervul. Vir die verpleegkundige bestaan daar die probleem om veral die behoeftes van die pasiënt in die lig van sy spesifieke ongesteldheid te kan identifiseer, en om bronne beskikbaar in die omgewing te kan selekteer (byvoorbeeld die inroep van die geneesheer of die aanwend van sekere terapeutiese procedures) om die pasiënt te help om sy ongesteldheid te bowe te kom. In hierdie proses is die samenwerking van die pasiënt natuurlik noodsaklik.

DIE TEGNIEK VAN INTERAKSIEPROSES-ONTLEDING

Bales het twaalf kategorieë van handeling in sy kategoriesisteme geïnkorporeer wat die veld van interaksie in twee dele verdeel, naamlik taakinteraksie en sosio-emosionele interaksie. In die verpleegkundige-pasiëntverhouding sal taakinteraksie verband hou met interaksie gesentreer om die aspek van behandeling, terapie en die genesingsproses, terwyl sosio-emosionele interaksie verband hou met spanningsontlasting soos die uitspreek van byvoorbeeld vrese, agressie ensovoorts.

Die sosio-emosionele area word verder in twee verdeel, naamlik 'n negatiewe en 'n positiewe area. In beide hierdie areas van sosio-emo-sionaliteit, kom daar handelinge voor wat in verband staan met besluitneming, met probleme van spanningsbeheer en met probleme van integrasie.

Die taakarea word ook in twee verdeel, naamlik vrae en gepoogde antwoorde of oplossings. In ooreenstemming met die aard van volwaardige probleme wat die groep moet oplos, word hierdie twee klasse elk in drie kategorieë verdeel, naamlik kategoriee wat handel oor die probleme van oriëntasie (onkundigheid of onsekerheid oor die feite van die probleem),

Tabel 1 Bales se twaalf kategorieë van handeling

Sosio-emosionele area: Positief	A { 1 2 3	Gee hulp, beloning, verhoog ander se status (wys solidariteit) Spanningsontlading, lag, wys tevredenheid maak grappe Stem saam, toon passiewe aanvaarding, verstaan aanvaar		
Taakarea: Neutraal	B { 1 2 3	Gee suggestie, rigting, impliseer outonomie van ander Gee mening, evaluasie, analyse, spreek gevoelens uit Gee oriëntasie, inligting, herhaal, verduidelik, bevestig	a b c d e f	
	C { 1 2 3	Vra vir oriëntasie, inligting, herhaling, verduideliking, bevestiging Vra vir mening, evaluasie, analyse, uitspraak en gevoelens Vra suggestie, rigting, moontlike wyses van optrede		
Sosio-emosionele area: Negatief	D { 1 2 3	Stem nie saam nie, toon passiewe verwerping, formaliteit, terughouding van hulp Wys spanning, vra hulp, onttrekking Toon antagonisme, verlaag status van ander, selfgelding, verdediging van self		
Sleutel:	a b c d e f	kommunikasieprobleme evaluasieprobleme beheerprobleme besluitnemingsprobleme spanningsverminde ringsprobleme herintegrasieprobleme	A B C D	positiewe reaksies gepoogde antwoorde vrae negatiewe reaksies

evaluasie (verskille in waardeoriëntasie en belang) asook beheer (beïnvloeding en beheer om tot 'n plan van optrede te kom). Die twaalf kategorieë met hulle logiese verbande soos vantevore uiteengesit, stel Bales skematises soos uitengesit in tabel 1.

TOEPASSING VAN DIE KATEGORIEË OP DIE VERPLEEGKUNDIGE-PASIËNT/VERHOUDING

Sosio-emosionele area — positief

Kategorie A1: kan die volgende aspekte in die verpleegkundige-pasiëntverhouding insluit, byvoorbeeld hulpverlening met 'n prosedure, of om 'n pasiënt te help om regop in die bed te sit, om 'n pasiënt met byvoorbeeld oefeninge aan te

moedig, 'n pasiënt te prys na suksesvolle samewerking tydens 'n prosedure, byvoorbeeld na die suksesvolle passering van 'n nasogastriese buis.

Die pasiënt, aan die ander kant, kan weer byvoorbeeld tydens 'n prosedure hulp verleen, of die verpleegkundige bedank na 'n prosedure op hom uitgevoer is, en dankbaarheid op ander wyses toon.

Kategorie A2: wanneer 'n verpleegkundige 'n pasiënt se hand in bemoediging vashou, 'n pasiënt byvoorbeeld op sy voornaam aanspreek en ook 'n grappie maak. Die pasiënt kan ook op sy beurt 'n grappie maak om spanning te verlig, senzuweagtig lag of te kenne gee dat hy beter voel, of gemaklik is.

Kategorie A3: om saam te stem met iets wat die pasiënt sê, om begrypend met die kop te knik, om 'n pasiënt se standpunt te aanvaar al

word daar nie saam met die pasiënt se posisie of standpunt aanvaar word. Die pasiënt kan weer op sy beurt te kenne gee dat hy verstaan, sy lot passief aanvaar en dit met byvoorbeeld 'n gelate stemtoon te kenne gee.

Taakarea: Neutraal

Kategorie B1: wanneer 'n verpleegkundige 'n oplossing voorstel wat byvoorbeeld die pasiënt se situasie sal vergemaklik, byvoorbeeld om 'n glas warm melk aan te bied wanneer die pasiënt nie kan slaap nie, of om aan te bied om die genesheer te skakel wanneer die pasiënt onseker is oor iets of meer wil weet omtrent die genesingsproses of behandeling, wanneer die pasiënt vry gelaat word om oor sekere aspekte van sy sorg self te kan besluit. Die pasiënt self kan sekere aspekte van

sy behandeling suggereer, en byvoorbeeld te kenne gee dat hy steeds afhanglik is van die geneesheer of ander lede van die terapeutiese span vir suksesvolle behandeling, genesing of rehabiliterasie.

Kategorie B2: die verpleegkundige kan byvoorbeeld, wanneer die pasiënt daarna vra, haar eie persoonlike mening lug oor aspekte van die pasiënt se behandeling, die pasiënt se vordering evalueer en dit analiseer in terme van wat gedoen word en waarom dit gedoen word. Die pasiënt kan sy mening lug oor aspekte van die behandeling, byvoorbeeld kommentaar lewer oor newe-effekte van medikasie, en positiewe of negatiewe gevoelens uitspreek oor enigiets wat met sy siekte en behandeling verband hou.

Kategorie B3: die verpleegkundige gee inligting aan die pasiënt betreffende sy siektetoestand en behandeling, sy verduidelik aspekte van die behandeling, byvoorbeeld om te verduidelik wat met die pasiënt tydens 'n sekere prosedure gaan gebeur en hoe hy dit moontlik kan ervaar. Die pasiënt kan op sy beurt inligting aan die verpleegkundige verskaf, byvoorbeeld agtergrondinligting oor sy siekte, vorige behandeling ensovoorts, asook die effek van die huidige behandeling, hoe hy voel en so meer.

Kategorie C1: die verpleegkundige kan die pasiënt om meer inligting omtrent sy simptome vra, of vrae anders formuleer om by die intellektuele vlak van die pasiënt aan te pas, terwyl die pasiënt op sy beurt ook aan die verpleegkundige om meer inligting omtrent sy siekte, behandeling en dergelike aspekte kan vra. Die pasiënt kan ook vra dat die verpleegkundige meer inligting aan hom moet verskaf en aspekte kan sy behandeling moet verduidelik, soos byvoorbeeld wat met hom gaan gebeur tydens die uitvoer van 'n hartkateterisasie, of vra vir die bevestiging van sy diagnose.

Kategorie C2: die verpleegkundige kan die pasiënt om sy mening of evaluasie van die bevrediging van sy behoeftes uitvra, die pasiënt vra om sy gevoelens te verbaliseer ensovoorts, terwyl die pasiënt die ver-

pleegkundige om haar mening kan vra betreffend sy vordering of self sy gevoelens lug oor sy vordering en behandeling.

Kategorie C3: die verpleegkundige kan die pasiënt vir voorstelle omtrent sy behandeling vra, byvoorbeeld tydens 'n saalkonferensie waar die pasiënt deel het aan die beplanning van sy behandeling, en die pasiënt kan byvoorbeeld met ontslag sekere inligting van die verpleegkundige verlang met betrekking tot sy optrede vorentoe, soos hoe om self inspuitings toe te dien, hoe om die medikasie te gebruik, wanneer om weer die kliniek te besoek.

Sosio-emosionele area: Negatief

Kategorie D1: hierdie tipe optrede behoort meer by die pasiënt waargeneem te word as by die verpleegkundige. Dit kan enige aspek insluit waar in 'n situasie verwag word om 'n emosionele respons te toon; soos Bales (1949:189) dit stel: . . . where the actor refuses to give applause, or is unappreciative, unacknowledging, ungrateful, unallured, 'hard to please', 'hard to get'. Dit sluit vorms van passiewe verwerpings in soos . . . remaining immobile, rigid, restrained, silent, close-mouthed, uncommunicative, inexpressive, impassive, imperturbable, reticent, responseless . . . (Bales, 1949: 189) 'n Pasiënt wat byvoorbeeld weier om saam te werk met behandeling, of selfs aggressief is op 'n passiewe wyse deur byvoorbeeld medikasie te weier, is voorbeeld hiervan.

Kategorie D2: Angstigheid word gereflekteer deur optrede wat die volgende insluit, naamlik huiwering, spraakloosheid, bewerigheid, bloos, hakkel, sweet en aanhoudende gesluk of natlek van die lippe. Verder word skaamte en skuldigheid, frustrasie, asook onttrekking hierby ingesluit. Onttrekking word aangedui deur optrede soos nie-oplettendheid, verveeldheid, 'n geagaap, sluit van die oë, dagdromery en so meer.

Betreffende die *vra hulp*-aspek, word enige optrede soos die volgende ingesluit: 'n behoefte om ondersteun te word, verpleeg te word, getroos te word, asook 'n behoefte om teerheid.

Kategorie D3: sluit aspekte in soos pogings om beheer oor te neem, response op hierdie pogings waar die individu sy outonomie wil beskerm, byvoorbeeld die toon van onafhanglikheid, rebelsheid, koppigheid, aggressiwiteit, sarkasme, en enige wyse waarop die individu poog om iets weg te steek wat moontlik sy status kan verlaag. Pogings om aandag te trek byvoorbeeld sekere mannerismes, gebare, en wedywering, word hierby ingesluit (Bales, 1949: 193, 194).

Waarneming en kategorisering van gedragseenhede

In die proses van ontledende waarnemings en kategorisering van gedragseenhede neem die **waarnemer** die plek in van die *veralgemeende ander* teenoor wie gehandel word. (Steyn, 1976:101) . . . the observer tries to think of himself as a generalized group member, or, insofar as he can, as the specific other to whom the actor is talking, or toward whom the actor's behaviour is directed, or by whom the actor's behaviour is perceived.

Die **eenheid** wat geregistreer word is die kleinste segment of brokkie van verbale of nie-verbale gedrag wat die waarnemer in een van die twaalf kategorieë kan plaas. Elke gedragseenheid word dan eenkeer aangeteken in die kategorie waarin dit vir die waarnemer die beste pas.

Waarnemings kan gedoen word deur gebruik te maak van rekordkaarte waarop die kategoriesisteem met die onderskeie kategorieë uitgeengesit is. Die waarnemer duif die gedrag van die proefpersone of groepslede daarop aan. Daar kan van ander apparaat gebruik gemaak word soos 'n meganiese noteerder, maar dit word nie aanbeveel in die verpleeg-pasiëntsituasie nie, bloot omdat dit koste meebring en nie só baie gebruik sal word nie. Dit neem ook tyd om waarnemers op te lei om die meganiese noteerder korrek en doeltreffend te gebruik. 'n Voorbeeld van 'n rekordkaart wat gebruik kan word om interaksie te noteer, word gegee in tabel 2.

'n Opsomming van alle interaksie-eenhede kan op 'n rekordkaart aangebring word om 'n geheelbeeld van interaksie te verskaf. Vanaf hierdie kaart kan verdere interpretasies van interaksie gemaak word.

Tabel 2 Rekordkaart om interaksie in die besondere kategorieë aan te dui

AREA	KATEGORIE	FREKWENSIES
POSTIEF	1. Gee hulp, beloning, verhoog ander se status, wys solidariteit	+++
	2. Spanningsontleding, lag, wys tevredenheid, maak grappe	++++ /
	3. Stem saam, toon passiewe aanvaarding, verstaan, aanvaar	//
	4. Gee voorstel, rigting, impliseer outonomie van ander	+++ +++
	5. Gee mening, evaluasie, spreek gevoelens uit	///
	6. Gee oriëntasie, inligting, herhaal, verduidelik, bevestig	//
	7. Vra vir oriëntasie, inligting, herhaling, verduideliking, bevestiging	+++ ///
	8. Vra vir mening, evaluasie, analise, uitspraak van gevoelens	///
	9. Vra suggestie, rigting, moontlike wyses van optrede	+++
	10. Stem nie saam nie, toon passiewe verwerpning, formaliteit, terughouding van hulp	+++ +++ /
	11. Wys spanning, vra hulp, onttrekking	+++ ////
	12. Toon antagonisme, verlaag status van ander, selfgelding, verdediging van self	///

L.W. Afhangende van die situasie en die aantal deelnemers aan die groepsituasie, kan elke waarnemer van so 'n rekordkaart voorsien word, of, in die geval van minder bedreve of totaal onbedreve waarnemers, kan elke waarnemer slegs een kategorie waarneem en dit dan op die rekordkaart dokumenteer om 'n geheelbeeld te verskaf. Die aantal rekordkaarte moet ooreenstem met die aantal proefpersone wat waargeneem word — daar moet dus rekord wees van elke afsonderlike persoon se interaksie.

Die waarnemingsituasie

Bales (1949:1,2) het sy waarnemings in 'n laboratoriumsituasie uitgevoer, waar die groepslede in een vertrek was en die waarnemers in 'n aangrensende vertrek. Die twee vertrekke is verbind met 'n eenrigting spieël wat deursigtig is vanaf die kant van die waarnemers. Alles wat die groepslede sê en doen is hoorbaar vir die waarnemers vanweë die teenwoordigheid van 'n luidsprekerstelsel. Die groepslede is bewus daarvan dat hulle waargeneem word. Hierdie aspek, hoewel onnatuurlik aan die begin, blyk net tydelik te wees, omdat die mens in meeste van sy situasies, daaraan gewoond is om dinge in die teenwoordigheid van ander te doen.

By gebrek aan 'n laboratorium kan 'n video-opname of 'n kassetspeler gebruik word om die interaksie aan die waarnemers bekend te stel sodat hulle kan kodeer en kategoriseer. Dit is ook nie nodig om, in die verpleegsituasie, van ingewikkelde berekenings gebruik te maak soos wat Bales (1949) in sy werk doen nie.

Die waarde en toepassingsmoontlikhede in verpleging

Bales se tegniek van interaksieprosesontleding kan wyd in die verpleegsituasie toegepas word. Daar

word gedink aan die neem van die verpleeggeschiedenis, die beplanning van verpleegsorg met die optrek van die verpleegsorgplan, waartydens die inset van beide die pasiënt sowel as die verpleegkundige gemeet en ge-analiseer kan word. Daar hoef ook nie noodwendig van video-opnames gebruik gemaak te word nie. Hierdie situasie kan gesimuleer word in die verpleegonderwyssituasie, en vier groepe van byvoorbeeld drie studente elk, kan as waarnemers optree en kategorisering doen. Elkeen sal dan een kategorie hê wat hy of sy moet waarneem en kategoriseer. Hierdie tegniek kan op voorregistrasie- sowel as naregistrasievlak toegepas word.

Verder het die tegniek wye toepassingsmoontlikhede in Psigiatrise Verpleegkunde, waar gedink word aan aspekte soos onderhoudvoering, die waarneming van terapeutiese sessies met pasiënte, sodat studente onderrig kan word in die tegniek van onderhoudvoering en terapeutiese gesprekke. Hierdie tegniek kan ook toegepas word tydens groepsterapiesessies, veral waar van simulasië gebruik gemaak word, byvoorbeeld rolspel.

Quinn (1980:296) is van mening dat interaksieprosesontleding met vrug gebruik kan word om diadiiese

interaksiesituasies waar te neem. Die hantering van groepe is 'n verskynsel wat hom daagliks in die verpleegpraktijk voordoen. Daar word gedink aan gesondheidsvoortligtingssessies en die hantering van sulke sessies.

In die verpleegonderwyssituasie is die toepassingmoontlikhede van Bales se kategoriesisteem ook legio. Dit kan gebruik word om die effektiwiteit van onderrig te bepaal tydens die demonstrasie van 'n psigomotoriese vaardigheid. Die interaksie tussen die persoon wat die demonstrasie lewer en dié persone wat die demonstrasie ontvang, kan ontleed word om te bepaal hoeveel kennis net eenvoudig deur die demonstrasie oorgedra word en oor hoeveel kennis die ontvangers werklik beskik en watter bydrae hulle tot die demonstrasie lewer.

In die onderrig van klein groepe, byvoorbeeld gongsgroepe, gekontroleerde- en vrye besprekingsgroepe kan interaksieontleding ook met vrug toegepas word. Interaksieprosesontleding kan voorts gebruik word om leiers in groepe te identifiseer. In hierdie verband is die persoon **na** wie die meeste interaksie vloei, en soms **van** wie die meeste interaksie vloei na die ander groepslede, gewoonlik 'n leierfiguur. Instrumentele leiers sal meer

aktief wees in die taakareas, terwyl sosio-emosionele leiers meer aktief optree in die sosio-emosionele areas van Bales se kategoriesisteem.

Tydens mikro-onderrig, wat deel uitmaak van die opleiding van verpleegdosente, kan Bales se tegniek baie goed toegepas word. Maarschalk (1979:316) bring interaksieprosesanalise direk in verband met mikro-onderrig, en poog om die globale indruk wat 'n les op 'n waarnemer maak, te kombineer met die objektiewe resultaat van interaksieanalise. Die gebruik van interaksie-analise in mikro-onderrig kan beskou word as die meting van die studentonderwyser se optrede op dié stadium waar hy dit wat hy geleer het in 'n onderrigsituasie toepas. Dit kom daarop neer dat die studentonderwyser met sy eie unieke onderwysstil vertroud gemaak word.

Interaksieanalise help die studentonderwyser om te bepaal hoe heuristies (selfontdekkend) of ostensief (aantonend) sy onderwysstil is — in hoeverre hy toelaat dat leerlinge self feite ontdek of, in hoeverre die studentonderwyser self die informasie of feite aan die leerlinge verskaf. Maarschalk (1977) noem die kombinasie van die twee voorafgenoemde onderwystyle die *heurostentiek* (1979:318). Dit kom in essensie daarop neer dat interaksie tussen dosent en student ossilleer tussen die twee pole van ostentiek en heuristik, en dat 'n kombinasie van ostentiek en heuristik, naamlik die heurostentiek nagestreef behoort te word. Daar bestaan tans vele geleenthede om verpleegstudente heuristies, dit wil sê selfontdekkend, te laat studeer. Searle (1981:57) beklemtoon hierdie siening deur te verklaar: "Leerervaring is dus wesenlik gemoeid met die selfwerksaamheid (outuer se beklemtoning) van die student, of dié aktiwiteit wat die student help om die kennis, vaardighede en gesindhede te verwerf wat nodig is om wanneer sy die kursus voltooi het, doeltreffend te kan funksioneer as professionele verpleegkundige."

Hierdie benadering sal toenemend in verpleegonderwys gehuldig moet word vanweë die toename in kennis in die verpleegwetenskap.

'n Volgende faset wat al meer aandag begin geniet en ook sterk aanklank vind by mikro-onderrig, is die verskynsel van groeps-onderrig. Hierdie metode van onderrig begin al meer prominensie geniet in verpleegonderwys. Searle (1981:163) noem dit span-onderrig en definieer dit as volg: *By hierdie vorm van onderrig neem verskeie dosente aan die beplanning, aanbieding en evaluering van 'n leerondervinding deel. Dit bied geleenthed vir 'n verskeidenheid vaardighede en talente, kennis en kwalifikasies, belangstellings, onderrigtegnieke en -strategiee... Dosente bied dus gesamentlik sekere vakinhoude aan en funksioneer dus in 'n groep. Verder kan die studente aan wie vakinhoude gedoseer word, in groepe verdeel word en deur 'n span dosente onderrig word. Die hantering van groepe in hierdie verband, en ook in verpleegonderwys in die breë bly 'n onderliggende verskynsel wat nie geïgnoreer kan word nie. Toekomstige verpleegdosente moet onderrig word en bedreve gemaak word in die hantering van groepe.*

Die voordele van Bales se tegniek van interaksieprosesontleding is alreeds in die verloop van hierdie artikel uiteengesit. Samevattend kan gesê word dat die bruikbaarheid daarvan duidelik is, veral met betrekking tot situasies waarvan simulasië gebruik gemaak word. Volgens Steyn (1976:102) is die betrouwbaarheid van die tegniek deur E.F. Borgatta en Bales (1953a) getoets en het hulle bevind dat die waarneming van hoogsbedreve waarnemers 'n beduidende korrelasie van tussen .75 en .95 vir die verskillende kategoriee toon. Die ooreenstemming tussen verskillende waarnemers wat hierdie kategoriesisteem gebruik, is dus beduidend genoeg om die resultate daarvan as betroubaar te aanvaar. In verband met geldigheid sal die gebruik van resultate verkry deur hierdie tegniek aantoon dat Bales se interaksieprosesanalise betekenisvolle aspekte van die groepsproses blootlê — dat dit 'n besonder gerieflike tegniek is om die patroon en proses van interaksie in groepe werklik oop te breek en te begryp.

Bales gee egter nie baie aandag aan die inhoud van interaksie met

die gebruik van sy kategoriesisteem nie. Hy verklaar: *The idiosyncratic or topical content of discussion or activity is not formulated in the present set of categories. It is assumed that in most experiments or observations topical content will have to be recorded in some way, either by an observer who takes notes as a secretary does in recording the minutes of a meeting, or by sound recording for later analysis or reference, but the systematic treatment of topical content is a different problem from that attacked here. It is hardly necessary to add that the interpretation of rates and other indices obtained from the present method will nearly always require a broad knowledge of the idiosyncratic content.*

Verder moet die waarnemers redelik geoefen en bedreve wees in die tegniek van waarneming. Bales verklaar: *The units fitting the categories are very small. This means that the observer is at all times very busy keeping up with what is going on at the present moment. He does not have time for long or complicated inferences. In a sense, he must work more or less on the surface meaning of activity, and forego involved depth interpretations. The context which can be kept in mind is more or less confined to the present.*

Ten slotte is dit ook nodig om te meld dat daar oor die jare heen verskeie kategoriesisteme ontwikkel is om interaksie in sekere situasies te meet en te analiseer, waarvan dié van Bales seer sekerlik die bekendste en veelsydigste is. Vir die waarneming en studie van groepsgedrag onder minder gekontroleerde omstandighede, is dit dikwels nodig om 'n kategoriesisteem spesiaal te ontwerp of bestaande sisteme aan te pas by die besondere navorsingsopset. 'n Goeie voorbeeld van so 'n kategoriesisteem, en een wat die moeite wert is om vermeld te word, is die kategoriesisteem vir ontledende waarneming van interaksie tussen raadgewer en kliënt in terapeutiese sessies, ontwerp deur G.R. Rogers en W.U. Snyder in 1945. Dit bestaan uit twee stelle kategoriee — een om die raadgewer en die ander om die kliënt se handelinge te kodifiseer (Steyn, 1976:78). Vir die verpleegdosent wat haar onderrigstrategieë

en -metodes wil afwissel, bied Balesse tegniek van interaksieprosesontleding, asook die ander kategorie-sisteme vooraf vermeld, interessante moontlikhede.

SAMEVATTING

Daar is in hierdie artikel oor die moontlikheid van die integrasie van nuwe kennis in die Verpleegkunde bespiegel wat uiteindelik die wetenskaplikeheid van verpleegkennis verhoog. Dit is ook voortdurend nodig om vas te stel of die waardes en norme wat aan verpleegstudente

voorgehou en onderrig word, nog steeds in die verpleegpraktyk ge-realiseer word. Verpleging is, en sal steeds in die verpleegpraktyk gemense met mense werk en waardes interaksie tussen mense voortdurend plaasvind.

BIBLIOGRAFIE

1. Bales, R.F. (1949) *Interaction process analysis: A method for the study of small groups*. Chicago and London. University of Chicago Press.
2. Cilliers, S.P., Joubert, D.D. (1966) *Sosio-ologie: 'n sistematiese inleiding* Kosmo-uitgewery. Stellenbosch.
3. Joubert, D.D.; Steyn, A.F. (1976) *Groepsdinamika — 'n Inleiding tot die*

Rekenaars, vervolg vanaf bl. 26

In 'n ander stelsel word nie aangedui dat die bevele vir die laboratorium nog afgehandel moet word nie, en die resultaat word ook nie met die oorspronklike bevele verbind nie. Die verpleegkundige moet dus nog steeds die laaste bevele opspoor, die klagtes oor vertragingsaanhoor en die verantwoordelikhed daarvoor neem. Sorgvuldige beplanning in die aankoop van 'n stelsel is dus noodsaaklik. U as verpleegkundige moet 'n daadwerklike rol hierin speel.

Soos op alle terreine van die verpleegprofessie is dit noodsaaklik dat daar ook, wat rekenaars aanbref, 'n harmonie tussen dienste en opleiding bestaan. Die twee wisselwerkende komponente van die professie moet as 'n eenheid saam vorentree. Die huidige leerplan sal weer ondersoek moet word in die lig van die vereistes wat in die nabye toekoms aan verpleegkundiges gestel gaan word. Cobin (1983) vat dit so saam:

Nurses now have an opportunity to emerge as leaders in health care as well as in many other related fields if they grasp the meaning of access for themselves personally and collectively. We need to determine where we stand on the ethics and practical problems that arise out of that powerful knowledge. When the decisions are made as to whom, what and where, we must be there to contribute. The challenge can be met. It is clear that controlling computer technology will enhance nurses' ability to care.

'n Rekenaar wat nie aan u behoeftes voldoen nie, bring net frustrasie en miskien addisionele werk

mee. Daar is byvoorbeeld stelsels wat ontwerp is om slegs 'n gedeelte van die proses wat in hierdie artikel beskryf is, uit te voer. Dit is die direkte gevolg van stelsels wat ontwikkel is om die behoeftes van ander departemente te bevredig en nie dié van die verpleegkundige in die saal nie. Een stelsel laat die verpleegkundige byvoorbeeld toe om die dokter se versoek vir die apieke in die rekenaar oor te skryf. Dié stelsel voorsien haar ook nie van 'n rekenaaruiteensetting van die tyd wanneer die medisyne toegedien moet word nie en ook nie van 'n lys van ander medisyne wat later toegedien moet word nie. Die verpleegkundige is dus net belas met 'n ander soort voorskrif wat glad nie papierwerk verminder nie.

VERWYSINGS

- Bahr G; Badour G; Hill H. (1977) Innovative methodology enhances nurse deployment, cut costs. *Hospitals, JAHA*, 1977, Vol. 15, April 16, 104-109.
- Ballantyne D J (1979) Computerized scheduling system with centralized staffing. *Journal of Nursing Administration*. 1979, 9(3). 38-45.
- Bruce I; Donald A B; Lindberg G. et al. (1982) Information systems and patient care in proceedings. *Symposium on computer applications in medical care*. October 1982. Washington DC.
- Cobin J. (1983) Combining computers with caring. *Nursing Times* 1983. Oct 12, 24-26.
- Gluech B C; Gullotta G P; Ericson R P. (1980) Automation of behaviour assessments; "The computer produced nursing note", in Sidowski G & Williams ed. *Technology in mental health care delivery systems* Norwood, New Jersey. Ablex Publishing. 183-197.
- Goshen, E. (1972). Your automated future. *Journal of Nursing*. 1972, 72(1). 62-66.
- Hughes, S J; (1980) Installing a computer-based patient information system. *Journal of Nursing Administration*. 1980. 10(5). 7-10.
- Hanna K J; (1976) The computer and nursing practice. *Nursing Outlook*. 1976. 24(9). 555-558.
- Hupkes G J; (1982) *Report on the private hospital industry in South Africa*. January 1982.
- Johnson D; Ranzenberger J; Clemmer T P; et al (1980) A computerized alert program for acutely ill patients. *Journal of Nursing Administration*. 1980. 10(6). 26-35.
- Jotwanji P; (1981) A nursing centred patient information system. *Nursing Information Systems*. New York. Spring Publishing Company.
- Lopez A; (1981) Computer literacy for teachers: high school and university cooperation. *Educational Technology*. 1981. 21(6). 15-18.
- National League for Nursing Inc. (1978) Selected management information systems for public health. *Community Health Agencies*. 1978. 203.
- Peplau H E; (1962) Automation: will it change nurses, nursing, or both? *Technological Innovations in Health Care: Nursing Implications*. New York. 1962.
- Porter S A; (1981) Memory capability distinguishes computers from calculators. *Washington Post*. November 29. 1981. 7, 9.
- Ronald J; (1981) Introducing baccalaureate nursing students to the use of computers in health care. Paper presented at the *Fifth Annual Symposium of Computer Applications in Medical Care*. Washington D.C. November 1981.
- Ross T; (1980) When in France. *Nursing Mirror*. 1980. August 28. 22-24.
- Searle C; (1977) Die toepassing van rekenaar en ander outomatiseringstegnieke in gesondheidsorg. *Verpleegadministrasie*. Deel 7. Pretoria. Universiteit van Suid-Afrika. 120-121.
- Westwood B; (1981) Beam me up, nurse. *Nursing Mirror*. 1981. June 17. 24-26.
- Wiezenbaum J; (1976) *Computer power and human reason*. San Francisco. Freeman. 68.
- Zielstroff R D; (1976) Orienting personnel to automated systems. *Journal of Nursing Administration*. 1976. 6(3). 14-16.
- Zielstroff R D; (1975) The planning and evaluation of automated systems: a nurse's point of view. *Journal of Nursing Administration*. July-August. 1975. 22-25.

studie van klein groepe. Stellenbosch. Universiteits-uitgewers en -boekhandelaars.

4. Maarschalk, J. (1979) The integration of interaction analysis within the context of microteaching. *Instructa* 78. Durban. Butterworths.
5. Quinn, F.M. (1980) *The principles and practice of nurse education*. London. Croom Helm.
6. Searle, C. (1969) 'n Suid-Afrikaanse verplegingscredo. Pretoria. Aurora-Drukpers.
7. Searle, C. (1975) *Verpleegadministrasie I* Gids I. Pretoria. UNISA.
8. Searle, C. (1980) *Verpleegonderwys II* Gids I. Pretoria. UNISA.
9. Searle, C. (1981) *Verpleegonderwys II* Gids 201 B. Pretoria. UNISA.