

HOOFSTUK 1

OORSIG VAN DIE STUDIE

1.1 INLEIDING

Dit is 'n alombekende feit dat miokardiale infarksie een van die primêre oorsake van mortaliteit en morbiditeit in die meeste Westerste lande is. Jaarliks ondervind meer as 1.5 miljoen persone wêreldwyd hierdie hartaandoening en meer as 'n derde van hulle sterf daaraan (Clochesy, Breu, Cardin, Whittaker & Rudy 1996:354; Fife 1998:49; Kinney, Packa, Andreoli & Zipes 1991:447; Mullinax 1995:90; Woods, Sivarajan Froelicher & (Underhill) Motzer 2000:506).

Tegnologiese vooruitgang op beide die mediese en sjirurgiese gebied het 'n omwenteling in die versorging van pasiënte na 'n miokardiale infarksie veroorsaak. Dit weer het 'n betekenisvolle afname in die vroeë mortaliteit onder die post-miokardiale-infarksie-populasie tot gevolg gehad. Tegnologiese vooruitgang het nie net 'n verlaging in die mortaliteit van dié pasiënte tot gevolg nie, maar lei ook tot kardiovaskulêre-risikovermindering aangesien die publiek meer bewus word van aanpassings wat gemaak moet word in gesondheidsgedrag. Veranderinge in die versorging van die pasiënte het ook 'n positiewe houding ten opsigte van die rehabilitasie van die pasiënte tot gevolg (Hatchett & Thompson 2002:151-2; Kinney et al. 1991:447).

Tot nou toe het ongeveer 5 miljoen miokardiale-infarksie-pasiënte 'n aandoening oorleef en hulle moes leer om met hulle siektetoestand saam te leef (Clochesy et al. 1996:354). Die herstel ná 'n miokardiale infarksie is dikwels moeilik aangesien dit gepaard gaan met emosionele kommer. Hierdie gesondheidskrisis het betekenisvolle fisiologiese gevolge en langtermyn psigologiese implikasies. Daarom kan alle miokardiale-infarksie-pasiënte, ongeag die erns van die miokardiale infarksie en die pasiënt se ouderdom, baat vind by omvattende

kardiale-rehabilitasie (Hatchett & Thompson 2002:29; Kinney et al. 1991:447; Salisbury 1996:49).

Kardiale-rehabilitasie is 'n belangrike komponent van die pasiënt se totale herstel na 'n miokardiale infarsie. Een van die hoofkospunte van kardiale-rehabilitasie is die modifikasie van die pasiënt se lewenswyse om sodoende die verdere risiko vir miokardiale infarsie te verminder. Pasiëntonderrig vorm 'n baie belangrike deel van hierdie sekondêre voorkomingpogings, aangesien die doel hiervan is om die pasiënt intellektueel en emosioneel toe te rus om vaste besluite oor hulle gesondheid en welstand te neem (Ingram, Love, Meleady & Graham 1996:15; Newens, Bond, Priest & McColl 1995:390).

Volgens Cole, McDermott en Drimmer (1996:210) is pasiëntonderrig betreffende kardiale-rehabilitasie na 'n miokardiale infarsie om die volgende redes noodsaaklik:

- Dit help die pasiënt met die aanvaarding van sy siektetoestand.
- Die pasiënt verkry kennis van die siekte se patofisiologie en prognose.
- Dit bevorder pasiëntbewustheid ten opsigte van veranderbare risikofaktore.
- Die pasiënt verstaan die medikasie se effekte en dosisskedules.

Pasiëntonderrig word dikwels verhinder deur faktore soos 'n gebrek aan tyd, beroepseise en 'n formeel gestruktureerde onderrigprogram (Cole et al. 1996:210).

Raleigh en Odtohan (1987:311-317) het reeds in die tagtigerjare 'n studie gedoen om die effek van 'n kardiale-onderrigprogram op pasiëntrehabilitasie te bepaal. Daar is gevind dat die onderrigprogram pasiënte effektief voorsien het van kennis oor hulle siektetoestand en die behandeling daarvan. Verder het die genoemde outeurs ook gevind dat die pasiënte in die eksperimentele groep vóór ontslag minder angstig was as dié in die kontrolegroep. Die rede hiervoor was dat die inligting wat die eksperimentele groep deur middel van die gestruktureerde onderrigprogram ontvang het, hulle voorberei het vir aanpassings by die huis. Hulle was dus minder onseker as die kontrolegroep. So ook het die

eksperimentele groep sewentig persent (70%) van hulle aktiwiteite ná ontslag hervat, terwyl die kontrolegroep slegs agt-en-veertig persent (48%) van hulle aktiwiteite hervat het.

Froelicher, Herbert, Myers en Ribisl (1996:154-5) het bevind dat slegs vyftien tot twintig persent (15-20%) van alle geskikte kardialepasiënte uiteindelik kardiaal-rehabilitasie ontvang, terwyl Daly, Sindone, Thompson, Hancock, Chang en Davidson (2002:8,9) bevind het dat slegs sewe persent (7%) van geskikte kardialepasiënte vir kardiaal-rehabilitasie verwys word. Pasiënte verlaat dus die hospitaalopset voordat enige kontak met 'n kardiaal-rehabilitasiespan gemaak is. Die nuutste tendens is om die tydperk van beide die hospitaalverblyf en die opvolgperiode te verkort om sodoende koste te bespaar. Dit word al hoe belangriker dat kardialepasiënte met 'n rehabilitasiespan in kontak kom wat hulle tydens die herstelproses kan bystaan. Sodoende word verdere koste tot die minimum beperk.

Campbell (1993:279-283) het 'n studie gedoen waarin sy bepaal het in watter mate kardiaal-rehabilitasie noodsaaklik is. Post-miokardiale-infarksie-pasiënte wat beperkte rehabilitasie ontvang het, is beraam. Sy het bevind dat kardiaal-rehabilitasie hierdie pasiënte gehelp het om die fisiologiese, psigologiese en sosiale probleme waarmee hulle ná 'n miokardiale infarksie te kampe het, te hanteer.

1.2 AGTERGROND TOT DIE STUDIE

Inligtingvoorsiening aan pasiënte ná 'n miokardiale infarksie speel 'n baie belangrike rol in die vinnige herstel van die pasiënte (Cole et al. 1996:210). Die tyd wat die verpleegkundige aan inligtingvoorsiening kan afstaan, is egter dikwels beperk as gevolg van verskeie redes soos die graad van erns van die pasiënt se siektetoestand en 'n verkorte hospitaalverblyf.

Verder is pasiënte nie altyd bereid om vrae te vra nie. Redes hiervoor is die onbekende omgewing, skaamte, 'n vrees dat die verpleegkundige hulle as lastig sal ervaar of vrese dat hulle die verpleegkundige se tyd sal mors. Hierdie

pasiënte is dikwels ook so uitgeput en oorweldig deur die omstandighede dat hulle vergeet het wat hulle graag wou vra. Dit is ook moeilik om te bepaal of die pasiënte tydens hospitalisasie voldoende inligting ontvang het, want die pasiënte word nie deur die verpleegkundiges wat hulle in die intensiewe-eenheid versorg het, opgevolg nie.

Dit is die ervaring van die navorser dat daar tans beperkte kardiaal-rehabilitasiefasiliteite vir post-miokardiale-infarksie-pasiënte in die Gautengarea beskikbaar is. Die fasiliteite is dan ook meestal beperk tot spesifieke hospitale en is slegs toeganklik vir dié pasiënte wat in die bepaalde hospitaal behandel word. Verder word pasiënte van nabygeleë dorpe en gebiede ná 'n miokardiale infarksie ook na hospitale in die sentrale Gautengarea vir behandeling oorgeplaas. Dié pasiënte keer na ontslag uit die hospitaal huiswaarts waar daar meestal geen kardiaal-rehabilitasiefasiliteite beskikbaar is nie.

Die probleem wat dan ontstaan, is dat dit onbekend is of voldoende inligting tydens hospitalisasie aan die miokardiale-infarksie-pasiënte voorsien word. Dit is ook nie bekend of die opvolging van dié pasiënte binne die eerste ses weke na ontslag uit die hospitaal noodsaaklik is om die inligting te versterk nie. Dit is veral 'n probleem ten opsigte van pasiënte wat in gebiede woon waar daar tans geen rehabilitasiefasiliteite beskikbaar is nie.

1.3 NAVORSINGSPROBLEEM EN -VRAAG

In Suid-Afrika is die beperkte beskikbaarheid van kardiaal-rehabilitasiefasiliteite 'n werklikheid. Hoe effektief die huidige inligtingvoorsiening aan miokardiale-infarksie-pasiënte in die hospitaalopset is en of inligtingversterking binne die eerste ses weke na ontslag 'n noodsaaklikheid is, moet nog bepaal word. Aanbevelings kan dan gemaak word ten opsigte van effektiewe inligtingvoorsieningsmetodes wat in die hospitaalopset gebruik kan word en alternatiewe hulpbronne wat vir die miokardiale-infarksie-pasiënte beskikbaar is. Sodoende kan deurlopende inligtingvoorsiening en -versterking binne die eerste ses weke na ontslag uit die hospitaal bewerkstellig word.

Die navorsingsvraag wat dus ontstaan, is of voldoende inligting aan miokardiale-infarksie-pasiënte in die hospitaalopset voorsien word, en of opvolging van dié pasiënte binne die eerste ses weke na ontslag uit die hospitaal noodsaaklik is om inligting te versterk, veral ten opsigte van pasiënte wat in gebiede woon waar daar tans geen kardiaal-rehabilitasiefasiliteite beskikbaar is nie.

1.4 DOEL EN DOELWITTE VAN DIE STUDIE

Die doel van hierdie studie is dus om die effek van inligtingversterking in Fase II kardiaal-rehabilitasie van miokardiale-infarksie-pasiënte na ontslag uit spesifieke mediese intensiewesorgeenhede (MISE'e) in twee privaat hospitale in Gauteng te verken en te beskryf ten einde te bepaal of inligtingvoorsiening in die hospitaalopset voldoende is, en of opvolging van pasiënte na ontslag noodsaaklik is om inligting te versterk.

Die doelwitte van die studie is om:

- 'n Literatuurstudie te doen om te bepaal wat bekend is ten opsigte van Fase II kardiaal-rehabilitasie met spesifieke verwysing na inligtingverskaffing aan pasiënte tydens hospitalisasie, inligtingversterking ná ontslag en huidige opvolgmetodes;
- 'n Meetinstrument in die vorm van 'n vraelys te ontwikkel vir die eksperimentele en die kontrolegroep om die kennis en menings van post-miokardiale-infarksie-pasiente te bepaal ten opsigte van inligtingvoorsiening, inligtingversterking en die noodsaaklikheid van opvolging ná ontslag uit die hospitaal; en
- Aanbevelings te maak ten opsigte van inligtingverskaffing, inligtingversterking en gepaste metodes van opvolging van pasiënte ná ontslag.

1.5 DEFINISIES VAN SLEUTELKONSEPTE

➤ Pasiënt

Die pasiënt is 'n individu, gesin of gemeenskap met biopsigososiale gesondheidsbehoefte en/of -probleme wat op enige plek op die gesondheid- of

siektekontinuum is en wat die interaksie met die verpleegkundige noodsaak ten einde 'n strewe na die handhawing van gesondheid te verweselik (Nel 1989:13). Binne die raamwerk van hierdie studie verwys die term "pasiënt" na 'n individu wat herstel na 'n eerste miokardiale infarksie.

➤ **Miokardiale infarksie**

'n Miokardiale infarksie is 'n akute toestand wat voorkom wanneer 'n area van die miokardium (hartspier) onomkeerbaar beseer en nekroties word as gevolg van 'n verlengde periode van miokardiale iskemie. Die algemeenste oorsaak is die trombo-embolitiese afsluiting van 'n koronêre arterie wat die miokardium van bloed voorsien. Ander oorsake is direkte trauma of elektrokusie (Fife 1998:49; Woods et al. 2000:513).

➤ **Kardiale-rehabilitasie**

Die Wêreldgesondheidsorganisasie (WGO) definieer kardiale-rehabilitasie soos volg: *"The rehabilitation of cardiac patients is the sum of activities required to influence favourably the underlying cause of the disease, as well as the best possible physical, mental and sosial conditions, so that they may, by their own efforts, preserve or resume when lost as normal a place as possible in the community"* (Coats, McGee, Stokes & Thompson, 1995:xi).

Kardiale-rehabilitasie behels dus 'n samewerkende benadering tot pasiëntsorg. Die doel daarvan is om die pasiënt se fisiese, emosionele, sosiale en beroepspotensiaal optimaal te ontwikkel om sodoende korttermyn herstel te verbeter en langtermyn veranderinge in lewenswyse te bevorder. Die proses bestaan gewoonlik uit drie tot vier fases (Coats et al. 1995:170; Hanisch 1993:82; Hatchett & Thompson 2002:30; Ingram et al. 1996:15; Oldridge 1997:179-180; Wiliamson 1997:1111).

➤ **Fase II kardiaal-rehabilitasie**

Dit is die periode direk ná ontslag, naamlik die eerste ses weke tuis ná hospitalisasie, wanneer gekonsentreer word op die voorsiening van verstaanbare gesondheidsonderrig, en die pasiënt fisiese aktiwiteite hervat (Coats et al. 1995:20; Hatchett & Thompson 2002:32; Tooth & McKenna 1996:133).

➤ **Pasiëntonderrig**

Dit is 'n beplande leerervaring wat 'n kombinasie van leermetodes gebruik om die pasiënt se kennis en gesondheidsgedrag te beïnvloed. Die pasiënt en die familie word voorsien van toepaslike inligting en onderrig om hulle kennis van die pasiënt se siektetoestand en behandelingsbehoefte te vermeerder, en om vaardighede en gedrag aan te leer wat herstel sal bevorder en funksionering verbeter. Onderrig moet spesifiek gerig wees op die pasiënt se gesondheidsorgbehoefte (Cupples 1995: 412).

➤ **Inligtingsvoorsiening**

Inligtingsprogramme word vir die pasiënt en sy/haar familie ontwerp om voldoende inligting te voorsien ten opsigte van miokardiale-infarksie en ook die hantering daarvan om sodoende die pasiënt in staat te stel om verantwoordelikheid te aanvaar vir sy/haar volgehoue gesondheidsorg (Raleigh & Odohan 1987:311).

Binne die raamwerk van hierdie studie verwys die term "inligtingsvoorsiening" na die voorsiening van inligting aan die miokardiale-infarksie-pasiënt en sy/haar familie ten opsigte van die siektetoestand deur gebruik te maak van die boekie "*HARTAANVAL. Wat Nou? / HEART ATTACK. What Now?*"

➤ **Inligtingsversterking**

Versterking van vorige instruksies en inligting in fase II kardiaal rehabilitasie word gebruik om die pasiënt se herroepingsvermoë van gegewe instruksies en inligting te verbeter aangesien daar 'n beperking kan voorkom by miokardiale-infarksie-pasiënte tydens die akute fase (Wang 1994:30-31). Binne die konteks van hierdie

studie verwys die term “inligtingsversterking” na die hersiening en versterking van dieselfde inligting wat tydens die inligtingsessie in die hospitaal met die pasiënt bespreek is, en dit geskied tydens ‘n tuisbesoek na die ontslag van die pasiënt uit die hospitaal.

1.6 NAVORSINGSONTWERP EN -METODOLOGIE

Die navorsingsontwerp en -metodologie word vervolgens kortliks bespreek. Dit word in Hoofstuk 3 volledig uiteengesit.

1.6.1 ONTWERP

‘n Kwantitatiewe, verkennende, beskrywende, kontekstuele studie word gedoen ten einde die effek van inligtingversterking in Fase II kardiaal-rehabilitasie op die miokardiale-infarksie-pasiënte van spesifieke MISE’e in twee privaat hospitale in Gauteng te bepaal.

1.6.2 METODOLOGIE

Vir die doel van hierdie studie word van ‘n kwasi-eksperimentele ontwerp, naamlik die tweegroep-posttoets-ontwerp (“comparison group posttest-only design”), gebruik gemaak. Dié ontwerp word gebruik aangesien die kennisvlakke van miokardiale-infarksie-pasiënte nie vooraf vasgestel kan word nie. Hierdie pasiënte is “siek mense” wat vir ‘n beperkte tyd gehospitaliseer word, en ‘n pretoets-posttoets-ontwerp is dus nie op hierdie populasie van toepassing nie (De Vos 2002:145).

Die tweegroep-posttoets-ontwerp beskik oor meer interne geldigheidsfaktore as ander ontwerpe. Weens die moontlikheid van die Hawthorne-effek is dié ontwerp ook verkies. Aangesien pasiënte van beide die eksperimentele en die kontrolegroep besef dat die navorser antwoorde van hulle verwag, kan pasiënte van die kontrolegroep byvoorbeeld van die inligting uit ‘n pretoets memoriseer wat sodoende onakkurate resultate tot gevolg kan hê (De Vos et al. 2002:145; Brink 1996:103, 107-108; Uys & Basson 1991:41-46).

1.6.3 POPULASIE EN STEEKPROEFNEMING

Die populasie bestaan uit alle pasiënte wat gedurende die data-insamelingstydperk in twee spesifieke MISE'e in twee privaat hospitale in Gauteng behandel is, wat vir die eerste keer 'n miokardiale infarksie beleef het en wat tot deelname aan die studie ingestem het.

'n Gerieflikheidssteekproefneming, wat ook 'n nie-waarskynlikheidssteekproefneming is, is vir die studie gekies. Miokardiale-infarksie-pasiënte in 'n spesifieke MISE-omgewing in twee privaat hospitale in Gauteng moet aan sekere kriteria voldoen om deel te vorm van die studie.

Dié metode van steekproefneming word verkies aangesien pasiënte oor 'n spesifieke tydperk in beskikbare sentra opgeneem word. Hoewel meestal persone uit die middel- of hoë inkomstegroepe in dié sentra gehospitaliseer word, is 'n element van ewekansigheid wel teenwoordig .

1.6.4 DATA-INSAMELINGSTEGNIEK

Data word in die studie ingesamel deur middel van 'n gestruktureerde vraelys wat oop, geslote, en meervoudige keusevrae bevat vir beide die eksperimentele en kontrolegroep. Die vraelys sluit 'n begeleidende brief aan respondente in.

1.6.5 DATA-ANALISE EN GEVOLGTREKKINGS

Kwantitatiewe navorsing lewer nummeriese data op. In die data-analise sal van beskrywende en inferensiële statistiek gebruik gemaak word. Die resultate sal in tabelle en grafieke gereflekteer word.

1.6.6 GELDIGHEID EN BETROUBAARHEID

In die kwantitatiewe navorsingsmetodologie is die kriteria vir goeie wetenskap onderskeidelik interne geldigheid, eksterne geldigheid (veralgemeenbaarheid),

inferensiële geldigheid en betroubaarheid. Die geldigheid en die betroubaarheid van hierdie studie word deur die volgende maatreëls verseker:

- Die interne, eksterne en konstruktiewe geldigheid van die studie.
- Die inhoud- en sigdigheid van die meetinstrument.
- Betroubaarheid van die meetinstrument en data-insamelingsproses.

Hierdie maatreëls word in Hoofstuk 3 volledig bespreek.

1.6.7 ETIESE ASPEKTE

Volgens Polit en Hungler (1999:131) moet die navorser groot sorg dra dat die regte van persone wat as subjekte in wetenskaplike ondersoeke gebruik word (soos wat meestal in verpleegwetenskappe die geval is), beskerm word.

Respondente se regte word deurgaans in dié studie verseker deurdat die volgende beginsels aangespreek word:

- Skriftelike toestemming is verkry van die instansies waar die studie uitgevoer is (Sien Bylae B).
- Die anonimiteit van die pasiënte en konfidensialiteit is deurgaans verseker in die uitvoering van die studie.
- Skriftelike toestemming tot deelname aan die studie is ook van die pasiënte verkry, en die vraelys is vrywillig voltooi.

'n Bespreking van die etiese aspekte van die studie volg in Hoofstuk 3.

1.7 BEPERKINGE VAN DIE STUDIE

Die navorsing word as kontekstueel beskou aangesien dit in 'n beperkte gebied, naamlik in spesifieke MISE'e van twee privaat hospitale in Gauteng, uitgevoer is. Die resultate en die gevolgtrekkinge wat uit die studie voortvloei kan dus nie veralgemeen word nie en is slegs in die konteks van die studie van toepassing.

1.8 UITEENSETTING VAN DIE STUDIE

Die verhandeling word soos volg uiteengesit:

Hoofstuk 1: Dié hoofstuk is inleidend tot die studie en skets die agtergrond tot die navorsingsprobleem, die doel en doelwitte van die studie, definisies van kernbegrippe asook die navorsingsontwerp en -metodologie.

Hoofstuk 2: 'n Studie word gedoen van relevante literatuur met die doel om die navorsingsondersoek wetenskaplik te fundeer.

Hoofstuk 3: Die navorsingsontwerp en -metodologie word volledig bespreek en verduidelik.

Hoofstuk 4: Die data-analise en 'n bespreking van die resultate van die studie aan die hand van tabelle en grafieke word in hierdie hoofstuk uiteengesit.

Hoofstuk 5: Hierdie hoofstuk gee 'n oorsig van die bevindinge, gevolgtrekkings, aanbevelings en tekortkominge wat uit die studie voortvloei.

1.9 SAMEVATTING

Hoofstuk 1 bevat 'n kort uiteensetting van die teoretiese agtergrond van die studie. Die doel van die studie is aangedui en die afbakening van die studieveld beskryf. 'n Literatuurstudie ten opsigte van die onderwerp volg in Hoofstuk 2.

HOOFSTUK 2

LITERATUURSTUDIE

2.1 INLEIDING

Al jare lank beskou digters die hart as die setel van emosies, terwyl dokters en wetenskaplikes die hart sien as 'n spierpomp wat die longe en die res van die liggaam van bloed voorsien. Wanneer 'n diagnose van hartsiekte egter gemaak word, neem die hart 'n heel nuwe betekenis aan. Mense is bang dat hulle óf sal sterf óf dat die lewe drasties ingeperk sal wees indien hulle dit oorleef (Westcott 1998:9). Derhalwe is die uitgangspunt wat kardiaal-rehabilitasie onderlê, soos volg:

“Daar is lewe na 'n hartaanval.”
(Health24 2003.)

2.2 MIOKARDIALE INFARKSIE

2.2.1 VOORKOMS EN OMVANG VAN MIOKARDIALE INFARKSIE

Soos reeds gestel, is miokardiale infarksie een van die primêre oorsake van mortaliteit en morbiditeit in die meeste Westerse lande. (Vergelyk par. 1.1.) In 1990 was miokardiale infarksie die vyfde belangrikste oorsaak van sterftes in Suid-Afrika, terwyl voorspel word dat dit teen 2020 die hoofoorsaak van sterftes in Suid-Afrika sal wees (About 2003; Fife 1998:49; Woods et al. 2000:513).

Volgens Hwang (1998:1414) is iskemiese hartsiektes die grootste oorsaak van sterftes (“*the number 1 killer*”) in ontwikkelende lande, terwyl 'n hartaanval beskou word as die duidelikste teken van 'n hartsiekte. Verder aanvaar die meeste mense in ontwikkelende lande dat die siektetoestand met 'n Westerse leefwyse verband hou en dat dit slegs die welgestelde sektore van die gemeenskap raak. Dit is

egter nie meer die geval nie, aangesien daar as gevolg van die groei in verstedeliking en die aanvaarding van 'n lewenswyse wat aterosklerose bevorder, al hoe meer persone in die ontwikkelende lande is wat aan hartsiektes beswyk (Jy 2001). Daar is ook beweer dat Indië en Suidoos-Asië (insluitende state soos Singapoer en Indonesië) wat mortaliteit te wyte aan miokardiale infarksie betref, mettertyd die Weste sal verbystee (Botha 2004).

Hatchett en Thompson (2002:166) verklaar dat jaarliks in die Verenigde Koninkryk (VK) nagenoeg 300 000 mense 'n akute miokardiale infarksie ondervind en dat ongeveer die helfte van hulle binne dertig (30) dae vanaf die insident sterf. Verder sterf ongeveer 'n derde van dié gevalle voordat hulle die hospitaal bereik, terwyl nagenoeg twintig persent (20%) van diegene wat wel die hospitaal bereik, ook sterf.

Ongeveer 'n derde van die persone wat 'n miokardiale infarksie ondervind, sterf binne twintig dae, en 'n addisionele drie tot twaalf persent (3-12%) sterf binne 'n jaar. Nagenoeg dertig persent (30%) van alle pasiënte leef nog tien jaar na 'n miokardiale infarksie. Volgens Statistieke Suid-Afrika (SSA) se jongste syfers het 7 824 Suid-Afrikaners in 1996 ná 'n akute miokardiale infarksie gesterf (SSA 2001). Die webkoerant YourHealth meld dat meer as 50 000 Suid-Afrikaners jaarliks 'n hartaanval sal beleef (Jy 2001).

2.2.2 PATOLOGIE EN VERLOOP VAN MIOKARDIALE INFARKSIE

Miokardiale infarksie is 'n akute toestand wat meestal deur 'n trombo-embolitiese afsluiting van 'n koronêre arterie veroorsaak word. 'n Obstruksie of afsluiting wat in die koronêre arterie voorkom, veroorsaak dat die bloedvoorsiening aan die hartspier (miokardium) gedeeltelik verminder word of heeltemal afsluit. Hierdie obstruksie of afsluiting kan die resultaat wees van 'n arterie wat vernou het as gevolg van aterosklerose, of dit is die gevolg van trombusvorming, of 'n kombinasie van beide. Die resultaat is meestal onomkeerbare nekrose (afsterwe) van 'n gedeelte van die hartspier, veral indien die afsluiting langer as 20 minute duur (Fife 1998:49; Hatchett & Thompson 2002:165; Hwang 1998:1414; Woods et al. 2000:513).

Aterosklerose (ateroom) is die grootste aanleidende oorsaak van die meeste miokardiale infarkties aangesien dit vaatvernouing veroorsaak met gevolglike vermindering in bloedvloei, wat weer lei tot 'n verlaging in die suurstofvoorsiening aan die miokardium. Drie meganismes speel hier 'n belangrike rol, naamlik: koronêre-arterie-trombus, plaatskeure of bloeding en koronêre-arterie-spasma. Miokardiale infarkties kom meer algemeen voor in die linkerventrikel met meervoudige vaatafsluitings en gevolglike nekrose van die miokardium distaal van die vate (Thelan, Urden, Lough & Stacy 1998:490).

Die diagnose van 'n miokardiale infarktie word gedoen op grond van die pasiënt se mediese geskiedenis, die teenwoordigheid van ST-segmentopskuiwings, die waarneembaarheid van Q-golwe op die 12-afleiding-elektrokardiogram (EKG) asook die teenwoordigheid van sekere serummarkers soos Troponien T wat na 'n miokardiale infarktie verhoog (Woods et al. 2000:230-231, 513, 516-517).

Mortaliteit na 'n miokardiale infarktie is die hoogste binne die eerste paar uur na die aanvang van simptome. Die vroeë diagnose van miokardiale infarktie kan daarom lei tot spoedige behandeling met onder meer herperfusie-behandelingsmetodes. Dit sluit in trombolise deur middel van die gebruik van farmakologiese middels asook primêre angioplastiek wat die miokardiale funksie kan herstel (Woods et al. 2000:513, 520).

Die fokus van pasiëntsorg ná 'n miokardiale infarktie het verskuif van slegs bedrus na vroeë tussentrede. Die pasiënt ontvang reeds onderrig ten opsigte van moontlike behandelingsmetodes wanneer h/sy tot die ongevalle-eenheid toegelaat word. Ná die akute fase verskuif die fokus van onderrig na risikofaktorvermindering, medikasie, en die hervatting van fisiese en seksuele aktiwiteite (Thelan et al. 1998:500-501; Woods et al. 2000:513).

Aangesien die tydperk van hospitalisasie tans wissel tussen vier en nege dae, en selfs korter as vier dae kan wees, word verwysing na 'n kardiaal-rehabilitasie-program aanbeveel om onderrig buite die akute hospitaalsorg-omgewing te versterk asook om 'n gekontroleerde oefeningprogram en risikofaktormodifikasie

na ontslag uit die hospitaal te inisieer (Thelan et al. 1998:500-501; Woods et al. 2002:513).

Betreffende pasiënte met hartsiektes, het onlangse studies wat aggressiewe behandelingsmetodes met tradisionele versorging vergelyk het, 'n vermindering van tussen twee-en-twintig persent (22%) en nege-en-tagtig persent (89%) in kliniese insidente oor 'n tydperk van een tot tien jaar aangedui (Roitman, LaFontaine & Drimmer 1998:113). Sulke bevindinge beklemtoon die behoefte aan 'n meer aggressiewe benadering tot kardiaal-rehabilitasie, wat 'n meer omvattende benadering tot risikovermindering insluit.

2.2.3 RISIKOFAKTORE VAN MIOKARDIALE INFARKSIE

Die Internetwebtuiste Health24 verklaar dat die Framinghamstudie reeds in die 1960's die idee van risikofaktore bekendgestel het. 'n Verhoging in die totale cholesterolvlak, rook en 'n hoë bloeddruk is aanvanklik aan die verhoogde voorkoms van hartsiektes verbind (About 2003). Vandag word hierdie faktore steeds as die belangrikste risikofaktore beskou, maar daar is reeds meer as 300 ander geassosieerde faktore bekend wat in die volgende groepe verdeel word, naamlik:

- Biologiese faktore.
- Oorerflike faktore.
- Gedragsfaktore.
- Sekondêre faktore.
- Spannings- en persoonlikheidsfaktore.

Hierdie groepe kan weer in veranderbare en nie-veranderbare risikofaktore verdeel word. Biologiese en oorerflike faktore is faktore wat tot die kategorie nie-veranderbare risikofaktore behoort, terwyl gedragsfaktore, sekondêre faktore asook spannings- en persoonlikheidsfaktore onder die kategorie veranderbare risikofaktore val (About 2003; Thelan et al. 1998:483-484). Vir die doel van hierdie studie word die faktore soos volg kortliks bespreek.

2.2.3.1 BIOLOGIESE FAKTORE

Geslag asook bevolkingsfaktore is belangrike biologiese risikofaktore. Daar word beweer dat om manlik te wees op sigself 'n risiko vir hartsiektes is. Verder verhoog die risiko vir beide geslagte met die toename in ouderdom. Die premenopousale fase hou vir vroue 'n hoër risiko in as vir mans. Dié risiko verminder egter in die postmenopousale fase indien esterogeenvervangings-terapie geneem word, want dit beskerm die vrou teen vaskulêre beserings. 'n Bevolking met 'n gesonde lewenswyse loop 'n laer risiko vir hartsiektes as dié wat die sogenaamde Westerse lewenswyse volg (About 2003; Alspach 1998:206).

2.2.3.2 OORERFLIKE FAKTORE

Die oorerflike risikofaktore word in twee hoofgroepe verdeel. Die eerste hoofgroep hou verband met 'n "enkele belangrike geendefek" waar al die geaffekteerde persone siektetekens toon. Dit sluit groepe in wat familiële hipercholesterolemie het. In Suid-Afrika is daar sulke Afrikaanse families geïdentifiseer.

Die tweede hoofgroep van oorerflike risikofaktore word "subtiële geendefekte" genoem. Persone met só 'n defek het 'n geneigdheid tot iskemiese hartsiektes, maar word sterk deur hulle konteks of omgewing beïnvloed. Hierdie defek is onvoorspelbaar, en die waarneming word dikwels gemaak dat sekere faktore later in die lewe na vore kom in 'n familie, soos byvoorbeeld die ontwikkeling van tipe II-diabetes, oormassa (vetsug) en hoë bloeddruk. Dit is dikwels moeilik om die individuele familielid se risikofaktore te bepaal (About 2003).

2.2.3.3 ROOKGEWOONTE

Volgens die Hartstigting van Suid-Afrika se e-brosjures met die oorkoepelende titel "*Establishing a culture of healthy living*" is rook die grootste oorsaak van hartsiektes (Heart 2003). Verder verklaar die organisasie dat twee-en-vyftig persent (52%) van alle Suid-Afrikaanse mans en sewentien persent (17%) van alle Suid-Afrikaanse vrouens rook, en dat een uit elke nege sterftes aan tabakgebruik verwant is. Die rookgewoonte verhoog plaatjieklewing, verander die lipiedvlakke

van serum, destabiliseer die hartritme, verhoog bloeddruk, versnel die proses van aterosklerose, verhinder vrye suurstoefvoer, belemmer die gebruik van suurstof deur die miokardium (terwyl die miokardiale suurstofbehoefte toeneem) en verhoog die effek van ander risikofaktore (About 2003; Roitman et al. 1998:116; Thelan et al. 1998:484).

Die staking van die rookgewoonte het ongeveer 'n afname van vyftig persent (50%) in mortaliteit tot gevolg - veral ná 'n miokardiale infarsie (Roitman et al.1998:116). Syfers in dié verband wissel egter tussen twintig en negentig persent (20-90%). Passiewe rook word geassosieer met 'n verhoogde risiko van vyf-en-twintig tot vyf-en-dertig persent (25-35%), selfs in die geval van relatief klein hoeveelhede ingeasemde rook (About 2003).

2.2.3.4 OORMASSA (VETSUG)

Ongeveer veertig persent (40%) van die populasie in Suid-Afrika is vetsugtig. Dit is een van die hoogste syfers ter wêreld. Oormassa plaas 'n verhoogde las op die hart, wat weer met ander risikofaktore, naamlik hoë bloeddruk, verhoogde bloedcholesterolvlakke en diabetes mellitus geassosieer word. Verskeie studies het aangetoon dat die genoemde risikofaktore selfs met 'n matige verlies van tien persent (10%) van liggaamsmassa aansienlik verbeter (Heart 2003; Roitman et al. 1998:118; Thelan et al. 1998:485).

2.2.3.5 GEBREK AAN OEFENING

Volgens die Hartstigting van Suid-Afrika is daar bewyse dat 'n sedentêre (passiewe) lewenswyse die risiko vir hartsiektes verhoog (Heart 2003). 'n Gebrek aan oefening word ook geassosieer met veranderinge in serumlipiedvlakke, hoë bloeddruk, oormassa, verhoogde glukosetoleransie en hoë bloedcholesterolvlakke (About 2003; Roitman et al. 1998:118 ;Thelan et al. 1998:485).

Gereelde aërobiese oefening van 30 tot 45 minute vier maal per week verbeter die hartspierfunksie, bloedvloei en die handhawing van kardiovaskulêre fiksheid.

Verder help dit met die vermindering van oormassa, die handhawing van die ideale liggaamsgewig, bloeddruk en cholesterolvlakke. Laer vlakke van fisiese aktiwiteite soos trappe klim, stap en tuinmaak het ook voordelige gevolge (About 2003; Heart 2003; Roitman et al. 1998:118).

2.2.3.6 HOË BLOEDDRUK (HIPERTENSIE)

Hoë bloeddruk word dikwels “die stille moordenaar” genoem aangesien verskeie persone geen simptome ervaar nie. Volgens die Hartstigting van Suid-Afrika ly ongeveer ses miljoen persone in Suid-Afrika aan hoë bloeddruk (Heart 2003). Verskeie studies het ‘n direkte, liniêre verband tussen bloeddruk en die risiko vir hartsiektes aangetoon. Hoe hoër die bloeddruk, hoe hoër die risiko vir hartsiektes. Die verhoogde druk op die arteriewand en die gevolge van ander faktore, insluitende verhoogde wandspanning en miokardiale suurstofaanvraag, veroorsaak vaskulêre beserings (Heart 2003; Roitman et al. 1998:118; Thelan et al. 1998:484).

Hoë bloeddruk het verskeie predisponerende faktore wat oorvleuel met dié van hartsiektes, insluitende ouderdom, oormassa en ‘n sedentêre lewenswyse. Die risiko van hoë bloeddruk kan verminder word deur lewensstylmodifikasie wat gewigsverlies, verhoogde fisiese aktiwiteite en spanningsbeheer insluit. Anti-hipertensiewe middels bied hoop vir diegene wat nie bevredigend reageer op lewenswyse- en gedragsmodifikasie nie (About 2003; Thelan et al. 1998:484).

2.2.3.7 HOË BLOEDCHOLESTEROL (HIPERLIPEMIE)

Hoë bloedcholesterolvlakke (hiperlipemie) is die hoof faktor wat aanleiding gee tot aterosklerose en die ontwikkeling van hartsiektes. Hiperlipemie is die resultaat van óf genetiese (dus aangebore) faktore óf ‘n swak dieet en ‘n sedentêre lewenswyse. Hoë vlakke van cholesterol in die bloed kan tot die opbou van cholesterol in die wande van die bloedvate lei, wat weer ‘n vermindering in die bloedvloei na die hart en ‘n toename in die risiko vir ‘n miokardiale infarksie tot gevolg het. Persone met hoë bloedcholesterolvlakke kan hierdie vlakke verlaag deur lewenswyse-aanpassings te maak of deur die gebruik van medikasie, of

beide. In gevalle waar die toestand geneties van aard is, is medikasie meestal noodsaaklik (About 2003; Foxton 1998:49-52; Heart 2003; Roitman et al. 1998:116; Thelan et al. 1998:484).

2.2.3.8 DIABETES (SUIKERSIEKTE)

Aterosklerotiese siekte is verantwoordelik vir tagtig persent (80%) van alle diabetiese sterftes. In pasiënte met nie-insulien-afhanklike diabetes verhoog aterosklerotiese siekte die risiko vir koronêre sterftes tweevoudig (vir mans) of viervoudig (vir vroue). Verder presenteer hierdie pasiënte met verskeie risikofaktore, insluitende hoë bloeddruk, abnormale bloedlipiedvlakke en abnormale bloedstollingsmeganismes wat verwant is aan insulienweerstand. Oormassa en rook is verdere risikofaktore vir hierdie pasiënte. Goeie beheer van bloedsuikervlakke is noodsaaklik om beide makro- en mikrovaskulêre siekte by insulien-afhanklike en nie-insulien-afhanklike diabete te verminder (About 2003; Roitman et al. 1998:117).

2.2.3.9 SPANNINGS- EN PERSOONLIKHEIDSFAKTORE

Spanning alleen veroorsaak nie hartsiektes nie, maar is 'n presipiterende risikofaktor. Persone met 'n sekere persoonlikheidsamestelling loop 'n groter risiko vir hartsiektes. Sekere "stressors", onder andere kroniese lewensgebeure, dra by tot spanning, wat weer kan lei tot hartsiektes. Die verstandigste benadering om spanning te hanteer, is die handhawing van 'n gebalanseerde ingesteldheid jeens die lewe, terwyl ander risikofaktore verminder word (About 2003; Heart 2003; Porter 2003:2; Thelan et al. 1998:485).

Daar is ook in verskeie studies aangetoon dat 'n A-tipe-persoonlikheid geassosieer kan word met die ontwikkeling van hartsiektes. A-tipe-gedrag sluit perfeksionisme, konstante tydoriëntasie, ongeduld, kompetisie, aggressie en angstigheid in, wat ook die karaktereienskappe van 'n A-tipe-persoonlikheid verteenwoordig. Verder is dit gewoonlik hardwerkende, ambisieuse persone wat die risiko vir hartsiektes vergroot deur self spanning te skep in situasies wat dit nie regverdig nie. Hierdie persone kan ondersteun word deur terapie, onder andere

gedragswysigingsterapie onder leiding van 'n kliniese sielkundige (About 2003; Lewis & Collier 1992:784; Porter 2003:3-4; Roitman et al. 1998:118; Thelan et al. 1998:485).

Roitman et al. (1998:116) stel dit dat risikofaktorvermindering en lewenstylmodifikasie asook die bevordering van funksionele kapasiteit en 'n oefenprogram deel uitmaak van die doelwitte van kardiaal-rehabilitasie. Die oorhoofse doel is om daaropvolgende insidente en vordering in die aterosklerotiese proses te voorkom.

2.3 KARDIALE-REHABILITASIE

Algemene rehabilitasie is in 1964 as 'n gespesialiseerde praktyk in professionele verpleging gevestig. Rehabilitasieverpleging was van die begin af gegrond op die basiese beginsels van die verpleegpraktyk ten opsigte van elke individu se potensiaal tot basiese vaardighede. Sedert die 21ste eeu fokus rehabilitasie op 'n verbetering in die kwaliteit van lewe asook 'n vermindering in mortaliteit en morbiditeit (Hoeman 2002:2,726).

Literatuur verwys op 'n gereelde grondslag na William Heberden wat in 1777 waargeneem het dat een van sy pasiënte se (vermoedelik) angina verbeter het met die gereelde saag van hout. Levine en Lown het in 1952 die voordele van die vroeë mobilisasie van kardiaal pasiënte aangedui, terwyl koronêresorgeenhede vir dié pasiënte in die 1960's ontwikkel is. Kardiaal-rehabilitasie het egter eers laat in die twintigste eeu begin ontwikkel en teen die laat 1970's het kardiaal-rehabilitasie-programme gevestig geraak (Hatchett & Thompson 2002:30-31).

Kardiaal-rehabilitasie is een van die ontwikkelende verpleegspesialisgebiede. Die akuutheid van die pasiënt se siektetoestand en situasie verhoog die potensiaal vir kardiaal en ander lewensbedreigende noodgevälle (Hoeman 2002:726).

Volgens die riglyne van die Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR) in die Verenigde State van Amerika (VSA) word kardiaal-rehabilitasie beskou as omvattende langtermynprogramme wat mediese evaluasie, voorgeskrewe

oefeninge, risikofaktormodifikasie, opvoeding en berading insluit (Wenger 1997:31; Woods et al. 2000:840).

Kardiale-rehabilitasie is 'n kontinue proses wat hoofsaaklik pasiëntonderrig, psigososiale voorligting, risikofaktormodifikasie, 'n oefenprogram en heronderrig behels, en wat gewoonlik in vier fases verdeel word. Die vier fases maak voorsiening vir die pasiënt se spesifieke behoeftes in die verskillende stadia van die siekte en herstelproses. Pasiënte beweeg van een fase na die volgende volgens hulle individuele behoeftes en siektetoestand (Coats et al. 1995:12-13; Hatchett & Thompson 2002:29,32; Hoeman 2002:730; Tooth & McKenna 1996:133; Woods et al. 2000:840).

2.3.1 VIER FASES VAN KARDIALE-REHABILITASIE

Vervolgens word die vier fases van kardiale-rehabilitasie bespreek.

2.3.1.1 FASE I (BINNEPASIËNTFASE)

Hierdie fase kan van vyf dae tot twee weke duur en die pasiënt is meestal gehospitaliseer in 'n koronêre intensiewesorgeenheid waar die fisiese en psigologiese gevolge van die akute kardiale siekte beperk word (Coats et al. 1995:13; Hoeman 2002:730; Woods et al. 2000:842). Volgens Hatchett en Thompson (2002:32) is dit die geleentheid wanneer die siektetoestand en die prognose daarvan met die pasiënt bespreek moet word sodat 'n positiewe benadering tot herstel, vroeë mobilisasie en ontslagbeplanning gevolg kan word.

Tydens dié fase moet die koronêre risikofaktore bepaal word sodat lewenstylveranderinge wat na ontslag noodsaaklik is, met die pasiënt bespreek en onderrig daarvolgens aangepas kan word. Onderrig vorm 'n belangrike deel van die fase. Volgens Woods et al. (2000:852) asook Tooth en McKenna (1996:133) help onderrig om die pasiënt voor te berei op die fisiese en psigososiale eise van aanpassing en die veranderde lewensrolle na ontslag. Tydens onderrig moet inligting oor aspekte soos risikofaktormodifikasie, die gebruik van medikasie, die terugkeer na die werksituasie, stresvermindering en seksuele aktiwiteite met die

pasiënt bespreek word sodat enige vrae of onduidelikhede vóór ontslag uit die hospitaal beantwoord kan word (Coats et al. 1995:15-16; Hoeman 2002:730-732; Woods et al. 2000:846).

Dit is in dié fase belangrik om die pasiënt gerus te stel en angstigheid te verminder, nie net ten opsigte van die pasiënt se onmiddellike mediese toestand nie, maar ook ten opsigte van aspekte soos beroeps- en finansiële sake. Enige wanpersepsies wat die pasiënt oor koronêre hartsiekte het, moet bepaal en reggestel word, aangesien dit die pasiënt se herstel kan benadeel (Coats et al. 1995:14; Woods et al. 2000:852).

Laastens is ontslagbeplanning, volgens Coats et al. (1995:17-18), baie belangrik. Die pasiënt word vanaf opname aangemoedig om 'n paar eenvoudige lewenstylveranderinge te maak. Hierdie veranderinge moet egter nie onmiddellik van krag wees nie, maar moet oor 'n tydperk geskied sodat die pasiënt nie té gou té veel veranderinge maak nie. Só 'n situasie sal net tot spanning lei en die veranderinge sal op die lang termyn nie stand hou nie. Die pasiënt word op grond van die ontslagplan na die reabilitasiespan verwys en dié plan dien ook as riglyn vir die samestelling van die pasiënt se reabilitasieprogram (Woods et al. 2000:852). Fase I eindig met die ontslag van die pasiënt uit die hospitaal (Botha 1988:5).

2.3.1.2 FASE II (VROEË BUIEPASIËNTFASE)

Fase II van die kardiaal-rehabilitasie-program begin direk ná ontslag en duur gewoonlik ses tot twaalf weke, afhangende van die pasiënt se vordering. Die fase het die hoogste kardiaal mortaliteitsyfer ná hospitalisasie wat monitering en ondersteuning van pasiënte essensieel maak. Mediese komplikasies of nood wat ondervind word, moet vroegtydig vasgestel kan word. Daarom moet daar gefokus word op die voorsiening van omvattende gesondheidsonderrig, hervatting van fisiese aktiwiteite en die inisiëring van oefening met toesig en monitering. Die pasiënt is in die fase meestal gemotiveer om veranderinge deur te voer en dié geleentheid moet deur die kardiaal-rehabilitasie-personeel aangegryp word (Botha

1988:6; Coats et al. 1995:20; Hatchett & Thompson 2002:32; Hoeman 2002:737; Tooth & McKenna 1996:133-134).

Verder is die tweede fase van kardiaal-rehabilitasie 'n kritieke tydperk vir die pasiënt ten opsigte van aanpassings by lewenstylveranderinge. Nolan en Nolan (1998:219) beklemtoon dat dié fase nie net vir die pasiënt spanningsvol is nie, maar tans ook swak aangespreek word. Coats et al. (1995:20) stem saam dat dié fase tans in die meeste kardiaal-rehabilitasie-programme verwaarloos word.

Volgens Woods et al. (2000:853) is die doelwitte van 'n buitepasiëntprogram om:

- Die aktiwiteitsvlak en funksioneringskapasiteit van die pasiënt te verbeter;
- Gereelde oefening te bevorder;
- Die pasiënt se psigososiale status te verbeter en depressie of angstigheid te verlig deur middel van onderrigvoorsiening, die verskaffing van voorligting of die deelname aan 'n oefenprogram; en
- Onderrig te bied en ondersteuning aan die pasiënt te verleen met betrekking tot die vermindering van ander risikofaktore, soos byvoorbeeld die staking van die rookgewoonte, beheer oor bloeddruk, normalisering van lipiedvlakke en die handhawing van 'n gesonde massa.

Mullinax (1995:91) stel voor dat die ondersteuning en onderrig ná ontslag uit die hospitaal voortduur en dat die kardiaal-rehabilitasie-verpleegkundige gereelde onderrigssessies met die pasiënt skeduleer wat aan die pasiënt die geleentheid sal bied om meer van die siekte te leer. Kontak wat tydens die rehabilitasieprogram gehandhaaf word, stel die personeel in staat om die pasiënt se vordering op 'n gereelde basis te monitor (Coats et al. 1995:20).

Die kardiaal-rehabilitasie-program versprei die onderrig oor 'n aantal weke wat die pasiënt in staat stel om die inligting in klein hoeveelhede te verwerk. Spesifieke riglyne en instruksies word gegee oor verskeie aspekte, onder andere aktiwiteitsvlakke, oefening, medikasie en dieet. Vrae en kommer van die pasiënt en familie word beantwoord of aangespreek soos dit na vore kom. Herhaalde hospitalisasie word verminder, aangesien hierdie proses help om komplikasies

vroegtydig op te spoor, probleme te identifiseer en pasiënte, indien nodig, te verwys (Botha 1988:1; Coats et al. 1995:14-15,20; Hoeman 2002:738-739; Woods et al. 2000:856).

Die pasiënt is tydens dié fase baie kwesbaar, en ervaar angstigheid, depressie, en vrees, veral wanneer onsekerhede as gevolg van probleme met lewenstylveranderinge ontstaan. Waninterpretasie van instruksies is ook algemeen in die fase (Hoeman 2002:739). Die ideaal is dat opvolgaksies geloods word wat bogenoemde sal voorkom. Dit kan op een van die volgende maniere geskied:

- Telefoniese opvolging.
- Gestruktureerde telefoniese hulplyne.
- Tuisbesoeke.
- Individuele afspraak.
- Groepsessies.

➤ **Telefoniese opvolging**

Telefoniese opvolging van pasiënte is minder tydrowend en ook goedkoper as tuisbesoeke, maar dit het die nadeel dat spesifieke probleme moeiliker geïdentifiseer word aangesien fisieke kontak ontbreek. Verder het nie alle pasiënte toegang tot 'n telefoon nie en kommunikeer nie almal ewe maklik oor 'n telefoon nie (Coats et al. 1995:21).

➤ **Gestruktureerde telefoniese hulplyn**

Pasiënte kan toegang verleen word tot 'n gestruktureerde telefoniese hulplyn wat op spesifieke tye, of soos wat pasiënte dit benodig, 'n antwoorddiens en ondersteuning bied. Só 'n telefoniese hulplyn bied die geleentheid aan pasiënte en familieledede om te skakel wanneer dit vir hulle gerieflik en geleë is. Dit is ook 'n gerusstelling vir die pasiënt aangesien dit meestal 24 uur beskikbaar is. Die nadeel is egter dat die pasiënt van die diens afhanklik kan raak en dit kan misbruik

(Coats et al. 1995:21). Dit word soos ander telefoniese hulpdienste (byvoorbeeld die Life Line-krisisentrum) beman.

➤ **Tuisbesoeke**

Tuisbesoeke verleen dikwels die geleentheid aan kardiaal-rehabilitasieverpleegkundiges om pasiënte meer deeglik te beraam aangesien pasiënte tuis meer gemaklik is as in die hospitaalopset. Die fisieke kontak vergemaklik ook die identifisering van probleme en die oplossing daarvan. Verder kan die kardiaal-rehabilitasieverpleegkundige tuis ook meer empatie toon teenoor die pasiënt, aangesien daar nie die steurnisse is wat in die hospitaalomgewing ervaar word nie. Dit skep ook die geleentheid om die res van die familie by die pasiënt se herstelproses te betrek en hulle aan te moedig om met die hantering van sekere aspekte van die proses behulpsaam te wees (Coats et al. 1995:21-22; Mulcahy 1990:71).

➤ **Individuele afspraak**

Die rehabilitasieverpleegkundige kan ook individuele afspraak of groepsessies as opvolgaksies benut. Daar is egter pasiënte wat 'n groepsessie nie geniet nie of wat huiwer om vrae voor ander te vra en wat meer baat vind by individuele afspraak. Tydens 'n individuele afspraak kan die pasiënt sy/haar besorgdhede en vrae alleen en privaat met die kardiaal-rehabilitasieverpleegkundige bespreek. Indien probleme voorkom wat nie deur die kardiaal-rehabilitasieverpleegkundige gehanteer kan word nie, word dit na 'n geskikte professionele persoon verwys. Individuele afspraak impliseer egter dat elke pasiënt deur slegs die kardiaal-rehabilitasieverpleegkundige ondersteun word, aangesien hier geen interaksie met en ondersteuning van ander groeplede ter sprake is nie (Coats et al. 1995:22).

➤ **Groepsessies**

Anders as wat die geval is met individuele afspraak, maak groepsessies voorsiening vir ondersteuning deur die kardiaal-rehabilitasieverpleegkundige én

groeplede. Ook kan die pasiënt baat vind deur met pasiënte wat in 'n soortgelyke situasie verkeer, in kontak te kom aangesien hulle dikwels dieselfde probleme en onsekerhede ervaar wat dan ook tydens só 'n sessie bespreek kan word. Verder skep groepsessies wel ook die geleentheid vir individuele kontak met die rehabilitasieverpleegkundige. Groepsessies word gewoonlik effektief benut, en effektiewe tydsbesteding skep ruimte of laat toe dat ander behoeftes van pasiënte ook aangespreek word (Coats et al. 1995:22).

2.3.1.3 FASE III (LAAT BUITEPASIËNTFASE)

Fase III begin wanneer die pasiënt se kardiovaskulêre en fisiologiese reaksies gestabiliseer het, en dit dus ook tydens oefening stabiel sal wees. Deurlopende onderrig en 'n oefenprogram met of sonder toesig is meestal die komponente waaruit die fase bestaan. Aktiwiteite is gewoonlik meer intens, maar word individueel bepaal volgens die vermoë van elke pasiënt. Hierdie fase word daarom dikwels die "oefenfase" genoem (Coats et al. 1995:25-26; Hatchett & Thompson 2002:32; Hoeman 2002:741; Tooth & McKenna 1996:133-134).

Beroepsondersteuning tydens die fase is daarop gemik om die pasiënt by te staan wanneer h/sy terugkeer na die beroepswêreld. Aktiwiteitsprogramme kan hiervolgens aangepas word, veral wanneer sekere beroepe fisiese arbeid vereis. Wanneer 'n pasiënt nie in staat is om met 'n vorige beroep voort te gaan nie, kan toepaslike verwysings gemaak word (Coats et al. 1995:26).

Die pasiënt se motivering om te oefen en lewenstylveranderinge te handhaaf kan vinnig "verdamp" wanneer die program voltooi en daar dan geen verdere toesig en ondersteuning is nie. Onafhanklikheid moet dus reeds vroeg in die program verkry word sodat die pasiënt sal besef dat h/sy wel self sal regkom, waarna die pasiënt na Fase IV beweeg. Fase III is gewoonlik ná drie tot ses maande afgehandel (Coats et al. 1995:26-27; Hoeman 2002:741; Woods et al. 2000:856-857).

2.3.1.4 FASE IV (HANDHAWINGSFASE)

Hierdie fase bestaan uit twee komponente, naamlik handhawing van individuele doelwitte op die lang termyn asook professionele monitering van kliniese status en opvolging ten opsigte van die pasiënt se algemene vordering. Aspekte waarna gekyk word, sluit die volgende in: medikasie, risikofaktore, lewenstylveranderinge, massabeheer, psigososiale aanpassing en beroepsondersteuning (Coats et al. 1995:27-28; Hoeman 2002:741-742).

‘n Verslag ten opsigte van die pasiënt se vordering, bereiking van doelwitte en medikasievoorskrif word aan die pasiënt se huisdokter gestuur, wat die verdere behandeling van die pasiënt waarneem. Indien die pasiënt dit versoek, kan h/sy na ‘n oefenfasiliteit verwys word, of ‘n individuele oefenprogram tuis volg. Die pasiënt kan voorts na ‘n kardiaale ondersteuningsgroep verwys word indien daar een in die onmiddellike omgewing beskikbaar is (Botha 1988:16; Coats et al. 1995:28-29; Hoeman 2002:743).

2.4 OREM SE TEORIE OOR SELFSORG

Dit dien hier vermeld te word dat hierdie studie nie binne die teoretiese raamwerk van Orem se teorie geskied nie. Hierdie verpleegteoretikus meld egter aspekte wat van nut is in rehabilitasieverpleging.

Volgens Orem is verpleging nodig in die afwesigheid van die vermoë om voortdurend die kwaliteit en omvang van selfsorg te handhaaf wat terapeuties is in die onderhouding van lewe en gesondheid, die herstel van siekte of besering of die hantering van die gevolge daarvan. Orem glo dat elke persoon ‘n ingebore vermoë het om vir haar- en homself te sorg en definieer selfsorg as die handeling wat persone ontwikkel om vir hulleself te sorg. Hierdie handeling word aangeleer, maar enige invloed wat die persoon beperk om die nodige handeling uit te voer om gesondheid en welstand te herwin, word as ‘n beperking gesien (Beach, Smith, Luthringer, Utz, Ahrens & Whitmire 1996:24-25; George 1995:100).

Beach et al. (1996:25) noem dat Orem dertig selfsorgbeperkings in drie areas geklassifiseer het, naamlik beperkinge van kennis, beperkinge van besluitneming en oordeel asook beperkinge om te verbind tot resultaat-bereikende handelwyses. Voorts het die genoemde outeurs in 'n studie bevind dat persone binne die eerste drie maande na hulle eerste miokardiale-infarksie-insident die volgende vyf hoofbeperkings ondervind het:

- Patrone van persoonlike of familie-leefwyses wat die verbinding tot selfsorghandelings beperk.
- Intense emosionele belewenisse, simpatieë of antipatieë, oorheersende belangstellings en besorgdhede.
- Persepsies, betekenis en waardebeoordelings wat nie met die realiteite ooreenstem nie.
- Die onvermoë om as gevolg van veranderende omstandighede aandag aan die self te gee.
- Nuwe, onbekende vereistes vir selfsorg wat met veranderde gesondheid geassosieer word.

Orem beklemtoon in haar teorie dat 'n persoon verantwoordelikheid vir eie gesondheidsorg en die neem van ingeligte besluite moet aanvaar. Daarom is onderrig nodig wanneer 'n persoon nuwe, komplekse, voorgeskrewe selfsorgmetodes, wat gespesialiseerde kennis en bekwaamhede vereis, by eie bestaande selfsorgsisteme moet voeg. Verskeie faktore beïnvloed 'n persoon se vermoë om selfsorg te handhaaf, onder andere ouderdom, gesondheidstatus, omgewingsfaktore en die beskikbaarheid en toepaslikheid van hulpbronne (George 1995:100-103).

Die doel van die rehabilitasieproses is deurgaans om die pasiënt volgens Orem se sisteem van ondersteuning, onderrig en verpleging so te lei dat die pasiënt uiteindelik ten opsigte van selfsorg onafhanklik optree. Die uiteindelijke doel is dus dat die pasiënt selfsorgaktiwiteite verrig of die vereiste aktiwiteite aanleer. Onderrig is een van die belangrikste metodes waardeur bogenoemde bereik kan word. Hierdie ondersteuning-onderrig-verpleging-sisteem help die pasiënt ná

ontslag met onder andere besluitneming en gedragsbeheer, en versterk ook kennis en vaardighede (Closson, Mattingly, Finne & Larson 1994:288; George 1995:104-106).

Aish en Isenberg (1996:260) sê dat as die pasiënt vertroue het in eie persoonlike vermoë om sekere gedrag te beoefen en genoegsaam gemotiveerd is om hierdie gedrag in te oefen en te handhaaf, sal dit die wyse waarop die pasiënt heersende gedrag gaan verander, beïnvloed. Dit word die teorie van selfwerkzaamheid genoem. Dit verskaf riglyne vir motivering vir gedragsverandering en word gelyklopend met Orem se selfsorgteorie gebruik. As verpleegtussentredes die miokardiale-infarksie-pasiënt effektief bystaan met risikofaktormodifikasie, sal die pasiënt meer vertroue in eie vermoëns ontwikkel en ook meer gemotiveerd wees om nuwe gedrag in te oefen en te handhaaf.

Voorts kan die verpleegkundige, met inagneming van die beperkinge van die pasiënt, kennis verkry ten opsigte van die pasiënt se gereedheid om te leer en te verander om sodoende toepaslike tussentredes te implementeer (Beach et al. 1996:25). Kennis wat deur onderrigtussentredes verkry word, fasiliteer die inisiëring van selfsorg en lê die grondslag vir leefstylmodifikasie. Om hierdie rede is onderrigtussentrede 'n noodsaaklike komponent van die rehabilitasie van die post-miokardiale-infarksie-pasiënt (Cole et al. 1996:210). Pasiëntonderrig word vervolgens bespreek.

2.5 PASIËNTONDERRIG

As gevolg van resente veranderinge in die gesondheidsorgsisteem, wat ook verband hou met kostevermindering en kostebeheermaatreëls, het pasiëntonderrig al hoe belangriker geword. Pasiëntonderrig word beskou as 'n strategie om koste te verminder. Kostevermindering geskied dan deur siekte te voorkom, duur mediese behandeling en verlengde hospitalisering te vermy en vroeë ontslag te fasiliteer (Smeltzer & Bare 1996:40).

Pasiëntonderrig word gedefinieer as “..*the process of influencing patient behavior, producing changes in knowledge, attitudes, and skills required to maintain and*

improve health. The process may begin with the imparting of information, but also includes interpretation and integration of the information in such a manner as to bring about attitudinal or behavioral changes that benefit the person's health status" (Cupples 1995:412; Rankin & Stallings 1990:327).

Volgens Thompson en Bowman (1998:41) moet onderrig 'n gestruktureerde, sistematiese, gekoördineerde proses wees wat geskik is vir die pasiënt se behoeftes. Onderrig tydens kardiële-rehabilitasie word vandag al hoe meer gesien as 'n essensiële diens wat ten doel het om elke pasiënt te help om sy/haar optimale vlak van gesondheid te bereik en te handhaaf (Wenger & Hellerstein 1992:439). Ingram et al. (1996:15) beklemtoon dat dit die doel van pasiëntonderrig is om pasiënte intellektueel en emosioneel toe te rus om doelgerigte besluite ten opsigte van gesondheid en welstand te neem.

Die tydsaspek van die onderrigprogram is belangrik. Aish en Isenberg (1996:261-262) noem dat verskeie studies aangetoon het dat die voorsiening van te veel inligting oorweldigend kan wees. Verder verklaar die genoemde outeurs dat inligting wat tydens hospitalisasie aan miokardiële-infarksie-pasiënte gegee word, swak onthou kan word, terwyl dit dertig dae na ontslag uit die hospitaal weer te laat kan wees om 'n impak te maak.

2.5.1 PASIËNTONDERRIG TYDENS HOSPITALISASIE

Eerstens moet die pasiënt verstaan wat fout is met die hart voordat h/sy kan bydra tot die herstel. Daar moet aan spesifieke aspekte aandag gegee word soos die anatomie en fisiologie van die hart en veral aan die faktore wat bydra tot die siektetoestand, waaronder die rookgewoonte, familiegeskiedenis, spanning, onfiksheid en oormassa. Dit is ook belangrik dat die doel en werking van moniteringsapparate en die uitvoering van mediese prosedures en toetse met die pasiënt bespreek sal word. Op dié manier word pasiënte se samewerking verkry en word hulle gerusgestel (Botha 1988:1; Coats et al. 1995:14-15; Hoeman 2002:406).

Wenger en Hellerstein (1992:439,448) het bevind dat onderrig van die koronêre-pasiënt tydens hospitalisasie kennis vermeerder, angstigheid verminder, aanpassing en aanvaarding van instruksies wat tydens ontslag gegee is, verbeter en selfopgelegde beperkinge na ontslag verminder. 'n Verdere bevinding was dat onderrig selfsorg verbeter en die graad van koronêre ongeskikthede verlaag. Die koronêre-rehabilitasie tydens hospitalisasie moet dus daarop gemik wees om komplikasies te minimaliseer en die herstel van die akute koronêre gebeure te optimaliseer.

Deur die pasiënt se dringendste behoeftes eerste aan te spreek, word beperkte hospitalisasietyd die beste benut en word daar aan die pasiënt se onderrigbehoefte voldoen (Wenger & Hellerstein 1992:448-449).

2.5.2 PASIËNTONDERRIG NA ONTSLAG

Sampson en Doran (1998:158) het bevind dat onderrig en rehabilitasie ná ontslag twee van die algemeenste behoeftes van miokardiale-infarksie-pasiënte is. Volgens Wenger en Hellerstein (1992:453-454) verlaat pasiënte dikwels die hospitaal voordat hulle voldoende ingelig of onderrig is. As gevolg van 'n kort hospitalisasieperiode word dikwels slegs pasiënte se dringendste behoeftes en hoogste prioriteite aangespreek. Vrae en vrese oor wat hulle tuis mag doen of moet vermy, gaan dikwels onbeantwoord bly.

Opvolgbesoeke deur 'n professionele rehabilitasieverpleegkundige tydens die eerste twee tot drie weke ná ontslag verskaf ideale geleenthede vir pasiëntonderrig aangesien die inhoud meestal bepaal word deur die pasiënt se prioriteite. Thompson en Bowman (1998:41) sê voorts dat die periode direk ná ontslag meer effektief gebruik kan word om 'n pasiënt te onderrig, aangesien onderrig wat in die hospitaal gegee word as gevolg van die pasiënt se kommer en ontsteltenis dikwels vergeet word.

Die doelwitte van pasiëntonderrig tydens koronêre-rehabilitasie is onder meer die aanbieding van 'n program vir sekondêre voorkoming, en die oordrag en versterking van kennis en vaardighede wat die pasiënt vir optimale gesondheid

nodig het. Koronêrepasiënte kry dus die middele en die geleentheid om hulle gesondheid te optimaliseer en die risiko vir enige verdere koronêre probleme te minimaliseer (Guzzetta & Dossey 1992:649; Wenger & Hellerstein 1992:452-453).

2.5.3 AANNAMES OOR LEER

Volgens Conklin (1997:5) loop 'n persoon die risiko om die basiese beginsels wat die raamwerk van 'n onderrigprogram vorm, uit die oog te verloor wanneer dié program binne 'n kort tydsbestek of onder druk afgehandel word. Vir die suksesvolle implementering van 'n onderrigprogram vir miokardiale-infarksie-pasiënte moet die basiese beginsels van volwasse leer geïnkorporeer word. Knowles het verskeie aannames beskryf ten opsigte van die teorie van volwasse leer. Daarvolgens moet:

- Volwassenes gereed wees om te leer, veral as hulle van een ontwikkeling of onderrigtaak na 'n volgende moet beweeg;
- Volwassenes die belangrikheid van die leerinhoud besef voordat hulle in staat sal wees om werklik te leer;
- Volwasse leerders die vermoë hê om hulle eie besluite te neem, maar ook gereed wees om verantwoordelikheid daarvoor te aanvaar;
- Volwasse leerders weerstand kan bied as ander persone sieninge op hulle wil afdwing;
- Die rykdom van ervaring wat volwassenes na die leeromgewing bring, tydens onderrig erken en bevorder word;
- Die leerinhoud vir volwasse onderrig op die lewe gerig wees en moet take op probleemoplossing fokus; en
- Volwasse leerders op grond van selfbeeld en die begeerte na 'n kwaliteit lewe selfgemotiveerd wees.

(Conklin 1997:5,10; Rankin & Stallings 1990:171-172; Thelan et al. 1998:50.)

Leer kan gedefinieer word as die verkryging van kennis, houdings en vaardighede. Die doel van onderrig is om ander persone te ondersteun om te leer. Die onderrig-leer-proses is dus 'n aktiewe proses waarby twee partye betrokke is. Die

doel van dié proses is om 'n verlangde resultaat, naamlik verandering in gedrag, te bereik. Die pasiënt se respons op die siekte gee aan rehabilitasieverpleegkundiges waarskynlik 'n aanduiding vir die tydsbepaling van onderrig. Verder moet die pasiënt fisiek en emosioneel gereed wees om te leer voordat onderrig suksesvol kan geskied (Hudak, Gallo & Morton 1997:61; Smeltzer & Bare 1996:41).

2.5.4 FAKTORE WAT LEER BEÏNVLOED

Daar is verskeie faktore wat leer beïnvloed, naamlik leergereedheid, motivering, atmosfeer en omgewing, asook tegnieke en inhoud (Smeltzer & Bare 1996:41; Thelan et al. 1998:50).

2.5.4.1 GEREEDHEID

Onstabiele kliniese toestande, oorweldigende emosionele reaksies en diagnostiese en terapeutiese tussentredes tydens die akute fase van koronêre siekte lei daartoe dat die meeste pasiënte tydens hulle kort verblyf in die intensiewesorgeenheid nie gereed is vir substantiewe leer nie. Onderrig is slegs effektief wanneer die pasiënt gereed is vir leer, dit wil sê, wanneer die pasiënt vry is van pyn, die energievlakke optimaal is, angstigheid of depressie beheer word en die pasiënt van die siektetoestand bewus is en die probleme erken (Guzzetta & Dossey 1992:641; Wenger & Hellerstein 1992:441,444,449).

Eerstens is *fisieke gereedheid* belangrik. Die pasiënt sal nie leer voordat die siektetoestand so verbeter het dat h/sy in staat is om te leer nie. Faktore wat hierin veral 'n rol speel, is pyn, kardiale aritmie, lae bloeddruk (hipotensie), vog- en elektrolietwanbalans en neurologiese agteruitgang. Indien 'n pasiënt pyn ervaar, sal h/sy nie op leerinhoud kan fokus nie (Smeltzer & Bare 1996:41; Thelan et al. 1998:53).

Tweedens is *emosionele gereedheid* wat die motivering vir leer insluit, noodsaaklik. Emosies wat meestal voorkom, is hulpeloosheid, moegheid, alleenheid, verwarring oor familie- en werksrolle, veranderinge in liggaamsbeeld,

vrees vir toekomstige leefstylveranderinge en vrees vir die dood. Ontstellende of verwarrende emosies beïnvloed die pasiënt se optrede en die vermoë om te leer en inligting te onthou (Smeltzer & Bare 1996:41; Thelan et al. 1998:53).

Laastens is die pasiënt se *gereedheid vir leerervarings* 'n faktor wat leer beïnvloed. 'n Persoon se vorige onderrig-ervaring en lewensondervinding is betekenisvolle bepalers van die persoon se benadering tot leer. Hierin speel faktore soos ouderdom, geslag, etniese oorsprong, ekonomiese status, geloof, vlak van opvoeding en beroep ook 'n rol aangesien dit leer beïnvloed. Vanaf die tydstip dat die pasiënt gereed is vir leer tot en met ontslag moet onderrig gegee word wat gerig is op die pasiënt se leerprioriteite (Smeltzer & Bare 1996:42; Thelan et al. 1998:53).

2.5.4.2 ATMOSFEER EN OMGEWING

Indien eksterne veranderlikes soos die leeromgewing en 'n geskikte tyd vir onderrig in ag geneem word, kan die atmosfeer waarin leer geskied bydra tot die motivering om te leer. Die fisiese opset waarbinne leer moet plaasvind, moet van só 'n aard wees dat dit onderrig sal bevorder. Die kamertemperatuur, beligting en geraasvlakke moet dus tydens die leersituasie in ag geneem word. Enige faktore wat nie beheer kan word nie, moet aan die pasiënt verduidelik word. Verduidelikings sal angstigheid voorkom en 'n vertrouensverhouding tussen die verpleegkundige en die pasiënt bevorder (Smeltzer & Bare 1996:42; Thelan et al. 1998:55).

Die tyd wat vir die onderrigsessie gekies word, moet by die pasiënt se individuele behoeftes pas. Indien familieledede by die voorsiening van sorg aan die pasiënt betrek gaan word, moet die onderrigsessie so geskeduleer word dat hulle teenwoordig kan wees om die nodige vaardighede of tegnieke aan te leer (Smeltzer & Bare 1996:42).

2.5.4.3 TEGNIEKE EN INHOUD

Onderrigtegnieke en -metodes moet geskik wees vir die pasiënt se behoeftes en moet leer bevorder. Die verpleegkundige kan verskeie tegnieke soos lesings, groepsonderrig, besprekings en demonstrasies gebruik (Smeltzer & Bare 1996:42; Thelan et al. 1998:55). Die tegniek wat die beste by die pasiënt se opvoedingsvlak, leerstyl en omstandighede pas, behoort gekies te word.

Die verpleegkundige kan ook gebruik maak van beskikbare leerhulpmiddele soos boeke, pamflette, foto's, tekeninge, modelle en rekenaar-leermodules. Indien hierdie leerhulpmiddele toepaslik gebruik word, is dit van groot waarde en kan dit tyd en koste bespaar (Smeltzer & Bare 1996:42).

Die leerinhoud word bepaal deur die pasiënt se kliniese en emosionele toestand. Onderrig word deur die pasiënt en familie gelei. Die beginsel is dus: "...*teach what they want to know when they want to know it*" (Thelan et al. 1998:53). Indien die pasiënt se vrae en bekommernisse onbeantwoord bly, sal die onbevredigende behoefte verdere kommunikasie en onderrig verhinder.

Die verpleegkundige moet bedag wees op faktore wat die leer-onderrig-proses kan bemoeilik. Die gebruik van terme wat die pasiënt nie verstaan nie en onvanpaste taalgebruik is leerhindernisse. Inligting moet dus so eenvoudig en verstaanbaar moontlik saamgevat word (Smeltzer & Bare 1996:42; Thelan et al. 1998:53).

2.5.4.4 MOTIVERING

Motivering vir leer moet in twee areas beoordeel word, naamlik intrinsiek en ekstrasiek. *Intrinsieke motivering* sluit die persoon se gesindheid, waardes, persoonlikheid en leefstyl in. Die leermetode en die leerinhoud moet by hierdie aspekte van die pasiënt se lewe inpas. Hierteenoor sluit *ekstrasieke motivering* aspekte soos die klimaat, fisiese omgewing, tyd van onderrig, moontlike inligtingversterking en interpersoonlike verhoudinge tussen die partye in. Aangesien die verpleegkundige groter beheer kan uitoefen oor die ekstrasieke

bronne van motivering, is dit belangrik dat hierdie faktore effektief gehanteer word om motivering te bevorder (Hudak et al. 1997:61).

Maslow se hiërargie van behoeftes verduidelik gedragmotivering. Maslow beskryf verskeie behoeftes wat onderling verwant is, en stel dat behoeftes op 'n laer vlak eers bevredig moet word alvorens die behoeftes op 'n hoër vlak aangespreek kan word. As 'n pasiënt dus energie moet gebruik om fisiologiese en veiligheidsbehoefte te bevredig, sal dit nutteloos wees om onderrig te gee voordat hierdie basiese behoeftes bevredig is. Wanneer hierdie basiese behoeftes egter bevredig is, sal die pasiënt gereed wees vir leer en sal hoëvlak-behoefte soos die behoefte aan kennis en begrip aangespreek kan word (Thelan et al. 1998:53).

Wanneer 'n persoon se gesondheid bedreig word of as siekte voorkom, ervaar die pasiënt angs en spanning. Eenvoudige verduidelikings en instruksies kan die kommer verlig en die motivering vir leer versterk. As 'n persoon nie die siektetoestand aanvaar nie en dit as 'n bedreiging beleef, sal die motivering om te leer ontbreek. Voorts sal leer vermy word as die persoon die terapeutiese gesondheidsreëls en dieetvoorskrifte (leefreëls) as in stryd met sy of haar leefstyl beskou. Pasiënte is egter gemotiveerd as hulle beseft dat daar 'n kennisgaping is tussen dit wat hulle reeds weet en graag wil weet (Rankin & Stallings 1990:172; Thelan et al. 1998:53).

2.5.4.5 TERUGVOERING EN LEERVERSTERKING

Volwassenes het die behoefte om ten opsigte van leerervaringe terugvoering te gee en te ontvang. Op dié wyse ontvang die pasiënt wat sekere doelwitte wil bereik, ondersteuning, word mylpale wat behaal is, geëvalueer en doelwitte aangepas. Terugvoering moet eerder beskrywend as beoordelend en eerder spesifiek as algemeen wees. Dit moet ook leersaam wees en die volwasse leerder help om krities te dink ten opsigte van leer. Voorts moet terugvoering selfontwikkeling bevorder, kennis vermeerder en die leerder help om kennis in die praktyk tot uitvoering te bring (Conklin 1997:10; Hudak et al. 1997:66).

Negatiewe terugvoering is nuttig wanneer dit keuses eerder as skuldgevoelens bevorder. Positiewe terugvoering versterk sukses wat behaal is en verleen verdere motivering. Tydige terugvoering is meer versterkend as uitgestelde terugvoering en het groter waarde aangesien dit die pasiënt help om versoekings te weerstaan (Hudak et al. 1997:66).

Versterking van positiewe gedrag verhoog die moontlikheid dat dié gedrag herhaal word, en meer blywende veranderinge is waarskynlik wanneer die persoon die nodige aanmoediging en ondersteuning ontvang (Sachdeva 1996:116).

Versterking en opvolging is belangrik, aangesien leer 'n tydsame proses is. 'n Suksesvolle onderrigstrategie laat voldoende tyd toe vir leer en versterk leersukses. 'n Enkele onderrigssessie is nooit voldoende nie. Opvolgssessies is noodsaaklik om die pasiënte se vertroue in eie vermoëns te versterk, hulle te ondersteun in die toepassing van nuwe kennis in die praktyk, pasiënte se vordering te evalueer en addisionele onderrigssessies te beplan. Opvolgssessies is dikwels noodsaaklik aangesien pasiënte die kennis wat hulle in die hospitaalopset geleer het, nie tuis toepas nie (Smeltzer & Bare 1996:42-43).

2.6 SAMEVATTING

Uit die literatuurstudie is dit duidelik dat 'n miokardiale infarksie 'n persoon se lewe ingrypend verander. Dit word tereg as die voorste oorsaak van sterftes ("*the number 1 killer*") in ontwikkelende lande beskou. Verskeie risikofaktore versnel die aanloop tot 'n miokardiale infarksie. Die meeste van hierdie risikofaktore kan egter met behulp van leefwysemodifikasies herstel word wat weer die aterosklerotiese proses sal vertraag. Hierdie leefwysemodifikasies vorm 'n integrale deel van die kardiaale pasiënt se rehabilitasie.

Kardiaale-rehabilitasie is 'n noodsaaklike komponent van die miokardiale-infarksie-pasiënt se herstel en terugkeer tot 'n aktiewe en normale lewe ná die insident. Pasiëntonderrig stel pasiënte en hulle families in staat om veranderinge teweeg te bring en in stand te hou. Hierin is terugvoering en versterking van positiewe

gedrag van onskatbare waarde. Die navorsingsontwerp en -metodologie van die studie word in Hoofstuk 3 bespreek.

HOOFSTUK 3

NAVORSINGSONTWERP EN -METODOLOGIE

3.1 INLEIDING

Hoofstuk 2 bevat 'n deeglike beskrywing van relevante literatuur oor miokardiale infarksie, kardiaal-rehabilitasie en pasiëntonderrig. Die oorhoofse doel van hierdie studie is om die effek van inligtingversterking in Fase II kardiaal-rehabilitasie van miokardiale-infarksie-pasiënte na ontslag uit spesifieke MISE'e in twee privaat hospitale in Gauteng te verken en te beskryf ten einde te bepaal of inligtingvoorsiening in die hospitaalopset voldoende is, en of opvolging van pasiënte ná ontslag noodsaaklik is om inligting te versterk.

Die doelwitte van hierdie studie is om:

- 'n Literatuurstudie te doen om te bepaal wat tans bekend is ten opsigte van Fase II kardiaal-rehabilitasie met spesifieke verwysing na inligtingverskaffing aan pasiënte tydens hospitalisasie, inligtingversterking ná ontslag en huidige opvolgmetodes;
- 'n Meetinstrument in die vorm van 'n vraelys te ontwikkel vir die eksperimentele en die kontrolegroep om die kennis en menings van post-miokardiale-infarksie-pasiënte te bepaal ten opsigte van inligtingvoorsiening, inligtingversterking en die noodsaaklikheid van opvolging ná ontslag uit die hospitaal; en
- Aanbevelings te maak ten opsigte van inligtingverskaffing, inligtingversterking en gepaste metodes van opvolging van pasiënte ná ontslag.

3.2 NAVORSINGSONTWERP

Mouton en Marais (1994:54) verklaar dat 'n navorsingsontwerp die betroubaarheid van die uiteindelijke bevindinge bepaal. 'n Kwantitatiewe, verkennende, beskrywende, kontekstuele navorsingsontwerp is gekies om die effek van inligtingversterking gedurende Fase II kardiaal-rehabilitasie van miokardiale-infarksie-pasiënte wat uit spesifieke MISE'e in twee privaat hospitale in Gauteng ontslaan is, vas te stel.

Volgens Polit en Hungler (1999:12,712) behels *kwantitatiewe* navorsing die sistematiese insameling van data wat in 'n gekwantifiseerde (nummeriese) vorm weergegee en met statistiese prosedures gemanipuleer word met die doel om 'n fenomeen te beskryf. In hierdie studie is die effek van inligtingversterking tydens Fase II van die kardiaal-rehabilitasie-program vir miokardiale-infarksie-pasiënte na ontslag uit spesifieke MISE'e in privaat hospitale in Gauteng gekwantifiseer deur middel van 'n vraelys wat as metingsinstrument gebruik is.

Die studie is *verkennd* omdat dit ten doel het om 'n relatief onbekende fenomeen, naamlik die versterking van inligting in Fase II van die kardiaal-rehabilitasie-program van miokardiale-infarksie-pasiënte, te verken om sodoende nuwe insigte oor die fenomeen te verkry. Daarna sal die bevindinge akkuraat en noukeurig beskryf kan word (Brink 1996:208; Uys & Basson 1991:40).

Polit en Hungler (1999:700) definieer beskrywende navorsing as die akkurate uitbeelding van die eienskappe van individue, situasies of groepe, en die akkurate uitbeelding van die frekwensie waarteen sekere fenomene plaasvind. Verder kan volledige en akkurate inligting oor die fenomeen deur middel van observasie, beskrywing en klassifikasie bekom word (Brink 1996:11). Die studie is *beskrywend* van aard aangesien dit die effek van die versterking van inligting gedurende Fase II van die kardiaal-rehabilitasie-program vir miokardiale-infarksie-pasiënte beskryf.

In 'n kontekstuele studie is die resultate van die studie en die gevolgtrekkings wat gemaak word slegs geldig vir die konteks waarin die navorsing uitgevoer is (Talbot

1995:135,136). Hierdie studie word as *kontekstueel* beskou aangesien die populasie van die studie saamgestel is uit slegs pasiënte van spesifieke MISE'e in twee privaat hospitale in Gauteng.

3.3 DIE TWEEGROEP-POSTTOETS-ONTWERP

Vir die implementering van die vraelys is van 'n kwasi-eksperimentele ontwerp, naamlik die tweegroep-posttoets-ontwerp ("*comparison group posttest-only design*"), gebruik gemaak. Hierdie kwasi-eksperimentele ontwerp word hoofsaaklik van die suiwer eksperimentele ontwerpe onderskei op grond van die gebrek aan ewekansige toewysing van persone aan die eksperimentele en die kontrolegroep. Dit is dikwels onmoontlik om so 'n toewysing van persone in evalueringsnavorsing te maak. Verder word die eksperimentele metode gekenmerk deur drie eienskappe, naamlik manipulasie, kontrole en ewekansigheid (Babbie & Mouton 1998:351; Polit & Hungler 1999:176-186). Die kwasi-eksperimentele tweegroep-posttoets-ontwerp besit dus die volgende twee eienskappe, naamlik: die manipulering van die onafhanklike veranderlike en 'n kontrolegroep.

Die versterking van inligting ná ontslag uit die hospitaal is die onafhanklike veranderlike. Die eksperimentele groep word blootgestel aan die onafhanklike veranderlike, terwyl die kontrolegroep nie daaraan blootgestel word nie.

Kontrole word dus in die studie uitgeoefen deur middel van die kontrolegroep. Die kontrolegroep word gebruik om die effek van die manipulasie van die onafhanklike veranderlike te bepaal. Die resultate van die kontrolegroep ten opsigte van die onafhanklike veranderlike word as die basis gebruik vir die evaluasie van die resultate van die eksperimentele groep ten opsigte van dieselfde onafhanklike veranderlike. Vir hierdie studie is ewekansigheid nie toegepas nie.

3.3.1 NAVORSINGSPROSEDURE

Pasiënte moes aan die volgende kriteria voldoen het vir insluiting in hierdie studie:

- 'n *Eerste miokardiale-infarksie-ervaring*, ongeag die omvang daarvan.
- Enige ouderdomsgroep.
- Manlik of vroulik.
- Enige opleidingsvlak.
- 'n Ongekompliseerde verloop van gebeure tydens hospitalisasie. (Pasiënte wat 'n koronêre vatomleiding moes ondergaan, is uitgesluit, maar pasiënte wat Streptokinase of Actilyse ontvang het, is ingesluit.)
- 'n Hospitaalverblyf van minder as agt dae.
- Woonagtig in die provinsies Gauteng, Mpumalanga, Limpopo of Noord-Wes. (Pasiënte wat in Gauteng woon, is in die eksperimentele groep ingesluit, terwyl pasiënte buite Gauteng die kontrolegroep gevorm het.)
- Geen inskakeling by 'n rehabilitasieprogram tot twee weke ná ontslag nie.
- Afrikaans of Engels magtig.

Slegs pasiënte wat aan bogenoemde vereistes voldoen het, is vir die studie geselekteer.

Pasiënte is tydens hulle hospitaalverblyf deur die navorser genader vir deelname aan die studie. Die navorser wil dit reeds hier duidelik stel dat inligtingvoorsiening aan miokardiale-infarksie-pasiënte vóór ontslag 'n standaardverpleegprosedure is. Skriftelike toestemming tot deelname aan die studie is van die pasiënte verkry nadat die doel van die studie asook die data-insamelingsproses aan hulle verduidelik is. Pasiënte het dus ingestem tot die voltooiing van 'n vraelys na afloop van die inligtingvoorsieningsprosedure. Pasiënte van die eksperimentele en die kontrolegroep het dus volgens standaardpraktyk inligting tydens hulle hospitaalverblyf ontvang. 'n Geskikte tyd vir inligtingversterking vir pasiënte van die eksperimentele groep is toe bepaal. Daar is besluit op 'n tuisbesoek aangesien pasiënte tuis meer op hulle gemak is en probleme dan makliker uitgewys en opgelos kan word (Coats et al. 1995:21).

Die navorser het tydens die pasiënte se hospitaalverblyf inligting aan die pasiënte voorsien deur van die boekie “*HARTAANVAL. Wat Nou? / HEART ATTACK. What Now?*” gebruik te maak. Pasiënte kon besluit of hulle hul familieledede tydens die inligtingsessie in die hospitaal (en in die geval van die eksperimentele groep, ook tuis) teenwoordig wou hê. Die inligtingsessies het nie langer as 30 minute geduur nie, en daar is veral op die volgende afdelings van die boekie klem gelê:

- Wat gebeur tydens ‘n hartaanval?
- Simptome van hartsiekte.
- Huis toe...
- Oefening na ‘n hartaanval.
- Simptome om voor op te let tuis.
- Dieetriglyne vir die pasiënt met iskemiese hartsiekte.

Die boekie is ná die inligtingsessie by die pasiënt in die hospitaal gelaat met die versoek dat die pasiënt die boekie huis toe neem. Voorts is die navorser se kontakbesonderhede aan die pasiënte gegee sodat hulle te eniger tyd kon skakel indien hulle vrae gehad het of daar enige onduidelikhede was ten opsigte van die inligting wat aan hulle voorsien is.

Twee weke ná ontslag uit die hospitaal is ‘n tuisbesoek telefonies met die pasiënte van die eksperimentele groep gereël. Tydens die tuisbesoek van 30 minute is dieselfde inligting wat tydens die inligtingsessie in die hospitaal bespreek is, hersien en met die pasiënte bespreek. Vrae en onduidelikhede is beantwoord, waarna ‘n vraelys vir voltooiing by die pasiënt gelaat is. Hierdie gedeelte van die navorsingsprosedure kan as die onafhanklike manipulasiefaktor beskou word en is dus nie op die kontrolegroep van toepassing nie.

Twee weke ná ontslag uit die hospitaal is die pasiënte van die kontrolegroep telefonies gekontak waarna ‘n vraelys vir voltooiing aan dié pasiënte gepos is, indien hulle daartoe ingestem het.

Hierdie navorsingsontwerp en die manipulasie van die onafhanklike veranderlike word soos volg in Tabel 3.1 uiteengesit.

TABEL 3.1: NAVORSINGSONTWERP

Groepe	Manipulasie van die onafhanklike veranderlike tydens 'n tuisbesoek	Meting van die onafhanklike veranderlike ná manipulasie
Eksperimentele groep	JA	Vraelys 1
Kontrolegroep	NEE	Vraelys 2

Met betrekking tot die eksperimentele groep is data ingesamel deur middel van 'n vraelys wat ná die manipulasie van die onafhanklike veranderlike tydens 'n tuisbesoek twee weke na ontslag uit die hospitaal by die pasiënt gelaat is. Met betrekking tot die kontrolegroep is data ingesamel deur middel van 'n vraelys wat twee weke na ontslag uit die hospitaal aan die respondente gepos is. Geen manipulasie van die onafhanklike veranderlike het ten opsigte van die kontrolegroep plaasgevind nie.

3.3.2 POPULASIE EN STEEKPROEF

3.3.2.1 POPULASIE

Die populasie van hierdie studie is saamgestel uit alle miokardiale-infarksie-pasiënte wat gedurende 'n sekere tydperk in spesifieke MISE'e in twee privaat hospitale in Gauteng behandel is. Slegs miokardiale-infarksie-pasiënte wat aan spesifieke kriteria voldoen het en wat bereid was om aan die studie deel te neem en daartoe ingestem het, is in die studie ingesluit. (Vergelyk par. 3.3.1.)

3.3.2.2 SELEKSIE VAN RESPONDENTE

'n Gerieflikheidssteekproefneming wat 'n vorm van nie-waarskynlikheidssteekproefneming is, is vir hierdie studie gekies. 'n Nie-waarskynlikheids-

steekproefneming sluit prosedures in waarvolgens 'n deel van die populasie geselekteer word vir deelname aan 'n studie op grond van die gerief van die navorser, die doelbewuste of oordeelkundige besluit van deskundiges of die bepaling van 'n kwota wat die karakertreкке van die populasie uitbeeld (Polit & Hungler 1999:708). 'n Gerieflikheidsteekproefneming is vir hierdie studie gebruik aangesien 'n deel van die populasie wat gereedelik toeganklik is, naamlik alle miokardiale-infarksie-pasiënte wat vanweë 'n eerste insident gedurende 'n sekere tydperk in spesifieke MISE'e in twee privaat hospitale in Gauteng behandel is, vir deelname aan die studie genader is.

Verder is die pasiënte nie deur middel van ewekansige toewysing vir die eksperimentele en die kontrolegroep geselekteer nie, maar was hulle bloot toevallig "op die spesifieke tydstip op die regte plek". Ná seleksie en ontslag uit die hospitaal is die eksperimentele groep aan die onafhanklike veranderlike, naamlik inligtingversterking, blootgestel, terwyl die kontrolegroep nie aan die onafhanklike veranderlike blootgestel is nie (De Vos 2002:145).

Die navorser het aanvanklik beplan om 'n steekproef van dertig (30) miokardiale-infarksie-pasiënte wat aan spesifieke kriteria voldoen het, by die studie te betrek en 'n gelyke getal pasiënte, naamlik vyftien, aan elke groep toe te wys. Weens 'n beperkte aantal miokardiale-infarksie-pasiënte wat vir 'n eerste insident tydens die studietydperk tot 'n MISE vir behandeling toegelaat en na die navorser verwys is, is daar besluit om die steekproef tot twintig pasiënte te verminder, en gevolglik is tien pasiënte aan elke groep toegewys.

3.4 DATA-INSAMELING

Wanneer 'n navorser wil vasstel wat persone glo, dink, of weet, is dit volgens Brink (1996:153) die beste om die persone direk te vra. Aangesien die navorser in die studie wou vasstel of inligtingvoorsiening in Fase II van die kardiaal-rehabilitasie-proses geslaagd was, is daar op 'n gestruktureerde vraelys besluit.

3.4.1 DATA-INSAMELINGSINSTRUMENT

Hoewel 'n vraelys minder diepte het as 'n onderhoud, is 'n vraelys om die volgende redes vir hierdie studie verkies:

- Vraelyste is 'n betreklik goedkoop metode van data-insameling en is tydbesparend.
- Die betroubaarheid en geldigheid van die vraelys kan maklik getoets word.
- Respondente beleef 'n groter mate van anonimiteit wanneer hulle vraelyste voltooi. Hulle is van mening dat hulle nie op grond van hulle skrif geïdentifiseer sal word nie, maar wel aan hulle stemme as onderhoude gevoer word. Verder is hulle geneig om vrae op 'n vraelys meer eerlik te beantwoord as wanneer hulle dit mondeling doen.
- Om logistieke redes kan 'n groter aantal pasiënte wat aan die insluitingskriteria voldoen, by die vraelysmetode betrek word.
- Die vraelys het 'n standaardformaat en vrae kan dus nie deur 'n onderhoudvoerder gemanipuleer word nie. Onderhoudvoerder-vooroordeel word dus uitgeskakel.
- Die pasiënte kan die vraelys in die gerief van hulle eie huise voltooi en op 'n tydstip wat hulle pas. In hierdie geval sou dit nie langer as 20 minute neem om die vraelys te voltooi nie.
- Oopeindevrae gee aan respondente die geleentheid om soveel inligting te verskaf as wat hulle verkies.
- 'n Vraelys is 'n ideale metode om feitelike inligting in te win. Dit beperk die insameling van enige onnodige data aangesien dit gestruktureerd en in 'n bepaalde volgorde volgens die navorser se voorkeure saamgestel is.

Nadele verbonde aan die vraelysmetode is soos volg:

- Respondente beantwoord nie alle vrae nie.
- Respondente kan antwoorde gee wat na hulle mening aanvaarbaar is.
- Die terugvoersyfer kan laag wees.

(Brink 1996:153; Brink & Wood 1998:154; Polit & Hungler 1999:349,350; Talbot 1995:229-230; Uys & Basson 1991:70.)

Om bogenoemde nadele aan te spreek, het die navorser die volgende maatreëls getref:

- Die pasiënte is vriendelik versoek om so ver moontlik alle vrae te beantwoord.
- Die navorser se kontakbesonderhede is aan die pasiënte voorsien sodat hulle die navorser kon kontak indien daar oor enige van die vrae onduidelikheid was.
- Verder is voorbeelde ten opsigte van die voltooiing van die verskillende tipe vrae op die begeleidende brief weergegee.
- Daar is van kundiges se hulp gebruik gemaak om te verseker dat die vraelys eenvoudig en in leketaal saamgestel is, en om sodoende 'n komplekse vraelys en verwarring te voorkom.

Die pasiënte is versoek om die vraelys eerlik en sonder hulp te voltooi. Die pasiënte is ook verseker dat daar geen regte of verkeerde antwoorde is vir die oopeindevrae nie, maar dat hierdie vrae slegs hulle mening oor spesifieke onderwerpe inwin (Burns & Grove 1997:361-362).

Die pasiënte is laastens verseker dat die voltooiing van die vraelys nie as 'n "toets" deur die navorser beskou is nie. Die pasiënte is verseker dat die vraelys slegs 'n hulpmiddel was om leemtes ten opsigte van inligtingvoorsiening uit te wys en die maak van aanbevelings vir moontlike verbeterings te vergemaklik.

3.4.1.1 SAMESTELLING VAN DIE VRAELYS

Die navorser kon nie 'n bestaande vraelys opspoor wat die effek van inligtingvoorsiening of inligtingversterking in Fase II van die kardiaal-rehabilitasieproses bepaal het nie. 'n Vraelys wat deur Raleigh en Odtohan (1987:311-317) in hulle studie oor die effek van 'n kardiale onderrigprogram op pasiëntrehabilitasie gebruik is, kon ook nie opgespoor word nie. Die vraelys vir hierdie studie is dus deur die navorser saamgestel. Die studie van Raleigh en Odtohan (1987:311-317)

is as 'n vertrekpunt gebruik en die data wat uit die literatuurstudie verkry is, vorm die grondslag van die inhoud van die vraelys.

3.4.1.2 UITLEG VAN DIE VRAELYS

Die uitleg en formaat van die vraelys vir die eksperimentele en die kontrolegroep word vervolgens bespreek. (Sien Bylae A.) Die vraelys is in drie afdelings verdeel, naamlik Afdeling A, B en C. Afdeling A en B is identies vir beide groepe en word gesamentlik bespreek. Afdeling C bevat vrae (vrae 11 tot 17) wat aan beide die eksperimentele en die kontrolegroep gestel is en wat dus ook gesamentlik bespreek word. Die res van die vrae (vrae 18 tot 25 vir die eksperimentele groep; en 18 tot 20 vir die kontrolegroep) is uitsluitlik vir een van die twee groepe saamgestel en word dus afsonderlik bespreek.

Elke afdeling word bespreek in terme van die tipe inligting wat versoek is en die motivering vir die inhoud van die vrae wat op die vraelys verskyn. 'n Begeleidende brief het die doel van die studie aan die respondent verduidelik. (Sien Bylae A).

Begeleidende brief

Die begeleidende brief verduidelik die doel van die studie aan die respondente en verseker hulle weereens dat anonimiteit deurgaans gehandhaaf sal word. Die brief stipuleer dat geen identifiserende inligting verlang word nie en dat alle vraelyste ná afhandeling van die data-analise vernietig sal word. Verder verskaf dit inligting aan die pasiënte ten opsigte van die verwagte tydsduur vir die voltooiing van die vraelys, en gee dit instruksies aangaande die versending van die voltooide vraelys. Daar word gemeld dat die navorser vir enige telefoniese navrae beskikbaar is en die nodige kontakbesonderhede word verskaf. Laastens is voorbeelde voorsien oor die wyse waarop die vrae beantwoord moet word.

Die verskillende afdelings van die vraelys word vervolgens bespreek.

Afdeling A

Hierdie afdeling bevat algemene inligting oor die demografiese besonderhede van die pasiënte en is ingesluit met die doel om die populasie te kan beskryf.

(i) Geslag

'n Profiel van die geslag van die respondente kon moontlik lig werp op die persepsies van pasiënte ten opsigte van hulle siektetoestand.

(ii) Ouderdom

Met hierdie vraag wou die navorser vasstel wat die gemiddelde en mediaanouderdom van miokardiale-infarksie-pasiënte is wat 'n eerste insident beleef het. Verder het dit ook implikasies ten opsigte van die beplanning van inligtingsessies en die wyse waarop inligting verskaf word.

(iii) Huwelikstaat

Alle miokardiale-infarksie-pasiënte ontvang voorligting ten opsigte van rehabilitasie en 'n verandering in leefwyse, maar dit is die prerogatief van die pasiënte om te besluit of hulle hul families tydens die inligtingsessie in die hospitaal (en vir die eksperimentele groep, ook tuis) teenwoordig wou hê. Die navorser wou hierdeur bepaal in watter mate die pasiënte hulle families by hul siektetoestand betrek. Coats et al. (1995:18) stel dit dat advies aan familieledede oor die vlakke van aktiwiteite wat vir pasiënte geskik is as gerusstelling vir familieledede dien en oorbeskerming van die "siek familielid" kan voorkom.

(iv) Hoogste akademiese kwalifikasie

Met hierdie vraag wou die navorser vasstel wat die gemiddelde graad van skoling van die pasiënte was. Hierdie data kan die wyse waarop inligting voorsien moet word, bepaal, en 'n aanduiding gee van die respondente se vermoë tot inligtingretensie.

Afdeling B

Hierdie afdeling bestaan uit drie geslote vrae sowel as sewe meervoudige keusevrae; dus 'n totaal van tien vrae. Die inhoud van die vrae is bekom uit die boekie "*HARTAANVAL. Wat Nou? / HEART ATTACK. What Now?*" wat tydens die inligtingsessies in die hospitaal vir pasiëntonderrig gebruik en ook tydens die tuisbesoek met die eksperimentele groep hersien is. Die vrae is soos volg saamgestel:

➤ Vrae 1 tot 3

Die eerste drie vrae is geslote vrae volgens die waar-onwaar-formaat en is opgestel op grond van inligting uit die gedeelte van die boekie "Wat gebeur tydens 'n hartaanval?". Respondente moes dus slegs die regte antwoorde verskaf deur waar/onwaar aan te dui.

➤ Vrae 4 tot 10

Die sewe meervoudige keusevrae is saamgestel uit die volgende gedeeltes van die boekie "*HARTAANVAL. Wat Nou? / HEART ATTACK. What Now?*":

- Vrae 4 en 7: Wat gebeur tydens 'n hartaanval?
- Vrae 5, 8 en 9: Huis toe ...
- Vraag 6: Simptome om voor op te let tuis.
- Vraag 10: Dieetriglyne vir die pasiënt met iskemiese hartsiekte.

Die pasiënte moes óf die regte kombinasie antwoorde (vrae 4 tot 6) óf die korrekte antwoord (vrae 7 tot 10) aandui.

Die doel van hierdie vrae was om die kennisvlakke van die onderskeie groepe te bepaal. Die kennisvlak van pasiënte wat slegs inligting en pasiëntonderrig in die hospitaal ontvang het (die kontrolegroep) het as maatstaf gedien vir die kennisvlak van die pasiënte wat tydens 'n opvolgbesoek tuis inligtingversterking ontvang het (die eksperimentele groep). Die navorser wou dus vasstel of daar 'n verskil was in die kennisvlakke van die eksperimentele groep wat tydens 'n opvolgbesoek tuis

inligtingversterking ontvang het en die kontrolegroep wat geen inligtingversterking ontvang het nie.

Afdeling C

Hierdie afdeling bevat vyftien vrae vir die eksperimentele groep en tien vrae vir die kontrolegroep. Sewe van hierdie vrae is op beide die eksperimentele en die kontrolegroep van toepassing en word gesamentlik bespreek. Daarna word aandag gegee aan die vrae wat uitsluitlik vir 'n spesifieke groep saamgestel is.

- ***Vrae vir beide groepe***

Daar is gebruik gemaak van twee digotomie-tipe vrae wat gekombineer is met 'n oopeindevraag. Indien 'n spesifieke alternatief aangedui is, is verdere inligting deur middel van die oopeindevraag oor die onderwerp ingesamel. Verder was daar vyf “kafeteria-tipe” meervoudige keusevrae. Die vrae is soos volg saamgestel:

- Vrae 11, 12, 14, 15 en 16

Op die vyf “kafeteria-tipe” meervoudige keusevrae moes die respondente die mees gepaste antwoord aandui – dié antwoord wat hulle opinies oor die spesifieke onderwerp onder bespreking die beste beskryf (Polit & Hungler 1999:336).

- Vrae 13 en 17

Die twee digotomie-tipe vrae is gekombineer met 'n oopeindevraag wat respondente die geleentheid gegee het om te motiveer waarom hulle nie met die gegewe stelling saamgestem het nie.

Voorbeeld: “Indien nee, motiveer u antwoord. ”

Met vrae 11 tot 13 wou die navorser onder meer vasstel of pasiënte van mening was dat die inligtingsessies wat tydens die hospitaalverblyf aangebied is, voldoende inligting aan pasiënte voorsien het al dan nie. Op dié wyse kon die

navorser bepaal of daar enige leemtes in die inligtingvoorsiening was wat reggestel kan word.

Tydens die inligtingsessies is kennis aan die pasiënte oorgedra, maar die moontlikheid het bestaan dat die pasiënte nie al die nuwe kennis geabsorbeer het nie. Met vrae 14 tot 16 wou die navorser vasstel of die boekie “*HARTAANVAL. Wat Nou? / HEART ATTACK. What Now?*” werklik bygedra het tot die vestiging van kennis by pasiënte tydens hospitalisasie asook ná ontslag. Die navorser wou met vraag 17 vasstel wat die pasiënte se opinie was ten opsigte van die noodsaaklikheid van opvolging na ontslag uit die hospitaal.

- ***Vrae vir uitsluitlik die eksperimentele groep***

Die vrae wat op slegs die eksperimentele groep van toepassing was (vrae 18 tot 25), het ‘n digotomie-tipe vraag ingesluit wat met ‘n oopeindevraag gekombineer is. Die doel van hierdie vraag was om verdere inligting oor die onderwerp in te samel. Verder was daar vier “kafeteria-tipe” meervoudige keusevrae en drie oopeindevrae. Die vrae is soos volg saamgestel:

- **Vraag 18**

Die digotomiese vraag is gekombineer met ‘n oopeindevraag wat respondente die geleentheid gee om hulle opinies weer te gee indien hulle nie met die gegewe stelling saamgestem het nie.

Voorbeeld: “Indien nee, motiveer u antwoord.”

- **Vrae 19 tot 22**

Op die vier “kafeteria-tipe” meervoudige keusevrae moes die respondente die mees gepaste antwoord aandui – dié antwoord wat hulle opinies oor die spesifieke onderwerp onder bespreking die beste beskryf het (Polit & Hungler 1999:336). Vraag 22 is gekombineer met ‘n oopeindevraag, aangesien die navorser ruimte wou laat vir enige ander voorstelle wat pasiënte wou byvoeg.

➤ Vrae 23 tot 25

Hierdie drie oopeindevrae is ingesluit om aan pasiënte die geleentheid te gun om enige ander mening of houding weer te gee wat moontlik nie deur die ander vrae bepaal is nie. Die pasiënte is die keuse gelaat om die vrae se antwoorde in hulle eie woorde te formuleer, en dus laat hierdie tipe vrae ruimte vir “'n voller en ryker perspektief” op die onderwerp van belang (Polit & Hungler 1999:335; Uys & Basson 1991:71).

Mullinax (1995:91) stel voor dat die ondersteuning en onderrig ná ontslag moet voortduur. Die doel van vrae 18 tot 22 was om vas te stel hoe die pasiënte die tuisbesoek ervaar het. Die pasiënte kon ook aandui wat hulle as die mees geskikte opvolgmetode na ontslag beskou (vraag 22). Die mening van die pasiënte hieroor kon bepalend wees vir die wyse waarop hulle die voorafgaande vrae beantwoord het.

Laastens wou die navorser vasstel of die pasiënte enige ander inligting tydens die tuisbesoek sou verwelkom het en in watter mate die tuisbesoek aan die verwagtinge van die pasiënte voldoen het (vrae 23 en 24). Vraag 25 is bygevoeg sodat die pasiënte enige voorstelle wat hulle ten opsigte van die verbetering van die huidige inligtingsprogram gehad het, kon aandui.

- ***Vrae vir uitsluitlik die kontrolegroep***

Die vrae wat op die kontrolegroep van toepassing was (vrae 18 tot 20), het een digotomie-tipe vraag ingesluit (wat met 'n oopeindevraag gekombineer is) asook twee oopeindevrae. Die digotomie-tipe vraag het dus ook aan die respondent die geleentheid gegun om verdere inligting oor die onderwerp te gee indien 'n sekere alternatief aangedui is.

Die vrae is soos volg saamgestel:

➤ Vraag 18

Vraag 18 is gekombineer met 'n oopeindevraag aangesien die navorser nie seker was dat alle moontlike keuses ingesluit is nie en ruimte wou laat vir enige ander voorstelle wat die respondente wou byvoeg.

➤ Vrae 19 en 20

Die twee oopeindevrae is ingesluit om pasiënte die geleentheid te gun om enige ander opinie of gesigspunt weer te gee wat moontlik nie deur die ander vrae behandel is nie. Die pasiënte moes die antwoorde op die vrae in hulle eie woorde formuleer.

In antwoord op vraag 18 kon die respondente aandui wat hulle as die mees geskikte opvolgmetode na ontslag beskou. Volgens Hoeman (2002:737) is pasiënte tydens Fase II van kardiaal-rehabilitasie baie kwesbaar en onseker, en ervaar hulle angs, depressie en vrees, veral wanneer daar probleme is ten opsigte van leefstylveranderinge en waninterpretasie van instruksies. Die doel van vraag 19 was juis om vas te stel of pasiënte 'n behoefte gehad het aan opvolging na ontslag uit die hospitaal, wat ook 'n aanduiding kon wees van die mate waarin pasiënte angs, depressie of vrees ervaar het. Vraag 20 het aan respondente die geleentheid gegun om enige ander voorstelle te maak wat kon lei tot die aanpassing van die inligtingsprogram.

3.4.2 LOODSSTUDIE

'n Loodsstudie word gedefinieer as 'n proeflopie van 'n werklike navorsingstudie wat op 'n klein skaal aangebied word (Brink 1996:213). 'n Loodsstudie is vanweë beperkte pasiëntgetalle nie gedoen nie. 'n Lekepersoon het wel die vraelys deurgegaan om seker te maak dat die vrae vir die pasiënt maklik verstaanbaar is en het aanbevelings gemaak wat deur die navorser geïmplementeer is.

3.5 GELDIGHEID

3.5.1 GELDIGHEID VAN DIE STUDIE

Volgens Burns en Grove (1997:228) is die geldigheid van die studie 'n belangrike oorweging deur die hele navorsingsproses, en kan dit beskryf word as die maatstaf van die waarheid of die akkuraatheid van 'n aanspraak. Die geldigheid van die studie is uit die staanspoor aangespreek in die opsig dat die navorsingsprobleem op grond van 'n literatuurstudie uit verskeie resente bronne wetenskaplik gefundeer is. Die data uit die literatuurstudie is ook gebruik vir besluitneming oor die keuse van 'n navorsingsontwerp en die ontwikkeling van die metodologie waarvolgens die studie uitgevoer is. Konseptuele en operasionele definisies is geformuleer om sleutelkonsepte te beskryf en enige verwarring te voorkom. Die studie is verder met deskundige professionele persone bespreek om te verseker dat die probleemstelling 'n akkurate refleksie van die werklikheid is en sal bydra tot die geldigheid van die studie.

3.5.1.1 INTERNE GELDIGHEID

Interne geldigheid verwys na die mate waartoe afgelei kan word dat die eksperimentele handeling (die onafhanklike veranderlike) eerder as onbeheerde eksterne faktore vir die waargenome resultate verantwoordelik is (Polit & Hungler 1999:704). Slegs miokardiale-infarksie-pasiënte wat 'n eerste insident beleef het en aan spesifieke ander insluitingskriteria voldoen het, is in die studie ingesluit. Die bepaling van insluitingskriteria het die interne geldigheid van die studie verhoog.

Die interne geldigheid van die studie is deur konsekwente maatreëls verhoog. Die tydperk van deelname van die pasiënte aan die studie is beperk tot 'n maksimum van ses weke, terwyl inligtingversterking vir die eksperimentele groep binne twee weke ná ontslag uit die hospitaal plaasgevind het. Dieselfde inligtingsboekie "*HARTAANVAL. Wat Nou? / HEART ATTACK. What Now?*" is deurgans vir alle pasiënte in beide groepe gebruik, en slegs een persoon, naamlik die navorser, het die inligtingsessie in die hospitaal (vir albei groepe) en tydens die opvolgbesoek

tuis (vir die eksperimentele groep) gehanteer om standaardisering van inligtingvoorsiening te verseker. Die geldigheid van die studie is voorts versterk deur die gebruik van die inligtingsboekie "*HARTAANVAL. Wat Nou? / HEART ATTACK. What Now?*" wat reeds in 'n doktorsale studie (Botha 1988) effektief bewys is.

Die effek van inligtingversterking is deur middel van 'n gestruktureerde vraelys wat op grond van 'n omvattende literatuurstudie saamgestel is, bepaal. Die meeste van die vrae wat ook op beide die eksperimentele en die kontrolegroep van toepassing was, is vir beide groepe eenders geformuleer en is deur al die pasiënte beantwoord. Die vraelyste is slegs deur die navorser gehanteer. Die begeleidende brief wat elke vraelys vergesel het, het verseker dat al die vraelyste op dieselfde wyse voltooi is (Burns & Grove 1997:361-362).

3.5.1.2 EKSTERNE GELDIGHEID

Volgens Burns en Grove (1997:782) verwys eksterne geldigheid na die mate waarin studiebevindinge veralgemeen kan word en dus op die groter teikenpopulasie van toepassing is. Die teikenpopulasie van hierdie studie verteenwoordig alle miokardiale-infarksie-pasiënte wat 'n eerste insident gehad het. Die steekproef is egter beperk tot 'n sekere area is dus nie verteenwoordigend van die groter populasie nie. Die resultate en gevolgtrekkings wat uit die studie voortvloei, kan dus nie veralgemeen word nie en is slegs in die konteks van hierdie studie van toepassing.

3.5.1.3 KONSTRUKGELDIGHEID

Konstruktorgeldigheid ondersoek die mate van ooreenstemming tussen die konseptuele en operasionele definisies van die veranderlikes (Burns & Grove 1997:232). Die teoretiese konsepte is binne die raamwerk van die studie gedefinieer ná 'n uitgebreide literatuurstudie wat die grondslag voorsien het vir die ontwikkeling van die metode van meting van die veranderlikes. (Vergelyk par. 1.5.)

3.5.2 GELDIGHEID VAN DIE MEETINSTRUMENT

Volgens Brink (1996:167) word die geldigheid van die meetinstrument bepaal deur die akkuraatheid waarmee die instrument dit meet wat dit veronderstel is om te meet, gegewe die konteks waarbinne meting geskied. Die volgende vier persone is gevra om die vraelys te kontroleer en sodoende die geldigheid van die meetinstrument te verseker: die studieleier, 'n persoon met toepaslike professionele kennis, 'n intensiewesorgverpleegkundige met toepaslike mediese kennis en 'n lekepersoon. Die intensiewesorgverpleegkundige en die lekepersoon is betrek met die doel om te bepaal of die vrae korrek verstaan en geïnterpreteer sou word en om enige onduidelikhede uit te skakel. Veranderinge is op grond van die terugvoering en die aanbevelings van hierdie vier persone gemaak.

3.5.2.1 SIGGELDIGHEID

Siggeldigheid word verkry wanneer die meetinstrument op die oog af meet wat dit veronderstel is om te meet (Brink 1996:168; Polit & Hungler 1999:702). In hierdie studie is gebruik gemaak van 'n vraelys met wetenskaplik gefundeerde digotomiese waar-onwaar-vrae en meervoudige keusevrae om die pasiënte se opinies, menings en kennis ten opsigte van die effek van inligtingversterking in Fase II van kardiaal-rehabilitasie te bepaal. Siggeldigheid is verseker deurdat professionele persone in die veld van verpleegkunde genader is om die vraelys te hersien en die toepaslikheid, duidelikheid en leesbaarheid van die inhoud te verseker.

3.5.2.2 INHOUDSGELDIGHEID

Inhoudsgeldigheid van 'n meetinstrument word verkry wanneer die items op die instrument die geheel van die inhoud voldoende verteenwoordig (Polit & Hungler 1999:698). Die vraelys wat in hierdie studie gebruik is, is saamgestel op die basis van 'n deeglike literatuurstudie oor die essensiële aspekte van die veranderlike, naamlik inligtingversterking, wat in Fase II van die rehabilitasie van miokardiale-infarksie-pasiënte plaasvind. Daar is in die formulering van vrae ook gebruik

gemaak van die inligtingsboekie “*HARTAANVAL. Wat Nou? / HEART ATTACK. What Now?*”.

Die vraelys is noukeuring bewoord waarna dit aan professionele persone in die veld van verpleegkunde voorgelê is om te verseker dat elke item wat in die vraelys ingesluit is, wel die veranderlike wat ondersoek word, verteenwoordig, en ook om te bepaal of die vraelys geskik is vir gebruik in hierdie studie. Die terugvoering wat verkry is, het inhoudsgeldigheid verhoog aangesien alle dubbelsinnighede en tekortkominge wat vroeër deur die navorser oor die hoof gesien is, toe uitgeskakel is. Vanweë ‘n beperkte populasie is ‘n loodsstudie nie gedoen nie. (Vergelyk par. 3.4.2.)

Die vraelys was ‘n gepaste meetinstrument vir hierdie studie aangesien dit slegs ten doel gehad het om die effektiwiteit van inligtingversterking te bepaal. Die vraelys het geen eise aan respondente gestel waaraan hulle nie kon voldoen nie. ‘n Vierpuntskaal (meervoudige keusevrae) is gebruik om byvoorbeeld die menings van die pasiënte te meet (Polit & Hungler 1999:426,663; Uys & Basson 1991:90-91).

Verder is gepoog om objektiwiteit te bevorder deur alle vraelyste op dieselfde tydstip van die ondersoek aan al die pasiënte te verskaf. Geen identifiserende inligting is ingesluit nie en die respondente kon die vraelys anoniem voltooi en teruggepos. Slegs pasiënte wat aan sekere kriteria voldoen het, is toegelaat om aan die studie deel te neem. Daar was ook geen nadele verbonde aan deelname nie. Dit het pasiënte nie meer as twintig minute geneem om die vraelys te voltooi nie. Dit was ook nie vir die respondente nodig om enige uitgawes aan te gaan nie, aangesien ‘n gefrankeerde koevert vir die terugsending van die voltooide vraelys aan die respondent voorsien is (Polit & Hungler 1999:426,663; Uys & Basson 1991:90-91).

Die geldigheid van die meetinstrument verhoog ook die betroubaarheid van die studie.

3.6 BETROUBAARHEID

3.6.1 BETROUBAARHEID VAN DIE MEETINSTRUMENT

Polit en Hungler (1999:712) definieer betroubaarheid van die meetinstrument as “...*the degree of consistency or dependability with which an instrument measures the attribute it is designed to measure*”. Die betroubaarheid van die meetinstrument is dus die mate van konstantheid en betroubaarheid waarmee die instrument die eienskappe meet waarvoor dit ontwerp is.

Die nakoming van geldigheidsmaatreëls verseker betroubaarheid, dus beide siggeldigheid en inhoudsgeldigheid dra by tot die betroubaarheid van die meetinstrument. Die betroubaarheid van hierdie studie sal verder verhoog word indien ‘n replika van die studie gedoen word. Die volgende betroubaarheidstoetse vir ‘n vraelys kon nie in dié studie geïmplementeer word nie:

- **Toets-hertoets-betroubaarheid:** Hierdie metode bepaal die stabiliteit of herhaalbaarheid van ‘n meetinstrument. Dit behels die voltooiing van ‘n instrument deur dieselfde individue by twee geleenthede binne ‘n relatief kort tydperk. Daarna word hulle antwoorde vir ooreenkomste nagegaan (Brink 1996:171; Polit & Hungler 1999:412-414). Die vraelyste wat in hierdie studie gebruik is, is na ‘n inligtingsessie aan die pasiënte gegee, binne tien dae voltooi en aan die navorser versend. Aangesien hertoetsing nie te gou na toetsing uitgevoer kan word nie en die pasiënte slegs vir ‘n beperkte tydperk aan die studie deelgeneem het, naamlik ses weke, kon hierdie metode nie toegepas word nie.
- **Verdeelde-helfte-toetsbetroubaarheid:** ‘n Instrument kan afhangende van die mate waarin al die items dieselfde eienskap meet, as intrinsiek konsekwent of homogeen beskou word (Polit & Hungler 1999:414). Hierdie betroubaarheidstoets behels die verdeling van die inhoud van die meetinstrument in twee helftes wat ten opsigte van inhoud en moeilikheidsgraad ooreenstem, en die uitvoering van ‘n korrelasieprosedure op die twee helftes (Burns & Grove 1997:329). Hierdie tipe betroubaarheidstoets

is nie geskik vir vraelyste met oopeindevrae nie en is slegs van toepassing wanneer die instrument een konsep op 'n keer evalueer (Brink 1996:172). 'n Betreklik groot populasie word ook vereis. In hierdie studie is slegs 'n beperkte aantal respondente betrek en dié toets is dus nie op hierdie studie van toepassing nie.

- **Parallele toetsmetodes / “Inter-rater”-betroubaarheid:** Deur middel van parallelle metodes word gepoog om die konstantheid of ekwivalensie van 'n meetinstrument te bepaal. Foutvariëansie word bereken deur die resultate van dieselfde persone ten opsigte van dieselfde eienskappe in twee vermoedelik parallelle instrumente wat op 'n spesifieke tydstip aan die individue voorsien is, te vergelyk. Dit kan ook bereken word as twee verskillende waarnemers 'n instrument gebruik om dieselfde fenomeen op 'n sekere tyd te meet (Brink 1996:172; Polit & Hungler 1999:415-416). Die getal respondente wat by hierdie studie betrek is, het nie 'n “inter-rater”-betroubaarheidstoets regverdig nie. Ook was geen ekwivalente instrument beskikbaar nie.

Die vraelys is saamgestel uit verskeie vorme van vraagstelling, onder andere verskeie tipe meervoudige keusevrae, waar óf die korrekte antwoord óf korrekte kombinasie van antwoorde aangedui moes word. Hierdie tipe vrae dra by tot die betroubaarheid van die meetinstrument aangesien daar slegs een korrekte antwoord of kombinasie van antwoorde op elk van die vrae was en geen raaiskote gewaag kon word nie. Die respondente moes dus ten opsigte van elke vraag 'n keuse uitoefen.

Verder het die navorser tydens die samestelling van die vraelys besondere aandag gegee aan faktore wat moontlik die betroubaarheid van die instrument kon beïnvloed. Hierdie faktore is soos volg:

- **Lengte van die vraelys:** Die lengte van die vraelys is beperk sodat dit die pasiënte nie langer as 20 minute sou neem om die vraelys te voltooi nie. 'n Lang vraelys kan respondente verveel.

- **Rangskikking van die vrae:** Die vrae op die vraelys is van maklik na moeilik gerangskik en volgens temas gegroepeer. Sodoende is gepoog om volledige gegewens in te win en te verhoed dat pasiënte inligting uitlaat omdat hulle dan in die hede en dan in die verlede na inligting moet delf.
- **Vraagstelling:** Die navorser het 'n taalvlak gebruik wat selfs vir pasiënte met 'n laer begrippeil maklik verstaanbaar sou wees. Die verwagte kennisvermoë van die pasiënte is ook in ag geneem en wetenskaplike terme is nie gebruik nie. Die sinne is kort en saaklik, en daar is gepoog om die vrae duidelik te formuleer en enige moontlike verwarring uit te skakel. Die navorser het gepoog om die meervoudige keusevrae volledig op te stel, maar het ook van oopeindevrae gebruik gemaak om te verseker dat alle moontlike alternatiewe genoem word.

3.6.2 BETROUBAARHEID VAN DIE DATA-INSAMELINGSPROSES

Die betroubaarheid van die data-insamelingsproses is verhoog deur die versekering dat alle data-insameling in 'n vergelykende omgewing plaasgevind het. Al die pasiënte kon die vraelys in die gerief van hulle eie huis en op 'n tydstop wat vir hulle gerieflik was, voltooi. Sodoende is 'n veilige omgewing verseker waarin die pasiënte die vraelys rustig, eerlik en so volledig moontlik kon voltooi.

Verder is geen inligting op die vraelys versoek wat die respondent kon identifiseer nie. Die navorser kon ook nie die handskrif van die pasiënte sien nie, aangesien daar geen vorige geskrewe inligting van die pasiënte verkry is nie. Die voltooide vraelyste is in gefrankeerde koeverte wat deur die navorser geadresseer en verskaf is, aan die navorser teruggestuur. Die pasiënte is ook nie deur middel van enige kodering, nummering of enige ander vorm van identifikasie geïdentifiseer nie. Al bogenoemde aksies het bygedra tot die beskerming van die pasiënte se anonimiteit, wat weer die betroubaarheid van die data-insamelingsprosedure bevorder het.

3.7 DATA-ANALISE

Kwantitatiewe analise word gedefinieer as die manipulasie van numeriese data deur middel van statistiese prosedures. Die doel daarvan is om verskynsels te beskryf of om die omvang en betroubaarheid van verwantskappe tussen verskynsels te assesser (Polit & Hungler 1999:712). Volgens Brink (1996:179) is statistiek tans die mees dinamiese tegniek wat vir die analise van kwantitatiewe data beskikbaar is. Verder stel statistiese metodes die navorser in staat om kwantitatiewe data op te som, te organiseer, manipuleer, evalueer, te interpreteer en weer te gee.

Beskrywende statistiek is in hierdie studie vir die verwerking en analise van die data gebruik, aangesien dit die navorser in staat stel om die data só te beskryf en op te som dat dit betekenis en insig daaraan verleen (Brink 1996:179). Hierdie metode is ook geskik vir die doel van dié studie omdat dit frekwensieverdeling, sentrale tendense en verwantskappe meet.

3.8 ETIESE ASPEKTE

3.8.1 INGELIGTE TOESTEMMING

Ingeligte toestemming is 'n etiese beginsel wat van navorsers vereis om die vrywillige deelname van persone te verkry nadat hulle oor al die moontlike voor- en nadele van deelname ingelig is (Polit & Hungler 1999:704). Inligting ten opsigte van hierdie studie, die doel daarvan, die moontlike voordele verbonde aan deelname en die studieprosedures is skriftelik aan die pasiënte voorsien én met hulle bespreek om enige onduidelikhede uit te skakel.

Die pasiënte is verseker dat hulle onder geen verpligting staan om aan die studie deel te neem nie en dat hulle die reg behou om deelname te eniger tyd te staak. Verder is die pasiënte verseker dat die gebruik en publikasie van die studieresultate op 'n anonieme wyse sal geskied. Ingeligte skriftelike toestemming is dus vóór deelname aan die studie van elke respondent verkry. Bogenoemde

inligting is voor die voltooiing van die vraelys in 'n begeleidende brief herhaal om sodoende die volgehoue toestemming van die pasiënt te bevestig.

Amptelike skriftelike toestemming is verkry van die verpleegdiensbestuurder van elk van die twee hospitale wat by die studie betrek is. Die name van die hospitale waar die navorsing gedoen is, sal nie bekend gemaak word nie. 'n Opsomming van die bevindinge sal op versoek aan respondente en deelnemende owerhede beskikbaar gestel word.

3.8.2 REG TOT PRIVAATHEID

Die respondente het die reg om te verwag dat alle inligting wat tydens die verloop van die studie ingesamel is, streng vertroulik gehanteer en hulle privaatheid beskerm sal word. Anonimiteit verwys na die beskerming van die deelnemers in 'n studie. Selfs die navorser behoort nie 'n deelnemer te verbind met inligting wat voorsien is nie. Konfidensialiteit verwys na die beskerming van die deelnemers in 'n studie sodat hulle as individue nie met die inligting wat hulle gegee het, verbind word nie. Inligting mag ook nie in die openbaar bekend gemaak word nie. (Brink 1996:205-206; Polit & Hungler 1999:695,698.)

In hierdie studie is die anonimiteit en konfidensialiteit van die pasiënte deurgaans verseker. Tydens die inligtingsessie in die hospitaal is die gordyne om die bed getrek sodat die sessie privaat kon geskied. Pasiënte het ook ná ontslag die vraelys in die privaatheid van hulle eie huise voltooi. Die pasiënte kon die navorser te eniger tyd skakel indien iets onduidelik was. Die vraelys bevat geen inligting wat die respondent kan identifiseer nie en die voltooide vraelyste is in 'n gefrankeerde koevert wat deur die navorser self geadresseer is, gepos. Die inligting is deur die navorser ontleed waarna die vraelyste vernietig is.

3.9 SAMEVATTING

Hierdie hoofstuk bevat 'n volledige en noukeurige uiteensetting van die navorsingsontwerp en –metodologie wat as kwantitatief, verkennend, beskrywend en kontekstueel beskryf kan word. Die teikenpopulasie, die seleksie van die deelnemers en die kriteria vir insluiting in die steekproef asook die data-insamelingsproses en die navorsingsinstrument is in besonderhede bespreek. Die uitleg van die vraelys is volledig behandel en daar is inleidend gekyk na die metode van data-analise. Daar is ook deeglik aandag gegee aan relevante aspekte soos die geldigheid en die betroubaarheid van die studie asook anonimiteit en konfidensialiteit. Die data-analise is deur die navorser uitgevoer en die resultate word in Hoofstuk 4 weergegee en in konteks bespreek.