

**'N PERSPEKTIEF OP DIE GEHALTE VAN DIE WERKSLEWE VAN
GEREGISTREERDE VERPLEEGKUNDIGES IN DIENS VAN
PLAASLIKE BESTURE**

deur

ITRICIA PETRONELLA JACOBS

**voorgelê ter vervulling van die vereistes vir
die graad**

MAGISTER ARTIUM IN VERPLEEGKUNDE

aan die

UNIVERSITEIT VAN SUID-AFRIKA

STUDIELEIER: PROFESSOR C M NEL

MEDESTUDIELEIER: MEV L J KING

NOVEMBER 1992

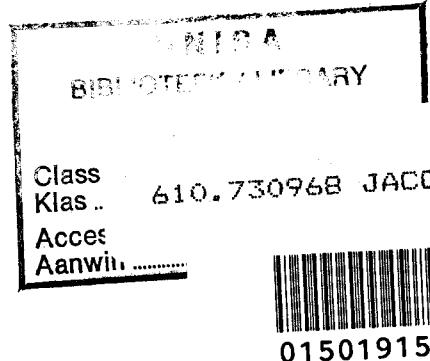
VERKLARING DEUR DIE KANDIDAAT

"Ek verklaar hiermee dat " 'n PERSPEKTIEF OP DIE GEHALTE VAN DIE WERKSLEWE VAN GEREGISTREERDE VERPLEEG-KUNDIGES IN DIENS VAN PLAASLIKE BESTURE", my eie werk is en dat ek alle bronne wat ek gebruik of aangehaal het deur middel van volledige verwysings aangedui en erken het."



ITRICIA P. JACOBS

Student Nr. 3147800



'n PERSPEKTIEF OP DIE GEHALTE VAN DIE WERKSLEWE VAN
GEREGISTREERDE VERPLEEGKUNDIGES IN DIENS VAN
PLAASLIKE BESTURE

DEUR: ITRICIA P. JACOBS

STUDIELEIER: PROF. C. M. NEL

DEPARTEMENT: VERPLEEGKUNDE

GRAAD: M.A. CUR

O P S O M M I N G

'n Opname is onder geregistreerde verpleegkundiges in diens van plaaslike besture onderneem met die doel om 'n perspektief op die gehalte van hul werkslewe te verkry, faktore te identifiseer wat hulle motiveer om 'n loopbaan in plaaslike besture te kies en die faktore te identifiseer wat werkstevredenheid positief/negatief beïnvloed.

Ontleding van die data het aangedui dat negatiewe faktore in die werkslewe soos onder ander die gebrek aan deelname in besluitneming en beperkte loopbaangeleenthede werksontevredenheid tot gevolg kan hê.

Positiewe faktore soos die geleentheid om gereelde diensure te werk en die status wat geregistreerde verpleegkundiges in die gemeenskap geniet, bevorder werkstevredenheid.

Dit is hoofsaaklik hul belangstelling in primêre gesondheidsorg en die geleentheid om gereelde diensure te werk wat geregistreerde verpleegkundiges motiveer om 'n loopbaan in plaaslike besture te kies.

Aanbevelings om die kwaliteit van die werkslewe van geregistreerde verpleegkundiges te verbeter en werkstevredenheid te bevorder, is geformuleer.

**A PERSPECTIVE ON THE QUALITY OF THE WORKLIFE OF
REGISTERED NURSES IN THE SERVICE OF LOCAL
AUTHORITIES.**

BY: ITRICIA P. JACOBS

PROMOTOR: PROF. C. M. NEL

DEPARTMENT: NURSING SCIENCE

DEGREE: M. A. CUR

A B S T R A C T

A survey was undertaken among registered nurses in the service of local authorities to obtain a perspective on the quality of their worklife, to identify factors that influence registered nurses in local authorities and to identify those factors that influence the quality of the worklife and job satisfaction positively/negatively.

Analysis of the data indicated that negative factors in the worklife such as limited participation in decision-making and limited career opportunities could lead to dissatisfaction in the work situation.

Positive factors such as the ability to work regular hours and the status of registered nurses in the community promote job satisfaction.

It is mainly their interest in primary health care and the opportunity to work regular hours of duty, that motivate registered nurses to choose a career in local authorities.

Recommendations to improve the quality of the worklife of registered nurses and to promote job satisfaction were formulated.

Opgedra aan:

**Die kinders van Suid-Afrika;
hulle vir wie primêre
gesondheidsorg 'n beter
toekoms sal skep**

Lof, dank en eer aan my Hemelse Vader vir Sy onbeskryflike genade, dat ek die intellektuele vermoë, geloof en gesondheid gehad het om hierdie studie te kon voltooi.

My opregte dank en waardering ook aan die volgende persone en instansies:

- Professor C. M. Nel, my studieleier, vir haar leiding en advies met die studie en vir haar ondersteuning, bemoediging en gebede tydens my siekte.
- Mev. L. King, my medestudieleier vir haar aanmoediging en advies.
- Die Universiteit van Suid-Afrika vir die merietebeurs wat vir twee jaar aan my toegeken is vir hierdie studie.
- Die Kommissie vir Administrasie vir die studiebeurs wat vir een jaar aan my toegeken is.
- Die Departement van Nasionale Gesondheid en Bevolkingsontwikkeling vir deeltydse studieverlof.
- Die Departement van Nasionale Gesondheid en Bevolkingsontwikkeling en al die onderskeie plaaslike besture vir toestemming om hierdie studie te doen.
- My kollegas by die Departement van Nasionale Gesondheid en Bevolkingsontwikkeling vir hulle aanmoediging, en hulle hulp op verskeie terreine.
- Die verpleegkundiges in beheer van dienste by plaaslike besture vir hulp met die verspreiding van vraelyste, hul belangstelling en aanmoediging.
- Die respondentе, sonder wie se bydrae die studie nie suksesvol sou wees nie.

- **Mnr. Cas Coetzee vir hulp met die dataverwerking.**
- **Mev. C. M. Pretorius vir die tikwerk.**
- **Mev. L. du Toit vir die taalversorging van die verhandeling.**
- **Ben, Jaco en Ivan.** Baie dankie vir jare se ondersteuning en opoffering.

HOOFSTUK 1

ORIËNTERING TOT DIE STUDIEGEBIED

1.1 INLEIDING

Die voorgenome konsolidering van primêre gesondheidsdienste in die Republiek van Suid-Afrika plaas die gehalte van die werkslewe van die geregistreerde verpleegkundige in diens van plaaslike besture toenemend onder die soeklig vanweë haar kernrol in primêre gesondheidsorg.

Primêre gesondheidsorg was nog altyd 'n integrale deel van die gesondheidsstelsel in die Republiek van Suid-Afrika. Daar vind egter tans 'n klemverskuiwing plaas vanaf 'n kuratief-georiënteerde gesondheidstelsel na 'n omvattende gesondheidstelsel met die klem op primêre gesondheidsorg (Slabber 1992:2).

Tydens die Wêreld Gesondheidsorganisasie se deklarasie van Alma Ata in 1977 het kundiges oor die wêreld heen met mekaar saamgestem dat primêre gesondheidsorg die sleutel tot die mikpunt is, naamlik om gesondheid vir bevolkings teen die jaar 2000 te verseker. Die geregistreerde verpleegkundige sal die kernfiguur binne hierdie gesondheidstelsel wees (Suid-Afrikaanse Verpleegstersvereniging¹ 1992:3). Hierdie beginsel word deur die Suid-Afrikaanse regering ondersteun, asook die strewe dat primêre gesondheidsorgdienste toeganklik, aanvaarbaar, onpartydig, bekostigbaar en doeltreffend moet wees en dat dienste met maksimale gemeenskapsbetrokkenheid gelewer moet word (Departement van Nasionale Gesondheid en Bevolkingsontwikkeling 1991:1).

Die huidige situasie in die Republiek van Suid-Afrika, naamlik gesondheidsdienslewering deur verskeie gesondheidsdepartemente, vier provinsiale administrasies, die Suid-Afrikaanse Weermag en nagenoeg sewehonderd plaaslike besture het fragmentasie van die gesondheidsdienste tot gevolg (Crisp 1991:1). Dit maak die bereiking van nasionale gesondheidsdoelstellings onmoontlik omdat te veel owerhede gemoeid is met dieselfde funksie binne dieselfde geografiese gebied. Die dienste binne die

bestaande gesondheidstelsel is vanweë duplisering nie meer bekostigbaar nie (Slabber 1991:5).

Teen hierdie agtergrond is daar op 8 Mei 1991 deur die kabinet besluit dat gesondheidsdienste in die Republiek van Suid-Afrika sodanig gekonsolideer moet word dat primêre gesondheidsorgdienste voortaan hoofsaaklik deur plaaslike besture gelewer word (Slabber 1991:3).

Dit impliseer dat

- gesondheidsdienste op die laagste moontlike regeringsvlak gelewer word en sentralisasie van uitvoerende funksies sover moontlik vermy word;
- die gesondheidsowerheid waar die funksie gesetel is, die ouoriteit en die verantwoordelikheid het om alle besluite te neem binne die raamwerk van die nasionale beleid;
- gesondheidsdienste gedemokratiseer word en gemeenskappe en individue deelname in hul gesondheidsorg het;
- fragmentasie in gesondheidsdienste sover moontlik uitgeskakel word en een owerheid volle verantwoordelikheid vir 'n spesifieke gesondheidsdienst binne 'n gedefinieerde geografiese streek aanvaar;
- die gesondheidstelsel voorsiening maak vir streeks- en plaaslike verskille (Slabber 1991:8).

Dit is binne hierdie milieu waar die geregistreerde verpleegkundige in diens van plaaslike besture in die toekoms sal funksioneer.

In die lig van bogenoemde kriteria funksioneer verpleegkundiges in plaaslike besture ten tye van hierdie ondersoek in 'n oorgangsfase van die konsolidasie van primêre gesondheidsorgdienste vanaf ander owerhede na plaaslike besture.

Aangesien die werkslewe van 'n individu die gehalte van sy dienslewering beïnvloed, sal 'n perspektief op die gehalte van die werkslewe van die geregistreerde verpleegkundige in diens van plaaslike besture 'n belangrike

bydrae lewer tot die mannekragbeplanning en tot primêre gesondheidsorg in die toekoms.

1.2 DIE ROL VAN DIE GEREGISTREERDE VERPLEEGKUNDIGE IN DIENS VAN PLAASLIKE BESTURE

As kernfiguur binne die primêre gesondheidsorgdienste speel die geregistreerde verpleegkundige in diens van plaaslike besture 'n onontbeerlike rol in die gesondheidstelsel van die Republiek van Suid-Afrika (Dreyer 1984:1). Plaaslike besture sal in die toekoms die enigste openbare leveransiers van primêre gesondheidsorgdienste, die grootste komponent van die gesondheidstelsel van die Republiek van Suid-Afrika wees (Slabber 1992:3).

Hierdie siening is vervat in die konsepstrategie vir die ontplooiing van primêre gesondheidsorg waarin dit gestel is dat "verpleegkundiges die sentrale fokuspunt in die lewering van primêre gesondheidsorgdienste in die Republiek van Suid-Afrika is. Sonder hierdie kerngroep gesondheidspersoneel kan primêre gesondheidsorgstrategieë nie slaag nie" (Departement van Nasionale Gesondheid en Bevolkingsontwikkeling 1989:21).

Die filosofie rakende primêre gesondheidsorgdienste is dat dit hoofsaaklik verpleegkundig georiënteerde dienste is. Verpleegkundiges sal meer as drie kwart van die kliënte/pasiënte wat primêre gesondheidsorgdienste aanvra, self hanteer (Departement van Nasionale Gesondheid en Bevolkingsontwikkeling 1989:23).

Die belangrike rol van die geregistreerde verpleegkundige in diens van plaaslike besture in die gesondheidsisteem van die Republiek van Suid-Afrika is 'n onweerlegbare werklikheid. Sy sal noodwendig die belangrikste en grootste verantwoordelikheid vir primêre gesondheidsorg in hierdie land moet aanvaar. Om hierdie rede is 'n perspektief op die gehalte van die werkslewe van die geregistreerde verpleegkundige in diens van plaaslike besture noodsaaklik.

1.3 PROBLEEMSTELLING

Die kwaliteit van 'n individu se werkslewe beïnvloed die gehalte van sy dienslewering (Marx 1986:192). Die aard van die werkslewe van die geregistreerde verpleegkundiges in diens van plaaslike besture word

toenemend deur onder andere politieke, sosiale en maatskaplike faktore beïnvloed.

Vanweë politieke onrus het die werksomgewing van sommige geregistreerde verpleegkundiges in diens van plaaslike besture onveilig geword. Haar vergoeding word negatief deur die verswakking van die ekonomiese status van sommige plaaslike besture beïnvloed. Die verstedeliking van die swart bevolking van die Republiek van Suid-Afrika verhoog haar werkslading. Die derdewêrelde aard van agtergeblewe gemeenskappe in die informele nedersettings rondom swart stedelike gebiede bemoeilik haar fisiese en psigiese werkslewe toenemend.

Politieke tendense in die land kan haar taak verder kompliseer. In 'n demokratiese regeringstelsel kan politieke beleid altyd na partypolitieke beleid teruggevoer word. Partybeleid word regeringsbeleid en die regering van die dag gebruik openbare instellings om sy beleid te implementeer (McFarland, Leonard & Morris, 1984:234). Dit het noodwendig ook die verpolitisering van gesondheidsdienste tot gevolg. Die oopstelling van gesondheidsdienste het nie noodwendig in die politieke voorkeure van al die inwoners van die land gevall nie. Die geregistreerde verpleegkundige in diens van plaaslike besture moet openbare beleid toepas. Verskeie bevolkingsgroepe met dikwels opponerende politieke ideologieë, moet ordelik in dieselfde gesondheidsdiensfasilitete gehuisves word (Redaksionele kommentaar, Health & Hygiene 1990:3). Hierdie taak verg takt, aanpassing en beplanning.

Die toename in die vraag na gesondheidsorg, die krimpende fondse om fasilitete te voorsien en die filosofie om primêre gesondheidsdienste geografies binne bereik van almal te plaas, het tot gevolg dat die tradisionele opset van primêre gesondheidsorgdienste verander het. Die kliniekgebou word toenemend vervang deur alternatiewe soos kerksale, woonhuise en winkelstoepe. Die geregistreerde verpleegkundige moet vindingrykheid aan die dag lê om privaatheid vir kliënte te voorsien. Sy moet haar praktyk by veranderende omstandighede kan aanpas om steeds hoë gehalte pasiëntesorg te lewer.

Verbruikersdruk bemoeilik haar praktyk verder omdat die moderne mens beter ingelig is aangaande gesondheidsorg en hoë gehalte verpleegsorg verwag. Gemeenskapsdeelname, met die gemeenskap as 'n aktiewe venoot in die beplanning en besluitneming in primêre gesondheidsorg, is een van die

hoekstene van toekomstige gesondheidsdienste (Venter 1991:16). Die geregistreerde verpleegkundige moet individuele en gemeenskapsbetrokkenheid aanmoedig en ontwikkel deur die benutting van vrywilligers en sorggroepe, deur verskerpte gesondheidsopvoeding en bemarkingsprogramme. Hierdie tendense voeg 'n nuwe dimensie by haar praktyk.

Die ontwikkeling van primêre gesondheidsorg sal in 'n groot mate afhang van die groei van die ekonomie in die geheel. Die agteruitgang van die w reldekonomie en ook dié van die Republiek van Suid-Afrika wek kommer. Fondse vir kapitale uitgawes word minder en dit is moeilik om te bepaal of fondse vir uitbreiding van gesondheidsdienste in die toekoms beskikbaar sal wees. Om 'n bekostigbare primêre gesondheidsorgdiens te lewer, sal kostebeheermaatre ls voortdurend toegepas moet word. Effektiewe finansiële beplanning sal in die toekomstige dekade vir die geregistreerde verpleegkundige in diens van plaaslike besture 'n belangrike vraagstuk wees.

Personeel is die belangrikste hulpbron in 'n organisasie en is daarom sy grootste belegging (Longo & Uralker 1987:78). Die gehalte van die personeel bepaal die sukses of mislukking in 'n organisasie (Levey & Loomba 1983:437). Tussen vyf-en-vyftig en nege-en-vyftig persent van alle geregistreerde gesondheidspersoneel is verpleegkundiges (De Bruyn 1991:26). Die beskikbaarheid van geregistreerde verpleegkundiges is egter die grootste knelpunt in die uitvoerbaarheid van die nasionale gesondheidsplan van die Republiek van Suid-Afrika (Slabber 1989:1).

Tydens die instelling van die oorbruggingskursus vir ingeskreve verpleegkundiges in die Clinic Holdings Groep het Dr. C. F. Slabber, Direkteur-generaal van die Departement van Nasionale Gesondheid en Bevolkingsontwikkeling, die verplegingsdilemma in die primêre gesondheidsorgdienste van die toekoms soos volg opgesom: "At a time when the nursing profession faces unprecedented new responsibilities and demands for its services, the pool of well-qualified nursing personnel is diminishing. The whole situation is further complicated by new advances in medical technology that demand intensive nursing care that rapidly drain available nursing manpower from community health care. We thus have a double problem - a fall in the actual numbers of nurses enrolling as students and a poor distribution of nurses" (Slabber 1989:1).

'n Perspektief op die gehalte van die werkslewe van die geregistreerde verpleegkundige in diens van plaaslike besture is daarom van belang vir die behoud van geregistreerde verpleegkundiges vir die primêre gesondheidsorgdienste van die Republiek van Suid-Afrika. Primêre gesondheidsorgdienste het onontbeerlik geword in daardie agtergeblewe gemeenskappe wie se gesondheidstatus hendendaags ernstig deur laë sosio-ekonomiese toestande soos armoede, werkloosheid, oorbevolking en hongersnood bedreig word.

Die taak van die geregistreerde verpleegkundige in diens van plaaslike besture is dus nie maklik nie.

As gevolg van ongunstige faktore, is dit moontlik dat geregistreerde verpleegkundiges die diens van plaaslike besture kan verlaat of dat motivering kan afneem. Die gevolg is dat die druk op diegene wat agterbly kan verhoog. 'n Bose kringloop van verhoging van die werklading, werksontevredenheid en verswakking in die gehalte van die werkslewe mag ontstaan, wat die gehalte van primêre gesondheidsorg negatief mag beïnvloed, omdat dit 'n daling in die gehalte van dienslewering tot gevolg kan hê.

Na aanleiding van bogenoemde probleme word die volgende navorsingsvrae geformuleer

- Wat is die biografiese eienskappe van die geregistreerde verpleegkundige in diens van plaaslike besture?
- Wat is die gehalte van die werkslewe van geregistreerde verpleegkundiges in diens van plaaslike besture?
- Watter faktore gee daartoe aanleiding dat geregistreerde verpleegkundiges 'n loopbaan in plaaslike besture kies?
- Watter faktore in die werkslewe van geregistreerde verpleegkundiges in diens van plaaslike besture het 'n positiewe/negatiewe invloed op werkstevredenheid?

1.4 DIE DOEL VAN DIE STUDIE

Met hierdie studie word beoog om

- biografiese inligting aangaande die huidige verpleegtaakmag van plaaslike besture in te samel;
- inligting aangaande die gehalte van die werkslewe van die geregistreerde verpleegkundige in diens van plaaslike besture te bekom;
- te bepaal watter faktore daartoe aanleiding gee dat geregistreerde verpleegkundiges 'n loopbaan in plaaslike besture kies;
- te bepaal watter faktore 'n positiewe/negatiewe invloed op die werkstevredenheid van geregistreerde verpleegkundiges in diens van plaaslike besture het;
- aanbevelings te formuleer wat deur plaaslike besture benut kan word in hul verpleegmannekrabbeplanning vir primêre gesondheidsorgdienste.

1.5 BELANGRIKHEID VAN DIE STUDIE

Hierdie studie is belangrik omdat geen navorsing tevore oor die gehalte van die werkslewe van geregistreerde verpleegkundiges in diens van plaaslike besture in die Republiek van Suid-Afrika gedoen is nie.

'n Perspektief op die gehalte van die werkslewe van geregistreerde verpleegkundiges in diens van plaaslike besture sal die faktore wat die gehalte van die werkslewe positief of negatief beïnvloed identifiseer.

Kennis aangaande die faktore wat die gehalte van die werkslewe en werkstevredenheid beïnvloed is belangrik ten einde verpleegpersoneel te kan behou en kontinuïteit in primêre gesondheidsorgdienste te verseker.

1.6 AANNAMES

Na aanleiding van die vrae wat ten opsigte van die probleem gestel is, word die volgende aannames geformuleer:

Aanname 1

Inligting aangaande die gehalte van die werkslewe van die geregistreerde verpleegkundige in diens van plaaslike besture is 'n belangrike voorvereiste vir die beplanning en effektiewe bestuur van die verpleegmannekrag in primêre gesondheidsorgdienste in die Republiek van Suid-Afrika.

Aanname 2

Identifisering van die faktore wat die gehalte van die werkslewe van die geregistreerde verpleegkundige beïnvloed, kan deur plaaslike besture aangewend word om die gehalte van die werkslewe van hul geregistreerde verpleegkundiges te verbeter, en werkstevredenheid te bevorder.

Aanname 3

Inligting aangaande die faktore wat geregistreerde verpleegkundiges beïnvloed om 'n loopbaan in die primêre gesondheidsorgdienste van plaaslike besture te kies, kan aangewend word in die werwing van verpleegmannekrag vir dié dienste.

Aanname 4

Inligting aangaande die negatiewe faktore in die werkslewe van geregistreerde verpleegkundiges in diens van plaaslike besture behoort owerhede in staat te stel om effektiewe maatreëls te tref om 'n verpleegmannekragtekort in hul dienste te voorkom en kontinuïteit in primêre gesondheidsorgdienste te verseker.

1.7 AFBAKENING VAN DIE STUDIEGEBIED

Die studie word beperk tot geregistreerde verpleegkundiges in diens van plaaslike besture in die geografiese gebiede van ontwikkelingstreke F, H en J van die Republiek van Suid-Afrika (kaart 3.1). Die terrein van ondersoek is die ondergenoemde komponente van die werkslewe van geregistreerde verpleegkundiges in diens van plaaslike besture

- salaris en byvoordele
- die fisiese werksomgewing

- die psigiese werksomgewing
- kwaliteitsversekering, wat hoofsaaklik handel oor skakeling met die Departement van Nasionale Gesondheid en Bevolkingsontwikkeling
- die besluitnemingsfunksie;
- insig in rol en funksies
- toesighouding oor geregistreerde verpleegkundiges
- die benutting van die geregistreerde verpleegkundige in die werksituasie
- erkenning van prestasies wat hoofsaaklik handel oor personelevaluering
- geleenthede vir professionele groei
- sosiale aspekte in die werkslewe, wat hoofsaaklik handel oor die verhouding met die toesighouer en kolgas en geneeshere
- regte van die werknemer
- diensure

Die studie poog om faktore te identifiseer wat geregistreerde verpleegkundiges beïnvloed om 'n loopbaan in plaaslike besture te kies en om tevredenheid met sekere komponente van die werkslewe te bepaal.

1.8 OMSKRYWING VAN DIE TERME

Vir die doel van hierdie studie word die sleutelbegrippe op so 'n wyse aangebied dat die titel van die studie en die terme wat in die verslag gebruik word, sinvol verklaar word.

1.8.1 Perspektief

Die Handwoordeboek van die Afrikaanse taal beskryf perspektief as "die vermoë om dinge in hul verhouding met mekaar te sien" (HAT 1991:833).

1.8.2 Werkslewe

Hopkins (1983:8-41), verdeel die werkslewe in twee komponente, naamlik die werksomgewing en die werkseienskappe. Hopkins noem drie werkseienskappe, naamlik die kwaliteit van die werk, die inset en die hulpbronne. Die werksomgewing is die milieu waarbinne die werk uitgevoer word en sluit faktore in soos toesighouding, bevorderingsmoontlikhede, diensvoorraadsoes soos salaris en byvoordele, die grootte van die werkplek en status van die werk.

Die werkseienskappe word soos volg deur Hopkins (1983:41) omskryf:

- Die kwaliteit van die werk. Dit is geleenthede om nuwe vaardighede aan te leer, deelname in beplanning, die vryheid om onafhanklik besluite te neem, awisseling in die werk en die belangrikheid dat die werk 'n bepaalde vlak van vaardigheid van die werker vereis.
- Die inset. Dit is die fisiese inset wat die werk vereis, dit wil sê hoe hard, vinnig en herhalend die werk is.
- Die hulpbronne wat nodig is om die werk te verrig. Dit behels aspekte soos tyd, informasie, toerusting en medewerkers.

Die werksomgewing word deur Hopkins (1983:41) gesien as

- toesighouding - dit is die persoonlike belangstelling wat die toesighouer in die ondergeskiktes toon, die standaard van toesighouding en die kwaliteit van toesighouding.
- bevorderingsmoontlikhede binne die hiërargie van die organisasie.
- die werksomgewing - word die werk binne 'n gesonde, gemaklike en produktiewe omgewing gedoen? Die werksomgewing sluit volgens Hopkins (1983:41) ook faktore in soos die salaris, die billikheid en regverdigheid van bevorderings, die beskikbaarheid van 'n vakbond of 'n personeelvereniging en fisiese faktore soos die grootte van die werksplek.

Vir die doeleindes van hierdie studie beteken werkslewe 'n geheelbeeld van die onderskeie komponente van die werksomgewing en die werkseienskappe.

1.8.3 Gehalte

Die Handwoordeboek van die Afrikaanse taal beskryf gehalte as "innerlike waarde, kwaliteit of eienskap" (HAT 1991:254).

1.8.4 Gehalte van die werkslewe

Die begrip gehalte van die werkslewe word vanuit verskillende perspektiewe beskou.

Dessler (1984:429) huldig die sienswyse dat gehalte aan werkslewe verleen word deur

- die billike en ondersteunende behandeling wat 'n werkewer aan sy werknemers verleen;
- die geleentheid wat 'n werknemer se werkslewe aan hom bied om sy maksimum potensiaal te benut;
- die geleentheid tot selfaktualisering wat die werkslewe aan 'n werknemer bied;
- die geleentheid wat in die werkslewe aan die werknemers gebied word om aan besluitneming deel te neem en om met hul werkgewers en onderling met mekaar te kommunikeer;
- die billike en regverdige vergoeding wat 'n werknemer ontvang in ruil vir dienste wat hy/sy lewer;
- die voorsiening van 'n veilige, gesonde werksomgewing waarbinne hy/sy kan funksioneer.

As gevolg van die individualiteit van die mens het die gehalte van die werkslewe egter volgens Dessler (1984:249) vir elke mens 'n ander betekenis. Dessler se siening stem nietemin ooreen met dié van Feuer (1989:65), naamlik dat die gehalte van werkslewe die graad is waartoe werkers in staat gestel word om hul belangrikste persoonlike behoeftes te bevredig deur die werk wat hulle doen.

Feuer (1989:65) huldig ook die mening dat die tyd wat die werker by sy/haar werk deurbring bevredigend ervaar moet word en dat 'n persoon se werk hom/haar in staat moet stel om die volle hiërargie van sy/haar menslike behoeftes deur middel van sy werk te bevredig. Sodoende sal 'n werker entoesiasties oor sy/haar werk kan voel. Aan bogenoemde tendens is volgens Feuer (1989:65) die breë titel van "gehalte van die werkslewe" gegee.

Mandell (1989:48) stel dit egter dat 'n duidelike definisie vir "gehalte van die werkslewe" die volgende komponente moet insluit:

- voldoende en billike vergoeding
- veilige en gesonde fisiese en geestelike omgewing
- ontwikkeling van die menslike potensiaal
- groei en sekuriteit en geleentheid vir loopbaanontwikkeling
- sosiale integrasie met bevredigende interpersoonlike verhoudings met kollegas
- konstitutionalisering; dit is die beskerming van die werknemer se regte
- die totale lewensruimte, naamlik of daar balans tussen die werker se tyd by die huis en sy werkstyl is
- sosiale relevansie; die mate waarin die organisasie as sosiaal verantwoordelik met betrekking tot sy diens aan die gemeenskap gesien word.

Mandell (1989:49) definieer "gehalte van die werkslewe" as die mate waartoe lede van 'n organisasie in staat gestel word om hul belangrikste persoonlike behoeftes deur middel van hul ondervindinge in die organisasie te bevredig.

Walton (1974), soos aangehaal deur Gerber, Nel & Van Dyk (1992:369) se siening van die "gehalte van die werkslewe" omvat al die voorafgenoemde outeurs se sienings van gehalte van werkslewe, naamlik

- Die vergoeding. Dit is die salaris en byvoordele wat 'n persoon ontvang vir die dienste wat hy lewer.
- Die werksamstandighede. Dit is die fisiese, geestelike en sosiale werksamgewing waarbinne 'n werknemer sy dagtaak verrig.
- Ontwikkeling van die mens as hulpbron. Dit sluit oriëntering, indiensopleiding, voortgesette opleiding en ander geleenthede vir ontwikkeling gedurende werksure in.
- Geleenthede vir groei. Dit is die geleenthede wat aan die werknemer gebied word om deur middel van die werk wat hy vir die onderneming doen, nuwe vaardighede aan te leer, nuwe kennis te versamel en 'n loopbaan in die onderneming waar hy werk te vestig.
- Sosiale verkeer. Dit is die geleentheid wat 'n werknemer het om as gevolg van die werk wat hy verrig, informele verhoudings en

vriendskappe met medewerkers te bou.

- Konstitusionalisering in die werksomgewing. Dit sluit die werknemer se reg op privaatheid, sy reg op vryheid van spraak en sy reg op die beskerming van sy basiese menseregte in. Hierdie komponent van die werkslewe sal byvoorbeeld voorsiening maak vir wetlike beskerming, 'n grieweprosedure en billike personeeladministrasie.
- Die totale lewensruimte. Dit is die balans tussen tyd wat gewerk word en vryetyd. Hierdie komponent van die werkslewe sluit diensure, verlof, oortyd werk en tyd om aan 'n gesinslewe en ontpanning te bestee, in.
- Sosiale relevansie. Die sosiale relevansie van die werk, naamlik of die werk tot die voordeel van die gemeenskap en die werker is, word deur Walton (1974) ingesluit as 'n komponent van werkslewe. Vir die doel van hierdie studie word laasgenoemde komponent nie ingesluit nie, omdat die sosiale relevansie van primêre gesondheidsorg nie betwissel word nie. Die sosiale relevansie van die beroepstaak van die geregistreerde verpleegkundige in diens van plaaslike besture word, soos reeds in die inleiding tot hierdie hoofstuk genoem, nasionaal en internasionaal bevestig deur die Republiek van Suid-Afrika se gesondheidsbeleid en die Alma Ata deklarasie onderskeidelik.

1.8.5 Plaaslike Besture

Plaaslike besture word omskryf as 'n instelling of liggaam beoog in artikel 84(1)(f)(i) van die Wet op Proviniale Bestuur, 1961, (Wet 32 van 1961), en ook

- a. 'n instelling of liggaam ingestel kragtens die Wet op Landelike Kleurlinggebiede, 1979, (Wet 1 van 1979), van die Verteenwoordigende Kleurlingraad van die Republiek van Suid-Afrika;
- b. 'n streekdiensteraad ingestel kragtens die Wet op Streekdiensterade, 1985, (Wet 109 van 1985);
- c. 'n gemeenskapsraad ingestel kragtens die Wet op Gemeenskapsrade, 1977 (Wet 125 van 1977); of

- d. 'n plaaslike bestuur soos omskryf in die Wet op Swart Plaaslike Owerhede, 1982, (Wet 102 van 1982).

1.8.6 Geregistreerde Verpleegkundige

Dit is 'n persoon wat kragtens die Wet op Verpleging 1978 (Wet 50 van 1978) by die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging as verpleegkundige geregistreer is.

1.8.7 Werksbevrediging

Verskeie outeurs huldig die siening dat daar 'n interafhanklikheid tussen die gehalte van die werkslewe, werksbevrediging, werksmotivering en werksprestasie is en dat werksprestasie verbeter namate gehalte in die werkslewe verbeter (Levey & Loomba 1983:452) en (Marx & Churr 1985:249). In die lig daarvan word werksbevrediging by hierdie studie ingesluit en word begrippe soos volg geïnterpreteer.

Hopkins (1983:5) definieer werkstevredenheid eenvoudig as die vervulling of bevrediging van sekere behoeftes van 'n individu wat geassosieer word met sy werk. Hopkins (1983:5) haal ook Locke aan wat werkstevredenheid definieer as "the pleasurable emotional state resulting from the appraisal of one's job as achieving or facilitating the achievement of one's job values".

Brink (1984:53), verklaar werksbevrediging as die ervaring wat 'n persoon het wanneer hy goed voel oor sy werk.

Vir die doeleindes van hierdie studie word daar volslaan met die definisie van Brink dat werksbevrediging as die ervaring is wat 'n persoon het wanneer hy goed voel oor sy/haar werk (Brink 1984:53).

1.9 SAMEVATTING

In hierdie hoofstuk is gepoog om die agtergrond tot die studiegebied te skets. Vrae is geformuleer na aanleiding van die probleem. Die doel en aannames vir die studie is geformuleer. Die studiegebied is afgebaken en begripsomskrywings is gegee.

HOOFSTUK 2

LITERATUURSTUDIE

2.1 INLEIDING

Ten einde 'n perspektief op die gehalte van die werkslewe van geregistreerde verpleegkundiges in die algemeen te verkry, is die bevindings van Suid-Afrikaanse en oorsese navorsers, asook die menings van 'n verskeidenheid outeurs oor die onderwerp bestudeer.

Met behulp van 'n rekenaar is 'n literatuursoektog van internasionale en Suid-Afrikaanse literatuur deur die biblioteekdienste van die Universiteit van Suid-Afrika en die biblioteek van die Suid-Afrikaanse Verpleegstersvereniging onderneem.

Die terme wat in die opsporing van bronne gebruik is, is onder andere "worklife", "quality of worklife", "job satisfaction", "motivation", "job enrichment", "nursing shortage", "turnover" en "work environment".

Baie min bronne wat spesifiek op die gehalte van werkslewe in plaaslike besture betrekking het, kon egter gevind word.

Aan die hand van sieninge van verskeie outeurs aangaande die gehalte van die werkslewe, sal relevante literatuur aangaande die gehalte van die werkslewe van verpleegkundiges hier te lande asook internasional, soos dit van toepassing is op die geregistreerde verpleegkundige in diens van plaaslike besture, bespreek word.

Die literatuurstudie word in hierdie hoofstuk soos volg aangebied

1. Gehalte van werkslewe

- vergoeding en byvoordele
- die fisiese werksomgewing
- die psigiese werksomgewing

- deelname in bestuur en outonome besluitneming
 - erkenning van prestasies
 - die sosiale werksomgewing
 - geleentheid vir professionele groei
 - konstitusionalisering in die werksomgewing
 - die totale werksruimte
2. Werkstevredenheid
 3. Motivering
 4. Samevatting

2.2 GEHALTE VAN DIE WERKSLEWE

Soos reeds in hoofstuk 1 gestel, word die gehalte van die werkslewe verskillend geïnterpreteer. Vir die doel van hierdie studie word gehalte van die werkslewe aan die hand van Walton (1974) soos aangehaal deur Gerber, Nel & Van Dyk, (1992:369) volgens agt kategorieë geïnterpreteer. Volgens Beach (1985:460) is die definisie van "gehalte van werkslewe" wat die meeste aangehaal word dié van Walton, wat gehalte van werkslewe in agt basiese kategorieë saamvat, naamlik

- genoegsame en billike vergoeding
- veilige en gesonde werksomgewing
- ontwikkeling van menslike hulpbronne
- sekuriteit en groei in die onderneming
- sosiale verkeer
- konstitusionalisering in die werksomgewing
- die totale lewensruimte
- die sosiale relevansie van die beroepstaak is soos reeds in p. 13 gestel, nie ingesluit in hierdie studie nie.

Hierdie kategorieë behels 'n wye verskeidenheid van faktore wat by wyse van 'n uitgebreide literatuurstudie bestudeer is.

2.2.1 Vergoeding en byvoordele

HAT (1991:1244) verklaar vergoeding as "kompensasie of betaling vir dienste".

Vergoeding is volgens Andrews (1986:164) die salaris en byvoordele wat 'n persoon ontvang vir dienste wat hy lewer en waarvoor spesifieke opleiding en kundigheid nodig is. Vergoeding is 'n lewensnoodsaaklikheid wat na Andrews (1985:154) se mening tot gevolg het dat vergoeding die belangrikste rede is waarom mense werk.

Marx (1986:168) huldig ook die mening dat die vergoedingstelsel, dit wil sê, die geldelike vergoeding in die vorm van salaris, bonus, byvoordele en voorregte, die belangrikste aspek van 'n werker se diensvoorwaardes is. Vergoeding bepaal volgens dié outeur die status wat 'n persoon in die samelewing geniet en stel hom in staat om 'n bevredigende lewenstandaard te handhaaf. Vergoeding moet daarom ook in verhouding wees met die waarde van die taak waarvoor die werker verantwoordelik is.

Beach (1985:558) is van mening dat vergoeding belangrik is omdat dit materiële noodsaaiklikhede verskaf. Vergoeding is volgens dié outeur ook belangrik vir dit wat dit simboliseer. Vir sommige mense simboliseer vergoeding sekuriteit en vir ander sukses. 'n Hoë salaris stel 'n persoon in staat om 'n hoë lewenstandaard te handhaaf. Vir ander simboliseer salaris die waarde wat die werkgewer aan sy dienste heg.

Venter (1983:33) sluit hierby aan wanneer sy dit stel dat die verpleegprofessie se status en die publiek se mening oor die waarde en die gehalte van die diens wat verpleegkundiges lewer, bepaal word deur die salarisse wat aan die diens gekoppel is. Die status van die verpleegprofessie sal na Venter se mening nooit verhoog alvorens salarisstrukture reggestel word nie.

In teenstelling met die voorafgaande outeurs wys Morana (1987:37) daarop dat vergoeding nie deur verpleegkundiges as die belangrikste faktor in hulle werkslewe beskou word nie. Dit is egter wel belangrik dat verpleegkundiges se finansiële vergoeding met hulle aandeel in die organisasie se sukses en met hulle prestasie verband moet hou. Verpleegkundiges het volgens dié outeur ander verwagtinge aangaande hul professie wat belangriker as vergoeding is. Hierdie verwagtinge word soos volg deur Morana (1987:34), in volgorde van belangrikheid weergegee.

- 'n interessante werk
- volle waardering vir werk wat gedoen is

- om in beheer van die werksituasie te wees
- werksecuriteit
- goeie vergoeding
- lojaliteit teenoor werkers
- simpatieke hulp met persoonlike probleme
- taktvolle dissipline.

Om in hierdie behoeftes te voorsien is volgens Morana (1987:34) ewe voordeilig vir die werkgewer en die werknemer.

Helmer & McKnight (1988:7) maak die stelling dat daar 'n wêreldwye verpleegkrisis sedert die Tweede Wêreldoorlog is. Salarisse is 'n knelpunt in verpleging, maar volgens dié outeurs beslis nie die belangrikste nie. Ander belangriker knelpunte in die behoud van geregistreerde verpleegkundiges is diensure, deelname in besluitneming en die ondersteuning van die bestuur. By wyse van vergoeding word personeel na 'n onderneming getrek en hulle daar te gehou, maar vergoeding waarborg geensins gehalte in die werkslewe nie (Geldenhuys 1975:53).

Beukes (1990:14) sluit by bogenoemde outeur aan dat die salarisste van verpleegkundiges in Suid-Afrika weliswaar deur die jare heen beskou is as een van die belangrikste faktore wat aanleiding gegee het tot die nypende personeeltekort waarin verpleging homself vandag bevind, maar dat daar geen waarborg is dat geld die huidige krisis in die Republiek van Suid-Afrika gaan regstel nie. Beter salarisste is 'n tydelike motivererder. Werkstevredenheid is egter die belangrikste motiverende faktor vir 'n gelukkige werkerskorps.

Salarisse en byvoordele van blanke munisipale amptenare met inbegrip van dié van geregistreerde verpleegkundiges word volgens Van der Merwe, J. F. M. (1990:140) hoofsaaklik deur Nywerheidsrade vasgestel. Aangesien die lede van die Nywerheidsraad vanuit die plaaslike besture self kom, vind die salaris- en byvoordeelvasstelling outonoom plaas. Salarisse blyk derhalwe nie onder blanke amptenare 'n bron van ontevredenheid te wees nie.

In tale plaaslike besture in die land lyk die situasie volgens Esterhuyse (1991:18) minder rooskleurig vanweë gemeenskappe se onwilligheid of onvermoë om vir dienste te betaal. Hierdie plaaslike besture het derhalwe 'n beperkte inkomste en moes vir etlike jare op oorbruggingsfondse van die staat wat sedertdien gestaak is, oorleef. Die logiese afleiding is dus dat daar in

hierdie plaaslike besture minder fondse vir personeeladministrasie beskikbaar sal wees.

Volgens Gerber et al., (1992:423) moet die vergoedingstelsel met die waarde van 'n pos verband hou. Om vergoeding aan 'n pos te koppel, moet die waarde van die betrokke pos bepaal word.

Poswaardering is volgens Andrews (1986:171) 'n bestuursinstrument waarvolgens bepaal kan word watter vergoeding aan 'n betrokke pos toegeken behoort te word.

Gerber et al. (1992:267) beskryf poswaardering as 'n proses waardeur daar uit 'n vergoedingsoogpunt 'n moontlike waarde aan die onderskeie poste binne die onderneming gekoppel word. Hierdeur word gepoog om te kyk of die vergoeding in goeie verhouding staan tot die pos se bydrae en die organisasie se doelmatigheid (Gerber et al. 1992:476). Die waarde van die werk word bepaal in terme van die bydrae wat dit lewer in die bereiking van doelwitte in die onderneming (Gerber et al. 1992:476).

Marx (1986:170) omskryf poswaardering as "die proses waardeur die relatiewe waarde van die verskillende take in 'n onderneming so noukeurig as moontlik vasgestel word ten einde 'n regverdigte vergoeding aan elke taak toe te sê".

Hierdie waardemeting behoort volgens Marx (1986:170) te geskied aan die hand van definitiewe maatstawwe wat vooraf vasgestel behoort te word.

In plaaslike besture bestaan daar volgens Van Jaarsveld, Coetzee & Fourie (1986:180), ingevolle die Wet op Arbeidsverhoudinge 1956 (Wet 28 van 1956), 'n sentrale posevalueringskomitee wat plaaslike besture in Transvaal se poste op 'n eenvormige basis evalueer. Die plaaslike besture van Johannesburg en Pretoria is hierby uitgesluit.

Poswaardering van amptenare in plaaslike besture word aan die hand van vyf faktore gedoen, naamlik kwalifikasies, ondervinding, verantwoordelikheid, werksomstandighede en verstandelike vereistes (Van Jaarsveld et al. 1986:180). Vergoeding hou verband met die poswaardering.

In die lig van die onderskeie menings van die voorafgenoemde outeurs kan tot

die slotsom gekom word dat die vergoeding van verpleegkundiges histories 'n knelpunt is. Literatuur dui daarop dat die vergoeding van geregistreerde verpleegkundiges nie verband hou met die sosiale waarde van haar taak nie.

Byvoordele is volgens Gerber et al. (1992:423) vergoeding buiten salaris en lone. Marx (1986:177) omskryf byvoordele as "alle vorms van bykomende vergoeding, dit wil sê, alle geldelike en nie-geldelike voordele en voorregte wat 'n werkewer aan sy werknemers beskikbaar stel, bo en behalwe die normale loon, salaris, bonus of kommissie".

Byvoordele kan volgens Marx (1986:177) in twee kategorieë verdeel word naamlik

- Byvoordele wat uit wetlike verpligting voortspruit, byvoorbeeld werkloosheidversekering, verlof, siekteverlof, pensioen (uitdienstredingsversekering), 'n behuisingskema, 'n mediese skema in die geval van 'n broodwinner en verlofvoorregte.
- Byvoordele wat vrywillig deur werkewers aan hul werkers beskikbaar gestel word, byvoorbeeld ontspanningsgeriewe, maatskappymotors, motorvoertuigskemas, kinderbewaarsentra, studiebeurse, spesiale studieverlof, onthaaltoelaes, betaling van registrasie en professionele lidmaatskapgelde, uniforms en dies meer.

Die statutêre byvoordele van geregistreerde verpleegkundiges in diens van blanke plaaslike besture word deur die Wet op Arbeidsverhoudinge, 1956 (Wet 28 van 1956) bepaal, terwyl die byvoordele van geregistreerde verpleegkundiges in diens van swart plaaslike besture in die Wet op Swart Plaaslike Owerhede, 1982 (Wet 102 van 1982) omskryf word.

Die byvoordele van munisipale amptenare soos kafeteriageriewe, kindersorgsentrums, en ander aspekte word volgens Van Der Merwe, J. F. M. (1990:141) outonom deur individuele plaaslike besture onderneem en maak nie deel uit van Nywerheidsraadsooreenkomste met betrekking tot vergoeding nie.

2.2.2 Die fisiese werksomgewing

Marx (1986:192) omskryf fisiese werksomstandighede net as die fisiese

omgewing waarbinne 'n persoon sy werk moet uitvoer. Dit sluit aspekte soos die aantreklikheid van die werksplek, veiligheidsmaatreëls, personeelgeriewe en gesondheidstoestande in.

Werksomstandighede blyk 'n invloed op werkers se lojaliteit, moreel, motivering en sekuriteitsgevoel te hê en kan derhalwe ontevredenheid, swak prestasies en 'n hoër personeelomset tot gevolg hê.

Volgens Beukes (1990:15) dra 'n onveilige fisiese werksomgewing met swak omgewingselemente soos swak beligting by tot stres en gesondheidsprobleme en verbeter werksprestasies in 'n beter fisiese omgewing.

Die fisiese werksomgewing is volgens Lock (1991:18) dié terrein in die werkslewe van geregistreerde verpleegkundiges waарoor die meeste beheer uitgeoefen kan word en daarom moet op hierdie terrein gekonsentreer word in 'n poging om produktiwiteit te verhoog en moreel te verbeter.

'n Gemaklike, veilige en aantreklike fisiese werksomgewing is volgens Flippo (1988:391) noodsaaklik, omdat dit in die werker se veiligheidsbehoeftes voorsien. Items soos lessenaars en matte is voorbeeld van statussimbole in die werkslewe en dui die werker se plek in die hiérargie aan. Dit laat werknemers belangrik en gewaardeerd voel.

Met betrekking tot die fisiese werksomgewing het Buch (1986:37) in sy ondersoek in die gemeenskapsdienste in Gazankulu bevind dat die swak fisiese faktore in die plattelandse klinieke, soos die kroniese tekort aan voorraad en toerusting, swak of geen behuising, swak telekommunikasie en elektrisiteit en hoë werkslading, as die belangrikste redes vir werksontevredenheid deur geregistreerde verpleegkundiges aangegee is.

Dit is die standpunt van die Suid-Afrikaanse Verpleegstersvereniging dat, "verpleegkundiges as werknemers die reg het om te verwag dat hulle werksplekke geen voorkombare gevaar vir die gesondheid en veiligheid van werknemers inhoud nie ..." (Suid-Afrikaanse Verpleegstersvereniging¹ 1991:3).

Dit is verder ook die standpunt van die Suid-Afrikaanse Verpleegstersvereniging dat, "die werkewer verantwoordelik is vir die beskikbaarstelling van die nodige toerusting en mannekrag om die verpleegkundige in staat te stel om haar taak te verrig ..." (Suid-Afrikaanse Verpleegstersvereniging¹ 1991:3).

'n Swak fisiese werksomgewing dra by tot die demotivering en werksontvredeheid van personeel en het verswakking van werksprestasie tot gevolg (Marx 1986:192).

2.2.3 Die psigiese werksomgewing

Gerber et al. (1992:119) haal Van Dyk et al. (1985) aan wat psigiese werksomgewing omskryf as die taakinhoudomgewing. Die taakinhoudomgewing is volgens Van Dyk die betekenisvolste komponent van die werkslewe omdat dit met individuele prestasie verband hou. Dit hou ook verband met die sielkundige bevrediging wat 'n werker ervaar deur die werk wat hy/sy doen. Volgens Gerber et al. (1992:132) bestaan daar by verskillende skrywers konsensus dat die taakinhoudomgewing 'n baie belangrike invloed uitoefen op die werker se ingesteldheid om te presteer.

Volgens Gerber et al. (1992:133) kan vyf kritiese elemente in die taakinhoudomgewing as volg onderskei word:

- Die aard van die werk. Bied die werk geleentheid tot selfverwesenliking, selfstandige besluitneming of deelname in besluitneming?
- Taakriglyne en -doelwitte. Weet die werker wat van hom verwag word? Hierdie element sal verband hou met die werknemer se insig in sy posomskrywing en met toesighouding.
- Benutting. Hierdie element hou verband met die geleentheid wat die werknemer kry om sy/haar kwalitatiewe vermoëns, dit wil sê, intelligensie, kwalifikasies, kennis vaardighede en kreatiwiteit te benut.
- Status en erkenning. Status verwys na die relatiewe waarde wat die onderneming en ander werkers aan die pos heg en erkenning wat 'n werker ontvang vir volgehoue toewyding en goeie prestasies.
- Ontwikkeling. Ontwikkeling hou volgens Gerber et al. (1992:134) verband met persoonlike groei en selfaktualisering.

Ontvredenheid met verskeie faktore in die psigiese werksomgewing blyk 'n baie belangrike knelpunt in verpleging te wees.

'n Betekenisvolle taak is volgens Flippo (1988:391) noodsaaklik vir elke werknemer omdat elke mens 'n behoefté aan erkenning en selfverwesenliking

het.

Marriner (1984:103) stel dit dat die kwaliteit van die werkslewe van professionele verpleegkundiges verbeter kan word deur die humanisering van die werkslewe. Dit kan bereik word in 'n demokratiese milieu waar geregistreerde verpleegkundiges die geleentheid het om hulself te bestuur. Meer geleenthede vir selfverwesenliking het volgens Marriner groter produktiwiteit tot gevolg.

In die huidige bestuurklimaat met klem op produktiwiteit, doeltreffendheid en effektiwiteit het die gehalte van werkslewe nuwe dimensies aangeneem. Dit is 'n sleutalelement in die doeltreffende bestuur van enige verpleegeenheid. Die gehalte van werkslewe kan slegs doeltreffend wees as al die faktore wat die werksomgewing beïnvloed op 'n wyse wat die produktiwiteit en die moreel van die verpleegpersoneel bevorder gekoördineer word (Lock 1991:15).

Die tradisionele bestuurder met sy outokrasie en paternalisme, sy "skynbelangstelling in personeel en vrome verkondiging van deelname" sal volgens De Bruyn (1991:26) in die toekoms moet verdwyn. Bestuurders sal die klem moet laat val op die behoud en effektiewe aanwending van menslike en finansiële hulpbronne wat toenemend skaarser word.

Die navorsers Helmer & McKnight (1988:10), Poole (1988:9) en Manager (1988:6-7), blyk dit eens te wees dat werksontevredenheid grootliks voorkom kan word deur deelname in besluitneming, oop kommunikasiekanale in alle rigtings, geleenthede vir voortgesette studie, buigbaarheid in diensure en beter markverwante vergoeding. Die daarstelling van bovenoemde faktore kan 'n noemenswaardige verbetering in die psigiese werksomgewing van geregistreerde verpleegkundiges teweegbring.

Hierdie bevinding stem ooreen met Shaw (1989:179) se stelling dat toekomstige bestuursistemaan verpleegkundiges ruimte moet bied om hul eie inisiatief te gebruik en verantwoordelikheid vir hul eie praktyk te neem.

Deelname in besluitneming blyk een van die grootste knelpunte in die werkslewe van geregistreerde verpleegkundiges te wees. Volgens bronne blyk gebrek daaraan een van die grootste oorsake van ontevredenheid in verpleging te wees.

Deelname in besluitneming en outonomie is sekerlik een van die mees belangrikste dimensies wat kwaliteit aan werkslewe verleen (Poole 1988:9).

Volgens Koontz, O'Donnell & Weishrich (1987:493) is dit 'n algemene behoeftte van die mens om beheer oor sy omgewing uit te oefen en om sy omgewing ooreenkomsdig sy behoeftes te beheer. Kennis aangaande die beleid wat sy praktyk beheer, kennis van reëls en regulasies wat in sy werk geld, plaas hom in beheer van sy omgewing. Wanneer 'n mens dus nie oor sy omgewing beheer het nie en dit sy behoeftebevrediging dwarsboom, tree frustrasie en aggressie in wat uiteindelik bedanking tot gevolg sal hê.

Ringl & Dotson (1989:42) haal die studies van Wandelt (1981), Huey (1974) en Kramer (1974) aan waarin gevind is dat die verpleegtekort in Amerika grootliks aan geregistreerde verpleegkundiges se ontevredenheid met die burokrasie, gebrek aan outonomie en deelname in die beplanning van hul werksomgewing toegeskryf kan word en meld dat dieselfde knelpunte steeds verantwoordelik is vir die ontevredenheid in verpleging in Amerika.

Dieselde tendens kan moontlik ook van toepassing wees op die werkslewe van die geregistreerde verpleegkundige in diens van plaaslike besture.

Die geregistreerde verpleegkundige mag vanweë haar aktiewe sleutelrol in primêre gesondheidsorgdienste nie uitgesluit word uit die bepaling van beleid, die beplanning, organisering en beheer van gesondheidsdienste op bestuurs- en diensleverende vlak nie. Dit is die geregistreerde verpleegkundige se reg om geken te word in bestuursbesluite wat haar praktyk raak. Dit is ook die standpunt van die Suid-Afrikaanse Verpleegstersvereniging (Suid-Afrikaanse Verpleegstersvereniging¹ 1992:4).

In aansluiting by die voorafgaande, blyk die gebrek aan erkenning sekerlik 'n baie belangrike rede vir werksontevredenheid by geregistreerde verpleegkundiges te wees.

Van Hemert (1985:5) wys daarop dat die gebrek aan terugvoering oor werksprestasies ook 'n belangrike oorsaak van spanning in die werkslewe is. Negatiewe terugvoer is volgens haar verkiesliker as geen terugvoer.

Mol (1990:89) huldig die siening dat erkenning van prestasies waarskynlik een

van die magtigste motiveringsmiddele is, maar dat dit meestal oor die hoof gesien word.

Li-Ming & George (1990:28) is van mening dat terugvoering oor 'n persoon se optrede essensieel is vir leer en motivering. Terugvoering is noodsaaklik om prestasie te verbeter en effektiwiteit te verhoog. Terugvoering bewerkstellig daarom ook professionele groei en persoonlike ontwikkeling en verbeter die kwaliteit van verpleegsorg. Terugvoering is volgens Li-Ming en George (1990:28) van kardinale belang vir verpleegkundiges, omdat hulle effektiwiteit tot 'n groot mate afhanklik is van die terugvoering wat hulle deur verskeie kanale ontvang. Personeevaluering is in die meeste gesondheidsorganisasies ingestel om koste-effektiwiteit te verhoog, maar as gevolg van oneffektiewe terugvoering slaag die personeevalueringstelsel in die meeste organisasies nie.

'n Personeevalueringstelsel, die amptelike prosedure van terugvoering aangaande werksprestasies kan ook as 'n aansporingstelsel dien. Volgens Van der Merwe P. (1990:141) bedryf sommige plaaslike besture merietestelsels en ander nie.

2.2.4 Die sosiale werksomgewing

Een van die vroegste navorsingstudies aangaande die effek van die sosiale werksomgewing op die gehalte van die werkslewe is volgens Cilliers (1983:51) deur Mayo uitgevoer, wat inderdaad ook die belangrikheid van groepsinteraksie in die werksituasie beklemtoon het.

Die sosiale werksomgewing verwys volgens Gerber et al. (1992:119) na interpersoonlike verhoudings en lidmaatskap van informele groepe in die werksomgewing. 'n Belangrike faset van die sosiale werksomgewing is die werknemer se verhouding met sy toesighouer.

Volle waardering, simpatieke hulp en taktvolle dissipline deur bestuurders open volgens Morana (1987:34) die kommunikasielyne met ondergesiktes. Dit gee aan die bestuur beter insig in die werknemer se persoonlike probleme, verhoog werksbevrediging en is die sleutel tot beter werksverrigting.

Kommunikasie en kommunikasiekanale is noodsaaklik vir die oorlewing van enige organisasie (Bisset 1990:17).

Die effektiwiteit van 'n organisasie draai om kommunikasie. Toesighouers se sukses word bepaal deur hul vermoë om effektief met die werkers te kan kommunikeer. Produktiwiteit en moreel word beïnvloed deur kwaliteit van die kommunikasie tussen 'n toesighouer en sy/haar ondergeskikte (Veninga 1982:82).

Die tradisionele lyne van kommunikasie is vanaf die toesighouer, deur die vlakke van bestuur na ondergeskiktes. Afwaartse kommunikasie is gewoonlik direktief, dit koördineer die aktiwiteite van die onderskeie vlakke in die hiërargie. Dit maak die plaaslike bestuur se doelstellings en die prosedure om die doelstellings te bereik aan die ondergeskiktes bekend. Afwaartse formele kommunikasie geskied by wyse van geskrewe dokumente oor die filosofie van die diens waarin die doelstellings ook uiteengesit word, eksterne beleid in die vorm van wette en regulasies, interne beleid in die vorm van omsendbrieve, beleidshandleidings, prosedure handleidings, posomskrywings en kennisgewings. Afwaartse kommunikasie kan ook mondelings geskied in die vorm van telefoniese opdragte, interkomopdragte, departementele hoofde, vergaderings en so meer (Vermeulen 1990:205).

Ongeag op welke wyse afwaartse formele kommunikasie geskied moet die toesighouer in gedagte hou dat hierdie vorm van kommunikasie, noodaakklik en onmisbaar soos dit ook al mag wees, die grootste potensiaal vir werkers ontevredenheid het, ongeag die kwaliteit van die boodskap. Alhoewel afwaartse kommunikasie negatief is in die sin dat dit altyd outokrasie impliseer, is dit 'n noodsaaklike bestuurshulpmiddel waarvolgens die beleid van die plaaslike bestuur aan die werknemers bekend gemaak word (Black 1989:24).

Ondersteuning deur toesighouers blyk egter 'n knelpunt in die werkslewe van die geregistreerde verpleegkundiges te wees. Die geregistreerde verpleegkundige in diens van plaaslike besture is waarskynlik nie 'n uitsondering in dié verband nie.

In 'n ondersoek wat hy in die primêre gesondheidsorgdienste van Gazankulu gedoen het, het Buch (1986:35) gevind dat geregistreerde verpleegkundiges se werksbevrediging laag is, omdat hulle meestal geïsoleerd werk en min ondersteuning van hul toesighouers kry. Toesighouding is ook burokraties en fokus meer op kontrole as op ondersteuning. Hierdie tendens mag ook op die

geregistreerde verpleegkundige in diens van plaaslike besture van toepassing wees aangesien sy in soortgelyke omstandighede funksioneer.

'n Ander belangrike faset van geregistreerde verpleegkundiges se sosiale werksomgewing is hul verhouding met geneeshere.

Met betrekking tot die geregistreerde verpleegkundiges se verhouding met geneeshere, skryf Miles (1981:8) dat verpleegkundiges steeds as die geneesheer se handlanger gesien word. In 'n opname wat in die Verenigde State van Amerika gemaak is, skryf Miles dat 75,0% van geneeshere hierdie siening huldig. Hierdie gebrek aan erkenning as 'n professionele praktisyn met 'n eie kundigheid is volgens Miles (1981:8) dikwels die rede waarom verpleegkundiges uit frustrasie die diens verlaat.

In 'n ondersoek na die werksbevrediging van Australiese verpleegkundiges het Johnstone (1976:24) bevind dat verpleegkundiges min erkenning van geneeshere vir hulle aandeel in die versorging en herstel van pasiënte ontvang. Geneeshere beskou verpleegkundiges as minderwaardig in vergelyking met geneeshere.

Met betrekking tot die verhouding tussen geregistreerde verpleegkundiges en geneeshere, stel Evertse (1991:35) dit dat geneeshere se mening van verpleegkundiges van die tyd van die dag afhang. Gedurende die dag heg hy min waarde aan haar mening. Snags is sy egter die genie aan wie se sorg hy sy pasiënt geheel en al toevertrou!

Van der Merwe en Smith (1991:40) meen egter dat geneeshere nou maar eers van die belangrikheid van die rol van die gemeenskapsverpleegkundige in die multidissiplinêre span bewus word. Die verpleegkundige moet egter self sorg dat sy 'n belangrike vennoot in die span bly.

Uit die voorafgaande word die afleiding gemaak dat ondersteuning deur die toesighouer 'n belangrike faktor in die psigiese werksomgewing van die verpleegkundige is. Dit wil voorkom of geneeshere tradisioneel min respek vir die geregistreerde verpleegkundige as onafhanklike praktisyn het, maar huidig meer van haar rol bewus word.

2.2.5 Geleentheid vir professionele groei

Hierdie dimensie van die werknemer se werkslewe behels volgens Gerber et al. (1992:369) die personeelontwikkelings- en loopbaanontwikkelingsgeleenthede wat die werkewer bied. Die basiese aanname met betrekking tot personeelontwikkeling is volgens Dessler (1984:494) dat die organisasie 'n verantwoordelikheid het om sy werkers se vermoëns maksimaal te ontgin. Dit sluit ook volgens Dessler (1984:494) die verhoging van die gehalte van die loopbaan in. Gehalte van die loopbaan behels nie net salaris en werksvoordele nie, maar ook die geleentheid vir die volle ontwikkeling van potensiaal.

Loopbaanontwikkeling fokus volgens Gerber et al. (1992:180) op beplande geleenthede en ontwikkelingsaktiwiteite om individuele loopbaandoelwitte te bereik. Dit is die formele optrede deur die onderneming om te verseker dat werknemers met die regte kwalifikasies en ondervinding beskikbaar is wanneer die onderneming hulle nodig het. In hierdie verband sal dus van die werkewer verwag word om geleenthede vir verdere opleiding daar te stel.

Opleiding is volgens Andrews (1986:140) belangrik omdat dit maksimale produktiwiteit verseker en bydra tot arbiedsbevrediging omdat "... employees gain a greater sense of worth, dignity and well-being as they become more valuable to their employers".

Opleiding ontwikkel volgens Van der Merwe P. (1990:5) nuwe denkpatrone en moet daarom in die werksituasie aandag kry.

Opleiding en ontwikkeling is volgens Van der Lingen (1991:22) een van die belangrikste aspekte in enige werksituasie omdat dit doeltreffendheid bevorder en die mens se potensiaal ten volle beskikbaar stel.

Ontwikkeling van mannekrag begin volgens Levey & Loomba (1983:437) by die filosofie dat mense 'n hulpbron en werkers 'n belegging is.

Voor die totstandkoming van die Wet op Plaaslike Owerheidsinstelling 1984, (Wet 101 van 1984) was opleiding en ontwikkeling volgens Van der Merwe J. F. M. (1990:140) in 'n groot mate in die hande van elke individuele plaaslike bestuur. Sommige plaaslike besture het ontwikkeling bevorder, terwyl die meerderheid, veral dié waar finansies vir eksterne opleiding ontbreek het, geen opleiding en verdere ontwikkeling onderneem nie.

Ingevolge genoemde wet is 'n opleidingsfonds gestig waartoe alle plaaslike besture bydra en waaruit opleidingskostes verhaal kan word.

Geleenthede vir verdere opleiding sal vir die swart verpleegkundiges van belang wees, omdat swart mense volgens Grobler (1990:13) baie waarde aan opvoedkundige kwalifikasies heg - hulle hoop om deur opleiding erkenning vir hulle menswaardigheid te kry.

Ontwikkeling, volgens Beukes (1990:15), is 'n noodsaaklike komponent van motivering en van uitmuntendheid. 'n Persoon wie opleidingsgeleenthede gehad het en toegelaat is om tot sy volle potensiaal te ontwikkel, sal werkstevredenheid ervaar en produktief wees.

Selfaktualisering is volgens Koontz et al. (1987:463) die behoefte wat mense het om hul vaardighede te verbeter om hulself te ontwikkel om sodoende hul maksimum potensiaal te kan benut.

Om in veral professionele werknemers se selfaktualiseringsbehoeftes te voorsien, moet organisasies volgens Koonz et al. (1987:493) loopbaanverrykingsmaatreëls in die werkslewe inbou. Dit impliseer meer geleenthede tot deelname in besluitneming, meer verantwoordelikheid, betrokkenheid in die beplanning van werksomgewing en terugvoering oor prestasies.

2.2.6 Konstitusionalisering in die werksomgewing

Konstitusionalisering in die werksomgewing dui volgens Gerber et. al (1992:369) op die beskerming van die werker se menseregte, sy reg op vryheid van spraak, privaatheid, respek vir die persoon en om soos 'n volwassene behandel te word.

Die regte van die geregistreerde verpleegkundige in diens van plaaslike besture word volgens Grobler (1990:13) deur die Wet op Arbeidsverhoudinge, 1956 (Wet 26 van 1956) en die Wet op Swart Plaaslike Owerhede 1928 (Wet 102 van 1982) beskerm. Genoemde wetgewing bepaal die diensvoorraades en die voorskrifte waarvolgens disciplinering en tughtiging van personeel in plaaslike besture moet geskied. Die grieveprosedure word egter om verskeie redes nie na wense in plaaslike besture benut nie.

Daar bestaan volgens Grobler (1990:13) faktore in die werkslewe wat die regte van werkers aantas, maar waarvoor die werkgever nie altyd verantwoordelik is nie. Rassisme kan byvoorbeeld tot gevolg hê dat die menswaardigheid van sommige werkers aangetas word en skep 'n gesindheid en persepsie wat 'n nadelige invloed op verhoudinge tussen swart geregistreerde verpleegkundiges en hul blanke werkgewers kan hê. Dit kan volgens Grobler (1990:13) ook tot gevolg hê dat swart werkemers vertroue in hul blanke werkgewers verloor en hulle tot vakbonde wend om hulle belang te bevorder. Dit is moontlik die rede waarom vakbonde so 'n belangrike rol in veral die swart werker se werkslewe speel. Grobler (1990:13) meen dat vakbondleiers die beskermer van sy lede se strewes is. Volgens Green (1990:31) het swart werkers 'n kampvegter nodig om hulle saak te stel, voordele vir hulle te beding en om te sien na hulle sosio-ekonomiese en politieke aspirasies.

Inaggenome dat die grieveprosedure die belangrikste institusionele stelsel is wat ter ondersteuning van die plaaslike bestuur se arbeidsverhoudinge gebruik kan word, behoort die belangrikheid van die effektiewe funksionering van die grieveprosedure nie onderskat te word nie, anders sal die verpleegkundiges hulle toenemend wend tot die alternatief van stakings om werkgewers bewus te maak van hul grieve (Manthey¹ 1989:23).

In teenstelling met hierdie siening is Kirsten (1990:22) van mening dat individue nie aan omstandighede in die werkslewe uitgelewer hoef te wees nie. Die werker dra self baie by tot omstandighede in die werksplek en die gesindheid van sy werkgever. Personeel moet in ag neem dat hulle deel is van 'n politiek-maatskaplike bestel waarvoor die werkgever nie noodwendig aanspreeklikheid kan aanvaar nie.

Die Standpunt van die Suid-Afrikaanse Verpleegstersvereniging² (1991:1) is dat verpleegkundiges dieselfde wetlike regte ten opsigte van diensvoorraadet het as enige ander werknemer, dit wil sê, die reg op billike en regverdigte diensvoorraadet en dienspraktyke . Verpleegkundiges het ook die reg op 'n regverdigte prosedure vir die beslegting van geskille (Suid-Afrikaanse Verpleegstersvereniging² 1992:3).

2.2.7 Totale lewensruimte

Die totale lewensruimte is volgens Gerber et al. (1992:370) die balans wat daar in 'n werker se tydsindeling tussen werksure en vrytyd vir gesins- en sosiale verpligtinge bestaan.

Diensure blyk volgens bronre histories 'n belangrike faktor in die werkslewe van geregistreerde verpleegkundiges te wees.

Venter (1983:35) het in haar ondersoek na die faktore wat verpleegkundiges beïnvloed om uit die beroep te tree, gevind dat onderskeidelik 60,0% en 65,0% van die blanke en kleurling geregistreerde verpleegkundiges wat onderskeidelik by die ondersoek betrek is, naas salaris, swak diensure uitgesonder het as die rede waarom hulle die diens verlaat.

Schlebusch (1982:16) en Cilliers² (1983:53) het ook in hulle ondersoek swak diensure as een van die belangrikste redes uitgesonder waarom verpleegkundiges die diens verlaat.

Hierdie siening word ondersteun deur Fuzard, Slocum & Wiggers (1990:45) met haar siening dat die mees belangrikste rede waarom verpleegkundiges die verpleegprofessie verlaat, hul ontevredenheid met diensure en/of salaris is. Verpleging stel verpleegkundiges nie in staat om professionele en gesinsverpligtinge met mekaar te versoen nie.

Beukes (1990:14) beklemtoon dat tyd vir die moderne verpleegkundige, wat meestal lid van 'n gesin is, 'n kosbare kommoditeit is. 'n Groot persentasie verpleegkundiges is volgens Beukes bereid om hoër salaris op te offer ter wille van gereelde diensure wat hulle in staat stel om meer tyd saam met hulle gesinne deur te bring.

In die lig van bogenoemde kan die gereelde diensure 'n belangrike positiewe faktor in die gehalte van die werkslewe van geregistreerde verpleegkundiges in diens van plaaslike besture wees.

2.3 WERKSTEVREDENHEID

Tevredenheid met faktore in die werkslewe verseker volgens Longo & Uralker (1987:78) die behoud van geregistreerde verpleegkundiges. Die gesondheids-

diens beskerm sodoende sy grootste belegging. Daar is volgens dié outeur 'n verband tussen gehalte van werkslewe en werkstevredenheid.

Chris Argyris, soos aangehaal deur Gerber et al. (1992:368), kom ook tot die slotsom dat daar 'n interafhanglikheid tussen die gehalte van die werkslewe, werksbevrediging, werksmotivering en werksprestasie is. Outeurs soos Levey & Loomba (1983:452) en Marx & Churr (1984:269), huldig in aansluiting hierby die siening dat werksprestasie verbeter namate gehalte van die werkslewe verbeter. In die lig van bogenoemde word werksbevrediging by hierdie studie ingesluit.

Volgens Brink (1984:35) ervaar 'n persoon werkstevredenheid wanneer hy goed voel oor sy werk en ervaar hy werksontevredenheid as hy besonder sleg voel oor sy werk.

Volgens Niehouse (1986:8) is werksbevrediging 'n relatiewe begrip wat verskillende dinge vir verskillende mense beteken.

Kastner (1990:20) meen dat individue bepaalde houdings en oriëntasies met hulle na 'n werk saambring. Hierdie persoonlike veranderlikes speel 'n belangrike rol in die verhouding tussen die gehalte van die werkslewe en werkstevredenheid. Enkele persoonlike veranderlikes is byvoorbeeld opleiding, aantal diensjare, ouderdom, geslag en ras. Hierbenewens het eienskappe van die werk ook 'n invloed op die werkstevredenheid. Herhalende take, fisies harde werk en 'n hoë werkslading, word gesien as onderdrukkers van werksbevrediging. Bevorderingsmootlikhede, goeie diensvoorwaardes en toesighouding kan werksbevrediging bevorder. Die graad waarin basiese behoeftes en verwagtinge bevredig word, bepaal werkstevredenheid en werksprestasie.

Mol (1990:45) meen dat werksmotivering onmoontlik is as werknemers met hul werksomstandighede ongelukkig is. Swak werksprestasie hou volgens Mol meestal verband met werkstevredenheid.

2.3.1 Motivering

In die lig van voorafgaande outeurs se menings dat die bevrediging van

behoeftes 'n belangrike bepalende faktor vir werkstevredenheid en werksprestasie is, word enkele motiveringsteorieë vervolgens bespreek. Berns (1982:27) skryf dat navorsing oor die laaste halfeeu kennis oor die behoeftes en aard van die mens verbreed het. Die mens is eers gesien as 'n enkel ekonomiese organisme. Die moderne siening van die mens is dié van 'n wese met menslike elemente wat ook sosiale en emosionele elemente insluit.

'n Behoefte definieer Kastner (1990:20) as 'n fisiese of psigiese vakuum of gebrek wat gedrag aktiveer. 'n Behoefte ontstaan in 'n individu self of in sy omgewing. Motivering is die hoeveelheid energie wat 'n persoon bereid is om aan te wend en die inset wat hy bereid is om te lewer om sy behoeftes te bevredig (Kastner 1990:21).

Maslow se teorie oor menslike motivering en sy klassifikasie van die basiese behoeftes van die mens dateer volgens Geldenhuys, (1975:53) sover terug as 1943, maar word vandag toenemend deur industriële sielkundiges gebruik om werksmotivering te verklaar.

Koontz et al. (1987:4482) verklaar Maslow se teorie soos volg

Maslow se motiveringsteorie is gegrond op twee uitgangspunte. Eerstens teen hy dat die mens onophoudelik begeer en dat dit tot gevolg het dat sodra een behoefte bevredig is, 'n volgende behoefte verskyn om die vorige een se plek in te neem. 'n Onbevredigde behoefte motiveer gedrag. Maslow se tweede uitgangspunt volgens Koontz et al. (1987:482) is dat menslike behoeftes in 'n rangorde van belangrikheid gerangskik is. Maslow deel menslike behoeftes in vyf hoofkategorieë in en rangskik dit in 'n rangorde van belangrikheid.

Die hiërargie is soos volg

- Fisiologiese behoeftes wat noodsaaklik is vir die mens se biologiese funksionering en oorlewing. Hierdie behoeftes is primêr en indien hulle onbevredig is, sal alle gedrag daarop gerig wees om hulle te bevredig.
- Veiligheidsbehoeftes. Veiligheidsbehoeftes tree na vore wanneer die fisiologiese behoeftes bevredig is.
- Sosiale behoeftes. Dit sluit die behoefte aan liefde, aanvaarding en

kameraadskap in. Sosiale behoeftes tree na vore sodra die mens veilig voel.

- Agtingsbehoeftes. Agtingsbehoeftes hou verband met selfagting en selfrespek asook respek en agting vir ander mense.
- Selfaktualiseringsbehoeftes. Sodra al die vorige behoeftes bevredig is, tree die mens se hoogste behoeftes in werking, naamlik sy behoeftes om tot maksimum potensiaal te ontwikkel.

Eersgenoemde twee behoeftes beskou Maslow as laer-orde behoeftes. Laasgenoemde drie behoeftes word as hoër-orde behoeftes beskou.

Volgens Kastner (1990:23) kan Maslow se teorie soos volg op die werksituasie van toepassing gemaak word:

- Die fisiologiese behoeftes dui op 'n behoeftes aan kos, water, suurstof en so meer en kan bevredig word deur die salaris wat die werknemer ontvang in ruil vir die dienste wat hy lewer asook deur die voorsiening van 'n veilige werksomgewing.
- Die veiligheidsbehoeftes wat dui op 'n behoeftes aan sekuriteit, struktuur en orde, en 'n vrees vir die onbekende toekoms kan bevredig word deur die organisasie se beplanningsaktiwiteite en organisasiestrukture asook deur die pensioenskema en mediese- en ander versekeringsfondse.
- Die sosiale behoeftes dui op 'n behoeftes om aan 'n groep te behoort. Hierdie behoeftes word bevredig deur die informele groepe waaraan die werker in die organisasie behoort, aanvaarding deur die groep en ontspanningsaktiwiteite.
- Die behoeftes aan erkenning dui op selfrespek en erkenning van prestasies en vermoëns waaroor die werker beskik. Die organisasie kan dié behoeftes bevredig deur erkenning te gee aan 'n werker se status, sukses deur middel van prestasiebeoordeling, merietebevordering, meriete-toekennings of deur verantwoordelikheid aan hom op te dra.
- Selfaktualiseringsbehoeftes dui op die vervulling van 'n persoon se eie individualiteit en die geleentheid om deur middel van die geleenthede wat

die organisasie hom bied sy maksimum potensiaal te bereik. Om hierdie behoeftte te bevredig moet 'n werker kreatief kan wees en hom ten volle in sy werksituasie uitleef.

Berns (1982:28) meen dat verpleegkundiges, net soos alle werkers, ook basiese behoeftes het waarvan die aard uiteenlopend is. Laer-orde en hoër-orde behoeftes word onderskei. Laer-orde behoeftes is die voorsiening van lewensmiddele en beskerming. Hoër-orde behoeftes is werksecuriteit, erkenning, bevorderingsgeleenthede en geleentheid vir professionele groei en selfverwesenliking. Berns (1982:30) meen dat verpleging histories die laer-orde behoeftes van verpleegkundiges bevredig. Laer-orde behoeftes word bevredig deur salarisverhogings, die verbetering van werksomstandighede en die verbetering van verhoudings met die toesighouer en portuurgroep. Verpleegkundiges sal volgens Berns (1982:30) na werksituasies soek wat ook hulle hoër behoeftes sal bevredig. 'n Werksituasie met 'n potensiaal vir professionele groei en ontwikkeling, erkenning, meer verantwoordelikheid en selfaktualisering sal bevrediging vir hoër-orde behoeftes bied.

Volgens Hersey & Blanchard (1987:56) is Herzberg se twee-faktor teorie wat gebaseer is op Maslow se teorie van menslike behoeftes, moontlik van die belangrikste verklarings vir werksbevrediging. Volgens Herzberg se twee-faktor teorie oor werksbevrediging is daar twee faktore wat 'n persoon se houding teenoor sy werksituasie beïnvloed. Hierdie twee faktore noem Herzberg die motivering of interne faktore en die higiëne of eksterne faktore. Motiveringsfaktore verwys na daardie faktore wat geassosieer kan word met positiewe gevoelens oor 'n mens se werk en is verwant aan die werksinhoud self. Voorbeeld van motiveringsfaktore is die aard van die werk, erkenning van prestasies, bevordering en die toewysing van groter verantwoordelikheid in die werksituasie. Motiveringsfaktore het volgens Herzberg 'n positiewe en langdurige effek op werksbevrediging. Dit sluit volgens Mackereth (1989:778) faktore in soos

- prestasie en die tevredenheid oor werk wat goed voltooï is;
- erkenning van prestasie deur die toesighouers, wat die selfbeeld verhoog;
- 'n werk wat uitdagings en belonings bied;
- 'n toename in verantwoordelikheid;
- selftevredenheid, wat 'n belangrike motiveerdeerder is en 'n belangrike rol speel om werkstevredenheid te verseker.

Higiëne faktore, sê Mackereth (1989:778) verwys volgens Herzberg na daardie faktore wat met positiewe gevoelens omtrent 'n persoon se werk geassosieer word. Dit hou verband met die omgewing waarbinne die werk gedoen word. Voorbeeld van higiëne faktore is toesighouding, salaris, beleid, organisasie en werksprosedures, werksure en interpersoonlike verhoudings. Hierdie faktore volgens Mackereth (1989:778) bevorder nie werksbevrediging nie. As dit afwesig is, sal dit werksontevredenheid tot gevolg hê. Daarom dan ook dat Herzberg higiëne faktore as "dissatisfiers" beskryf (Mackereth 1989:778).

In die lig van Maslow se teorie kan verwag word dat 'n geregistreerde verpleegkundige na die hoër-orde behoeftes sal streef sodra die laer-orde behoeftes bevredig is. Die werkslewe moet daarom volgens Marriner (1984:202) voorsiening maak vir uitdagings en werksverruiming soos outonome besluitneming, groei, ontwikkeling en selfaktualisering.

Die negatiewe gevolge wat bovenoemde faktore op die lewering van primêre gesondheidsorgdienste deur plaaslike besture kan hê, regverdig 'n studie oor die gehalte van die werkslewe van geregistreerde verpleegkundiges in diens van plaaslike besture.

2.4 SAMEVATTING

Die literatuurstudie het aan die lig gebring dat die gehalte van die werkslewe van die geregistreerde verpleegkundige deur 'n wye verskeidenheid faktore beïnvloed word en derhalwe kan in aansluiting by Van der Merwe P. (1990:139) beklemtoon word dat 'n instelling kennis oor die individuele personeellede moet hê om in staat te wees om hulle effektiel te benut en gehalte van die werkslewe te verseker.

Tereg maak Lock (1991:19) die stelling dat gehalte van werkslewe baie meer as net die uitskakeling van vervelige take is, of om te verseker dat daar genoeg personeel, toerusting en voorrade is.

Gehalte van werkslewe is volgens haar of die tyd wat by die werk deurgebring word uiteindelik vir die werknemer die moeite werd is.

Dit blyk uit die literatuurstudie dat

- die gehalte van die werkslewe deur 'n verskeidenheid van faktore beïnvloed word, maar dat gehalte van die werkslewe vir elke werker weens die individualiteit van die mens 'n ander betekenis het (Dessler 1984:429);
- die werkslewe uit verskeie komponente bestaan waarvan die werksomgewing en die werkseienskappe van die belangrikste is (Hopkins 1983:41);
- swak besoldiging 'n historiese knelpunt in verpleging is, maar nie noodwendig die belangrikste oorsaak vir werksontevredenheid is nie (Beukes 1990:14);
- ondoeltreffende, outokratiese bestuur en verbandhoudende aspekte soos die gebrek aan deelname in besluitneming, gebrek aan outonomie, die gebrek aan erkenning vir prestasies, swak loopbaanbeplanning, swak bevorderingsmoontlikhede en min geleenthede vir selfaktualisering, belangrike redes vir werksontevredenheid is (Longo & Uraker 1987:78);
- negatiewe faktore in die gehalte van die werkslewe wel sommige geregistreerde verpleegkundiges beïnvloed om die professie te verlaat (Rogers, Sweeting & Davis 1989:59);
- sommige verpleegkundiges ten spyte van negatiewe faktore in die werkslewe aanbly en tog werkstevredenheid ervaar (Kastner 1990:20).

Die literatuurstudie het aanleiding gegee tot die formulering van die aannames van hierdie studie, naamlik dat

- inligting aangaande die gehalte van die werkslewe van die geregistreerde verpleegkundige in diens van plaaslike besture is 'n belangrike voorvereiste vir die beplanning en effektiewe bestuur van die verpleegmannekrag in primêre gesondheidsorgdienste in die Republiek van Suid-Afrika;
- identifisering van die faktore wat die gehalte van die werkslewe van die geregistreerde verpleegkundige beïnvloed, deur plaaslike besture aangewend kan word om die gehalte van die werkslewe van hul geregistreerde verpleegkundiges te verbeter, en werkstevredenheid te

bevorder.

- inligting aangaande die faktore wat geregistreerde verpleegkundiges beïnvloed om 'n loopbaan in die primêre gesondheidsorgdienste van plaaslike besture te kies, aangewend kan word in die werwing van verpleegmannekrag vir dié dienste;
- inligting aangaande die negatiewe faktore in die werkslewe van geregistreerde verpleegkundiges, plaaslike besture in staat kan stel om effektief voorsorgmaatreëls te tref om 'n verpleegmannekragtekort in hul dienste te voorkom en om kontinuïteit in primêre gesondheidsorgdienste te verseker.

HOOFSTUK 3

NAVORSINGSPROSEDURE

3.1 INLEIDING

Die doel van hierdie studie is om inligting in te samel ten einde 'n perspektief te verkry op die biografiese eienskappe en die gehalte van die werkslewe van geregistreerde verpleegkundiges in diens van plaaslike besture. Daar word ook gepoog om faktore te identifiseer wat geregistreerde verpleegkundiges beïnvloed om 'n loopbaan in plaaslike besture te kies asook te bepaal watter faktore in hul werkslewe die werkstevredenheid van geregistreerde verpleegkundiges positief of negatief beïnvloed.

3.2 STUDIETYDPERK

Die studie is gedurende die tydperk Januarie 1990 tot November 1992 uitgevoer.

Die eerste jaar is hoofsaaklik aan die literatuurstudie gewy ten einde inligting aangaande vorige navorsing, tydskrifartikels en ander publikasies aangaande die onderwerp te bekom en te bestudeer. Informele gesprekke is met geregistreerde verpleegkundiges in diens van plaaslike besture gevoer. Verskeie navorsingsmetodes is bestudeer ten einde 'n gesikte metodologie vir die studie te vind. Toestemming is van die Departement van Nasionale Gesondheid en Bevolkingsontwikkeling verkry vir die benutting van amptelike rekords (Bylae B).

Tydens die tweede studiejaar is die vraelys ontwerp en die voortoets gedoen. Met die hulp van die Suid-Transvaalse Streekkantoor van die Departement van Nasionale Gesondheid en Bevolkingsontwikkeling is 'n alfabetiese lys van plaaslike besture in die Ontwikkelingstreke F, H en J saamgestel. Toestemming is van plaaslike besture verkry om die geregistreerde verpleegkundiges in hulle diens as respondentte te gebruik (Bylae C). Met behulp van verpleegkundiges in beheer van dienste van plaaslike besture is 'n

lys van die populasie saamgestel en die steekproef geneem.

Gedurende 1 Januarie 1992 tot 15 Februarie 1992 is die data ingesamel.

Die res van die studietydperk is benut vir die verwerking van die data en die opstel van die verslag.

3.3 METODOLOGIE

Hierdie is 'n beskrywende studie waarin die opnamemetode gebruik is om data te versamel.

Die rede vir die keuse van hierdie metodologie is omdat hierdie studie soos Polit & Hungler (1987:142) dit stel, primêr ten doel het om te beskryf aspekte te dokumenteer en nie soseer om die verhouding tussen veranderlikes te verklaar nie (Polit & Hungler 1987:142).

Aangaande die opname wat as dataversamelingsmetode gebruik is, stel Krampitz & Pavlovich dit dat; "the survey is a design that allows the investigator to collect information about a number of variables from many respondents" (Krampitz & Pavlovich 1981:44).

'n Kwantitatiewe benadering is in die ondersoek gevolg om die gehalte van die werkslewe van geregistreerde verpleegkundiges in diens van plaaslike besture te beskryf.

Die doel van 'n kwantitatiewe benadering is om verskynsels te beskryf of om die omvang van die verhouding tussen verskynsels te bepaal (Polit & Hungler 1987:535).

Aangesien hierdie studie nie 'n vergelyking tussen veranderlikes is nie, is geen hipotese gestel nie, maar is die studie deur navorsingsvrae geleei.

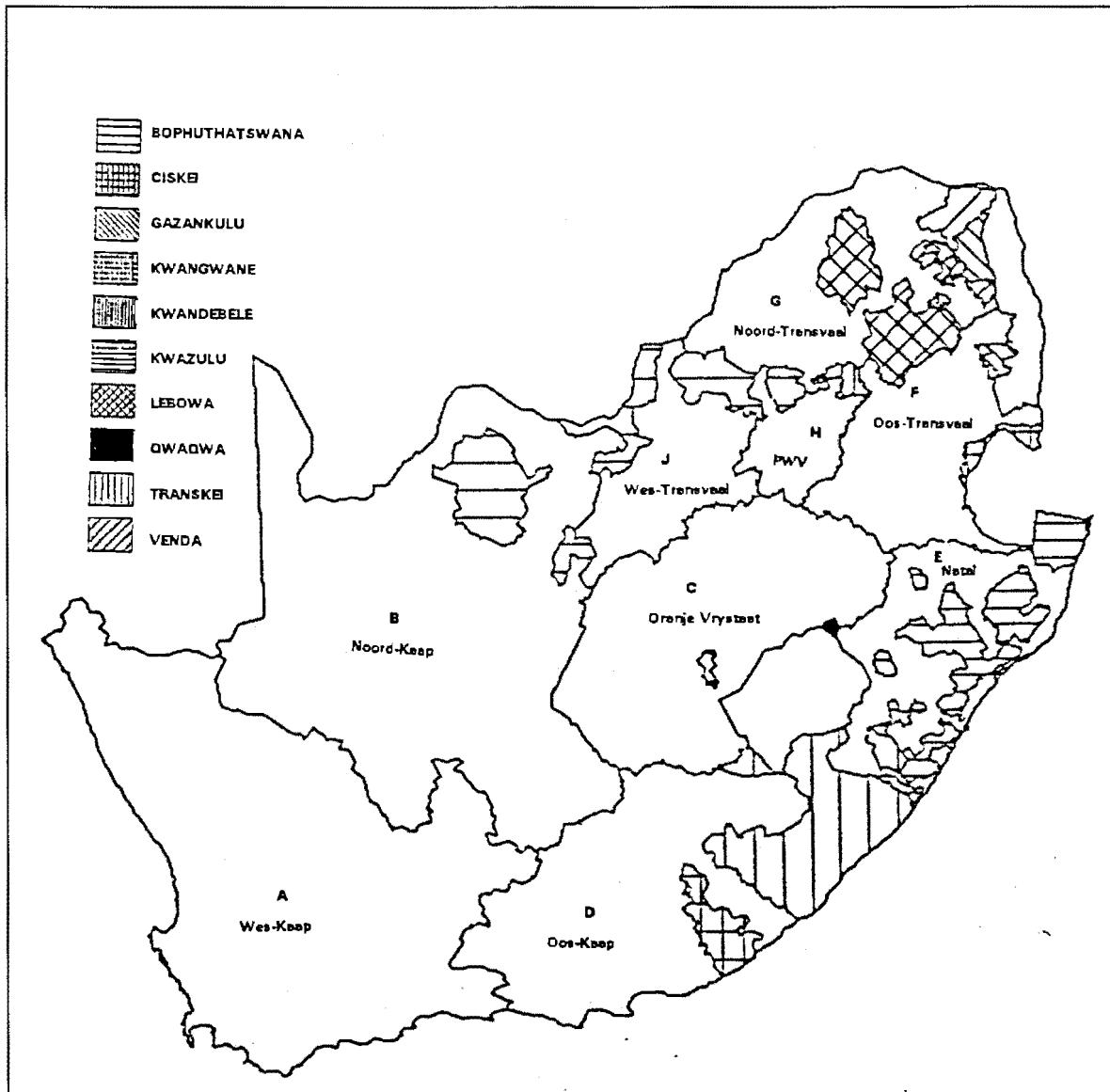
Hierdie strategie word ondersteun deur Treece & Treece (1986:153) en Polit & Hungler (1987:112).

3.4 DIE OMVANG VAN DIE STUDIE

3.4.1 Die geografiese gebied waar die studie uitgevoer is

Die Republiek van Suid-Afrika is, soos op die meegaande kaart aangedui, in nege ontwikkelingstreke ingedeel.

Die studie is uitgevoer by plaaslike besture wat binne die geografiese gebied van ontwikkelingstreke F, H en J val.



KAART 3.1 DIE ONTWIKKELINGSTREKE VAN DIE REPUBLIEK VAN SUID-AFRIKA

3.5 DIE POPULASIE

Die populasie vir hierdie studie bestaan uit geregistreerde verpleegkundiges in diens van plaaslike besture in die ontwikkelingstreke F, H en J.

Sewe en negentig plaaslike besture in die ontwikkelingstreke F, H en J wat ingevolge artikel 26 van die Wet op Gesondheid 1977 (Wet 63 van 1977) gesondheidsdienste lewer, het ingestem om aan die studie deel te neem.

Die grootte van die populasie bestaan uit 1006 geregistreerde verpleegkundiges.

Blanke plaaslike besture in die Republiek van Suid-Afrika word ingevolge artikel 8 van die Wet op die Besoldiging van Stadsklerke 1984 (Wet 115 van 1984) en swart plaaslike besture ingevolge die Wet op Swart Plaaslike Owerhede (Wet 102 van 1982), in vyftien grade ingedeel.

Die gradering van plaaslike besture geskied volgens 'n 13-faktor formule, naamlik

- inkomste
- getal geproklameerde standplose/erwe binne die plaaslike bestuur
- aantal watermeters
- kiloliters water gesuiwer
- aantal elektrisiteitsmeters
- aantal rioleringspunte
- kiloliters riool gesuiwer
- totale kilometers paaie en strate
- aantal huise
- aantal brandweervoertuie
- aantal ambulanse
- aantal biblioteekboeke uitgereik
- aantal handelslisensies uitgereik

Hoe hoër die frekwensie van die genoemde faktore is, hoe hoër is die gradering van die plaaslike bestuur.

Die populasie is dus heterogeen in terme van die gradering van die plaaslike

besture in wie se diens geregistreerde verpleegkundiges is.

'n Uiteensetting van die populasie word in Tabel 3.1 gegee.

TABEL 3.1 UITEENSETTING VAN DIE VERSPREIDING VAN GEREGISTREERDE VERPLEEGKUNDIGES WAT DIE POPULASIE UITMAAK

GRADERING VAN PLAASLIKE BESTURE	AANTAL PLAASLIKE BESTURE WAT GESONDHEIDSDIENSTE LEWER	GEREGISTREERDE VERPLEEGKUNDIGES
*1	0	0
2	4	5
3	9	11
4	9	13
5	15	20
6	8	18
7	16	58
8	5	52
9	7	54
10	8	130
11	12	287
12	2	88
**13	0	0
***14	0	0
15	2	270
	97	1 006

Slegs plaaslike besture wat toestemming verleen het, is by die studie betrek.

- * Daar is geen plaaslike bestuur wat gesondheidsdienste lewer met gradering 1 in die studiegebied nie.
- ** Geen plaaslike bestuur met gradering 13 wou toestemming verleen om aan die studie deel te neem nie.
- *** Daar is geen plaaslike bestuur met die gradering 14 in die studiegebied nie.

3.6 STEEKPROEFNEMING

Aangesien die totale populasie nie by die studie betrek kon word nie, was dit nodig om 'n steekproef te verkry wat verteenwoordigend van die totale

populasie is (Treece & Trece 1986:15 en Polit & Hungler 1987:207).

Die steekproef het uit vyftig persent van die populasie bestaan.

Die gradering van 'n plaaslike bestuur het 'n invloed op die besoldiging en ook op die gehalte van die werkslewe van amptenare in sy diens (Esterhuyse 1991:18).

Die inkomste van 'n plaaslike bestuur is een van die dertien faktore wat sy gradering bepaal.

Die sewe-en-negentig plaaslike besture wat aan die studie deelgeneem het, verteenwoordig twaalf kategorieë plaaslike besture van verskillende graderings.

Die twaalf kategorië plaaslike besture is in twee subgroepe ingedeel. Subgroep A bestaan uit plaaslike besture met gradering 2 tot 9. Subgroep B uit plaaslike besture met gradering 10 tot 15.

'n Alfabetiese lys van die plaaslike besture in die onderskeie graderings en subgroepe is saamgestel.

Subgroep A het 'n totaal van 231 geregistreerde verpleegkundiges in hulle diens en Subgroep B het 775 geregistreerde verpleegkundiges in hulle diens.

Lyste van geregistreerde verpleegkundiges in diens van die plaaslike besture is verkry.

Vervolgens is alfabetiese naamlyste van die geregistreerde verpleegkundiges in diens van elke plaaslike bestuur saamgestel met opeenvolgende nommers aan elke naam gekoppel. Sommige plaaslike besture wou, ten einde die anonimiteit van respondentte te beskerm, nie naamlyste verstrek nie. In dergelike gevalle het plaaslike besture self die naamlys saamgestel en 'n nommer aan elke geregistreerde verpleegkundige toegeken. Daarna is slegs 'n numeriese lys van die respondentte aan die navorsers verskaf.

Die twee subgroepe van die populasie word vir die doel van hierdie studie as twee strata gesien, stratum A en stratum B. "A stratum refers to mutually exclusive segments of a population established by one or more specifications" (Polit & Hungler 1987:208).

Genoemde outeurs noem verder dat strata dikwels in steekproefneming geïdentifiseer en gebruik word om verteenwoordiging te bevorder.

In tabel 3.2 word 'n uiteensetting gegee van die strata waarin die populasie verdeel is.

TABEL 3.2 'N UITEENSETTING VAN DIE STRATA WAARIN DIE POPULASIE VERDEEL IS

STRATA	GRADERINGS VAN PLAASLIKE BESTURE	POPULASIE
A	2	5
	3	11
	4	13
	5	20
	6	18
	7	58
	8	52
	9	54
	SUBTOTAAL	231
B	10	130
	11	287
	12	88
	15	270
SUBTOTAAL		775
TOTAAL		1 006

Die steekproef bestaan uit 503 geregistreerde verpleegkundiges, met ander woorde 50,0% van die populasie.

Ten einde 'n verteenwoordigende steekproef van vyftig persent te verkry, is al die geregistreerde verpleegkundiges in stratum A by die steekproef ingesluit.

Hierdie strategie is gevolg omdat die 231 geregistreerde verpleegkundiges in stratum A slegs 46,0% van die steekproef verteenwoordig.

Die res van die steekproef, naamlik 272 geregistreerde verpleegkundiges (54,0%), is uit stratum B geselekteer.

Hierdie werkswyse is gevolg om te verhoed dat data verkry uit stratum B die resultate van hierdie studie manipuleer. Omdat die gradering van plaaslike besture in stratum B hoër is as dié in stratum A kan verwag word dat sekere

aspekte van die werkslewe, soos vergoeding en byvoordele gunstiger by eersgenoemde as by laasgenoemde sal wees.

'n Vyftig persent proporsionele verdeling vir die steekproef tussen stratum A en stratum B se geregistreerde verpleegkundiges volgens gradering van plaaslike besture kon nie verkry word nie, daarom moes die naaste, naamlik 'n 46,0% : 54,0% verdeling aanvaar word.

Die seleksie van die steekproef in stratum B is ewekansig gedoen.

TABEL 3.3 UITEENSETTING VAN STEEKPROEFSLELEKSIE

POPULASIE			STEEKPROEF	
STRATA	GRADERING VAN PLAASLIKE BESTUUR	GEREGISTREERDE VERPLEEGKUNDIGE	GEREGISTREERDE VERPLEEGKUNDIGE	PERSENTASIE VAN STEEKPROEF
A	2	5	5	
	3	11	11	
	4	13	13	
	5	20	20	
	6	18	18	
	7	58	58	
	8	52	52	
	9	54	54	
		231	231	46,0%
B	10	130	68	
	11	287	68	
	12	88	68	
	15	270	68	
		775	272	54,0%
TOTAAL		1 006	503	100,0%

3.7 DIE NAVORSINGSINSTRUMENT

3.7.1 Inleiding

Vanweë die geografiese verspreidheid van die populasie is die vraelys as navorsingsinstrument gekies.

Die vraelys het ook besondere voordele wat in hierdie studie benut is, naamlik

- dit is 'n eenvoudige metode van dataversameling
- die ondersoek kan redelik vinnig afgehandel word
- die vraelys maak dataversameling oor 'n wye geografiese area soos in die geval van hierdie studie, moontlik
- verspreiding van vraelyste is goedkoop
- eerlike response kan verkry word omdat respondenten anoniem kon bly
- dataverwerking is vergemaklik deur hoofsaaklik gebruik te maak van geslote vrae
- data-analise en interpretasie is maklik omdat respondenten almal op dieselfde vraag moes respondeer
- respondenten het uit vrye keuse deelgeneem en het sodoende meer betroubare inligting verskaf
- weens die afwesigheid van die navorsing is die respons van die respondent nie beïnvloed nie

Hierdie voordele stem ooreen met dié soos gelys deur Treece & Treece (1986:277), Krampitz & Pavlovich (1981:60) en Polit & Hungler (1987:243).

3.7.2 Die ontwikkeling van die vraelys

Die items wat in die vraelys ingesluit is, is gekies met die oog op die verkryging van antwoorde om die doel met die navorsing te bereik.

Die items is ook gebaseer op inligting verkry tydens die literatuurstudie en inligting verkry van die populasie tydens informele gesprekvoering met die navorsing.

Aangesien respondenten Engels- of Afrikaanssprekend kan wees, is die vraelys in beide landstale beskikbaar gestel. Respondente kon dus die vraelys in die taal van sy/haar voorkeur voltooi (Bylae A).

Die items in die vraelys bestaan hoofsaaklik uit geslote vrae.

Enkele oop vrae is ingesluit ten einde respondenten die geleentheid te gee om hul eie siening aangaande sekere aspekte te gee.

Die vraelys is in vyf(5) afdelings verdeel met 'n totaal van een honderd en tien (110) items.

AFDELING 1

Biografiese inligting (Item 1-2)

Hierdie afdeling bevat items rakende die geregistreerde verpleegkundige se ouderdom en ras.

Die rede vir die insluiting van hierdie items is om biografiese inligting aangaande die geregistreerde verpleegkundige in te samel en om vas te stel wat die gemiddelde ouderdom van die verpleegkundige in diens van plaaslike besture is.

Tydens informele samesprekings het dit geblyk dat nie-blanke geregistreerde verpleegkundiges meer ontevrede met sekere aspekte van hulle werkslewe is as blankes. Daar is om die rede besluit om te onderskei tussen die twee bevolkingsgroepe. Bevolkingsgroepe sal in hierdie studie as "blanke" en "nie-blanke" respondenten weergegee word.

Opvoedkundige inligting (Item 3-6)

Hierdie afdeling bevat items rakende die professionele kwalifikasies van die respondenten.

Die items is ingesluit om vas te stel oor watter kwalifikasies geregistreerde verpleegkundiges in diens van plaaslike besture beskik, wat die hoogste akademiese kwalifikasies is waарoor geregistreerde verpleegkundiges beskik, asook hoeveel geregistreerde verpleegkundiges tans studeer en in watter studierigtigs.

Professionele inligting (Item 7 - 9)

Hierdie afdeling sluit items in oor die geregistreerde verpleegkundige se kliniese ondervinding by plaaslike besture, die toetreerang en huidige rang.

Dié items is ingesluit om vas te stel oor hoeveel kliniese ondervinding geregistreerde verpleegkundiges beskik, wat die huidige range is en om te bepaal wat die huidige rang van geregistreerde verpleegkundiges in plaaslike besture is.

AFDELING 2

Aard van die plaaslike bestuur (Item 10 - 11)

Hierdie afdeling is ontwikkel om die aard van die plaaslike bestuur waar die respondent werksaam is te bepaal.

Afdeling 2 bevat twee vrae, naamlik

- die gradering van die plaaslike bestuur
- of die bevolking van die plaaslike bestuur Swart, Blank, Asiër of Kleurling is.

Die doel met hierdie deel van die instrument was om te bepaal tot watter mate die vraelyste wat terug ontvang is, verteenwoordigend is van die twee strata waarin die steekproef verdeel is.

AFDELING 3

Die gehalte van die werkslewe (Item 12 - 78)

Hierdie afdeling het ten doel om inligting aangaande die gehalte van die werkslewe van die geregistreerde verpleegkundige in te win. Items handel oor die volgende aspekte van die werkslewe:

- Salaris en byvoordele
- Die fisiese werksomgewing
- Die psigiese werksomgewing
- Kwaliteitsversekering, wat hoofsaaklik handel oor skakeling met die Departement van Nasionale Gesondheid en Bevolkingsontwikkeling
- Die besluitnemingsfunksie
- Insig in rol en funksies
- Toesighouding oor geregistreerde verpleegkundiges
- Die benutting van die geregistreerde verpleegkundige in die werksituasie
- Erkenning van prestasies wat hoofsaaklik oor personelevaluering handel
- Geleenthede vir professionele groei
- Sosiale aspekte in die werkslewe wat hoofsaaklik handel oor die verhouding met die toesighouer en kolgas en geneeshere

- Regte van die werknemer
- Diensure

AFDELING 4

Redes vir die keuse van 'n loopbaan in plaaslike besture (Item 79)

Hierdie afdeling is ontwerp om vas te stel watter faktore uit 'n gegewe lys die geregistreerde verpleegkundige beïnvloed het om 'n loopbaan in plaaslike besture te kies.

Data wat in hierdie afdeling ingewin word, kan deur plaaslike besture benut word om mannekragbeplanning vir hul primêre gesondheidsorgdienste te doen.

AFDELING 5

Werkstevredenheid (Item 80 - 109)

Hierdie afdeling sluit vrae in wat geregistreerde verpleegkundiges se tevredenheid met faktore in die werkslewe bepaal.

Item 110 is ingesluit om respondentte in beheer van die dienste te identifiseer.

Hierdie kategorie is uitgesonder om bykomend ondersoek in te stel aangaande respondentte se mening oor aspekte soos toesighouding en die verhouding met die toesighouer, aangesien dit hoofsaaklik hierdie kategorie is wat 'n gesondheidsinspekteur of mediese praktisyn as toesighouer het. Uit samesprekings met die navorsers blyk hierdie aspek van die werkslewe 'n belangrike knelpunt te wees.

3.8 VOORTOEITS

Die vraelys is aan die studieleier, mede-studieleier, kollegas by die Departement van Nasionale Gesondheid en Bevolkingsontwikkeling, 'n statistikus en sielkundige, voorgelê vir kommentaar. Die vraelys is in Engels vertaal. Die doel van die voorondersoek van die vraelys is om maksimum geldigheid en betroubaarheid van die vraelys te verkry deur verwarringe taalgebruik, irrelevante en dubbelsinnige vrae uit te skakel en te verseker dat respondentte die vrae korrek interpreteer (Polit & Hungler 1987:40). 'n Groep van twintig (20) respondentte is ewekansig uit die oorblywende deel van die

populasie geselekteer vir deelname aan die voortoets. Hierdie groep is gevra om die vraelys te voltooи en kommentaar op die volgende aspekte te lewer

- die tyd benodig om die vraelys te voltooи
- die formaat, styl en taalgebruik
- die relevansie van die vroe
- voorstelle vir verbetering en addisionele vroe.

Die vraelys is tesame met 'n gefrankeerde koevert aan dié respondentе gepos. Sestien van die groep van twintig wat geselekteer is, het die vraelys voltooи en teruggestuur.

Die tyd wat dit die onderskeie respondentе geneem het om die vraelys te voltooи het gewissel van vyftien tot vyf-en-twintig minute.

Die analyse van die voortoets het getoon dat vroe oor die algemeen korrek geïnterpreteer is. Daar was egter enkele uitsonderings wat na oorlegpleging met die studieleier soos volg reggestel is

- By item 13 is die "amptelike pligte" nie korrek geïnterpreteer nie. "Vir die doen van huisbesoeke" is bygevoeg ter wille van duidelikheid.
- By item 20 is die terme "toerusting," "aptekersbenodighede," "voorraad," en "medisyne" verskillend geïnterpreteer en daar is besluit om duidelikheidshalwe voorbeeld van elk te noem.

Met die uitsondering van genoemde veranderings is die vraelys in sy oorspronklike vorm gebruik.

3.9 FINALISERING VAN DIE VRAEЛYS

Veranderings soos voorgestel in die voortoets is aan die vraelys aangebring. Na die finale regstelling is die vraelys in A4 grootte gedruk.

In 'n begeleidende brief is die nodige inligting aangaande die studie verskaf, anonimitet verseker en respondentе se vrywillige samewerking gevra.

Respondente is gevra om nie hul response op vrae met mekaar te bespreek om sodoende mekaar te beïnvloed nie, en die vraelys so gou moontlik na ontvangs te voltooi en terug te stuur (Bylae A).

3.10 BETROUABAARHEID EN GELDIGHEID VAN DIE NAVORSINGSINSTRUMENT

Betroubaarheid verwys volgens Treece & Treece (1986:253) na die vermoë van die navorsingsinstrument om konsekwente resultate te versamel.

Polit & Hungler (1987:316), omskryf betroubaarheid as "the degree of consistency with which it measures the attribute it is supposed to be measuring" en "... a reliable measure is one that maximises the true score component and minimises the error component. The greater the error the greater the unreliability" (Polit & Hungler 1987:316).

Ten einde die betroubaarheid van die vraelys te verhoog, is soos reeds in paragraaf 3.8 gemeld, 'n voorondersoek uitgevoer en is die volgende stappe gedoen om betroubaarheid van die vraelys te verseker

- vrae is sodanig geformuleer dat dit korrek geïnterpreteer is
- die verstaanbaarheid van vrae is verseker deur eenvoudige taalgebruik
- die vraelys is in Engels en Afrikaans voorgelê om waninterpretierung te beperk
- vrae wat tydens die voorondersoek foutief geïnterpreteer is, is herformuleer om dit meer verstaanbaar te stel.

Die betroubaarheid van die vraelys is getoets deurdat respondenten wat aan die voorondersoek deelgeneem het die vrae dieselfde as respondenten in die studie geïnterpreteer het. Geen belangrike meetinstrumentdefekte is geïdentifiseer nie.

Vraelyste is ook by 'n wye verskeidenheid plaaslike besture, plattelandse sowel as metropolitaanse gebiede versprei en daar was geen verskil in die wyse waarop vrae geïnterpreteer is nie.

Geldigheid sien Polit & Hungler (1887:323) as die instrument se vermoë om te toets wat dit veronderstel is om te toets.

Die gesigs- en inhoudsgeldigheid van die meetinstrument is sover moontlik verseker deur dit vir kommentaar aan kundiges voor te lê, ten einde te verseker dat die items wat ingesluit is verteenwoordigend is van die faktore wat ondersoek moet word. Elke item is geëvalueer en slegs geldige items is in die vraelys ingesluit. Inhoudsgeldigheid van 'n instrument is uiter moeilik om te bepaal, aangesien daar volgens Polit & Hungler (1987:232) geen formule is waarvolgens die inhoudsgeldigheid van 'n instrument getoets kan word nie. Inhoudsgeldigheid moet derhalwe gebaseer word op die oordeel van kundiges (Treece & Treece 1986:229).

In die geval van hierdie studie het kundiges soos reeds genoem in paragraaf 3.8, asook sesien respondente wat aan die voorundersoek deelgeneem het, saamgestem dat 'n gebalanseerde aantal items in die vraelys vervat is, en het hulle ook die inhoudsgeldigheid van die vraelys, op grond van hul vakkundige kennis en ondervinding in die praktyk bevestig.

Konstruktgeldigheid van 'n meetinstrument word bepaal deur die mate waarin die instrument daarin slaag om 'n teoretiese konstruk te meet (Polit & Hungler 1987:333). 'n Faktorontleding is een van die benaderings om die konstruktgeldigheid van 'n meetinstrument te bepaal (Polit & Hungler 1987:328).

In hierdie studie is die metode van faktorontleding gebruik om verskillende items van onderliggende faktore konstrukte te identifiseer en saam te groepeer.

3.11 DATA-INSAMELING

3.11.1 Toestemming vir die studie

Toestemming om die studie te onderneem en waar nodig, departementele rekords te gebruik, is eerstens van die Departement van Nasionale Gesondheid en Bevolkingsontwikkeling verkry (Bylae B).

Toestemming is van die plaaslike besture gevra om geregistreerde verpleegkundiges in hul diens as respondenten by die studie in te sluit (bylae C).

Die onderneming is gegee dat die identiteit van plaaslike besture, sowel as die identiteit van respondenten nie bekend gemaak sal word nie. Om hierdie rede is die toestemmingsbriewe van plaaslike besture nie in die bylae ingesluit nie. 'n Afskrif van die vraelys is aan elke plaaslike bestuur voorsien.

Verskeie plaaslike besture het toestemming geweier. Redes vir weiering is nie verstrek nie.

3.11.2 Verspreiding van die vraelyste

Vyf honderd en drie vraelyste met 'n aangehegte gefrankeerde koevert is gedurende die laaste week van Desember 1991 gepos om respondenten teen 1 Januarie 1992 te bereik.

By enkele plaaslike besture waar naamlyste van geregistreerde verpleegkundiges nie verskaf is nie en respondenten numeries geïdentifiseer is, is vraelyste by die geregistreerde verpleegkundige in beheer van die diens afgelewer, wat dit per hand aan respondent oorhandig het. Respondente het na voltooiing van die vraelys die koevert verseël en self aan die navorsers teruggestuur.

3.11.3 Etiese aspekte

Respondente het op versoek vrywillig aan die studie deelgeneem en is geensins onder druk geplaas om vraelyste te voltooи nie.

Anonimitet van respondent en plaaslike besture is verseker en deurgaans gehandhaaf deur nie van respondent te verwag om hul eie naam of dié van die plaaslike bestuur in die vraelys te skryf nie.

In die meeste gevalle is die vraelys met 'n gefrankeerde koevert aan respondent persoonlik gepos en kon die vraelys in privaatheid voltooи en teruggestuur word.

3.11.4 Terugvoering

Teen 25 Januarie 1992 is slegs 33,0% vraelyste terug ontvang.

Aangesien die vraelyste nie genommer was nie en respondent soos beloof, nie geïdentifiseer kon word nie, was daar geen wyse waarop nie-respondeerders geïdentifiseer kon word nie.

Derhalwe is telefonies met die verpleegkundiges in bevel van dienste in

verbinding getree met die versoek om respondentte te herinner om vraelyste terug te stuur. Voortspruitend hieruit is, 67,9%, dit wil sê 342, van die 503 vraelyste wat versprei is teen 15 Februarie 1992 terugontvang.

3.12 VERWERKING VAN DIE GEGEWENS

Die dataverwerking is met die hulp van 'n statistikus gedoen. Die data soos weergegee in die vraelyste is gerедigeer, gekodeer en gereed gekry om met 'n rekenaar verwerk te word.

Die statistiese rekenaarprogram (Statistical Analysis System) is gebruik om die data te verwerk.

3.13 SAMEVATTING

In hierdie hoofstuk is die metodologie van hierdie studie uiteengesit.

HOOFTUK 4

ONTLEDING EN BESPREKING VAN DATA

4.1 INLEIDING

Hierdie ondersoek fokus op die gehalte van die werkslewe van geregistreerde verpleegkundiges in diens van plaaslike besture.

Die data wat in hierdie studie bekom word, sal aangewend word in die formulering van aanbevelings aan plaaslike besture vir moontlike benutting in mannekragbeplanning en bevordering van die gehalte van die werkslewe van geregistreerde verpleegkundiges in hulle diens.

Daar is gepoog om biografiese inligting van die steekproef te bekom, asook om die gehalte van die werkslewe van die geregistreerde verpleegkundige in die diens van plaaslike besture te bepaal. Inligting is ingewin om vas te stel watter faktore geregistreerde verpleegkundiges beïnvloed om 'n loopbaan in plaaslike besture te kies en om geregistreerde verpleegkundiges se tevredenheid met faktore in die werkslewe te bepaal.

Die navorsingsinstrument was 'n vraelys en die konstruksie daarvan is reeds in Hoofstuk 3 bespreek. Die statistiese inligting wat met die vraelys ingesamel is, word in hierdie hoofstuk aangebied en bespreek. Frekwensietafel word gebruik om bevindinge te illustreer. In sommige van die tabelle sommeer die totale nie tot 100,0% nie weens die afronding van die persentasies in die onderafdelings. In die tabelle sal die totale egter deurgaans as 100,0%* gerapporteer word.

Aangesien sommige respondentte nie al die vroe beantwoord het nie, word die hoeveelheid respondentte wat die item beantwoord het by die analise van elke item waar van belang aangedui.

Die statistiese tegnieke wat gebruik is sowel as die beduidendheidspeil word bespreek. Daarna volg 'n bespreking van die profiel van die steekproef wat uiteindelik gerealiseer het, in terme van bepaalde biografiese en ander veranderlikes. Die res van die statistiese ontledings volg daarna.

4.2 ALGEMENE OORWEGINGS BY DIE KEUSE VAN STATISTIESE TEGNIEKE

Die toepaslike toetsstatistiek word bepaal deur 'n metingskaal. In hierdie studie is die meeste vrae in die vraelys kategorieën van aard op 'n intervalskaal. Oorweging is aan die volgende statistiese tegnieke geskenk.

4.2.1 Die Pearson-produkmoment koëffisient van korrelasie (r)

Een van die mees belangrike indekse van die verband tussen twee veranderlikes is die Pearson-produkmomentkorrelasie koëffisient. Die gebruik van Pearson se produkmomentkorrelasie koëffisient (r) vir die bepaling van die verband tussen twee veranderlikes wat op intervalskale gemeet is, is redelik bekend (Polit & Hungler 1987:386).

Korrelasie is die maatstaf van verwantskap tussen twee veranderlikes. Die graad van verwantskap tussen veranderlikes word aangedui deur 'n getal wat mag verander van +1 deur 0 na -1. Nul dui daarop dat die veranderlike nie verwant is nie. 'n Korrelasiekoëffisient (r) = +1 dui op 'n volkome positiewe verband terwyl r = -1 'n volkome negatiewe verband beteken (Du Toit 1985:143).

Daar moet egter in gedagte gehou word dat hierdie korrelasiekoëffisiente indekse van reglynige verband is. 'n Korrelasiekoëffisient wat nul is, dui moontlik slegs op die afwesigheid van 'n reglynige verband. Dit is ook so dat die korrelasie tussen twee konstrukte slegs vasgestel kan word indien die konstrukte as veranderlikes, (met ander woorde nie as konstantes nie) in die ondersoek optree en die metings betroubaar is.

Die afwesigheid van 'n beduidende korrelasie kan daarom nie sondermeer geïnterpreteer word as 'n afwesigheid van 'n verband tussen die betrokke konstrukte nie (Polit & Hungler 1987:317).

4.2.2 Die Chi-Kwadraat (χ^2)

Die Chi-kwadraat toetsstatistiek is veral geskik wanneer die verhouding tussen twee nominaal gemete (kategorieë) veranderlikes bepaal moet word (Polit & Hungler 1987:526). 'n Probleem wat dikwels ondervind word is dat sommige van die verwante selfrekwensies kleiner as vyf (5) is sodat die Chi-kwadraat toetsstatistiek dan nie betroubaar is nie.

In sommige gevalle kan die navorsers besluit om sommige van die kategorieë van 'n nominale veranderlike saam te voeg. Sodoende word die aantal kategorieë verminder sodat die verwagte selfrekwensies groter word (Polit & Hungler 1987:421). In hierdie ondersoek is hierdie benadering waar nodig gevolg.

4.2.3 Die t-toets vir onafhanklike metings

Wanneer die gemiddeldes van twee steekproewe vergelyk moet word deur 'n statistiese toets vir die verskille tussen die gemiddeldes uit te voer, is die t-toets seker die mees gewilde toets (Polit & Hungler 1987:414).

Die onderliggende aannames van die t-toets vir onafhanklike waarnemings is dat die populasieverdelings tersprake, normaal is en dat die variansie van die populasieverdelings wat vergelyk word, gelyk is aan mekaar (Du Toit 1985:261). Laasgenoemde aanname staan bekend as die aanname van homogene populasievariensie. Hierdie aanname kan dikwels nie geregverdig word nie, in welke geval die t-toets statistiek aangepas word (Polit & Hungler 1987:406).

Die rekenaarprogram PROC TEST wat in hierdie ondersoek gebruik word, bereken beide t-waardes.

4.2.4 Die F-toets

Indien die gemiddelde waardes van meer as twee kategorieë of groepe op 'n intervalskaal vergelyk moet word, is 'n eenrigting variensie ontleding aangewese (Du Toit 1985:251).

In hierdie geval is die statistiese toets, die F-toets wat die gemiddeldes gesamentlik in een bewerking toets vir die teenwoordigheid van moontlike beduidende verskille. Met die F-toets word die moontlike toevallige beduidenheid uitgeskakel en die foutkans teruggevoer na 0,05 of 0,01 (Du Toit 1985:261). 'n Groot statistiese waarde van die F-toets is 'n aanduiding van verskille tussen kategorieë.

Wanneer die F-toets aangetoon het dat daar wel beduidende verskille bestaan het binne die versameling van gemiddeldes, en om vas te stel watter van die gemiddeldes beduidend verskil, is bykomende post-hoc-vergelykings (die Tukey) gedoen (Du Toit 1985:274). Daar word nie oor laasgenoemde toetse in hierdie studie gerapporteer nie. Inligting is wel op aanvraag beskikbaar.

4.2.5 Die statistiese beduidenheidspeil van die ondersoek (p-waarde)

Enige statistiese resultaat kan met 'n sekere waarskynlikheid aan toeval toegeskyp word. Dit is dus noodsaaklik dat die navorser bepaal wat die waarskynlikheid is dat bepaalde resultate per toeval kan voorkom. Die sogenaamde p-waarde wat deur rekenaarprogramme saam met elke toetsstatistiek gegee word, verskaf die kumulatiewe waarskynlikheid dat resultate meer beduidend of net so beduidend is as die resultaat wat verkry is.

Die kritieke p-waarde wat in 'n bepaalde ondersoek vooraf gekies word, staan bekend as 'n beduidenheidspeil. 'n Beduidenheidspeil (p) $< 0,05$ of $p < 0,01$ word aanvaar as klein genoeg om die nul hipotese te verwerp (Du Toit 1985:104).

Die navorser besluit vooraf op 'n sogenaamde beduidenheidspeil, byvoorbeeld 0,05. Indien die p-waarde van 'n toetsstatistiek kleiner is as die beduidenheidspeil, word die gevolg trekking gemaak dat die statistiek beduidend is op die voorafgekose beduidenheidspeil (Polit & Hungler 1987:404).

Die keuse van die grootte van die beduidenheidspeil, is 'n redelik arbitrière aangeleentheid. Die beduidenheidspeil word konvensioneel gestel op 0,05 of 0,01 (Polit & Hungler 1987:400).

Die keuse van 'n beduidenheidspeil van 0,01 dui op 'n 1 uit 100 kans om 'n werklike verskil uit te sluit.

4.2.6 Faktorontleding

In hierdie ondersoek is daar gepoog om 'n aantal dimensies van werkstevredenheid met behulp van 'n vraelys te meet.

Faktorontleding is as die aangewese statistiese tegniek beskou om die dimensionele aard van dié afdeling van die vraelys wat handel oor werkstevredenheid, te ondersoek. Faktorontleding word deur Polit & Hungler (1987:437) soos volg omskryf: "Factor analysis refers to a variety of statistical techniques whose common objective is to represent a set of variables in terms of a smaller number of hypothetical variables."

Die doel van faktorontleding in hierdie studie is om die groot aantal items te reducer tot 'n kleiner aantal dimensies, temas of faktore (Polit & Hungler 1987:437). Faktorontleding het dit moontlik gemaak om die items (item 80 - 107) in die vraelys te groepeer ooreenkomsdig die temas wat na vore gekom het, ten einde 'n meer ekonomiese beskrywing van die studieonderwerp moontlik te maak.

Aangesien dit nie die doel van hierdie studie is om 'n meetinstrument vir werkstevredenheid te ontwikkel nie, is faktorontleding in hierdie studie dus gebruik om lig te werp op die dimensionele aard van die werkstevredenheidsvraelys.

Die items is met ander veranderlikes in verband gebring binne die raamwerk van temas of faktore wat deur die faktorontledingsresultate ondersteun word. Al die items wat 'n faktor definieer en nie net 'n faktor self nie is met 'n bepaalde veranderlike gekontroleer. Die feit dat die items deel is van die definisie van 'n bepaalde faktor, help by die interpretasie van die resultate.

Die statistiese rekenaarprogram PROC FACTOR van die statistiese sagteware sisteem SAS (Statistical Analysis Software) is gebruik om 'n faktorontleding uit te voer.

Voordat 'n faktoroplossing verkry kan word, moet die navorsers die sogenaamde "eiewaardes" bestudeer sodat hy/sy kan besluit hoeveel faktore die vraelys onderlê. 'n Eiewaarde is 'n statistiese indeks van die hoeveelheid variansie wat 'n faktor verklaar (Polit & Hungler 1987:439). Teoreties is daar net soveel faktore as items in die vraelys. Die doel is egter om die faktore met die grootste eiewaardes te identifiseer.

'n Faktorontleding is in hierdie ondersoek op die interkorrelasies van die items oor werkstevredenheid van afdeling 5 van die vraelys uitgevoer en alle faktore met 'n "eiewaarde" groter as 1,0 is onttrek. Die faktoroplossing is daarna deur die program aan die hand van Varimax kriterium ortogonaal geroteer ten einde interpreteerbaarheid te vergemaklik (Polit & Hungler 1987:439).

Faktorontleding word in drie fases gedoen. Die eerste fase behels die onttrekking van veranderlikes wat 'n hoë mate van gemeenskaplikheid toon.

Die tweede fase behels faktorrotasie waar veranderlikes gerigtheid op 'n spesifieke faktor toon en deur middel van die Scree toets van eiewaardes

gegroep word. Die seleksie van faktore vind plaas op die punt waar die kumulatiewe veranderlike skerp afplat om die reguit lyn te bereik. Tydens die derde fase word die faktorladings ondersoek om die onderliggende temas of faktore van die oorspronklike stel veranderlikes te identifiseer (Brink 1989:154).

4.3 AFDELING 2: PROFIEL VAN DIE STEEKPROEF

4.3.1 Vraelyste terug ontvang (Item 10)

'n Totaal van 342 (68,0%) van die 503 vraelyste wat uitgestuur was, is terugontvang. In afdeling 3,6 van hoofstuk 3 is die rationaal onderliggend aan die steekproeftrekking bespreek. In tabel 3.3 is aangedui hoeveel vraelyste uitgestuur is. In tabel 4.1 word 'n uiteensetting gegee van die aantal vraelyste wat terugontvang is.

'n Hoë getal respondenten, naamlik 97 het nie aangedui wat die gradering van hulle plaaslike bestuur is nie. Die ontbrekende data word egter nie as 'n beperking vir hierdie studie beskou nie. Dit blyk uit tabel 4.1 dat albei strata goed in die steekproef verteenwoordig was, maar dat die verteenwoordiging van stratum A hoër as dié van stratum B was. Die hoër persentasie verteenwoordiging van stratum A is egter nie as 'n beperking vir die studie beskou nie.

TABEL 4.1 VRAELYSTE TERUGONTVANG BINNE STRATA VAN PLAASLIKE BESTURE (N = 245)

STRATA	f	%
A. Graad 1 - 9	138	56,3
B. Graad 10 - 15	107	43,7
Totaal	245	100,0

Ontbrekende data 97

4.3.2 Verspreiding van die steekproef volgens die aard van die plaaslike besture (Item 11)

Tabel 4.2 dui aan dat respondenten in hierdie studie hoofsaaklik in diens van swart of blanke plaaslike besture is, naamlik 56,6% in die diens van swart plaaslike besture en 41,0% in diens van blanke plaaslike besture. 'n Klein persentasie (0,3%) respondenten is in diens van asiér plaaslike besture en 2,1% is in diens van kleurling plaaslike besture.

TABEL 4.2 VERSPREIDING VAN DIE STEEKPROEF VOLGENS DIE AARD VAN DIE PLAASLIKE BESTUUR (N = 302)

PLAASLIKE BESTUUR IN WIE SE DIENS RESPONDENT IS	f	%
Swart	171	56,6
Asiër	1	0,3
Blank	124	41,0
Kleurling	6	2,1
Totaal	302	100,0

4.4 AFDELING 1: BIOGRAFIESE BESKRYWING VAN DIE GEREGISTREERDE VERPLEEGKUNDIGE IN DIENS VAN PLAASLIKE BESTURE

Die biografiese inligting is ingesamel om 'n algehele beeld van die geregistreerde verpleegkundige in diens van plaaslike besture te verkry.

4.4.1 Bevolkingsgroep (Item 2)

Hoewel die verpleegtaakmag in die Republiek van Suid-Afrika nie meer volgens bevolkingsgroep geklassifiseer word nie (Suid-Afrikaanse Verpleegstersvereniging 1989:9) is daar vir die doel van hierdie studie waar van toepassing tussen die twee hoof bevolkingsgroepe naamlik blank en nie-blank onderskei. Derhalwe word daar in items waar van toepassing onderskei tussen die gegewens verkry van blanke en nie-blanke respondente. Die verspreiding van die respondente in terme van die bevolkingsgroep waartoe hulle behoort word in tabel 4.3 aangedui. Beide blanke en nie-blanke bevolkingsgroepe is in hierdie ondersoek goed verteenwoordig. Dit is egter duidelik dat die grootste komponent van die steekproef te wete 59,5% nie-blank is, teenoor 40,5% wie blank is.

TABEL 4.3 VERSPREIDING VAN DIE STEEKPROEF IN TERME VAN BEVOLKINGSGROEP (N = 336)

BEVOLKINGSGROEP VAN RESPONDENTE	f	%
Swart	180	53,5
Blank	136	40,5
Asiër	5	1,5
Kleurling	15	4,5
Totaal	336	100,0

4.4.2 Ouderdomsverspreiding (Item 1)

In tabel 4.4 word die ouderdomsverspreiding van die respondentē aangedui. Die gemiddelde ouderdom van blanke respondentē was 39,4 jaar en dié van nie-blanke respondentē was 42,8 jaar. Hierdie verskil was statisties beduidend ($t = 3,22$ en $p = 0,0014$). Die nie-blanke respondentē is dus oor die algemeen ietwat ouer.

TABEL 4.4 OUDERDOMSVERSPREIDING

OUDERDOM IN JARE	BLANKE RESPONDENTE <i>n</i> = 136		NIE-BLANKE RESPONDENTE <i>n</i> = 190	
	f	%	f	%
- 30	20	14,7	28	14,7
31 - 40	65	47,8	56	29,5
41 - 50	30	22,1	60	31,6
51 - 60	20	14,7	39	20,5
60 +	1	0,7	7	3,7
Totaal	136	100,0	190	100,0

4.4.3 Beroepsontwikkeling (Item 3 - 4)

4.4.3.1 Basiese kwalifikasies

In tabel 4.5 word respondentē se basiese registrasies by die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging aangedui.

Die geregistreerde verpleegkundige in diens van plaaslike besture het primêre gesondheidsorg as primêre taak. Die mees relevante kwalifikasies om haar vir hierdie taak toe te rus word beskou as algemene verpleegkunde, verloskunde, psigiatrie en gemeenskapsverpleegkunde.

Uit tabel 4.5 is dit duidelik dat alle respondentē (100,0%) oor 'n kwalifikasie in algemene verpleegkunde beskik.

'n Hoë persentasie (98,1%) respondentē beskik oor 'n kwalifikasie in verloskunde.

Slegs 21,5% respondentē beskik oor 'n kwalifikasie in psigiatriese verpleegkunde, terwyl 65,6% oor 'n kwalifikasie in gemeenskapsverpleegkunde beskik.

TABEL 4.5 REGISTRASIE VAN RESPONDENTE BY DIE SUID-AFRIKAANSE RAAD OP VERPLEGING

REGISTRASIE	BLANKE RESPONDENTE n = 136		NIE-BLANKE RESPONDENTE n = 184		TOTAAL N = 320	
	f	%	f	%	f	%
• Algemene verpleegkunde	136	100,0	184	100,0	320	100,0
• Verloskunde	131	96,3	183	99,4	314	98,1
• Psigiatrisee verpleegkunde	49	36,0	20	10,8	69	21,5
• Gemeenskapsverpleegkunde	104	76,5	106	57,6	210	65,6

4.4.3.2 Na-registrasie verpleegkundige kwalifikasies

In tabel 4.6 word die na-registrasie kwalifikasies waaroor respondente beskik aangedui. Sommige respondente het oor geen na-registrasie kwalifikasie beskik nie, terwyl ander oor een of meer beskik het.

Met betrekking tot na-registrasie kwalifikasies het dit geblyk dat respondente veral in verpleegadministrasie geregistreer is. Die tendens in die geval van albei bevolkingsgroepe is nie hoog nie, te wete 22,0% blankes en 13,5% nie-blankes. 'n Lae persentasie respondente beskik oor 'n kwalifikasie in primêre gesondheidsorg (blanke 0% en nie-blanke 0,5%). Daar is 16,0% blanke en 9,0% nie-blanke respondente wat oor 'n kwalifikasie in verpleegonderwys beskik. In die algemeen blyk dit dat 'n hoër persentasie blanke respondente oor na-registrasie kwalifikasies beskik.

TABEL 4.6 NA-REGISTRASIE KWALIFIKASIES (N = 300)

KWALIFIKASIE	BLANKE RESPONDENTE n = 100		NIE-BLANKE RESPONDENTE n = 200		TOTAAL n = 300	
	f	%	f	%	f	%
• Verpleegadministrasie	22	22,0	27	13,5	49	16,3
• Verpleegonderwys	16	16,0	18	9,0	34	11,3
• Geriatrisee verpleegkundige	3	3,0	5	2,5	8	2,6
• Primêre gesondheidsorg	0	0,0	1	0,5	1	0,3
• Intensiewe sorg	3	3,0	5	2,5	8	2,6
• Teatertegniek	6	6,0	4	2,0	10	3,3
• Pediatriese verpleegkunde	5	5,0	6	3,0	11	3,6

4.4.3.3 Akademiese kwalifikasies

In tabel 4.7 word die hoogste akademiese kwalifikasies waарoor respondentе beskik, aangedui.

Dit blyk dat 82,0% nie-blanke respondentе se hoogste akademiese kwalifikasie 'n diploma is terwyl 18,0% gegradeerd is. Blanke respondentе se akademiese kwalifikasies is beter met 66,7% wat oor 'n diploma beskik, 20,5% oor 'n BA-graad, 11,3% oor 'n honneurs- en 1,5% oor 'n magistergraad. Altesaam 33,3% blanke respondentе is dus gegradeerd teenoor die 18,0% nie-blanke respondentе.

TABEL 4.7 AKADEMIESE KWALIFIKASIES

KWALIFIKASIE	BLANK n = 132		NIE-BLANK n = 193	
	f	%	f	%
• Diploma	88	66,7	158	82,0
• BA-graad	27	20,5	35	18,0
• Honneursgraad	15	11,3	0	0
• Magistergraad	2	1,5	0	0
• Doktorsgraad	0	0	0	0
Totaal	132	100,0	193	100,0

4.4.3.4 Huidige studies (Item 5 - 6)

Item 5 was 'n geslote vraag waar die respondent moes aandui of hy/sy tans studeer. Item 6 was 'n oop vraag waar die respondent die studierigting moes aandui indien hy/sy wel studeer.

Daar was 25 (8,3%) blanke respondentе en 80 (26,7%) nie-blanke respondentе uit 'n totaal van 300 wat aangedui het dat hul tans besig is om verder te studeer. Die studierigtings word in tabel 4.8 aangedui.

Die grootste persentasie (89,5%) respondentе wat tans studeer is besig met voorgraadse studie terwyl 10,5% besig is met studie vir die diploma in gemeenskapsverpleegkunde.

'n Beperking van hierdie studie was dat geregistreerde verpleegkundiges wat tans afwesig is met voltydse studieverlof nie by die studie ingesluit is nie. Daar is dus nie bepaal watter persentasie geregistreerde verpleegkundiges

tans besig is met voltydse studies nie.

TABEL 4.8 RIGTINGS WAARIN RESPONDENTE VERDER STUDEER (N = 105)

STUDIERIGTINGS	f	%
• B A Cur	87	82,8
• B Cur I et A	7	6,7
• Diploma in gemeenskapsverpleegkunde	11	10,5
Totaal	105	100,0*

4.4.4 Professionele inligting

4.4.4.1 Ervaring in plaaslike besture (Item 7)

In tabel 4.9 word respondent se ervaring in plaaslike besture weergegee.

Daar was 4,4% blanke respondent en 9,0% nie-blanke respondent wat aangedui het dat hul minder as een jaar ervaring in diens van plaaslike besture het.

Dit blyk dat blanke respondent oor meer kliniese ervaring in plaaslike besture beskik as nie-blanke respondent. Daar was 33,1% blanke en 32,0% nie-blanke respondent met een tot vier jaar ondervinding. Verder het 25,0% blankes en 11,0% nie-blanke respondent 9 tot 12 jaar ervaring. Daar is 22,1% blanke respondent en 36,5% nie-blanke respondent met meer as 13 jaar diens in plaaslike besture.

Die verspreiding van ervaring van nie-blanke respondent is opvallend. 'n Hoë persentasie (36,5%) het meer as dertien jaar ondervinding terwyl daar ook 'n hoë persentasie (41,0%) met tot vier jaar ervaring is.

TABEL 4.9 JARE ONDERVINDING IN DIENS VAN PLAASLIKE BESTURE (N = 336)

JARE ONDERVINDING	BLANK		NIE-BLANK	
	f	%	f	%
< 1	6	4,4	18	9,0
1 - 4	45	33,1	64	32,0
5 - 8	34	25,0	22	11,0
9 - 12	21	15,4	23	11,5
> 13	30	22,1	73	36,5
Totaal	136	100,0	200	100,0

4.4.4.2 Toetreerang en huidige rang (Item 8 en 9)

In item 8 en 9 is respondentie versoek om aan te dui wat haar/sy toetreerang tot 'n plaaslike bestuur was en wat haar/sy huidige rang is. Response word in tabel 4.10 weergegee.

Dit blyk dat die meerderheid nie-blanke respondentie (64,0%) by plaaslike besture as 'n kliniekverpleegkundige diens aanvaar het, terwyl 45,2% blanke respondentie as kliniekverpleegkundige toegetree het.

Daar is 40,0% blanke respondentie wat toegetree het as gemeenskapsverpleegkundiges terwyl 26,0% nie-blanke respondentie as gemeenskapsverpleegkundiges toegetree het.

Wanneer egter na die huidige posisies in die geheel gekyk word, blyk dit dat daar 'n eweredige verspreiding van respondentie in die onderskeie range is, naamlik 35,5% kliniekverpleegkundiges, 31,0% gemeenskapsverpleegkundiges, 23,2% senior gemeenskapsverpleegkundiges, 3,3% assistent hoof gemeenskapsverpleegkundiges en 7,0% hoof gemeenskapsverpleegkundiges.

'n Hoër persentasie blanke respondentie beklee egter die hoogste range naamlik 34,1% as senior gemeenskapsverpleegkundiges teenoor 15,7% nie-blankes, 10,3% blanke respondentie as hoofgemeenskapsverpleegkundiges teenoor die 4,6% nie-blanke respondentie wat hoofgemeenskapsverpleegkundiges is.

Die gegewens soos weergegee in tabel 4.10 behoort egter met omsigtigheid hanteer te word. Die gegewens mag die indruk skep dat blanke respondentie met betrekking tot rangposisies beter daaraan toe is as nie-blanke respondentie. Daar is 'n verskeidenheid faktore wat mag bydra tot hierdie tendens, te wete kwalifikasies, ondervinding en gradering van plaaslike besture. Daar is reeds in item 3 en 4 vasgestel dat meer blanke respondentie (76,5%) oor 'n kwalifikasie in gemeenskapsverpleegkunde as nie-blanke respondentie (53,0%), beskik.

Registrasie by die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging as 'n gemeenskapsverpleegkundige is 'n vereiste vir die pos van gemeenskapsverpleegkundige en hoër. Meer blanke as nie-blanke respondentie is gegradeer.

Die beskikbaarheid van poste in die hoër range mag 'n belangrike knelpunt wees by plaaslike besture met laer graderings.

TABEL 4.10 TOETREERANG EN HUIDIGE RANG

RANG	KLINIEK-VERPLEEG-KUNDIGE		GEMEEN-SKAPSVER-PLEEGKUNDIGE		SENIOR GEMEEN-SKAPSVER-VERPLEEG-KUNDIGE DIGE		ASSISTENT HOOF GEMEEN-SKAPVER-PLEEGKUNDIGE		HOOF-GEMEEN-SKAPSVER-PLEEGKUNDIGE	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Toetreerang										
Nie-blanke n = 197	126	64,0	51	26,0	8	4,0	2	1,0	10	5,0
Blanke n = 135	61	45,2	54	40,0	18	13,3	0	0	2	1,5
Totaal n = 332	187	56,3	105	31,6	26	7,8	2	0,6	12	3,7
Huidige rang										
Nie-blanke n = 197	88	44,7	68	34,5	31	15,7	1	0,0	9	4,6
Blanke n = 135	30	22,2	35	26,0	46	34,1	10	7,4	14	10,3
Totaal n = 332	118	35,5	103	31,0	77	23,2	11	3,3	23	7,0

4.5 AFDELING 3: DIE GEHALTE VAN DIE WERKSLEWE

4.5.1 Vergoeding en byvoordele

4.5.1.1 Salaris en vakansieverlof (Item 12 en 13)

In tabel 4.11 word die gemiddelde maandelikse salaris en vakansieverlof van respondentte weergegee.

Die gemiddelde salaris van blanke respondentte is aangedui as R3537-00 per maand en dié van nie-blankes R2821-00 per maand.

Dit blyk dat die salaris van nie-blanke respondentte laer as dié van blankes is.

Die vakansieverlof van die nie-blankes is gemiddeld 1,4 werksdag minder as dié van blankes. Blankes se jaarlikse verlof is gemiddeld 26,4 werksdae per jaar en dié van nie-blankes 25,0 werksdae per jaar.

Die tendens is dat blanke respondentie gemiddeld hoër besoldig is as nie-blanke respondentie en gemiddeld 1,4 dag meer verlof per jaar ontvang. Dit moet egter in gedagte gehou word dat die gradering van 'n plaaslike bestuur en die posvlak wat die respondentie beklee, enkele faktore is wat die salaris en verlofvoordele beïnvloed.

Dit is so dat geregistreerde verpleegkundiges met dieselfde ervaring en rang 'n laer vergoeding by 'n plaaslike bestuur met 'n laer gradering sal ontvang.

Daar was 'n aansienlike getal nie-blanke respondentie wat nie hul verlof aangedui het nie naamlik 77 uit 210.

TABEL 4.11 GEMIDDELDE MAANDELIKSE SALARIS EN VERLOF

ITEM	BLANK n=125			NIE-BLANK n=210		
	\bar{X}	s	f	\bar{X}	s	f
• Salaris	3 537,0	1 086,0	113	2 821,0	884,0	172
• Verlof (werksdae)	26,4	2,5	121	25,0	4,6	143

* Salaris aangedui in Rand

4.5.1.2 Byvoordele (Item 14)

In tabel 4.12 word geregistreerde verpleegkundiges se response op die beskikbaarheid van byvoordele weergegee.

Die volgende response is as "Ja" geïnterpreteer

- Ja, ek ontvang dit
- Beskikbaar maar ek benut dit nie
- Beskikbaar maar ek kwalifiseer nie daarvoor nie.

Die respons, "dit is nie beskikbaar nie" is as "nee" geïnterpreteer.

Dit blyk dat respondentie wel die mees algemene byvoordele soos 'n pensioenskema, 'n verlofbonus en 'n uniformtoelaag ontvang.

'n Voordeel wat moontlik by ander instansies beskikbaar is, maar soos in hierdie ondersoek blyk, nie vir respondentie in hierdie studie beskikbaar is nie, is dagversorging vir kinders. Dit mag verklaar waarom die gemiddelde ouderdom van respondentie wissel van 39,4 jaar tot 42,8 jaar vir die twee bevolkingsgroepe. Die gebrek aan dagversorging vir kinders mag een van die redes wees waarom jonger geregistreerde verpleegkundiges nie 'n loopbaan in plaaslike besture kies nie.

Die beskikbaarheid van 'n motorvoertuigskema is laer by nie-blankes as by blankes. Slegs 15,7% nie-blanke respondentie het toegang tot 'n motorvoertuigskema teenoor die 69,2% blanke respondentie. Dieselfde tendens geld ook vir die ontvangs van 'n brandstoftoelaag. Slegs 22,5% nie-blanke respondentie ontvang 'n brandstoftoelaag teenoor die 64,8% blanke respondentie. Slegs 4,2% nie-blanke respondentie ontvang 'n vervoertoelaag teenoor die 63,2% blanke respondentie. Amptelike vervoer vir amptelike pligte blyk vir slegs 2,1% nie-blanke respondentie beskikbaar te wees teenoor die 91,7% blanke respondentie wat toegang tot amptelike vervoer het.

Behuisingssubsides is slegs vir 63,3% nie-blanke respondentie beskikbaar teenoor die 89,5% blanke respondentie vir wie 'n behuisingssubsidie beskikbaar is.

Met betrekking tot die beskikbaarheid van studieverlof en studiebeurse is dit weereens die nie-blanke respondentie wat swakker daaraan toe is as die blanke respondentie. Studieverlof is slegs vir 56,8% nie-blanke respondentie beskikbaar teenoor die 86,9% blanke respondentie. Studiebeurse is vir 68,2% blanke respondentie beskikbaar teenoor die 31,5% nie-blanke respondentie vir wie studiebeurse beskikbaar is. Bogenoemde faktore mag 'n verklaring wees vir die bevinding in item 4 dat meer blanke respondentie gegradeerd is as nie-blanke respondentie.

Die hoë beskikbaarheid van amptelike huisvesting vir albei bevolkingsgroepe is opmerklik. 'n Rede vir die swakker besoldiging van nie-blanke geregistreerde verpleegkundiges is waarskynlik toe te skryf aan die lae gradering van nie-blanke plaaslike besture asook die swakker finansiële omstandighede van die meeste nie-blanke plaaslike besture.

Dit blyk dus uit hierdie studie dat die salaris en byvoordele van blanke respondentie gemiddeld beter is as die van nie-blanke respondentie. Tereg

verklaar Van der Merwe J. F. M. (1990:137) dat vergoeding nie 'n bron van ontevredenheid vir blanke munisipale amptenare is nie. Die studie bevestig ook Esterhuyse (1991:18) se stelling dat die situasie nie so rooskleurig by swart plaaslike besture is nie.

TABEL 4.12 PERSENTASIE GEREGSTREERDE VERPLEEGKUNDIGES WAT BYVOORDELE ONTVANG

BYVOORDELE	BEVOLK-KINGS-GROEP	JA		NEE		TOTAAL
		f	%	f	%	
• Verlofbonus	Nie-blank	191	98,9	2	1,1	193
	Blank	129	100,0	0	0,0	129
• Skoentoelaag	Nie-blank	83	52,8	74	47,2	157
	Blank	69	68,3	32	31,7	101
• Uniformtoelaag	Nie-blank	168	90,3	18	9,7	186
	Blank	133	99,2	1	0,8	134
• Motorvoertuigskema	Nie-blank	22	15,7	118	84,3	140
	Blank	83	69,2	37	30,8	120
• Brandstoftoelaag	Nie-blank	32	22,5	110	77,5	142
	Blank	68	64,8	38	35,8	106
• Behuisingssubsidies	Nie-blank	97	63,3	56	36,1	153
	Blank	103	89,5	12	10,5	115
• Mediese fonds	Nie-blank	146	88,0	20	12,0	166
	Blank	117	98,3	2	1,7	119
• Pensioenskema	Nie-blank	179	97,9	4	2,1	183
	Blank	132	100,0	0	0,0	132
• Dagversorging vir kinders	Nie-blank	3	2,1	137	97,9	140
	Blank	2	1,9	106	98,1	108
• Huisvesting	Nie-blank	59	49,6	60	50,4	119
	Blank	53	50,9	51	49,1	104
• Vervoer na werk	Nie-blank	9	6,2	137	93,8	146
	Blank	6	5,7	101	94,3	107
• Amptelike vervoer vir amptelike pligte	Nie-blank	3	2,1	137	97,9	140
	Blank	110	91,7	10	8,3	120
• Vervoertoelaag	Nie-blanke	6	4,2	135	95,8	142
	Blank	67	63,2	39	36,8	106
• Studieverlof	Nie-blank	92	56,8	70	53,2	162
	Blank	93	86,9	14	13,1	107
• Studiebeurse	Nie-blank	46	31,5	100	68,5	146
	Blank	71	68,2	33	31,8	104

4.5.2 Die fisiese werksomgewing (Item 14)

Met die data verkry uit item 14 van hierdie studie kan die fisiese werksomgewing van respondenten as volg opgesom word.

Daar is 75,7% respondenten wat hul dagtaak in kliniekgeboue verrig, 7,8% werk in mobiele klinieke terwyl 16,5% in satelietpunte soos industrië werk.

TABEL 4.13 FISIESE ONGEWING WAAR VERPLEEGKUNDIGES DIE GROOTSTE GEDEELTE VAN HUL DAGTAAK VERRIG (N = 334)

FISIESE KLINIEKOMGEWING	f	%
• Kliniekgeboue	253	75,7
• Mobiele klinieke	26	7,8
• Satelietpunte	55	16,5
• Ander	0	0,0
Totaal	334	100,0

4.5.2.1 Beskikbaarheid van toerusting en voorrade (Item 21)

Die beskikbaarheid van toerusting word in tabel 1.14 as 'n gemiddelde op 'n 5-punt skaal weergegee.

Respondente moes die beskikbaarheid van items aandui op 'n 5-puntskaal waar die respons 1 "nooit beskikbaar", 2 "onvoldoende", 3 "redelik beskikbaar", 4 "heeltemal voldoende" en 5 "te veel" verteenwoordig.

Dit blyk uit die gegewens dat voorrade en toerusting in die algemeen vir blanke respondenten redelik tot heeltemal voldoende beskikbaar is.

Vir nie-blanke respondenten is die beskikbaarheid egter ietwat laer, hoewel steeds redelik beskikbaar. Die uitsondering is medisyne en vervoer wat onvoldoende tot redelik beskikbaar is.

Die bevindings van hierdie studie stem ooreen met dié van Buch (1986:9) wie in sy ondersoek in Gazankulu gevind het dat die swak fisiese werksomgewing en die kroniese tekort aan medisyne 'n knelpunt in swart klinieke is.

'n Gemaklike, veilige fisiese werksomgewing, laat soos Flippo (1988:391) dit stel, werkers belangrik en gewaardeerd voel.

Die swakker fisiese werksomgewing van respondenten in hierdie studie mag dus 'n bydrae lewer tot werksontevredenheid.

TABEL 4.14 BESKIKBAARHEID VAN TOERUSTING (N = 334)

TIPE TOERUSTING OF VOORRAAD	BLANKE RESPONDENTE			NIE-BLANKE RESPONDENTE			t-waarde	p-waarde
	\bar{X}	s	n	\bar{X}	s	n		
• Toerusting	3,91	0,33	136	3,19	0,77	198	-11,5629	0,0001
• Aptekersbenodighede	3,86	0,38	136	3,34	0,81	195	-8,1542	0,0001
• Voorrade	3,82	0,48	136	3,11	0,81	198	-9,8832	0,0001
• Skryfbehoeftes	3,76	0,47	135	3,17	0,77	196	-8,4918	0,0001
• Meubelment	3,83	0,41	136	3,83	0,81	194	-8,5672	0,0001
• Medisyne	3,48	0,75	134	2,89	0,84	195	-6,5972	0,0001
• Vervoer	3,46	0,93	131	2,16	1,02	190	-11,7724	0,0001

X Gemiddelde op 'n 5-punt skaal

4.5.2.2 Fisiese veiligheid (Item 16 - 18)

'n Volledige weergawe van respondent se mening van hul fisiese veiligheid en veiligheidsmaatreëls word in tabel 4.15 aangebied.

Die respons op item 15 wat as nooit, daagliks, weekliks en maandeliks aangedui kon word, is statisties onder die opskrif "nooit" en "daagliks" tot "maandeliks" weergegee. Die saamgroepering is gedoen aangesien selfs maandelikse bedreiging as kommerwekkend beskou word.

Bevindings dui daarop dat dit hoofsaaklik nie-blanke respondent (63,3%) is wie se fisiese veiligheid daagliks tot maandeliks bedreig word, teenoor die van 33,8% blanke respondent.

Dieselde tendens geld ook met betrekking tot intimidasie om van die werk af weg te bly, waar hoofsaaklik nie-blanke respondent te wete 71,0% daagliks tot maandeliks geïntimideer word teenoor die slegs 1,5% blanke respondent.

Die blanke respondent wie se veiligheid bedreig word en wie geïntimideer word om van die werk af weg te bly is waarskynlik blanke verpleegkundiges in diens van swart plaaslike besture of blanke verpleegkundiges wie soms in swart klinieke werk. Wat veiligheidsmaatreëls betref is dit weereens nie-blanke respondent, te wete 60,8% wat van mening is dat veiligheidsmaatreëls in die plaaslike besture waar hulle werk, onvoldoende is.

Die bevindinge van hierdie studie aangaande die swakker fisiese

werksomgewing en veiligheid van nie-blanke respondentie het 'n belangrike implikasie vir die primêre gesondheidsorgdienste van swart plaaslike besture. Genoemde faktore beïnvloed volgens Marx (1986:192) werkers se lojaliteit, motivering en werksprestasies.

TABEL 4.15 FISIESE VEILIGHEID IN DIE WERKSLEWE VAN GEREGISTREERDE VERPLEEGKUNDIGES

ITEM	BEVOLKINGS-GROEP	NOoit		DAAGLIKS - MAANDELIKS		n
		f	%	f	%	
• Bedreiging fisiese veiligheid	Nie-blank	58	36,7	100	63,3	158
	Blank	84	66,1	43	33,8	127
	Nie-blank	157	29,0	125	71,0	176
	Blank	133	98,5	2	1,5	135
• Intimidasie om van werk af te bly		VOLDOENDE		ONVOLDOENDE		TOTAAL
		f	%	f	%	
		67	39,1	104	60,8	171
		88	68,2	41	31,8	129
• Veiligheidsmaatreëls	Nie-blank					

4.5.2.3 Besonderhede van bevolkingsgroepe aan wie respondentie diens lewer (Item 19)

Tabel 4.16 weerspieël die bevolkingsgroepe aan wie respondentie diens lewer. Dit blyk dat slegs 12,0% nie-blanke respondentie diens aan blanke gemeenskappe lewer, 97,5% lewer diens aan swart gemeenskappe, 31,0% aan kleurlinge en 18,0% ook aan asiër gemeenskappe.

Dit blyk uit die studie dat blanke respondentie meer aan ander rasse toegewys word as in die geval van nie-blanke respondentie. Soos weerspieël in tabel 4.16 lewer 91,9% diens aan blankes, 79,4% ook aan swart gemeenskappe, 66,1% aan kleurlinge en 71,3% ook aan asiërs.

Dit blyk dus dat nie-blanke respondentie hoofsaaklik in nie-blanke gemeenskappe diens lewer terwyl blanke respondentie blanke gemeenskappe bedien in kombinasie met nie-blanke gemeenskappe. Blanke gemeenskappe word hoofsaaklik deur blankes bedien.

TABEL 4.16 BEVOLKINGSGROEPE AAN WIE VERPLEEGKUNDIGES DIENS LEWER

BEVOLKINGSGROEP VAN VERPLEEGKUNDIGES	BEVOLKINGSGROEP VAN GEMEENSKAP AAN WIE DIENS GELEWER WORD							
	Blank		Swart		Kleurling		Asiër	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Nie-blank (n = 200)	24	12	195	97,5	62	31,0	36	18,0
Blank (n = 136)	125	91,9	108	79,4	90	66,1	97	71,3

4.5.2.4 Die inkomstegroep van bevolkings aan wie verpleegkundiges diens lewer (Item 20)

Met betrekking tot dienslewering aan die onderskeie bevolkingsgroepes kom die tendens weereens na vore dat 'n groter persentasie nie-blanke geregistreerde verpleegkundiges diens aan laer inkomstegroepes lewer.

Uit tabel 4.17 is dit duidelik dat slegs 3,5% nie-blanke respondentes diens aan hoë inkomste groepes lewer, 35,5% bedien middel-inkomste groepes, 84,0% bedien die laer inkomste groepes en 62,0% bedien ook plakkergemeenskappe.

In teenstelling hiermee bedien 36,0% blanke respondentes die hoë inkomste groepes, 84,5% die middel-inkomste groepes, 61,7% ook die laer inkomste groepes. Slegs 22,0% blanke respondentes lewer ook diens aan plakkergemeenskappe.

Uit hierdie studie blyk dit dus dat die veiligheidsrisiko's en die kompleksiteit van die dienslewering van die nie-blanke respondent hoë is as die van die blanke respondent.

TABEL 4.17 INKOMSTEGROEP VAN BEVOLKING AAN WIE VERPLEEGKUNDIGES DIENS LEWER (N = 336)

BEVOLKINGSGROEP VAN VERPLEEGKUNDIGES	INKOMSTEGROEP VAN BEVOLKING AAN WIE DIENS GELEWER WORD							
	Hoë		Middel		Laer		Plakker	
	f	%	f	%	f	%	f	%
• Nie-blank (n = 200)	7	3,5	71	35,5	168	84,0	124	62,0
• Blank (n = 136)	49	36,0	115	84,5	84	61,7	30	22,0

4.5.3 DIE PSIGIESE WERKSOMGEWING

4.5.3.1 Duidelikheid van beleid (Item 22)

In item 22 moes respondenten op 'n 5-punt skaal aandui hoe duidelik die beleid aangaande hulle werk vir hulle is. Response kon wissel van 1 wat "glad nie" verteenwoordig tot 5 wat "voldoende" verteenwoordig.

Respondente se mening aangaande hulle insig in beleid wat hul praktyk beheer asook die mate waartoe hulle insig in beleid behoort te hê word in tabel 4.18 weergegee.

Dit blyk dat die drie ranggroepe van mekaar verskil wat duidelikheid van beleid betref. Vir die senior gemeenskapsverpleegkundige blyk beleid die duidelikste te wees, terwyl die kliniekverpleegkundige die minste insig in beleid het.

Wanneer gekyk word na die tweede deel van die item naamlik, "In watter mate dink u behoort dit te geld?", is dit duidelik dat al drie ranggroepe die mening huldig dat die geregistreerde verpleegkundige voldoende duidelikheid aangaande beleid behoort te hê.

Dit is dus veral die kliniekverpleegkundige wat 'n tekortkomming in haar insig in beleid identifiseer. Sy spreek die grootste behoefté uit op wat behoort te wees. Hierdie bevinding van die studie stem ooreen met Koontz et al. (1987:493) se mening dat die mens kennis oor die beleid wat sy praktyk beheer wil hê. 'n Gebrek hieraan kan aanleiding gee tot frustrasie en aggressie tydens praktykvoering.

TABEL 4.18 INSIG IN BELEID (N = 336)

ITEM	KLINIEK-VERPLEEG-KUNDIGE	GEMEEN-SKAPSVERPLEEGKUNDIGE	SENIOR GEMEEN-SKAPSVERPLEEGKUNDIGE	F-waarde	p-waarde
	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}		
• Insig in beleid • Tot watter mate behoort dit te geld	3,42 4,55	4,00 4,75	4,24 4,50	9,80 1,50	0,0001 0,2257

\bar{X} = Gemiddelde op 'n 5-punt skaal

4.5.3.2 Kwaliteitversekering (Item 23)

Respondente se mening aangaande die skakeling met beamptes van die Departement van Nasionale Gesondheid en Bevolkingsontwikkeling ten einde die kwaliteit van dienslewering te moniteer, word in die tabel 4.19 weergegee.

Response word in tabel 4.19 aangedui as die gemiddeld op 'n 5-punt skaal waar 1 "stem glad nie saam nie", 3 "onseker" en 5 "stem baie beslis saam" verteenwoordig.

In die geheel gesien, is daar geen verskil tussen die drie ranggroepe hoe hulle die monitering van hulle dienste deur die Departement van Nasionale Gesondheid en Bevolkingsontwikkeling ervaar nie. Die respons van al drie groepe duï op 'n neiging tot onsekerheid aangaande hulle skakeling met genoemde departement. Daar is nie 'n definitiewe positiewe respons dat skakeling met die departement vir hulle ondersteunend is en dat hulle die evaluering van hul diens as 'n positiewe leerervaring sien nie.

TABEL 4.19 KWALITEITVERSEKERING (N = 334)

ITEM	KLINIEK-VERPLEEG-KUNDIGE	GEMEEN-SKAPSVERPLEEGKUNDIGE	SENIOR GEMEEN-SKAPSVERPLEEGKUNDIGE	F-waarde	p-waarde
	\bar{x}	\bar{x}	\bar{x}		
• Skakeling is ondersteunend	3,38	3,46	3,78	3,61	0,0283
• Departementele personeel is 'n kennisbron	3,51	3,65	3,81	1,67	0,1901
• Evaluering van diens is 'n positiewe leerervaring	3,67	3,70	3,77	0,22	0,8055

\bar{x} = Gemiddelde op 'n 5-punt skaal

4.5.3.3 Besluitneming (Item 24)

Respondente se mening aangaande hul geleentheid tot deelname in besluitneming asook die mate waartoe hulle deelname in besluitneming

behoort te hê word in tabelle 4.20 en 4.21 onderskeidelik weergegee.

Response word aangedui as die gemiddelde op 'n 5-punt skaal waar 1 "glad nie", 3 "redelik" en 5 "tot 'n groot mate" verteenwoordig

Uit tabel 4.20 blyk dit dat die kliniekverpleegkundige min geleentheid tot onafhanklike besluitneming het ($\bar{X} = 2,93$). Geleentheid tot deelname in besluitneming blyk selfs minder te wees ($\bar{X} = 2,58$).

Die gemeenskapsverpleegkundige en senior gemeenskapsverpleegkundige se geleentheid vir deelname in besluitneming dui op 'n meer positiewe tendens naamlik "redelik" tot "aansienlik".

Die bevinding van hierdie studie is soortgelyk aan dié van Helmer & McKnight (1988:10) en Ringl & Dotson (1989:42) dat verpleegkundiges relatief min deelname in besluitneming aangaande hul praktyk het. Volgens genoemde outeurs is die gebrek aan deelname een van die ernstige knelpunte in verpleging.

TABEL 4.20 HUIDIGE GELEENTHEID VIR DEELNAME IN BESLUITNEMING (N = 335)

DEELNAME IN BESLUITNEMING	KLINIEK- VERPLEEG- KUNDIGE	GEMEEN- SKAPSVER- PLEEGKUN- DIGE	SENIOR GEMEEN- SKAPSVER- PLEEG- KUNDIGE	F- waarde	p- waarde
	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}		
• Geleentheid vir onafhanklike besluitneming	2,93	3,48	3,64	3,45	0,0007
• Geleentheid vir deelname in besluitneming	2,58	2,83	3,14	3,19	0,0055

\bar{X} = Gemiddelde op 'n 5-punt skaal

In tabel 4.21 word respondentse se mening aangedui oor die mate waartoe geregistreerde verpleegkundiges geleentheid vir onafhanklike besluitneming en geleentheid vir deelname in besluitneming behoort te hê, aangedui.

Dit blyk dat al drie ranggroepes eenstemmigheid het dat die geregistreerde verpleegkundiges tot 'n hoë mate onafhanklik besluite behoort te kan neem of deelname in besluitneming behoort te hê.

TABEL 4.21 TOT WATTER MATE BEHOORT GEREGISTREERDE VERPLEEGKUNDIGES DEELNAME IN BESLUTNEMING TE Hê (N = 335)

VERANDERLIKE	KLINIEK-VERPLEEG-KUNDIGE	GEMEEN-SKAPSVERPLEEGKUNDIGE	SENIOR GEMEEN-SKAPSVERPLEEGKUNDIGE	F-waarde	p-waarde
	\bar{x}	\bar{x}	\bar{x}		
• Geleentheid vir onafhanklike besluitneming	4,32	4,65	4,55	3,19	0,043
• Geleentheid vir deelname in besluitneming	4,22	4,70	4,48	5,35	0,0055

\bar{x} Gemiddelde op 'n 5-punt skaal

4.5.3.4 Insig in rol en funksies (Item 25 - 28)

Item 25 - 28 was gesloten vrae waarop respondentie "Ja" of "Nee" moes antwoord. Die persentasie "Ja" respons word in tabel 4.22 weergegee.

Met betrekking tot insig in rol en funksies blyk dit dat slegs 87,7% kliniekverpleegkundiges van mening is dat hulle hul posomskrywing verstaan. Met betrekking tot die res van die items is dit deurgaans die kliniekverpleegkundige wat 'n laer persentasie "Ja" respons aandui.

TABEL 4.22 PERSENTASIE "JA" RESPONSE OP INSIG IN ROL EN FUNKSIES

ITEM	KLINIEK-VERPLEEG-KUNDIGE			GEMEEN-SKAPSVERPLEEG-KUNDIGE-			SENIOR GEMEENSKAPS-VERPLEEG-KUNDIGE-		
	f	%	n	f	%	n	f	%	n
• Beskikbaarheid van 'n geskrewe posom-skrywing	108	95,5	113	90	96,7	93	76	98,7	77
• Insig in posom-skrywing	100	87,7	114	84	91,3	92	74	96,1	77
• Insig in diens se doelstellings	108	95,5	113	90	96,7	93	76	98,7	77
• Insig oor bydrae tot diens se doelstellings	105	92,9	113	86	93,4	92	74	97,3	76

4.5.3.5 Toesighouing (Items 29 - 35 en 59 - 66)

Huidige direkte toesighouer (Item 29)

In item 29 moes respondentie aandui watter lid van die gesondheidspan tans hul direkte toesighouer is. Die response soos weergegee in tabel 4.23 was dat 4,2% 'n mediese gesondheidsbeampte as toesighouer het, 67,1% 'n geregistreerde verpleegkundige en 28,7% het 'n gesondheidsinspekteur as toesighouer. Dit is duidelik dat die grootste persentasie 'n geregistreerde verpleegkundige as toesighouer het.

TABEL 4.23 HUIDIGE DIREKTE TOESIGHOUER (N = 325)

HUIDIGE TOESIGHOUER	f	%
• Mediese gesondheidsbeampte	13	4,2
• Geregistreerde verpleegkundige	218	67,1
• Gesondheidsinspekteur	94	28,7
Totaal	325	100,0

Toesighouer wat verkies word (Item 30)

In tabel 4.24 word respondentie se voorkeur aangaande 'n toesighouer aangedui. Dit is duidelik dat die grootste persentasie (88,3%) 'n geregistreerde verpleegkundige as toesighouer sou verkies terwyl 7,9% 'n mediese gesondheidsbeampte en 3,8% 'n gesondheidsinspekteur as toesighouer sou verkies. Wanneer gegewens in tabel 4.23 met dié van tabel 2.24 vergelyk word is dit duidelik dat daar 'n positiewe neiging tot die geregistreerde verpleegkundige as toesighouer is.

TABEL 4.24 TOESIGHOUER WAT VERKIES WORD (N = 325)

TOESIGHOUER WAT VERKIES WORD	f	%
• Mediese gesondheidsbeampte	26	7,9
• Geregistreerde verpleegkundige	287	88,3
• Gesondheidsinspekteur	12	3,8
Totaal	325	100,0

Gehalte van toesighouding (Item 31 - 34)

Respondente se mening oor enkele aangeleenthede aangaande hul toesighouding word in tabel 4.25 weergegee.

Response word aangedui as die gemiddeld op 'n drie-punt skaal waar 1 "nooit", 2 "somtyds" en 3 "gereeld" verteenwoordig.

Soos blyk uit die gegewens rapporteer al drie ranggroepe dat hulpverlening van die toesighouer bykans gereeld plaasvind. Die uitsondering is egter item 34, "Hoe dikwels bespreek u toesighouer u werksprestasie met u", waar al drie groepe respondeer met "nooit" tot "somtyds".

In hierdie verband moet gelet word op Van Hemert (1985:5) se stelling dat die gebrek aan terugvoering 'n belangrike oorsaak van spanning in die werksituasie is en dat negatiewe terugvoering vir werkers verkiekselik is bo geen terugvoering nie.

TABEL 4.25 GEHALTE VAN TOESIGHOUING (N = 326)

GEHALTE VAN TOESIGHOUING	KLINIEK- VERPLEEG- KUNDIGE	GEMEEN- SKAPSVER- PLEEGKUN- DIGE	SENIOR GEMEEN- SKAPSVER- PLEEGKUN- DIGE	F- waarde	p- waarde
	\bar{x}	\bar{x}	\bar{x}		
• Toesighouer verleen hulp met oplos van werksprobleme	2,36	2,38	2,32	0,19	0,8286
• Toesighouer help om verpleegvaardighede te ontwikkel	2,25	2,33	2,12	1,67	0,1903
• Toesighouer kontroleer gehalte van werk	2,18	2,20	2,02	1,29	0,2762
• Toesighouer bespreek prestasie	1,96	1,97	1,93	0,07	0,9289

X Gemiddelde op 'n 3-punt skaal

Verhouding met die toesighouer (Item 59 - 66)

Item 59 - 66 het gehandel oor die respondent se verhouding met die toesighouer. Respondente moes hul mening op 'n 3-punt skaal gee waarvan 1 "geensins", 2 "redelik" en 3 "baie" verteenwoordig.

Die response soos weergegee in tabel 4.26 dui deurgaans op "redelik" tot "baie". Response op item 65 wat handel oor die gee van erkenning deur die toesighouer dui egter op 'n minder positiewe respons.

Die response op die toesighouer se vermoë om regverdige dissipline toe te pas dui ook op 'n meer negatiewe beeld. Erkenning van prestasies is volgens Mol (1990:89) een van die magtigste motiveringsmetodes. Hierdie baie belangrike bestuursmeganisme word duidelik onderbenut in die werkslewe van die geregistreerde verpleegkundige in diens van plaaslike besture.

TABEL 4.26 VERHOUDING MET DIE TOESIGHOUER (N = 328)

ITEM	KLINIEK-VERPLEEG-KUNDIGE	GEMEEN-SKAPSVER-PLEEGKUNDIGE	SENIOR GEMEEN-SKAPSVER-PLEEGKUNDIGE	F-waarde	p-waarde
	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}		
• Vertroue in toesighouer	2,26	2,23	2,26	0,10	0,9049
• Respek vir toesighouer	2,54	2,70	2,57	2,73	0,0668
• Respek vir bestuursvaardighede	2,35	2,31	2,35	0,12	0,8914
• Respek vir kundigheid in primêre gesondheidsorg	2,4	2,26	2,31	1,904	0,3546
• Toesighouer se belangstelling	2,3	2,32	2,40	0,37	0,6904
• Toesighouer se beskikbaarheid	2,45	2,34	2,30	1,60	0,2036
• Erkenning van toesighouer	2,14	2,10	2,06	0,22	0,8012
• Regverdige dissipline	2,19	2,13	2,10	0,44	0,6446

\bar{X} = Gemiddelde op 'n 3-punt skaal

Vergelyking tussen die verhouding tussen die geregistreerde verpleegkundige as toesighouer en die gesondheidsinspekteur as toesighouer (Item 59 - 66)

In die lig daarvan dat 'n redelike persentasie respondenten 'n gesondheidsinspekteur as toesighouer het (28,7%) is die verhouding met die gesondheidsinspekteur as toesighouer vergelyk met die verhouding met die geregistreerde verpleegkundige as toesighouer.

In tabel 4.27 word die verhouding met die geregistreerde verpleegkundige as toesighouer vergelyk met die verhouding met die gesondheidsinspekteur as toesighouer. Respondente moes hul response op 'n 3-punt skaal aandui waar 1 "geensins", 2 "redelik" en 3 "baie" verteenwoordig.

Die gegewens dui daarop dat daar 'n beter verhouding met die toesighouer is waar laasgenoemde 'n geregistreerde verpleegkundige is in vergeleke met die gesondheidsinspekteur as toesighouer. Dit mag toon dat daar 'n groter vertroue in die geregistreerde verpleegkundige as toesighouer is. Respek vir die gesondheidsinspekteur se bestuursvaardigheid, sy kundigheid in primêre gesondheidsorg blyk laag te wees. Dit is ook die gesondheidsinspekteur se belangstelling in primêre gesondheidsorg, sy beskikbaarheid, sy vermoë om erkenning vir prestasie te gee, en sy vermoë om regverdige dissipline toe te pas wat deur respondenten laer geëvalueer word.

Hier teenoor is daar teenoor die geregistreerde verpleegkundige ten opsigte van elk van bogenoemde items 'n meer positiewe respons. Dit is veral die geregistreerde verpleegkundige as toesighouer se kundigheid in primêre gesondheidsorg wat meer gerespekteer word.

Oor die algemeen blyk dit dus dat die verhouding met die geregistreerde verpleegkundige as toesighouer, beter is as met die gesondheidsinspekteur as toesighouer.

Dit wil dus voorkom of dieselfde tendens waarna Buch (1986:9) verwys, geld waar die gesondheidsinspekteur oor die geregistreerde verpleegkundige toesighou. Buch het gevind dat sodanige toesighouding burokraties is, meer op kontrole as op ondersteuning fokus.

TABEL 4.27 VERGELYKING TUSSEN DIE VERHOUDING MET DIE GEREGSTREERDE VERPLEEGKUNDIGE AS TOESIGHOUER EN DIE GESONDHEIDSINSPEKTEUR AS TOESIGHOUER

ITEM	GEREGISTREERDE VERPLEEG- KUNDIGE	GESONDHEIDS- INSPEKTEUR	F- waarde	p- waarde
	\bar{X}	\bar{X}		
• Vertroue in toesighouer	2,45	2,24	1,810	0,074
• Respek vir toesighouer	2,57	2,47	0,139	0,131
• Respek vir bestuursvaardighede	2,44	2,15	2,226	0,026
• Respek vir kundigheid in primêre gesondheidsorg	2,89	2,48	3,90	0,003
• Toesighouer se belangstelling	2,48	2,05	3,29	0,001
• Toesighouer se beskikbaarheid	2,43	2,12	2,77	0,006
• Erkenning van toesighouer	2,87	2,16	1,94	0,056
• Regverdige dissipline	2,26	2,02	1,90	0,060

X = Gemiddelde op 'n 3-punt skaal

4.5.3.6 Benutting (Item 35 - 40)

Met item 35 tot 40 van die vraelys is gepoog om die respondenten se mening van hul benutting in hul werkslewe te bepaal. Response word in tabel 4.28 weergegee as gemiddeldes op 'n 4-punt skaal waar 1 "nooit" en 4 "altyd" verteenwoordig. Dit is duidelik dat al drie ranggroepe van mening is dat hul dagtaak dikwels tot altyd verband hou met hul rol as gemeenskapsverpleegkundige, uitdagings bied en dat hulle vermoëns korrek benut word. Respondente meen dat hulle werk selde vervelig is. Al drie ranggroepe ervaar hulle taak dikwels as fisies en psigies vermoeiend.

Die optimale benutting van die geregistreerde verpleegkundige is 'n belangrike faset van haar psigiese werksomgewing. Shaw (1989:179) stel dit dat die toekoms van verpleegkundiges sal vereis om selfgemotiveerd te wees, hulle inisiatief te benut, verantwoordelik te wees en om self hul werk te evalueer. Groter klem sal daarom op die bestuur van die verpleegdiens gelê moet word eerder as op die daarstel van burokrasieë. Toesighouers sal moet tred hou

met die kwaliteite van die verpleegpraktisyne van die toekoms. Toesighouers sal die rol van fasiliteerder, mentor, spanbouer, koördineerder en konsultant moet vervul eerder as dié van 'n kontroleur.

TABEL 4.28 BENUTTING VAN DIE GEREGISTREERDE VERPLEEGKUNDIGE (N = 326)

VERANDERLIKE	KLINIEK- VERPLEEG- KUNDIGE	GEMEEN- SKAPSVER- PLEEGKUN- DIGE	SENIOR GEMEEN- SKAPSVER- PLEEGKUN- DIGE	F- waarde	p- waarde
	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}		
• Daaglikse aktiwiteite hou verband met geregistreerde verpleegkundige se rol as gemeenskapsverpleegkundige	3,78	3,81	3,82	0,21	0,8129
• Werk bied uitdaging	3,43	3,49	3,37	0,67	0,5118
• Vermoëns word benut in werk	3,41	3,38	3,38	0,08	0,9214
• Werk is vervelig	1,82	1,85	1,85	1,02	0,3608
• Werk is psigies vermoeiend	2,56	2,78	2,78	2,90	0,0565
• Werk is fisies vermoeiend	2,81	2,56	2,56	2,02	0,1353

\bar{X} = Gemiddelde op 'n 4-punt skaal

4.5.3.7 Status (Item 41 - 43)

Met items 41 tot 43 is gepoog om vas te stel wat respondenten se mening van die mate van status is wat hulle in hul werkslewe geniet.

In die tabel 4.29 word die respons uitgedruk as gemiddeldes op 'n 4-punt skaal waar 1 "nooit" en 4 "altyd" verteenwoordig.

Daar is terselfdertyd gepoog om 'n vergelyking te tref tussen die respons van blanke en nie-blanke respondenten.

Uit die gegewens blyk dit dat albei groepe van mening is dat hulle 'n hoë mate van status geniet.

Nie-blanke respondenten is egter van mening dat hulle minder deur hul werkgewer as onafhanklike praktisys erken word.

Blankes en nie-blankes word baie deur hul gemeenskap gerespekteer. Albei groepe is van mening dat die geneeshere die verpleegkundige se bydrae tot die welsyn van die gemeenskappe respekteer. Laasgenoemde tendens staan dus in teenstelling met die mening van outeurs soos Johnstone (1976:24) en Evertse (1991:35) dat geneeshere geen respek toon vir die geregistreerde verpleegkundige se bydrae tot die pasiënt se welsyn nie.

TABEL 4.29 VERGELYKING TUSSEN STATUS VAN BLANKE EN NIE-BLANKE RESPONDENTE

ITEM	BLANKE			NIE-BLANKE			F-waarde	P-waarde
	\bar{X}	s	n	\bar{X}	s	n		
• Erkenning deur werkgever	3,14	1,01	187	2,76	0,98	133	3,34	0,0009
• Erkenning deur gemeenskap	3,74	0,59	192	3,46	0,60	136	4,15	0,0001
• Respek van geneeshere	3,55	0,67	185	3,89	0,81	135	7,70	0,0001

\bar{X} = Gemiddelde op 'n 4-punt skaal

4.5.3.8 Erkenning van prestasies (Item 44-45)

Beskikbaarheid en insig in 'n personelevalueringstelsel (Item 44 - 48)

In tabel 4.30 word die persentasie "Ja" response op die beschikbaarheid van die personelevalueringstelsel en respondenten se insig in die personelevalueringstelsel aangedui.

Uit tabel 4.30 blyk dit dat die "ja" response op die beschikbaarheid van 'n personelevalueringstelsel laag is (37,2%). Die bevinding van hierdie studie bevestig Van der Merwe P. (1990:141) se stelling dat sommige plaaslike besture 'n personelevalueringstelsel het en ander nie. 'n Nog laer persentasie respondenten (27,9%) rapporteer dat hulle insig in die personelevalueringstelsel het.

Uit hierdie studie word die afleiding gemaak dat die personelevalueringstelsel, die amptelike prosedure van terugvoering aangaande werksprestasies nie 'n algemene komponent van die werkslewe van die geregistreerde verpleegkundige in diens van plaaslike besture is nie. 'n Beperkte getal

respondente het ook hierin insig.

TABEL 4.30 BESKIKBAARHEID VAN 'N PERSONEELEVALUERINGSTELSEL

ITEM	f	%	N
• Beskikbaarheid van personelevalueringstelsel	112	37,2	301
• Insig in personelevalueringstelsel	86	27,9	308

Benutting van die personelevalueringstelsel (Item 46 - 48)

In tabel 4.31 word die respons uitgedruk as gemiddeldes op 'n 4-punt skaal waar 1 "nooit" en 4 "altyd" verteenwoordig. Daar is terselfdertyd gepoog om 'n vergelyking te tref tussen die respons van die drie onderskeie ranggroepe. Bevindings dui daarop dat respondentе selde finansiële vergoeding of bevordering vir goeie prestasie ontvang en dat respondentе swak aangaande die resultate van hul evaluering ingelig word.

Uit tabel 4.31 blyk dit dat daar geen noemenswaardige verskil met betrekking tot mening van die onderskeie ranggroepe is nie. Dit blyk dus dat die tendens dieselfde ten opsigte van al drie ranggroepe is. Personelevaluering is volgens Li-Ming & George (1990:29) in die meeste gesondheidsorganisasies ingestel om koste-effektiwiteit te verhoog, maar as gevolg van oneffektiewe terugvoering slaag die personelevalueringstelsel in die meeste organisasies nie. Die geldigheid van hierdie stelling kan op die geregistreerde verpleegkundige in diens van plaaslike besture van toepassing wees.

TABEL 4.31 BENUTTING VAN PERSONEELEVALUERINGSTELSEL (N = 336)

ITEM	KLINIEK-VERPLEEG-KUNDIGE	GEMEEN-SKAPSVERPLEEGKUNDIGE	SENIOR GEMEEN-SKAPS-VERPLEEG-KUNDIGE	F-waarde	p-waarde
	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}		
• Word aangaande resultate ingelig	2,54	2,24	2,30	1,65	0,1945
• Finansiële vergoeding vir prestasie	1,79	1,67	1,61	1,19	0,3049
• Bevordering vir prestasie	1,73	1,91	1,86	1,08	0,3417

\bar{X} = Gemiddelde op 'n 4-punt skaal

4.5.4 Geleentheid vir professionele groei (Item 49 - 52)

Item 49 - 52 wat handel oor geleentheid vir professionele groei het uit twee afdelings bestaan. Kolom A, waar die respondent op 'n 3-punt skaal die belangrikheid van professionele groei moes aandui en kolom B waar respondent moes aandui watter geleenthede vir professionele groei in hulle werkslewe beskikbaar is.

In tabel 4.32 word die response aangaande die belang van professionele groei uitgedruk as gemiddeldes op 'n 3-punt skaal waarvan 1 "geen belang" en 3 "baie belangrik" verteenwoordig.

Uit die gegewens in tabel 4.32 kan die afleiding gemaak word dat respondent professionele groei as baie belangrik beskou. Daar is geen verskil tussen die response van die drie onderskeie ranggroepe nie.

TABEL 4.32 BELANGRIKHEID VAN PROFESSIONELE GROEI (N = 326)

ITEM	KLINIEK-VERPLEEG-KUNDIGE	GEMEEN-SKAPSVER-PLEEGKUNDIGE	SENIOR GEMEEN-SKAPSVER-PLEEG-KUNDIGE	F-waarde	p-waarde
	\bar{x}	\bar{x}	\bar{x}		
• Oriëntering	2,84	2,96	2,91	3,61	0,0439
• Indiens-opleiding	2,87	2,95	2,89	1,63	0,1982
• Voortgesette onderrig	2,77	2,82	2,73	0,73	0,4835
• Bevorderingsmoontlikehede	2,61	2,70	2,60	0,73	0,4840

\bar{x} = Gemiddelde op 'n 3-punt skaal

Tabel 4.33 is 'n weergawe van respondent se opinie van die geleenthede vir professionele groei in hul plaaslike besture. Response word weergegee as gemiddeldes op 'n 4-punt skaal waar 1 "geen geleentheid" en 4 "toereikende geleentheid" impliseer.

Bevindings dui daarop dat geleentheid vir oriëntering, indiensopleiding en voortgesette onderrig redelik beskikbaar is vir die gemeenskapsverpleegkundige. Die kliniekverpleegkundige rapporteer egter deurgaans dat bogenoemde geleenthede vir haar swak voorsien is. Volgens Flippo (1988:391) werk mense nie net om 'n salaris te verdien nie, maar ook omdat werk 'n belangrike rol speel in die ontwikkeling van hul potensiaal.

Ontwikkeling en opleiding is volgens Beukes (1990:15) 'n noodsaaklike komponent van motivering. Opleidingsgeleenthede verseker produktiwiteit en werkstevredenheid. Die gebrek aan opleidingsgeleenthede is daarom 'n belangrike knelpunt in die werkslewe van veral die kliniekverpleegkundige in diens van plaaslike besture.

Met betrekking tot bevorderingsgeleenthede dui gegewens daarop dat daar min bevorderingsgeleenthede vir al drie ranggroepe is. Loopbaanontwikkeling en bevordering bied geleentheid tot groter verantwoordelikheid, gee erkenning aan prestasie en lei uiteindelik tot selfaktualisering. Hierdie belangrike aanname in Herzberg se teorie is deur Brink (1987:14) bewys in haar studie na die werksontvredeheid van verpleegdosente. Sy het gevind dat gebrek aan geleentheid tot selfaktualisering 'n belangrike oorsaak van werksontvredeheid is. Hierdie tendens blyk ook van toepassing op verpleegkundiges in diens van plaaslike besture te wees.

TABEL 4.33 GELEENTHEDE VIR PROFESSIONELE GROEI (N = 326)

ITEM	KLINIEK-VERPLEEG-KUNDIGE	GEMEEN-SKAPSVER- PLEEG-KUNDIGE	SENIOR GEMEEN-SKAPSVER- PLEEG-KUNDIGE	F-waarde	p-waarde
	\bar{x}	\bar{x}	\bar{x}		
• Oriëntering	2,71	3,15	3,15	5,73	0,0037
• Indiens-opleiding	2,93	3,10	3,31	3,64	0,0278
• Voortgesette onderrig	2,56	2,88	3,16	5,88	0,0032
• Bevorderingsmoontlikhede	1,62	1,92	2,19	7,14	0,0010

\bar{x} = Gemiddelde op 'n 3-punt skaal

4.5.5 Sosiale aspekte in die werkslewe

4.5.5.1 Kommunikasie (Item 53 - 54)

In item 53 en 54 moes respondent hul mening aangaande kommunikasie met hul toesighouer en kollegas op 'n 5-punt skaal aandui. Response word in tabel 4.34 weergegee as gemiddeldes op 'n 5-punt skaal waar 1 "swak", 3 "bevredigend" en 5 "uitstekend" verteenwoordig.

Kommunikasie met die toesighouer en kollegas word deur al drie groepe as "bevredigend" aangedui. Kommunikasie met kollegas word egter hoër geëvalueer.

TABEL 4.34 KOMMUNIKASIE IN DIE WERKSLEWE (N = 324)

ITEM	KLINIEK-VERPLEEG-KUNDIGE	GEMEEN-SKAPSVERPLEEGKUNDIGE	SENIOR GEMEEN-SKAPSVERPLEEG-KUNDIGE	F-waarde	p-waarde
	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}		
• Kommunikasie met toesighouer	3,17	3,21	3,32	0,38	0,5844
• Kommunikasie met kollegas	3,58	3,88	3,96	4,58	0,0110

\bar{X} = Gemiddelde op 'n 5-punt skaal

4.5.5.2 Spanwerk in die werkslewe (Item 55 - 57)

In item 55 - 57 moes respondent hul mening aangaande spanwerk aandui. Response word in tabel 4.35 weergegee as gemiddeldes op 'n 5-punt skaal waar 1 "swak" en 5 "uitstekend" verteenwoordig. Response is deurgaans as "bevredigend" tot "baie goed" aangedui.

Bevindings van hierdie studie dui daarop dat kommunikasie en spanwerk van die werkslewe van die geregistreerde verpleegkundige in diens van plaaslike besture goed is en daarom as een van die positiewe elemente in die gehalte van haar werkslewe beskou kan word.

'n Positiewe klimaat vir spanwerk bevorder volgens Bisset (1990:17) toewyding aan die taak.

Oop kommunikasielyne, simpatieke ondersteuning van toesighouers en ondersteuning van kollegas is volgens Morana (1987:34) die waarborg vir beter werksverrigting en werksbevrediging.

TABEL 4.35 SPANWERK IN DIE WERKSLEWE (N = 326)

ITEM	KLINIEK-VERPLEEG-KUNDIGE	GEMEEN-SKAPSVER-PLEEGKUNDIGE	SENIOR GEMEEN-SKAPSVER-PLEEG-KUNDIGE	F-waarde	p-waarde
	\bar{x}	\bar{x}	\bar{x}		
• In die departement	2,85	3,19	3,27	3,34	0,0367
• In die afdeling	3,27	3,51	3,65	2,99	0,0521
• Kollegas - hulp verleen	3,72	3,77	3,85	0,38	0,6825

\bar{x} = Gemiddelde op 'n 5-punt skaal

4.5.5.3 Hulpvaardigheid van geneeshere (Item 58)

In tabel 4.36 word die hulpvaardigheid van geneeshere uitgedruk as gemiddeldes op 'n 5-punt skaal waarvan 1 "glad nie" en 5 "besonder baie" verteenwoordig.

Daarbenewens word daar 'n vergelyking getref tussen die respons van blanke en nie-blanke respondentte.

'n Waarneming in hierdie studie is dat nie-blanke respondentte, geneeshere meer hulpvaardig ervaar as blanke respondentte. Die 3,65 gemiddeld van blanke respondentte dui op 'n onsekerheid aangaande die hulpvaardigheid van geneeshere. Nie-blanke respondentte ervaar geneeshere "taamlik baie" tot "besonder baie" hulpvaardig.

Die bevinding van hierdie studie staan dus in teenstelling met bevindings van Miles (1981:8) in die Verenigde State van Amerika, en Evertse (1991:35) se bevinding dat geneeshere onhulpvaardig teenoor verpleegkundiges is. Die

bevinding van hierdie studie mag ook 'n bevestiging wees van Van der Merwe & Smith (1991:40) se mening dat geneeshere nou eers bewus word van die belangrikheid van die verpleegkundige se rol in die multidissiplinêre span.

TABEL 4.36 HULPVAARDIGHEID VAN GENEESHERE

ITEM	BLANK			NIE-BLANKE			F-waarde	p-waarde
	\bar{X}	s	n	\bar{X}	s	n		
• Geneeshere se hulpvaardigheid	3,65	1,00	135	4,20	1,02	195	4,85	0,0001

\bar{X} = gemiddelde op 'n 5-punt skaal

4.5.6 Regte van die werknemer (Item 67 - 70)

In item 67 - 70 moes respondenten hul mening aangaande hul regte as werknemer aandui. Items het gehandel oor vryheid van spraak, reg op privaatheid, insig in die grieweprosedure en vryheid om die grieweprosedure te benut. Respondente moes hul respons uitdruk op 'n 3-punt skaal waar 1 "nee", 2 "soms" en 3 "gereeld" verteenwoordig. Response word in tabel 4.37 as gemiddeldes uitgedruk. Bevindings dui nie op positiewe response nie. Dit blyk dus dat die respondenten van mening is dat hulle nie volkome vry is om die grieweprosedure te benut nie. Die respondenten dui verder daarop dat hulle soms die grieweprosedure nie verstaan nie.

TABEL 4.37 REGTE VAN DIE WERKNEMER (N = 326)

ITEM	KLINIEK VERPLEEG- KUNDIGE	GEMEEN- SKAPS- VERPLEEG- KUNDIGE	SENIOR GEMEEN- SKAPS- VERPLEEG- KUNDIGE	F-waarde	p-waarde
• Reg tot vryheid van spraak	2,21	2,25	2,26	0,15	0,8607
• Reg op privaatheid	2,42	2,29	2,48	2,12	0,1218
• Insig in griewe- prosedure	2,14	2,38	2,58	7,48	0,0007
• Vryheid om griewe- prosedure te benut	1,90	2,11	2,22	3,71	0,0257

\bar{X} = Gemiddelde op 'n 3-punt skaal

Wanneer die twee bevolkingsgroepe met betrekking tot hul regte in die werkslewe, met mekaar vergelyk word, dui nie-blanke respondentie deurgaans 'n laer gemiddeld as blanke respondentie aan. Hoewel nie-blanke respondentie se respons nie negatief is nie, is hulle respons redelik neutraal wat betref hul mening van hul vryheid om hul regte uit te oefen.

Met betrekking tot "vryheid om die grieweprosedure te benut" dui die respons van nie-blanke respondentie op 'n gevoel van onsekerheid.

Die bevindings van hierdie studie bevestig Grobler (1990:13) se mening dat die grieweprosedure, hoewel beskikbaar, nie na wense in plaaslike besture benut word nie.

TABEL 4.38 VERGELYKING TUSSEN DIE REGTE VAN BLANKE EN NIE-BLANKE RESPONDENTE

ITEM	BLANKE KLINIEKE			NIE-BLANKE KLINIEKE			F- waarde	p- waarde
	\bar{X}	s	n	\bar{X}	s	n		
• Reg tot vryheid van spraak	2,38	0,57	130	2,18	0,63	193	-2,30	0,0218
• Reg op privaatheid	2,49	0,58	132	2,36	0,67	186	-1,79	0,0744
• Insig in grieweprosedure	2,68	0,54	126	2,18	0,79	181	-6,51	0,0001
• Vryheid om grieweprosedure te benut	2,20	0,77	121	1,98	0,78	174	-2,37	0,0185

X = Gemiddelde op 'n 3-punt skaal

Verhouding met personeelvereniging of vakbond (Item 71 - 73)

Item 71 tot 73 is in die vraelys ingesluit om te bepaal watter persentasie respondentie lid van 'n vakbond is en wat respondentie se mening aangaande die voordeel van lidmaatskap van die Suid-Afrikaanse Verpleegstersvereniging is.

In tabel 4.39 word die "Ja" response uitgedruk in frekwensies en persentasies.

Tabel 4.39 dui daarop dat 60,0% blanke respondentie lede van 'n vakbond is teenoor die 22,0% nie-blanke respondentie.

Daarteenoor dui slegs 53,4% nie-blanke respondenten aan dat lidmaatskap van die Suid-Afrikaanse Verpleegstersvereniging vir hulle enige voordeel inhoud teenoor die 77,0% blanke respondenten.

TABEL 4.39 PERSENTASIE "JA" RESPONСS OP LIDMAATSKAP VAN VAKBOND EN VOORDEEL VAN LIDMAATSKAP VAN DIE SUID-AFRIKAANSE VERPLEEGSTERSVERENIGING

ITEM	BLANK			NIE-BLANK		
	f	%	n	f	%	n
• Is u lid van 'n vakbond	75	60,0	125	42	22,0	190
• Hou lidmaatskap tot SAVV vir u enige voordele in	104	77,0	135	102	53,4	191

Item 72 het 'n oop vraag ingesluit waar respondenten wie in item 71 "Ja" geantwoord het, die rede moes verskaf waarom hulle by 'n vakbond aangesluit het.

Uit die response in item 72 was dit duidelik dat respondenten die Suid-Afrikaanse Vereniging vir Munisipale Werknemers as 'n vakbond beskou en nie as 'n vakvereniging nie.

Hoërs persentasie blanke respondenten is lede van Suid-Afrikaanse Vereniging van Munisipale Werknemers omdat dit deur die plaaslike bestuur aanbeveel word en tweedens met die doel om deur lidmaatskap 'n beter salaris en diensvoorraadte bekomen.

Dit is opvallend dat slegs 15,7% nie-blanke respondenten aangedui het dat lidmaatskap van Suid-Afrikaanse Vereniging van Munisipale Werknemers deur hul plaaslike bestuur aanbeveel word. Daar was 21,0% nie-blanke respondenten wat aangedui het dat hulle lede van die Suid-Afrikaanse Vereniging van Munisipale Werknemers is ten einde 'n beter sosio-ekonomiese bedeling te bekomen.

Bevindings van hierdie studie bevestig Grobler (1990:14) se mening dat werkers gewoonlik by vakbondes aansluit om daardeur 'n beter sosio-ekonomiese bedeling te bekomen.

TABEL 4.40 REDE VIR LIDMAATSKAP TOT VAKBOND

ITEM	BLANK			NIE-BLANK			TOTAAL
	f	%	n	f	%	n	
• Beter sosio-ekonomiese bedeling	115	92,0	125	40	21,0	190	165
• Word deur werkgewer aanbeveel	109	90,8	120	30	15,7	190	150

4.5.7 Diensure (Item 74 - 78)

In item 74 - 78 is 'n aantal geslote vrae aangaande diensure gevra waarop respondent "Nee", "Soms", of "Gereeld" moes antwoord, "soms" of "gereeld" word as positief geïnterpreteer.

Die persentasie positiewe response word in tabel 4.41 weergegee.

Dit blyk dat 91,0% respondentere gereelde diensure werk. 'n Redelike hoë persentasie (63,6%) du egter ook aan dat hulle soms of gereeld oortyd werk. Die respons du daarop dat respondentere hoofsaaklik oortyd af kry in plaas van finansiële vergoeding vir oortyd. 'n Geringe persentasie werk ook oor naweke.

Cilliers¹ (1983:32) het in 'n studie na die beroepspatroon van verpleegkundiges gevind dat die versorging van klein kinders, ongerekende werksure, swak werksomstandighede, swak salaris en swak bevorderingsmoontlikhede as belangrike redes vir bedanking aangegee is.

Met betrekking tot diensure verwys Curreri, Gilleys & Faulk (1985:127) na Arbeiter (1984) se siening dat geregistreerde verpleegkundiges gemeenskapswerk bo hospitaalwerk verkies omdat die werksomgewing in gemeenskapswerk minder gestruktureerd is, werksure gereeld is en geen skofte gewerk word nie. Dit blyk ook op respondentere in hierdie studie van toepassing te wees.

Die feit dat die geregistreerde verpleegkundige in diens van plaaslike besture hoofsaaklik gereelde diensure werk kan dus as 'n positiewe element van haar werkslewe beskou word.

TABEL 4.41 PERSENTASIE POSITIEWE RESPONSE AANGAANDE DIENSURE

ITEM	f	%	n
• Werk u gereelde diensure	307	91,0	334
• Werk u oortyd	212	63,6	333
• Finansiële vergoeding vir oortyd	10	3,2	306
• Oortyd later afgegee	211	66,9	315
• Werk naweke	10	3,2	306

4.6 AFDELING 4: 'N LOOPBAAN IN 'N PLAASLIKE BESTUUR

4.6.1 Faktore wat respondente beïnvloed om 'n loopbaan in plaaslike besture te kies (Item 79)

Met hierdie afdeling van die ondersoek is gepoog om te bepaal watter faktore uit 'n gegewe lys, respondente motiveer om 'n loopbaan in plaaslike besture te kies.

In tabel 4.42 word die "tot 'n groot mate" response uitgedruk in persentasies.

Dit is duidelik dat die meerderheid respondente 'n loopbaan in plaaslike besture gekies het vanweë hul belangstelling in primêre gesondheidsorg. Die tweede belangrikste oorweging blyk gereelde diensure te wees. 'n Beter salaris en byvoordele was vir 41,2% en 43,0% onderskeidelik 'n oorweging by 'n keuse van 'n loopbaan in plaaslike besture. Dit blyk ook dat die positiewe terugvoering van verpleegkundiges reeds in diens van plaaslike besture 'n belangrike rol speel by die oorweging van 'n loopbaan in plaaslike besture.

Bevindings van hierdie studie bevestig Berns (1982:30) se mening dat verpleegkundiges se eerste oorweging in hul werkslewe die bevrediging van hoër orde behoeftes is. Hulle verkies 'n werksituasie waarin hulle verantwoordelikheid kan neem en hul selfaktualiseringsbehoeftes kan bevredig. Selfaktualiseringsbehoeftes word ook bevredig deur 'n werk te doen wat vir hulle betekenisvol is.

Die studie bevestig ook navorsers soos Cilliers² (1983:53) se bevindings en Beukes (1990:14) se mening dat gereelde diensure steeds 'n belangrike

oorweging vir 'n geregistreerde verpleegkundige is, by die oorweging van 'n loopbaan.

TABEL 4.42 REDES VIR 'N LOOPBAAN IN PLAASLIKE BESTURE

ITEM	f	%	N
• Belangstelling in primêre gesondheidsorg	286	89,3	320
• Beter salaris	128	41,2	310
• Beter byvoordele	130	43,0	302
• Beter diensure	256	79,0	324
• Beter bevorderingsmoontlikhede	55	18,2	301
• Geen ander beskikbare pos nie	37	12,8	288
• Positiewe terugvoering van verpleegkundiges in diens van plaaslike besture	126	41,8	301

4.7 AFDELING 5: WERKSTEVREDENHEID

Die belangrikheid van werkstevredenheid vir die geregistreerde verpleegkundige in diens van plaaslike besture is in afdeling 1.3 van hoofstuk 1 bespreek. Afdeling 5 van die vraelys bestaan uit 28 items.

Elke item verteenwoordig een of ander werkverwante aspek. Respondente moes op 'n 5-punt skaal waar 1 "baie ontevrede", 3 "onseker" en 5 "baie tevrede" verteenwoordig, aandui hoe tevrede hy/sy daarmee is.

Ten einde die hantering van so 'n aantal items makliker te maak, is gepoog om faktore te identifiseer met behulp van 'n faktorontleding. Die korrelasies tussen die items is bereken waarna 'n faktorontleding daarop uitgevoer is. Alle faktore met 'n eiewaarde groter as 1,0 is onttrek en aan die hand van die Varimax kriterium geroteer om maksimum interpreteerbaarheid moontlik te maak. Die vraag ontstaan vervolgens wat die vlak van werkstevredenheid van die geregistreerde verpleegkundige in diens van plaaslike besture is en of werkstevredenheid varieer na gelang van sy/haar rang. Derhalwe word die belangrikste drie range naamlik die kliniekverpleegkundige, die gemeenskapsverpleegkundige en die senior gemeenskapsverpleegkundige met mekaar vergelyk. Om die werkstevredenheid van die drie ranggroepe te bepaal is

eenrigting variansie ontledings uitgevoer op die items van afdeling 5 van die vraelys.

Die assistent-hoofverpleegkundige en hoofverpleegkundige se response op hierdie afdeling is nie in aanmerking geneem nie, aangesien hulle in toesighouersposte funksioneer.

Die items het as die afhanglike veranderlikes gedien, terwyl die drie hoofposisies wat die geregistreerde verpleegkundige beklee as onafhanglike veranderlikes gedien het. Waar 'n resultaat beduidend was op die 0,0001 peil is dit opgevolg met die Tukey post hoc toetsprosedure ten einde te bepaal of die posisies van mekaar verskil. Die beduidenheidspeil is hier strenger as die konvensionele 0,05 of 0,01 gestel ten einde die toenemende kans om die nulhipotese foutiewelik te verwerp, teen te werk. Vir die doel van hierdie studie is dit ook belangrik geag om die twee bevolkingsgroepes naamlik blank en nie-blank met mekaar te vergelyk. Vir dié doel is t-toetse bereken en die resultate word ook bespreek.

4.7.1 Faktorontleding van werkstevredenheid

Die ondersoek van die geroteerde faktormatriks het vier duidelik funksionele groeperings van veranderlikes of faktore na vore gebring.

Die faktore kan as volg geklassifiseer word.

- Faktor 1 Psigiese werksomgewing
- Faktor 2 Fisiese werksomgewing
- Faktor 3 Salaris en byvoordele
- Faktor 4 Geleentheid vir professionele groei

Die Varimax geroteerde oplossings word vervolgens tesame met die ladings wat in die interpretasie van die onderskeie faktore gebruik is, weergegee.

Faktor 1, Psigiese werksomgewing

Die items wat roteer op hierdie faktor is items 88 - 95.

Die ladings op hierdie faktor was tussen 0,43 en 0,75. 'n Volledige opsomming van die items en die ladings word in tabel 4.43 weergegee.

TABEL 4.43 FAKTORONTLEDINGSRESULTATE : PSIGIESE WERKSOMGEWING

ITEM	VERANDERLIKE	LADING
93	Geleentheid om insisiatief te gebruik	0,81
94	Om werkprogram selfstandig te reël	0,75
90	Benutting	0,57
92	Verhouding met toesighouer	0,55
95	Respek van werkgewer	0,53
88	Deelname in besluitneming	0,52
91	Insig in posomskrywing	0,49
89	Insig in beleid	0,43

Faktor 2, Fisiese werksomgewing

Faktor 2 is saamgestel uit items met hoë ladings op fisiese werksomgewing. Die items wat roteer op hierdie faktor is items 82 - 87. Ladings op hierdie faktor was tussen 0,53 - 0,90.

'n Opsomming van die items en die ladings word in tabel 4.44 weergegee.

TABEL 4.44 FAKTORONTLEDINGSRESULTATE: FISIESE WERKSOMGEWING

ITEM	VERANDERLIKE	LADING
88	Beskikbaarheid van toerusting	0,90
84	Beskikbaarheid van meubelment	0,83
86	Beskikbaarheid van medisyne en voorraad	0,60
82	Fisiese werksomstandighede	0,57
87	Personeelgriewe	0,54
83	Veiligheidsmaatreëls	0,53

Faktor 3, Salaris en byvoordele

Faktor 3 is saamgestel uit items 80, 81 en 102 wat hoë ladings op salaris en byvoordele getoon het. 'n Opsomming van die items en die ladings word in tabel 4.45 weergegee.

TABEL 4.45 FAKTOR ONTLEDINGSRESULTATE: SALARIS EN BYVOORDELE

ITEM	VERANDERLIKE	LADING
80	Salaris	0,72
81	Byvoordele	0,64
102	Studiegeleenthede	0,50

Faktor 4, Geleentheid vir professionele groei

Faktor 4 is saamgestel uit items 98 - 101 en item 103 wat hoë ladings op geleentheid vir professionele groei getoon het. Ladings op hierdie faktor was tussen 0,43 tot 0,56. 'n Opsomming van die items en die ladings word in tabel 4.46 weergegee.

TABEL 4.46 FAKTORONTLEDINGSRESULTATE: GELEENTHEID VIR PROFESSIONELE GROEI

ITEM	VERANDERLIKE	LADING
100	Oriëntering	0,56
101	Indiensopleiding	0,48
99	Bevorderingsmoontlikhede	0,44
98	Erkenning van prestasie	0,44
103	Dienservaring	0,43

Vervolgens word resultate ten opsigte van die tevredenheid met die genoemde vier faktore bespreek.

4.7.2 FAKTOR 1 Die psigiese werksomgewing (Item 88 - 95)

In tabel 4.47 word die drie belangrike ranggroepe ten opsigte van daardie items wat op faktor 1 gelaai het en wat verband hou met die psigiese werksomgewing van die geregistreerde verpleegkundige met mekaar vergelyk

Oor die algemeen is daar nie noemenswaardige verskille tussen die drie rangposisies op die 0,0001 peil nie. Item 93 en 94 bereik byna beduidenheid. Die senior gemeenskapsverpleegkundige het ietwat meer geleentheid om inisiatief te gebruik.

Oor die algemeen is die werkstevredenheid van die groep as geheel, aangaande die psigiese werksomgewing, hoewel nie negatief nie, ook nie werklik hoog nie.

Daar is egter 'n duidelike ontevredenheid by al drie ranggroepe met die geleentheid tot deelname in besluitneming en insig in beleid.

TABEL 4.47 VERGELYKING VAN DIE RANGPOSISIES TEN OPSIGTE VAN TEVREDENHEID MET DIE PSIGIESE WERKSOMGEWING

ITEM (Itemnummers in hakies)	KLINIEK VERPLEEG- KUNDIGE	GEMEEN- SKAPS- VERPLEEG- KUNDIGE	SENIOR GEMEEN- SKAPS- VERPLEEG- KUNDIGE	F- waarde	p- waarde
	\bar{x}	\bar{x}	\bar{x}		
• Inisiatief te gebruik (93)	3,37	3,58	3,90	5,58	0,0042
• Eie werkprogram reël (94)	3,41	3,56	3,98	6,68	0,0015
• Take toegewys (90)	3,55	3,75	3,78	1,78	0,1703
• Verhouding met toesighouer (92)	3,65	3,83	3,84	0,77	0,4629
• Respek van werkgewer (95)	3,35	3,62	3,78	3,79	0,0236
• Deelname in besluitneming (88)	2,56	2,60	3,01	3,12	0,0455
• Insig in posomskrywing (91)	3,26	3,50	3,67	3,51	0,0312
• Insig in beleid (89)	2,74	2,84	3,10	2,56	0,0794

\bar{x} = Gemiddelde op 'n 5-punt skaal

Vervolgens is die twee bevolkingsgroepe naamlik blank versus nie-blank, vergelyk met betrekking tot tevredenheid met psigiese werksomgewing. Die resultate van die t-toets word in die tabel 4.48 weergegee.

Dit blyk dat wat die psigiese werksomgewing betref die blanke respondentes deurgaans 'n hoër mate van werkstevredenheid rapporteer in vergelyking met die nie-blanke respondentes. Die enigste uitsondering is item 92, "U toesighouer se verhouding met u" ten opsigte waarvan daar nie noemenswaardige verskille gevind is nie.

Daar is weereens 'n duidelike ontevredenheid by nie-blanke respondentes met betrekking tot deelname in besluitneming en insig in beleid.

Be vindings van hierdie studie toon dieselfde tendens as die bevindings van beide Cilliers² (1983:54) en Venter (1983:35) se navorsing, dat die gebrek aan deelname in besluitneming, swak kommunikasie en onduidelike reëls en regulasies van die belangrikste redes vir werksontevredenheid van verpleegkundiges is. Die geregistreerde verpleegkundige in diens van plaaslike besture is in dié verband dus nie 'n uitsondering nie.

TABEL 4.48 VERGELYKING VAN BLANKE EN NIE-BLANKE RESPONDENTE TEN OPSIGTE VAN TEVREDENHEID MET DIE PSIGIESE WERKSOMGEWING

ITEM	BLANK			NIE-BLANK			t-waarde	p-waarde
	\bar{X}	s	n	\bar{X}	s	n		
• Inisiatief te gebruik	3,91	0,95	136	3,37	1,11	185	-4,60	0,0001
• Eie werkprogram reël	3,95	0,92	135	3,47	1,07	187	-4,17	0,0001
• Benutting	3,97	0,68	134	3,52	0,99	182	-4,80	0,0001
• Verhouding met toesighouer	3,82	1,07	135	3,69	0,96	190	-1,14	0,2521
• Respek van werkgewer	3,87	0,92	135	3,35	1,12	190	-4,52	0,0001
• Deelname in besluit	3,40	1,14	134	2,38	1,25	189	-7,60	0,0001
• Insig in posomskrywing	3,72	1,00	132	3,24	1,18	190	-3,90	0,0001
• Insig in beleid	3,21	0,97	132	2,56	1,14	185	-5,45	0,0001

X = Gemiddeld op 'n 5-punt skaal

4.7.3 Faktor 2 Fisiese werksomgewing (Item 82 - 87)

In tabel 4.49 word die drie hoof rangposisies ten opsigte van daardie items wat op faktor 2 gelaai het en wat verband hou met die fisiese werksomgewing van die geregistreerde verpleegkundige, met mekaar vergelyk. Oor die algemeen is daar geen verskille tussen die drie posisies nie. Die tevredenheid van die geregistreerde verpleegkundige met die fisiese werksomgewing is nie hoog nie. Die gemiddelde telling op meeste van die individuele items wissel tussen 2,22 en 3,88. Daar is 'n duidelike ontevredenheid met personeelgeriewe en veiligheidsmaatreëls.

TABEL 4.49 VERGELYKING VAN DIE RANGPOSISIES TEN OPSIGTE VAN TEVREDENHEID MET DIE FISIESE WERKSOMGEWING

BESKIKBAARHEID VAN	KLINIEK-VERPLEEG-KUNDIGE	GEMEEN-SKAPS-VERPLEEG-KUNDIGE	SENIOR GEMEEN-SKAPS-VERPLEEG-KUNDIGE	F-waarde	p-waarde
	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}		
• Toerusting	3,45	3,72	3,85	3,73	0,0252
• Meubelment	3,49	3,82	3,88	4,22	0,0157
• Medisyne en voorraad	3,00	3,30	3,46	2,03	0,1331
• Werksomgewing	3,25	3,44	3,52	1,37	0,2546
• Personeelgeriewe	2,22	2,69	2,73	4,96	0,0078
• Veiligheidsmaatreëls	2,95	2,97	3,26	1,71	0,1835

X = Gemiddeld op 'n 5-punt skaal

Vervolgens is die twee bevolkings groepe, naamlik blank versus nie-blank met mekaar vergelyk wat tevredenheid met fisiese werksomgewing betref. Die t-toets resultate word in die tabel 4.50 saamgevat.

Dit blyk dat blanke respondentie deurgaans 'n hoër mate van tevredenheid met die fisiese werksomgewing rapporteer vergeleke met nie-blanke respondentie. Nie-blanke respondentie toon 'n ontevredenheid met die fisiese werksomgewing, die beskikbaarheid van medisyne en voorraad, personeelgeriewe en veiligheidsmaatreëls. Die bevinding van hierdie studie is nie verrassend nie. Dit bevestig Esterhuyse (1991:18) se stelling dat swart plaaslike besture vanweë hul beperkte inkomste nie meer die noodsaaklike dienste kan voorsien nie. Die bevindings is soortgelyk aan Buch (1986:13) se bevinding in sy studie dat die swak fisiese werksomgewing een van die belangrikste oorsake van werksontvredenheid by nie-blanke verpleegkundiges is. 'n Gemaklike, veilige en aantreklike fisiese werksomgewing is volgens Flippo (1988:391) noodsaaklik omdat dit in die werker se veiligheidsbehoeftes voorsien. Die bedreiging van hierdie basiese behoeftes sal aanleiding gee tot ontevredenheid en aggressie. Na aanleiding van die bevindings van hierdie studie blyk die swak fisiese werksomgewing 'n negatiewe element in die werkslewe van veral die nie-blanke geregistreerde verpleegkundige in diens van plaaslike besture te wees.

TABEL 4.50 VERGELYKING VAN BLANKE EN NIE-BLANKE RESPONDENTE TEN OPSIGTE VAN TEVREDENHEID MET DIE FISIESE WERKSOMGEWING

ITEM	BLANKE KLINIEKE			NIE-BLANKE KLINIEKE			t- waarde	p- waarde
	\bar{X}	s	n	\bar{X}	s	n		
• Toerusting	4,20	0,64	135	3,23	1,13	193	-9,74	0,0001
• Meubelment	4,20	0,68	135	3,32	1,12	191	-8,04	0,0001
• Medisyne en voorraad	3,86	0,86	135	2,85	1,18	191	-8,90	0,0001
• Werksomgewing	4,08	0,11	136	2,93	1,16	191	-11,12	0,0001
• Personeelgeriewe	3,40	1,11	132	1,95	1,07	186	-11,61	0,0001
• Veiligheidsmaatreëls	3,53	1,00	133	2,70	1,19	191	-6,73	0,0001

X = Gemiddeld op 'n 5-punt skaal

4.7.4 Faktor 3 Salaris en byvoordele (Item 80, 81 en 102)

In tabel 4.51 word die drie rangposisies ten opsigte van daardie items wat op faktor 3 gelaai het en wat verband hou met die tevredenheid van die geregistreerde verpleegkundige se salaris en byvoordele, met mekaar vergelyk.

Met die uitsondering van item 102 (studiegeleenthede) het die post hoc Tukey toets getoon dat die kliniekverpleegkundige meer ontevrede met salaris en byvoordele is, vergeleke met die ander rangposisies.

TABEL 4.51 VERGELYKING VAN DIE DRIE RANGPOSISIES TEN OPSIGTE VAN TEVREDENHEID MET SALARIS, BYVOORDELE EN STUDIEGELEENTHEDEN

AFHANKLIKE VERANDERLIKES	KLINIEK VERPLEEG- KUNDIGE	GEMEEN- SKAPS- VERPLEEG- KUNDIGE	SENIOR GEMEEN- SKAPS- VERPLEEG- KUNDIGE	F- waarde	p- waarde
	\bar{x}	\bar{x}	\bar{x}		
• Salaris	2,50	2,95	3,40	12,6	0,0001
• Byvoordele	2,62	3,06	3,40	8,8	0,0002
• Studiegeleenthede	2,98	3,24	3,44	2,9	0,0532

\bar{x} = Gemiddelde op 'n 5-punt skaal.

Vervolgens is blanke en nie-blanke respondentie met mekaar vergelyk met betrekking tot tevredenheid met salaris en byvoordele.

Uit tabel 4.52 is dit duidelik dat die response van nie-blanke respondentie deurgaans op 'n ontevrededenheid met die salaris en byvoordele dui. Die nie-blanke respondent rapporteer oor die algemeen 'n mate van ontevredenheid met salaris, byvoordele en studiegeleenthede.

Die bevinding van hierdie studie bevestig Van der Merwe J. F. M. (1990:140) se stelling dat vergoeding nie 'n bron van ontevredenheid by blanke munisipale amptenare is nie. Daar is trouens ook met hierdie studie gevind dat die salaris, byvoordele en studiegeleenthede van blanke respondentie gunstiger is as dié van nie-blanke respondentie.

Met betrekking tot nie-blanke respondentie blyk die onbeskikbaarheid van byvoordele en die swakker besoldiging 'n belangrike bron van ontevredenheid

te wees.

Swart plaaslike besture is vir die befondsing van dienste grootliks afhanklik van oorbruggingsfondse van die Staat (Esterhuyse 1991:18).

Nog 'n rede waarom sommige Suid-Afrikaanse verpleegkundiges, swak besoldig word, moet volgens Medlen (1989:3) gesien word teen 'n politieke agtergrond. Die apartheid beleid met gevvolglike fragmentasie van dienste ter wille van die "eie sake" beleid, gee aanleiding tot administratiewe verdeling en vermosing van fondse. Verpleegkundiges in diens van swart plaaslike besture se salaris is nou verwant aan die politieke beleid en die ekonomiese situasie van die land omdat dit die hoeveelheid fondse bepaal wat aan gesondheidsdienste toegeken word. Resessies lei tot strenger beheer oor regeringsuitgawes. Die huidige resessie het derhalwe 'n invloed op die beskikbaarheid van fondse vir gesubsidieerde gesondheidsdienste.

TABEL 4.52 VERGELYKING VAN BLANKE EN NIE-BLANKE RESPONDENTE TEN OPSIGTE VAN SALARIS, BYVOORDELE EN STUDIEGELEENTHEDEN

ITEM	BLANK			NIE-BLANKE			t waarde	p waarde
	\bar{X}	s	n	\bar{X}	s	n		
• Salaris	3,78	0,93	136	2,29	1,17	196	-12,8	0,0001
• Byvoordele	3,85	0,89	134	2,41	1,25	186	-12,0	0,0001
• Studiegeleenthede	3,70	1,05	130	2,76	1,32	186	-7,02	0,0001

X = Gemiddelde op 'n 5-punt skaal.

4.7.5 Faktor 4 Geleentheid vir professionele groei (Item 98 - 103)

In tabel 4.53 word die drie rangposisies ten opsigte van daardie items wat op faktor 4 gelaai het en wat verband hou met geleentheid vir professionele groei, met mekaar vergelyk.

Oor die algemeen is daar geen verskille tussen die drie rangposisies op die 0,0001 peil nie. Bevindings dui op 'n ontevredenheid met geleenthede vir professionele groei. Die uitsondering is egter item 99, "bevorderingsmoontlikhede". Al drie rangposisies rapporteer 'n ontevredenheid met bevorderingsmoontlikhede. Die graad van ontevredenheid

is die hoogste by die kliniekverpleegkundige en is die laagste by die senior gemeenskapsverpleegkundige. Daar is ook 'n mate van ontevredenheid by die kliniekverpleegkundige en die gemeenskapsverpleegkundige met "erkennings van prestasie".

TABEL 4.53 VERGELYKING VAN DIE DRIE RANGPOSISIES TEN OPSIGTE VAN TEVREDENHEID MET GELEENTHEID VIR PROFESSIONELE GROEI

ITEM	KLINIEK VERPLEEG- KUNDIGE	GEMEEN- SKAPS- VERPLEEG- KUNDIGE	SENIOR GEMEEN- SKAPS- VERPLEEG- KUNDIGE	F- waarde	p- waarde
	\bar{x}	\bar{x}	\bar{x}		
• Oriëntering	3,19	3,41	3,61	3,00	0,0512
• Indiensopleiding	3,52	3,54	3,72	0,82	0,4396
• Bevorderings- moontlikhede	2,07	2,32	2,65	6,55	0,0017
• Erkenning van prestasies	2,85	2,88	3,24	2,97	0,0528
• Kwaliteitsversekering	3,17	3,20	3,27	0,23	0,7970

\bar{x} = Gemiddelde op 'n 5-punt skaal.

Vervolgens is blanke respondentes met nie-blanke respondentes vergelyk met betrekking tot tevredenheid met geleentheid vir professionele groei.

Uit tabel 4.54 blyk dit dat, wat geleentheid vir professionele groei betref, nie-blankes deurgaans 'n groter mate van ontevredenheid rapporteer.

Die enigste uitsondering is item 103, "die wyse waarop die diens geëvalueer word", waar die nie-blanke respondentes 'n mate van tevredenheid rapporteer. Nie-blanke respondentes is veral ontevrede met "bevorderingsmoontlikhede (item 99) en met "erkennings vir prestasie" (item 98).

Geleentheid vir groei en ontwikkeling en geleenthede om in sy loopbaan te vorder is volgens van der Lingen (1991:22) een van die belangrikste komponente van die professionele werknemer se werkslewe. Gebrek daaraan sal aanleiding gee tot 'n gevoel van frustrasie en ontevredenheid. Bevindinge van hierdie studie bevestig hierdie siening.

TABEL 4.54 VERGELYKING VAN BLANKE EN NIE-BLANKE RESPONDENTE TEN OPSIGTE VAN TEVREDENHEID MET GELEENTHEID VIR PROFESSIONELE GROEI

ITEM	BLANK			NIE-BLANK			t-waarde	p-waarde
	\bar{X}	s	n	\bar{X}	s	n		
• Oriëntering	3,78	0,93	130	3,20	1,24	191	-4,77	0,0001
• Indiensopleiding	3,86	0,89	136	3,47	1,16	189	-3,42	0,0007
• Erkenning van prestasie	3,20	1,11	129	2,80	1,19	185	-3,10	0,0021
• Bevorderingsmoontlikhede	2,76	1,09	130	2,11	1,09	183	-5,15	0,0001
• Diensevaluering	3,29	1,01	131	3,18	1,09	187	-0,90	0,3661

\bar{X} = Gemiddelde op 'n 5-punt skaal

4.7.6 Status (Item 96 - 97)

Die status wat die geregistreerde verpleegkundige in die gemeenskap geniet word vanweë die belangrikheid daarvan, vervolgens aangebied. 'n Opsomming van die items en die lading word in tabel 4.55 weergegee

TABEL 4.55 STATUS

ITEM	VERANDERLIKE	LADING
96	Respek van die gemeenskap	0,63
97	Respek van geneeshere	0,50

In tabel 4.56 word die drie rangposisies vergelyk wat betref hul tevredenheid met die respek wat hulle van die gemeenskap en geneeshere ontvang. Dit is duidelik dat die tevredenheid met hierdie aspek van die werkslewe by al drie ranggroepe betreklik hoog is.

TABEL 4.56 VERGELYKING VAN DIE DRIE RANGPOSISIES TEN OPSIGTE VAN TEVREDENHEID MET DIE STATUS

ITEM	ONAFHANKLIKE VERANDERLIKES			F-waarde	p-waarde
	KLINIEK VERPLEEG- KUNDIGE	GEMEEN- SKAPS- VERPLEEG- KUNDIGE	SENIOR GEMEEN- SKAPS- VERPLEEG- KUNDIGE		
	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}		
• Respek van die gemeenskap	4,13	4,15	4,28	1,26	0,2861
• Respek van geneeshere	3,63	3,69	3,71	0,27	0,7673

\bar{X} = Gemiddelde op 'n 5-punt skaal

Vervolgens word die blanke en nie-blanke respondentes met mekaar vergelyk met betrekking tot hul tevredenheid met hulle status in die gemeenskap. Die t-toets resultate word in tabel 4.57 saamgevat.

Daar is geen verskil tussen die twee groepe wat betref hul tevredenheid met hulle status nie. Albei groepe toon 'n hoë graad van tevredenheid en die afleiding kan gemaak word dat die status wat geregistreerde verpleegkundiges geniet een van die positiewe aspekte van hul werkslewe is.

TABEL 4.57 VERGELYKING VAN BLANKE EN NIE-BLANKE RESPONDENTE TEN OPSIGTE VAN TEVREDENHEID MET STATUS

ITEM	BLANK			NIE-BLANK			t	p
	\bar{X}	s	n	\bar{X}	s	n		
• Respek van die gemeenskap	4,26	0,58	134	4,16	0,69	195	-1,36	0,0001
• Respek van geneeshere	3,61	0,95	136	3,78	0,76	188	1,70	0,0891

\bar{X} = Gemiddelde op 'n 5-punt skaal

4.7.7 Die hantering van die grieweprosedure en diensure (Item 105 en 106)

Die hantering van die grieweprosedure en diensure het nie op een van die vorige faktore gelaai nie en kon dus nie onder een van dié temas tuisgebring kon word.

Genoemde twee items word vanweë hul belangrikheid vir hierdie studie, aangebied.

Die grieweprosedure (Item 105)

'n Opsomming van die item en die lading word in tabel 4.58 weergegee.

TABEL 4.58 GRIEWEPROSEDURE

ITEM	VERANDERLIKE	LADING
105	Grieweprosedure	0,45

In tabel 4.59 word die drie rangposisies vergelyk wat hul tevredenheid met die gieweprosedure betref.

Oor die algemeen is daar nie verskille tussen die drie posisies op die 0,0001 peil nie.

Die tevredenheid met die gieweprosedure is egter nie hoog nie en neig eerder na 'n vlak van ontevredenheid - veral wat die kliniekverpleegkundige betref.

TABEL 4.59 VERGELYKING VAN DIE DRIE RANGPOSISIES TEN OPSIGTE VAN TEVREDENHEID MET DIE GIEWEPROSEDURE

ITEM	ONAFHANKLIKE VERANDERLIKES			F-waarde	p-waarde
	KLINIEK VERPLEEG- KUNDIGE	GEMEEN- SKAPS- VERPLEEG- KUNDIGE	SENIOR GEMEEN- SKAPS- VERPLEEG- KUNDIGE		
	\bar{x}	\bar{x}	\bar{x}		
• Gieweprosedure	2,81	3,05	3,22	3,12	0,0459

\bar{x} = Gemiddelde op 'n 5-punt skaal

Vervolgens word die blanke en nie-blanke respondentie met mekaar vergelyk met betrekking tot tevredenheid met die gieweprosedure. Die t-toets resultate word in tabel 4.60 saamgevat.

Dit blyk dat nie-blanke respondentie meer ontevrede met die gieweprosedure is, vergeleke met blanke respondentie.

Die bevinding in item 70 het daarop gedui dat nie-blanke respondentie redelik negatief is ten opsigte van hul vryheid om die gieweprosedure te benut. Hul ontevredenheid is derhalwe nie verrassend nie.

Vryheid van spraak en vryheid om grieve te lug is 'n basiese reg (Grobler 1990:13). Die ontneming van hierdie reg gee aanleiding tot konflik. Die bevinding van hierdie studie bevestig hierdie stelling.

TABEL 4.60 VERGELYKING VAN BLANKE EN NIE-BLANKE RESPONDENTE TEN OPSIGTE VAN TEVREDENHEID MET DIE GRIEWEPROSEDURE

ITEM	BLANK			NIE-BLANK			t	p
	\bar{X}	s	n	\bar{X}	s	n		
• Grieweprosedure	3,36	0,89	126	2,73	1,16	181	-5,34	0,0001

\bar{X} = Gemiddelde op 'n 5-punt skaal

Diensure (Item 106)

'n Opsomming van die item en die lading word in tabel 4.61 weergegee.

TABEL 4.61 DIENSURE

ITEM	VERANDERLIKE	LADING
106	Diensure	0,50

In tabel 4.62 word die drie rangposisies vergelyk wat hulle tevredenheid met diensure (item 106) betref.

Oor die algemeen is daar nie verskille tussen die drie posisies op die 0,0001 peil nie. Die hoë vlak van tevredenheid met diensure is opmerklik.

TABEL 4.62 VERGELYKING VAN DIE DRIE RANGPOSISIES TEN OPSIGTE VAN TEVREDENHEID MET DIENSURE

ITEM	ONAFHANKLIKE VERANDERLIKES			F-waarde	p-waarde
	KLINIEK-VERPLEEG-KUNDIGE	GEMEEN-SKAPS-VERPLEEG-KUNDIGE	SENIOR GEMEEN-SKAPS-VERPLEEG-KUNDIGE		
	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}		
• Diensure	4,02	4,15	4,24	2,32	0,1006

\bar{X} = Gemiddelde op 'n 5-punt skaal

Vervolgens word die blanke en nie-blanke respondenten met mekaar vergelyk met betrekking tot tevredenheid met diensure. Die t-toets resultate word in tabel 4.63 saamgevat.

Dit is interessant dat nie-blankes, hoewel nie ontevrede met diensure nie, minder tevrede is as blankes.

Die hoë graad van tevredenheid met diensure kan waarskynlik toegeskryf word aan die feit dat geregistreerde verpleegkundiges in diens van plaaslike besture gereelde diensure werk. Diensure is volgens Beukes (1990:14) histories 'n bron van ontevredenheid by geregistreerde verpleegkundiges. Bevindings van hierdie studie staaf bogenoemde stelling.

TABEL 4.63 VERGELYKING VAN BLANKE EN NIE-BLANKE RESPONDENTE TEN OPSIGTE VAN TEVREDENHEID MET DIENSURE

ITEM	BLANK			NIE-BLANK			t	p
	\bar{X}	s	n	\bar{X}	s	n		
• Diensure	4,36	0,52	135	3,98	0,75	194	-5,28	0,0001

\bar{X} = Gemiddeldes op 'n 5-punt skaal

4.7.8 Ander aspekte in die werkslewe waarmee respondenten besonder tevrede is (Item 108)

Item 108 was 'n oopvraag. Respondente is versoek om bykomende aspekte wat nie in die vraelys opgeneem was nie, waarmee hulle besonder tevrede is, te lys.

Geen bykomende aspekte is gelys nie.

4.7.9 Ander aspekte in die werkslewe waarmee respondenten besonder ontevrede is (Item 109)

Item 109 was 'n oopvraag. Respondente is versoek om bykomende aspekte in die werkslewe, wat nie in die vraelys opgeneem is nie, maar wat hulle besonder ontevrede mee is te lys. Geen bykomende aspekte is gelys nie.

4.8 SAMEVATTING

In hierdie hoofstuk is gepoog om by wyse van frekwensies en statistiese ontleidings die resultate van die data aan te bied. Daar is van 'n faktorontleding gebruik gemaak om 'n groot getal items aangaande werkstevredenheid te reduseer tot 'n kleiner aantal dimensies.

In hoofstuk 5 sal die gevolgtrekkings wat na aanleiding van die data-ontleding gemaak is, weergegee word.

Aanbevelings sal gemaak word wat deur plaaslike besture benut kan word om die werkslewe van geregistreerde verpleegkundiges te verbeter en werkstevredenheid te bevorder.

Die beperkings van die studie sal bespreek word en aanbevelings vir verdere navorsing sal gemaak word.

HOOFTUK 5

OORSIG VAN GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS

5.1 INLEIDING

Ten einde duplisering uit te skakel en rasionalisering van dienste sover moontlik te bewerkstellig, word verdemokratisering van gesondheidsdienste vir die nabye toekoms beplan (Venter 1992:3).

Primêre gesondheidsorgfunksies word na plaaslike besture gedevooleer. Dit beteken dat die dienste van ses owerhede wat tans vir hierdie dienste verantwoordelik is, gekonsolideer word en onder die beheer van een owerheid, naamlik die plaaslike besture geplaas word (Venter 1992:4).

Die implementering van die nuwe bedeling en die realisering van gesondheid vir almal teen die jaar 2000 lê nou in die hande van die belangrikste verskaffer van primêre gesondheidsorg - plaaslike besture.

Die konsolidering van 'n bestaande gefragmenteerde en dupliserende gesondheidsdiens, verander die rol van plaaslike besture vanaf 'n belangrike verskaffer, na die enigste openbare verskaffer van primêre gesondheidsorg (Slabber 1992:7).

Bekostigbaarheid is die wagwoord. Personeel is 'n organisasie se grootste uitgawe. Oneconomiese benutting van personeel of personeel wat weens ontevredenheid onproduktief word, kan 'n negatiewe uitwerking op 'n organisasie se doelwitbereiking hê.

Die kwaliteit van 'n individu se werkslewe beïnvloed die gehalte van sy dienslewering. Die gehalte van dienslewering word beïnvloed deur die bevrediging van psigiese behoeftes in die werkslewe (Marx 1986:192).

Die geregistreerde verpleegkundige in diens van plaaslike besture sal die kernfiguur in die belangrikste en grootste komponent van die gesondheidstelsel van die Republiek van Suid-Afrika wees (Suid-Afrikaanse Verpleegstersvereniging 1991:3). Die gehalte van haar dienslewering sal bepaal of nasionale gesondheidsdoelstellings ten opsigte van primêre gesondheidsorg bereik sal word. Ten einde die beste benutting van geregistreerde verpleegkundiges te bewerkstellig, sal plaaslike besture deurlopend aandag aan die gehalte van hul werkslewe moet skenk. Menslike hulpbronne, en in die geval van primêre gesondheidsorg veral die geregistreerde verpleegkundige, is 'n gesondheidsowerheid se grootste en duurste bate.

'n Perspektief op die gehalte van die werkslewe van geregistreerde verpleegkundiges in diens van plaaslike besture het ten doel om 'n bydrae tot die gehalte en die koste-effektiwiteit van primêre gesondheidsorgdienste te lewer en die optimale benutting van verpleeghulpbronne te verseker.

5.2 DIE DOEL EN METODE VAN DIE STUDIE

Die doel met die studie was om die gehalte van die werkslewe van geregistreerde verpleegkundiges in diens van plaaslike besture te evalueer ten einde te bepaal

- wat die biografiese eienskappe van die geregistreerde verpleegkundige in diens van plaaslike besture is;
- wat die gehalte van die werkslewe van die geregistreerde verpleegkundige in diens van plaaslike besture is;
- watter faktore daartoe aanleiding gee dat geregistreerde verpleegkundiges 'n loopbaan in plaaslike besture kies;
- watter faktore in die werkslewe van geregistreerde verpleegkundiges in diens van plaaslike besture 'n positiewe/negatiewe invloed op werktevredenheid het;
- aanbevelings te formuleer wat deur plaaslike besture benut kan word in hul verpleegbeplanning vir primêre gesondheidsorgdienste.

Die teikenpopulasie was geregistreerde verpleegkundiges in diens van plaaslike besture in die ontwikkelingstreke F, H en J van die Republiek van Suid-Afrika. Dit was 'n beskrywende studie waarin die opnamemetode gebruik is om inligting in te samel. Vanweë die geografiese verspreidheid van

die populasie is die vraelys as navorsingsinstrument gebruik.

Vanweë die verskil in die aard van plaaslike besture, is die populasie in twee strata verdeel ten einde 'n verteenwoordigende steekproef te verkry. Uit strata A is die totale populasie by die steekproef ingesluit. 'n Ewekansige steekproefseleksie is uit stratum B gedoen. Die persentasie van die steekproef uit stratum A was 46,0% en uit stratum B 54,0%. 'n Totaal van 503 vraelyste is uitgestuur waarvan 342 (68,0%) terugontvang is.

5.3 GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS

Vervolgens word die gevolgtrekkings wat na aanleiding van die analise van die data gemaak is, bespreek. Aanbevelings word geformuleer wat moontlik deur plaaslike besture benut kan word in mannekragbeplanning en die bevordering van die werkslewe van geregistreerde verpleegkundiges.

5.3.1 Biografiese eienskappe van die geregistreerde verpleegkundige in diens van plaaslike besture

Die gevolgtrekking is dat die gemiddelde ouderdom van die geregistreerde verpleegkundige in diens van plaaslike besture tussen 39,4 en 42,8 jaar vir blankes en nie-blankes onderskeidelik is. In die algemeen gesien dus 'n volwasse individu wat opgewasse behoort te wees vir haar/sy taak as gemeenskapsverpleegkundige.

Aanbevelings

Gemeenskappe aan wie dienste voorsien moet word sluit ook jeugdiges met eiesoortige gesondheidsbehoeftes in.

Plaaslike besture sal hulle daarop moet toespits om die jonger geregistreerde verpleegkundige te werf vir aanwending inveral jeugprogramme.

Beroepsontwikkeling

Die geregistreerde verpleegkundige wat deel uitgemaak het van hierdie studie het oor 'n basiese kwalifikasie in algemene verpleegkunde (100,0%) en verloskunde (98,1%) beskik. Uit die groep is daar 21,5% wat 'n kwalifikasie

in psigiatriese verpleegkunde het en 65,6% wat ook in gemeenskapsverpleegkunde opgelei is.

Altesaam 33,3% blanke en 18,0% nie-blanke respondentie in hierdie studie is gegradeer, dit wil sê beskik oor 'n baccalaureus- honours- of magistergraad.

Daarbenewens het 8,3% blanke en 26,7% nie-blanke respondentie aangedui dat hulle tans besig is met verdere deeltydse studie. 'n Beperking van hierdie studie was egter dat daar nie vasgestel is watter persentasie respondentie met voltydse studie besig is nie.

In die lig van die bevindinge kan die gevolgtrekking gemaak word dat daar beslis 'n ingesteldheid ten opsigte van voortgesette onderwys by die geregistreerde verpleegkundige in diens van plaaslike besture is. Dit blyk dat dit veral verpleegadministrasie, verpleegonderwys en gemeenskapsgesondheidsverpleegkunde is waarin geregistreerde verpleegkundiges hulself bekwaam.

Aanbevelings

Die geregistreerde verpleegkundige speel 'n sleutelrol in primêre gesondheidsorg. Hulle het daarom die verantwoordelikheid om hulself paraat te hou met betrekking tot hul rol in primêre gesondheidsorgdienste. Hulle moet 'n aktiewe bydrae lewer om primêre gesondheidsorg toeganklik, bekostigbaar, beskikbaar en aanvaarbaar vir alle inwoners van die Republiek van Suid-Afrika te maak. Hulle moet gemeensapsbetrokkenheid bevorder. Hulle moet 'n bydrae lewer in beleidbepaling, beplanning, organisering en beheer van gesondheidsorgdienste.

In die Republiek van Suid-Afrika met sy unieke omstandighede wat wissel van eerste- tot derdewêrelde situasies, word hoë eise aan hulle gestel.

Vir die geregistreerde verpleegkundige se funksionele taak in primêre gesondheidsorg moet hulle minstens oor 'n kwalifikasie in algemene verpleegkunde, verloskunde, psigiatriese verpleegkunde en gemeenskapsverpleegkunde beskik.

Die omvangrykheid en kompleksiteit van primêre gesondheidsorg vereis die

effektiewe beplanning en bestuur van dienste. Die geregistreerde verpleegkundiges met hulle kennis van primêre gesondheidsorg moet deel van hierdie bestuurspan uitmaak. Vir dié taak moet hulle ook administratiewe vaardighede hê.

Plaaslike besture het ook 'n verantwoordelikheid om die geregistreerde verpleegkundige se behoefté aan voortgesette onderwys en doelgerigte indiensopleiding te erken, om aan hulle die geleentheid te bied om verder te studeer en om aan hom/haar opleidingsgeleenthede te voorsien.

Kursusse om die geregistreerde verpleegkundige vir sy/haar vir taak voor te berei, soos gemeenskapsverpleegkunde, verpleegadministrasie en verpleegonderwys, word deeltjds en voltyds deur verpleegkolleges, technikons en universiteite aangebied. By wyse van diploma- en graadkursusse tot op doktorale vlak word daar vir spesialisering op verskeie gebiede voorsiening gemaak. Deur middel van afstandonderrig en die desentralisering van onderrig het tersiêre onderwysinrigtings, kursusse binne die bereik van elke geregistreerde verpleegkundige geplaas. Die opleidingsprogram van die geregistreerde verpleegkundige maak dus voorsiening vir 'n omvattende opleiding volgens die Republiek van Suid-Afrika se gesondheidsbeleid, maar ook om aan te pas by elke geregistreerde verpleegkundige in elke denkbare situasie. Dit is die geregistreerde verpleegkundige in diens van plaaslike besture en sy/haar werkewer se verantwoordelikheid om hom/haar toegerus te hou vir sy/haar rol in primêre gesondheidsorgdienste van die toekoms.

Deur studiebeurse en studieverlof geredelik binne bereik van die geregistreerde verpleegkundige te plaas kan plaaslike besture hierdie verantwoordelikheid nakom.

Deur opleidingsgeleenthede te benut, kan die geregistreerde verpleegkundiges hulle kennis byhou en hulle professionele verantwoordelikheid teenoor hulle werkewer en kliënt nakom.

Professionele inligting

Range van die geregistreerde verpleegkundige in plaaslike besture

Die studie dui daarop dat geregistreerde verpleegkundiges in diens van plaaslike besture hoofsaaklik drie range beklee, naamlik kliniek-

verpleegkundige, gemeenskapsverpleegkundige en senior gemeenskapsverpleegkundige. Dit is veral blankes wat die enkele twee hoër verpleegkundigerange, naamlik dié van assistent hoof- en hoof gemeenskapsverpleegkundige beklee.

Dit was veral opvallend dat geen geregistreerde verpleegkundige in hierdie studie, die pos van adjunk-hoof of departementshoof beklee nie. Daar word regtens die Wet op Gesondheid 1977 (Wet 63 van 1977) Artikel 24 voorsiening gemaak vir die aanstelling van 'n persoon wat kragtens die Wet op Verpleging 1950 geregistreer is in sodanige poste. Die gevolgtrekking word gemaak dat geregistreerde verpleegkundiges nie bestuursposte in die primêre gesondheidsdienste van plaaslike besture beklee nie. Hierdie tendens is sorgwekkend as in ag geneem word dat uit 'n getal van 325 respondenten in hierdie studie 24,3% gegradeerd is, 65,5% oor 'n kwalifikasie in gemeenskapsverpleegkunde beskik en 16,3% oor 'n na-registrasie kwalifikasie in verpleegadministrasie beskik.

Die vraag ontstaan waarom geregistreerde verpleegkundiges nie vir bestuursposte in die gesondheidsdienste van plaaslike besture kwalifiseer nie en oor welke kwalifikasies en kundigheid sodanige bestuurders moet beskik. Dié vrae is nie met hierdie studie ondersoek nie.

Aanbevelings

Verpleegkundiges behoort vanweë hulle sleutelrol in primêre gesondheidssorgdienslewering en die unieke aard van hulle beroep, betrokke te wees by die bepaling van beleid, beplanning, organisering en beheer van primêre gesondheidsorg op beide bestuurs- sowel as dienslewenderende vlak.

In die lig van die eise wat die toekomstige primêre gesondheidsorgdienste van plaaslike besture aan bestuurders sal stel, sal dit onafwendbaar wees dat bestuursposte toeganklik gemaak moet word vir diegene wat oor kennis en kundigheid in primêre gesondheidsorg beskik. Daarbenewens sal plaaslike besture, indien hulle die dienste van kundiges wil bekom, aantreklike loopbaangeleenthede vir diesulkes moet skep. Primêre gesondheidsorg is nie veilig in die hande van plaaslike besture as hulle nie daarin kan slaag om die kundiges in primêre gesondheidsorg in hul diens op te neem nie.

5.3.2 Gehalte van die werkslewe van die geregistreerde verpleegkundige in diens van plaaslike besture

5.3.2.1 Salaris en byvoordele

Die gevolgtrekking na aanleiding van hierdie studie is dat die blanke geregistreerde verpleegkundige in diens van plaaslike besture net so goed of selfs beter besoldig word as sy/haar kollega in die openbare sektor. Die besoldiging van verpleegkundiges word beïnvloed deur die evaluering van sy/haar pos asook deur die gradering van plaaslike besture. Dit het tot gevolg dat die salarissose van swart geregistreerde verpleegkundiges gemiddeld laer is as dié van blankes.

Met betrekking tot byvoordele word die gevolgtrekking gemaak dat die blanke geregistreerde verpleegkundige in diens van plaaslike besture daarop kan staatmaak dat haar byvoordele soortgelyk aan dié van die openbare sektor is. Dieselfde geld egter nie vir nie-blanke geregistreerde verpleegkundiges nie. Bevindings van hierdie studie dui daarop dat die salaris en byvoordele van nie-blanke geregistreerde verpleegkundiges swakker is as die van blanke geregistreerde verpleegkundiges.

'n Positiewe tendens is die voorsiening van amptelike huisvesting vir geregistreerde verpleegkundiges. In die lig daarvan dat huisvesting in die informele nedersettings en in die diep landelike gebiede, met kenmerkende verstedeliking en kroniese behuisingsnood, 'n ernstige knelpunt in die werwing van personeel kan wees, is die voorsiening van huisvesting nie net vir die geregistreerde verpleegkundige nie, maar ook vir primêre gesondheidssorgdienste 'n bate.

Nog 'n gevolgtrekking wat uit hierdie studie gemaak word, is dat plaaslike besture nie voorsiening maak vir dagversorging van kinders van personeel nie. Dit kan daartoe aanleiding gee dat die jonger geregistreerde verpleegkundiges met kleiner kinders nie in diens van plaaslike besture tree nie. Die afleiding word ook gemaak dat byvoordele soos 'n motorskema, behuisingsubsidie, studieverlof en studiebeurse nie in dieselfde mate tot die beskikking van nie-blanke respondentte is as vir blankes nie. Die oneweredigheid moet waarskynlik toegeskryf word aan die swakker finansiële posisie van swart plaaslike besture.

Aanbevelings

Vergoeding is egter 'n arbitrêre aangeleentheid wat uiteraard beïnvloed word deur faktore soos posvlak, diensjare, kwalifikasies en so meer. Die feit dat blanke geregistreerde verpleegkundiges in hierdie studie gemiddeld R700 per maand meer verdien as haar nie-blanke kollega moet ook met groot omsigtigheid hanteer word en wel om die volgende redes

- Respondente was nie homogeen wat betref ondervinding en kwalifikasies nie.
- Die studie het daarop gedui dat blanke respondente gemiddeld meer ondervinding het en akademies hoër gekwalifiseerd as nie-blankes is.

'n Beperking van die studie is dat daar nie vasgestel kon word of daar wel tussen rasse gediskrimineer word wat betref salaris en byvoordele nie.

Die studie het wel die feit beklemtoon dat daar 'n dispariteit in die vergoeding van geregistreerde verpleegkundiges is weens die bepalings van die Wet op die Besoldiging van Stadsklerke 1984 (Wet 115 van 1984). Genoemde wetgewing het tot gevolg dat geregistreerde verpleegkundiges in diens van plaaslike besture met laer graderings, swakker besoldig word as dié met hoër graderings, ongeag rang, ondervinding of kwalifikasie en ongeag die kompleksiteit van die werkslading.

Voldoende en 'n regverdige vergoeding is 'n belangrike komponent van 'n hoë kwaliteit van werkslewe.

Die besoldiging van die geregistreerde verpleegkundige behoort tred te hou met die heersende inflasiekoers en met stygende lewenskoste en moet kompeterend met alle sektore wees.

5.3.2.2 Fisiese werksomgewing

Die gevolgtrekking van hierdie studie is dat die geregistreerde verpleegkundiges in diens van plaaslike besture hulle vandag in 'n unieke situasie bevind, waarvoor nog die owerheid, nóg hulle werkgewer verantwoordelik gehou kan word. Verstedeliking het tot gevolg dat die samestelling van stedelike bevolkings vinnig verander. Informele nedersettings ontstaan rondom dorpe en stede. Werkloosheid,

behuisingsnood, onvoldoende water en sanitasie, gebrekkige gesondheidsdienste en die gepaardgaande sosiale patologie stel nuwe eise aan die geregistreerde verpleegkundige. Primêre gesondheid- sorgdienste moet uitgebrei word om binne bereik van alle gemeenskappe te wees. Hierdie proses het tot gevolg dat die geregistreerde verpleegkundige in diens van plaaslike besture, uit die konvensionele kliniekgeboue, wat lank nie meer binne bereik van 'n groot gedeelte van gemeenskappe is nie, moet beweeg. Nuwe tydelike werksplekke moet gevind word wat uiteraard nie die fisiese veiligheid en gerief bied waaraan hulle gewoond is nie. Hierdie nuwe dimensie in hulle werkslewe het 'n verswakking van hulle fisiese werksomgewing tot gevolg wat die gehalte van hulle werkslewe negatief beïnvloed.

Dit is egter bemoedigend dat minstens 75,5% respondente wat aan hierdie studie deelgeneem het steeds hul dagtaak in kliniekgeboue verrig en dat 7,7% uit mobiele eenhede diens lewer.

Die bevindinge van die ondersoek dui daarop dat toerusting, aptekersbenodighede en voorrade by sommige klinieke swak voorsien is. Daar is ook 'n ondervoorsiening van vervoer by die klinieke van swart plaaslike besture. Die gebrek aan vervoer vir 'n gemeenskapsverpleegkundige is 'n ernstige knelpunt, omdat gemeenskapswerk derhalwe nie gedoen kan word nie. Dit is hoofsaaklik respondente in diens van swart plaaslike besture wie se fisiese veiligheid periodiek bedreig word, wat geïntimideer word om van die werk weg te bly en wie van mening is dat die maatreëls wat deur die plaaslike bestuur getref is om hul veiligheid te verseker, onvoldoende is. Gesien in die lig van die heersende politieke onstabilitet en geweld in swart dorpe is bogenoemde bevindinge sekerlik nie verrassend nie, maar beklemtoon dit die fisiese stres waaronder die geregistreerde verpleegkundige in swart dorpe haar taak verrig.

Aanbeveling

In 'n milieu van geweld en onveiligheid sal dit normaal wees om veiligheidsmaatreëls, hoe goed ook al, te bevraagteken. Nogtans word die werkgewer nie deur hierdie buitengewone omstandighede van sy verantwoordelikheid onthef nie; intendeel, hy behoort sy optrede te verskerp. Die veiligheid van die persoon en die besittings van die geregistreerde verpleegkundige moet te alle tye so goed as moontlik beskerm word.

Geregistreerde verpleegkundiges as werknemers het die reg om te verwag dat hulle werkplekke geen voorkombare gevaar vir hulle gesondheid en veiligheid inhoud nie.

Die werkgever is verantwoordelik vir die beskikbaarstelling van die nodige toerusting en mannekrag om die verpleegkundige in staat te stel om haar taak te verrig.

'n Swak fisiese werksomgewing dra by tot die demotivering en werksontvredeheid van personeel, het verswakking van werksprestasie tot gevolg en dra nie by tot die bevordering van primêre gesondheidsorg nie.

Die voorsiening van 'n veilige, gemaklike fisiese werksomgewing met voldoende voorraad en toerusting behoort dus deurlopend hoë prioriteit te geniet. Dit sal verseker dat die verpleegtaakmag optimaal benut word en dat die gehalte van dienslewering hoog bly.

Bevolkingsgroepes aan wie verpleegkundiges diens lewer

Dit is in hierdie studie bevind dat blanke gemeenskappe hoofsaaklik deur blanke geregistreerde verpleegkundiges bedien word. Die blanke geregistreerde verpleegkundige bedien hoofsaaklik blankes in kombinasie met die ander rasse. Nie-blanke geregistreerde verpleegkundiges lewer hoofsaaklik net aan nie-blankes diens. Die uitsondering is 'n klein persentasie (12,0%) nie-blanke geregistreerde verpleegkundiges wat ook aan blankes diens lewer.

Die afleiding kan dus gemaak word dat die benutting van die geregistreerde verpleegkundige in diens van plaaslike besture vir dienste aan blankes tot 'n groot mate nog rasgebaseerd is. By sommige plaaslike besture word dienste steeds gedupliseer om sekere dienste eksklusief vir blankes te reservere.

Dit is egter bemoedigend dat 'n groot persentasie blanke geregistreerde verpleegkundiges aan alle bevolkingsgroepes diens lewer.

Aanbevelings

Die voorsiening van aparte gesondheidsdienste vir blankes by sommige plaaslike besture behoort gestaak te word. Plaaslike besture moet openheid

ontwikkel om by ander kulture in te skakel. Die uitdagings wat die veranderde Suid-Afrika aan primêre gesondheidsorgverskaffers stel, sal 'n tekort aan hulpbronne tot gevolg hê wat nie meer op fragmentering van dienste vermors kan word nie.

Plaaslike besture sal in die toekoms kennis moet neem van die homogeniteit, van die vaardighede en vermoëns van geregistreerde verpleegkundiges, ongeag hul bevolkingsgroep.

In dié verband moet kennis geneem word van die feit dat die voorsiening van geregistreerde verpleegkundiges nie voldoende is om aan die behoeftte van die land te voldoen nie. Dit is nie sinvol om die beskikbare taakmag steeds selektief aan sekere groepe toe te wys nie. Nie-blanke geregistreerde verpleegkundiges behoort waar van toepassing ook aan blankes diens te lewer, sodat die onnodige duplisering van dienste uitgeskakel kan word en geregistreerde verpleegkundiges optimaal benut kan word.

5.3.2.3 Die psigiese werksomgewing

Gerber et. al. (1992:119) haal Van Dyk et.al. (1985) aan, wat die psigiese werksomgewing beskou as die primêre omgewing wat verband hou met die sielkundige bevrediging wat 'n werknemer ervaar deur daardie werk te doen waарoor hy in diens geneem is.

Volgens Gerber et.al. (1992:149) het elke individu sy/haar eie persoonlike behoeftes en doelwitte. Persone is uniek en verskil van mekaar en daarom sal hulle persoonlike doelwitte wat hulle in die onderneming nastreef ook verskil. Sommige individue is tevrede om net hul basiese behoeftes te bevredig, terwyl ander na gelang van hul professionele volwassenheid, voortdurend sal streef om hulself te verbeter en te verwesenlik. Laasgenoemde kan van toepassing wees op die geregistreerde verpleegkundige in diens van plaaslike besture. Die hoeksteen vir die sukses van die onderneming kan volgens Gerber et. al. (1992:151) die beste bewerkstellig word deur die integrering van die werker se persoonlike doelwitte met dié van die onderneming. Vanweë haar professionele volwassenheid kan aanvaar word dat die geregistreerde verpleegkundige daarop ingestel sal wees om haar persoonlike doelwitte binne haar psigiese werksomgewing te verwesenlik.

Verskeie fasette van die psigiese werksomgewing van die geregistreerde

verpleegkundige in diens van plaaslike besture is in hierdie studie ondersoek. Die ondergenoemde gevolgtrekkings is gemaak.

Duidelikheid van beleid

In hierdie studie was dit veral die kliniekverpleegkundige wat gerapporteer het dat die beleid aangaande hulle praktyk nie vir hulle duidelik is nie. Al drie ranggroepe was van mening dat beleid baie duidelik behoort te wees.

Aanbevelings

Beleid het ten doel om bestuursbeheer te verstewig, vaardighede van werkers te ontwikkel, produktiwiteit te verhoog en arbeidskoste te bespaar. Beleid is 'n bestuursmeganisme om die organisasie se doelwitte te bereik. In die lig van die vele veranderinge en vernuwing in die primêre gesondheidsorgdienste van plaaslike besture, is die effektiewe kommunikasie van beleid van bo na onder en die daaropvolgende terugvoermeganisme van kardinale belang vir die sukses van die diens.

Dit is die reg van verpleegpersoneel om ingelig te word aangaande bestuursbeleid en diensvoorwaardes.

Kommunikasie en kommunikasiekanaale is noodsaaklik vir die oorlewing van enige organisasie. Primêre gesondheidsorgdienste is tans in 'n periode van herstrukturering en konsolidering. Plaaslike besture sal derhalwe moet seker maak dat alle rolspelers deurlopend, volledig en korrek ingelig bly om sodoende arbeidsvrede te bewaar en kontinuïteit in die standaard van dienste te verseker. 'n Meganisme behoort ingestel te word om te verseker dat beleidstukke en dokumente verpleegpersoneel tot op die laagstevlak bereik.

Beleid kan bekend gemaak word deur die byhou van beleidshandleidings, die benutting van kennisgewingborde en weeklêers.

Inligting aangaande nuwe beleid kan voorsien word tydens personeelvergaderings of tydens indiensopleidingsprogramme.

Kwaliteitsversekering

In die geheel gesien het respondenten in hierdie studie 'n onsekerheid openbaar ten opsigte van die feit dat die gehalte van hul dienste deur die Departement

van Nasionale Gesondheid en Bevolkingsontwikkeling gemoniteer word. Daar moet onderliggend aan hierdie houding 'n professionele verantwoordelikheid en volwassenheid gesien word om self verantwoordelikheid vir die kwaliteit van hul dienslewering te aanvaar (Shaw 1989:180).

Aanbevelings

Monitering van kwaliteit het die deurlopende verbetering en opgradering van primêre gesondheidsorg ten doel om te verseker dat dit op 'n praktiese, wetenskaplik gefundeerde en sosiaal aanvaarbare wyse aan alle inwoners van die land gelewer sal word teen 'n koste wat die gemeenskap en die land kan bekostig.

Die deurlopende monitering van die aard, omvang, kwaliteit en die resultaat van primêre gesondheidsdienste is 'n noodsaaklike aktiwiteit wat deur een owerheid op nasionale vlak onderneem moet word. Dit onthef egter nie die plaaslike besture van sy verantwoordelikheid om sy eie dienste deurlopend te evalueer nie.

Deelname in besluitneming

Uit hierdie ondersoek het dit geblyk dat die geregistreerde verpleegkundige in diens van plaaslike besture nog nie ten volle by besluitneming betrek word nie. Die bevindinge dui daarop dat hulle, wanneer besluite aangaande hulle praktyk op grondvlak geneem moet word, 'n redelike mate van outonomiteit geniet. Wanneer dit egter kom by besluite rakende beleid en bestuur het hulle min inspraak. Daar is deurgaans eenstemmigheid by respondentie dat geregistreerde verpleegkundiges 'n hoë mate van deelname in besluitneming behoort te hê. Hulle behoort ook die geleentheid tot onafhanklike besluitneming te hê.

Aanbevelings

Burokrasieë met outokratiese bestuurstyle is uitgedien, veral in primêre gesondheidsorg wat 'n tydperk van dinamiese verandering betree.

Plaaslike besture moet kennis neem van die kundigheid en ervaring van geregistreerde verpleegkundiges in hul diens. Demokratiese bestuurstyle waarbinne gemotiveerde werkers met innoverende denke tot voordeel van

primêre gesondheidsorg benut kan word, behoort aanvaar te word.

In hierdie verband geld Beukes (1990:5) se stelling dat daar nie in die topbestuur vir almal plek is nie. Die meeste geregistreerde verpleegkundiges aanvaar dit solank hulle geken word en deel uitmaak van die besluitnemingsproses. Hierdie behoeftte verduidelik waarom deelnemende bestuur so 'n gewilde bestuurskonsep geword het.

In primêre gesondheidsorgdienste van plaaslike besture het dit noodsaaklik geword dat die besluitnemingsproses meer vaartbelyn gemaak moet word. Groter verantwoordelikheid moet sover moontlik afgewentel word na grondvlak sodat die inisiatief en potensiaal van kundiges en die gemeenskap ten volle benut kan word.

Gesentraliseerde bestuurstelsels is uitgedien en het nie meer 'n plek in moderne gesondheidsdienste nie.

Die geregistreerde verpleegkundige mag vanweë haar aktiewe sleutelrol in primêre gesondheidsorgdienste nie uit die bepaling van beleid, die beplanning, organisering en beheer van gesondheidsdienste op bestuurs- en dienslewerende vlak uitgesluit word nie. Dit is die geregistreerde verpleegkundige se reg om geken te word in bestuursbesluite wat haar praktyk raak. Dit is ook die standpunt van die Suid-Afrikaanse Verpleegstersvereniging (Suid-Afrikaanse Verpleegstersvereniging 1991:4).

Insig in rol en funksies

Dit blyk uit hierdie studie dat daar steeds 'n persentasie kliniek-verpleegkundiges en gemeenskapsverpleegkundiges is wat nie 'n geskrewe posomskrywing het nie, nie hul eie rol en funksies verstaan nie en derhalwe ook nie insig in die diens se doelstellings asook hul eie bydrae tot die diens se doelstellings het nie.

Aanbevelings

Die beperkte hulpbronne vir primêre gesondheidsorg noodsaak die optimale benutting van die verpleegtaakkrag. Geregistreerde verpleegkundiges kan net optimaal benut word as hulle die gesondheidsdoelstellings van die plaaslike bestuur ken en begrip het vir hul eie bydrae om daardie doelstellings te bereik.

Elke plaaslike bestuur behoort dus daarna te streef om aan elke geregistreerde verpleegkundige in sy diens 'n duidelike afgebakende taak te gee en te sorg dat die take so gekoördineer word dat die plaaslike bestuur daarin sal slaag om sy gesondheidsdoelwitte te bereik.

Die filosofie en doelstellings van elke primêre gesondheidsorgdiens behoort duidelik geformuleer en omskryf te word.

Elke lid van die gesondheidspan behoort van 'n duidelike posomskrywing en taakspesifikasie voorsien te word.

Toesighouding

Met betrekking tot toesighouding oor die geregistreerde verpleegkundige in diens van plaaslike besture, is daar in hierdie studie twee hoofgroepe geïdentifiseer. Die eerste groep (67,1%) is nie in beheer van die persoonlike gesondheidsdiens van die plaaslike bestuur nie en het 'n geregistreerde verpleegkundige as toesighouer. Die tweede groep (28,7%) is diegene wat in beheer van die persoonlike gesondheidsdiens van die plaaslike bestuur is en wat 'n gesondheidsinspekteur (27,4%) of 'n mediese gesondheidsbeampte (4,2%) as toesighouer het.

In hierdie studie het 7,9% respondenten aangedui dat hulle 'n mediese gesondheidsbeampte as toesighouer verkies. Altesaam 88,3% respondenten het aangedui dat hulle 'n geregistreerde verpleegkundige as toesighouer verkies, terwyl 3,8% aangedui het dat hulle 'n gesondheidsinspekteur as toesighouer verkies.

In die lig van bovenoemde is dit waarskynlik vanweë die gesondheidsinspekteur se beperkte kennis aangaande die praktyk van die geregistreerde verpleegkundige en derhalwe sy onvermoë om leiding te gee, dat hy nie as toesighouer verkies word nie. Die reaksie op die gesondheidsinspekteur as toesighouer moet waarskynlik ook gesien word teen die agtergrond van die uitsluiting van die geregistreerde verpleegkundige uit die bestuursposisies en derhalwe uit die besluitnemingsproses.

Met betrekking tot die gehalte van toesighouding blyk dit dat toesighouers soms tot gereeld hulp verleen met die oplossing van geregistreerde

verpleegkundiges se werksprobleme en met die ontwikkeling van die geregistreerde verpleegkundige se verpleegvaardigheid. Die gehalte van werk word soms tot gereeld gekontroleer. Terugvoering aangaande die werkprestasie geskied egter ongerekend.

In 'n vergelyking tussen die verhouding met die geregistreerde verpleegkundige as toesighouer en die gesondheidsinspekteur as toesighouer, duis die respons daarop dat die verhouding met die toesighouer goed is waar laasgenoemde 'n geregistreerde verpleegkundige is.

As toesighouer oor die geregistreerde verpleegkundige vaar die gesondheidsinspekteur egter swakker as die geregistreerde verpleegkundige.

Geregistreerde verpleegkundiges het minder vertroue in die gesondheidsinspekteur as toesighouer, het minder respek vir sy bestuursvaardigheid, sy belangstelling in primêre gesondheidsorg, sy beskikbaarheid en sy vermoe om regverdigte dissipline toe te pas.

Aanbevelings

Toesighouding behels leierskap, koördinering en leidinggewing om werkers in staat te stel om voorafbepaalde doelstellings te bereik deur kwaliteit en kwantiteit werk binne 'n gegewe tyd te verrig (Beach 1985:483).

Toesighouding oor professionele verpleegpraktisyns is 'n dinamiese proses waar verpleegkundiges aangemoedig moet word om deel te neem aan aktiwiteite wat beplan word om enerds die plaaslike bestuur se gesondheidsdoelstellings te bereik en andersyds om by te dra tot die persoonlike en professionele ontwikkeling van geregistreerde verpleegkundiges. Toesighouding behels ook die bekendstelling van die plaaslike bestuur se beleid en doelstellings, delegasie van outoriteit en leidinggewing. Voortspruitend uit die proses van toesighouding behoort aanspreeklikheid van die geregistreerde verpleegkundige voort te vloei. Die proses van toesighouding moet haar motiveer om die plaaslike bestuur se beleid te gehoorsaam en die plaaslike bestuur se doelstellings in so 'n mate te onderskryf dat sy dit met haar persoonlike doelstellings kan integreer.

Toesighouding is dus een van die kritiese elemente wat kwaliteit aan die werkslewe van die geregistreerde verpleegkundige gee. Plaaslike besture

behoort oorweging te skenk aan die instel van toesighouerskursusse waartydens toesighouers vir hulle taak voorberei kan word.

Benutting

Die gevolgtrekking uit hierdie studie is dat respondenten van mening is dat hulle take oor die algemeen verband hou met hul rol as gemeenskapsverpleegkundige, dat hulle werk uitdagings bied, selde vervelig is en dat hul vermoëns korrek in hul praktyk benut word.

Aanbevelings

Die korrekte, optimale benutting van personeel, die duurste hulpbron in 'n gesondheidsdiens sal uiteindelik die bekostigbaarheid en beskikbaarheid van sodanige diens beïnvloed. Die aanwending van verpleegkundiges vir nie verpleegtake is 'n jarelange probleem, maar een wat in die dekade op pad na die jaar 2000 nie meer ter sake behoort te wees nie. Benutting van personeel het in hierdie dekade 'n nuwe dimensie, naamlik dat die professionele praktisysns slegs vir professionele take aangewend moet word. Die potensiaal van die lekewerker, die gemeenskap en lede buite die tradisionele gesondheidspan moet in primêre gesondheidsorg benut word. Geregistreerde verpleegkundiges mag nie meer take verrig wat ewe goed deur lekewerkers verrig kan word nie.

Die optimalisering van verpleeghulpbronne en die verhoging van produktiwiteit met die oog daarop om fondse te bespaar het onafwendbaar geword.

Die gemeenskapsverpleegkundige, het teen die agtergrond van die steeds toenemende vraag, 'n skaars hulpbron geword. Wetenskaplike bestuurstegnieke moet deurlopend aangewend word om haar diens so veel as moontlik tot die beskikking van die gemeenskap te stel.

Status van die geregistreerde verpleegkundige in haar werksomgewing

Uit hierdie studie kan die afleiding gemaak word dat respondenten meen dat hulle 'n hoë status in hul gemeenskappe geniet.

Nie-blanke respondenten meen egter dat hulle minder respek van hul werkgewers ontvang.

Albei groepe is van mening dat hulle bydrae tot die welsyn van gemeenskappe deur geneeshere en deur die gemeenskap gerespekteer word.

Aanbevelings

Die status wat die gemeenskapsverpleegkundige in die toekoms sal geniet, sal van hulself afhang. As hulle bereid is om die uitdagings wat die huidige en toekomstige situasie in die land aan hulle stel te aanvaar, dinamies tred te hou met veranderinge, buigbaar is en hulle stem laat hoor oor die beplanning en beleid van 'n nuwe gesondheidsbedeling in plaaslike besture, sal niemand kan bekostig om hulle as een van die belangrikste rolspelers in die gesondheidsarena te ignoreer nie.

Hulle professionalisme, asook hul beskikbaarheid en bevoegdheid sal die status wat hulle in hulle werksomgewing en gemeenskap geniet, bepaal. Die respek wat hulle ontvang is 'n erkenning vir die waarde van hul bydrae tot die welsyn van gemeenskappe.

Ongelukkig is die probleem van status heel dikwels in die verpleegkundige self gesetel. Ten spye van 'n filosofie en 'n etiese kode wat duidelik geformuleer is en wetlike erkenning van die verpleegprofession en die geregistreerde verpleegkundige as 'n onafhanklike praktisyn, het te veel verpleegkundiges steeds 'n lae selfbeeld en word te veel steeds deur ander lede van die span oorheers. Geregistreerde verpleegkundiges word steeds, heel dikwels deur hulself, as 'n assistent van die geneesheer of ondergeskik aan die gesondheidsinspekteur gesien.

Professionele volwassenheid, kennis van haar praktyk en die beleid wat haar praktyk beheer, sal aan die geregistreerde verpleegkundige die nodige selfvertroue gee om haar unieke plek in die primêre gesondheidsorgspan vol te staan.

Erkenning van prestasie

Die kwessie van erkenning van die geregistreerde verpleegkundige se prestasie het in hierdie studie hoofsaaklik gewentel rondom die beskikbaarheid van 'n personelevalueringstelsel in plaaslike besture en om te bepaal of prestasie billik en regverdig beloon word.

Die gevolgtrekking uit hierdie studie is dat slegs 37,2% respondente bewus was van 'n personelevalueringstelsel in die plaaslike bestuur waar hulle werk en dat slegs 27,9% die personelevalueringstelsel verstaan. Respondente het aangedui dat hulle ongerekend ingelig word aangaande hul evaluering.

Die gevolgtrekking is dat hierdie baie belangrike aktiwiteit van mannekragbestuur onderbenut word in plaaslike besture. Die afleiding kan gemaak word dat die geregistreerde verpleegkundige in diens van plaaslike besture amptelik sowel as nie-amptelik min terugvoering aangaande haar prestasie kry en nie finansieel of andersins vir prestasie beloon word nie.

Aanbevelings

Benewens die motiveringswaarde van personelevaluering, verskaf dit ook aan geregistreerde verpleegkundigers 'n akkurate beeld van hul prestasies en wat van hulle verwag word. Personelevaluering is ook belangrik omdat dit die toesighouer in staat stel om onbevredigende werksprestasie te identifiseer en by wyse van opleiding reg te stel. Terugvoering is die meganisme waardoor 'n werknemer 'n realistiese oorsig oor sy/haar werksprestasies kry. Terugvoering is derhalwe 'n noodsaklike element van personelevaluering.

Gerber et. al. (1992:463) stel dit dat personelevaluering en die voortspruitende vergoeding van prestasie 'n regstreekse invloed op die motivering van werknemers, die bereiking van die organisasie se doelwitte, die verbetering van werknemersprestasie, loopbaanbeplanning en die bevordering van werknemers as beloning behoort te hê.

In die lig van die ooglopende voordele wat personelevaluering vir die personeel en die diens inhoud, behoort personelevaluering in werking gestel te word in plaaslike besture. Erkenning van prestasie hoef nie noodwendig net by wyse van finansiële vergoeding te geskied nie.

Spesiale vermeldings tydens gesamentlike personeelfunksies, verdienstelikheidsertifikate, oorhandig deur die burgemeester of stadsklerk sal dieselfde motiveringswaarde hê.

Dit is slegs belangrik dat daar kennis geneem word vir prestasie en dat diegene wat beter as ander presteer op een of ander wyse geïdentifiseer word

en vergoed word.

5.3.2.4 Geleentheid vir professionele groei

Uit die bevindinge van hierdie studie word die gevolgtrekking gemaak dat die geleentheid om professioneel te groei vir die geregistreerde verpleegkundige in diens van plaaslike besture baie belangrik is.

Geleenthede wat professionele groei sal bewerkstellig, soos opleidingsgeleenthede, is redelik tot swak vir die gemeenskapsverpleegkundige en senior gemeenskapsverpleegkundige. Geleentheid vir voortgesette onderwys is swak vir nie-blanke geregistreerde verpleegkundiges.

Bevorderingsgeleenthede is min.

Aanbevelings

Die professionele groei van geregistreerde verpleegkundiges is 'n voorvereiste vir die sukses van die primêre gesondheidsorgdiens van plaaslike besture. 'n Toename in kennis en vaardigheid sal 'n meer produktiewe mannekrag in gesondheidsdienste verseker en sal persone toerus om bronne effektief te benut en hoër gehalte sorg te lewer. Oriëntering van nuwe personeel in hul nuwe werksomgewing sal hulle in staat stel om hul verantwoordelikheid doeltreffend ooreenkomsdig die plaaslike bestuur se beleid uit te voer.

Oriëntering van nuwe personeel sal die ekonomiese benutting van menslike en materiële hulpbronne tot gevolg hê, omdat dit sal voorkom dat nuwe werkers foute maak tot nadeel van pasiëntsorg. Elke nuwe werker behoort daarom aan 'n formele oriënteringsprogram blootgestel te word.

Indiensopleidingsprogramme wat gemik is op die behoeftes van elke besondere werknemer om ontbrekende kennis aan te vul en om haar af te rond vir haar nuwe werksomgewing behoort deurlopend aangebied te word.

In primêre gesondheidsorg beoog indiensopleiding altyd om die kwaliteit van verpleegsorg te verhoog enregs-mediese risiko's te voorkom.

Geregistreerde verpleegkundiges moet deurlopend besluite neem en optree - gevolglik loop hulle die risiko om te fouteer. Dit is daarom noodsaaklik dat

hulle na hulle basiese beroepsopleiding, moet aanhou leer. Voortgesette opleiding sal hulle help om die veranderde eise van hulle werk die hoof te bied. Deur die verkryging van wetenskaplik gefundeerde kennis, sal hulle in staat wees om die onbekende te ontleed en te evaluateer. Dit sal hulle help om oplossings te vind en met vertroue en gesag op te tree.

Voortgesette onderrig verhoog bekwaamheid en bevorder die professionele volwassenheid van geregistreerde verpleegkundiges. Opleidingsgeleenthede vrywaar die geregistreerde verpleegkundige ook van beroepsveroudering en stel haar in staat om persoonlike en beroepsrypheid te bereik wat uiteindelik uitloop op veilige gespesialiseerde verpleegsorg.

Personeelontwikkelingsprogramme vir geregistreerde verpleegkundiges wat 'n voortsetting van die basiese onderrig is en wat ten doel sal hê om voldoende ervaring en vaardigheid asook die regte gesindheid te ontwikkel om die geregistreerde verpleegkundiges in staat te stel om in die bestuurspan opgeneem te kan word, behoort daarom deur plaaslike besture ingestel te word. Programme moet bestuurs- en leierskapontwikkeling ten doel hê.

Professionalisme is een van die knellendste vraagstukke in verpleging. Personeelontwikkelingsprogramme moet ook ten doel hê om professionalisme te bevorder.

Koste-effektiwiteit ten opsigte van personeelbestuur en benutting van materiële hulpbronne is essensieel in primêre gesondheidsdienste omdat die vraag al groter word en hulpbronne al skaarser. Bevordering bied aan die individu die geleentheid tot persoonlike groei, verhoogde status, verhoging in vergoeding, groter verantwoordelikheid en dus ook groter benutting van sy/haar vermoëns. Bevordering kan dus gesien word as synde tot voordeel van die individu sowel as die organisasie. Bevordering is volgens Herzberg 'n belangrike motiveerder tot groter werksprestasie en werkstevredenheid (Gerber 1992:321). Voldoende loopbaangeleenthede gee kwaliteit aan werkslewe.

Tensy plaaslike besture dus geleenthede vir professionele ontwikkeling in die werkslewe van geregistreerde verpleegkundiges skep, sal 'n hoë personeelomset en swak benutting van hulpbronne finansiële verliese tot gevolg hê wat onbekostigbaar is.

5.3.2.5 Sosiale aspekte van die werkslewe

Kommunikasie en spanwerk

Om te bepaal in watter mate die geregistreerde verpleegkundige in diens van plaaslike besture geleentheid vir sosiale verkeer met ander werknemers het, het vrae gesentreer rondom kommunikasie met kollegas en die toesighouer en spanwerk in die werksituasie. Die gevolgtrekking uit hierdie studie is dat die sosiale verkeer in die werkslewe van die geregistreerde verpleegkundige in diens van plaaslike besture bevredigend tot goed is met betrekking tot informele kommunikasie en spanwerk. Formele kommunikasie met die toesighouer is egter swak.

Aanbevelings

Die tradisionele lyne van formele kommunikasie is van die toesighouer, deur die vlakke van bestuur na ondergesiktes. Formele kommunikasie is direktief en dit koördineer die aktiwiteite van die onderskeie vlakke in die hiërargie. Dit maak die plaaslike bestuur se doelstellings en die prosedure om die doelstellings te bereik, aan die ondergesiktes bekend. Afwaartse formele kommunikasie kan by wyse van geskrewe dokumente soos omsendbriewe, beleidshandleidings, prosedure handleidings, posomskrywings en kennisgewings geskied. Afwaartse kommunikasie kan ook mondelings geskied in die vorm van telefoniese opdragte, interkomopdragte en vergaderings.

Formele kommunikasie is 'n noodsaaklike bestuurshulpmiddel waarvolgens die beleid van die plaaslike bestuur aan die werknemers bekend gemaak word. 'n Meganisme vir formele kommunikasie behoort daarom ingestel en in stand gehou te word.

Plaaslike besture behoort egter ook 'n meganisme te skep vir opwaartse kommunikasie.

Moderne bestuurstegnieke bevorder delegasie van outoriteit en groter betrokkenheid van werknemers by besluitneming, vandaar die behoefté vir opwaartse kommunikasie. Opwaartse kommunikasie kan bewerkstellig word deur middel van personeelvergaderings, personelevaluering, gehaltesirkels, die benutting van die grieweprosedure, onderhoude met personeel,

werkerskomitees en doelwitbestuur.

Informele kommunikasienetwerke verskaf die geleentheid vir betekenisvolle interpersoonlike verhoudings tussen werkers. Deur middel van onderlinge kommunikasie dra hulle mekaar se laste, motiveer hulle mekaar en word briljante idees soms gebore.

Voortdurende pogings om spanwerk en kommunikasie in die werkslewe van die geregistreerde verpleegkundige te verbeter, hou ooglopende voordele vir die plaaslike bestuur sowel as die verpleegkundige in en behoort derhalwe 'n konstante element van personeelbestuur in die plaaslike bestuur te wees. Geleenthede moet vir werkers geskep word om informeel met mekaar te kan verkeer.

Hulpvaardigheid van geneeshere

'n Besonder positiewe gevolgtrekking van hierdie studie is dat respondenten geneeshere deurgaans as baie hulpvaardig ervaar. Hierdie is 'n positiewe dimensie in die werkslewe van die geregistreerde verpleegkundige in diens van plaaslike besture. Ten spyte daarvan dat hulle in hulle praktyk in primêre gesondheidsorg dikwels moet instaan vir die geneesheer en apteker wat vanweë die tekort in veral verafgeleë plattelandse gebiede selde beskikbaar is, kan hulle nie te min staatmaak op hulle hulp en ondersteuning wanneer hulle hom nodig het.

Aanbevelings

Ten spyte daarvan dat primêre gesondheidsorg 'n verpleegkundig-geörienteerde diens is, bly die geneesheer 'n onontbeerlike rolvennoot. Hy is die verwysingsbron vir mediese ongesteldhede en die geregistreerde verpleegkundige in diens van plaaslike besture werk nou met hom saam.

Plaaslike besture moet erkenning gee aan die bydrae wat geneeshere op hierdie wyse tot primêre gesondheidsorg lewer. Privaat mediese praktisyns lewer 'n onontbeerlike bydrae tot primêre gesondheidsorg. Kommunikasienetwerke behoort daarom ook met privaat medici in stand gehou te word.

5.3.2.6 Konstitusionalisering in die werksomgewing

Ten opsigte van geregistreerde verpleegkundiges se reg tot vryheid van spraak en hulle reg op privaatheid, word die gevolgtrekking uit hierdie studie gemaak dat hierdie reg van die blanke geregistreerde verpleegkundige wel erken en eerbiedig word.

Met betrekking tot hulle reg om die grieweprosedure te benut, duï die studie op 'n besliste negatiwiteit, veral met betrekking tot die nie-blanke geregistreerde verpleegkundige. Nie-blanke geregistreerde verpleegkundiges duï aan dat hulle nie vry voel om die grieweprosedure te gebruik nie. Hulle het derhalwe nie 'n meganisme om hul griewe bekend te maak nie.

Aanbevelings

Inaggenome dat die grieweprosedure die belangrikste institusionele stelsel is wat ter ondersteuning van die plaaslike bestuur se arbeidsverhoudinge gebruik kan word, behoort die belangrikheid van die effektiewe funksionering van die grieweprosedure nie onderskat te word nie, anders sal verpleegkundiges hulle toenemend wend tot die alternatief van stakings om plaaslike besture bewus te maak van hul griewe.

Geregistreerde verpleegkundiges is geregtig op 'n regverdigte prosedure vir die beslegting van geskille.

Verpleegkundiges in diens van plaaslike besture is onderhewig aan openbare sektor wetgewing wat hulle verbied om te staak. Die feit dat verpleegpersoneel hierdie reg ontsê word, plaas egter die onus op die werkewer om aan hulle toegang te verleen tot 'n ander regverdig en billike wyse vir die beslegting van geskille. Ingevolge die owerheidsektor se personeelkode is die grieweprosedure die meganisme waarvolgens bovenoemde regte van werknemers beskerm word. Die grieweprosedure is die weg waارlangs werknemers hul ontevredenheid kan uitspreek wanneer hulle na hul mening onregverdig of onbillik behandel word. Die benutting van grieweprosedure is 'n uitstekende opwaartse kommunikasiemeganisme. Die gebruik van die grieweprosedure behoort bevorder en nie ontmoedig te word nie.

Verhouding met 'n personeelvereniging of vakbond

'n Beperking van hierdie studie is dat daar nie vasgestel is of die respondent se definisie van 'n vakbond dieselfde is as dié van die navorsers nie. Aanduidings is dat respondent die term "vakbond" met "vakvereniging" verwarring het.

Bevindings dui daarop dat respondent die Suid-Afrikaanse Vereniging vir Municipale Werknemers as 'n vakbond beskou. Vandaar die hoë persentasie blanke respondent (60,0%) wat aangedui het dat hulle lid van 'n vakbond is teenoor die 22,0% nie-blanke respondent. Dit was egter die bedoeling van hierdie studie om respondent te identifiseer wat lede van vakbonde is. Desnieteenstaande het hierdie studie interessante inligting opgelewer. Respondente noem "'n beter salaris en diensvoorwaardes" en "word deur die werkgever aanbeveel" as die belangrikste redes vir lidmaatskap van 'n vakbond.

Met betrekking tot lidmaatskap van die Suid-Afrikaanse Verpleegstersvereniging was 77,0% blanke respondent en slegs 53,4% nie-blanke respondent van mening dat lidmaatskap tot die Suid-Afrikaanse Verpleegstersvereniging vir hulle voordele inhou.

Aanbevelings

Verpleegpersoneel behoort nooit in 'n posisie geplaas te word waar hulle voel dat hulle geen ander keuse het as om te staak nie. Vakbonde gebruik stakings as 'n bedingingsmag en beskik derhalwe oor die vermoë om primêre gesondheidsorgdienste te ontwrig.

Verpleegkundiges het egter net soos enige ander werknemer die reg om aangehoor te word wanneer sy ontevrede is. Daar bestaan twyfel of die nie-blanke geregistreerde verpleegkundiges hierdie reg het.

Het sy toegang tot 'n vry en regverdige grieveprocedure? Hierdie studie was nie in staat om bo alle twyfel 'n antwoord op hierdie vraag te gee nie.

In 1991 moes die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging 500 verpleegkundiges vir stakings in 1990 verhoor (Muller 1991:37). Vakbondbetrokkenheid speel altyd 'n belangrike rol in stakings deur verpleegpersoneel. Die mees algemene

oorsake van stakings is griewe wat nie bevredigend opgelos word nie. Griewe sentreer meestal rondom salarisfoutering, oortydbetaling, verlofprobleme en personelevaluering. In die meeste gevalle van stakings het 'n formele grieweprosudure nie bestaan waarvolgens personeel hul griege kon lug nie. In die ander gevalle was die funksionering van die grieweprosedure ontoereikend (Muller 1991:38). Dieselfde tendens geld tot 'n meerder of mindere mate in die werkslewe van veral die nie-blanke geregistreerde verpleegkundige in diens van sommige plaaslike besture.

Suid-Afrika is tans in 'n fase van politieke verandering. Die meeste vakbonde is verpolitiseerd en lede staak uit simpatie met ander of soms ook weens viktimisering. Vinnige en effektiewe hantering van griege is 'n vereiste vir arbeidstevredenheid in gesondheidsdienste.

Stakings beoog om die werkgewer te benadeel. In gesondheidsdienste word die pasiënt/kliënt gesondheidsdienste ontnem. Plaaslike besture moet van hierdie tendens kennis neem en pro-aktief optree met wetenskaplike, regverdig, konsekwente personeelbestuur en vinnige, effektiewe hantering van griege.

Professionalisering en verdieping van verpleegpersoneel se moreel etiese waardes en die essensie van dienslewering moet verskerp word. Dit is 'n doelstelling van die personeelontwikkelingsprogram.

Die daarstel van toereikende kommunikasiestrukture by wyse van komiteestelsels en skakeling met leiers kan 'n vertrouensverhouding met personeel skep wat die geloofwaardigheid van bestuurders sal verbeter en stakings en arbeidsonrus sal voorkom.

5.3.2.7 Diensure

Die gevolgtrekking in hierdie studie is dat gereelde diensure een van die mees positiewe faktore van die werkslewe van die geregistreerde verpleegkundige in diens van plaaslike besture is. Die meeste geregistreerde verpleegkundiges (91,0%) werk gereelde ure. 'n Hoë persentasie (63,6%) werk egter ook soms oortyd maar kry die tyd by geleentheid weer af.

Aanbevelings

Die geregistreerde verpleegkundige is meestal lid van 'n gesin met 'n diversiteit van ander aansprake op haar persoonlike tyd. Tyd is vir haar 'n kosbare kommoditeit. 'n Groot persentasie verpleegkundiges is bereid om hoë salaris op te offer indien hul toegelaat kan word om gereelde of meer buigbare ure te werk (Beukes 1990:40).

Plaaslike besture het egter die verantwoordelikheid om dienste vir alle lede van die gemeenskap toeganklik te maak. Dienste sal ook na-ure vir die werkende kliënt beskikbaar gestel moet word.

Die uitdaging om 'n diens na ure vir die werkende kliënt te voorsien, of selfs 'n verloskundigediens 24 uur per dag, 365 dae per jaar, kan oorkom word deur die instel van skiktyd. Die uitdaging lê daarin om geregistreerde verpleegkundiges met gesinsverpligtinge vir die diens te behou. Dit sal alleen kan geskied indien geregistreerde verpleegkundiges in staat gestel word om te werk wanneer dit vir hulle en hul gesinne gerieflik is.

Daar behoort meer oorweging geskenk te word om geregistreerde verpleegkundiges op 'n deeltydse basis in diens te neem om sessies te werk.

Plaaslike besture moet egter in gedagte hou dat gereelde diensure een van die mees positiewe aspekte van die werkslewe van die geregistreerde verpleegkundige in sy diens is. Hierdie tendens moet sover moontlik behou en uitgebou word.

5.3.3 Faktore wat geregistreerde verpleegkundiges beïnvloed om 'n loopbaan in plaaslike besture te kies

In hierdie afdeling moes respondenten uit 'n gegewe lys aandui in watter mate elke faktor hulle beïnvloed het om 'n loopbaan in 'n plaaslike bestuur te kies. Die doel was om die lys faktore te rangskik in 'n volgorde van die mees belangrike tot die mins belangrike faktor wat geregistreerde verpleegkundiges beïnvloed om 'n loopbaan in plaaslike besture te kies sodat plaaslike besture hierdie inligting in hul werwingsveldtogte kan benut.

Die lys van faktore soos gerangskik in volgorde van belangrikheid is soos volg

1. Belangstelling in primêre gesondheidsorg
2. Gereelde diensure
3. Beter byvoordele
4. Beter salaris
5. Positiewe terugvoering van verpleegkundiges in diens van plaaslike besture
6. Beter bevorderingsmoontlikhede
7. Geen ander pos beskikbaar nie.

Laasgenoemde twee faktore het van min belang blyk te wees.

Die gevolgtrekking is dat 'n loopbaan in plaaslike besture aan die geregistreerde verpleegkundige met 'n belangstelling in primêre gesondheidsorg 'n unieke geleentheid bied om slegs dit te kan doen waarin sy belangstel. Geregistreerde verpleegkundiges met 'n belangstelling in primêre gesondheidsorg kan daarvan seker wees dat sy haarself in haar spesialiteit kan uitleef.

Daarbenewens bied 'n loopbaan in plaaslike besture aan geregistreerde verpleegkundiges die geleentheid om gereelde ure te werk.

Aangesien dit veral die bogenoemde twee faktore is wat geregistreerde verpleegkundiges motiveer om 'n loopbaan in plaaslike besture te kies, behoort hierdie inligting baie beter aangewend te word in die bemarking van primêre gesondheidsorgdienste en die werwing van geregistreerde verpleegkundiges vir die diens van plaaslike besture.

5.4 FAKTORE WAT DIE WERKSTEVREDENHEID VAN GEREISTREERDE VERPLEEGKUNDIGES IN DIENS VAN PLAASLIKE BESTURE BEïNVLOED

Daar is 'n interafhanglikheid tussen die gehalte van werkslewe, werkstevredenheid en werksprestasie. Werkstevredenheid en werksprestasie verbeter namate gehalte van die werkslewe verbeter (Levey & Loomba 1983:452).

Lae produktiwiteit en 'n hoë personeelomset is van die mees negatiewe faktore wat voortspruit uit werksontevredenheid. Hierdie faktore het albei 'n

direkte invloed op die koste-effektiwiteit en die gehalte van die diens. Die nadelige uitwerking wat werksonteverdenheid van geregistreerde verpleegkundiges in diens van plaaslike besture op primêre gesondheidsorg kan hê, vereis dat plaaslike besture deurlopend aan hierdie aspek van mannekragbestuur aandag behoort te gee.

Soos reeds in hoofstuk 4, afdeling 4.7 gestel, is daar in hierdie studie gepoog om geregistreerde verpleegkundiges se tevredenheid met die ondergenoemde faktore in hul werkslewe te bepaal. Kennis aangaande faktore wat werksontvredenheid tot gevolg het, sal plaaslike besture in staat stel om effektiewe pro-aktiewe maatreëls te tref om 'n verpleegmannekragtekort te voorkom en kontinuïteit in primêre gesondheidsorgdienste te verseker.

5.4.1 Tevredenheid met die psigiese werksomgewing

In hierdie studie is die geregistreerde verpleegkundige se tevredenheid met die volgende aspekte van die psigiese werksomgewing ondersoek:

- Deelname in besluitneming
- Geleentheid om inisiatief te gebruik
- Geleentheid om haar werkprogram selfstandig te reël
- Duidelikheid van beleid aangaande haar praktyk
- Insig in die posomskrywing
- Benutting
- Respek van haar werkgewer
- Verhouding met haar toesighouer.

Die gevolgtrekking van hierdie studie is dat tevredenheid met bogenoemde faktore, hoewel nie negatief nie, ook nie werklik hoog is nie. Die uitsondering is egter deelname in besluitneming en die duidelikheid van beleid waar die respons op 'n duidelike ontevredenheid dui.

Ontevredenheid met die bogenoemde aspekte van die psigiese werkslewe is 'n baie belangrike knelpunt in verpleging. Uit die bevinding van hierdie studie kan die afleiding gemaak word dat hierdie tendens ook van toepassing op die geregistreerde verpleegkundige in diens van plaaslike besture is. Die belangrikste knelpunte is die gebrek aan deelname in besluitneming en die onduidelikheid van beleid aangaande aspekte wat hul praktyk raak.

Aanbevelings

Deelname in besluitneming en outonomie is sekerlik van die belangrikste dimensies wat kwaliteit aan werkslewe verleen en behoort daarom doelgerig ingebou te word in die werkslewe van die geregistreerde verpleegkundige.

Om outonomie te hê, beteken dat die verpleegkundige sonder inmenging toegelaat moet word om

- haar eie werk te bestuur
- haar werksprogram en werksmetodes onafhanklik te beplan
- haar eie kwaliteitskontrole te doen en
- haar eie prioriteite te stel.

Outonomie gee aan haar geleentheid tot kreatiwiteit en individualiteit. Dit gee aan die geregistreerde verpleegkundige geleentheid om haarself te bewys en bied stimulus vir die innoverende werknemer. Outonomie impliseer dat daar vertroue in die verpleegkundige se vermoëns en professionaliteit is en bied aan haar die geleentheid om sonder inmenging van die toesighouer sy/haar werk te doen. Outonomie sal werkstevredenheid bevorder (Poole 1988:9).

Primêre gesondheidsorg is verpleegkundig-georiënteerde gesondheidsorg. Dit impliseer dat die geregistreerde verpleegkundige die kennis aangaande beleid moet hê wat nodig is om die nasionale gesondheidsbeleid uit te voer en om koste-effektiewe primêre gesondheidsorg binne bereik van alle inwoners van die land te verseker. Hierdie inligting moet deur haar werkgewer aan haar voorsien word (Vermeulen 1990:206).

Die geregistreerde verpleegkundige kan net die gemeenskap behoorlik dien as sy oor die nodige inligting aangaande beleidsaspekte beskik sodat sy haar praktyk vir die toekoms kan ontwikkel.

Geregistreerde verpleegkundiges wil hul praktyk self bestuur, wil self besluit oor die benutting van essensiële hulpbronne, wil self beplan om kwaliteit in pasiëntsorg te verseker.

Die toesighouer is verantwoordelik vir personeeltevredenheid en personeelontwikkeling. Persoongesentreerde leierskap en 'n demokratiese bestuursklimaat waar geregistreerde verpleegkundiges outonomie geniet, deelname in die besluitnemingsproses het en ten volle ingelig word aangaande

die beleid wat hul praktyk beïnvloed, sal geleentheid tot selfaktualisering bied en werkstevredenheid bevorder.

5.4.2 Tevredenheid met die fisiese werksomgewing

Daar is met hierdie studie gepoog om geregistreerde verpleegkundiges se tevredenheid met die volgende aspekte van die fisiese werksomgewing te bepaal

- die beskikbaarheid van meubelment en toerusting
- die beskikbaarheid van medisyne en voorraad
- die fisiese fasilitete
- personeelgeriewe
- veiligheidsmaatreëls

Die ondersoek het aan die lig gebring dat respondenten en veral nie-blanke respondenten, hoewel nie negatief nie, nie werklik baie tevrede met hulle fisiese werksomgewing is nie, omdat daar veral by die klinieke van nie-blanke plaaslike besture 'n gebrek aan toerusting, medisyne, voorraad en vervoer is.

Die fisiese werkslewe van geregistreerde verpleegkundiges verskil van plaaslike bestuur tot plaaslike bestuur. Verskillende redes kan hiervoor aangevoer word. Sommige negatiewe faktore spruit uit die konstitusionele agterstand van sommige plaaslike besture, die gebrekkige inkomste van sommige plaaslike besture, demografiese faktore soos verstedeliking en die gepaardgaande oorbenutting van bestaande dienste.

Aanbevelings

Aangesien die fisiese werksomgewing 'n invloed op werkers se lojaliteit, moreel, motivering en sekuriteitsgevoel het, beïnvloed die fisiese werksomgewing dus ook die gehalte van dienslewering.

Hierdie studie het nie bo alle twyfel bewys dat die fisiese werksomgewing van nie-blanke respondenten wel swakker as dié van blanke respondenten is nie.

'n Gemaklike, veilige en doeltreffende fisiese werksomgewing met voldoende voorrade en toerusting is noodsaaklik om 'n hoë gehalte verpleegsorg te kan voorsien. Dit is ook 'n voorvereiste vir die optimale benutting van mannekrag.

Dit is die plig van plaaslike besture om fisiese hulpmiddele te voorsien.

In die lig van die huidige politieke onstabiliteit en geweld in veral swart dorpe behoort plaaslike besture ook deurlopend aandag te gee aan veiligheidsmaatreëls ten einde mannekrag en eiendom te beskerm en werkstevredenheid te bevorder.

Die tradisionele siening dat die geregistreerde verpleegkundige vanweë haar toewyding met swak werksomstandighede tevrede moet wees, is unrealisties en kan tesame met ander faktore tot gevolg hê dat geregistreerde verpleegkundiges die dienste van plaaslike besture verlaat.

5.4.3 Tevredenheid met salaris en byvoordele

Uit die bevinding van hierdie studie word die gevolgtrekking gemaak dat dit veral nie-blanke respondentie is wat 'n ontevrededenheid met hulle salaris en byvoordele rapporteer. Die gradering van 'n plaaslike bestuur beïnvloed ingevolge die Wet op die Besoldiging van Stadsklerke (Wet 115 van 1984), die besoldiging van amptenare sodanig dat hoe hoër die gradering is, hoe hoër is die besoldiging.

Dit het tot gevolg dat daar 'n dispariteit in die besoldiging van geregistreerde verpleegkundiges in diens van plaaslike besture is, omdat die gradering van swart plaaslike besture gemiddeld laer as dié van blanke plaaslike besture is.

Die studie bevestig Van der Merwe J. F. M. (1990:140) se stelling dat salaris nie 'n bron van ontevrededenheid by blanke amptenare is nie. Die salaris van amptenare in diens van plaaslike besture onder die jurisdiksie van die Nywerheidsraad van Transvaal blyk hoër te wees as dié van sommige swart plaaslike besture in die studiegebied.

Aanbeveling

Ten einde geregistreerde verpleegkundiges te bekom vir primêre gesondheid-sorgdienste in alle gemeenskappe en die gehalte van dienste op 'n gelyke voet te plaas, sal 'n eenvormige vergoedingstelsel vir gesondheidspersoneel van alle plaaslike besture, ongeag die gradering, ingestel moet word.

Die huidige vergoedingstelsel het dispariteit tot gevolg wat daartoe aanleiding

kan gee dat kundige personeel vanweë die swakker besoldiging in plaaslike besture met laer graderings nie bereid sal wees om in diens van dié plaaslike besture te tree nie.

Dit kan tot gevolg hê dat die gehalte van dienste in agtergeblewe gemeenskappe altyd laer sal wees en dat gesondheidsdoelstellings in daardie gemeenskappe met die hoogste gesondheidsrisiko's nie bereik sal word nie, vanweë die onvermoë van hierdie plaaslike besture om aan verpleegpersoneel dieselfde vergoeding te bied as plaaslike besture met hoër graderings.

Afgesien van Herzberg se teorie dat salarisverhogings slegs 'n tydelike motiveerdeerder is, bly die vergoedingspakket steeds 'n belangrike faktor in die werkslewe van 'n persoon (Beach 1985:558). Die salaris bring uiteindelik die brood op die tafel en stel mense in staat om 'n bepaalde lewenstandaard te handhaaf.

Vergoeding is 'n metode om personeel na 'n onderneming te trek en hulle daar te hou, maar vergoeding waarborg nie kwaliteit in die werkslewe nie.

Werksbevrediging is 'n belangrike determinant van produktiwiteit in 'n organisasie. Produktiwiteit word positief beïnvloed deur hoë werksbevrediging (Levey & Loomba 1983:452). Swak besoldiging is 'n historiese knelpunt in verpleging. Die geregistreerde verpleegkundige in diens van plaaslike besture blyk in hierdie verband nie 'n uitsondering te wees nie. Hierdie tekortkomming kan aangevul word deur aspekte in die werksituasie in te bou wat blywende tevredenheid sal waarborg. Verpleegkundiges sal 'n interessante werk en waardering vir wat hulle doen hoër prioritiseer as vergoeding. Toesighouers moet 'n klimaat skep waarbinne geregistreerde verpleegkundiges se behoeftte aan affiliasie, agting, selfverwesenliking, verantwoordelikheid, erkenning van prestasie en geleenthede vir groei bevredig kan word.

Deur bovenoemde faktore in die geregistreerde verpleegkundige se werkslewe in te bou sal hulle taak verryk word en 'n gevoel van samehorigheid en tevredenheid tot stand gebring word.

5.4.4 Tevredenheid met geleenthede tot professionele groei

Uit die bevinding van hierdie studie word die gevolgtrekking gemaak dat geregistreerde verpleegkundiges tevrede is met opleidingsgeleenthede soos oriëntering en indiensopleiding wat professionele groei sal bevorder. Met betrekking tot geleentheid vir voortgesette onderwys en bevorderingsmoontlikhede is daar egter 'n duidelike ontevredenheid.

Aanbevelings

Die sukses van die primêre gesondheidsorgdienste van plaaslike besture sal bepaal word deur plaaslike besture se vermoë om loopbaangeleenthede vir kundiges te skep. 'n Professionele werkerskorps, soos in die geval van geregistreerde verpleegkundiges, het 'n groter behoefte aan selfverwesenliking. 'n Gebrek aan bevorderingsmoontlikhede sal frustrasie, negatiwiteit en werksontvredenheid tot gevolg hê. Wanneer verpleegkundiges nie vervulling in hul werk kry nie en hul werk betekenisloos word, sal motivering afneem, produktiwiteit sal verlaag en personeelomset sal waarskynlik verhoog. Hierdie faktore het 'n negatiewe invloed op die gehalte en die koste-effektiwiteit van die diens.

Plaaslike besture behoort beter loopbaangeleenthede vir geregistreerde verpleegkundiges te skep deur beter bevorderingsmoontlikhede daar te stel. Beter studiegeleenthede behoort oorweeg te word deur die voorsiening van studieverlof en studiebeurse.

Meer aandag behoort gegee te word aan die loopaanbeplanning van geregistreerde verpleegkundiges.

Vir die geregistreerde verpleegkundige bied loopaanbeplanning geleenthede vir ontwikkeling en bereiking van persoonlike doelwitte. Vir die plaaslike bestuur verseker loopaanbeplanning 'n hoë moreel onder verpleegpersoneel, hoër produktiwiteit, beter gehalte van werk en 'n kostebesparing. Verpleegkundiges sal langer in diens van die plaaslike bestuur bly omdat daar aan hulle die geleentheid gebied word om hul selfaktualisering behoeftes te bevredig.

5.4.5 Tevredenheid met grieweprosedure

Die gevolgtrekking wat van die bevinding van hierdie studie gemaak word, is dat nie-blanke geregistreerde verpleegkundiges ontevrede is met die benutting van die grieweprosedure in plaaslike besture. Nie-blanke geregistreerde verpleegkundiges voel nie vry om die grieweprosedure te gebruik nie, omdat daar na hulle mening teen hulle gediskrimineer word indien hulle dit wel doen.

Aanbeveling

In die lig van die huidige verpolitisering van gesondheidsdienste deur vakbonde met gepaardgaande stakings, behoort plaaslike besture die effektiewe funksionering van die grieweprosedure as 'n hoë prioriteit te beskou. Die billike en regverdigte beslegting van geskille en vrye toegang tot die grieweprosedure is noodsaaklik vir arbeidsvrede en vir die werktevredenheid van die geregistreerde verpleegkundige.

5.4.6 Tevredenheid met diensure

Die afleiding wat uit hierdie studie gemaak kan word is dat daar 'n hoë vlak van tevredenheid met diensure is. Die feit dat geregistreerde verpleegkundiges in diens van plaaslike besture hoofsaaklik gereelde ure werk en meestal nie nagdiens of oor naweke werk nie kan as 'n belangrike bydraende faktor tot die tevredenheid met diensure beskou word.

Aanbeveling

Gereelde diensure is 'n belangrike positiewe faktor in die gehalte van die werkslewe van geregistreerde verpleegkundiges in diens van plaaslike besture.

Die probleem is egter dat gesondheidsorgprogramme en dienste funksioneel toeganklik vir gemeenskappe moet wees, gedurende tye wat vir hulle gerieflik is. Dienste moet oor naweke en na-ure beskikbaar gestel word. Hierdie tendense mag botsing in die behoeftte van die geregistreerde verpleegkundige en dié van die gemeenskap tot gevolg hê. Met buigbaarheid in dienstye kan albei vennote se behoeftes egter geakkommodeer word.

5.5 BEPERKINGS VAN DIE STUDIE

Die belangrikste beperkings van hierdie studie was die volgende

- Respondente was heterogeen in terme van
 - bevolkingsgroep
 - kultuur
 - ouderdom
 - professionele ontwikkeling
 - aard en finansiële vermoë van die plaaslike bestuur in wie se diens hulle is.
- Die studie is onderneem tydens die tydperk wat die herstukturering van primêre gesondheidsorgdienste in die Republiek van Suid-Afrika voorafgegaan het. Daar was derhalwe 'n groot mate van onsekerheid by geregistreerde verpleegkundiges aangaande die toekomstige aard van die werkslewe in plaaslike besture. Hierdie onsekerheid en vrees vir verandering kon die respons beïnvloed het.
- Die studie is onderneem tydens 'n periode van intense politieke onstabilitet, onrus, stakings en verstedeliking. Genoemde faktore sou die objektiwiteit van nie-blanke respondenten kon beïnvloed.
- 'n Leemte ten opsigte van die vraelys was dat 'n belangrike aspek soos vakbondbetrokkenheid waarskynlik foutief geïnterpreteer is.

5.6 AANBEVELINGS VIR VERDERE NAVORSING

Dit word deur die navorsers aanbeveel dat verdere navorsing onderneem word om

- die effektiwiteit van die posevalueringstelsel van plaaslike besture vir die evaluering van verpleegkundige poste te bepaal
- die invloed wat die dispariteit van die vergoedingstelsel in plaaslike besture op personeelvoorsiening vir gesondheidsdienste het, te bepaal
- die houding van geregistreerde verpleegkundiges in bestuursposte van

ander gesondheidsowerhede teenoor 'n loopbaan in plaaslike bestuur te bepaal

- die redes waarom geregistreerde verpleegkundiges nie bestuursposte in plaaslike besture beklee nie te bepaal.

5.7 SAMEVATTING

In hierdie studie is daar gepoog om biografiese inligting van die geregistreerde verpleegkundiges in diens van plaaslike besture te bekom en om 'n perspektief op die werkslewe van die geregistreerde verpleegkundige in diens van plaaslike besture te verkry.

Met behulp van die literatuurstudie is 'n aantal tradisionele knelpunte geïdentifiseer wat in die algemeen van toepassing is op die werkslewe van geregistreerde verpleegkundiges. Dieselfde knelpunte blyk uit hierdie studie ook van toepassing te wees op die geregistreerde verpleegkundige in diens van plaaslike besture.

Die belangrikste knelpunte wat inderdaad ook werksontevredenheid tot gevolg het is

- die swak fisiese werksomgewing in nie-blanke plaaslike besture
- die gebrek aan deelname in besluitneming
- swak formele kommunikasie
- die gebrekkige erkenning van prestasies
- die gebrek aan 'n grieweprosedure
- beperkte loopbaangeleenthede vir geregistreerde verpleegkundiges in plaaslike besture

Ten spyte van die negatiewe faktore, is daar ook verskeie positiewe faktore in die werkslewe van die geregistreerde verpleegkundige in diens van plaaslike besture wat werkstevredenheid bevorder. Dit is veral die betekenisvolheid van hul taak in primêre gesondheidsorg en die optimale benutting van hul kennis en vermoëns wat hul werkslewe sinvol maak. Alhoewel hulle taak fisies en psigies vermoeiend is, is dit selde vervelig en betekenisloos. Die geregistreerde verpleegkundige in diens van plaaslike besture geniet status in hul gemeenskappe en word deur geneeshere gerespekteer en ondersteun. Daar is waardering vir hul bydrae tot die welsyn van die gemeenskap.

Die feit dat geregistreerde verpleegkundiges gereelde diensure werk, is 'n baie positiewe aspek van hulle werkslewe waarmee sy baie tevrede is. Geregistreerde verpleegkundiges kies 'n loopbaan in plaaslike besture vanweë hulle belangstelling in primêre gesondheidsorg en omdat hulle in plaaslike besture gereelde diensure kan werk.

Die studie aangaande die gehalte van die werkslewe van geregistreerde verpleegkundiges in diens van plaaslike besture het aan die lig gebring dat daar heelwat positiewe faktore is. Daar is egter ook ernstige knelpunte geïdentifiseer wat werkstevredenheid negatief beïnvloed en wat reggestel behoort te word, omdat dit die voorsiening van verpleegmannekrag aan primêre gesondheidsorgdienste van die toekoms ernstig kan benadeel.

5. BIBLIOGRAFIE

ANDREWS, Y. 1986. *Die personeelfunksie*. Pretoria: HAUM.

BEACH, D.S. 1985. Personnel: *The Management of people at work*. 4th Edition. London: The Macmillan Co.

BERNS, J.S. 1982. The application of job satisfaction: Theory to the nursing profession. *Nursing Leadership*. 5(1): 22 - 32.

BEUKES, M. 1990. Werksbevrediging in Verpleging. *Nursing R.S.A. Verpleging*. 5(6): 13 - 16.

BISSET, S. 1990. Are you managing? *Publico*. 10(4): 17.

BLACK, J. 1989. Quality circles: How nursing staff can have their say in management decisions. *New Zealand Nursing Journal*. 7(2): 18 - 26.

BRINK, H.I.L. 1984. *The registered nurse tutor in the Republic of South Africa*. D.Litt. Thesis, Pretoria: UNISA.

BRINK, H.I.L. 1987. Job satisfaction and dissatisfaction among registered nurse tutors. *Curationis*. 10(1): 11 - 16.

BRINK, H.I.L. 1989. *Statistics for Nurses*. Pretoria: Academica.

BUCH, E. 1986. How well do our clinics function. *Curationis*. 6(1): 33 - 37.

CILLIERS¹, G. 1983. Beroepstudie van verpleegkundiges: Deel 2. *Werksituasie van verpleegkundiges*. Verslag MM-94. Pretoria: Raad vir Geesteswetenskaplike Navorsing.

CILLIERS², G. 1983. Investigation by HSRC. *Curationis*. 6(4): 51 - 54.

- CRISP, N.G. 1991. *Die herstrukturering van primêre gesondheidsorgdienste*. Pietersburg: Departement van Nasionale Gesondheid en Bevolkingsontwikkeling.
- CURRERI, C.A., GILLEY, W.F. & FAULK, L. 1985. Job satisfaction: Hospital based RN's versus home health care RN's. *Nursing Forum*. 22(4): 125 - 134.
- DE BRUYN, P.J. 1991. Tradisionele bestuurder: 'n bedreigde spesie. *Publico*. 11(2): 26.
- Departement van Nasionale Gesondheid en Bevolkingsontwikkeling 1989 *Konsepstrategie vir Primêre Gesondheidsorg in Suid-Afrika*. Pretoria: D.N.G.B.O.
- Departement van Nasionale Gesondheid en Bevolkingsontwikkeling 1991 *Strategie vir Primêre Gesondheidsorg*. Pretoria: D.N.G.B.O.
- DESSLER, G. 1984. *Personnel management: modern concepts and techniques*. Third Edition. Reston Virginia: Reston Publishing.
- DREYER, J.M. 1984. 'n Kritiese beskouing van die rol en fuksie van die gemeenskapsverpleegkundige in groot stedelike plaaslike owerheidsdienste in die Republiek van Suid-Afrika. D.Litt.-tesis. Pretoria: Universiteit van Suid-Afrika.
- DU TOIT, J.M. 1985. *Statistiese metodes*. Hersiene uitgawe. Kaapstad: Kosmos.
- ESTERHUYSE, W. 1991. Die belangrikheid van plaaslike owerheid ooreenkomste. *Finansies en Tegniek*. 8(3): 18.
- EVERTSE, L. 1991. Nursing a Lamp or a Limp? *Nursing RSA Verpleging*. 6(6): 33 - 36.
- FEUER, D. 1989. Quality of worklife: a cure for all ills? *Training*. 26(2): 65 - 66.

FLIPPO, E.B. 1988. *Personnel management.* Sixth Edition. New York: McGraw-Hill Book Co.

FUZARD, B., SLOCUMH, I. & WIGGERS, D.E. 1990. Rural nurses: Surviving the nurse shortage, Part II. *Journal of Nursing administration.* 20(5): 41 - 45.

GELDENHUYSEN, B.P. 1975. *Motivering: 'n Historiese Fundamentele Inleiding.* Pretoria: Academia.

GERBER, P.D., NEL, P.S. & VAN DYK, P.S. 1992. *Mannekragbestuur.* Pretoria: Southern Book Uitgewers.

GREEN, I. 1990. Staak of praat? *Publico.* 10(3): 30 - 32.

GROBLER, I. 1990. Swart aspirasies. *Publico.* 10(3): 13.

HAT Verklarende Handwoordeboek van die Afrikaanse taal, 1991. (Tweede uitgawe) Johannesburg: Perskor.

HELMER, T.M. & MCKNIGHT, F.P. 1988. One more time - Solutions to the nursing shortage. *Journal of Nursing administration.* 18(11): 7 - 15.

HERSEY, P. & BLANCHARD, K.H. 1987. *Management of Organisational Behaviour: Utilising Human Resources.* New Jersey: Prentice-Hall.

HOPKINS, A.H. 1983. *Work and job satisfaction in the public sector.* Tokowa, New Jersey: Rowman and Allanheld.

HUEY, F.L. & HARTLEY, S. 1988. What keep nurses in nursing? *American Journal of Nursing.* 88(2): 181 - 188.

JOHNSON, J., HOLDWICH, C.C. & FREDERICKSEN, S.K. 1989. A Non-traditional approach to wage adjustment. *Nursing Management.* 20(11): 36 - 39.

JOHNSTONE, R. 1976. Nurses and job satisfaction: a review of some research findings. *The Australian Nurse's Journal.* 5(11): 23 - 27.

KASTNER, J.H.C. 1990. Reconciling people and jobs: in search of greater psychological validity for public personnel administration. *SAIPA.* 9(2): 20 - 27.

KIRSTEN, T. 1990. Gesindhede: Die rol van personeel. *Publico*. 10(3): 22-23.

KOONTZ, H., O'DONNELL, C. & WEISHRICH, H. 1987. *Management*. Third Edition. London: McGraw-Hill Book co.

KRAMPITZ S.D. & PAVLOVICH, N. 1981. *Readings for nursing research*. St Louis: C V Mosby Company.

LEE, R. & WILBUR, E.R. 1985. Age, education Job tenure and salary of RN's. *Human Relations*. 38(8): 781 - 791.

LEVEY, S. & LOOMBA, N.P. 1983. *Health care administration*. Second edition. Philadelphia: J.B. Lippincot Co.

LEVITZ, E. 1990. Serving two master. *Publico*. 10(4): 8 - 9.

LI-MING, K. & GEORGE, S.F. 1990. Feedback and Efficiency: A Staff development model. *Nursing Management*. 22(2): 28 - 31.

LOCK, M. 1991. The quality of work life. *Nursing RSA Verpleging*. BF6(4): 15-19.

LONGO, R.A. & URANKER, M.M. 1987. Why nurses stay: a positive approach. *Nursing management*. 18(7): 78 - 79.

MACKERETH, P. 1989. An investigation of the developmental influences on nurse's motivation for their continuing education. *Journal of Advanced Nursing*. 14(19): 776 - 787.

MANAGER, O.R. 1988. Salaried status: a boost to professionalism. *Journal of Nursing Administration*. 4(12): 6 - 7.

MANDELL, B. 1989. Does a better worklife boost productivity. *Personnel*. 66(10): 48 - 52.

MANTHEY¹, M. 1989. Discipline without punishment. Part II. *Nursing Management*. 20(11): 23.

MANTHEY², M. 1989. Discipline without punishment. Part I. *Nursing Management*. 20(10): 19.

MARRINER, A. 1984. *Contemporary Nursing Management. Issues and practice*. St. Louis: C V Mosby Co.

MARRINER-TOMEY, A. 1988. *Guide to Nursing Management*. Third Edition. St Louis: C V Mosby Co.

MARX, F.W. & CHURR, E.C. 1984. *Grondbeginsels van die bedryfsekonomie*. Pretoria: HAUM.

MARX, F.W. 1986. *Die personeel en openbare betrekkinge funksie in die onderneming*. Pretoria: HAUM.

MCFARLAND, G.K., LEONARD, H.S. & MORRIS, M.M. 1984. *Nursing leadership and management: Contemporary strategies*. New York: Wiley Medical Publications.

MEDLEN, L. 1989. Die verpleegkrisis. *Nursing RSA Verpleging*. 4(8): 3.

MEDLEN, L. 1989. Why is nurses pay so low? *Nursing RSA Verpleging*. 4(10): 3.

MILES, C. 1981. For a few dollars more; another look at the shortage of nurses in the U.S.A. *Nursing Mirror*. 152(3): 8.

MOL, A. 1990. *Help! Ek is 'n bestuurder*. Eerste uitgawe. Kaapstad: Tafelberg Uitgewers.

MORANA, C. 1987. Employee satisfaction: a key to patient satisfaction. *Peri-operative Nursing Quarterly*. 33(1): 33 - 37.

MULLER, M. 1991. Stakings deur verpleegpersoneel. *Nursing RSA Verpleging*. 6(10): 37 - 41.

NEATHAWK, R.D., DUBUQUE, S.E. & KRONK, C.A. 1988. Nurses' evaluation of recruitment and retention. *Nursing Mirror*. 19(12): 38 - 43.

NIEHOUSE, O.L. 1986. Job satisfaction: How to motivate nurses. *Supervisory Management*. 31(2): 8 - 11.

POLIT, D.F. & HUNGLER, P.B. 1987. *Nursing research, principles and methods*. Philadelphia: J.B. Lippincott Co.

POOLE, D. 1988. Let's talk about nursing shortage. *Washington Nurse*. 18(1): 3 - 9.

REDAKSIONELE KOMMENTAAR, 1990. *Health and Hygiene*. 1(2): 3.

RINGL, K. & DOTSON, L. 1989. Self-scheduling for professional nurses. *Nursing management*. 20(2): 42 - 44.

ROGERS, B., SWEETING, S. & DAVIS, B. 1989. Employment and salary characteristics of nurse practitioners. *Nurse practitioner*. 14(9): 56 - 63.

SCHLEBUSCH, L. 1982. The attitude of registered nurses at Addington Hospital towards their profession. *Curationis*. 5(3): 12 - 17.

SHAW, W. 1989. Nurses in management: new challenges: new opportunities. *International nursing review*. 36(6): 179 - 184.

SLABBER, C.F. 1989. Openingsrede tydens die instelling van die oorbruggingskursus vir ingeskreve verpleegkundiges in die Clinic Holdings Groep op 5 Mei 1989.

SLABBER, C.F. 1991. *Embargo: 1991*. Toespraak deur Dr C. F. Slabber, Direkteur-Generaal, Departement van Nasionale Gesondheid en Bevolkingsontwikkeling, tydens 'n vergadering van die Verenigde Municipale Bestuur te Uvongo op Vrydag 23 Augustus 1991.

SLABBER, C. F. 1992. Toespraak deur Dr. C. F. Slabber Direkteur-Generaal, Departement van Nasionale Gesondheid en Bevolkingsontwikkeling. Seminaar: Ontwikkelingstreek J, Klerksdorp, 19 Junie 1992.

SMITH, H.L.M., MANGELSDORF, K.L., PILAND, N.F. & GARNER, J.F. 1989. A retrospective on Japanese management in nursing. *Journal of nursing administration*. 19(1): 27 - 34.

Suid-Afrika. 1956. Wet op Arbeidsverhoudinge, No 28, 1956. Pretoria: Staatdrukker.

Suid-Afrika. 1961. Wet op Provinciale Bestuur, No 32, 1961. Pretoria: Staatsdrukker.

Suid-Afrika. 1977. Wet op Gemeenskapsrade, No 125, 1977. Pretoria: Staatsdrukker.

Suid-Afrika. 1977. Wet op Gesondheid, No 63, 1977. Pretoria: Staatsdrukker.

Suid-Afrika. 1978. Wet op Verpleging, No 50, 1978. Pretoria: Staatsdrukker.

Suid-Afrika. 1979. Wet op Landelike Kleurlinggebiede, No 1, 1979. Pretoria: Staatsdrukker.

Suid-Afrika. 1982. Wet op Swart Plaaslike Owerhede, No 102, 1982. Pretoria: Staatsdrukker.

Suid-Afrika. 1984. Wet op die Besoldiging van Stadsklerke, No 115, 1984. Pretoria: Staatsdrukker.

Suid-Afrika. 1984. Wet op Plaaslike Owerheidsinstelling, No 101, 1984. Pretoria: Staatsdrukker.

Suid-Afrika. 1985. Wet op Streekdiensterade, No 109, 1985. Pretoria: Staatsdrukker.

SUID-AFRIKAANSE PANORAMA: *Gesondheid vir almal*. Julie/Augustus 1992. 37(4): 5 - 9.

SUID-AFRIKAANSE VERPLEEGSTERSVERENIGING, 1989. *Verpleeg-kaleidoskoop: RSA 1984 - 1987*. Pretoria: SAVV.

SUID-AFRIKAANSE VERPLEEGSTERSVERENIGING¹ 1991. *Beroepsgesondheid en die veiligheid van verpleegkundiges*. Pretoria: SAVV.

SUID-AFRIKAANSE VERPLEEGSTERSVERENIGING² 1991. *Menslike diensvooraardes vir verpleegpersoneel*. Pretoria: SAVV.

SUID-AFRIKAANSE VERPLEEGSTERSVERENIGING 1990. *Verslag oor die ondersoek na die verpleegberoep 1990*. Pretoria: SAVV.

SUID-AFRIKAANSE VERPLEEGSTERSVERENIGING¹ 1992. *Primère gesondheidsorg*. Pretoria: SAVV.

SUID-AFRIKAANSE VERPLEEGSTERSVERENIGING² 1992. *Gesondheid-dienslewering in die RSA*. Pretoria: SAVV.

TOWNSEND, M.B. 1991. Creating a better work environment: measuring effectiveness. *Journal of nursing administration*. 21(1): 11 - 14.

TREECE, E.W. & TREECE, J.W. 1986. *Elements of Research in Nursing*. St Louis Toronto: C V Mosby Co.

TROSKIE, R. 1989. Koste-effektiewe dienslewering in 'n eerste- en derde wêreldse konteks. *Nursing RSA Verpleging*. 4(1): 35 - 36.

VAN DER LINGEN, B. 1991. Opleiding los dit op! *Publico*. 11(2): 22 - 23.

VAN DER MERWE, J.F.M. 1990. Outonomie van personeeladministrasie in plaaslike owerhede. *SAIPA*. 25(3): 143 - 145.

VAN DER MERWE, M.M. & SMITH, J.E. 1991. Die gemeenskapsverpleegster in die volgende dekades. *Nursing RSA Verpleging*. 6(6): 38 - 41.

VAN DER MERWE, P. 1990. Bekend maak bemind. *Publico*. 11(5): 4 - 5.

VAN HEMERT, S. 1985. Stress: faktore in die werksituasie. *Publico*. 4(5): 4 - 5.

VAN JAARSVELD, S.R., COETZEE, W.N. & FOURIE, J.D. 1986. *Die Suid-Afrikaanse arbeidsreg*. Derde uitgawe. Volume 1, Johannesburg: Lex Patria.

VAN TONDER, S., 1992. The rights of nurses. *Nursing RSA Verpleging*. 7(2): 44 - 47.

VENINGA, R.L. 1982. *The human side of health administration.* Englewood Cliffs: Prentice Hall.

VENTER, A.M. 1983. Waarom verlaat verpleegkundiges die beroep? *Curationis.* 6(1): 33 - 37.

VENTER, E.H. 1991. Address by Dr. E.H. Venter at the Women's National Day seminar in Soweto on 24 August 1991, organised by Network International.

VENTER, E.H. 1992. *Embargo: 'n Nuwe gesondheidsbedeling in die RSA.* Departement van Nasionale Gesondheid en Bevolkingsontwikkeling.

VERMEULEN, M. 1990. *Middelvlakbestuur - Effektiewe kommunikasie.* Pretoria: Departement van Nasionale Gesondheid en Bevolkingsontwikkeling.

WANDELT, M.A., PIERCE, P.M. & WIDDOWSON, R.R. 1981. Why nurses leave nursing and what can be done about it - a landmark study. *American Journal of Nursing Administration.* 81(1): 72 - 77.

BYLAE A

Mev I P Jacobs
Posbus 8061
Die Heuwel
Witbank
1042

Geagte Kollega

Voltooiing van vraelys:

'N PERSPEKTIEF OP DIE GEHALTE VAN DIE WERKSLEWE VAN DIE GEREGISTREERDE VERPLEEGKUNDIGES IN DIENS VAN PLAASLIKE BESTURE

Sal u asseblief so vriendelik wees om aangehegte vraelys vir my te voltooi. Dit word benodig vir my M. A. Cur studies.

Hierdie vraelys bestaan uit ses afdelings. Die vraelys is ontwerp om inligting in te win met betrekking tot:

- u persoonlike, opvoedkundige en professionele agtergrond;
- u mening aangaande die gehalte van u werkslewe;
- u mening ten opsigte van tevredenheid en ontevredenheid wat die geregistreerde verpleegkundige in diens van plaaslike besture met die gehalte van die werkslewe ondervind;
- u mening ten opsigte van die faktore wat die gehalte van u werkslewe beïnvloed.

Spesifieke aanwysings ten opsigte van die beantwoording van die items sal in elke afdeling aangedui word. Indien 'n item nie op u van toepassing is nie of indien u nie in staat is om dit te beantwoord nie, laat dit blanko.

Alle inligting wat u verskaf sal as vertroulik behandel word. Slegs statistiese opsommings sal gebruik word en geen individu sal geïdentifiseer word nie.

Om hierdie studie sinvol te maak, moet u die items noukeurig lees en dit so eerlik moontlik beantwoord. Dit sal waardeer word as u nie response met ander verpleegpersoneel bespreek nie.

Sal u asseblief so vriendelik wees om hierdie vraelys te voltooi en so gou moontlik aan my terug te stuur by bogenoemde adres.

Baie dankie vir u samewerking.



MEV I. P. JACOBS

V R A E L Y S

'N PERSPEKTIEF OP DIE GEHALTE WERKSLEWE VAN DIE GEREGISTREERDE VERPLEEGKUNDIGE IN DIENS VAN PLAASLIKE OWERHEDE IN SUID-TRANSVAAL

AFDELING I: BIOGRAFIESE INLIGATION

Beantwoord die onderstaande vrae deur 'n kruisie in die toepaslike blokkie te maak

PERSOONLIKE DATA

1 Ouderdom: Jare

2 Bevolkingsgroep:

Swart Blank Asiër Kleurling

OPVOEDKUNDIGE INLIGATION

3 Dui aan oor watter registrasies by die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging beskik u:

Algemene verpleging

Verloskunde

Psigiatriese verpleegkunde

Gemeenskapsverpleegkunde

Geriatrise verpleegkunde

Intensiewe verpleegkunde

Verpleegadministrasie

Verpleegonderwys

Ander (spesifiseer): -----

4 Dui u hoogste akademiese kwalifikasie aan

Diploma

BA-graad (of gelykstaande graad)

Honneursgraad

Magister graad

Doktorale graad

5 Studeer u tans? Ja Nee

6 Indien wel, spesifiseer die kursus: -----

PROFESSIONELE INLIGATION

7 Oor hoeveel jaar kliniese ondervinding beskik u by 'n plaaslike owerheid?

Minder as een jaar

1-4 jaar

5-8 jaar

9-12 jaar

Langer

8 Wat was u toetreeerang by hierdie plaaslike owerheid waar u tans werksaam is:

Kliniekverpleegkundige

Gemeenskapsverpleegkundige

Senior gemeenskapsverpleegkundige

Assistent-hoofgemeenskapsverpleegkundige

Hoof-gemeenskapsverpleegkundige

Ander (spesifiseer): _____

9 Watter rang beklee u tans?

Kliniekverpleegkundige

Gemeenskapsverpleegkundige

Senior gemeenskapsverpleegkundige

Assistent-hoofgemeenskapsverpleegkundige

Hoof-gemeenskapsverpleegkundige

Ander (spesifiseer): _____

AFDELING 2: AARD VAN DIE PLAASLIKE BESTURE

10 Dui gradering van die Plaaslike Owerheid in wie se diens u is aan:

Graad 1 Graad 2 Graad 3 Graad 4 Graad 5

Graad 6 Graad 7 Graad 8 Graad 9 Graad 10

Graad 11 Graad 12 Graad 13 Graad 14 Graad 15

11 Is die Plaaslike Besture in wie se diens u is:

Swart Asiër Blank Kleurling

AFDELING 3: DIE GEHALTE VAN DIE WERKSLEWE

VERGOEDING EN BYVOORDELE

12 Wat is u salaris *per maand* voor aftrekkings R _____

13 Hoeveel vakansieverlof ontvang u per jaar?

Werksdae Kalenderdae

14 Ontvang u die volgende byvoordele? (Maak 'n kruisie in die mees toepaslike spasie.)

	Ja, ek ontvang dit	Beskikbaar maar ek benut dit nie	Beskikbaar maar ek kwalifiseer nie daarvoor nie	Dit is nie beskikbaar nie
Verlofbonus (13de tjek)				
Uniformtoelaag				
Skoentoelaag				
Motorvoertuigskema				
Brandstoftoelaag				
Behuisingsubsidie				
Mediese fonds				
Pensioenskema				
Creche of dagversorging vir kinders				
Huisvesting				
Vervoer na werk				
Amptelike vervoer vir amptelike pligte (bv. vir doen van huisbesoeke)				
Vervoertoelaag				
Studieverlof				
Studiebeurs				

FISIESE WERKSOMGEWING

15 In watter tipe omgewing verrig u die grootste gedeelte van u dagtaak?

In die kliniekgebou

In 'n mobiele kliniek (voertuig)

In satelietpunte, byvoorbeeld winkels, industrieë, ens.

In privaatwonings (hoofsaaklik huisbesoeke)

Ander (spesifiseer): _____

16 Hoe dikwels word u fisiese veiligheid bedreig?

Nooit Daaglik Weeklik Maandeliks

Ander (spesifiseer): _____ per maand)

17 Hoe dikwels word u geïntimideer om van die werk af weg te bly?

Nooit Daaglik Weeklik Maandeliks

Ander (spesifiseer): _____ per maand)

18 Is die maatreëls wat deur die plaaslike owerheid getref is om u veiligheid te verseker na u mening:

Voldoende Onvoldoende

19 Aan watter bevolkingsgroep/e lewer u diens?

Blankes Swartes Kleurlinge Asiërs

Ander bevolkingsgroep

20 Is die gemeenskap waarin u werk hoofsaaklik in 'n

JA	NEE

- hoë-inkomstegroep
- middelinkomstegroep
- lae-inkomstegroep
- plakkergemeenskap

21 Gee asseblief u mening aangaande die besikbaarhied van die volgende in u werksituasie. Maak 'n kruisje in die toepaslike spasie:

	Nooit besikbaar nie	Onvoldoende	Redelik besikbaar	Heeltmal voldoende	Te veel
- Toerusting (bv. babaskaal, instrumente, instrumente, sterilisators, ens.)					
- Aptekersbenodigdhede (bv. spuite, naalde, handskoene)					
- Voorrade(bv.rolhanddoeke,skoonmaakmiddels)					
- Skryfbehoeftes					
- Meubelment					
- Medisyne					
- Vervoer					

PSIGIESE WERKSOMGEWING

Die ondergenoemde stellings het betrekking op beleid. Gee u mening deur 'n kruisie in die toepaslike blokkie te maak.

In watter mate geld dit in u huidige posisie?				In watter mate dink u behoort dit te geld?			
Glad nie	Onvoldoende	Redelik	Aansienlik	Voldoende	Glad nie	Onvoldoende	Redelik

- 22 Beleid vir die uitvoering van my werk is duidelik

KWALITEITVERSEKERING

- 23 Die volgende items verwys na u skakeling met die Departement van Nasionale Gesondheid en Bevolkingsontwikkeling. Dui aan tot watter mate u met elk van die volgende menings saamstem:

Skakeling met die Departement is ondersteunend	Stem glad nie saam nie	Stem nie saam nie	Onseker	Stem saam	Stem baie beslis saam
Departementele verpleegpersoneel is vir my 'n belangrike kennisbron					
Evaluering van die gehalte van my diens deur die Departement is vir my 'n positiewe leerervaring					

BESLUITNEMING

- 24 Die items hieronder verwys na besluitneming in u werksituasie. Gee u mening deur 'n kruisie in die toepaslike blokkie te maak:

In watter mate geld dit in u huidige posisie?				In watter mate dink u behoort dit te geld?			
Glad nie	Minimaal	Redelik	Aansienlik	In 'n groot mate	Glad nie	Minimaal	Redelik
- Ek word toegelaat om besluite aangaande my werk op my eie te neem							
- Ek word betrek wanneer besluite aangaande die diens geneem word							

INSIG IN U ROL EN FUNKSIES

	JA	NEE
25 Is daar 'n geskrewe posomskrywing vir u?		
26 Verstaan u presies wat u posomskrywing behels?		
27 Weet u wat u diens se doelstellings is?		
28 Verstaan u watter bydrae u tot die bereiking van u diens se doelstellings lewer?		

TOESIGHOUING

- 29 Hier volg 'n aantal stellings. Maak 'n kruisie in die toepaslike blokkie soos dit op u situasie van toepassing is

My direkte toesighouer in die Plaaslike Owerheid is:

'n mediese gesondheidsbeampte

'n geregistreerde verpleegkundige

'n gesondheidsinspekteur

ander (spesificeer): -----

- 30 Wie sou u verkies as u toesighouer:

'n Mediese gesondheidsbeampte

'n Gesondheidsinspekteur as hoof van die gesondheidsdepartement

'n Administratiewe beampte as hoof van die gesondheidsdepartement

'n Geregistreerde verpleegkundige in beheer van kliniekdienste
(per soonlike gesondheidsdienste)

Ander (spesificeer): -----

Motiveer u keuse: -----

Dui by wyse van 'n kruisie aan watter respons op u werksituasie van toepassing is in items 31-34:

	Nooit	Somtyds	Geregeld
31 In watter mate help u toesighouer u om werksprobleme op te los			
32 In hoe 'n mate help u toesighouer u om u vaardighede in verpleging te ontwikkel			
33 Hoe dikwels kontroleer u toesighouer die gehalte van u werk			
34 Hoe dikwels bespreek u toesighouer u werkprestasie met u			

BENUTTING

Dui aan tot watter mate die volgende stellings op u werksituasie van toepassing is.
Maak 'n kruisie in die toepaslike spasie:

	Nooit	Selde	Dikwels	Altyd
35 My daaglikse aktiwiteite hou verband met my rol as gemeenskapverpleegkundige				
36 My werk bied uitdagings				
37 My vermoëns word benut in my werk				
38 My werk is vervelig				
39 My werk is psigies vermoeiend				
40 My werk is fisies vermoeiend				
STATUS				
41 Ek glo dat die owerheid vir wie ek werk my as 'n onafhanklike professionele praktisyen beskou				
42 Ek glo die gemeenskap respekteer my as 'n professionele praktisyen				
43 Ek glo dat die geneeshere in die gemeenskap waar ek werk, my bydrae tot die welsyn van die gemeenskap respekteer				

ERKENNING VAN PRESTASIES

44 Het die plaaslike owerheid waar u werk 'n personelevalueringstelsel ('n stelsel waarvolgens personeel se werksprestasie beoordeel word)?

JA	NEE
----	-----

45 Verstaan u die plaaslike owerheid se personelevalueringstelsel?

JA	NEE	NVT
----	-----	-----

Dui aan tot watter mate die volgende stellings op u werksituasie van toepassing is.
Maak 'n kruisie in die toepaslike spasie:

	Nooit	Onseker	Ongereeld	Gereeld
46 Word u aangaande die resultate van u beoordeling ingelig				
47 Word personeel finansieel vir goeie werksprestasie vergoed				
48 Word personeel na 'n hoër pos vir goeie werksprestasie bevorder				

GELEENTHEDE VIR PROFESSIONELE GROEI

Hierdie afdeling handel oor u loopbaanontwikkeling. Dui aan hoe belangrik u die volgende aspekte beskou en toon aan tot watter mate die plaaslike owerheid waar u tans werk hierdie geleenthede vir u bied. Dui response by wyse van kruisies in Kolom A en Kolom B aan

	Kolom A			Kolom B			
	Belangrikheid			Geleenthede in hierdie plaaslike owerheid			
	Van geen belang nie	Redelik belangrik	Baie belangrik	Geen	Swak	Redelik	Toereikend
49 Oriëntering by diensaanvaarding							
50 Gereelde indiensopleiding							
51 Geleenthede vir verdere studie							
52 Bevorderingsmoontlikhede							

SOSIALE ASPEKTE IN DIE WERKSLEWE

Die volgende items handel oor verhoudings en kommunikasie in u werkslewe. Gee u mening deur 'n kruisie in die toepaslike blokkie te maak

Swak	Redelik	Bevredigend	Baie goed	Uitstekend

Kommunikasie

53 Kommunikasie tussen my en my toesighouer				
54 Informele kommunikasie met kollegas				
Spanwerk/Verhoudings binne Plaaslike owerhede				
55 Die wyse waarop die gesondheidsdepartement georganiseer is, bevorder spanwerk				
56 My afdeling werk as 'n span saam				
57 My kollegas is bereid om hulp te verleen waar nodig				

Dui u evaluering van item 58 met 'n kruisie in die toepaslike blokkie

Glad nie	Nie baie nie	Onseker	Taamlik baie	Besonder baie

58 Die geneeshere na wie ek kliënte verwys is hulpvaardig				

Verhouding met die toesighouer

Gee u mening aangaande u verhouding met u toesighouer deur 'n kruisie in die toepaslike blokkie te maak

	Geensins	Redelik	Baie
59 Ek vertrou my toesighouer			
60 Ek respekteer my toesighouer as mens			
61 Ek respekteer my toesighouer se bestuursvaardighede			
62 Ek respekteer my toesighouer se kundigheid in primêre gesondheidsorg			
63 My toesighouer stel belang in my werk			
64 My toesighouer is beskikbaar wanneer nodig			
65 My toesighouer prys my as ek 'n taak goed verrig het			
66 My toesighouer pas regverdige dissipline toe			

REGTE VAN DIE WERKNEMER

Hierdie afdeling handel oor u regte as werknemer. Gee u mening deur 'n kruisie in die toepaslike blokkie te maak

	Nee	Soms	Gereeld
67 Ek het die reg op vryheid van spraak			
68 My reg op privaatheid word gerespekteer			
69 Ek verstaan die grieweprosedure			
70 Ek voel vry om die grieweprosedure te benut wanneer nodig			

VERHOUDING MET PERSONEELVERENIGING

71 Is u lid van 'n vakbond JA NEE

72 Indien ja, noem die belangrikste rede waarom u by 'n vakbond aangesluit het:

73 Hou u lidmaatskap van die SAVV vir u enige voordele in? JA NEE

DIENSURE

Beantwoord die volgende items aangaande u diensure:

	Nee	Ja
74 Werk u gereelde diensure		
75 Werk u oortyd		
76 Word u finansieel vergoed vir u oortyd		
77 Word oortyd later afgegee		
78 Moet u oor naweke werk		

AFDELING 4: 'N LOOPBAAN IN 'N PLAASLIKE BESTUUR

- 79 Het die volgende faktore u beïnvloed om u pos in 'n plaaslike owerheid te aanvaar.
(Maak 'n kruisie in die toepaslike blokkie.)

	Glad nie	Baie min	Tot 'n groot mate
Belangstelling in primêre gesondheidsorg			
Beter salaris			
Beter byvoordele			
Beter diensure			
Beter bevorderingsmoontlikhede			
Geen ander pos beskikbaar nie			
Positiewe terugvoering van verpleegkundiges in diens van plaaslike owerhede			

AFDELING 5: WERKSTEVREDENHEID

Hierdie afdeling handel oor u tevredenheid met faktore in u werkslewe. Gee u mening deur 'n kruisie in die toepaslike blokkie te maak.

	Baie ontevreden	Ontevreden	Onseker	Tevreden	Baie tevreden
80 Salaris					
81 Byvoordele					
82 Fisiese werksomgewing					
83 Maatreëls om u veiligheid te verseker					
84 Die beskikbaarheid van meubelment					
85 Die beskikbaarheid van toerusting					
86 Die beskikbaarheid van medisyne en voorraad					
87 Personeelgeriewe, soos bv. ruskamers					
88 Die geleenthede wat u gebied word om deel te neem in besluitneming rakende u diens					
89 Die wyse waarop nuwe beleid in die gesondheidsdiens van u plaaslike owerheid gemaak word					
90 Die take wat aan u toegewys is					
91 Die wyse waarop u posomskrywing aan u bekend gestel is					
92 U toesighouer se verhouding met u					
93 Die mate waartoe u werk u geleentheid bied om u inisiatief te gebruik					
94 Die mate waartoe u geleentheid kry om u werkprogram na goeddunke te reël					
95 Die respek wat u van u werkgewer ontvang					
96 Die respek wat u van die gemeenskap ontvang					
97 Die vertroue wat geneeshere in u stel					
98 Die erkenning wat u vir goeie prestasie ontvang					
99 Bevorderingsmoontlikhede in die plaaslike owerheid					
100 Oriënteringsprogram vir nuwe personeel					
101 Indiensopleidingsgeleenthede					

Baie ontevrede	Ontevrede	Onseker	Tevrede	Baie tevrede

102 Formele studiegeleenthede

103 Die wyse waarop u dienslewering geëvalueer word

104 Verhouding met u kollegas

105 Die funksionering van die grieweprosedure in u plaaslike owerheid

106 Diensure

107 Oortydvergoeding

108 Watter aspekte in u gehalte werkslewe wat nie hierbo genoem is nie, is u tans besonder tevrede mee. Spesifiseer kortlik:

109 Watter aspekte in u werkslewe wat nie genoem is nie, is u tans besonder ontevrede mee. Spesifiseer kortlik:

110 Is u in beheer van die persoonlike gesondheidsdien^s van die plaaslike bestuur waar u werk

JA	NEE
----	-----

Baie dankie vir u samewerking

P O Box 8061
Die Heuwel
WITBANK
1042

Dear Colleague

Completion of questionnaire:

**A PERSPECTIVE ON THE WORKLIFE OF REGISTERED NURSES
WORKING IN LOCAL AUTHORITIES**

Will you please complete the attached questionnaire. It forms part of my M Curr study.

The questionnaire consists of six sections. The questionnaire is developed to obtain information regarding:

- your personal, educational and professional background;
- your opinion regarding the quality of your worklife — that is, your salary, fringe benefits and working conditions;
- your opinion regarding the satisfaction and dissatisfaction of registered nurses working in Local Authorities, with their worklife;
- your opinion regarding the factors that influence the quality of your worklife.

Instructions for the completion of each section is given. If an item is not applicable to you or you are unable to answer, leave it blank.

All information will be handled as confidential. No individual will be identified. Only statistical summaries will be used.

To make this study meaningful it is necessary that you read questions carefully to answer them as correctly and honestly as possible. It would be appreciated if you do not discuss your answers with other nursing personnel.

Will you please send the completed questionnaire back to above mentioned address as soon as possible.

Thank you for your co-operation.

I P Jacobs

MRS I P JACOBS

QUESTIONNAIRE

A PERSPECTIVE ON THE WORKLIFE OF REGISTERED NURSES WORKING IN LOCAL AUTHORITIES

SECTION I: BIOGRAFIC DATA

Answer the following questions by making a cross in the blank space next to your choice

PERSONAL DATA

1 Age: Years

2 Race:

Black White Asian Coloured

EDUCATIONAL DATA

3 Indicate your professional qualifications:

General nursing

Midwifery

Psychiatric nursing

Community health nursing

Geriatric nursing

Intensive care

Nursing administration

Nursing education

Other (specify): _____

4 Indicate your highest academic qualification:

Diploma

B.A. degree

Honours degree

M.A. degree

Doctor's degree

5 Are you presently busy with formal studies? Yes No

6 If your answer is yes, specify which course: _____

PROFESSIONAL DATA

7 How many years of clinical experience do you have in a Local Authority?

Less than one year

1-4 years

5-8 years

9-12 years

Longer

8 What was your rank when you joined the service of the Local Authority where you are presently working:

Clinic sister

Community health nurse

Senior community health nurse

Assistant chief community health nurse

Chief community health nurse

Other (specify): _____

9 What is your present rank?

Clinic sister

Community health nurse

Senior community health nurse

Assistant chief community health nurse

Chief community health nurse

Other (specify): _____

SECTION 2: GRADE OF THE LOCAL AUTHORITY

10 Indicate the grade of the Local Authority where you work:

Grade 1 Grade 2 Grade 3 Grade 4 Grade 5

Grade 6 Grade 7 Grade 8 Grade 9 Grade 10

Grade 11 Grade 12 Grade 13 Grade 14 Grade 15

11 Is the Local Authority where you work a:

Black Asian White Coloured

SECTION 3: THE QUALITY OF THE WORKLIFE

SALARY AND FRINGE BENEFITS

12 What is your *monthly* salary before deductions

13 How many days leave do you get annually?

Working days or calendar days

14 Do you receive the following fringe benefits. Indicate your response by making a cross in the relevant space

	Yes, I do receive it	It is available but I dont make use of it	It is available but I dont qualify for it.	It is not available
Bonus (13th cheque)				
Uniform allowance				
Shoe allowance				
Motor scheme				
Fuel allowance				
Housing subsidy				
Medical scheme				
Pension scheme				
Creche or day care for children				
Housing subsidy				
Transport to work				
Official transport for official tasks (e.g. home visits)				
Travelling allowance				
Study leave				
Study bursary				

PHYSICAL WORKING ENVIRONMENT

15 In which type of environment do you spend most of your working day?

A clinic building

A mobile unit

Satelite points (shops, industries, etc.)

Private homes

Other (specify): _____

16 How often is your physical safety in jeopardy at work?

Never Daily Weekly Monthly

Other (specify): _____ per month)

17 How often are you intimidated to stay away from work?

Never Daily Weekly Monthly

Other (specify): _____ per month)

18 Are the measures which the Local Authority has taken to ensure your safety, in your opinion:

Satisfactory Unsatisfactory

19 Which races do you serve?

White Black Coloured Asian

Other

20 Is the community where you work a

YES	NO

- high income group
- middle income group
- low income group
- squatter community

21 Give your opinion regarding the availability of the following in your work situation
Make a cross in the appropriate space:

	Never available	Insufficient	Fairly available	Absolutely sufficient	Too much
- Equipment (eg. baby scales, instruments)					
- Pharmaceuticals (eg. syringes, needles, gloves)					
- Supplies (eg. cleaning material, paper towels)					
- Stationary					
- Furniture					
- Medicine					
- Transport					

PHYSICAL WORKING ENVIRONMENT

The following statement is applicable to policy. Give your opinion by making a cross in the appropriate space

To which extent does it apply in your present situation				To which extent do you think it should be applicable			
Not at all	Unsatisfactory	Fairly	Significant	Not at all	Unsatisfactory	Fairly	Significant

- 22 Policy for the execution of my job is clear

QUALITY ASSURANCE

- 23 The following statements are applicable to your liaison with the Department of National Health and Population Development. Indicate to what extent do you agree with the following statements:

Liaison with the Department is supportive	Do not agree at all	Do not agree	Unsure	Agree	Agree strongly
Departmental nursing personnel is an important source of knowledge to me					
Evaluation by the Department of the quality of my service is a positive learning experience					

DECISION MAKING

- 24 The following items refer to decisionmaking in your work situation. Give your opinion by making a cross in the space of your choice

To which extent does it apply to your present situation				To which extent do you think it should apply			
Not at all	Minimal	Fairly	Considerable	To a great extent	Not at all	Minimal	Fairly
- I am allowed to take decisions regarding my job on my own							
- I am involved when decisions about the service are taken							

INSIGHT IN ROLE AND FUNCTIONS

	YES	NO
25 Do you have a written job description?		
26 Do you understand your job description?		
27 Do you know what the aims of your service are?		
28 Do you know what contribution you make in reaching those aims		

SUPERVISION

- 29 Below are a few statements about supervision. Mark the statement which is applicable to your situation by making a cross in the relevant space

My direct supervisor in the Local Authority is:

a medical practitioner

a registered nurse

a health inspector

other (specify): _____

- 30 Who would you prefer as a supervisor:

A medical practitioner

A health inspector as head of the health department

An administrative officer as head of the health department

A registered nurse in charge of personal health services

Other (specify): _____

Motivate your choice: _____

To what extent are items 31-34 stated below, applicable to your work situation:

	Never	Sometimes	Regularly
31 To what extent does your supervisor help you with the solving of problems concerning your work			
32 To what extent does your supervisor help you to develop your expertise in nursing			
33 How often does your supervisor evaluate the quality of your work			
34 How often does your supervisor discuss your work performance with you			

UTILISATION

Indicate to what extent the following statements are applicable to your work life:

	Never	Seldom	Sometimes	Always
35 My daily activities are related to my role as community health nurse				
36 My job is challenging				
37 My abilities are being utilised in my job				
38 My job is boring				
39 My job is phycologically tiresome				
40 My job is physically tiresome				
STATUS				
41 I believe that I am considered as an independent practitioner by the authority where I work				
42 I believe that the community respect me as a professional practitioner				
43 I believe that the doctors in the community where I work respect my contribution to the welfare of the community				

RECOGNITION OF ACHIEVEMENTS

44 Does the Local Authority where your work have a formal personnel evaluation system

YES	NO
-----	----

45 Do you understand your Local Authority's personnel evaluation system?

YES	NO	N.A.
-----	----	------

Indicate to which extent the following statements apply to your work life:

	Unsure	Never	Irregular	Regular
46 Are you informed about the results of your evaluation				
47 Do personnel receive financial recognition for good achievement				
48 Are personnel promoted as recognition for good achievement				

OPPORTUNITIES FOR PROFESSIONAL GROWTH

This section concerns your career development. Indicate your interpretation of the importance of the following aspects in Column A. Indicate in Column B to what extent the Local Authority offers you opportunities for career development

	Column A			Column B		
	Importance			Opportunities in this Local Authority		
	Of no importance	Fairly important	Very important	No opportunities	insufficient	Fair
49 Orientation on commencement of duty						
50 In service education						
51 Opportunities for formal study						
52 Opportunities for promotion						

SOCIAL ASPECTS

The following items concern relationships and communication in your worklife. Give your opinion by making a cross in the relevant space

	Poor	Fair	Satisfactory	Very good	Excellent
53 Communication between me and my supervisor is					
54 Informal communication between me and my colleagues is					
Teamwork/Relationships					
55 The way in which the health department of the Local Authority is organised promotes teamwork					
56 My department work together as a team					
57 My colleagues are willing to help where necessary					

Indicate your opinion regarding the following statement

	Not at all	Not very much	Unsure	Fairly	Very much
58 The medical practitioners to whom I refer clients are helpful					

Relationship with supervisor

Give your opinion regarding your relationship with your supervisor by making a cross in the relevant space

	Not at all	Reasonable	Much
59 I trust my supervisor			
60 I respect my supervisor			
61 I respect my supervisor's administrative abilities			
62 I respect my supervisor's expertise in primary health care			
63 My supervisor is interested in my job			
64 My supervisor is available when needed			
65 My supervisor praises me when I have done well			
66 My supervisor implements just discipline			

RIGHTS OF THE EMPLOYEE

This section concerns your rights as an employee. Give your opinion by making a cross in the relevant space

	Never	Sometimes	Always
67 I have the right of freedom of speech			
68 My right to privacy is respected			
69 I understand the grievance procedure			
70 I feel free to use the grievance procedure when necessary			

RELATIONSHIP WITH PERSONNEL ASSOCIATION

71 Are you a member of a labour union? YES NO

72 If yes, state the most important reason why you have joined a labour union:

73 Do you think your membership of the SANA is of any benefit to you YES NO

HOURS OF DUTY

Please answer the following questions regarding your hours of duty:

	Yes	No
74 Do you work regular hours		
75 Do you work overtime		
76 Do you get paid for overtime		
77 Do you get time off for overtime worked		
78 Do you have to work over weekends		

SECTION 4: A CAREER IN LOCAL AUTHORITIES

79 Did the following factors influence your decision to accept a job in a local authority.
 (Make a cross in the relevant space.)

	Not at all	Very little	To a great extent
Interest in primary health care			
Better salary			
Better fringe benefits			
Better hours of duty			
Better opportunities for promotion			
No other jobs available			
Positive feedback from registered nurses working in Local Authorities			

SECTION 5: JOB SATISFACTION

This section deals with your satisfaction with factors in your worklife. Indicate your opinion by making a cross in the relevant space.

	Very unsatisfied	Unsatisfied	Unsure	Satisfied	Very satisfied
80 Salary					
81 Fringe benefits					
82 Physical working environment					
83 Measures to ensure your safety					
84 Availability of furniture					
85 Availability of equipment					
86 Availability of medicine and supplies					
87 Personnel facilities (e.g. rest rooms)					
88 Opportunities to participate in decisionmaking regarding your service					
89 The way in which new policy are made in the health service in your Local Authority					
90 Your delegated tasks					
91 The way in which your job description was made known to you					
92 The relationship between you and your supervisor					
93 Opportunities to use your own initiative					
94 Opportunities to organise your own work schedule					
95 The respect you receive from your employer					
96 The respect that you receive from the community					
97 The trust doctors have in you					
98 Recognition you receive for achievement					
99 Opportunities for promotion in the Local Authority					
100 The orientation programme for new personnel					
101 In service education programme					

	Very unsatisfied	Unsatisfied	Unsure	Satisfied	Very satisfied
102 Opportunities for formal study					
103 The way in which your service is evaluated					
104 Your relationship with your colleagues					
105 The functioning of the grievance procedure in the Local Authority					
106 Hours of duty					
107 Compensation for overtime					

108 With what factors in your work life, other than those mentioned above, are you very satisfied. Specify shortly:

109 With what factors in your work like, other than those mentioned above, are you very dissatisfied. Specify shortly:

110 Are you in charge of the personnel health service of the local authority where you are working YES NO

Thank you for your co-operation.

DEPARTEMENT VAN NASIONALE GESONDHEID EN BEVOLKINGSONTWIKKELING
DEPARTMENT OF NATIONAL HEALTH AND POPULATION DEVELOPMENT

GW 1/84



Birchleighgebou/House

De Villiersstr. 15 De Villiers St.

Posbus 8623

JOHANNESBURG

2000

Telegramadres:

Telegraphic address:

Teleks:

Telex:

Faks: 838-1926

Fax: 836-2232

Telefoon:

Telephone:

BYLAE B

HEALTH

Mev. I.P. Jacobs

Departement van Nasionale Gesondheid

en Bevolkingsontwikkeling

Privaatsak X 7213

WITBANK

1035

Navrae/Inquiries: G.M. SCHNETLER

Verwysing/Reference: P20072334

30.9.1991

NAVORSING: 'N PERSPEKTIEF OP DIE WERKSLEWE VAN DIE GEREGSTREERDE VERPLEEGKUNDIGE IN DIENS VAN PLAASLIKE BESTURE: 1 JANUARIE 1991 TOT 31 DESEMBER 1991.

Goedkeuring is deur hoofkantoor verleen, dat u Departementele rekords kan gebruik vir bogemelde navorsing.

en Silve

1 wnd STREEKDIREKTEUR
DEPARTEMENT VAN NASIONALE GESONDHEID
EN BEVOLKINGSONTWIKKELING
SUID-TRANSVAAL
GMS/edp

Mev I P Jacobs
Posbus 8061
Die Heuwel
Witbank
1042

Tel (0135) 907164 (H)
(0135) 61576 (W)

1 September 1991

Die Streekdirekteur
Departement van Nasionale Gesondheid
en Bevolkingsontwikkeling
Posbus 8623
Johannesburg
2000

Meneer

**'N PERSPEKTIEF OP DIE WERKSLEWE VAN GEREGSTREERDE
VERPLEEGKUNDIGES IN DIENS VAN PLAASLIKE BESTURE**

Bogenoemde navorsing word gedoen as deel van my studie vir die graad M. A. Cur aan die Universiteit van Suid-Afrika.

Goedkeuring word hiermee gevra vir die gebruik van Departementele rekords vir bovermelde studie.

Die uwe



MEV I P JACOBS

Mev I P Jacobs
Posbus 8061
Die Heuwel
Witbank
1042

Tel (0135) 907164 (H)
(0135) 61576 (W)

22 Oktober 1991

Die Stadsklerk

Meneer

'N PERSPEKTIEF OP DIE WERKSLEWE VAN GEREGISTREERDE VERPLEEGKUNDIGES IN DIENS VAN PLAASLIKE BESTURE

Bogenoemde navorsing word gedoen as deel van my studie vir die graad M. A. Cur aan die Universiteit van Suid-Afrika.

Goedkeuring word hiermee gevra om die geregistreerde verpleegkundiges in u diens by die ondersoek te betrek. Die respondenten en hul werkgewers bly deurgaans anoniem. Die waarborg word gegee dat die identiteit van 'n respondent of sy/haar werkewer op geen wyse bekend gemaak sal word nie. Indien u toestemming verleen sal dit waardeer word as 'n naamlys van die geregistreerde verpleegkundiges in u diens aan my voorsien kan word.

U samewerking is onontbeerlik in die suksesvolle voltooiing van die navorsing.
Baie dankie by voorbaat.

Die uwe


MEV I P JACOBS

Mrs I P Jacobs
P O Box 8061
Die Heuwel
Witbank
1042

Tel (0135) 907164 (H)
(0135) 61576 (W)

2 Oktober 1991

The Townclerk

Sir

A PERSPECTIVE ON THE WORKLIFE OF REGISTERED NURSES IN THE SERVICE OF LOCAL AUTHORITIES

I am doing a survey on the above mentioned subject as part of my study for a M. A. Cur degree at the University of South Africa. Your approval is hereby requested to use some of your nurses as respondents in the study. The selected respondents will be asked to complete a questionnaire only. The anonymity of respondents and their employers is guaranteed. Questionnaires are not marked and nurses will not fill their names or the name of their local authority in on the questionnaire. If your approval is granted, you are kindly requested to provide me with a list of the names of the nurses in your service to enable me to do a random selection.

Your co-operation is essential for the success of the study and it is hoped that this application will be considered favourably.

Yours sincerely



MRS I P JACOBS