

HOOFSTUK 5

ANALISE EN BESPREKING VAN DATA

5.1 INLEIDING

In hierdie hoofstuk word die analise van die data beskryf. Die response wat verkry is van die respondente word aan die hand van 'n gestruktureerde onderhoudskedule tydens die onderhoud uiteengesit. Die geanaliseerde data word bespreek ten einde te bepaal of daar voldoende onderrig gegee word en watter onderrig benodig word om sodoende die rehabilitasieproses van 'n pasiënt wat heupvervangingschirurgie ondergaan te ondersteun.

5.2 DIE GESTRUKTUREERDE ONDERHOUDSKEDULE

Die gestruktureerde onderhoudskedule is in Afrikaans en Engels met beide geslote en oop-einde vrae opgestel (Bylae C en D). Die onderhoude is deur die navorser persoonlik op 'n individuele grondslag gevoer.

5.3 STATISTIESE VERWERKING VAN DATA

Die datavaslegging en analise word aan die hand van die items in die onderhoudskedule bespreek.

5.3.1 Datavaslegging

Die eerste stap in die datavaslegging was die kodering van data. 'n Bepaalde syferwaarde is aan elke tipe respons toegeken. Hierdie data per respondent is in 'n SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) data basis vasgelê.

5.3.2 Statistiese ontledings

Die response van die respondente is in frekwensietabelle saamgestel en in figure aangedui. Dit word dus ook so saam met besprekings weergegee.

5.3.3 Statistiese beduidendheidspeil

Omdat die steekproef beperk was, is daar besluit om eerder 0,10 as die meer konvensionele 0,01 of 0,05 as beduidendheidspeil te gebruik, andersins sou die statistiese toetse vir hierdie studie nie werklik waarde hê nie en sou statistiese beduidende resultate nie maklik bevind kon word nie. Die inligting is egter waardevol omdat die response van die respondente geanaliseer is en die data van waarde kan wees vir die samestelling van 'n omvattende inligtingstuk vir pasiënte wat heupvervangingschirurgie ondergaan het.

5.4 BEVINDINGE

Die data word aan die hand van die onderhoudskedule weergegee en is in vyf afdelings verdeel naamlik: biografiese data, data ten opsigte van verblyf na ontslag, algemene data, pre-operatiewe inligting en post-operatiewe tydperk.

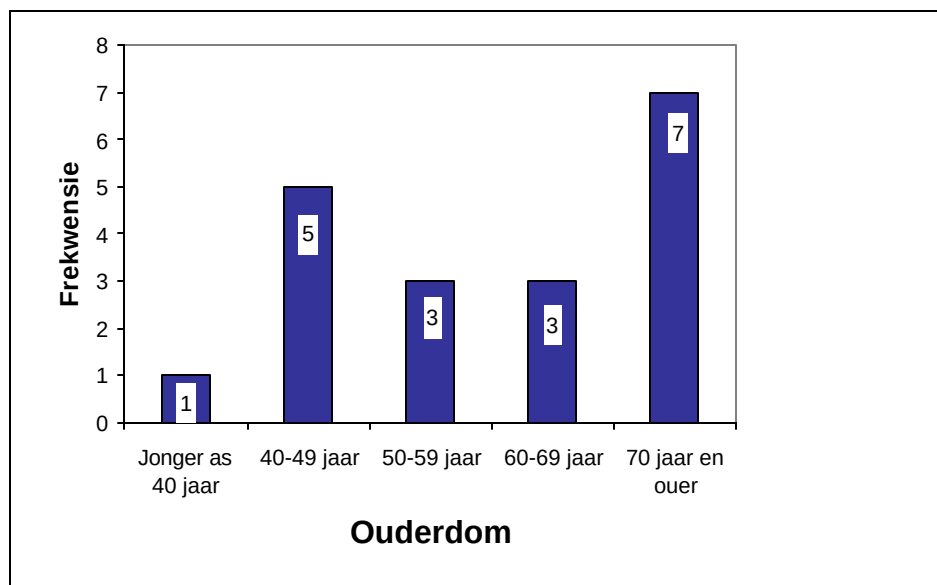
Vir die doel van hierdie studie word die data beskryf alvorens dit in tabelle en figure weergegee word, waarna 'n verdere bespreking volg. Die totale aantal respondente wat die vraag beantwoord het, word in die figure en tabelle deur N aangedui. In die figure word aantal as frekwensie aangedui. Waar 'n respondent net een antwoord kon gee is die totaal in die tabel as 20 (100%) aangedui. Sommige vrae het die respondente egter toegelaat om meer as een antwoord te gee en is die totale dus nie aangedui nie, omdat die kumulatiewe persentasie nie 100% kan bereik nie.

5.4.1 Biografiese data

Met items 1 tot 6 is biografiese data ingesamel. Dit het onder meer die ouderdom, geslag, huistaal, verhoudingstatus, beroep, en of die beroep voltyds of deelyds beoefen is, en of respondent afgetree is aldan nie, ingesluit. Die belangrikheid van hierdie inligting was om die samestelling van die respondente te bepaal ten opsigte van biografiese data soos byvoorbeeld geslag, kultuur, ondersteuningsisteme en beroep asook om sekere faktore te identifiseer wat 'n rol kan speel in die rehabilitasieproses van 'n respondent wat nog in die arbeidsmark staan.

5.4.1.1 Ouderdom (N=19)

Item 1 het die ouderdom van die respondente bepaal. Slegs 19 (100%) respondente se response is aangedui. Een van die respondente het nie hierdie item beantwoord nie. Slegs tien (53%) van die respondente was ouer as 60 jaar, terwyl drie (16%) tussen die ouderdom van 50-59 jaar was en vyf (26%) 40-49 jaar oud was. Slegs een (5%) respondent was jonger as 40 jaar oud. Sewe (37%) van die respondente was ouer as 70 jaar. Figuur 5.1 reflekteer die gegewens.

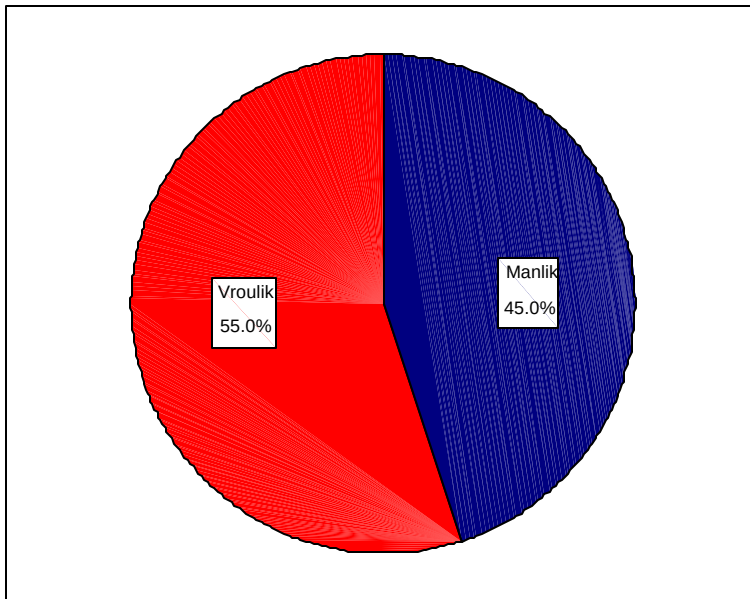


Figuur 5.1 Ouderdom van respondente (N=19)

Hoewel hierdie data daarop dui dat meer as die helfte van die respondente (tien, 53%) bo die ouderdom van 60 jaar was, was nege (47%) onder die ouderdom van 60 jaar. Dit dui daarop dat respondente wat steeds beroepsaktief is se behoeftes in ag geneem moet word ten einde hulle tot funksionele onafhanklikheid te lei. Volgens Christensen en Kockrow (1999:897) word daar tydens die rehabilitasieproses daarop gefokus om 'n persoon na 'n optimale vlak van sy of haar fisiese, psigiese, sosiale en ekonomiese funksionele vermoë terug te laat keer om sodoende hul rol in die samelewing te vervul.

5.4.1.2 Geslag van respondente (N=20)

Item 2 het die geslag van die respondente bepaal. Twintig (100%) respondente het die item beantwoord. Die analise toon aan dat 11 (55%) van die respondente vrouens is en nege (45%) mans is. Figuur 5.2 dui die geslagte van die respondente aan.

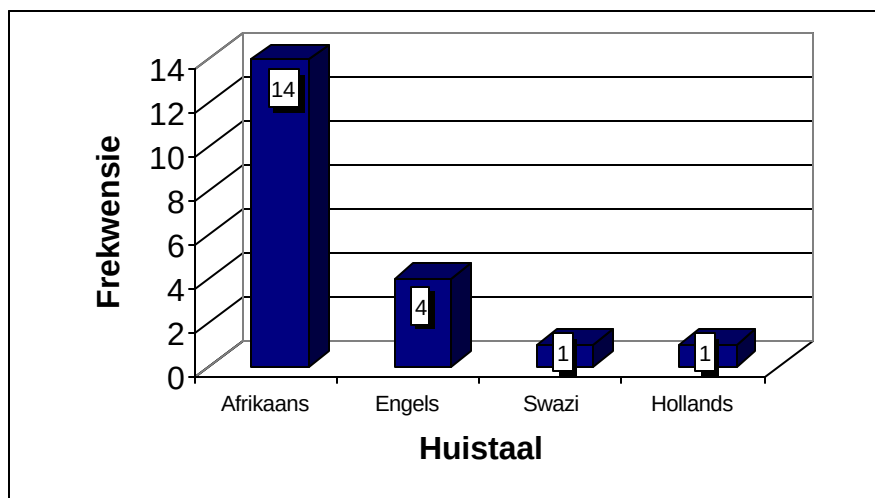


Figuur 5.2 Geslag van respondente (N=20)

Sowel Alexander et al (1994:396) en Ignatavicius et al (1995:406) dui aan dat osteoartritis meer algemeen in ouer persone en veral die vroulike geslag voorkom en daarom is die meerderheid van die heupvervangingschirurgie pasiënte vroulik. Alhoewel 14 (70%) van die respondente heupveranging as gevolg van osteoartritis ondergaan het, blyk dit egter uit die studie dat daar 'n gelyke verspreiding van geslagte was.

5.4.1.3 Huistaal (N=20)

Item 3 het die huistaal van die respondente bepaal. Twintig (100%) respondente het die item beantwoord. Die meerderheid van die respondente (14, 70%) het Afrikaans gepraat, terwyl vier (20%) van die respondente se huistaal Engels was en slegs twee (10%) het ander tale, naamlik Swazi en Hollands, gepraat. Hoewel twee (10%) respondente ander tale gepraat het, was hulle Engels magtig en kon die onderhoudskedule gebruik word. Figuur 5.3 dui die huistaal van die respondente aan.



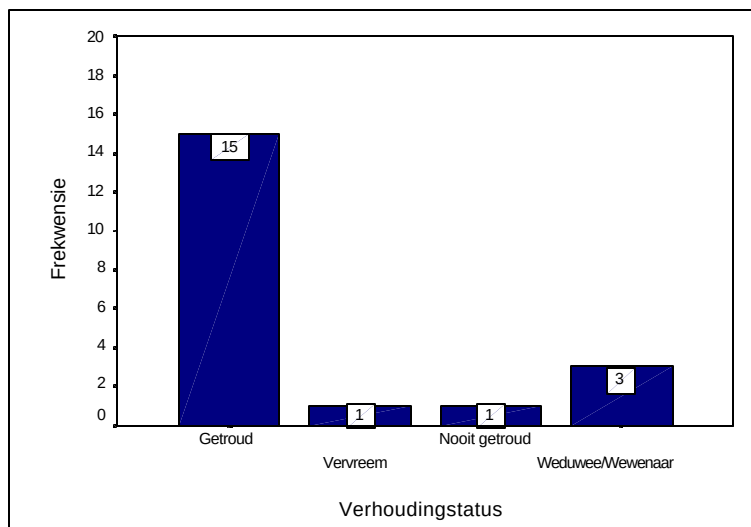
Figuur 5.3 Huistaal (N=20)

Hierdie taalverspreiding dui dus daarop dat die respondente wat heupvervangingschirurgie ondergaan het verskillende huistale besig en is dit dus belangrik om die individuele pasiënt se huistaal tydens pasiëntonderrig in ag te

neem ten einde sukses van die rehabilitasieproses te verseker. In ooreenstemming met Christensen en Kockrow (1999:40) moet daar verseker word dat aspekte wat 'n effek op kommunikasie kan hê in ag geneem word tydens die rehabilitasieproses. Taalspesifieke aspekte is byvoorbeeld van belang vir pasiënte wat ander tale as Afrikaans en Engels praat ten einde te verseker dat hulle die inligting en onderrig verstaan.

5.4.1.4 Verhoudingstatus (N=20)

Item 4 het die verhoudingstatus van die respondente bepaal omrede die belang van die familieledes/versorgers in die rehabilitasieproses nie genoegsaam beklemtoon kan word nie. Twintig (100%) respondente het hierdie item beantwoord. Dit blyk dat 15 (75%) van die respondente getroud was terwyl drie (15%) weduwees of wewenaars was en een (5%) was nie getroud nie. Een (5%) respondent was vervreem. Die gesinslede en versorgers kon dus in meeste van die gevalle betrek word in die beplanning van die rehabilitasieproses byvoorbeeld versorging na ontslag uit die hospitaal (Elder et al 1998:36). In Figuur 5.4 word die verhoudingstatus aangedui.



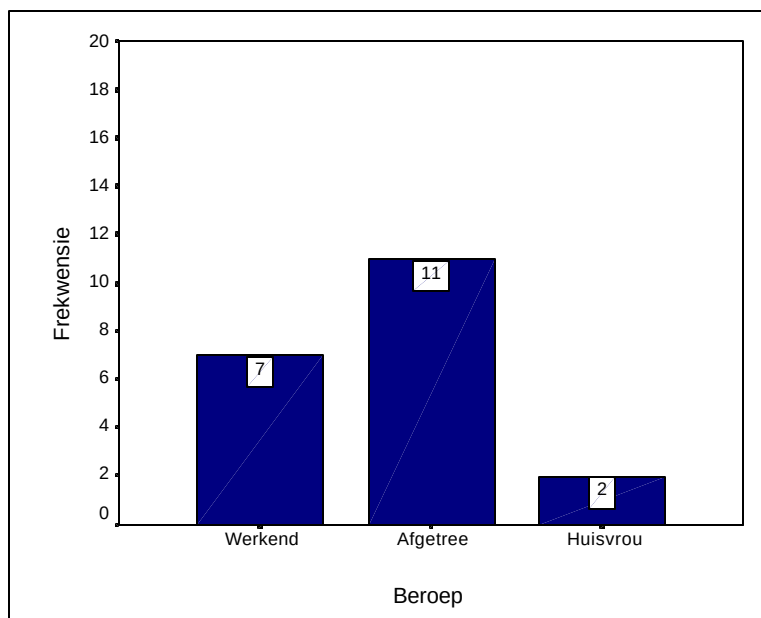
Figuur 5.4 Verhoudingstatus (N=20)

Die pasiënt word gereken as deel van 'n gesinssisteem. Dit is belangrik dat gesinslede ook tydens die pasiëntonderrig en rehabilitasieproses betrek word,

waardeur hulle toegerus kan word met die nodige kennis en vaardighede om die pasiënt maksimaal tuis te ondersteun (Christensen & Kockrow 1999:897).

5.4.1.5 Beroep (N=20)

Items 5 en 6 het gehandel oor die beroep van die respondente. Die data is saam geanaliseer en al 20 (100%) respondente het hierdie item beantwoord. Slegs sewe (35%) van die 20 (100%) respondente het wel gewerk, terwyl 11 (55%) reeds afgetree was en twee (10%) huisvrouens was. Die respondente wat wel gewerk het, het voltyds gewerk. In Figuur 5.5 word die beroepstatus van die respondente weergegee.



Figuur 5.5 Beroepstatus van respondente (N=20)

Die belang van die beroep of werksomstandighede vir die studie was daarop gerig om die impak wat dié tipe chirurgie op die respondent se werksituasie kan hê, te bepaal. Die chirurgie kan 'n permanente invloed op die funksionele vermoë van 'n persoon hê en sodoende ook op sommige beroepsaktiwiteit en behoort dus in ag geneem te word tydens die rehabilitasieproses (Christensen & Kockrow 1999:897). Daar is toenemend 'n jonger aantal persone wat gaan vir

heupvervangingschirurgie. Hulle moet derhalwe beroepsgerehabiliteer word om funksioneel onafhanklik te wees. Van die 13 (65 %) wat nie aktief beroepe beoefen nie was daar egter 11 (55%) wat reeds afgetree was en twee (10%) wat huisvrouens was en nie noodwendig beroepsrehabilitasie benodig het nie.

5.4.2 Data ten opsigte van verblyf na ontslag

Items 7, 8 en 9 het data ingesluit ten opsigte van waarheen die respondente sou gaan na ontslag uit die hospitaal, of daar enige aanduiding was hoe lank hul gehospitaliseer sou wees en hoe toeganklik die ontslagarea was ten opsigte van beweegruimte en trappe. Hierdie inligting was noodsaaklik om ingesluit te word by die beplanning van die rehabilitasieproses na ontslag uit hospitaal aangesien die respondente se funksionele vermoë vir 'n tydperk beperk was en enige aspekte wat 'n effek op die rehabilitasieproses kon hê, in ag geneem moes word.

5.4.2.1 Verblyf na ontslag (N=20)

Item 7 het bepaal waarheen die respondent direk na ontslag uit die hospitaal gaan. Twintig (100%) respondente het hierdie item beantwoord. Morton (1999:24) stel dit dat daar druk uitgeoefen word om kostes vir die pasiënt en die mediese fonds te verminder wat meebring dat persone vir korter tydperke gehospitaliseer word. Van al die respondente (20, 100%) het 12 (60%) na hulle eie huise teruggekeer terwyl agt (40%) of na ouers, familie, vriende of versorgingseenhede gegaan het na ontslag uit die hospitaal. In Tabel 5.1 word die data weergegee.

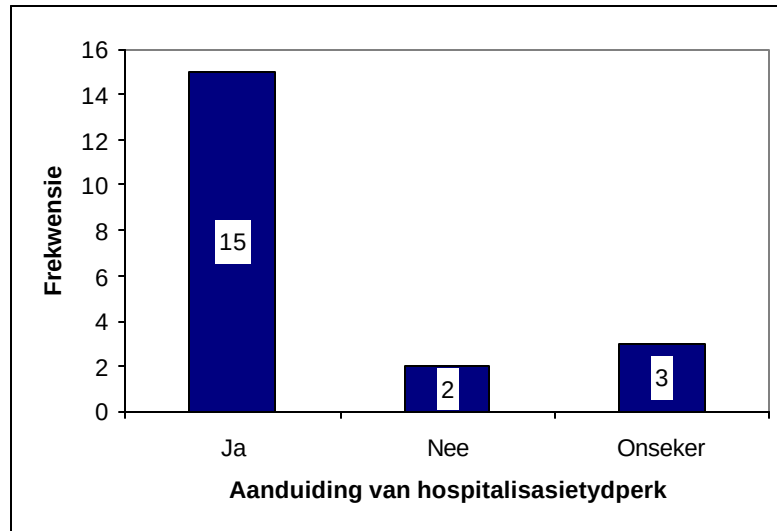
Tabel 5.1 Verblyf na ontslag (N=20)

	Aantal N=20	Persentasie 100%
Eie huis	12	60
By ouers	2	10
By familie	3	15
Versorgingseenheid	2	10
Vriende	1	5
Totaal	20	100

Dit is belangrik dat persone wat heupvervangingschirurgie ondergaan bewus is dat funksionele mobiliteit vir 'n tydperk beperk kan wees en behoort die respondente en hul familie of versorgers voor te berei om te verseker dat die areas waarheen hulle gaan, met ontslag, toeganklik sal wees. Die respondente behoort dus hieraangande onderrig te word sodat hulle voorbereid is oor dit wat om na ontslag te verwag.

5.4.2.2 Aanduiding ten opsigte van hospitalisasietydperk (N=20)

In item 8 is bepaal of die pasiënte ingelig is aangaande hul tydperk van hospitalisasie. Twintig (100%) respondente het hierdie item beantwoord. In aansluiting met Morton het Proenca (1999:67) gemeld dat die aantal dae wat pasiënte effektief gehospitaliseer word dramaties afgeneem het as gevolg van die druk wat die bestuurde gesondheidsorgbenadering op die tydperk van hospitalisasie uitgeoefen het. Van al die respondente (20, 100%) het 15 (75%) respondente wel 'n aanduiding gehad aangaande die tydperk van hospitalisasie teenoor drie (15%) respondente wat onseker was en slegs twee (10%) respondente wat geen kennis gedra het van die tydperk wat hulle gehospitaliseer sou wees nie. In Figuur 5.6 word die ingeligtheid aangaande hospitalisasietydperk weergegee.



Figuur 5.6 Aanduiding ten opsigte van hospitalisasietydperk (N=20)

Die pasiënt behoort ingelig te word oor die tydperk van hospitalisasie aangesien hierdie inligting en/of aanduiding hieraangaande 'n belangrike grondslag vorm van die rehabilitasiebeplanning.

5.4.2.3 Toeganklikheid (N=20)

Item 9 het die toeganklikheid van die ontslagarea nadat 'n respondent uit die hospitaal ontslaan is bepaal. Al twintig (100%) respondente het hierdie item beantwoord. Die respondente se funksionele vermoë en mobiliteit is vir 'n spesifieke tydperk post chirurgie beperk en is dit dus belangrik om te bepaal of die fisiese omgewing gunstig is vir die volle funksionele herstel van die pasiënt (Alexander et al 1994:946). Die oorgrote meerderheid respondente (19, 95%) het aangedui dat daar trappe was, en dat slegs die algemene beweegruimte toeganklik was. Van die totale aantal respondente het slegs 15 (75%) gemeld dat hulp beskikbaar was na ontslag uit die hospitaal. Die toeganklikheid van ontslagarea word weergegee in Tabel 5.2.

Tabel 5.2 Toeganklikheid (N=20)

Toeganklikheid ten opsigte van:	Aantal N=20	Persentasie 100%
Trappe	19	95
Algemene beweegruimte	19	95
Was hulp beskikbaar	15	75

Omrede die respondente se funksionele vermoë ten opsigte van mobiliteit vir 'n tydperk na die heupvervangingschirurgie beperk is, was dit nodig om te bepaal of daar enige faktore soos toeganklikheid en beweegruimte was, wat die rehabilitasieproses kon beïnvloed.

5.4.3 Algemene data

Die afdeling het die algemene inligting ingesluit en het items 10 tot 14 ingesluit. Hierdie afdeling het die besoek aan die chirurg voor chirurgie ingesluit. 'n Verdere oogmerk was om te bepaal hoeveel vorige heupvervangings die pasiënt ondergaan het. Daar is ook bepaal wat die mediese fondse se rol in die hospitalisasie tydperk speel. As gevolg van die impak wat die bestuurde gesondheidsorgbenadering op die hospitalisasietydperk van 'n pasiënt het, was dit nodig om te bepaal hoeveel van die respondente aan mediese fondse behoort het en of daar enige ander beperkings op die hospitalisasietydperk geplaas is.

5.4.3.1 Tydperk van eerste besoek tot uitvoering van chirurgie (N=20)

Item 10 het handel oor hoe lank voordat chirurgie uitgevoer is, die chirurg besoek is. Twintig (100%) respondente het hierdie item beantwoord. Die data wat verkry is dui aan dat tien (50%) van die respondente die chirurg binne 'n bestek van 36 dae voordat chirurgie plaasgevind het, besoek het, terwyl tien (50%) die chirurg reeds 42-120 dae voor chirurgie besoek het. Alhoewel Hoeman (1996:131) van mening is dat pasiëntonderrig en leer onafskeidbaar van mekaar is, word klem ook geplaas op die individu se behoefte om sodoende hierdie aangeleerde gedrag in sy/haar leefstyl toe te pas. Dit was egter belangrik om na die tydperk tussen die onderrig en chirurgie te vergelyk aangesien tien (50%) van die respondente ouer

as 60 jaar was en bejaardheid kan wel 'n invloed op 'n persoon se geheue uitoefen. Hierdie verloop van tyd moet dus in gedagte gehou word tydens opname in die hospitaal ten einde te bepaal of die pasiënt wel die onderrig van die chirurg kan herroep en weergee. In Tabel 5.3 word die tydperk van eerste besoek tot uitvoering van die chirurgie weergegee.

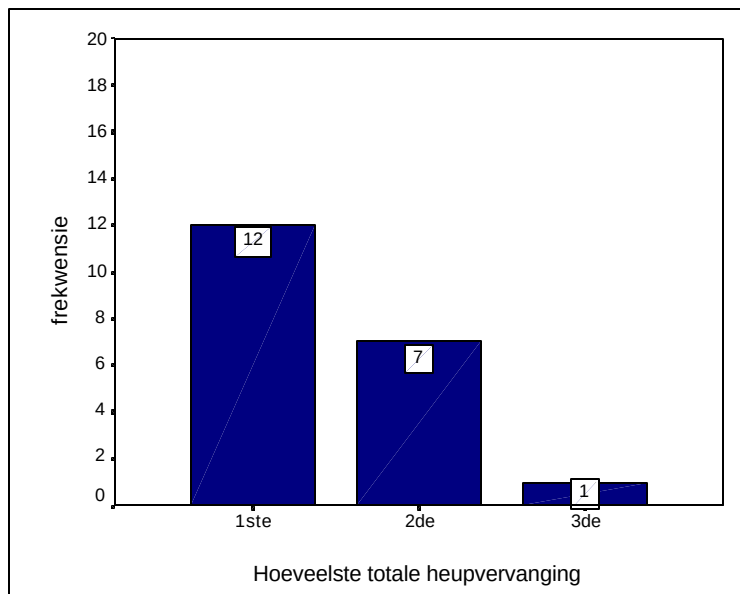
Tabel 5.3 Tydperk van eerste besoek tot uitvoering van chirurgie (N=20)

Dae	Aantal N=20	Persentasie 100%	Kumulatiewe Persentasie
0	1	5	5
7	1	5	10
12	1	5	15
14	2	10	25
21	1	5	30
25	1	5	35
30	1	5	40
35	1	5	45
36	1	5	50
42	1	5	55
45	4	20	75
60	4	20	95
120	1	5	100
Totaal	20	100	100

Die belang van die spesifieke data dui daarop dat die tydsverloop vanaf die eerste besoek totdat die werklike chirurgie uitgevoer is, ongeveer ses weke neem en dat belangrike onderrig wat tydens die eerste besoek aan die chirurg gegee is, verlore of vergeet kon word, asook die moontlikheid dat nuwe vrae by die respondent kon ontstaan het. Dit beklemtoon dus dat daar wel 'n behoefte bestaan vir 'n volledige geskrewe inligtingstuk soos gevind is in 'n studie deur Willock (1998:351). 'n Voordeel van 'n geskrewe inligtingstuk is dat die inligting beskikbaar is indien dit benodig sou word en kan die voornemende pasiënt die inligting herhaaldelik of volgens behoefte lees of hersien.

5.4.3.2 Aantal vorige heupvervangings (N=20)

Item 11 het gehandel oor die hoeveelste heupvervang die respondente ontvang het. Twintig (100%) respondente het die item beantwoord. Van die 20 (100%) respondente was dit 12 (60%) se eerste heupvervang terwyl dit vir sewe (35%) van die respondente reeds die tweede heupvervang was en vir een (5%) was dit die derde heupvervang. 'n Uiteensetting van die aantal vorige heupvervangings word aangedui in Figuur 5.7.



Figuur 5.7 Aantal vorige heupvervangings (N=20)

Sewe (35%) van die respondente was vir tweede heupvervangingschirurgie gehospitaliseer, terwyl dit een (5%) respondent se derde heupvervang was. Daar is egter nie in die studie bepaal of die chirurgie op dieselfde ledemaat as die vorige heupvervangingschirurgie plaasgevind het en of dit op 'n ander heup was nie. Pasiëntonderrig is te alle tye nodig al is dit nie noodwendig die eerste chirurgie nie aangesien onderrig die versterking van inligting, die uitskakeling van wanbegrip en versterking en ondersteuning van die rehabilitasieproses teweeg bring.

In Tabel 5.4 hieronder is daar 'n kruisvergelyking tussen ouderdom en aantal heupvervangings getref om sodoende aan te dui wat die ouderdom van die respondente was, wat tweede en meer heupvervangings ondergaan het en of dit van die ouer respondente was al dan nie.

Tabel 5.4 Kruisvergelyking tussen ouderdom en aantal heupvervangings (N=20)

		Aantal heupvervangings N=20			Totaal
		1ste	2de	3de	
Ouderdom	27	1			1
	44	1	1		2
	46	1			1
	49	2	1		3
	52		2		2
	58	1			1
	61	1			1
	62	1			1
	63			1	1
	72	1			1
	75		1		1
	77		1		1
	78	1			1
	79	1			1
	80	2			2
Totaal		13	6	1	20

Hoewel die meeste van die respondente (13, 65%) hulle eerste heupvervanging ontvang het, was dit interessant om waar te neem dat vier van die ses respondente hulle tweede heupvervangings ondergaan het, van die jonger respondente was. Die moontlikheid dat dit te wyte kan wees aan onsuksesvolle chirurgie of onvoldoende onderrig of oningeligtheid beklemtoon die belang van voldoende pasiëntonderrig as deel van die suksesvolle rehabilitasieproses.

5.4.3.3 Tydperk van hospitalisasie (N=20)

Item 12 het bepaal hoe lank die respondente gehospitaliseer was. Twintig (100%) respondente het hierdie item beantwoord. Hierdie inligting is belangrik, omdat die tydperk tydens hospitalisasie 'n belangrike fase vir pasiëntonderrig is om sodoende 'n suksesvolle rehabilitasieproses te verseker. Twee (10%) respondente was vir 'n tydperk van ses dae gehospitaliseer terwyl agt (40%) van die respondente vir sewe dae gehospitaliseer was. Tien (50%) van die respondente was agt dae en langer gehospitaliseer naamlik vier (20%) was agt dae, drie (15%) was 10 dae, een (5%) was 11 dae en twee (10%) was 12 dae gehospitaliseer. Tabel 5.5 dui die tydperk van hospitalisasie aan.

Tabel 5.5 Tydperk van hospitalisasie (N=20)

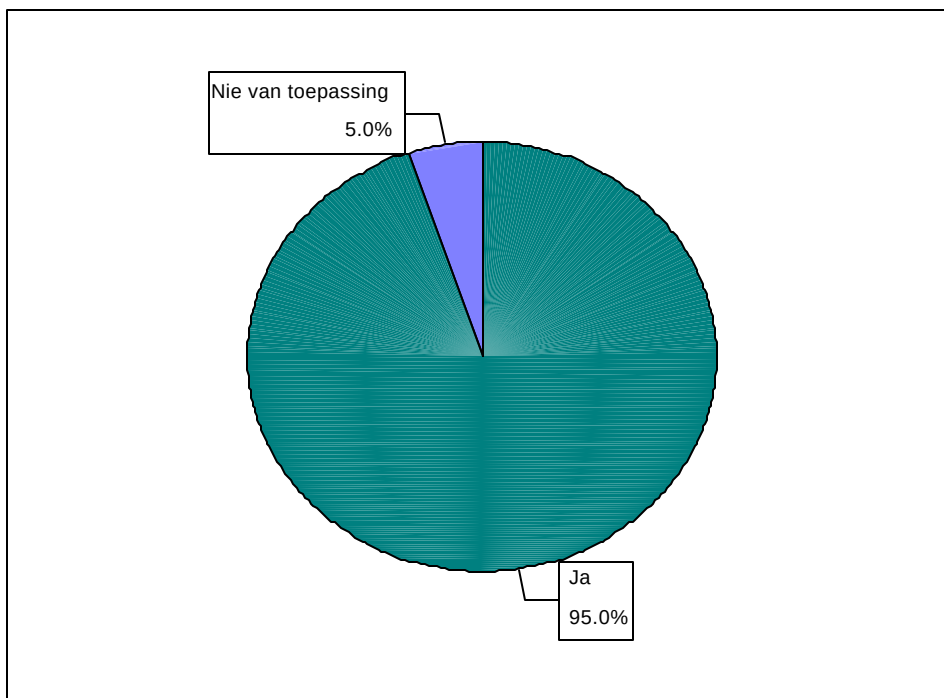
		Aantal N=20	Persentasie 100%	Kumulatiewe Persentasie
Dae	6.00	2	10	10
	7.00	8	40	50
	8.00	4	20	70
	10.00	3	15	85
	11.00	1	5	90
	12.00	2	10	100
	Totaal	20	100	

Die gemiddelde aantal dae wat 'n persoon gehospitaliseer was, was agt dae, hoewel Keston en Enthoven (1998:7) in 'n studie wat in Swede uitgevoer is bevind het dat die tydperk van hospitalisasie vir pasiënte wat heupvervangings ondergaan het van 17dae tot 6,3 dae verminder het. Vanuit die literatuurstudie wat onderneem was, was daar 'n aanduiding dat daar toenemend klem op tydperk van hospitalisasie van respondente deur die mediese fondse geplaas is deur die bestuurde gesondheidsorgbenadering om sodoende die tydperk van hospitalisasie te beperk (Christensen & Kockrow 1999:11). Dit bring dus mee dat voordat die respondent uit die hospitaal ontslaan word hy/sy, familieledede en/of versorger deeglik toegerus moet wees met inligting om suksesvolle rehabilitasie te verseker.

Willock (1998:351) het bevind dat die bydrae van die multi-dissiplinêre span tot inligting asook die insette van familieledede die sukses van 'n inligtingstuk kan verseker.

5.4.3.4 Mediese fondse (N=20)

Item 13 het bepaal of die respondente aan 'n mediese fonds behoort. Al 20 (100%) respondente het hierdie item beantwoord. Die meerderheid (19, 95%) het wel aan 'n mediese fonds behoort, terwyl een (5%) respondent onder die sorg van die vergoedingskommisaris was aangesien die heupvervanging gevolg het na 'n besering aan diens. Dit word gereflekteer in Figuur 5.8.

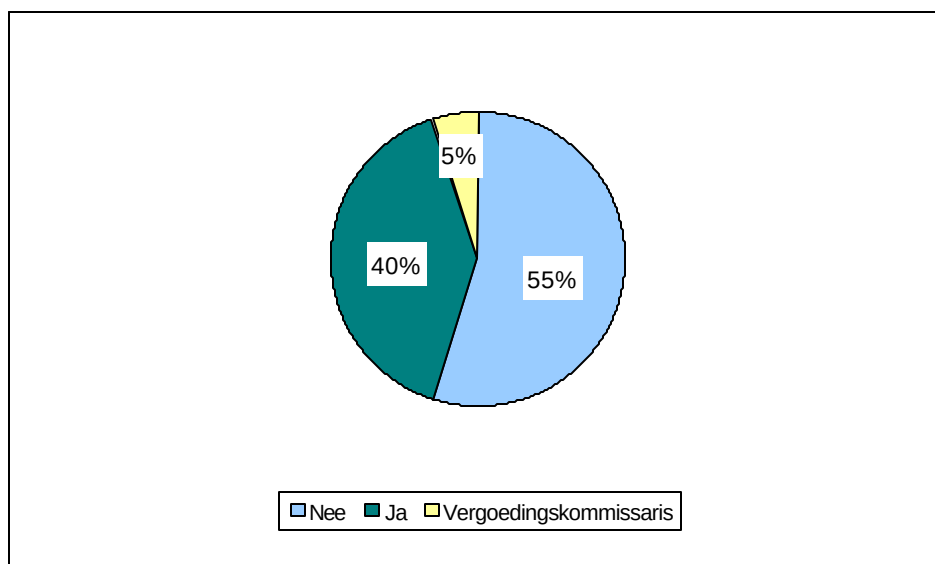


Figuur 5.8 Mediese Fondse (N=20)

Die toenemende belang wat die bestuurde gesondheidsorgbenadering op die hospitalisasietydperk van 'n pasiënt het, kan 'n finansiële implikasies vir die pasiënt en die mediese fondse inhou. Die onderrigverskaffers word hierdeur genoodsaak om die respondent met kwaliteit onderrig toe te rus om sodoende funksionele onafhanklikheid te verseker (Schifalaqua et al 2000:19).

5.4.3.5 Beperking van hospitalisasie deur mediese fonds (N=20)

Item 14 het bepaal of die mediese fonds enige beperking op die tydperk van hospitalisasie geplaas het. Twintig (100%) respondente het hierdie item beantwoord. Een (5%) respondent het 'n werksbesering gehad en was onder sorg van die vergoedingskommissaris wat indirek as mediese versekering gereken kan word. Van die res van die respondente wat die vraag beantwoord het, het 11 (55%) aangedui dat die mediese fonds nie die tydperk van hospitalisasie beperk het nie, terwyl agt (40%) aangedui het dat daar wel 'n beperking op die tydperk van hospitalisasie was soos aangedui in Figuur 5.9.



Figuur 5.9 Beperking van tydperk van hospitalisasie (N=20)

Daar was dus wel in sommige gevalle 'n beperking op die tydperk van hospitalisasie geplaas deur die beperking van die bestuurde gesondheidsorgbenadering op die tydperk van hospitalisasie (Proenca 1999:67). Derhalwe bring dit mee dat 8 (40%) van die respondente wat hierdie item beantwoord het, onder verpligting geplaas is om die hospitaal binne 'n bepaalde tydperk te verlaat wat dus indirek die rehabilitasieproses verkort het deur kwantiteit te verminder en daarom moet daar verseker word dat kwaliteit nie ook prys gegee

word nie. Hierdie tendens word ook bespreek deur Christensen en Kockrow (1997:1233), maar die outeurs beklemtoon dat tegnologiese ontwikkeling en finansiële beperkings daartoe bydra dat die tydperk van hospitalisasie afneem.

5.4.4 Pre-operatiewe inligting (N=20)

Die items in hierdie afdeling, items 15 tot 28 het inligting rondom die pre-operatiewe periode ingesluit. Daar is onder andere die rede vir die heupvervangingschirurgie (item 15) bepaal, asook aspekte rondom mobiliteit (items 16 en 17) terwyl items 18 tot 23 bepaal het watter onderrig voor toelating tot die hospitaal ontvang is, die post-operatiewe verloop en watter persone 'n rol gespeel het in die verskaffing van onderrig. Item 24 en 25 het bepaal of 'n inligtingstuk oor verloop van die chirurgie tydens hospitalisasie ontvang is en of die impak op die funksionering van die respondent duidelik was. Item 26 het spesifieke aspekte gedek soos onder andere onderrig oor mobiliteit, wondsorg, infeksie en diep veneuse trombose. Item 27 en 28 het gehandel oor watter persone van die multi-dissiplinêre span onderrig verskaf het en of die respondent van mening was dat die onderrig voldoende was al dan nie. Hierdie afdeling was 'n belangrike deel van die studie aangesien dit bepaal het watter onderrig wel voor toelating in die hospitaal asook tydens hospitalisasie verskaf is en watter inligting nie ontvang is nie.

5.4.4.1 Rede vir heupvervangingschirurgie (N=20)

Die redes vir heupvervangingschirurgie is in item 15 bepaal. Twintig (100%) respondente het die item voltooi en 14 (70%) het aangedui dat osteoartritis die oorsaak van die chirurgie was. Die ander oorsake van heupvervangingschirurgie is aangedui as rumatoïede artritis (een respondente, 5%), trauma (twee respondente, 10%), vorige chirurgie (twee respondente, 10%) en avaskulêre nekrose (een respondente, 5%). Die redes vir heupvervangingschirurgie word aangedui in Tabel 5.6.

Die indikasies van heupvervangingschirurgie word aangedui as osteoartritis of

degeneratiewe gewrigsiekte, rumatoïede artritis, avaskulêre of osteonekrose en trauma (Ignatavicius et al 1999:1280).

Tabel 5.6 Rede vir heupvervangingschirurgie (N=20)

Redes vir heupvervangings	Aantal N=20	Persentasie 100%
Rumatoïede artritis	1	5
Osteoartritis	14	70
Trauma	2	10
Vorige chirurgie	2	10
Avaskulêre nekrose	1	5
Totaal	20	100

Dit blyk dat die grootste enkele rede vir heupvervangingschirurgie, aan osteo-artritis toegeskryf kan word. Osteoartritis is 'n siekte wat meer algemeen onder ouer persone en vroue voorkom (Alexander et al 1994:396). Dit is belangrik dat die persone betrokke by die rehabilitasieproses in ag neem dat respondente wat osteoartritis het, dikwels vir 'n tydperk aan pyn blootgestel was en dat dit meebring dat mobiliteit soms ingeperk is. Die pyn van die respondent moet dus in ag geneem word tydens die rehabilitasieproses aangesien dit die proses ten opsigte van mobiliteit kan beïnvloed (Alexander et al 1994:396).

5.4.4.2 Prosedure indikasie (N=20)

Item 16 het bepaal of die heupvervangings plaasgevind het as 'n voorafbespreekte prosedure, na trauma, na opname en ondersoek. Van die 20 (100%) respondente was dit slegs in een (5%) geval nie 'n elektiewe prosedure nie en het gevolg na trauma en kan dus beskou word as 'n spoedprosedure. Dit beklemtoon dus die feit dat daar beslis meermale geleentheid bestaan om 'n inligtingstuk oor heupvervangingschirurgie voortydig en reeds pre-operatief aan die respondente te verskaf om sodoende die sukses van die rehabilitasieproses te verseker. Daar

moet egter ook verseker word dat persone wat chirurgie na trauma ondergaan ook 'n spesiale geleentheid vir onderrig gebied moet word aangesien hierdie persone nie tyd gehad het om voor te berei vir die chirurgie en dus meer angs en spanning kan beleef. Tabel 5.7 dui die prosedure indikase aan.

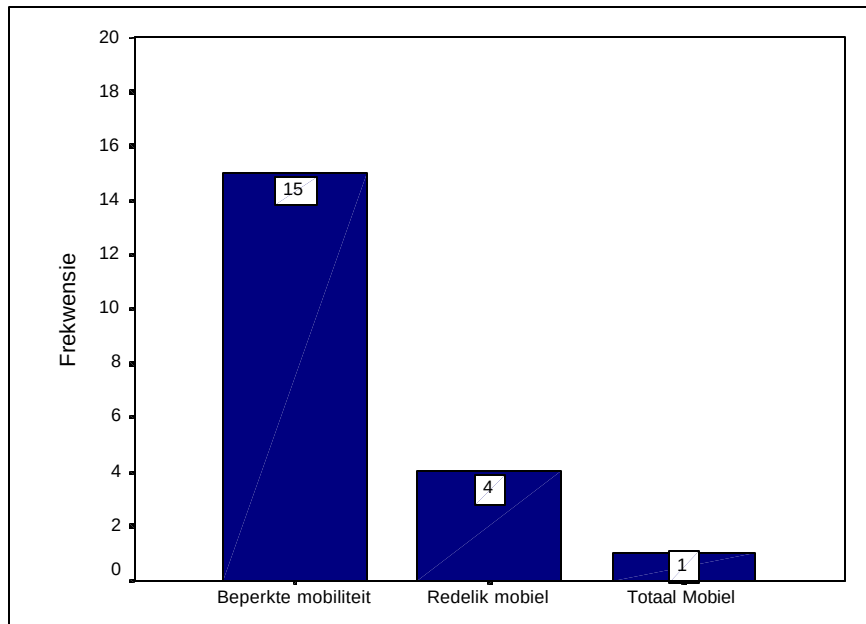
Tabel 5.7 Prosedure indikase (N=20)

	Aantal N=20	Persentasie 100 %
Voorafbespreekte prosedure	19	95
Trauma (spoedprosedure)	1	5
Na opname en ondersoeke	0	0
Totaal	20	100

Alhoewel daar slegs een (5%) respondent was, wat die chirurgie as 'n spoedprosedure ontvang het, moet daar egter voorsiening gemaak word vir die persone wat nie-elektiewe chirurgie ondergaan om ook 'n inligtingstuk te ontvang. Die meerderheid respondente (19, 95%) het wel elektiewe chirurgie ondergaan en kan wel baatvind by 'n omvattende inligtingstuk wat reeds met bespreking van chirurgie aan hulle oorhandig kon word.

5.4.4.3 Mobiliteit voor chirurgie (N=20)

Die mobiliteit van die respondente is in item 17 bepaal. Twintig (100%) respondente het hierdie item beantwoord. 'n Oorgrote meerderheid van die respondente (15, 75%) het aangedui dat hulle beperkte mobiliteit voor die chirurgie ervaar het. Vier (20%) van die respondente het aangedui dat hulle redelik mobiel is en slegs een (5%) het aangedui dat hy/sy totaal mobiel is. Hierdie beperking op mobiliteit reeds voor chirurgie kan die respondente se aktiewe deelname en motivering aan mobilisasierehabilitasie kompliseer wat die proses waardeur die pasiënt tot funksionele onafhanklikheid gelei moet word, kan beïnvloed. In Figuur 5.10 word die mobiliteit van respondente voor chirurgie weerspieël.



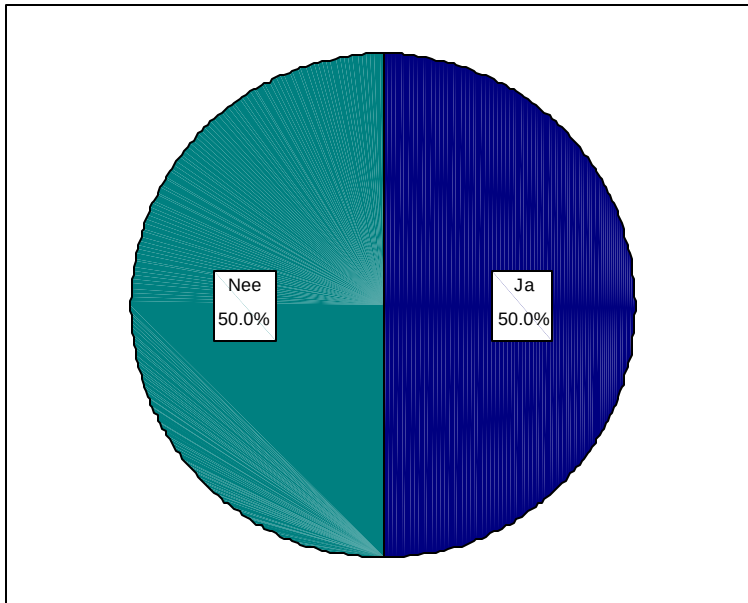
Figuur 5.10 Mobiliteit voor chirurgie (N=20)

In ooreenstemming met Christensen en Kockrow (1999:10) asook Robinson (1999:1342) kan die mobiliteit van die pasiënt voor chirurgie wel die rehabilitasieproses waardeur die persoon tot funksionele onafhanklikheid gelei moet word, nadelig beïnvloed. Hierdie begeleiding van die pasiënt tot selfsorgaksies word ondersteun deur Dorothea Orem se Selfsorgteorie waar daar klem geplaas word dat dit so spoedig moontlik na besering moet plaasvind (Polit O' Hara 1995:112).

5.4.4.4 Onderrig oor post-operatiewe verloop voor hospitalisasie (N=20)

Item 18 het gehandel oor die onderrig wat die respondent voor hospitalisasie oor die post-operatiewe verloop van die voorgenome heupvervangingchirurgie ontvang het. Al twintig (100%) respondent het hierdie item beantwoord. Die helfte van die respondente (tien, 50%) het wel onderrig ontvang en die ander tien

(50%) het nie onderrig oor die post-operatiewe verloop ontvang nie. Die onderrig oor die post-operatiewe verloop word aangedui in Figuur 5.11.



Figuur 5.11 Onderrig oor post-operatiewe verloop voor hospitalisasie (N=20)

Goodman (1997:1241) het 'n studie oor pasiëntpersepsies aangaande onderrigbehoefte gedoen en bepaal dat pasiënte aangedui het dat gebrek aan onderrig lei tot angs, spanning en onsekerheid wat die rehabilitasieproses kan beïnvloed.

In die onderhawige studie het die navorser die gebrek aan onderrig as 'n leemte beskou deurdat slegs tien (50%) van die 20 (100%) respondente voor hospitalisasie onderrig oor die post-operatiewe verloop ontvang het. Aangesien suksesvolle onderrig en rehabilitasie reeds voor hospitalisasie begin kan die gebrek aan onderrig dus as 'n leemte beskou word. Dit beklemtoon die belang van 'n inligtingstuk wat reeds met bespreking van die voorgenome chirurgie aan die pasiënt oorhandig behoort te word.

5.4.4.5 Redes vir die nie-ontvangs van onderrig oor die post-operatiewe verloop van die heupvervangingschirurgie (N=10)

Items 18 en 19 is deur slegs tien (100%) respondente beantwoord wat nie voor hospitalisasie onderrig ontvang het nie. Van die redes wat deur die respondente voorgehou is, was onder andere dat drie (30%) reeds die tipe chirurgie ondergaan het en een (10%) respondent aangedui het dat inligting deur vriende verskaf was. 'n Verdere twee (20%) het aangedui dat die chirurg nie spesifiek genoeg was (duidelik oor die onderrig) nie en een (10%) respondent het chirurgie as gevolg van trauma ontvang. Een (10%) respondent het aangedui dat hy nie geweet het watter vraag om te vra nie. Redes vir die nie-ontvangs van pre-operatiewe onderrig word in Tabel 5.8 weergegee.

Tabel 5.8 Redes vir die nie-ontvangs van pre-operatiewe onderrig (N=10)

Redes	Aantal N=10	Persentasie 100%
Het nie geweet wat se vrae om te vrae nie	1	10
Het reeds so operasie ondergaan	3	30
Vriende het my vertel	1	10
Geen rede	1	10
Dokter was nie spesifiek genoeg nie	1	10
Trauma geval	1	10
Ontbrekend	2	20
Totaal	10	100

Die data wat van items 18 en 19 verkry is, beklemtoon die behoefte aan 'n omvattende inligtingstuk. Dit blyk dat respondente nie weet wat om te verwag nie omdat hulle byvoorbeeld nie weet watter vrae om te vra nie. Die volledige voorbereiding dra by tot ingeligte toestemming en sal voorkom dat pasiënte reeds gehospitaliseer is en dan eers die werklike omvang van die tipe chirurgie beseft. Goodman (1997:767) het in 'n studie aangedui dat pasiënte se onderrigbehoefte onder andere aspekte soos mobiliteit en beperkings, mediese toestande, komplikasies, oefeninge en medikasiegebruik insluit.

5.4.4.6 *Inligting ontvang voor toelating tot hospitaal (N=10)*

Die respondente wat bevestigend geantwoord het in item 18 moes in item 20 aandui watter inligting aangaande die heupvervangingschirurgie hulle voor toelating tot die hospitaal ontvang het. Slegs tien (100%) respondente het item 20 beantwoord. Van die tien (100%) respondente wat wel onderrig ontvang het, het nege (90%) onderrig oor die pre-operatiewe voorbereiding ontvang, terwyl vyf (50%) onderrig oor die ondersoeke wat uitgevoer moet word ontvang, tien (100%) van die respondente het onderrig oor die post-operatiewe fase ontvang en slegs een (10%) het onderrig oor die komplikasies wat kan voorkom ontvang. Die inligting word uiteengesit in Tabel 5.9.

Tabel 5.9 Inligting aangaande verloop van heupvervangingschirurgie (N=10)

Tipe Inligting ontvang	Inligting ontvang	
	Aantal N=10	Persentasie 100 %
Voor operatiewe voorbereiding	9	90
Ondersoeke wat uitgevoer word	5	50
Verloop van die post-operatiewe fase	10	100
Komplikasies wat kan voorkom	1	10
Geen	10	100

Hoewel tien (100%) van die respondente onderrig oor die post-operatiewe fase ontvang het, is dit onvoldoende aangesien daar steeds sekere aspekte soos byvoorbeeld die komplikasies wat kan voorkom wat nie aangespreek is nie. Die feit dat pasiënte behoefte het aan onderrig rakende komplikasies, oefeninge en medikasiegebruik is deur Goodman (1997:767) beklemtoon.

Item 21 het bepaal watter persone die pre-operatiewe onderrig aan die respondente verskaf het voor toelating tot die hospitaal. Slegs tien (100%) respondente het aangedui dat hulle pre-operatiewe onderrig ontvang het en het slegs die tien (100%) respondente die vraag beantwoord. Die bevinding dui daarop dat die chirurg in tien (100%) gevalle wel betrokke was by die onderrig van

respondente en die geregistreerde verpleegkundige en ontvangsdame by die chirurg het elk aan twee (20%) van die respondente onderrig verskaf. Twee (20%) respondente het "ander" aangedui, en/of vriende ingesluit soos uiteengesit in Tabel 5.10.

Hieruit blyk dit dat al die lede van die multi-dissiplinêre span nie by die onderrig van respondente betrokke was nie. Dit kan dus as 'n verdere leemte in pasiëntonderrig beskou word. Verder is dit ook belangrik om nie slegs die voornemende pasiënte maar ook die familielede en versorgers by die onderrigfase te betrek.

Tabel 5.10 Persone verantwoordelik vir onderrig voor toelating (N=10)

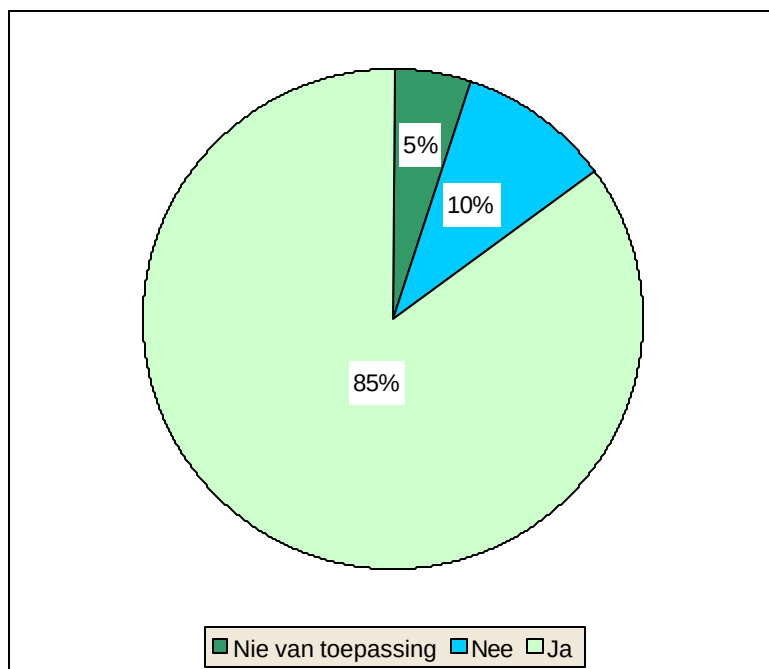
Verantwoordelike persone	Aantal N=10	Persentasie 100%
Geregistreerde verpleegkundige	2	20
Studentverpleegkundige	0	0
Stafverpleegster	0	0
Assistentverpleegster	0	0
Ortopediese Chirurg	10	100
Fisioterapeut	0	0
Ontvangsdame by die ortopediese chirurg	2	20
Geen	1	10
Ander	2	20

Aangesien die persoon nog nie in die hospitaal opgeneem is nie, is die rol wat die verpleegkundige vertolk beperk en is die chirurg die eerste kontak en die gunstige persoon in die multi-dissiplinêre span om onderrig te verskaf. Die persoon se familie en/of versorger behoort nou aan die rehabilitasieproses deel te neem ten einde begrip vir hul bydrae tot suksesvolle rehabilitasie (Christensen & Kockrow 1999:898).

5.4.4.7 Geleentheid vir bespreking van onsekerhede voor hospitalisasie (N=20)

Item 22 het vasgestel of die respondente enige geleentheid gehad het om aspekte waaroor hulle onseker was voor hospitalisasie te bespreek. Twintig (100%)

respondente het hierdie item beantwoord. Die response het aangedui dat 17 (85%) geleentheid gehad het om aspekte waaroor hulle onseker was te bespreek, terwyl twee (10%) aangedui het dat hulle nie enige geleentheid gehad het om onsekerhede uit te klaar nie en een (5%) het die vraag as nie van toepassing beskou nie. Indien 'n persoon nie in staat is om enige onsekerhede voor die chirurgie uit te klaar nie kan die gebrek aan effektiewe pasiëntonderrig tot 'n groot mate angs en spanning by die 'n pasiënt veroorsaak. Geleentheid vir bespreking van onsekerhede word in Figuur 5.12 uiteengesit.



Figuur 5.12 Geleentheid vir bespreking van onsekerhede voor hospitalisasie (N=20)

5.4.4.8 Bepreking van onsekerhede (N=17)

Item 23 het respondente wat ja geantwoord het in item 22 die geleentheid gegee om enige vrae en onsekerhede oor die voorgenome chirurgie by 'n professionele persoon of by die chirurg uit te klaar. Uit 'n totaal van 17 (100%) respondente het 15 (88%) aangedui dat hulle tydens die besoek aan die chirurg enige onsekerhede kon uitklaar, een (6%) kon die chirurg bel indien nodig en 'n verdere een (6%) kon

die chirurg voor en na chirurgie kontak. Tabel 5.11 dui die geleentheid vir bespreking van onsekerhede aan.

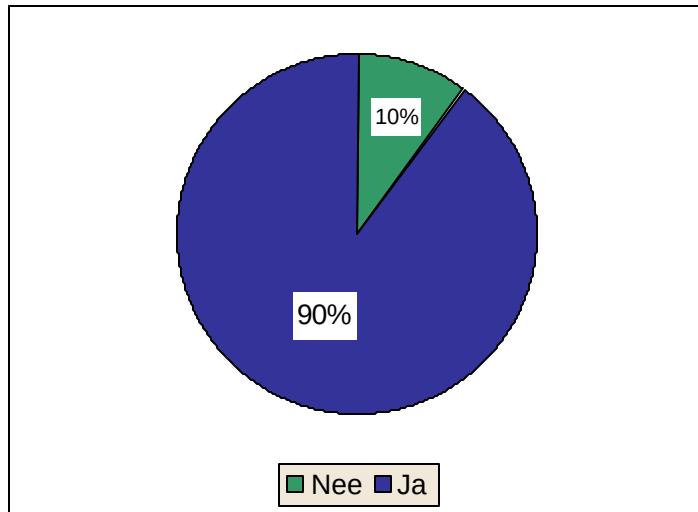
Tabel 5.11 Bespreking van onsekerhede (N=17)

Geleentheid vir bespreking	Geleenthede	
	Aantal N=17	Persentasie 100%
Tydens besoek aan dokter	15	88
Kon dokter bel indien nodig	1	6
Voor operasie en na operasie	1	6
Totaal	17	100

Die meeste respondente (15, 88%) het geleentheid gehad om onsekerhede te bespreek tydens 'n besoek aan die chirurg. Dit kan ook daarmee verband hou dat die chirurg die een lid van die multi-dissiplinêre span is wat meestal by die onderrig van pasiënte betrokke is. Le Storti et al (1999:62) beklemtoon dit egter dat pasiëntonderrig 'n belangrike komponente of taak van die verpleegkundige is. Volgens die navorser behoort die verpleegkundige ook meer toeganklik te wees om enige onsekerhede wat by die pasiënt mag voorkom uit te klaar.

5.4.4.9 Inligtingstuk met toelating tot hospitaal oor verloop tydens hospitalisasie (N=20)

Item 24 het bepaal of die respondente met toelating tot die hospitaal vir die heupvervangingchirurgie die bestaande inligtingstuk ontvang het. Agtien (90%) van die respondente het wel inligtingstukke ontvang, terwyl twee (10%) nie 'n inligtingstuk ontvang het nie. Die 18 (90%) wat wel inligtingstukke ontvang het met toelating kan as 'n positiewe aanduiding beskou word aangesien geskrewe inligting wat volledig is, voortdurend tot die pasiënt se beskikking is en ter eniger tyd deur die pasiënt bestudeer word (Wiles et al 1998:796). In Figuur 5.13 is 'n uiteensetting van inligtingstukke wat ontvang is deur die respondente.

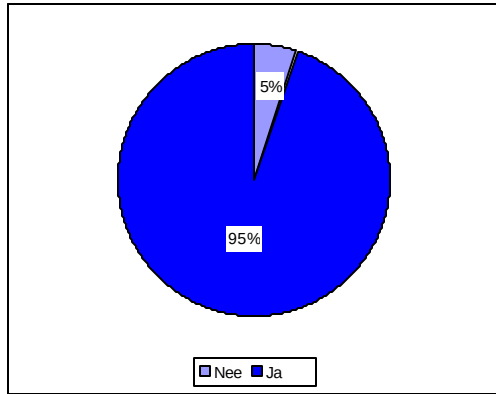


Figuur 5.13 Die ontvangs van 'n inligtingstuk (N=20)

Die inligting wat nou tydens hospitalisasie aan die pasiënt verskaf word dui daarop dat die verpleegkundige wel 'n rol in die onderrig verskaf, maar tydens opname in die hospitaal. Die twee (10%) respondente wat nie 'n inligtingstuk tydens opname in die hospitaal ontvang het nie kan as 'n leemte beskou word. Wiles et al (1998:797) gaan van die veronderstelling uit dat geskrewe inligting suksesvol is indien dit volledig gedoen is en ook aan die lede wat die versorgingsrol oorneem oorhandig word.

5.4.4.10 *Impak van chirurgie op daaglikse funksionering (N=19)*

Item 25 het bepaal of die voorligting tydens hospitalisasie duidelik was ten opsigte van die impak van die heupvervangingchirurgie op die respondent se daaglikse funksionering. Negentien (100%) respondente het hierdie item beantwoord. Die response het aangetoon dat 18 (95%) aangedui het dat daar duidelikheid was oor die impak op die daaglikse funksionering terwyl een (5%) aangedui het dat die onderrig nie aangedui het wat die impak van die chirurgie op die daaglikse funksionering was nie. Die impak wat die chirurgie op die daaglikse funksionering van die respondent het word aangedui in Figuur 5.14.



Figuur 5.14 Impak van chirurgie op daaglikse funksionering (N=19)

Die gevolgtrekking word dus gemaak dat daar voldoende onderrig was ten opsigte van die impak van die chirurgie op die daaglikse funksionering en dat die respondente aangedui het dat hulle deeglik bewus was van die impak op hul daaglikse funksionering.

5.4.4.11 Onderrig tydens hospitalisasie (N=20)

Item 26 het bepaal watter spesifieke aspekte ten opsigte van heupvervangingschirurgie tydens hospitalisasie aangeraak is. Twintig (100%) respondente het hierdie item beantwoord. Die respondente kon meer as een item beantwoord. Negentien (95%) van die respondente het aangedui dat hulle wel onderrig ten opsigte van mobiliteit ontvang het, terwyl 15 (75%) gemeld het dat hulle anti-embolitiese kouse gedra het. Sestien (80%) respondente het van ortopediese hulpmiddels gebruik gemaak. 'n Totaal van 14 (70%) het onderrig ten opsigte van die toeganklikheid van verblyf ontvang, teenoor 11 (55%) wat onderrig aangaande wondsorg asook onderrig wat handel oor die tipes hulp wat benodig sal word na ontslag. Slegs twee (10%) van die twintig (100%) respondente het onderrig oor wondinfeksies ontvang terwyl tien (50%) respondente oor diep veneuse trombose ontvang het en nege (45%) aangaande medikasiegebruik en slegs een (5%) respondent het oor seksuele aktiwiteit onderrig ontvang. Die aspekte van onderrig tydens hospitalisasie word in Tabel 5.12 uiteengesit.

Tabel 5.12 Onderrig tydens hospitalisasie (N=20)

Tipe inligting ontvang	Onderrig benodig	
	Aantal N =20	Persentasie 100%
Mobiliteit	19	95
Wond Sorg	11	55
Wondinfeksie	2	10
Diep veneuse trombose	10	50
Die dra van anti-embolitiese kouse	15	75
Medikasiegebruik	9	45
Seksuele aktiwiteit	1	5
Gebruik van ortopediese hulpmiddels	16	80
Hulp wat u sal benodig na ontslag	11	55
Toeganklik van verblyf	14	70

Hoewel al die aspekte wat in Tabel 5.12 vervat is, wel aangeraak is tydens pasiëntonderrig, is daar sommige van die aspekte wat nie voldoende aangeraak is nie. Orem se teorie stel dit dat die individu die vermoë het om aan basiese selfsorgbehoefte te voldoen en moet die individu daarom gehelp word om tot sy/haar volle fisiese kapasiteit te herstel (Hoeman 1996:3). Al bogenoemde aspekte is van belang vir enige persoon wat heupvervangingschirurgie ondergaan en behoort hulle dus volledig oor bogenoemde ingelig te word. Mistiaen et al (1997:1233) het in 'n studie wat gehandel het oor ouer persone wat vanuit hospitale ontslaan is se behoeftes, bevind dat probleme wat na ontslag uit die hospitaal onder andere spesifieke pasiëntonderrigbehoefte, funksionele beperkings, fisiese en emosionele funksionering en spesifieke behoeftes wat nie aangespreek is nie, aansluit. In ooreenstemming hiermee het die navorser bogenoemde aspekte in hierdie studie ingesluit om sodoende 'n vertrekpunt vir die samestelling van 'n omvattende inligtingstuk daar te stel.

5.4.4.12 Persone verantwoordelik vir onderrig tydens hospitalisasie (N=20)

Item 27 het bepaal watter van die persone van die multi-dissiplinêre span verantwoordelik was vir pasiëntonderrig tydens hospitalisasie. Twintig (100%) respondente het die item beantwoord. Die respondente kon meer as een opsie

kies. Dit was hoofsaaklik die rol van die geregistreerde verpleegkundige, die fisioterapeut en die ortopediese chirurg om onderrig tydens hospitalisasie aan die pasiënt, familieleden en versorgers te verskaf. In Tabel 5.13 word aangedui watter persone verantwoordelik is vir onderrig tydens hospitalisasie.

Tabel 5.13 Persone verantwoordelik vir onderrig tydens hospitalisasie (N=20)

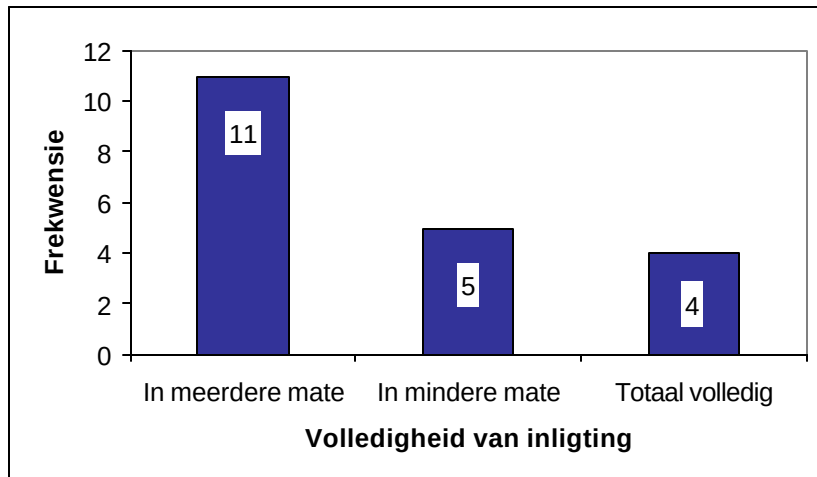
Verantwoordelike persone	Aantal N=20	Persentasie 100%
Geregistreerde verpleegkundige	15	75
Studentverpleegkundige	1	5
Stafverpleegster	0	0
Assistentverpleegster	0	0
Fisioterapeut	20	100
Ortopediese chirurg	16	80
Mede-pasiënt	4	20
Narkotiseur	1	5

Daar word dus tydens hospitalisasie meer onderrig gegee deur verpleegkundiges en fisioterapeute as wat daar voor toelating tot die hospitaal gegee is. Verder wil dit voorkom asof daar tydens hospitalisasie meer persone betrokke is tydens die onderrig as voor hospitalisasie. Hoewel die fisioterapeut in al die gevalle (20, 100%) onderrig verskaf het, het 15 (75%) van die respondente aangedui dat die verpleegkundiges wel van die onderrig verskaf het. Die rol van die verpleegkundige behoort egter beklemtoon te word as 'n lid van die multi-dissiplinêre span.

5.4.4.13 Volledigheid van onderrig tydens hospitalisasie (N=20)

Item 28 het bepaal of die respondente van mening was dat die inligting wat ontvang is tydens hospitalisasie voldoende was. Elf (55%) van die respondente het aangedui dat onderrig wat hulle ontvang het in 'n meerdere mate volledig was, terwyl vier (20%) respondente van mening was dat die onderrig totaal volledig was en vyf (25%) respondente het aangedui dat onderrig wat tydens hospitalisasie

ontvang is in 'n mindere mate volledig was. In Figuur 5.15 word die volledigheid van onderrig tydens hospitalisasie aangedui.



Figuur 5.15 Volledigheid van onderrig tydens hospitalisasie (N=20)

Die navorser beskou dit as 'n groot leemte in pasiëntonderrig dat die onderrig wat ontvang is nie totaal volledig was nie. Driscoll (2000:1165) het in 'n studie bevind dat pasiënte en versorgers verwys na oneffektiewe pasiëntonderrig en dat gebrek daaraan tot 'n groot mate angsk en spanning vir die pasiënt tot gevolg gehad het. Bogenoemde respons beklemtoon dus die behoefte van 'n omvattende inligtingstuk wat reeds met bespreking vir die chirurgie, vir die respondent gegee kan word.

5.4.5 Post-operatiewe tydperk

In items 29-31 ingesluit is bepaal watter ondersteunende hulpmiddels nodig was na ontslag uit die hospitaal en of enige beroepsrehabilitasie nodig was. Item 32-33 het bepaal of daar enige verskil in die normale daaglikse fisiese roetine was en by item 34 het die respondent 'n keuse gehad om enige aspekte waaroor hulle verdere onderrig oor sou wou ontvang, aan te dui. In hierdie afdeling is daar gefokus op die ondersteunende hulpmiddels en aspekte wat deur die

respondente aangedui is vir die nodigheid van verdere onderrig.

5.4.5.1 Ondersteunende hulpmiddels (N=20)

In item 29 kon die respondente aandui watter ortopediese ondersteunende hulpmiddels hulle met ontslag uit die hospitaal benodig en gebruik het. Twintig (100%) respondente het die item beantwoord. Die respondente kon meer as een respons gee. In 17 (85%) van die gevalle het die respondente aangedui dat hulle krukke gebruik het, terwyl vyf (25%) aangedui het dat hulle looprame gebruik en geen van die respondente het enige rolstoel gebruik nie. Die “toilet seat raiser” is deur 12 (60%) van die respondente gebruik. In Tabel 5.14 word die gebruik van ortopedies ondersteunende hulpmiddels aangedui.

Tabel 5.14 Ortopedies ondersteunende hulpmiddels (N=20)

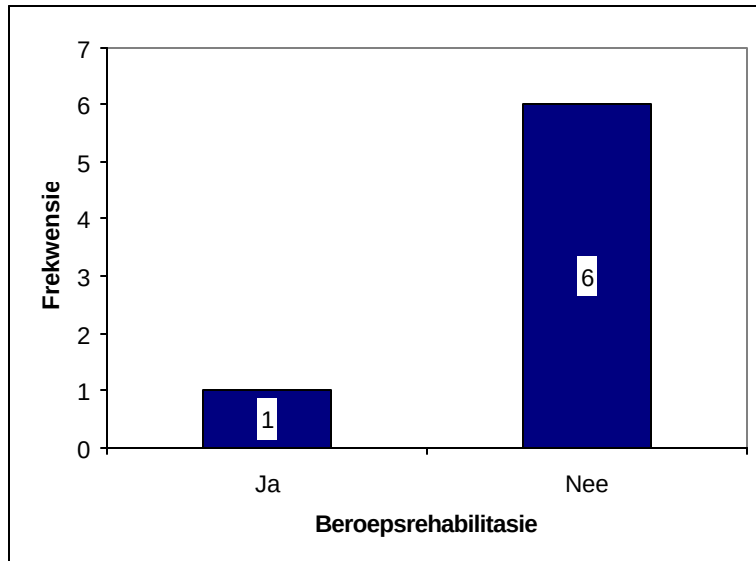
Hulpmiddels	Aantal N=20	Persentasie 100%
Krukke	17	85
Loopraam	5	25
Rolstoel	0	0
“Toilet seat raiser”	12	60

Al die ondersteunende hulpmiddels moet reeds tydens die implementeringsfase van rehabilitasie in ag geneem word om die pasiënt se funksionele onafhanklikheid te verseker (Alexander et al 1994: 946). Daar kan sodoende beplan word om die nodige hulpmiddels te verkry en nie eers as die pasiënt vir ontslag is nie.

5.4.5.2 Beroepsrehabilitasie (N=7)

Item 30 het bepaal of die respondente enige beroepsrehabilitasie ontvang het indien dit van toepassing was. Slegs sewe van die respondente was beroepsaktief en het dus die item beantwoord. Van die sewe (100%) respondente wat nog beroepsaktief was het slegs een (14%) beroepsrehabilitasie ontvang en ses (86%) het nie enige beroepsrehabilitasie ontvang nie. Die beperkte persentasie wat beroepsrehabilitasie ontvang het, kan as ‘n groot leemte in die rehabilitasieproses

beskou word. Aangesien die respondente nog beroepsaktief is, behoort hulle gelei te word om funksioneel onafhanklik te wees. Beroepsrehabilitasie word uiteengesit in Figuur 5.16.



Figuur 5.16 Beroepsrehabilitasie (N=7)

Die verpleegkundige se sleutelrol is om pasiëntonderrig aan pasiënte te verskaf, om daardeur die pasiënt se selfbeeld te verbeter, om waardes duidelik uit te stip en om kennis en insig te verbeter om sodoende 'n toepaslike gesondheidsbesluit te neem (Clark 1996:127). Die navorser beskou die feit dat slegs een (14%) van die beroepsaktiewe respondente beroepsrehabilitasie ontvang het, as 'n aanduiding dat heupverangingchirurgie steeds beskou word as toepaslik vir bejaarde persone en dat daar nog nie voorsiening gemaak word vir die tendens dat jonger, beroepsaktiewe persone toenemend gehospitaliseer word vir die tipe chirurgie.

5.4.5.3 Selfsorgaktiwiteite (N=20)

Item 31 het gehandel oor watter basiese selfsorg aktiwiteite die respondent instaat was om te voltooi. Twintig (100%) respondente het die item beantwoord. Die

respondente kon weer meer as een respons hê. Van die respondente was drie (15%) in staat om etes voor te berei, terwyl 12 (60%) na persoonlike higiëne kon omsien en een (5%) respondent kon selfversorgend wees. Een (5%) respondent kon sy eie wasgoed was en vyf (25%) van die respondente kon hul stokperdjies beoefen. Dit is moontlik dat sommige van die aktiwiteite nie noodwendig 'n behoefte was nie, maar dat daar ondersteuningspersone of versorgers was wat aan die behoefte kon voldoen. Die vermoë om selfversorgend te wees word in Tabel 5.15 uiteengesit.

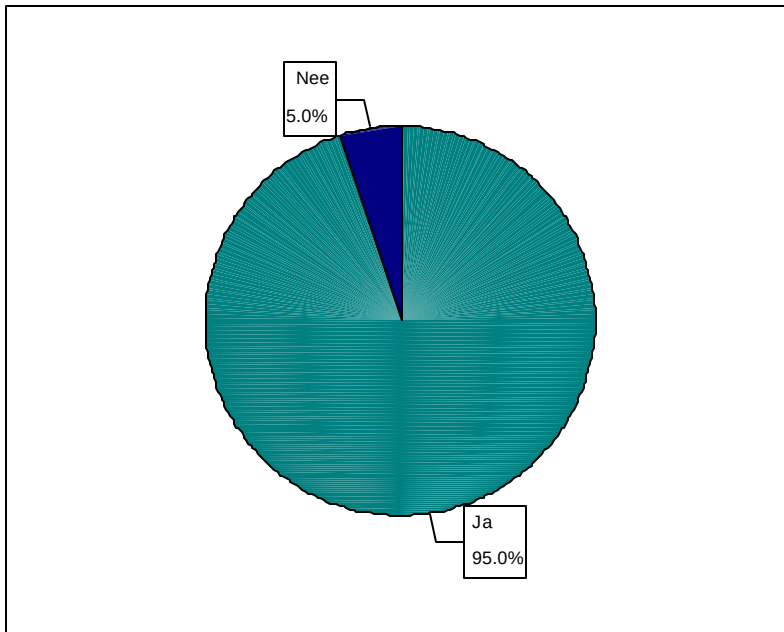
Tabel 5.15 Die vermoë om selfsorgaktiwiteite toe te pas (N=20)

Selfsorg	Selfsorgaktiwiteite	
	Aantal N=20	Persentasie 100%
Etes voorberei	3	15
Persoonlike higiëne	12	60
Versorging van klere	1	5
Wasgoed was	1	5
Stokperdjies	5	25

Alhoewel die data wat verkry is ten opsigte selfsorgaktiwiteite dui dat daar hoofsaaklik aan persoonlike higiëne voldoen is, beklemtoon Orem (2001:91) dat die persoon op beide biologiese en sosiale vlak moet ontwikkel. Dit is waarskynlik om die rede dat aspekte soos ete voorbereiding en die beoefening van stokperdjies, naas persoonlike higiëne deur die respondente as belangrik beskou was.

5.4.5.4 Verskil in daaglikse roetine (N=20)

Item 32 het bepaal of daar enige verskil in die daaglikse, fisiese roetine plaasgevind het nadat heupvervangingschirurgie uitgevoer is. Twintig (100%) respondente het hierdie item beantwoord. Van die 20 (100%) respondente het 19 (95%) aangedui dat daar wel verandering in daaglikse roetine plaasgevind het terwyl een (5%) aangedui het dat daar geen verandering plaasgevind het nie. Verskil in daaglikse roetine word in Figuur 5.17 uiteengesit.



Figuur 5.17 Verandering in daaglikse roetine (N=20)

Die bevinding dat daar verandering in daaglikse roetine plaasgevind het, is ook in die bespreking van die literatuurstudie beklemtoon. Robinson (1999:1342) is van mening dat persone wat heupfrakture gehad het dikwels permanente vermindering in hul funksionele status ondervind terwyl Yarnold (1999:40) aandui dat persone wat heupchirurgie ondergaan het se vermoë om onafhanklik te funksioneer dikwels beïnvloed word.

5.4.5.5 Tipe verandering in daaglikse roetine (N=20)

Item 33 was 'n oop-einde vraag waarin 20 (100%) respondente die item beantwoord het. Die response het gewissel vanaf sewe (35%) respondente wat afhanklik was van ander vir 'n kort tydperk en vyf (25%) respondente het minder pyn ervaar maar was wel afhanklik van ander vir 'n tydperk. Twee (10%) respondente het aangedui dat mobiliteit beperk was vir 6-8 weke terwyl slegs een (5%) respondent se slaapgewoontes verander het. Twee (10%) respondente het gemeld dat hulle nie dieselfde aktiwiteite kon uitvoer as voor chirurgie nie. Die tipe verandering in daaglikse roetine word aangedui in Tabel 5.16.

Die grootste impak op die daaglikse roetine blyk die afhanklikheid van ander vir 'n bepaalde tydperk te wees. Dit stem ooreen met Orem se Selfsorgteorie dat die persoon gelei moet word tot onafhanklikheid. Volgens Orem se Selfsorgteorie het 'n persoon 'n behoefte daaraan om gelei te word tot onafhanklikheid. Die bevordering van onafhanklikheid moet dus belangrik geag word vir hierdie tipe pasiënte.

Tabel 5.16 Tipe verandering in daaglikse roetine (N=20)

Tipe verandering	Aantal N=20	Persentasie 100%
Loop makliker en het minder pyn	1	5
Afhanklik van ander vir 'n klein tydperk	7	35
Beide minder pyn maar afhanklik vir 'n tydperk	5	25
Mobiliteit beperk vir 6 - 8 weke	2	10
Slaapgewoontes verander/kan nie op die rug lê nie	1	5
Kan nie dieselfde aktiwiteite doen nie	2	10
Aantal "Nee- geen verandering" response	2	10
Totaal	20	100

Hierdie belangrike inligting ten opsigte van afhanklikheid van ander kan 'n belangrike deel van die inligtingstuk uitmaak, deur aan te dui dat dit gewoonlik vir 'n beperkte tydperk van toepassing is.

5.4.5.6 Aspekte waaroor verdere onderrig benodig word (N=20)

Item 34 het gehandel oor aspekte waaroor die respondente verdere onderrig sou wou ontvang. Twintig (100%) respondente het hierdie item beantwoord. Die respondente kon verskeie items beantwoord. Slegs een (5%) respondent het aangedui dat hy onderrig oor dieët wou ontvang en 'n verdere een (5%) respondent het wel onderrig oor hospitalisasieprosedures uitgelig. Sewe (35%) van die respondente wou meer oor die gebruik van ortopediese hulpmiddels weet en vyf (25%) wou meer oor medikasiegebruik te wete kom. 'n Behoefte aan onderrig oor seksuele aktiwiteite is deur nege (45%) respondente aangedui en 'n verdere

tien (50%) wou meer oor pre-operatiewe voorbereiding en ondersoeke wat uitgevoer word, onderrig ontvang. Verder het van die respondente aangedui dat hulle onderrig wou ontvang oor die volgende aspekte: 11 (55%) respondente het aangedui dat hulle aangaande mobiliteit onderrig benodig het, terwyl 12 (60%) respondente wond sorg onderrig na ontslag, as waardevol beskryf het. Sestien (80%) respondente het onderrig aangaande wondinfeksies beklemtoon teenoor 18 (90%) respondente wat onderrig oor diep veneuse trombose verkies het. Die dra van anti-embolitiese kouse is deur 11 (55%) respondente aangedui as belangrik en 19 (95%) respondente het onderrig aangaande post-operatiewe komplikasies beklemtoon. Bogenoemde inligting is van groot waarde aangesien dit die basis vir die samestelling van 'n inligtingstuk kan vorm. Tabel 5.17 dui aspekte waarvoor verder onderrig benodig word aan.

Tabel 5.17 Aspekte waarvoor verdere onderrig benodig word (N=20)

Aspekte vir verdere onderrig	Onderrig benodig	
	Aantal N=20	Persentasie 100%
Mobiliteit	11	55
Wond sorg na ontslag	12	60
Wondinfeksie	16	80
Diep veneuse trombose	18	90
Die dra van anti-embolitiese kouse	11	55
Medikasiegebruik	5	25
Seksuele aktiwiteite	9	45
Die gebruik van ortopediese hulpmiddels	7	35
Voor-operatiewe voorbereiding	10	50
Ondersoeke wat uitgevoer word	10	50
Komplikasies wat kan voorkom word	19	95
Hospitalisasie prosedures	1	5
Dieetkundige advies	1	5

Uit bogenoemde inligting blyk dit dat daar steeds 'n groot behoefte oor sekere aspekte van die heupvervangingchirurgie bestaan en dat onvolledige inligting tot onsekerheid en angste by die pasiënt kan veroorsaak. Die rol van die verpleegkundige ten opsigte van onderrig kan nie genoeg beklemtoon word nie om sodoende die sukses van die rehabilitasieproses te verseker.

5.5 SAMEVATTING

In hierdie hoofstuk is die data wat van die gestruktureerde onderhoudskedule verkry is, ontleed en grafies weergegee. Hierdie data kan beskou word as die werklike weergawe van die respondente wat heupvervangingchirurgie ondergaan het se standpunt ten opsigte van inligting wat verkry is en inligting wat nie verkry is nie.