



UNIVERSITY  
OF  
JOHANNESBURG

## COPYRIGHT AND CITATION CONSIDERATIONS FOR THIS THESIS/ DISSERTATION



- Attribution — You must give appropriate credit, provide a link to the license, and indicate if changes were made. You may do so in any reasonable manner, but not in any way that suggests the licensor endorses you or your use.
- NonCommercial — You may not use the material for commercial purposes.
- ShareAlike — If you remix, transform, or build upon the material, you must distribute your contributions under the same license as the original.


### How to cite this thesis

Surname, Initial(s). (2012) Title of the thesis or dissertation. PhD. (Chemistry)/ M.Sc. (Physics)/ M.A. (Philosophy)/M.Com. (Finance) etc. [Unpublished]: [University of Johannesburg](https://ujdigispace.uj.ac.za). Retrieved from: <https://ujdigispace.uj.ac.za> (Accessed: Date).

**DIE ONTWIKKELING VAN 'N  
ASSESSERINGSPROGRAM  
VIR GENEESKUNDIGE  
MAATSKAPLIKE WERKERS**

deur

**ANNA-MARIE BEYTELL**

 UNIVERSITY  
JOHANNESBURG  
**SKRIPSIE VOORGELÊ TER VERVULLING  
VAN DIE VEREISTES VIR DIE GRAAD  
MAGISTER IN DIE SOSIALE WETENSAPPE  
IN  
MAATSKAPLIKE WERK  
IN DIE  
FAKULTEIT LETTERE EN WYSBEGEERTE  
AAN DIE  
RANDSE AFRIKAANSE UNIVERSITEIT**

**Studeleler: Dr. J.B.S. Nel**

**Mei 1994**

Jy is alleen  
alleen in jou eensaamheid  
jy roep na die winter  
jy roep na die reën  
jy roep na die wind  
jy roep na die uile  
jy roep na die vreugde  
jy roep na die son  
jy roep na die lewe.  
Na mense  
na suiwerheid  
na God.

Die mens is alleen  
alleen in sy eensaamheid  
ek en jy huil  
ek en jy roep  
ek en jy skree  
ek en jy bid  
ek en jy breek  
ek en jy bewe  
ek en jy verlang  
na mense  
na suiwerheid  
na God

Antjie Krog

Opedra aan almal wat roep en verlang  
na mense  
na suiwerheid  
na God.

## DANKBETUIGINGS

Graag wil ek my opregte dank en waardering aan die volgende individue uitspreek:

- \* Dr J.B.S. Nel vir die ondersteuning en leiding wat ek van haar ontvang het.
- \* Prof. A. Wiid en Martie Bester van die Statistiese Konsultasiediens aan die RAU vir die puik wyse waarop hulle die statistiese verwerkings hanteer het, asook vir die geduld en leiding.
- \* Mej. L. Venter van die RAU Biblioteek, vir haar hulp en bekwame leiding.
- \* My ma wat, alhoewel sy geografies ver is, tog ook naby is deur haar ondersteuning, liefde en kennis wat sy altyd aan my verskaf het.
- \* Cheryl Warren, my beste vriendin deur dik en dun, vir haar ondersteuning, maar ook vir haar kennis, tyd, geduld en hulp met die vertaling van die program in Engels.
- \* Martha Joubert vir die tik van die program en studie en daarmee gepaardgaande vir haar geduld, entoesiasme en kreatiwiteit.
- \* Die Joubert-gesin vir hulle hartlikheid en ondersteuning wat 'n groot indruk op my gemaak het.
- \* Hanni du Plessis vir haar vriendskap, ondersteuning, baie geduld en tyd, waarop ek tydens my studies, as fasiliteerder van die kursus, redigeerder van die studie, asook daagliks kan staatmaak.
- \* Liana Esterhuizen vir haar ondersteuning, redigering van die studie en insette met die beplanning van die kursus.
- \* Die maatskaplike werkers van die J.G. Strijdom hospitaal vir hulle ondersteuning en hulp tydens die aanbieding van die kursus en tydens my studies.
- \* Amelia McGina, administratiewe personeellid van die Maatskaplikewerk-departement van J.G. Strijdom hospitaal vir die hulp tydens die aanbieding van die kursus.
- \* Bestuur van die J.G. Strijdom hospitaal vir die goedkeuring van die projek.
- \* Jo Burger, bibliotekaresse van die mediese biblioteek van J.G. Strijdom hospitaal vir haar hulp en ondersteuning.
- \* Die Transvaal Provinsiale Administrasie Tak: Gesondheidsdienste, vir die goedkeuring om die projek uit te voer.



- \* Mev. G.A. Ritter: Adjunk Direkteur, en Mev. M. van Wyk: Assistent Direkteur van die T.P.A. Sub-Direktoraat: Maatskaplike Dienste vir hulle ondersteuning en positiewe insette wat hulle tydens die studie, maar ook in vorming van my beroepspersoonlikheid aan my verskaf het.
- \* Maatskaplike werkers en hoof maatskaplike werkers wat met soveel entoesiasme aan die kursus deelgeneem het.
- \* Die Drie-enige God vir die wete: "EK IS TOT ALLES IN STAAT DEUR HOM WAT MY KRAG GEE." Fil. 4:13.



## **ABSTRACT**

### **1. Introduction**

Accountability and competence are two important attributes needed by medical social workers in the changing social, political, economic and organizational situation in South Africa. In order to be accountable and competent, medical social workers must be in possession of scientific knowledge, skills and the correct attitude regarding assessment, intervention and evaluation.

The change in emphasis from long-term to short-term hospitalization and the importance of primary health care, means that within the limitations of the present organization structure, assessment is often the most important and sometimes the only, aspect in the helping process.

The knowledge and skills of the medical social workers need to be extended; this study therefore focuses on effective assessment that will equip the medical social worker to render an effective service through linking resources within the patient, hospital and within the community.

### **2. Aim of the study**

The aim of this study is the development of a training programme for medical social workers to extend their knowledge and skills in assessment.

### **3. The research model**

The integrated development, research and evaluation model of Nel (1992), chiefly based on the four-phase model of Thomas (1984) was used. This model consists of an analysis, design development and evaluation phase. This study consisted of the analysis, design and development phases. The researcher decided after the first pilot study of the development phase, that in order to improve the design of the programme, an evaluation phase was needed. The sub-phases that were implemented were needs assessment, evaluability assessment, programme monitoring (qualitative research) and impact evaluation (quantitative research).

#### **4. The analysis phase**

The analysis phase consisted of identifying and analysing training needs, investigating the status of existing programmes, and a feasibility study.

#### **5. The design phase**

The design phase saw the formulation of the aim, the drafting of the training programme, the tentative proposal of the innovation and innovation procedures. As there were no medical social work assessment models available, the researcher used the theory of medical social work and assessment theories in social work to formulate a model for medical social work assessment. Certain roles and skills became apparent, and were stated. Training needs were established, which indicated the aims, content, training strategies and training resources within the programme.

#### **6. The development phase**

The development phase indicated the formulation of the developmental plan, operational preparation, the first pilot study and developmental testing and evaluation. This evaluation showed which aspects need to be adjusted or changed for the second pilot study. The evaluation component was included in the development phase, consisting of needs assessment, evaluability assessment, programme monitoring and impact evaluation. The two significant aspects during evaluation were programme monitoring and impact evaluation.

Programme monitoring was ongoing by the researcher and the facilitator observing participants, as well as an evaluation questionnaire filled in by the participants at the end of the course. The research design of impact evaluation was associational one-group pretest-posttest research. Pre- and posttests, involving every assessment aspect, were written by the participants. Interviewing techniques were studied pre -and post teaching by roleplay, scored on a five-point scale by two critics.

The evaluation has indicated which aspects must be adjusted or changed during the implementation of the second pilot study.

## **7. Main finding**

**This programme was successful in extending the knowledge and skills of the target group, which should lead to effective, skilled and accountable assessment by medical social workers in the changing milieu.**

**The researcher recommends that this programme serve as a foundation for intervention and evaluation within the health field, including community health.**



# INHOUDSOPGAWE

## HOOFSTUK I: ALGEMENE ORIËTERING

1.1	Inleiding .....	1
1.2	Motivering vir die studie .....	2
1.3	Die navorsingsdoel .....	5
1.3.1	Navorsingsdoelstelling .....	5
1.3.2	Navorsingsdoelwitte .....	5
1.4	Navorsingsmodel .....	7
1.4.1	Die analisefase .....	8
1.4.1.1	Materiële voorvereistes .....	8
1.4.1.2	Metodologieë .....	9
1.4.2	Die ontwerpfasie .....	9
1.4.2.1	Materiële voorvereistes .....	10
1.4.2.2	Metodologieë .....	11
1.4.3	Die ontwikkelingsfasie .....	13
1.4.3.1	Materiële voorvereistes .....	13
1.4.3.2	Metodologieë .....	14
1.5	Begripsoms krywing .....	16
1.5.1	Ontwikkelyngsnavorsing .....	16
1.5.2	Geneeskundige maatskaplike werk .....	16
1.5.3	Assessering .....	16
1.5.4	Evaluering .....	17
1.5.5	Programevaluering .....	18
1.6	Strukturering van die skripsie .....	18

## HOOFSTUK II: DIE ANALISEFASE

2.1	Inleiding .....	20
2.2	Die identifisering en analisering van die opleidingsprobleem .....	20
2.3	Oorsig oor die stand van bestaande programme .....	23
2.4	Uitvoerbaarheidstudie .....	23
2.5	Samevatting .....	24

## HOOFSTUK III: DIE ONTWERPFASE

3.1	Inleiding	25
3.2	Formulering van doelstellings	26
3.3	Die daarstelling van 'n praktykmodel	26
3.3.1	Inleiding	26
3.3.2	Oorsig oor bestaande praktykmodelle	27
3.3.2.1	Die bevoegdheidsmodel van E. Gambriel	27
3.3.2.2	Die direkte maatskaplike werk praktykmodel: H. Hepworth & J. Larsen	28
3.3.2.3	Die model van onderhoudstrategieë vir hulpverleners—N.H. & L.S. Comier	31
3.3.2.4	'n Geïntegreerde model vir geneeskundige maatskaplikewerk-assessering	32
3.3.3	'n Geïntegreerde geneeskundige maatskaplikewerk-assesseringsmodel	32
3.4	Rolbeskrywing	42
3.5	Identifisering van vaardighede	45
3.6	Bepaling van leerbehoefies	46
3.7	Formulering van programdoelwitte	64
3.8	Bepaling van programinhoud	65
3.8.1	Selektering van bronne	65
3.8.2	Selektering van programinhoud	66
3.8.3	Die kategorisering en ordening van programinhoud	66
3.9	Selektering van onderrigstrategieë	69
3.10	Verkryging van onderrigbronne	70
3.11	Samevatting	70

## HOOFSTUK IV: 'N OPLEIDINGSPROGRAM IN ASSESSERING VIR GENEESKUNDIGE MAATSKAPLIKE WERKERS

4.1	Inleiding	72
4.2	Oorhoofse beplanning en uiteensetting van die opleidingsprogram in assessering vir geneeskundige maatskaplike werkers	74
4.3	Kursus I	84

4.3.1	Sessie een: Oriëntering tot program. Geredheid tot deelname en groei . . . . .	85
4.3.2	Sessie twee: Inleiding ten opsigte van assessering . . . . .	91
4.3.3	Sessie drie: Assessering van agtergrondsgebeure vanuit 'n geneeskundige maatskaplikewerk-perspektief . . . . .	102
4.3.4	Sessie vier: Assessering van die bio-fisiese funksionering van die pasiënt vanuit 'n geneeskundige maatskaplikewerk-perspektief . . . . .	112
4.3.5	Sessie vyf: Assessering van die kognitief-perseptuele funksionering van die pasiënt/naasbestaandes vanuit 'n geneeskundige maatskaplikewerk-perspektief . . . . .	134
4.3.6	Sessie ses: Assessering van die emosionele funksionering van die pasiënt/ naasbestaandes vanuit 'n geneeskundige maatskaplikewerk-perspektief . . . . .	142
4.4	Kursus II . . . . .	178
4.4.1	Sessie sewe A: Samevatting van vorige kursusse en toetsing van kennis . . . . .	179
4.4.2	Sessie sewe B: Assessering van die gedragsfunksionering van die pasiënt en belangrike ander persone vanuit 'n geneeskundige maatskaplikewerk-perspektief . . . . .	193
4.4.3	Sessie agt: Assessering van die verhoudingsfunksionering van die pasiënt en belangrike ander persone vanuit 'n geneeskundige maatskaplikewerk-perspektief . . . . .	212
4.4.4	Sessie agt A: Assessering van die huweliksverhouding vanuit 'n geneeskundige maatskaplikewerk-perspektief . . . . .	214
4.4.5	Sessie agt B: Assessering van die seksuele verhouding vanuit 'n geneeskundige maatskaplikewerk-perspektief . . . . .	224
4.4.6	Sessie agt C: Assessering van die gesinsfunksionering vanuit 'n geneeskundige maatskaplikewerk-perspektief . . . . .	249
4.4.7	Sessie nege: Assessering van die omgewingsisteme vanuit 'n geneeskundige maatskaplikewerk-perspektief . . . . .	277
4.4.8	Sessie tien: Assessering van die kulturele aspekte van die pasiënt/ naasbestaandes vanuit 'n geneeskundige maatskaplikewerk-perspektief . . . . .	296
4.4.9	Sessie elf: Onderhoudvoeringstegnieke wat die geneeskundige maatskaplike werker gebruik ten einde assessering te doen . . . . .	301
4.4.10	Sessie twaalf: Evaluering/samevatting en afsluiting van die kursus in geneeskundige maatskaplikewerk-assessering . . . . .	321
4.4.11	Samevatting . . . . .	339

## HOOFSTUK V: DIE ONTWIKKELINGSFASE

5.1	Inleiding	340
5.2	Formulering van 'n ontwikkelingsplan	341
5.3	Operasionele voorbereiding	344
5.4	Eerste loodsgebruik en ontwikkelingstoetsing	345
5.5	Die evaluering van die eerste loodsgebruik	346
5.5.1	Inleiding	346
5.5.2	Behoeftebepalingsevaluering	348
5.5.3	Evalueerbaarheidsassessering	349
5.5.4	Programmonitering: algemeen en kwalitatief van aard	349
5.5.5	Monitering van die opleidingsprogram	352
5.5.6	Impakevaluering	366
5.5.6.1	Navorsingsontwerp	367
5.5.6.2	Formulering van hipoteses	368
5.5.6.3	Hipoteses ten opsigte van voor- en nametingsresultate	369
5.5.6.4	Statistiese prosedures wat gebruik is ten einde impakevaluering te doen	373
5.5.6.5	Afgepaarde metingsresultate	373
5.5.6.6	Interpretering van kwantitatiewe resultate	378
5.5.7	Samevattende opmerking van die evaluering van die eerste loodsimplementering	379
5.6	Samevatting	376

## HOOFSTUK VI: BEVINDINGE, GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS

6.1	Inleiding	380
6.2	Bevindinge en gevolgtrekkings	380
6.2.1	Bevindinge en gevolgtrekkings: Geïntegreerde Ontwikkelingnavorsingsmodel	380
6.2.2	Bevindinge en gevolgtrekkings: Analisefase	381
6.2.2.1	Bestaan van 'n opleidingsprobleem	381
6.2.2.2	Stand van bestaande programme	382
6.2.2.3	Relevante inligting en bronne	382
6.2.2.4	Uitvoerbaarheidspotensiaal	382
6.2.3	Bevindinge en gevolgtrekkings: ontwerpfasie	382
6.2.3.1	Doelstelling	383



6.2.3.2 Die praktykmodel . . . . .	383
6.2.3.3 Tentatiewe voorstelling van opleidingsinnovasie . . . . .	383
6.2.3.4 Innovasieprosedures . . . . .	384
6.2.4 Bevindinge en gevolgtrekkings: ontwikkelingsfase . . . . .	384
6.2.4.1 'n Ontwikkelingsplan . . . . .	384
6.2.4.2 Loodsimplementering . . . . .	385
6.2.4.3 Eerste loodsgebruik en ontwikkelingstoetsing . . . . .	385
6.2.4.4 Evaluering . . . . .	385
6.3 Aanbevelings na aanleiding van die studie . . . . .	387
6.3.1 Aanbevelings: Geïntegreerde Ontwikkelingnavorsingsmodel . . . . .	387
6.3.2 Aanbevelings: analisefase . . . . .	387
6.3.3 Aanbevelings: ontwerpfasie . . . . .	388
6.3.4 Aanbevelings: ontwikkelingsfasie . . . . .	388
6.4 Samevatting . . . . .	389

**HOOFSTUK VII: OPSOMMING**

7.1 Motivering tot die studie . . . . .	390
7.2 Doel van die studie . . . . .	390
7.3 Die navorsingsmodel . . . . .	391
7.4 Die analisefase . . . . .	391
7.5 Die ontwerpfasie . . . . .	392
7.6 Die ontwikkelingsfasie . . . . .	392
7.7 Hoofbevinding . . . . .	393

BIBLIOGRAFIE . . . . .	394
------------------------	-----

BYLAE A - Toestemming vir uitvoering van opleidingsprogram

BYLAE B - Onderhoudskedule

BYLAE C - Vraelys

BYLAE D - Evalueringsbeoordelingsvraelys

## FIGURE

<b>Figuur 1.1</b>	'n Geïntegreerde Ontwikkelingnavorsingsmodel (Nel, 1992:20) . . . . .	6
<b>Figuur 2.1</b>	Die analisefase in die Geïntegreerde Ontwikkelingnavorsingsmodel . . . . .	21
<b>Figuur 3.1</b>	Die ontwerpfasie van die Geïntegreerde Ontwikkelingnavorsingsmodel . . . . .	25
<b>Figuur 3.2</b>	Uiteensetting van die rolle van die geneeskundige maatskaplike werker tydens assessering . . . . .	44
<b>Figuur 3.3</b>	Selektering van programinhoud . . . . .	67
<b>Figuur 3.4</b>	Programinhoud ten opsigte van opleiding in die Geïntegreerde Assesseringsmodel vir geneeskundige maatskaplike werkers . . . . .	68
<b>Figuur 5.1</b>	Die ontwikkelingsfasie van die Geïntegreerde Ontwikkelingnavorsingsmodel . . . . .	341
<b>Figuur 5.2</b>	Skematiese voorstelling van die program vir die eerste loodsgebruik en ontwikkelingstoetsing . . . . .	347
<b>Figuur 5.3</b>	Evaluering van die nut van die opknappingskursus . . . . .	364
<b>Figuur 5.4</b>	Bruikbaarheid van die teoretiese aspekte van die kursus . . . . .	364
<b>Figuur 5.5</b>	Geleentheid tot vaardigheidstoepassing tydens die kursus . . . . .	365
<b>Figuur 5.6</b>	Evaluering van die aanbieding van die kursus . . . . .	365
<b>Figuur 5.7</b>	Die een-groep voortoets-natoets navorsingsontwerp . . . . .	367

## TABELLE

<b>Tabel 3.1</b>	Statistieke: dienste gelewer Okt, Nov, Des '93 (5-minute sessies) . . . . .	48
<b>Tabel 3.2</b>	Bepaling van leerbehoefes na aanleiding van onderhoudskedule met hoof maatskaplike werkers . . . . .	49
<b>Tabel 3.3</b>	Persentasieverspreiding van aspekte wat geassesseer behoort te word . . . . .	54
<b>Tabel 3.4</b>	Statistiese gegewens van assessering soos vasgestel deur kennistoetsing van aspekte wat geneeskundige maatskaplike werkers assessee . . . . .	55
<b>Tabel 3.5</b>	Persentasieverspreiding van die gebruik van assesseringsmodelle . . . . .	57
<b>Tabel 3.6</b>	Persentasieverspreiding van die aard van assesseringsmodelle wat gebruik word . . . . .	57
<b>Tabel 3.7</b>	Persentasieverspreiding van bronne wat tydens assessering gebruik word, soos aangedui deur maatskaplike werkers . . . . .	59
<b>Tabel 3.8</b>	Statistiese gegewens ten opsigte van die gebruik van gestandaardiseerde toetse/skale vir maatskaplike werkers soos bepaal deur 'n kennistoets . . . . .	60
<b>Tabel 3.9</b>	Statistiese gegewens ten opsigte van die aard van gestandaardiseerde toetse/skale wat deur maatskaplike werkers gebruik word . . . . .	61
<b>Tabel 3.10</b>	Statistiese gegewens ten opsigte van die gebruik van self-rapporterende vraelyste/selfgeankerde skale wat gebruik word . . . . .	61
<b>Tabel 3.11</b>	Statistiese gegewens ten opsigte van die gebruik van beskrywende aantekeninge . . . . .	62
<b>Tabel 3.12</b>	Statistiese gegewens van onderhoudvoeringstegnieke wat tydens assessering gebruik word, soos verkry deur 'n kennistoets ten einde onderrigbehoefes te bepaal . . . . .	63
<b>Tabel 5.1</b>	Statistiese gegewens van die evaluering van sessie een . . . . .	352
<b>Tabel 5.2</b>	Statistiese gegewens van die evaluering van sessie twee . . . . .	353
<b>Tabel 5.3</b>	Statistiese gegewens van die evaluering van sessie drie . . . . .	354
<b>Tabel 5.4</b>	Statistiese gegewens van die evaluering van sessie vier . . . . .	355
<b>Tabel 5.5</b>	Statistiese gegewens van die evaluering van sessie vyf . . . . .	356
<b>Tabel 5.6</b>	Statistiese gegewens van die evaluering van sessie ses . . . . .	357
<b>Tabel 5.7</b>	Statistiese gegewens van die evaluering van sessie sewe . . . . .	358
<b>Tabel 5.8</b>	Statistiese gegewens van die evaluering van sessie agt A . . . . .	359

<b>Tabel 5.9</b>	Statistiese gegewens van die evaluering van sessie agt B .....	360
<b>Tabel 5.10</b>	Statistiese gegewens van die evaluering van sessie agt C .....	360
<b>Tabel 5.11</b>	Statistiese gegewens van die evaluering van sessie nege .....	361
<b>Tabel 5.12</b>	Statistiese gegewens van die evaluering van sessie tien .....	361
<b>Tabel 5.13</b>	Statistiese gegewens van die evaluering van sessie elf .....	362
<b>Tabel 5.14</b>	Hotelling $T^2$ -toets vir die verskil tussen die vektore van gemiddelde ten opsigte van die voor- en natoetstellings vir kennismeting agtergronds- gegewens, bio-fisiese funksionering, kognitief-perseptuele funksionering en emosionele funksionering .....	373
<b>Tabel 5.15</b>	Student t-toets vir gemiddelde van verskille tussen voor- en natoets .....	374
<b>Tabel 5.16</b>	Hotelling $T^2$ -toets vir die verskil tussen die vektore van gemiddelde ten opsigte van die voor- en natoetstellings vir kennismeting gedrags- funksionering, huweliksverhouding, seksuele verhouding, gesins- funksionering, omgewingsisteme en kulturele aspekte .....	375
<b>Tabel 5.17</b>	Student-t toets vir gemiddeldes van verskille van voor- en natoetse .....	376
<b>Tabel 5.18</b>	Hotelling $T^2$ -toets vir die vektor van die gemiddeldes van verskille tussen voor- en na-evalueringstellings onderhoudvoeringstegnieke .....	376
<b>Tabel 5.19</b>	Student t-toets vir die vektor van die gemiddeldes van verskille tussen voor- en na-evalueringstellings .....	377

# HOOFSTUK I

## ALGEMENE ORIËTERING

### 1.1 Inleiding

Gesondheidsorg in Suid-Afrika is huidiglik aan groot veranderinge onderhewig. Hierdie veranderinge hou direk verband met die algemene maatskaplike, politieke, ekonomiese en organisatoriese situasie in Suid-Afrika. Die klem in gesondheidsorg het verskuif van langtermyn hospitalisasie en behandeling van pasiënte, na primêre en voorkomende gesondheidsorg en korttermyn hospitalisasie. Hierdie klemverskuiwing is genoodsaak deur verskeie aspekte wat in die moderne samelewing manifesteer, byvoorbeeld armoede en werkloosheid wat siektes soos wanvoeding tot gevolg het, VIGS wat groot afmetings aanneem, en politieke geweld met al die geneeskundige en psigo-maatskaplike implikasies daaraan verbonde. Dit het noodsaaklik geword dat alle inwoners van Suid-Afrika toegang het tot sowel bekostigbare as effektiewe gesondheidsdienste.

Geneeskundige maatskaplike werkers kan hulle nie distansieer van hierdie verandering in die benadering tot gesondheidsorg nie, en dit stel sekere eise aan hulle opleiding en dienslewering. Die maatskaplike omstandighede van die pasiënt, die naasbestaendes van die pasiënt, en die gemeenskap is onlosmaaklik deel van gesondheidsorg. Die situasie word egter gekompliseer deur 'n tekort aan geneeskundige maatskaplike werkers wat die nodige kennis en vaardighede het om hierdie diens te lewer. Die tekort is 'n direkte uitvloeisel van die ekonomiese situasie in Suid-Afrika, aangesien die aantal poste in geneeskundige maatskaplike werk beperk is. Gesondheidsdienste en tegnologie het ook uitgebrei, koste-beheer en verantwoordbaarheid verkry voorrang, en as gevolg van roloorvleueling tussen die groot verskeidenheid gesondheidsprofessies, ontstaan daar dikwels kompetisie en konflik ten opsigte van *wie watter* dienste aan pasiënte moet lewer.

Die bogenoemde aspekte het 'n groot impak op geneeskundige maatskaplike werkers. Alhoewel hulle groter outonomie het, moet hulle ook voorbereid wees op die komplekse rolle en funksies wat van hulle verwag word. Groter uitdagings en eise word aan hulle gestel, wat vernuwing in die kennis en vaardighede — asook die denke van die geneeskundige maatskaplike werker — vereis. Hulle kreatiwiteit en bevoegdheid om professionele dienste

te lewer moet uitbrei. Volland in Davidson & Clarke (1990:306) sluit hierby aan, en is van mening dat geneeskundige maatskaplike werkers in hierdie dekade beter maniere moet vind om rekenskap te gee van wat hulle doen. Die effektiwiteit van hulle programme sal bepaal moet word, en beter maniere gevind word om die veranderende maatskaplike probleme aan te spreek. 'n Fyn opleidingsbalans moet gehandhaaf word tussen die relatief onveranderde kennis, vaardighede en praktykwysheid van geneeskundige maatskaplike werk, en die voorbereiding van die werkers om die uitdagings van 'n vinnig veranderende omgewing te kan hanteer.

Die aard van dienslewering en die kennis en vaardighede wat daarmee gepaard gaan, sal ook moet verander. Die geneeskundige maatskaplike werker sal haar rol moet aanpas by 'n verkorte hospitalisasieperiode, en terselfdertyd verseker dat die pasiënt ná ontslag terugkeer na 'n omgewing wat bevorderend vir sy toestand sal wees. Die geneeskundige maatskaplike werker moet dus verantwoordbaar optree teenoor die pasiënt, sy naasbestaandes, die gemeenskap, die multi-professionele span en die Geneeskundige Maatskaplikewerk-professie.

Geneeskundige maatskaplike werkers self sal die regte houding van openheid, buigbaarheid en gewilligheid om veranderinge as uitdagings te sien, moet openbaar. Hulle sal as kreatiewe persone die onsekerheid en verwarring van die huidige en toekomstige Suid-Afrikaanse samelewing as interessant en uitdagend moet beleef, ten einde die probleme daaraan verbonde te bowe te kom. Hulle sal dán eers ervaar dat risiko's wat geneem word, beloon word.

## 1.2 Motivering vir die studie

Die basis van effektiewe dienslewering is 'n wetenskaplike assessering van die pasiënt, sy naasbestaandes en sy omstandighede. Hierdeur word nie net verdere hulpverlening — ook ná hospitalisasie — beplan nie, maar word ook belangrike inligting aan die multi-professionele span en belangrike ander persone, wat die pasiënt tydens en na hospitalisasie moet bystaan, oorgedra. Geneeskundige maatskaplike werkers se kennis en vaardighede ten opsigte van effektiewe, en dus wetenskaplike, assessering, is van kardinale belang in die veranderende Suid-Afrikaanse omstandighede.

As gevolg van organisatoriese beperkinge ten opsigte van dienslewering in die gemeenskap, die gebrek aan die regte bronne in die gemeenskap, en die kort tydperke van hospitalisasie, is assessering dikwels die eerste, en soms die enigste of belangrikste stap, in maatskaplike hulpverlening. Alhoewel assessering nie losgemaak kan word van intervensie en evaluering nie, is dit dus uiters noodsaaklik dat assessering effektief en wetenskaplik gedoen sal word.

Die navorser is van mening dat maatskaplike werkers nie daarop aanspraak kan maak dat hulle bevoeg of verantwoordbaar is indien hulle nie oor die wetenskaplike kennis, vaardighede en die regte gesindheid ten opsigte van assessering, intervensietegnieke en evaluering (insette sowel as uitsette) beskik nie. Geneeskundige maatskaplike werkers en geneeskundige maatskaplikewerk-bestuurders is huidiglik hoofsaaklik ingestel op insette (monitering), soos noukeurige rekordhouding, telefoonoproepe en onderhoude. Uitsetevaluering kry selde aandag, en die belang daarvan word onderskat.

Van Zyl (1988:37-38) maak melding van die toerekenbaarheid van maatskaplike werk en die feit dat te veel klem gelê word op insette, en te min op uitsette. Insette is volgens die outeur slegs om twee redes belangrik.

- \* Eerstens om vooruit te skat watter bronne (en hoeveel daarvan) in die vorm van tyd, mense, fasiliteite ensovoorts, waarskynlik nodig sal wees om 'n doelwit te bereik.
- \* Tweedens om vas te stel watter een van twee of meer effektiewe programme aan die vereistes van doeltreffendheid voldoen, aangesien die graad van doeltreffendheid bepaal word deur effektiwiteit in terme van insette te evalueer.

Uitsetevaluering is uiters noodsaaklik. Dit beantwoord die vraag of die gewenste resultate bereik is; verskaf die basis vir besluitneming aangaande die voortsetting van 'n program; voorsien data wat onontbeerlik is vir die befondsing van projekte; en bevat aanduidings van wat in die toekoms behoort te gebeur.

Monitering maak deel uit van die evaluering van dienslewering en koste-effektiwiteitsbepaling in die Tak: Gesondheidsdienste, Transvaal. Daar word selde aandag gegee aan uitsetevaluering, maar ten einde te voldoen aan die vereistes van verantwoordbaarheid — veral in

die huidige klimaat van besnoeiing van poste en koste-effektiewe dienste — sal dit nodig wees om aandag te gee aan uitsetevaluering. Die beginpunt van uitsetevaluering is effektiewe assessering. Hierdie aspek sal aangespreek word in hierdie studie, ten einde geneeskundige maatskaplike werkers voor te berei vir uitsetevaluering. Die navorser is bewus van die feit dat effektiewe assessering, intervensie en evaluering onlosmaaklik deel is van uitsetevaluering. Die beperkte omvang van hierdie studie leen hom egter net tot die bespreking van assessering as komponent van hulpverlening.

'n Gebrek aan kennis en vaardighede kan die oorsaak wees waarom daar nie soveel aandag gegee word aan uitsetevaluering nie. Uitsetevaluering hang nou saam met die aanvanklike probleemstelling (assessering) en intervensie. Tydens individuele onderrigsupervisiesessies het die navorser vasgestel dat daar onderrigbehoefes bestaan ten opsigte van kennis, maar veral ten opsigte van vaardighede in die effektiewe assessering, intervensie en evaluering in die geneeskundige opset. Hierdie behoefte is hoofsaaklik vasgestel by maatskaplike werkers wat nog in die toetreerang is, dit wil sê junior maatskaplike werkers wat in die eerste drie tot vyf jaar van hulle beroepsbeoefening is.

Senior maatskaplike werkers word in die Tak: Gesondheidsdienste geëvalueer in terme van die mate waarin hulle oor gevorderde teoretiese kennis en vaardighede beskik. Hierdie groep maatskaplike werkers het dus ook 'n groot behoefte daaraan om hulle kennis ten opsigte van assessering, intervensie en evaluering te verbreed. Hierdie behoefte is ook uitgespreek, soos aangetoon sal word in die analisefase (Hoofstuk Twee).

Die navorser sal derhalwe 'n opleidingsprogram wil ontwikkel om maatskaplike werkers toe te rus in effektiewe assessering, sodat hulle aan die vereistes van bevoegdheid en verantwoordbaarheid kan voldoen.



## 1.3 Die navorsingsdoel

### 1.3.1 Navorsingsdoelstelling

Die navorsingsdoelstelling is die ontwikkeling en evaluering van 'n program ten einde geneeskundige maatskaplike werkers se kennis en vaardighede te verbeter ten opsigte van geneeskundige maatskaplikewerk-assessering. Die navorser gaan van die standpunt uit dat so 'n program 'n waardevolle toevoeging vir geneeskundige maatskaplike werkers sal wees. As gevolg van die beperkte omvang van die studie sal intervensie en evaluering nie ingesluit word nie. Intervensie en evaluering sal, as belangrike vereistes vir bevoegdheid en verantwoordbaarheid, in 'n ander studie en binne die werksopset van geneeskundige maatskaplike werkers aangespreek word.

### 1.3.2 Navorsingsdoelwitte

Die spesifieke navorsingsdoelwitte is om deur die gebruik van die Geïntegreerde Ontwikkelingnavorsingsmodel van Nel (1992)

- \* vas te stel of die beoogde program wel nodig en uitvoerbaar is — die analisefase;
- \* 'n tegnologie te ontwerp — die ontwerpfase; en
- \* die program te ontwikkel — die ontwikkelingsfase.

Tydens die ontwikkelingsfase sal sekere evalueringskomponente uit die Geïntegreerde Model van Programevaluering van De Vos (1991), naamlik behoeftebepalingsevaluering, evalueerbaarheidsassessering, programmonitering en impakevaluering, ingesluit word. Die evalueringsfase sal dus nie in hierdie studie gebruik word soos in die Geïntegreerde Ontwikkelingnavorsingsmodel van Nel (1992) aangedui is nie, maar wel op 'n wyse waar sekere subfasies van die evalueringsfase tesame met die vereistes en metodologieë van die ontwikkelingsfase geïntegreer is. Hier volg die omskrywing van die model soos wat die navorser dit in hierdie studie aangewend het (Figuur 1.1).

Fases	Materiële voorvereistes	Metodologieë
1. Analise	1. Opleidingsprobleem 2. Stand van bestaande programme 3. Relevante inligting en bronne 4. Uitvoerbaarheidspotensiaal	1. Identifisering en analisering van 'n opleidingsprobleem 2. Oorsig oor die stand van programme 3. Uitvoerbaarheidstudie
2. Ontwerp	5. Doelstellings en doelwitte 6. Praktykmodel 7. Tentatiewe voorstelling van die opleidingsinnovasie 8. Innovasieprosedures	4. Formulering van doelstellings 5. Die daarstelling van 'n praktykmodel 6. Rolbeskrywing 7. Identifisering van vaardighede 8. Bepaling van leerbehoefte
3. Ontwikkeling	9. Ontwikkelingsplan 10. Loodsimplementering 11. Data uit loodsgebruik  12. Evalueringsplan 13. Evalueringsdata	9. Formulering van programdoelwitte 10. Bepaling van programinhoud 11. Selektoring van onderrigstrategieë 12. Verkryging van onderrigbronne 13. Formulering van die ontwikkelingsplan 14. Operasionele voorbereiding 15. Loodsgebruik en ontwikkelingstoetsing
		<b>Subfases</b>
	14. Beproeftede interventiewe innovasie (opleidingsinnovasie)	16. Behoeftebepalingsevaluering 17. Evalueerbaarheidsassessering 18. Programmonitering 19. Impakevaluering

#### 1.4 Navorsingsmodel

Die navorser wil in hierdie studie 'n nuwe tegnologie vir geneeskundige maatskaplike werkers ontwikkel, en daarom is op ontwikkelingsnavorsing besluit. Thomas in Grinnell (1981:605) is van mening dat ontwikkelingsnavorsing die mees geskikte model van navorsing in maatskaplike werk is, "because it consists of methods directed explicitly toward the analysis, development, and evaluation of the technical means by which social work objectives are achieved — namely, its interventional technology."

Die navorser sal 'n nuwe program vir geneeskundige maatskaplike werkers ontwerp. Sekere prosesse en prototipes ten opsigte van assessering sal egter slegs verbeter en aangepas word, ten einde dit spesifiek van toepassing te maak op geneeskundige maatskaplike werk.

Nel (1992) se Geïntegreerde Ontwikkelingsnavorsingsmodel word deur die navorser as die mees geskikte ontwikkelingsnavorsingsmodel beskou vir die ontwerp, aanbieding en evaluering van hierdie opleidingsprogram. Die model sal vervolgens bespreek word.

Nel (1992) gebruik Thomas se ses-fasemodel waarin analise, ontwerp, ontwikkeling, evaluering, verspreiding en aanvaarding aangespreek word. In die opleidingsprogram vir geneeskundige maatskaplike werkers sal daar slegs op die eerste drie fases in detail gekonsentreer word. Die vierde fase — evaluering — sal nie in hierdie studie aangespreek word nie. Sekere subfases van die evalueringsfase sal egter by die ontwikkelingsfase geïnkorporeer word (sien Figuur 1.1).

Volgens Thomas (1984) se model moet aan bepaalde materiële voorvereistes voldoen word voordat daar na 'n daaropvolgende fase beweeg kan word. Elke fase het weer 'n aantal metodologieë of aktiwiteite wat nagevolg word. Nel (1992) het ook ander opleidingsmodelle binne die Bedryfsielkunde en kurrikuleringsnavorsing in die Opvoedkunde gebruik, ten einde aan die vereistes van 'n opleidingsprogram te voldoen. De Vos (1991) se Geïntegreerde Model van Progamevaluering is ook in die evaluering subfase van Nel (1992) se model ingesluit.

Nel en Nel (1992:13) stel dit duidelik dat daar vir elke fase sekere vereistes gespesifiseer word. Die navorser moet eers aan al die vereistes van 'n bepaalde fase voldoen voordat na 'n volgende fase beweeg kan word. Soms moet 'n aantal metodologieë aangewend word om aan een vereiste te voldoen. Dit is nie noodwendig dat die navorser van die eerste tot die laaste metodologie moet deurbeweeg nie; soms moet daar eers teruggegaan word na 'n heraanwending van voorafgaande metodologieë om te verseker dat daar op die hoogste moontlike kwaliteitsvlak aan die vereistes vir elke fase voldoen word.

Die belangrikste aspekte van die verskillende fases word vervolgens aangedui, asook die materiële voorvereistes vir elke fase. Die metodologie wat vereis word ten einde aan hierdie voorvereistes te voldoen, sal ook aangedui word.

#### *1.4.1 Die analisefase*

Thomas (in Grinnell, 1981:594) is van mening dat hierdie eerste fase van die model relevante aktiwiteite wat nodig is om voort te gaan met die ontwikkeling self, omvat.

##### *1.4.1.1 Materiële voorvereistes*

Thomas in Grinnell (1981:596) noem vier vereistes of voorwaardes waaraan die analisefase moet voldoen:

- a) Die navorser moet bewus raak van 'n problematiese menslike toestand en bewys lewer dat die toestand aandag en verandering regverdig;
- b) Die bestaande tegnologie moet onvoldoende wees om die belegging van tyd en geld in die projek te regverdig;
- c) Relevante inligting en bronne moet deur die navorser nagegaan word; en
- d) 'n Evaluering van die uitvoerbaarheidspotensiaal van die beoogde innovasie moet gedoen word.

### 1.4.1.2 Metodologieë

#### a) Identifisering en analisering van die opleidingsprobleem

Die probleem moet nie net geïdentifiseer word nie, maar ook geanaliseer word. Thomas in Grinnell (1981:596) beweer dat daar twee faktore is wat veroorsaak dat 'n toestand as 'n probleem beskou word. Eerstens is dit die standaard (of norme) van die professionele of nie-professionele gemeenskap, en tweedens die diskrepans tussen die standaard (norme) en die huidige optrede van sekere individue of groepe. Wanneer hierdie diskrepans as groot genoeg beskou word, is die toestand problematies.

#### b) Oorsig oor die stand van bestaande tegnologieë

Bestudering van literatuur, direkte waarnemings, die ondersoek van bestaande tegnologieë, besprekings van kundiges en bywoning van konferensies en werksinkels waar nuwe ontwikkelinge bekend gestel word, sal aantoon of bestaande opleidingstegnologieë ontoreikend is.

#### c) Uitvoerbaarheidstudie

Genoegsame tegnologiese data en bronne moet beskikbaar wees om die ontwikkelingspoging te regverdig. Die poging moet ook 'n redelike kans hê om die beoogde verbetering teweeg te bring. Tegnologiese, organisatoriese, ekonomiese, finansiële, beleidsmatige en benuttingsuitvoerbaarheid moet in ag geneem word.

Nadat voldoen is aan al die metodologieë en materiële voorvereistes van die analise-fase, kan daar oorgegaan word na die ontwerpfasie.

### 1.4.2 Die ontwerpfasie

Gedurende die ontwerpfasie word relevante data gevorm tot 'n nuwe produk. Rothman (1980:96-97) stel die vereistes wat nodig is vir hierdie fase soos volg: "Because design requires a blending of knowledge of science and of practice, and other technical areas

as well, a design person must possess knowledge, experience, and skill in a variety of pertinent areas and the capacity to integrate them in appropriate ways.... Design involves an intricate blending of science and art. The discovery of untried, useful, new uses of scientific constructs requires imagination and inventiveness of a somewhat different sort than that which goes into the accumulation of knowledge per se." Nel (1992) het Thomas (1984) se materiële voorvereistes aangepas ten einde te voldoen aan die vereistes vir 'n opleidingsprogram.

Vervolgens sal die aangepaste voorvereistes soos aangedui deur Nel (1992) bespreek word.

#### *1.4.2.1 Materiële voorvereistes*

##### a) Doelstelling en doelwitte

Die doelstelling spruit voort uit die analisefase, en verdere rigting word hierdeur aangedui. Thomas in Grinnell (1981:600) is van mening dat die doelstelling 'n spesifieke aspek van maatskaplike tegnologie is wat ontwerp moet word. Spesifieke meetbare doelwitte word vanuit die doelstelling geformuleer.

Nel (1992:33) noem dat "doelwitte op grond van 'n praktykmodel, daaruit-spruitende rolbeskrywing en vaardigheidsidentifikasie en inagnemend van leer-behoeftes gestel word."

##### b) Praktykmodel

Die beoogde opleidingsprogram moet in terme van 'n praktykmodel verklaar word. Nel (1992:34) haal De Vos aan, wat van mening is dat 'n praktykmodel riglyne vir optrede bevat, en dat die inhoud van die model ook moet spreek van 'n intellektuele dissipline. Thomas in Grinnell (1981:600) is van mening dat hierdie stap uit die keuse van die mees geskikte bronne van basiese data vir die ontwikkelingstaak bestaan.

c) Tentatiewe voorstelling van opleidingsinnovasie

Die innovasie word tentatief voorgestel voordat die werklike produk geskep word.

d) Innovasieprosedures

Die prosedures wat aangewend word ten einde die program uit te voer, moet aangedui word. Nel (1992:35) is van mening dat spesifieke aktiwiteite en opdragte in terme van wie doen wat, waar, wanneer, hoe, vir wie, en onder watter omstandighede, aangetoon word.

#### 1.4.2.2 Metodologieë

Nel (1992:36) het die volgende metodologieë ontwikkel wat gevolg moet word ten einde aan die vereistes te voldoen.

a) Formulering van doelstellings

Doelstellings is algemene en langtermynooigmerke, en word breed geformuleer. Die doelstellings rig alle aktiwiteite in die ontwerpfasie. Doelwitte, daarenteen, word eers in die ontwerpproses van die innovasie geformuleer, en is spesifiek en meetbaar.

b) Daarstelling van 'n toepassingsmodel

Nel en Nel (1992:14) is van mening dat "n toepassingsprogram ontwikkel word. Indien daar nie 'n bevredigende model beskikbaar is nie, behoort die navorser as deel van die ontwikkelingsproses so 'n model op te stel."

c) Rolbeskrywing

Nel (1992:40) haal Nadler (1988), Abella (1986), Blank (1982) en McLagan (1983) aan, wat rolbeskrywing as 'n belangrike stap in die ontwerpfasie aandui. Nel (1992:15) definieer 'n rol as volg: "n Rol word omskryf as 'n stel pligte en verantwoordelikhede, georganiseer om spesifieke uitsette te lewer." Mense en geskrewe materiaal word gebruik as bronne.

d) Identifisering van vaardighede

Vaardighede word uit die rolbeskrywing geïdentifiseer. Nel (1992:41) haal Morales en Schaefer aan, wat vaardigheid definieer as die vermoë om kennis effektief en geredelik te gebruik in die uitvoering van 'n taak.

e) Bepaling van leerbehoefte

Nadler (1988:85-86) definieer 'n behoefte as die verskil tussen die doel (wat verwag word) en wat in werklikheid bestaan. Drie tipes behoeftes bestaan in die opleidingsituasie, naamlik vermeldde, geïmpliseerde en gevoelde behoeftes. Leerbehoefte moet nie net geïdentifiseer word nie, maar moet ook geanaliseer, gegroepeer en geprioritiseer word.

f) Formulering van programdoelwitte

Die breë doelstellings word omgesit in spesifieke doelwitte. Nel en Nel (1992:15) omskryf doelwitte na aanleiding van verskeie outeurs se mening as volg:

Doelwitte is spesifieke stellings oor meetbare aspekte van doelstellings wat die volgende kenmerke het, nl. dat dit verband moet hou met die gewenste eindresultate, in eksplisiete en meetbare terme gestel moet word, uitvoerbaar moet wees, in ooreenstemming met die kennis en vaardighede van die implementeerder moet wees, in positiewe terme gestel moet word en laastens ook in ooreenstemming met die beleid van die organisasie moet wees.

g) Bepaling van programinhoud

Die selektering van onderrigstrategieë word vervolgens gedoen deur middel van die selektering van bronne en van kurrikuluminhoude, die kategorisering en ordening van kurrikuluminhoud, en die opstel van lesplanne.



h) Selekering van onderrigstrategieë

Die korrekte onderrigstrategieë moet vir die regte omstandighede geselekteer word. Die selekering van onderrigstrategieë hou ook verband met al vier van die materiële voorvereistes van die ontwerpfase.

i) Verkryging van onderrigbronne

Nadler (1988:186) onderskei fisiese, finansiële en menslike onderrigbronne, en hierdie bronne moet beskikbaar gestel word ten einde uitvoering te kan gee aan die program wat ontwerp is.

### ***1.4.3 Die ontwikkelingsfase***

Tydens die ontwikkelingsfase word die innovasie op eksperimentele basis geïmplementeer en gebruik; daarna word dit getoets vir die geskiktheid daarvan, en indien nodig, verfyn en herontwerp. Formatiewe evaluering kom volgens die model van Nel (1992) hoofsaaklik in die ontwikkelingsfase voor.

#### ***1.4.3.1 Materiële voorvereistes***

Nel (1992) gebruik dieselfde materiële voorvereistes as Thomas (1984), naamlik:

a) 'n Ontwikkelingsplan

Die ontwikkelingsplan moet voorafgegaan word deur vier belangrike stappe. Eerstens moet die doel of omvang van die ontwikkeling vasgestel word; tweedens moet die tipe en omvang van die evaluering oorweeg word; derdens moet die hoeveelheid navorsing wat tesame met die ontwikkelingsaksie uitgevoer gaan word, oorweeg word; en laastens moet die plek waar die innovasie aan loodsgebruik en ontwikkelingstoetsing onderwerp gaan word, aangetoon word (Nel, 1992:53).

b) Loodsimplementering

Die produk moet, nadat dit geskep is, getoets word. Loodsimplementering is die metode wat toegepas word.

c) Data uit loodsgebruik

Ten einde die program verder te verfyn en af te rond, word data uit loodsgebruik gegeneer.

d) Beproefde interventiewe innovasie (opleidingsinnovasies)

Die innovasie word herhaaldelik geïmplementeer en getoets. Herontwerp vind plaas totdat die innovasie suksesvol herhaal is sonder dat groot veranderinge aangebring is.

1.4.3.2 *Metodologieë*



a) Formulering van ontwikkelingsplan

'n Strategie vir ontwikkeling word beplan. Nel (1992:35) is van mening dat dit nodig is om aan vier aspekte aandag te gee:

- die omvang van die geantisipeerde ontwikkeling;
- die tipe en omvang van die evaluering wat in die ontwikkelingsfase moet plaasvind;
- of navorsing gelyktydig met die ontwikkeling sal geskied; en
- die plek waar loodsgebruik en ontwikkeling sal plaasvind.

b) Operasionele voorbereiding

Hierdie metodologie omvat die spesifieke optredes wat gevolg sal word ten einde die ontwikkelingsaktiwiteit in werking te stel. Nel (1992:61-63) haal Rothman (1980) en Thomas (1984) aan wat sekere aspekte spesifiseer, naamlik personeelvoorbereiding, supervisie en projekbestuur, en steekproeftrekking.

c) Loodsgebruik en ontwikkelingstoetsing

Die innovasie word geïmplementeer deur middel van die loodsgebruik- en ontwikkelingstoetsingstap in ontwikkelingsnavorsing. Tydens die loodsgebruik word die innovasie in geheel op minder deelnemers toegepas, terwyl loods-implementering grootskaalse implementering insluit. In hierdie studie was die loodsgebruik en ontwikkelingstoetsing egter net beperk tot die eerste loodsgebruik van die program. Die tweede loodsgebruik sal gedurende Augustus en September 1994 plaasvind. Die program sal eers na onderwerping van verskeie loodsgebruike en ontwikkelingstoetsing gefinaliseer en geëvalueer word. Die navorser het die Geïntegreerde Model van Programevaluering (De Vos, 1991) as deel van die ontwikkelingsfase van die geïntegreerde model vir geneeskundige maatskaplikewerk-assessering geïnkorporeer (Hoofstuk Drie). De Vos (1991) se Geïntegreerde Model van Programevaluering gebruik behoeftebepalingsevaluering, evalueerbaarheidsassessering, programmonitering, impakevaluering, koste-effektiwiteitsevaluering, en benuttingsevaluering. Die navorser het egter, soos reeds genoem (sien 1.3.2), aandag gegee aan behoeftebepalingsevaluering, evalueerbaarheidsassessering, programmonitering en impakevaluering. Die Geïntegreerde Ontwikkelingsnavorsingsmodel (sien Figuur 1.1) sal die basis vorm van die studie en die struktuur daarvan bepaal. Die opleidingsprobleem, naamlik geneeskundige maatskaplikewerk-assessering, is in die analisefase eers geanaliseer (Fase een). Daarna is die program, aan die hand van die analisering, ontwerp (Fase twee). Die ontwikkeling van die program is daarna in werking gestel (Fase drie). 'n Eerste loodsimplementering, waarin 'n evaluering ingebou is, is daarna onderneem, sodat veranderinge aan die program aangebring kan word, na aanleiding van hierdie evaluering, vir die tweede loodsimplementering.

Die navorser sal vervolgens oorgaan tot die begripsomskrywing van belangrike konsepte wat in hierdie studie gebruik is.

## 1.5 Begripsomskrywing

### 1.5.1 Ontwikkelingsnavorsing

Rothman (1980:19) definieer ontwikkeling, na aanleiding van die National Science Foundation, soos volg: "In development the findings and understanding derived from research are directed toward the production of useful materials, devices, systems, or methods; such work includes design and improvement of prototypes and processes." Ontwikkelingsnavorsing is dus navorsing wat afgestem is op die ontwikkeling van nuwe tegnologie of die verbetering van bestaande tegnologie.

### 1.5.2 Geneeskundige maatskaplike werk

Ritter (1992:6) omskryf die begrip 'geneeskundige maatskaplike werk' as "'n spesialiteitsrigting in die maatskaplike werk wat in die gesondheidsveld verrig word en gerig is op die maatskaplike en emosionele implikasies wat 'n liggaamlike of psigiese siektetoestand vir die pasiënt, gesin en gemeenskap tot gevolg het." Geneeskundige maatskaplike werk kan omskryf word as maatskaplike werk wat gerig is op die voorkoming en behandeling van die maatskaplike en emosionele oorsake of gevolge van 'n fisiese of psigiese siekte-toestand. Hierdie dienste word as 'n spesialiteitsveld in die gesondheidsveld aangewend. Dit is dus nie net hospitaalgewone nie, maar het op alle maatskaplike aspekte in die gesondheidsveld betrekking — ook in die gemeenskap.

### 1.5.3 Assessering

Assessering is die proses van versameling, analisering en samestelling van opvallende data in 'n formulering wat die volgende belangrike dimensies omvat:

- i) die aard van die klient se probleme, insluitende spesiale aandag wat gegee word aan ontwikkelingsbehoefte en stressors wat geassosieer word met lewens-oorgangsfases en wat groot aanpassings verg;

- ii) aanpassingsmeganismes van kliënte en belangrike ander persone (gewoonlik gesinslede), wat sterkpunte, vaardighede, persoonlikheidsbates, beperkinge en gebreke insluit;
- iii) relevante sisteme wat betrekking het op kliënte se probleme, asook die aard van wedersydse transaksies tussen kliënte en hierdie sisteme;
- iv) bronne wat beskikbaar en nodig is ten einde probleme op te los en die situasie te verbeter;
- v) kliënte se motivering om aan hulle probleme te werk. (Hepworth & Larsen, 1990:193)

Die navorser omskryf assessering in geneeskundige maatskaplike werk as die proses waardeur inligting aangaande die pasiënt se aangebode en ander verbandhoudende probleme ingesamel word. Hierdie inligting moet geanaliseer en saamgevoeg word sodat dit die volgende dimensies insluit:

- \* die aard van die pasiënt se probleem;
- \* die aanpassingsmeganismes van die pasiënt en naasbestaendes;
- \* die relevante sisteme wat betrokke is;
- \* beskikbare bronne; en
- \* motivering van die pasiënt.

Hierdie data dien as basislyn-data wat die pasiënt se vordering en die effektiwiteit van die behandelingstrategie sal aantoon. Dit sal vir die pasiënt as motivering dien, asook help met die beplanning van verdere effektiewe intervensie. Assessering is 'n proses wat ondemeem word deur sowel die pasiënt as die geneeskundige maatskaplike werker.

#### ***1.5.4 Evaluering***

Washington (1980:18) definieer evaluering as 'n sistematiese proses wat bepaal hoe belangrik of suksesvol 'n spesifieke intervensie was in terme van koste, voordele en doeleëreiking. Dit het ook betrekking op die assessering van die toereikendheid van werk-

verrigting, die geskiktheid van die gestelde doel, die uitvoerbaarheid om dit te bereik, asook die waarde of impak van die onbedoelde uitkomstes.

De Vos (September 1990:29) beskou evaluering as die passing tussen werkverrigting of prestasie en die waardes en doelstellings. Evaluering kan dus beskou word as 'n sistematiese proses waarin die meting van werkverrigting plaasvind en waar dit as suksesvol beskou kan word indien dit aan die doelstellings, koste en voordele wat daarvoor gestel is, beantwoord.

### *1.5.5 Programevaluering*

Programevaluering word gedefinieer as die sistematiese studie van die onderneming van sosiale aksie, behandeling of intervensieprogramme, en hulle impak (Hornick & Burrows in Grinnell, 1988:402). Vir die doeleindes van hierdie studie sal 'n sistematiese studie ondemeem word ten einde die sukses van 'n opleidingsprogram te evalueer.



### **1.6 Strukturering van die skripsie**

HOOFSTUK EEN is 'n inleiding tot die res van die studie. Die motivering vir die studie, die navorsingsdoel en doelwitte, asook 'n beskrywing van die navorsingsmodel wat gebruik is, is hier uiteengesit. 'n Oorsig is gegee van die Geïntegreerde Ontwikkelingsnavorsingsmodel van Nel (1992) wat vir hierdie studie aangewend is. Sentrale begrippe — ontwikkelingsnavorsing, geneeskundige maatskaplike werk, assessering, evaluering en programevaluering — word laastens in hierdie hoofstuk omskryf.

HOOFSTUK TWEE word aan die uitkoms van die analisefase gewy. Verslag is oor die opleidingsprobleem wat geïdentifiseer en geanaliseer is, bestaande programme wat bestudeer is ten einde 'n oorsig van die stand daarvan te kry, en 'n uitvoerbaarheidstudie wat laastens onderneem is, gedoen.

HOOFSTUK DRIE bestaan uit die ontwerpfasie. Doelstellings en doelwitte is geformuleer, en 'n praktykmodel met rolbeskrywing en vaardighede, die bepaling van programinhoud, die selektering van onderrigstrategieë, en die verkryging van onderrigbronne is bespreek.

In HOOFSTUK VIER is die program wat geïmplementeer is, aangebied. Die program is ook in Engels beskikbaar.

In HOOFSTUK VYF is die program ontwikkel. Besondere aandag is gegee aan 'n ontwikkelingsplan wat dan as eerste loodsimplementering aangebied is. Die navorsers het, deur gebruik te maak van die Geïntegreerde Model van Programevaluering van De Vos (1991), die eerste loodsimplementering geëvalueer. Behoeftebepalingsevaluering, evalueerbaarheidssessering, moniteringsevaluering en impakevaluering is gebruik vir hierdie evaluering.

HOOFSTUK SES bevat die samevattende bespreking van die bevindinge, gevolgtrekkings en aanbevelings.



Die studie sal afgesluit word met 'n opsomming in HOOFSTUK SEWE.



## **HOOFTUK II**

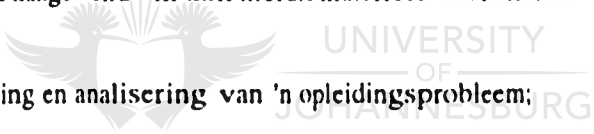
### **DIE ANALISEFASE**

#### **2.1 Inleiding**

Die analisefase van die opleidingsprobleem, geneeskundige maatskaplikewerk-assessering, is eers voltooi voordat die opleidingsprogram ontwerp en ontwikkel is. Die materiële voorvereistes vir die analisefase, wat in die Geïntegreerde Ontwikkelingnavorsingsmodel (Nel, 1992) aangetref word, is eerstens geïdentifiseer, naamlik:

- \* 'n opleidingsprobleem;
- \* die stand van bestaande programme;
- \* relevante inligting en bronne; en
- \* die uitvoerbaarheidspotensiaal.

Sekere metodologieë is aangewend om aan hierdie materiële voorvereistes te voldoen naamlik:

- 
- \* die identifisering en analisering van 'n opleidingsprobleem;
  - \* 'n oorsig oor die stand van programme; en
  - \* 'n uitvoerbaarheidstudie.

Die analisefase kan in terme van die Geïntegreerde Ontwikkelingnavorsingsmodel (Nel, 1992) skematies uiteengesit word (sien Figuur 2.1). In hierdie hoofstuk sal daar vervolgens verslag gedoen word van die gevolgtrekkings wat gemaak is ten opsigte van geneeskundige maatskaplikewerk-assessering na die aanwending van bogenoemde metodologiese stappe.

#### **2.2 Die identifisering en analisering van die opleidingsprobleem**

In Hoofstuk Een word die noodsaaklikheid van 'n fyn opleidingsbalans tussen die relatiewe onveranderende maatskaplikewerk-kennis en -vaardighede, en die voorbereiding van geneeskundige maatskaplike werkers om veranderende omstandighede in Suid-Afrika te hanteer, duidelik uitgewys. Bevoegdheid en verantwoordbaarheid is twee komponente wat



noodsaaklik is vir geneeskundige maatskaplike werkers om aan die eise in die huidige veranderende Suid-Afrika te voldoen.

*FIGUUR 2.1*

*DIE ANALISEFASE VAN DIE GEÏNTEGREERDE ONTWIKKELINGNAVORSINGSMODEL*

ANALISEFASE	MATERIËLE VOORVEREISTES	METODOLOGIEE
	1. Opleidingsprobleem	1. Identifisering en analisering van 'n opleidingsprobleem
2. Stand van bestaande programme	2. Oorsig oor die stand van programme	
3. Relevante inligting en bronne	3. Uitvoerbaarheidstudie	
4. Uitvoerbaarheidspotensiaal		

Die vraag kan gevra word of geneeskundige maatskaplike werkers nog op die onveranderende maatskaplikewerk-kennis en -vaardighede kan staatmaak. Die navorser is van mening dat geneeskundige maatskaplike werkers nie op bevoegdheid en verantwoordbaarheid kan aanspraak maak indien hulle nie oor die relevante wetenskaplike kennis, vaardighede en gesindhede ten opsigte van assessering, intervensietegnieke en evaluering (insette sowel as uitsette) beskik nie. In hierdie studie word daar egter — soos in die navorsingsdoelstelling (1.3.1) gestel word — as gevolg van die beperkte omvang van die studie slegs gekonsentreer op geneeskundige maatskaplikewerk-assessering.

Die opleidingsprobleem ten opsigte van relevante, wetenskaplike geneeskundig maatskaplike-werk-assessering is by verskeie geleenthede aangetoon:

- Die navorser is gevra om opleiding oor geneeskundige maatskaplikewerk-hulpverlening aan vier Oos-Randse hospitale aan te bied. 'n Gebrek aan kennis en vaardighede het by hierdie groep voorgekom ten opsigte van assessering, intervensie en evaluering. Waar die uitgesproke behoefte geanaliseer is, is daar gevind dat die meerderheid geneeskundige maatskaplike werkers in die seniorgroep was (met meer

as vyf jaar ondervinding), en dat hulle kennis en vaardighede nie tred gehou het met die veranderende tegnologie en omstandighede in Suid-Afrika nie.

- Die Tak: Gesondheidsdienste, Maatskaplike Dienste stel dit as norm dat senior maatskaplike werkers oor gevorderde teoretiese kennis en vaardighede beskik. Tydens analisering van die kennisvlak en vaardighede van senior maatskaplike werkers in verskeie hospitale is tot die gevolgtrekking gekom dat sommige van hulle nie aan die kriteria voldoen nie, terwyl ander, ten spyte van die feit dat hulle aan die kriteria voldoen, tog hulle kennis en vaardighede wil uitbrei. Geneeskundige maatskaplikewerk-departemente wat nie aan die Oos-Rand groep behoort nie, het navorser gekontak en 'n opleidingsprobleem uitgespreek. Twee psigiatriese hospitale en nog vyf hospitale aan die Rand is by die program betrek. Slegs twee hospitale aan die Rand is nie by die program betrek nie. Hulle het wel 'n opleidingsprobleem uitgespreek, maar kon om ander redes nie die program bywoon nie. 'n Totaal van elf hospitale se geneeskundige maatskaplike werkers het dus self 'n kennis- en vaardighedsleemte uitgespreek.
- Toetreerang geneeskundige maatskaplike werkers (in die eerste vyf jaar van diens) het duidelike probleme ten opsigte van relevante, wetenskaplike assessering, intervensie en evaluering getoon. Hierdie probleme is deur die navorser en ander supervisors in supervisie geïdentifiseer en geanaliseer. Universiteite verskil ten opsigte van hulle opleiding in assessering, intervensie en evaluering. Toetreerang maatskaplike werkers het nie by indiensneming die na-gradse kwalifikasie in geneeskundige maatskaplike werk nie. Voorgraadse opleiding aan verskillende universiteite verskil ten opsigte van die spesialiteitsgebied. Supervisors self lê verskillende klem op opleiding en relevante wetenskaplike opleiding as gevolg van hulle eie kennis, vaardighede en gesindhede. Die toetreerang maatskaplike werkers het klaarblyklik nie die vermoë om kennis en vaardighede in die praktyk te integreer nie.

### 2.3 Oorsig oor die stand van bestaande programme

Die stand van bestaande programme is die volgende materiële voorvereiste wat die ontwikkelingsnavorsers moes ondersoek. Die navorsers het 'n oorsig oor Suid-Afrikaanse en internasionale literatuur met behulp van die Randse Afrikaanse Universiteit se biblioteek- en inligtingsdiens onderneem. Die volgende databasisse is ingesluit:

- \* NAVO
- \* ERIC: 1983 - 1993
- \* SSI (Social Sciences Index): 1986 - 1993
- \* General Sciences Index: 1986 - 1993
- \* Applied Science and Technology: 1987
- \* ISAP (Index for South African Periodicals): 1987 - 1992
- \* Social Sciences Citation Index: Januarie 1993 - Junie 1993
- \* Social Work Abstracts: 1989 - 1993 — 'n handsoektog is hierna gedoen.

Uit bogenoemde databasisse kon geen literatuur rakende geneeskundige maatskaplikewerk-assessering gevind word nie. Dit was dus duidelik dat daar geen bestaande bronne oor geneeskundige maatskaplikewerk-assessering is nie.

### 2.4 Uitvoerbaarheidstudie

Die vraag kan inderdaad gevra word of so 'n tegnologie in geneeskundige maatskaplikewerk-assessering uitvoerbaar was indien daar geen literatuur daarvoor beskikbaar was nie. Die antwoord daarop is dat daar verskeie bronne oor assessering in maatskaplike werk beskikbaar is, asook bronne ten opsigte van geneeskundige maatskaplike werk, wat hierdie ontwikkelingspoging nie net regverdig het nie, maar ook noodsaak.

Indien daar nie 'n wetenskaplik-gefundeerde tegnologie beskikbaar was nie, kon daar nie van geneeskundige maatskaplike werkers verwag word om bevoegde, wetenskaplike assessering te doen nie. Organisasories is die ontwikkeling en aanbieding van die program gesteun deur die werkgewer van die navorsers by J.G. Strijdom hospitaal, asook deur die Tak: Gesondheidsdienste, Transvaal. Offisiële goedkeuring is ook verleen en beleidsmatige uitvoerbaarheid is

dus verskaf (Bylae A). Tegnologies was die program se aanbieding by J.G. Strijdom hospitaal uitvoerbaar en die minimale kostes wat van die Tak: Gesondheidsdienste verwag is, was vervoer vir die kursusgangers. Alle ander onkoste is deur die navorser self gedra, behalwe etes, waarvoor die kursusgangers betaal het. Die benuttingsuitvoerbaarheid van die program is groot, aangesien dit na ander hospitale in die Transvaal uitgebrei kan word. Daar is ook deur 'n nasionale werkgroep vir geneeskundige maatskaplike werkers besluit dat minimum standaarde vir die opleiding van geneeskundige maatskaplike werkers op alle vlakke moet bestaan (Werkgroep vir Geneeskundige en Psigiatriese Maatskaplike Werk, 1992:13).

Assessering binne die Geneeskundige Maatskaplikewerk-veld is 'n basiese komponent in hulpverlening wat hierdie program se benuttingsuitvoerbaarheid versterk, veral wanneer die veranderende eise aan geneeskundige maatskaplike werkers in ag geneem word.

## 2.5 Samevatting

Die analisefase bestaan, soos reeds gesien, uit materiële voorvereistes, naamlik die bestaan van 'n opleidingsprobleem, 'n oorsig oor die bestaande stand van tegnologie, ondersoek na relevante inligting en bronne, en 'n uitvoerbaarheidstudie. In die voorafgaande hoofstuk is geneeskundige maatskaplikewerk-assessering as opleidingsprobleem ondersoek na aanleiding van die metodologiese stappe van die Geïntegreerde Ontwikkelingnavorsingsmodel (Nel, 1992) ten einde aan die materiële vereistes te kon voldoen. Eerstens is die opleidingsprobleem geanaliseer en geïdentifiseer; daarna is 'n oorsig van bestaande geneeskundige maatskaplikewerk-assesseringsbronne ondersoek; en laastens is die uitvoerbaarheidstudie van die program beskou. Bogenoemde aspekte het 'n leemte vir so 'n program aangedui. Daar is dus op grond van bogenoemde bevindinge besluit om tot die ontwerp van 'n nuwe tegnologie in ontwikkelingsnavorsing oor te gaan.



## HOOFSTUK III

### DIE ONTWERPFASE

#### 3.1 Inleiding

Tydens die ontwerpfasie word relevante data omskep en geïntegreer sodat die beoogde nuwe tegnologie daargestel kan word. Nel (1992:62-63) dui die volgende materiële voorvereistes, wat bereik moet word, en metodologiese stappe, wat uitgevoer moet word, aan, ten einde die doel van die fase, naamlik die ontwerp van die program, te verweselik (Figuur 3.1).

*FIGUUR 3.1*

*DIE ONTWERPFASE VAN DIE GEÏNTEGREERDE ONTWIKKELINGNAVORSINGSMODEL*

ONTWERPFASE	MATERIËLE VOORVEREISTES	METODOLOGIEE
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Doelstellings en doelwitte</li> <li>• Praktykmodel</li> <li>• Tentatiewe voorstelling van opleidingsinnovasie</li> <li>• Innovasie prosedures</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formulering van doelstellings</li> <li>• Die daarstelling van 'n praktykmodel</li> <li>• Rolbeskrywing</li> <li>• Identifisering van vaardighede</li> <li>• Bepaling van leerbehoefes</li> <li>• Formulering van programdoelwitte</li> <li>• Bepaling van programinhoud</li> <li>• Selektoring van onderrigstrategieë</li> <li>• Die verkryging van onderrigbronne</li> </ul>

Vervolgens sal elkeen van die stappe bespreek word na aanleiding van die beoogde program in geneeskundige maatskaplikewerk-assessering.

### 3.2 Formulering van doelstellings

Tydens die analisefase is die volgende vasgestel:

- dat daar geen tegnologie vir geneeskundige maatskaplikewerk-assessering bestaan nie;
- dat daar 'n kennis- en vaardigheidsleemte by seniorrang en toetreerang maatskaplike werkers bestaan ten opsigte van relevante, wetenskaplike geneeskundige maatskaplikewerk-assessering;
- dat geneeskundige maatskaplike werkers positiewe gesind is teenoor pogings om hierdie kennisleemte aan te vul.

Die doelstelling spruit voort uit die analisefase. Derhalwe was die primêre doelstelling van hierdie ontwikkelingsnavorsing om 'n opleidingsprogram ten opsigte van geneeskundige maatskaplikewerk-assessering te ontwikkel. Hierdie program is aan seniorrang, toetreerang en hoof maatskaplike werkers aangebied, ten einde hulle kennis van en vaardighede in relevante, wetenskaplike geneeskundige maatskaplikewerk-assessering uit te brei.

Nadat die doelstelling van hierdie ontwikkelingsnavorsing geformuleer is, is die program in terme van 'n praktykmodel verklaar.

### 3.3 Die daarstelling van 'n praktykmodel

#### 3.3.1 Inleiding

Die analisefase het getoon dat daar geen praktykmodel vir geneeskundige maatskaplike-werk-assessering bestaan nie, alhoewel assessering as 'n belangrike proses in die maatskaplikewerk-praktyk beskou word. Die gevolglike doelstellings en maatskaplike-werk-intervensie is in 'n groot mate afhanklik van assessering. Assessering word gedoen aan die begin van die geneeskundige maatskaplike werker se hulpverlening, en dit is ook 'n belangrike element van die veranderende eise wat aan hulle gestel word. Wanneer assessering gesien word as die proses van insameling en analisering van data ten einde die pasiënt se probleem en die ander dimensies — wat verband hou met die probleem — beter te verstaan, is daar in die Maatskaplike Werk tog resente en nuttige praktyk-

modelle wat as riglyne kan dien vir 'n geïntegreerde praktykmodel in geneeskundige maatskaplikewerk-assessering. Die navorser sal vervolgens oorgaan tot die bespreking van bestaande praktykmodelle wat gebruik kan word om so 'n geneeskundige maatskaplikewerk-assesseringsmodel te ontwikkel.

### ***3.3.2 Oorsig oor bestaande praktykmodelle***

Vervolgens sal drie praktykmodelle, naamlik die bevoegdheidsmodel van E. Gambril, die direkte maatskaplikewerk-praktykmodel van H. Hepworth en J. Larsen, en die model van onderhoudstrategieë vir hulpverleners van N.H. Cormier en L.S. Cormier, bespreek word. Hierdie modelle is as die basiese instrumente gebruik in die opstel van 'n geïntegreerde model vir geneeskundige maatskaplikewerk-assessering.

#### ***3.3.2.1 Die bevoegdheidsmodel van E. Gambril***

Gambril (1983:2-4) lig enkele aspekte ten opsigte van die bevoegdheidsmodel uit wat ook belangrik is wanneer assessering gedoen word, naamlik:

- Die bevoegdheidsmodel het ten doel om persone se eie bevoegdheide te vermeerder, sodat hulle hulle lewenskwaliteit in hulle huidige omstandighede, maar ook in die toekoms, kan verbeter.
- Die nastrewing van uitkomstes, wat belangrik is vir kliënte en belangrike ander persone, is 'n belangrike element in die bevoegdheidsmodel. Daar is dus ook 'n wedersydse afhanklikheid tussen die maatskaplike werker en kliënt.
- Die keuse van assessering en intervensieprosedures is gebaseer op empiriese literatuur.

Sekere aspekte van die bevoegdheidsmodel se raamwerk vir assessering is egter van uitsonderlike belang vir die program wat vir geneeskundige maatskaplikewerk-assessering gebruik kan word.

- Die bevoegdheidsmodel fokus op die hede eerder as die verlede. Die fokus van die assessering is op die probleme wat die kliënt beskryf, en 'n belangrike aspek is die duidelik verbandhoudende uitkomstes wat aangetoon moet word. Gedrag bestaan ook uit verskeie responsstelsels, wat met mekaar verband kan hou, of nie met mekaar verband hou nie, afhangende van die leerervaring van die persoon. Die bevoegdheidsmodel fokus op positiewe gedrag en gebeure wat nou saamhang met bevoegdhede van persone.
- 'n Ander faktor wat van belang is, is die faktore wat gedrag beïnvloed in terme van die gevolge en antesedente van gedrag. Bronne wat gedrag beïnvloed speel dus ook 'n belangrike rol in die bevoegdheidsmodel.
- Die bevoegdheidsmodel omskryf ook 'n aantal bronne wat die maatskaplike werker kan gebruik om assesseringsdata te bekom. Die belang van hierdie aspek kan ook nie onderskat word in geneeskundige maatskaplikewerk-assessering nie, aangesien hierdie aspek tog ook saamhang met die akkuraatheid van assessering.

Die bevoegdheidsmodel verskaf dus riglyne vir die maatskaplike werker ten opsigte van *wat* geassesseer moet word, maar ook *hoe* geassesseer moet word ten einde assessering tot waarde vir die maatskaplike werker en kliënt te maak.

### *3.3.2.2 Die direkte maatskaplikewerk-praktykmodel: H. Hepworth en J. Larsen*

Direkte praktyk of kliniese praktyk het betrekking op maatskaplikewerk-hulpverlening op mikrovlak, insluitende een-tot-een verhoudings, groepwerk, huweliksberaad en gesinsterapie.

Hepworth en Larsen (1990:22-23) dui sekere beginsels van dié praktykmodel aan, waarvan enkeles genoem sal word wat van belang is in geneeskundige maatskaplikewerk-assessering.



Persone word tot 'n mate deur hulle omgewing beheer, maar hulle is in staat om self besluite te neem en moet deur maatskaplike werkers daartoe gelei word om die maksimum onafhanklikheid te verkry. Persone kan ook nuwe gedrag aanleer. Die klem word ook op die hede geplaas, net soos by die bevoegdheidsmodel, en beperkte fokus op die verlede kan in sommige gevalle van belang wees. 'n Ander aspek wat beklemtoon word, is die feit dat baie probleme sistemies of as gevolg van die gemeenskap gestel is, eerder as persoonlik of interpersoonlik. Die outeurs gebruik dus 'n ekologies-sistemiese benadering ten einde probleme aan te spreek.

Hepworth en Larsen (1990:193) beskou assessering as die proses van versameling, analisering en samestelling van opvallende data in 'n formulering wat die volgende belangrike dimensies toon:

- \* Die aard van die kliënt se probleem wat spesiale aandag gee aan ontwikkelende behoeftes en stressors wat verband hou met lewensoorangstydperke wat groot aanpassings verg;
- \* Aanpassingsmeganismes van kliënte en belangrike ander persone, insluitende sterkpunte, vaardighede, persoonlikheidsbates, beperkinge en gebreke;
- \* Relevante sisteme betrokke by kliënte se probleme en die aard van wederzijdse transaksies tussen die kliënt en die sisteme;
- \* Bronne wat beskikbaar of nodig is om probleme op te los of te verbeter;
- \* Die kliënt se motivering om aan die probleme te werk.

Die bronne waardeur assessering gedoen word, word ook deur Hepworth en Larsen (1990:196) genoem, maar daar word aansienlik minder aandag hieraan gegee as in die bevoegdheidsmodel. Hierdie bronne kan egter nuttig geïnkorporeer word in die geneeskundige maatskaplike werker se assessering.

Die direkte praktykmodel gebruik ook sekere vrae ten einde akkurate assessering te doen (Hepworth & Larsen, 1990:206).

Die intrapersoonlike, omgewings- en gesinsisteme word deur hierdie model in diepte geassesseer. Die elemente wat hier gebruik word, maak dit by uitstek geskik vir geneeskundige maatskaplikewerk-assessering. Die elemente sluit die volgende aspekte in:

Intrapersoonlike sisteme: Hier word die bio-fisiese funksionering, naamlik fisiese kenmerke en aanbieding, fisiese gesondheid, gebruik en misbruik van medikasie en alkohol ingesluit.

Kognitiewe/perseptuele funksionering sluit die intellektuele funksionering, oordeel, realiteitstoetsing, verband, kognitiewe buigbaarheid, waardes en wanopvattings in.

Emosionele funksionering omvat weer emosionele kontrole, reeks van emosies, geskiktheid van affek en depressie. Gedragsfunksionering word bespreek deur disfunksionele en funksionele dimensies van gedrag aan te toon.

'n Ander belangrike faktor vir geneeskundige maatskaplike werk wat deur Hepworth en Larsen (1990:238) aangespreek word, is kulturele faktore. Hierdie faktore sal egter vir die Suid-Afrikaanse konteks aangepas moet word.

Omgewingsisteme en ondersteuningsisteme is verdere aspekte wat veral in die hospitaalopset aandag moet geniet, maar nie altyd in ag geneem word nie.

Die model spreek ook assessering van gesinsfunksionering aan.

Die direkte maatskaplikewerk-praktykmodel is dus omvattend en kan as riglyn dien vir 'n geïntegreerde geneeskundige maatskaplikewerk-assesseringsmodel.

3.3.2.3 *Die model van onderhoudstrategieë vir hulpverleners - N.H. & L.S. Cormier*  
Cormier en Cormier (1991:153) gebruik kognitiewe gedragsterapie as uitgangspunt. Sekere uitgangspunte ten opsigte van kliënte, probleme en gedrag word gevolg.

- Die meeste gedrag is aangeleer.
- Oorsake van probleme en daarom ook behandeling/intervensie is multi-dimensioneel.
- Probleme moet operasioneel gesien word.
- Die meeste probleme vind in 'n sosiale konteks plaas en hou funksioneel verband met interne en eksterne antesedente en gevolge. Die ABC model van gedrag word dan ook gevolg waar B = gedrag ("behaviour") deur A = antesedente ("antecedents") beïnvloed word, en hierdie gedrag weer aanleiding gee tot C = gevolge ("consequences").

'n Aanmeldingsonderhoud en 'n onderhoud waar geskiedenis verkry word, word deur hierdie model weergegee. Belangrike elemente kom hierin na vore (Cormier & Cormier, 1991:173-175). Elf kategorieë word aangetoon vir die assessering van kliënte se probleme, naamlik:

- Verklaar die *doel van assessering* - verskaf die rasionaal vir die onderhoud aan die kliënt;
- Identifiseer 'n *reeks* van probleme;
- *Prioritiseer en selekteer* sake en probleme;
- Identifiseer *huidige probleemgedrag*: ses komponente word onderskei — affektief, somaties, gedrag, kognitief, konteks en verhoudings;
- Identifiseer antesedente;
- Identifiseer gevolge;
- Identifiseer sekondêre voordeel wat uit probleemgedrag verkry word;
- Identifiseer vorige oplossings van probleemgedrag;
- Identifiseer kliënt se persepsie van die probleem;

- Identifiseer die intensiteit van die probleem — die graad van intensiteit, frekwensie en duur van die probleemgedrag (Cormier & Cormier, 1991:176).

Cormier en Cormier (1991:191) maak ook gebruik van 'n gevallestudie waarin die onderhoudsvoeringstegnieke wat gebruik word gedurende assessering, aangedui word. Onderhoudvoeringstegnieke is ook 'n element wat van belang is in geneeskundige maatskaplikewerk-assessering.

#### 3.3.2.4 'n Geïntegreerde model vir geneeskundige maatskaplikewerk-assessering

Wanneer bogenoemde drie modelle in oënskou geneem word, leen hulle hulle inderdaad tot die opstel van 'n geïntegreerde assesseringsmodel. Met aanvullende inligting uit die Geneeskundige Maatskaplikewerk-spesialiteitsveld, kan hulle omskep word tot 'n geïntegreerde geneeskundige maatskaplikewerk-assesseringsmodel.



#### 3.3.3 'n Geïntegreerde geneeskundige maatskaplikewerk-assesseringsmodel

'n Geïntegreerde geneeskundige maatskaplikewerk-assesseringsmodel word vervolgens uiteengesit.

**EERSTENS** word aandag gegee aan die elemente van geneeskundige maatskaplikewerk-assessering, naamlik die **WAT** wat in assessering aandag moet geniet.

##### a) Agtergrondinligting/identifiserende besonderhede.

Cormier en Cormier (1991:173-178) verskaf riglyne aangaande agtergrondinligting wat met vrug gebruik kan word vir die assessering van sulke inligting.

- Pasiënt se naam, adres, huis- en werkstelefoonnommers;
- Ouderdom;
- Geslag;
- Kulturele/etniese affiliasie;

- v) **Huwelikstatus;**
- vi) **Beroep; en**
- vii) **Huidige lewenssituasie:** tipiese dag/week, lewensroetine, ekonomiese situasie en beroep, kontak met ander persone, sosiale/vryetydsbestedings-aktiwiteite en stokperdjies, militêre agtergrond en geskiedenis. Die geneeskundige maatskaplike werker sal uiteraard kyk na die invloed van die siektetoestand op die pasiënt se huidige lewenssituasie.

Alhoewel die modelle almal die teenswoordige opset voorstaan, is daar tog sekere omstandighede waarin die verlede van die pasiënt in ag geneem moet word. Hierdie belangrike *chronologiese ontwikkelings-, psigiese- en ander gebeure* kan ook selektief geassesseer word gedurende die volgende periodes:

- \* Voorskools (0 - 6 jaar);
- \* Middelkinderjare (6 - 13 jaar);
- \* Adolessensie (13 - 21 jaar);
- \* Jong volwassenheid (21 - 30 jaar);
- \* Middel volwassenheid (30 - 65 jaar); en
- \* Laat volwassenheid (65 jaar en ouer).

b) **Bio-fisiese funksionering**

Die bio-fisiese funksionering van die pasiënt is die sentrale punt waarom die hele hulpproses van die geneeskundige maatskaplike werker draai. Hepworth en Larsen (1990:218) verwys na die assessering van die bio-fisiese en Cormier en Cormier (1991:157) verwys na somatiese, fisiologiese en liggaamsverwante sensasies.

Die geneeskundige maatskaplike werker moet egter hierdie aspek in meer diepte kan assesseer. Die diagnostiese proses word een van balansering van die pasiënt se omgewings- en persoonlike sterktes, teenoor die verswakkende mag van siekte (Bracht in Davidson & Clarke, 1990:112). Die volgende komponente behoort dus onder bio-fisiese funksionering tydens geneeskundige maatskaplikewerk-assessering ingesluit te word.

*Fisiese gesondheid/siekte:* Tegnieuse inligting, byvoorbeeld diagnose, simptome, prognose en behandeling is hier relevant. Die aard van die mediese behandeling, sowel as die lede van die multi-dissiplinêre span wat betrokke is, moet by hierdie assessering in ag geneem word. Hierdie assessering kan deur middel van die mediese lêer, asook deur middel van kontak met die multi-dissiplinêre span, gedoen word. Dit is noodsaaklik dat die geneeskundige maatskaplike werker ook 'n basiese kennis ten opsigte van die kliniese beeld en behandeling van die siektetoestand het, ten einde 'n korrekte assessering te kan doen. Die invloed van die siekte op die psigo-maatskaplike funksionering van die pasiënt en gesin kan op hierdie stadium geassesseer word in die sigbaarheid, kritieke omstandighede, chronisiteit en voorspelbaarheid van die siektetoestand (Bracht in Davidson & Clarke, 1990:126).

*Gebruik en misbruik van medikasie/alkohol:* Hierdie aspek het vir die geneeskundige maatskaplike werker uiteraard 'n ander betekenis as vir maatskaplike werkers in ander spesialiteitsvelde. Die gebruik van medikasie en die navolging van 'n behandelingsprogram gee aan die geneeskundige maatskaplike werker 'n goeie indruk van die pasiënt se algehele aanpassing by die siektetoestand. 'n Verdere aspek wat geneeskundige maatskaplike werkers ook in ag moet neem by assessering en intervensie, is die nuwe-effekte van medikasie op die pasiënt se funksionering, wat ook dikwels sy maatskaplike funksionering insluit. Die gebruik van alkohol by sekere siektetoestande en saam met sekere medikasie is ook van belang. Alhoewel mede-spanlede ook betrokke is by assessering van hierdie aspekte, byvoorbeeld die apteker en geneesheer, behoort die geneeskundige maatskaplike werker 'n basiese kennis van hierdie aspekte te hê. Hepworth en Larsen (1990:221) noem ook dat dit belangrik is om die potensiaal wat medikasie het om gesondheid te verbeter en te verswak, veral in die gesondheidsopset, te assesseer. Hierdie outeurs wys ook op die nuwe-effekte van medikasie, byvoorbeeld lomerigheid en seksuele wanfunksionering. Ander siektetoestande reageer weer positief op medikasie, byvoorbeeld premenstruele sindroom, aandagsoekende gedrag en hiperaktiwiteit by kinders.

Die geneeskundige maatskaplike werker moet egter net soos in die geval van ander maatskaplike werkers, bedag wees op die misbruik van alkohol en medikasie, veral in gevalle waar dit die oorsaak of gevolg van siekte is.

*Fisiese kenmerke:* Fisiese kenmerke van die pasiënt word as 'n ander belangrike element in die assessering van die bio-fisiese beskou. Hepworth en Larsen (1990:218) en Cormier en Cormier (1991:173) verskaf riglyne ten opsigte van assessering wat die volgende insluit: liggaamsbou, postuur, gelaatstrekke, stap en verskillende fisiese afwykings wat die selfbeeld van die persoon kan versteur of as 'n sosiale voordeel kan funksioneer. Die aanbieding van die kliënt in terme van kleredrag en versorging, asook hande wat bewe en gespanne spiere van die gesig, hande en arms, is kenmerke wat aandag kan kry.

*Sintuie:* Die vyf hoof sintuie word deur Lazarus (in Cormier & Cormier, 1991:149) en in Corsini en Wedding (1989:503) uitgesonder in sy multimodel-assessering. Hierdie sintuie, naamlik die visuele, kinestetiese, ouditiwe, reuksin en smaaksin, moenie uit die oog verloor word in geneeskundige maatskaplikewerk-assessering, veral by sekere siektetoestande soos byvoorbeeld 'n serebro-vaskulêre ongeluk, nie.

*Vorige gesondheids- en mediese geskiedenis:* Die multi-dissiplinêre span gee gewoonlik aandag aan hierdie aspek, maar dit kan gebeur dat hierdie inligting ook in geneeskundige maatskaplikewerk-assessering nodig is. Cormier en Cormier (1991:174) sonder die volgende aspekte uit: kindersiektes, vorige belangrike siektes, vorige chirurgie en belangrike gesondheidsprobleme by die pasiënt se familie (ouers, grootouers, broers en susters).

c) Kognitief/perseptuele funksionering

Die manier waarop pasiënte hulle wêreld waarneem en die betekenis wat hulle daaraan gee, word deur Hepworth en Larsen (1990:224) uitgesonder as nog 'n komponent van assessering. Cormier en Cormier (1991:156) verwys daarna as bedekte gedrag. Dit is vanselfsprekend dat hierdie aspek in geneeskundige maatskaplike-

werk-assessering ingesluit sal word. Die volgende komponente word by hierdie assessering ingesluit (Hepworth & Larsen, 1990:224-228):

*Intellektuele funksionering:* Die geneeskundige maatskaplike werker kan gebruik maak van sielkundiges ten einde hierdie aspek te assesseeer, maar dit is nie altyd moontlik nie, en deur assessering van die volgende aspekte kan die intellektuele funksionering van die pasiënte of naasbestaendes tog vasgestel word: die vermoë om abstrakte idees te begryp (byvoorbeeld ten opsigte van die mediese diagnose), die vermoë om hulleself duidelik uit te druk, logies te dink en te analiseer, die vlak van opvoedkundige kwalifikasies en die woordeskat wat gebruik word. Laasgenoemde kan egter volgens navorsers slegs geassesseer word indien die geneeskundige maatskaplike werker die taal van die pasiënt goed verstaan.

*Oordeel:* Dit is van belang om in sommige gevalle te assesseeer of die pasiënt 'n gesonde oordeel het ten opsigte van sy siektetoestand, maar ook ten opsigte van aspekte soos om vinnig hulle werk te bedank of jong kinders sonder sorg te laat.

*Realiteitstoetsing:* Die geneeskundige maatskaplike werker kan haar in omstandighede bevind waar sy realiteitstoetsing moet doen, veral by psigiatriese pasiënte. Assessering ten opsigte van geskikte oriëntasie wat betref tyd, plek en persoon, die maak van geskikte gevolgtrekkings ten opsigte van die verhouding tussen oorsaak en gevolg, waarneming van ander en eksterne gebeure met redelike akkuraatheid, en differensiering van eie gedagtes en gevoelens teenoor dié afkomstig van ander persone.

*Kohesie:* Die geneeskundige maatskaplike werker kom nie altyd eerste in kontak met pasiënte wat erge gedagteversteurings, gekenmerk deur onsamehangende en verwarde spraak, openbaar nie. Daar is tog uitsonderings (alhoewel nie in die Tak: Gesondheidsdienste, Transvaal nie), waar geneeskundige maatskaplike werkers in 'n gemeenskap werk waar hulle die eerste persone is wat met sulke pasiënte in aanraking kom en dan hierdie pasiënte moet assesseeer ten opsigte van verdere hulpverlening. Die geneeskundige maatskaplike werker in fisiese, sowel as



psigiatriese hospitale, kom egter ook gereeld in aanraking met pasiënte wat verward is, hetsy as gevolg van 'n siektetoestand of medikasie.

*Kognitiewe buigbaarheid, waardes en wanopvattinge* is ook belangrike aspekte by assessering. Hierdie aspekte, as samehangende faktore ten opsigte van siekte, is van groot belang vir geneeskundige maatskaplikewerk-assessering, want intervensie kan onsuksesvol wees indien hierdie aspekte nie behoorlik geassesseer word nie.

d) Emosionele funksionering

*Emosionele reaksies ten opsigte van siekte:* Bracht in Davidson & Clarke (1990:119) beskou enige poging wat die geneeskundige maatskaplike werker aanwend om emosionele reaksies ten opsigte van 'n spesifieke siekte te wil verklaar of te kategoriseer, as 'n ooreenvoudiging. Dit kan nie voldoen aan die kompleksiteit, intensiteit en individuele variasies van sulke reaksies nie. Die pasiënt en sy naasbestaandes se gedrag en houdings is 'n uitdrukking van sy/haar gemak of ongemak met die siekte. Rou, depressie en ontkenning word deur Bracht in Davidson & Clarke (1990:120-121) uitgesonder as emosionele reaksies. Lilliston in Davidson & Clarke (1990:91) noem ook die emosionele reaksies van vrees, angs, skuldgevoelens en aggressie.

*Emosionele kontrole:* Gedagtes, gelowe wat geassosieer word met emosies, asook emosionele beperkinge en uitbarstings is hier van belang.

*Die reeks emosies, geskiktheid van affek, depressie en kognitiewe versteurings* moet ook in die emosionele funksionering van die pasiënt geassesseer word.

*Stres:* Die oorsaaklike verband tussen siekte en stres kan twee roetes volg, naamlik:

- die direkte roete wat die gevolg is van die veranderinge wat stres op die liggaamsfisiologie het; en
- 'n indirekte roete wat gesondheid beïnvloed deur die persoon se gedrag (Sarafino, 1990:131).

e) Gedragsfunksionering

Verskeie gesondheidsprobleme is die gevolg van swak gesondheidsgewoontes en/of selfkontrole (Bracht in Davidson & Clarke, 1990:123). Disfunksionele en funksionele gedragspatrone moet derhalwe ook deur die geneeskundige maatskaplike werker geassesseer word. Dit is egter van belang om die antesedente van gedrag, die waar, wanneer en die frekwensie van gedrag, asook die gevolge daarvan te assesser (Hepworth & Larsen, 1990:235). Cormier en Cormier (1991:156) onderskei dan ook tussen uiterlik waarneembare gedrag en bedekte gedrag, asook tussen die antesedente en gevolge van gedrag. Gambriil (1983:40-42) dui ook die belang van gedrag aan. Hierdie outeurs dui dus die belangrikheid van die antesedente en gevolge van uiterlik waarneembare en bedekte gedrag vir die geneeskundige maatskaplike werker aan. Verskeie disfunksionele en funksionele gedragspatrone kan ten opsigte van die volgende gedragsdimensies geassesseer word: mag/kontrole, versorging/ondersteuning, verantwoordelikheid, sosiale vaardighede, aanpassingspatrone, persoonlike gewoontes en trekke, kommunikasie, bekwaamheid/onafhanklikheid, affektiewe/seksuele gedragsdimensies en motivering (Hepworth & Larsen, 1990:236).

f) Verhoudingsfunksionering

'n Persoon hanteer sy bekommernisse oor siekte en gesondheid binne die konteks van sy lewenstyl, dit wil sê sy omgang met ander mense. Hierdie ander mense kan gesinslede, bure, vriende, werkgewers, medewerkers, groeplede, en lede van klubs of organisasies waaraan die individu behoort, insluit. Hierdie mense vorm dus die pasiënt se sosiale netwerk (MacElveen-Hoehn in Longo, 1986:133). Dit is uiteraard nodig dat geneeskundige maatskaplike werkers verskillende verhoudings assesser.

*Huweliksverhouding:* Die volgende aspekte kan geassesseer word indien hulle betrekking het op die pasiënt se huidige siektetoestand: geskiedenis van liefdesverhouding voor huwelik, insluitende verlowing, huweliksgeskiedenis, rede vir terminering van verhouding/huwelik, huidige verhouding met eglied (hoe goed kom hulle oor die weg, probleme, stressors, geluk, satisfaksie) en ander persone wat by die gesin woon (Cormier & Cormier, 1991:175). Die geneeskundige maatskaplike

werker kan egter nooit die verband wat bestaan tussen die siektetoestand en die gevolge daarvan op die huweliksverhouding uit die oog verloor nie.

*Seksuele verhouding:* Die seksuele verhouding word ook beïnvloed deur siekte as gevolg van die aard van die siekte of behandeling, maar siekte kan ook die gevolg van seksuele verhoudings wees, byvoorbeeld VIGS. Cormier en Cormier (1991:175) gee ook hier aanduidings van sekere aspekte wat geassesseer kan word: beskrywing van vorige seksuele ervarings (insluitende die eerste een), assessering van die moontlikheid van heteroseksuele, homoseksuele of biseksuele ondervindings, huidige seksuele aktiwiteite (masturbasie, seksuele omgang en frekwensie) en huidige klagtes of bekommernisse ten opsigte van seksuele houdings of gedrag. Die geneeskundige maatskaplike werker sal egter ook die verband/invloed tussen siekte en behandeling en die seksuele verhouding moet assesseer.

*Gesinsfunksionering:* Die geneeskundige maatskaplike werker hanteer die psigo-maatskaplike implikasies en oorsake van siekte, gestremdheid en dood nie slegs met die pasiënt nie, maar ook met die gesin. Die gesin staan dus nie buite die kader van geneeskundige maatskaplikewerk-assessering nie. In hierdie assessering sal aandag gegee word aan die volgende aspekte: gesinsamestelling, die emosionele sisteem van die gesin, intrafamiliële sisteme, rolle en strukture binne die gesin, die reëlsisteme van die gesin en verspreiding van mag, asook kommunikasiepatrone (Hepworth & Larsen, 1990:257-297). Die verband tussen siekte en bogenoemde aspekte sal weer eens die klemverskil vir die geneeskundige maatskaplike werker ten opsigte van gesinsassessering wees.

#### g) Omgewingsisteme

Assessering fokus op die wisselwerking tussen die ekologie en die persoon. Wanneer assessering gedoen word ten opsigte van die pasiënt se omgewing, moet aandag beperk word tot die aspekte wat verband hou met die probleem. Daar is verskeie omgewingsbehoefte waaruit die geneeskundige maatskaplike werker haar assessering kan doen ten einde vas te stel of beskikbare bronne bestaan (Hepworth & Larsen, 1990:248):

- genoegsame sosiale ondersteuningsisteme (byvoorbeeld familie, naasbestaandes, vriende, bure, georganiseerde groepe);
- toegang tot gespesialiseerde gesondheidsdienste;
- toegang tot dagsentrumfasiliteite vir kinders;
- toegang tot ontspanningsfasiliteite;
- mobiliteit om te sosialiseer, bronne te gebruik en regte as burger uit te oefen;
- geskikte behuising met genoeg spasie, sanitasie, privaatheid en beskerming teen risiko's en besoedeling;
- geskikte polisiëring en brandweerdienste en 'n redelike graad van sekuriteit;
- veilige en gesonde werksomstandighede;
- genoegsame finansiële bronne om belangrikste bronne aan te skaf;
- genoegsame voeding;
- voorspelbare reëlings met ander wat versorging bied (veral ten opsigte van kinders);
- geleenthede vir opleiding en selfvervulling;
- toegang tot regsbronne;
- toegang tot godsdienstige organisasies; en
- werkseleenthede.

Die hospitaalomgewing is 'n aspek wat die geneeskundige maatskaplike werker by haar assessering moet insluit. Die hospitaalomgewing vereis van pasiënte psigiese en sosiale aanpassings. Hulle moet gewoon raak aan die verlies van privaatheid, streng reëls en tydskedules, beperkte aktiwiteite, min kontrole oor gebeure rondom hulle, en afhanklikheid van ander persone (Sarafino, 1990:329).

#### h) Kulturele aspekte

In Suid-Afrika met sy verskeie kulture, kan hierdie aspek nooit buite die assesseringsveld val nie. Hepworth en Larsen (1990:238-247) fokus op kulturele faktore wat nodig is by assessering, naamlik kulturele norme, differensiasie tussen individueel- en kultureel bepalende patrone, graad van akkulturasie met die hoofstroom kulture, vlotheid van Engelse taalgebruik, probleemoplossende metodes,

verkryging van kredietwaardigheid, kulturele faktore in siekte, kulturele bronne, houding ten opsigte van eksterne hulp, en voorsiening van onmiddellike voordele. Al hierdie aspekte behoort deel uit te maak van die geneeskundige maatskaplike werker se assessering van die kulturele aspekte van die pasiënt.

TWEEDENS moet daar in 'n geïntegreerde geneeskundige maatskaplikewerk-assesseringsmodel aandag gegee word aan die metodes of die *HOE* van assessering. Die geneeskundige maatskaplike werker hoef nie te verval in die gewoonte om slegs die verbale beskrywing van die pasiënt en sy/haar eie sowel as die multi-dissiplinêre span se waarneming te gebruik as assesseringsmetodes nie. Cormier en Cormier (1991:200-203) dui die volgende metodes aan: notas en verslae en self-moniterende assessering deur die pasiënt deur middel van beskrywende aantekeninge. Hepworth en Larsen (1990:196) toon die volgende metodes aan: agtergrondsinsigting soos verskaf deur die pasiënt deur middel van vorms, verbale gedrag, direkte waarneming van interaksie tussen egpare, gesinne, groepslede, agtergrondsinsigting vanaf familie, vriende, geneeshere, onderwysers en ander professionele persone, sielkundige toetsing en persoonlike ervaring van die praktisyn (maatskaplike werker) gebaseer op direkte interaksie met pasiënte.

'n Bron wat ryk is aan insigting ten opsigte van metodes vir assessering, asook hulle voor- en nadele, is Gambriel (1983:163-206). Volgens hierdie outeur is die metode en tipe meting wat in assessering gebruik word, belangrik. Kenmerke wat van belang is, is duur, latentheid (tydsinterval tussen aanbieding van 'n gebeurtenis of gedrag), intensiteit, hoeveelheid, verskeidenheid en kwaliteit (Gambriel, 1983:165).

Selfrapportering vir assesseringsdoeleindes word deur die pasiënt gedoen deur middel van verbale verslaggewing, geskrewe maatreëls, kontrolelyste en skale. Pasiënte en belangrike ander persone kan deur vertellende verslaggewing, verslaghouding van die frekwensie, koers, duur en omvang van gedrag wat gegee word, asook deur skale en kontrolelyste, hulp bied tydens assessering. Elektro-meganiese hulpmiddels, byvoorbeeld dié wat om die persoon se pols gedra word, verslae, fisiese/mediese ondersoeke en gesprekke met ander professionele persone word ook uitgelig. Rollespel, waar die maatskaplike werker

waarneem, word ook uitgelig as assesseringshulpmiddel, asook waarneming in die natuurlike omgewing. Verslaghouding van gedrag word gedoen in tussenposes, deur tydmonsters of in 'n groep.

Die *onderhoudsvoeringstegnieke* wat die geneeskundige maatskaplike werker sal gebruik tydens assessering, is 'n ander aspek wat van belang is in die *HOE* van assessering. Tegnieke wat gebruik word, is luister, parafrasering, verduideliking, reflektoring, aandag gee, samevatting, klarifisering, interpretering, eksplorاسie en konfrontاسie (Cormier & Cormier, 1991:190-197).

**SAMEVATTEND** kan gesê word dat hierdie geïntegreerde geneeskundige maatskaplike-werk-assesseringsmodel nie net assesseringsaspekte uitlig nie, maar ook metodes wat gebruik kan word ten einde hierdie assessering uit te voer. Dit kan as waardevolle riglyn dien in die opleiding van geneeskundige maatskaplike werkers in assessering. Die volgende stap in die ontwikkeling van 'n praktykmodel — ten einde aan die metodologieë van die Geïntegreerde Ontwikkelingsnavorsingsmodel te voldoen — is rolbeskrywing.

### 3.4 Rolbeskrywing

Die Geïntegreerde Ontwikkelingsnavorsingsmodel (Nel, 1992:20) se volgende metodologiese stap is rolbeskrywing. 'n Rol omvat 'n stel pligte en verantwoordelikhede, georganiseer om spesifieke uitsette te lewer (Nel & Nel, 1992:15). Die geïntegreerde geneeskundige maatskaplikewerk-assesseringsmodel omvat sekere rolle wat onderskei kan word. Die geneeskundige maatskaplike werker het uiteraard sekere pligte en verantwoordelikhede wat tydens die assesseringsproses nagekom moet word, veral as die assesseringsproses aan die vereiste van verantwoordbaarheid moet voldoen.

Drower in McKendrick (1990:160) gee die volgende opsommende beskrywing van die rol van die geneeskundige maatskaplike werker. Die geneeskundige maatskaplike werker moet betrokke wees by die pasiënt se sterkpunte en swakhede, wat na aanleiding van die psigiese en omgewingsaspekte voorkom. Die geneeskundige maatskaplike werker se oorkoepelende rol tydens assessering, naamlik dié van assesseeerder, word dus deur Drower in McKendrick

(1990:160) omskryf. Die geneeskundige maatskaplike werker se hoofrol tydens assessering is dié van assesseerder, wat die psigo-maatskaplike omstandighede verbonde aan siekte by die pasiënt en sy naasbestaendes moet assesseer.

Na deeglike bestudering van die praktykmodel (3.3) kan 'n aantal aanvullende rolle van die geneeskundige maatskaplike werker tydens assessering geïdentifiseer word. Die geneeskundige maatskaplike werker tree ook as *bemiddelaar* op, aangesien sy die lid van die multi-professionele span is wat dikwels as skakel tussen die pasiënt/naasbestaendes en die bronne binne en buite die hospitaal moet optree. Die geneeskundige maatskaplike werker se *ondersteunende rol* dra daartoe by dat die pasiënt/naasbestaendes 'n positiewe hydrae kan lewer tydens die assesseringsproses. Hierdie rol sluit aan by die *instaatstellersrol*, aangesien die ondersteuning van die geneeskundige maatskaplike werker tot beter begrip en samewerking by die pasiënt/naasbestaendes kan lei. Germain (1984:78-79) sluit hierby aan, en is van mening dat die geneeskundige maatskaplike werker deur die verskaffing van emosionele ondersteuning aan die rol van instaatsteller kan voldoen.

Die geneeskundige maatskaplike werker doen assessering altyd in haar bevoegdheid as deel van die multi-professionele span. Haar rol as *medewerker* in assessering en mediese diagnosering is derhalwe ook belangrik. Die geneeskundige maatskaplike werker kan inligting aangaande die psigo-maatskaplike omstandighede van die pasiënt verskaf, wat uiters waardevol kan wees tydens mediese diagnosering en behandeling.

Die geneeskundige maatskaplike werker vervul ook die rol van *mobiliseerder*, waar die pasiënt/naasbestaendes gemobiliseer word ten einde ambivalensie, weerstand en afhanklikheid te oorkom. Hierdeur motiveer sy die pasiënt/naasbestaendes.

'n Verdere rol is die van *navorsers*, waar sy behoeftes identifiseer en gereeld navorsing doen met die doel om eie kennis en vaardighede te verbeter (Laurence-Carbonatto & Du Preez, 1990:319). Die geneeskundige maatskaplike werker gebruik sekere metodes van assessering, byvoorbeeld skale, wat daartoe hydra dat sy 'n navorsingsingesteldheid moet openbaar ten einde 'n effektiewe assessering te kan doen. Die rolle en 'n kort beskrywing van elk word in Figuur 3.2 uiteengesit.

**FIGUUR 3.2**

**UITEENSETTING VAN DIE ROLLE VAN DIE GENEESKUNDIGE MAATSKAPLIKE WERKER TYDENS ASSESSERING**

<b>Rolle</b>	<b>Take verbonde aan rolle</b>
Bemiddelaar	Tree op as bemiddelaar tussen bronne binne en buite die hospitaal en die pasiënt/naasbestaandes.
Instaatsteller	Verskaf emosionele ondersteuning.
Medewerker	Tree op as medewerker van die multi-professionele span tydens assessering en mediese diagnosering.
Mobiliseerder	Mobiliseer die pasiënt/naasbestaandes ten einde ambivalensie, weerstand en afhanklikheid tydens assessering te oorkom, en motiveer pasiënt/naasbestaandes.
Navorsers	Identifiseer behoeftes deur gebruik te maak van navorsingsmetodiek tydens assessering.
Ondersteuner	Tree op as ondersteuner vir die pasiënt/naasbestaandes sodat hulle mediese en maatskaplike dienste sal gebruik.



Vanuit die praktykmodel en rolbeskrywing kan sekere vaardighede, waaroor die geneeskundige maatskaplike werker tydens assessering moet beskik, geïdentifiseer word. Die navorser sal dus vervolgens poog om hierdie vaardighede aan te toon.

### 3.5 Identifisering van vaardighede

Die geneeskundige maatskaplike werker sal uiteraard oor sekere vaardighede moet beskik ten einde assessering op 'n wetenskaplike manier te kan doen. Vaardighede omvat 'n aksie en is waarneembaar (Nadler, 1988:112). Die geneeskundige maatskaplike werker se vaardighede is dus ook waarneembaar vir die res van die multi-professionele span, en dit sal bydra tot hulle siening van haar/sy bevoegdheid. Die noodsaaklikheid van die vaardighede waaroor die geneeskundige maatskaplike werker tydens assessering moet beskik, mag dus nie onderskat word nie.

Die spesifieke vaardighede wat die geneeskundige maatskaplike werker moet hê kan duidelik gesien word uit die praktykmodel en rolbeskrywing van geneeskundige maatskaplikewerk-assessering. Onderhoudvoeringsvaardighede is van belang tydens assesseringsonderhoude (Cormier & Cormier, 1991:191-197). Die geneeskundige maatskaplike werker maak ook gebruik van sekere metodes tydens assessering, en die korrekte gebruik van hierdie metodes verg dus ook sekere vaardighede. Uit die rolle wat die geneeskundige maatskaplike werker moet vervul, kom noodsaaklike vaardighede ook duidelik na vore, naamlik vaardighede in bemiddeling, assessering, navorsing en basiese kommunikasie en onderhoudsvoering.

Vaardighede is na aanleiding van 'n behoeftebepaling (sien Afdeling 3.6) in die opleidingsprogram geïnkorporeer (Hoofstuk Vier). Hierdie vaardighede sal die geneeskundige maatskaplike werker toerus om 'n wetenskaplike assessering van die pasiënt/naasbestaandes en die omgewing te doen. Dit sal 'n goeie psigo-maatskaplike agtergrond aan die multi-professionele span verskaf, en die basis vir verdere hulpverlening en behandeling vorm.

### 3.6 Bepaling van leerbehoefes

Die bepaling van leerbehoefes is die volgende fundamentele stap in die ontwikkeling van 'n opleidingsprogram, nadat die elemente van die ideale praktykmodel vasgestel is, sowel as die rolle wat die geneeskundige maatskaplike werker moet speel en die vaardighede waarvoor sy moet beskik.

Die begrip 'behoefte' word eerstens omskryf. 'n Behoefte kan gedefinieer word as 'n gebrek, wanbalans, wanaanpassing of verskil tussen die huidige situasie en 'n aantal sosiale norme wat as meer wenslik beskou word. 'n Behoefte is dus die verskil tussen *wat behoort te wees* en *wat is* (Boone, 1985:115). Dit kan dus omskryf word as die verskil tussen 'n doel (dit wat verwag word) en dit wat werklik bestaan (Nadler, 1988:85).

Drie tipes behoeftes kan onderskei word (Nadler, 1988:85-86):

- i) *Vermelde behoeftes*: Vanuit die spesifieke werkswaardigheid is dit moontlik om presies vas te stel wat 'n persoon moet doen, en kan die spesifieke behoeftes van iemand wat daardie werk doen, met redelike sekerheid aangedui word.
- ii) *Gelympliseerde behoeftes*: Hierdie soort behoefte ontstaan uit die situasie en word nie spesifiek gestel nie. 'n Voorbeeld is wanneer 'n werknemer in 'n nuwe area van verantwoordelikheid geplaas word.
- iii) *Gevoelde behoeftes*: Wanneer die persoon beter wil presteer en daar 'n duidelike verskil is tussen die werkswaardigheid en verwagtinge, is daar 'n gevoelde behoefte.

Daar is verskillende vlakke waarop leerbehoefes binne 'n organisasie bepaal kan word:

- *Organisasie analise* om te bepaal waar die klem in die organisasie geplaas behoort te word;
- *Ondernemingsanalise* wat bepaal wat die inhoud van die opleiding moet te wees in terme van wat 'n werknemer moet weet ten einde 'n taak effektief te kan uitvoer; en
- *Persoonsanalise* wat bepaal watter kennis, vaardighede en houdings die individuele werknemers moet ontwikkel ten einde die take waaruit die organisasie se werkswaardigtinge bestaan, uit te voer. (Schneier, Beatty & McEvoy, 1986:341).

Wanneer die *vermelde behoeftes* van die elf hospitale wat betrokke is by hierdie studie, in ag geneem word, is dit duidelik dat assessering 'n belangrike plek inneem in maatskaplikewerkdienste wat gelewer word. Statistiek is van sewe van hierdie hospitale verkry oor dienste wat gelewer is aan pasiënte gedurende die tydperk Oktober tot Desember 1993. Hierdie statistiek is eenvormig in Tak: Gesondheidsdienste, Transvaal, en dienslewering word in eenhede van vyftien minute aangedui. Vier van die elf hospitale kon nie statistiek verskaf nie (Tabel 3.1).

Die statistiek toon duidelik dat geneeskundige maatskaplike werkers hoofsaaklik tyd aan assessering spandeer. Dit is egter nie duidelik hoe wetenskaplik hierdie assessering gedoen word nie, en of dit verband hou met die geneeskundige diagnose nie. Laasgenoemde aspek is deur middel van behoeftebepalings met hoof maatskaplike werkers, wat as supervisors optree, en met maatskaplike werkers self, bepaal.

*Geïmpliseerde behoeftes* kom na vore uit die feit dat nie alle maatskaplike werkers in Tak: Gesondheidsdienste, Transvaal, oor tersiëre opleiding in geneeskundige maatskaplike werk beskik nie, wat tot gevolg kan hê dat hulle belangrike geneeskundige maatskaplike aspekte nie raaksien nie. 'n Ander geïmpliseerde behoefte wat deur die navorser, sowel as supervisors en Assistent Direkteure waargeneem is, is die feit dat maatskaplike werkers in Tak: Gesondheidsdienste uit drie groepe bestaan: senior maatskaplike werkers wat 'n gebrek aan resente, wetenskaplike kennis ten opsigte van assessering het; toetreerang maatskaplike werkers wat, alhoewel hulle die resente kennis het, dit nie kan toepas nie en by wie vaardighede ontbreek; en 'n derde groep wat oor resente kennis en die vereiste vaardighede beskik.

Die *gevoelde behoeftes* is tydens 'n personeelontwikkelingsessie deur Oosrandse geneeskundige maatskaplike werkers uitgespreek. Hierdie groep het hoofsaaklik uit senior en hoof maatskaplike werkers bestaan. Toetreerang maatskaplike werkers het dieselfde soort behoefte uitgespreek tydens individuele onderrigsupervisie wat deur die navorser aangebied is, maar meer ten opsigte van vaardighede. 'n Behoeftebepaling wat deur middel van 'n onderhoudskedule (Bylae B) met hoof maatskaplike werkers in groepsverband gedoen is, het sekere leerbehoefte aangedui, soos gesien kan word in Tabel 3.2. Vraelyste oor leerbehoefte (Bylae C) is aan al die geneeskundige maatskaplike werkers wat betrokke is by hierdie program, gestuur, en die resultate sal nou bespreek word.

TABEL 3.1

STATISTIEKE: DIENSTE GELEWER OKT, NOV, DES 93 (5 minute sessies)

DIENSTE VERSKAF OKT, NOV, DES 93	VERRE OOSRAND	WESKOP- PIES	CORONA- TION	J.G. STRUDOM	PAUL KRUGER GEDENK	KRUGERS- DORP LERA- TONG PAARDE- KRAAL	THEM- BISA	STERK- FONTEIN	BOKS- BURG- BENONI	JHB	HILL- BROW	WILLEM CRUY- WAGEN	TOTAAL
Aansiening (SASS)	477	7336	1519	2504	500	4880	284	635					18 135
Bernadette- poe (SCOU)	265	5900	586	3414	292	4747	286	18					15 506
Kruisgry- ping (SCRJ)	150	101	98	13	216	12	168	.	NIE VERSKAF	NIE VERSKAF	NIE VERSKAF	NIE VERSKAF	758
Ongewagte manipulasie (SENM)	15	.	295	145	60	456	281	10					1262
Genootskape (SFAT)	143	238	.	48	.	67	390	.	NIE VERSKAF	NIE VERSKAF	NIE VERSKAF	NIE VERSKAF	886
Groepwerk (SGWO)	65	190	.	31	.	12	.	.					298
Speltempo (SPLT)	65	30	.	82	.	382	.	.					559
Verwyting na groter onbegre- pbaarheid (SRCR)	71	30	63	410	78	75	186	.					913
Tombeske (SOUV)	4	120	.	.	.	.	.	55					179
Herwikk- beraad (SMAT)	27		.	46	.	60	260	.					393
Ander (SOTH) opreën		517	106	Verlies 3130	.	2001	.	.					5754
TOTAAL	1142	13 902	2567	9785	2756	12638	1855	718					45 403

TABEL 3.2

BEPALING VAN LEERBEHOEFTE NA AANLEIDING VAN ONDERHOUDSKEDULE MET HOOF MAATSKAPLIKE WERKERS

VRAAG	HOSPITAAL/JA	HOSPITAAL/NEE	DETAIL TEN OPSIGTE VAN VRAAG	BEHOEFTE	
				JA	NEE
<i>Opleiding die afgelope drie jaar in assessering</i>	Coronation J.G. Strijdom		Indiensopleiding oor Hepworth & Larsen is aangebied, en individueel opgevolg in supervisie		
	Hillbrow		Dieselfde as bogenoemde		
	Paardekraal		Assessering word aangeleer tydens oriënteringsprogram en personeel-ontwikkeling. Hepworth & Larsen word merendeels gebruik		
	Weskoppies		DSM III R, 'n riglyn vir psigiatriese pasiënte, word gebruik. Die PIE sisteem is ook bestudeer		
		Tembisa Paul Kruger Gedenk Sterkfontein Verre-Oosrand Boksburg — Benoni Willem Cruywagen			
<b>ASPEKTE WAT GEASSESEER BEHOORT TE WORD</b>					
<i>4.1 Agtergrondsgebeure</i>			Alle hospitale pas hierdie assessering toe		X
<i>4.2 Identifiserende inligting</i>			Almal gebruik die registrasievorm wat hierdie inligting bevat		X
<i>4.3 Bio-fisiese funksionering</i>			Nie almal pas dit toe nie, slegs by spesifieke pasiënte. By die psigiatriese hospitale word daar baie klem op hierdie aspek gelê. 'n Groot behoefte bestaan vir opleiding aangaande hierdie aspek	X	
<i>4.4 Kognitief/perseptuele funksionering</i>			'n Algemene behoefte word geïdentifiseer	X	

<b>4.5 Emosionele funksionering</b>	'n Algemene behoefte word geïdentifiseer. Onderskeid kan moeilik hier getref word tussen toetreerange en seniors se vaardigheidsvlakke	X	
<b>4.6 Gedragsfunksionering</b>	Algemene behoefte	X	
<b>4.7 Verhoudingsfunksionering</b>	Algemene behoefte - veral ten opsigte van assessering van sisteme	X	
<b>4.8 Omgewingsisteme</b>	Hierdie aspek is belangrik by die beplanning van intervensie, en vir benutting van hulpbronne	X	
<b>4.9 Kulturele aspekte</b>	'n Belangrike behoefte word deur almal geïdentifiseer. Psigiatrisie hospitale versoek dat klem gelê word op die tradisionele geneser se rol in vergelyking met die mediese personeel. Geloofsgenesers ("spiritual healers") moet ook in ag geneem word	X	
<b>5 Enige aspekte waaraan nie gereeld aandag gegee word nie</b>	Bogenoemde antwoorde is 'n aanduiding dat daar ten opsigte van afdelings 'n behoefte bestaan	X	

**BELANGRIKE KENMERKE VAN ASSESSERING**

<b>6.1 Vrae is operasioneel</b>	Hierdie aspekte is nie altyd ewe belangrik nie - indien respondente 'n behoefte identifiseer, kan dit ingesluit word by die kursus	X	
<b>6.2 Alle assesseringsdata hou funksioneel verband met die probleem</b>		X	
<b>6.3 Verskillende dele van die probleem hou verband met mekaar</b>		X	
<b>6.4 Gebeure beïnvloed gedrag</b>		X	
<b>6.5 Antesedente en gevolge identifiseer</b>		X	
<b>6.6 Elke probleem het meer as een komponent</b>		X	
<b>6.7 Frekwensie van probleem is belangrik</b>	Hierdie aspekte is nie altyd ewe belangrik nie - indien respondente 'n behoefte identifiseer, kan dit ingesluit word by die kursus	?	
<b>6.8 Duur van probleem is belangrik</b>			

**BRONNE VAN ASSESSERING WAT GEREELD GEBRUIK WORD**

<i>7.1 Agtergrondinligting deur pasiënt</i>	Alle werkers doen dit		X
<i>7.2 Inligting deur professionele span</i>			X
<i>7.3 Direkte waarneming van nie-verbale gedrag</i>	Onderskeid moet getref word tussen toetreerange en seniors	X	
<i>7.4 Direkte waarneming van egpaar</i>	Daar word saamgestem dat werkers hierdie aspekte behoort te assesser, maar dat dit nie altyd prakties moontlik is nie (familie byvoorbeeld nie bereikbaar nie)	?	
<i>7.5 Direkte waarneming van gesin</i>			
<i>7.6 Gestandaardiseerde toetse vir maatskaplike werkers</i>	Die Heimler-skaal word soms gebruik. Weskoppies versoek dat assesseringskale oor sisteme, en inligting oor probleme met DSM III R, aan hulle voorsien word	X	
<i>7.7 Self-rapporterende oorsigslus</i>	'n Dringende behoefte word deur almal geïdentifiseer	X	
<i>7.8 Waarneming deur ander in die gesin</i>	Onsekerheid bestaan of opleiding oor hierdie aspek nodig is	?	
<i>7.9 Rollespel</i>	Almal identifiseer 'n behoefte aan opleiding hieroor	X	
<i>7.10 Beskrywende aantekening deur pasiënt</i>		X	
<i>7.11 Persoonlike ervaring: maatskaplike werker</i>	Tans is daar nie 'n behoefte aan opleiding hieroor nie		X
<i>7.12 Agtergrondinligting van belangrike ander</i>			X
<i>7.13 Mediese lêer van pasiënt</i>			X
<i>7.14 Sielkundige toetse</i>	Sielkundige toetse word hoofsaaklik by psigiatriese hospitale gebruik	?	
<i>7.15 Direkte onderhoud: maatskaplike werker en pasiënt identifiseer probleme</i>	Sterk behoefte hiervoor geïdentifiseer	X	
<i>7.16 Genogram</i>	Behoeftes bestaan by almal ten opsigte van genogram	X	
<i>7.17 Ekokaart</i>	Behoeftes bestaan by almal ten opsigte van ekokaart	X	
<i>7.18 DSM III R</i>	Slegs psigiatriese hospitale gebruik DSM III R		X

8 <i>Onderhoudsvoeringstegnieke</i>	'n Behoefte bestaan by almal - voorstelle word gemaak dat rollespel gebruik word	X	
9 <i>Modelle vir assessering wat gebruik word</i>	Probleemoplossende program (p-program) Hepworth & Larsen ("Direct practice") Gambriel ("Competency-based") 'n Behoefte bestaan by almal om opleiding hieroor te ontvang	X	
10 <i>Het geneeskundige maatskaplike werkers genoeg kennis/vaardighede?</i>	Die algemene gevoel was dat geneeskundige maatskaplike werkers nie oor genoegsame kennis en vaardighede beskik nie (vir wetenskaplike assessering)	X	



UNIVERSITY  
OF  
JOHANNESBURG



'n Totaal van 43 vraelyste is uitgestuur, waarvan 40 terug ontvang is. Die bevindinge hiervan sal vervolgens bespreek word.

Die *assesseringsaspekte* wat geassesseer moet word, is aan maatskaplike werkers genoem, en hulle moes aantoon of hulle hierdie aspekte nooit, selde, soms of altyd assesseer. Tabel 3.3 toon die persentasieverspreiding van aspekte wat geassesseer word, aan.

Die persentasieverspreiding toon duidelik dat die meeste maatskaplike werkers, naamlik 92,5%, *altyd* identifiserende inligting verkry. Die emosionele funksionering en verhoudings-funksionering word ook *soms* of *altyd* geassesseer. 'n Leemte wat egter na vore kom, is die assessering van bio-fisiese funksionering, wat slegs deur 37,5% van die respondente *altyd* gedoen word. Geneeskundige maatskaplike werkers behoort altyd hierdie aspek, vanuit hulle spesialiteitsveld, te assesseer. Die kognitief-perseptuele aspek word ook min geassesseer.

Moontlike redes waarom hierdie aspekte nie na behore geassesseer word nie, is dat die geneeskundige maatskaplike werkers nie die nodige kennis van hierdie aspekte het nie, of dat hulle nie vanuit hulle spesialiteitsveld, binne die multi-professionele spanverband, hierdie assessering self hoef te doen nie.

Kulturele aspekte word in 42,5% van die gevalle *altyd* geassesseer, en 35% van die gevalle *soms*. Die 22,5% respondente wat hierdie aspek *selde* assesseer, het waarskynlik 'n kennis en vaardigheidsleemte betreffende hierdie aspek, of ag dit nie nodig nie vanweë hulle eie en die pasiënt se kulturele agtergrond.

Die persentasieverspreiding van assesseringsaspekte dui aan dat die meeste aspekte tog *soms* en *altyd* geassesseer word.

Die navorser het ook van oop vrae gebruik gemaak om vas te stel wat die aard van die kennis van die respondente ten opsigte van die onderskeie assesseringsaspekte (sien Bylae C) is. Hierdie gegewens word in Tabel 3.4 weergegee, aan die hand van die aantal waardes wat gegee moes word.

TABEL 3.3

PERSENTASIEVERSPREIDING VAN ASPEKTE WAT GEASSESEER BEHOORT TE WORD

ASSESSERINGSASPEKTE	PERSENTASIE RESPONDENTE WAT BETROKKE ASPEKTE SOOS VOLG ASSESSEER			
	NOOIT	SELDE	SOMS	ALTYD
1. Agtergrondsgebeure	2,5	7,5	27,5	62,5
2. Identifiserende inligting	-	-	7,5	92,5
3. Bio-fisiese funksionering	-	20,0	42,5	37,5
4. Kognitief/perseptuele funksionering	2,5	15,0	35,0	47,5
5. Emosionele funksionering	-	2,5	20,0	77,5
6. Gedragfunksionering	-	7,5	30,0	62,5
7. Verhoudingsfunksionering	-	2,5	22,5	75,0
8. Omgewingsisteme	-	5,0	32,5	62,5
9. Kulturele aspekte	-	22,5	35,0	42,5
<i>N</i> = 40				

Die *agtergrondsgebeure*, wat uit veertien waardes bestaan het, dui die gemiddelde telling ( $\bar{x}$ ) as 0,975 aan. Die gemiddelde van die respondente wys dus beduidend op 'n leerbehoefte. Die *identifiserende inligting* blyk nie 'n leerbehoefte te wees nie, aangesien die gemiddelde telling ( $\bar{x}$ ), 2,974, uit sewe waardes bestaan. Die respondente kon dus byna die helfte van hierdie waardes identifiseer.

TABEL 3.4

**STATISTIESE GEGEWENS VAN ASSESSERING SOOS VASGESTEL DEUR KENNISTOETSING  
VAN ASPEKTE WAT GENEESKUNDIGE MAATSKAPLIKE WERKERS ASSESSEER**

ASSESSERINGSASPEK	AANTAL WAARDES	GEMIDDELD $\bar{x}$
Agtergrondsgebeure	14	0,975
Identifiserende inligting	7	2,974
Bio-fisiese funksionering	38	2,000
Kognitief/perseptuele funksionering	24	1,275
Emosionele funksionering	18	1,700
Gedragsfunksionering	21	0,900
Huweliksverhouding	13	1,025
Seksuele verhouding	13	0,600
Gesinsverhouding	32	1,325
Totale verhoudingsfunksionering	58	2,950
Omgewingsisteme	19	2,224
Kulturele aspekte	12	0,650
<i>N</i> = 40		

Die agt-en-dertig (38) waardes wat die *bio-fisiese funksioneringsaspekte*, wat geassesseer moet word, aantoon, dui op 'n gemiddeld ( $\bar{x}$ ) van 2,000. Hierdie aspek dui dus op 'n besliste leerbehoefte. Wanneer die *kognitief-perseptuele funksioneringsaspekte*, bestaande uit vier-en-twintig (24) waardes, in ag geneem word, is die gemiddelde telling ( $\bar{x}$ ) 1,275. Hierdie waardes dui dus ook op 'n leerbehoefte. Die gemiddelde telling ( $\bar{x}$ ) van die *emosionele funksionering* is 1,700, wat ook op 'n leerbehoefte dui.

Wanneer die assesseringskennis van *gedragfunksionering, huweliksverhouding, seksuele verhouding, gesinsverhouding en totale verhoudingsfunksionering* in ag geneem word, is dit duidelik dat almal leerbehoefte is, aangesien die volgende gemiddelde tellings ( $\bar{x}$ ) voorkom: 0,900 uit een-en-twintig (21) waardes vir gedragfunksionering, 1,025 uit dertien (13) waardes ten opsigte van die huweliksverhouding, 0,600 uit dertien (13) waardes vir die seksuele verhouding, en 1,325 uit twee-en-dertig (32) waardes vir die gesinsverhouding. Die gemiddelde telling vir die totale verhoudingsfunksionering, wat uit agt-en-vyftig (58) waardes bestaan het, was ( $\bar{x}$ ) 2,950.

Kennistoetsing van die assessering van omgewingsisteme se gemiddelde telling van ( $\bar{x}$ ) 2,224 uit negentien (19) waardes, asook die gemiddelde telling van ( $\bar{x}$ ) 0,650 uit twaalf (12) waardes vir kulturele aspekte, word ook deur die navorser as 'n kennisleemte, en dus as 'n leerbehoefte, beskou.

Wanneer bogenoemde tendense vergelyk word met dié in Tabel 3.3, kan die gevolgtrekking gemaak word dat, alhoewel die meeste respondente ál die assesseringsaspekte *soms of altyd* assesseer, hulle nie oor die korrekte wetenskaplike kennis beskik ten einde effektiewe assessering te doen nie.

Daar word vervolgens aandag gegee aan die data wat verkry is ten opsigte van die gebruik van spesifieke modelle wat tydens assessering gebruik kan word. Hierdie aspek hou ook verband met die mate van wetenskaplike kennis waaroor respondente beskik. In Tabel 3.5 word die persentasieverspreiding van die gebruik van assesseringsmodelle weergegee.

TABEL 3.5

## PERSENTASIEVERSPREIDING VAN DIE GEBRUIK VAN ASSESSERINGSMODELLE

PERSENTASIEVERSPREIDING: GEBRUIK VAN MODELLE			
Nooit	Selde	Soms	Altyd
30,0	25,0	35,0	10,0
<i>N</i> = 40			

Hierdie gegewens dui aan dat 45% van die respondente *soms* en *altyd* modelle gebruik, maar 'n meerderheid van 55% gebruik modelle *selde* of *nooit*. Dit kan dus ook dui op 'n leer-behoefte.

'n Kennistoets is weer eens gedoen om vas te stel of respondente die kennis wat hulle het ten opsigte van modelle, kan weergee. Die resultate van die toets kan gesien word in Tabel 3.6.



TABEL 3.6

PERSENTASIEVERSPREIDING VAN DIE AARD VAN ASSESSERINGSMODELLE  
WAT GEBRUIK WORD

MODEL VAN:	% GEBRUIK	% NIE GEBRUIK
Gambril	5,0	95,0
Eagan	5,0	95,0
Hepworth & Larsen	22,5	77,5
Cormier & Cormier	2,5	97,5
Perlman	20,0	80,0
Geïntegreerd	2,5	97,5
<i>N</i> = 40		

Bogenoemde gegewens dui daarop dat die meeste respondente die Direkte maatskaplikewerk-praktykmodel van Hepworth & Larsen, wat 'n ekologies-sistemiese model is, gebruik. Die ander model wat in 20% van die gevalle gebruik word, is die Probleemoplossende model van Perlman. Hierdie model, wat egter 'n verouderde model is, is in die Tak: Gesondheidsdienste, Transvaal, oor 'n lang periode en ook in die aanbieding van supervisie gebruik. Die algemene tendens wat geopenbaar word, is dat die meeste respondente 'n leerbehoefte het aan die mees resente wetenskaplike modelle in assessering. Slegs 2,5% van die respondente gebruik ook 'n geïntegreerde benadering, terwyl 97,5% dit glad nie gebruik nie.

Kennis van die assesseringsaspekte wat tydens geneeskundige maatskaplikewerk-assessering ingesluit moet word, is belangrik, maar die geneeskundige maatskaplike werker moet ook oor sekere vaardighede beskik om hierdie assessering te kan uitvoer. Vervolgens sal die leerbehoefes in die vaardighede van geneeskundige maatskaplikewerk-assessering bespreek word.

Tabel 3.7 toon die persentasieverspreiding van die gebruik van assesseringsbronne aan. Hieruit kan die vaardighede in assessering van geneeskundige maatskaplike werkers afgelei word. Die bronne wat dikwels gebruik word, is (volgens rangorde): mediese leer, agtergrondsinligting, direkte onderhoudvoering waarin maatskaplike werker en pasiënt probleme identifiseer, direkte waarneming van nie-verbale gedrag deur maatskaplike werker, en inligting wat deur die professionele span oorgedra word.

*Gestandaardiseerde toetse* word in 42,9% van die gevalle nooit gebruik nie, en in 34,3% van die gevalle selde. Slegs 22,9% van die respondente gebruik die toetse soms. *Beskrywende aantekeninge* word deur 51,3% van die respondente nooit gebruik nie, deur 20,5% selde, deur 20,5% soms, en deur 7,7% dikwels. *Rollespel* as assesseringsbron word by 26,3% van die respondente nooit gebruik nie, by 39,5% selde, by 31,6% soms, en by slegs 2,6% dikwels. Die *ekokaart* word in 48,5% van die gevalle nooit gebruik nie, in 27,3% van die gevalle selde, en in slegs 24,2% van die gevalle soms of dikwels. Die *genogram* word deur 32,4% van die respondente nooit gebruik nie, deur 18,9% selde, 24,3% soms, en 24,3% altyd. Die *DSM III R* word deur slegs 24,3% van die respondente dikwels gebruik, en deur 10,8% soms. Hierdie assesseringsbron word egter hoofsaaklik in psigiatriese hospitale en psigiatriese eenhede in algemene hospitale gebruik.

TABEL 3.7

PERSENTASIEVERSPREIDING VAN BRONNE WAT TYDENS ASSESSERING GEBRUIK WORD, SOOS  
AANGEDUI DEUR GENEESKUNDIGE MAATSKAPLIKE WERKERS

ASSESSERINGSBRON	PERSENTASIE RESPONDENTE WAT BETROKKE BRONNE AS VOLG GEBRUIK:			
	NOOIT	SELDE	SOMS	DIKWELS
Agtergrondinligting	—	2,5	7,5	90,0
Inligting deur die professionele span oorgedra	—	—	30,0	70,0
Direkte waarneming van nie-verbale gedrag deur maatskaplike werker	—	—	17,5	82,5
Direkte waarneming van interaksie tussen egpaar	—	10,0	27,5	62,5
Direkte waarneming van interaksie in die gesin	2,5	17,5	35,0	45,0
Gestandaardiseerde toetse vir maatskaplike werkers	42,9	34,3	22,9	—
Self-rapporterende oorsigslys	56,4	30,8	12,8	—
Waarneming deur ander lede van die gesin of omgewing	15,4	17,9	41,0	25,6
Rollespel	26,3	39,5	31,6	2,6
Beskrywende aantekeninge deur pasiënt self ingevul, bv. dagboek	51,3	20,5	20,5	7,7
Persoonlike ervaring van maatskaplike werker gebaseer op direkte interaksie met pasiënte en belangrike ander persone	—	2,6	53,8	43,6
Agtergrondinligting van belangrike ander persone	—	5,0	27,5	67,5
Mediese lêer van pasiënt	—	2,5	2,5	95,0
Sielkundige toetse van pasiënt	7,7	28,2	43,6	20,5
Direkte onderhoudvoering waarin maatskaplike werker en pasiënt probleme identifiseer	—	—	10,3	89,7
Genogram	32,4	18,9	24,3	24,3
Ekokaart	48,5	27,3	12,1	12,1
DSM III R	40,5	24,3	10,8	24,3
N = 40				

Bogenoemde gegewens dui aan dat geneeskundige maatskaplike werkers hoofsaaklik gebruik maak van onderhoudsvoering en hulpmiddels van die multi-professionele span. Daar kan nie met sekerheid gesê word hoe effektief en wetenskaplik hierdie metodes aangewend word nie, aangesien rekords oor die gebruik van hierdie metodes nie altyd beskikbaar is nie. Die persentasie aangedui by die gebruik van hulpmiddels soos gestandaardiseerde toetse vir maatskaplike werkers, self-rapporterende oorsigslyste, beskrywende aantekeninge, die ekokaart, rollespel, en genogram, kan egter op leerbehoefte ten opsigte van die toepassing van hierdie middels dui. Tak: Gesondheidsdienste, Transvaal, bied 'n gesinsterapiekursus aan waar kursusgangers die genogram gebruik. Dit kan wees dat respondente wat hierdie kursus voltooi het, sowel as toetreeang maatskaplike werkers wat nog in die eerste vyf jaar van diens is, die genogram aanwend as hulpmiddel. Dit sal dus van nut wees om reeds-bestaande kennis in die opknappingskursus te gebruik om vas te stel wat die ware leerbehoefte is.

Die gebruik van *gestandaardiseerde toetse* vir maatskaplike werkers is verder ontleed ten einde die leerbehoefte te bepaal (Tabel 3.8 en 3.9). In Tabel 3.8 word aangetoon dat slegs 15,0% van die respondente *gestandaardiseerde toetse* kon aandui in die kennistoets. Die meerderheid, naamlik 85%, kon geen toetse aandui nie. Dit is dus duidelik dat van die 22,9% respondente wat in Tabel 3.9 aangedui het dat hulle soms van toetse gebruik maak, nie oor die nodige kennis van hierdie toetse beskik nie.

TABEL 3.8

STATISTIESE GEGEWENS TEN OPSIGTE VAN DIE GEBRUIK VAN GESTANDAARDISEERDE TOETSE/SKALE VIR MAATSKAPLIKE WERKERS, SOOS BEPAAL DEUR 'N KENNISTOETS

GEMIDDELD	% GEBRUIK	% NIE GEBRUIK
0,15	15	85
<i>N = 40</i>		

Wanneer die aard van toetse wat gebruik word, ontleed word, is dit duidelik dat daar slegs twee soorte toetse — die Hudsonskale en die Heimlerskaal — gebruik word (Tabel 3.9).



TABEL 3.9

STATISTIESE GEGEWENS TEN OPSIGTE VAN DIE AARD VAN GESTANDAARDISEERDE TOETSE/SKALE  
WAT DEUR MAATSKAPLIKE WERKERS GEBRUIK WORD

TOETS/ SKAAL	GEMIDDELD	% GEBRUIK	% NIE GEBRUIK
Hudson	1,875	12,5	87,5
Heimler	1,975	2,5	97,5
<i>N</i> = 40			

*Hudsonskale* kon by 87,5% van die respondente nie geïdentifiseer word in die kennistoets nie. Die *Heimlerskaal* is slegs deur 2,5% van die respondente geïdentifiseer. Dit wil dus voorkom asof leerbehoefte by die gebruik van albei tipe skale bestaan, maar vir hierdie studie sal slegs die *Hudsonskale* gebruik word, aangesien spesiale opleiding nodig is om die *Heimlerskaal* aan te bied, en die kursusaanbieder nie oor hierdie opleiding beskik nie.

Die gebruik van *selfrapporterende vraelyste* of *selfgeankerde skale* kon slegs deur 5% van die respondente weergegee word in die kennistoets (Tabel 3.10). Daar ontstaan weereens die vraag of die 12,8% respondente wat aangetoon het dat hulle dit soms gebruik (sien Tabel 3.7), werklik oor die nodige kennis beskik.

TABEL 3.10

STATISTIESE GEGEWENS TEN OPSIGTE VAN DIE GEBRUIK VAN SELF-RAPPORTERENDE VRAELYSTE/  
SELFGEANKERDE SKALE WAT GEBRUIK WORD

GEMIDDELD	% GEBRUIK	% NIE GEBRUIK
0,075	5	95
<i>N</i> = 40		

*Beskrywende aantekeninge* word deur 7,7% van die respondente dikwels gebruik, en deur 20,5% soms (Tabel 3.7). Die gebruik van hierdie bron is ook deur middel van 'n kennistoets ontleed (Tabel 3.11).

TABEL 3.11

STATISTIESE GEGEWENS TEN OPSIGTE VAN DIE GEBRUIK VAN BESKRYWENDE AANTEKENINGE

GEMIDDELD	% GEBRUIK	% NIE GEBRUIK
0,15	15	85
<i>N</i> = 40		

Die gebruik van beskrywende aantekeninge kon by slegs 15% van die gevalle aangetoon word in die kennistoets. Dit dui weereens op 'n teenstrydigheid as die data in Tabel 3.7 in ag geneem word. Die afleiding word dus gemaak dat hierdie metode ook as 'n leerbehoefte aangedui moet word.

Vaardighede in onderhoudvoeringstegnieke wat tydens assessering gebruik word, is van groot belang, aangesien dit die metode is wat die meeste deur geneeskundige maatskaplike werkers aangewend word ten einde assessering uit te voer. In Tabel 3.12 word die gebruik van onderhoudvoeringstegnieke, soos bepaal deur 'n kennistoets, uiteengesit.

*Reflektering* word die meeste gebruik, maar as die gemiddelde telling van 1,450 in ag geneem word, blyk dit tog 'n leerbehoefte te wees. *Vrae* is deur 45% van die respondente as onderhoudsmetode geïdentifiseer, maar in 55% van die gevalle nie. Dit dui ook op 'n leerbehoefte. *Luister* is in 42,5% van die gevalle aangetoon, maar as die gemiddelde telling van 1,575 in die kennistoets in ag geneem word, is dit ook 'n leerbehoefte. *Parafrasering* en die verskaffing van *inligting* dui op die grootste leerbehoefte, aangesien geeneen van die respondente hierdie metodes kon identifiseer nie. *Stiltes* is slegs deur 5% van die respondente geïdentifiseer. Dit kan wees dat respondente wel gebruik maak van stiltes en die verskaffing van inligting, maar nie oor die kennis van onderhoudvoeringstegnieke beskik nie, en daarom hierdie metodes nie kon identifiseer nie. In die geheel beskou, blyk dit dat onderhoudvoeringstegnieke, wat tydens assessering gebruik word, as 'n leerbehoefte beskou moet word, soos uiteengesit in Tabel 3.12.

TABEL 3.12

STATISTIESE GEGEWENS VAN ONDERHOUDVOERINGSTEGNIEKE WAT TYDENS ASSESSERING GEBRUIK WORD, SOOS VERKRY DEUR 'N KENNISTOETS TEN EINDE ONDERRIGBEHOEFTES TE BEPAAL

TEGNIK	GEMIDDELD	% GEBRUIK	% NIE GEBRUIK
Luister	1,575	42,5	57,5
Vrae	1,550	45,0	55,0
Verduidelik	1,875	12,5	87,5
Reflekteer	1,450	55,0	45,0
Parafraseer	2,000	—	100
Inligting gee	2,000	—	100
Samevatting Opsomming	1,825	17,5	82,5
Klarifisering	1,600	40,0	60,0
Interpreteer	1,825	17,5	82,5
Konfronteer	1,650	35,0	65,0
Eksploreer	1,800	20,0	80,0
Stiltes	1,950	5,0	95,0
<i>N = 40</i>			

Die respondente is gevra of hulle wel meer kennis sou wou opdoen ten opsigte van assessering. Hierop het 90% van die respondent bevestigend geantwoord, en slegs 10% wou nie meer kennis opdoen nie. Daar is dus beslis 'n leerbehoefte in assessering, en dit is bevestig deur die data wat verkry is, en veral deur die kennistoetsing in die vraelyste.

Na aanleiding van die vasstelling van leerbehoefes, kan daar oorgegaan word tot die volgende metodologie in die geïntegreerde ontwikkelingsnavorsingsmodel, naamlik die formulering van programdoelwitte.

### 3.7 Formulering van programdoelwitte

'n Doelwit is 'n stelling van wat bereik moet word deur 'n aktiwiteit. Doelwitte ontstaan uit die identifisering van leerbehoefes (Nadler, 1988:105). Wanneer 'n program opgestel word, bestaan dit uit 'n hiërargie van mikrodoelwitte wat op 'n deduktiewe manier voortspruit uit die makrodoelwitte en doelstellings. Dit sluit die uitgesproke en verklaarde behoeftes van die teikengroep in. Makrodoelwitte word breër gedefinieer, en word oor 'n langer tydperk bereik. In die omskrywing van die uitkomstes van 'n program moet in gedagte gehou word dat uitkomstes ook hiërargies ondersoek moet word. Die programdoelwitte van die beplande program en die beplanning van aksievlakke veronderstel dat uitkomstes op alle hiërargiese vlakke ondersoek moet word. 'n Beskrywing van uitkomstes (evaluering) word vereis vir elke doelwit (Boone, 1985:181). Die volgende doelwitte is vir die laboratoriumprogram geformuleer.

- Om die *kennis* van die geneeskundige maatskaplike werker in die assessering van die volgende aspekte uit te brei:
  - i) agtergrondsgebeure;
  - ii) bio-fisiese funksionering van die pasiënt, insluitende die diagnose, kliniese beeld, prognose en behandeling van die siektetoestand;
  - iii) kognitief-perseptuele funksionering van die pasiënt;
  - iv) emosionele- en gedragsfunksionering van die pasiënt en sy naasbestaandes;
  - v) verhoudingsfunksionering van die pasiënt en sy naasbestaandes (hierby sal die huweliks-, seksuele- en gesinsverhoudinge ingesluit word);

- vi) omgewingsfaktore in die geneeskundige maatskaplikewerk opset;
  - vii) kulturele faktore;
  - viii) die konsep 'assessering' en belangrike modelle van assessering wat in hierdie studie gebruik is; en
  - ix) metodes wat die geneeskundige maatskaplike werker kan gebruik ten einde assessering te kan doen.
- Om die *vaardighede* van geneeskundige maatskaplike werkers in die assessering van bogenoemde aspekte te verbeter. Vaardighede sal uitgebrei word deur gebruik te maak van verskillende hulpmiddels soos skale, vraelyste en ander assesserings-instrumente.

### 3.8 Bepaling van programinhoud

Die volgende stap in die ontwerpfase van die opleidingsprogram is die bepaling van die programinhoud. Nel (1992:129) dui vier stappe aan wat gevolg moet word ten einde die programinhoud te bepaal, naamlik:

- die selektering van bronne;
- die selektering van programinhoud;
- die kategorisering en ordening van programinhoud; en
- die opstel van lesplanne.

Vervolgens sal elkeen van hierdie stappe bespreek word soos hulle gebruik sal word in die opstel van 'n opleidingsprogram in geneeskundige maatskaplikewerk-assessering.

#### 3.8.1 Selektering van bronne

Relevante literatuur in maatskaplikewerk-assessering, geneeskundige maatskaplike werk, verpleegkunde, sielkunde, geneeskunde, farmakologie en opvoedkunde is bestudeer vir die bepaling van die programinhoud, aangesien daar geen assesseringsmodel in geneeskundige maatskaplike werk beskikbaar is nie.

### **3.8.2 Selektoring van programinhoud**

Die programinhoud is geselekteer uit die geïntegreerde model van geneeskundige maatskaplikewerk-assessering wat deur die navorser opgestel is (3.3.2.4). Aandag word gegee aan *wat* geassesseer moet word, asook *hoe* dit gedoen moet word. Kennis en vaardig-hede in geneeskundige maatskaplikewerk-assessering word dus aangespreek. In Figuur 3.3 is die aspekte uit bogenoemde geïntegreerde model, asook uit die programdoelwitte wat gekies is om die programinhoud uit te maak, uiteengesit.

### **3.8.3 Die kategorisering en ordening van programinhoud**

Die programinhoud is georden en gekategoriseer ten einde dit te implementeer in die opleidingsessie. Die aard van die program word uiteengesit in Figuur 3.4.

Die opstel van lesplanne volg na die kategorisering en ordening van die programinhoud. Die lesplan reflekteer die interaksie tussen die inhoud, die opeenvolging van materiaal, die tipe aanbieder en kursusganger, en die norme van die organisasie.

Die volgende raamwerk, waarvolgens 'n lesplan opgestel kan word, word na aanleiding van Nadler (1988:145 en 146) en Nel (1992:132) se voorstelle aangewend.

- i) Tema;
- ii) Inleiding tot sessie;
- iii) Leer- en vaardigheidsdoelwitte;
- iv) Toerusting en materiale;
- v) Voorbereiding van aanbieder;
- vi) Voorbereiding van kursusgangers; en
- vii) Aanbiedingswyse: 'n Stap-vir-stap uiteensetting van die sessie, met program-bylaes, word gevolg soos uiteengesit deur Nel (1992:132).

Die doelstelling, tydskedules en onderwerpe van die sessies word nie by elke sessie ingesluit nie, maar word tog as deel van die kursus ingesluit.

- 1. Inleiding ten opsigte van assessering**
  - 1.1 Die konsep assessering
  - 1.2 Modelle in assessering wat gebruik is in die opstel van die geïntegreerde model van geneeskundige maatskaplikewerk-assessering
- 2. Assessering van agtergrondsgebeure**
  - 2.1 Agtergrondsgebeure wat geassesseer behoort te word
  - 2.2 Metodes wat gebruik kan word in die assessering van agtergrondsgebeure
- 3. Assessering van die bio-fisiese funksionering van die pasiënt**
  - 3.1 Aspekte wat geassesseer behoort te word
  - 3.2 Metodes wat gedurende hierdie assessering gebruik kan word
  - 3.3 Die breinbeseerde pasiënt — trauma, sowel as die pasiënt met die serebro-vaskulêre ongeluk
  - 3.4 Anatomie van die brein en sentrale senuweestelsel
  - 3.5 Medikasie: gebruik, misbruik en nuwe-effekte daarvan
- 4. Assessering van die kognitief-perseptuele funksionering van die pasiënt**
  - 4.1 Aspekte wat geassesseer behoort te word in geneeskundige maatskaplike werk
  - 4.2 Metodes wat gebruik word ten einde hierdie assessering uit te voer
- 5. Assessering van die emosionele funksionering van die pasiënt en naasbestaendes**
  - 5.1 Die verband tussen siekte en die emosionele funksionering van die pasiënt/naasbestaendes en die assessering daarvan
  - 5.2 Skale ten einde die emosionele funksionering te assesseer
- 6. Assessering van die gedragsfunksionering van die pasiënt**
  - 6.1 Hoofkategorieë en stappe betrokke in gedragsassessering
  - 6.2 Funksionele en disfunksionele gedragspatrone wat geassesseer kan word
  - 6.3 Die verband tussen siekte en gedragsfunksionering
  - 6.4 Die gebruik van verskeie metodes en verslaghoudingstegnieke
- 7. Assessering van die verhoudingsfunksionering van die pasiënt en belangrike ander persone**
  - 7.1 Huweliksverhouding
  - 7.2 Seksuele verhouding
  - 7.3 Gesinsverhoudinge
  - 7.4 Aspekte wat vanuit 'n geneeskundige maatskaplikewerk-perspektief geassesseer behoort te word, asook assesseringsmetodes, word in die assessering van verhoudings ingesluit
- 8. Assessering van die omgewingsisteme van die pasiënt/naasbestaendes**
  - 8.1 Omgewingsisteme, insluitende die hospitaalomgewing, wat deur die geneeskundige maatskaplike werker geassesseer moet word
  - 8.2 Metodes wat gebruik kan word ten einde hierdie assessering te doen
- 9. Assessering van die kulturele aspekte van die pasiënt/naasbestaendes**
  - 9.1 Aspekte wat geassesseer behoort te word vanuit 'n geneeskundige maatskaplikewerk-perspektief
  - 9.2 Assesseringsmetodes wat hiervoor gebruik kan word
- 10. Onderhoudsvoeringstegnieke wat die geneeskundige maatskaplike werker behoort te gebruik om assessering effektief te kan doen**

**FIGUUR 3.4**

**PROGRAMINHOUD TEN OPSIGTE VAN OPLEIDING IN DIE GEÏNTEGREERDE ASSESSERINGSMODEL  
VIR GENEESKUNDIGE MAATSKAPLIKE WERKERS**

<b>Sessie een:</b>	Oriëntering tot program en gereedheid tot deelname en groei
<b>Sessie twee:</b>	Inleiding ten opsigte van assessering
<b>Sessie drie:</b>	Assessering van agtergrondsgebeure vanuit 'n geneeskundige maatskaplikewerk-perspektief
<b>Sessie vier:</b>	Assessering van die bio-fisiese funksionering van die pasiënt vanuit 'n geneeskundige maatskaplikewerk-perspektief
<b>Sessie vyf:</b>	Assessering van die kognitief-perseptuele funksionering van die pasiënt/naasbestaandes vanuit 'n geneeskundige maatskaplikewerk-perspektief
<b>Sessie ses:</b>	Assessering van die emosionele funksionering van die pasiënt/naasbestaandes vanuit 'n geneeskundige maatskaplikewerk-perspektief
<b>Sessie sewe:</b>	Assessering van die gedragsfunksionering van die pasiënt en belangrike ander persone vanuit 'n geneeskundige maatskaplikewerk-perspektief
<b>Sessie agt:</b>	Assessering van die verhoudingsfunksionering van die pasiënt en belangrike ander persone vanuit 'n geneeskundige maatskaplikewerk-perspektief
<b>Sessie agt A:</b>	Assessering van die huweliksverhouding vanuit 'n geneeskundige maatskaplikewerk-perspektief
<b>Sessie agt B:</b>	Assessering van die seksuele verhouding vanuit 'n geneeskundige maatskaplikewerk-perspektief
<b>Sessie agt C:</b>	Assessering van die gesinsfunksionering vanuit 'n geneeskundige maatskaplikewerk-perspektief
<b>Sessie nege:</b>	Assessering van die omgewingsisteme vanuit 'n geneeskundige maatskaplikewerk-perspektief
<b>Sessie tien:</b>	Assessering van die kulturele aspekte van die pasiënt/naasbestaandes vanuit 'n geneeskundige maatskaplikewerk-perspektief
<b>Sessie elf:</b>	Onderhoudsvoeringstegnieke wat die geneeskundige maatskaplike werker gebruik ten einde assessering te doen
<b>Sessie twaalf:</b>	Evaluering/samevatting en afsluiting van die kursus in geneeskundige maatskaplikewerk assessering



### 3.9 Selektoring van onderrigstrategieë

Nadler (1988:162) onderskei tussen:

- onderrig wat verwys na die proses wat plaasvind gedurende die leerervaring, en
- onderrigstrategieë wat die onderrig-hulpaktiwiteite, sowel as die ondersteunende meganismes wat deur die betrokkenes gebruik word, insluit.

Nadler (1988:170-180) dui 'n aantal onderrigstrategieë aan. Hierdie strategieë kan aangewend word met inagneming van administratiewe aspekte soos beskikbare fondse, fasiliteite en tyd, die kultuur van die organisasie, die aanbieder, en die kursusgangers. Die navorser het, met inagneming van hierdie aspekte en onderrigstrategieë, besluit om die volgende onderrigstrategieë vir hierdie opleidingsprogram te gebruik:

- audio-visuele materiaal;
- gongsgroepe;
- gevallestudies;
- kontrak;
- beoordeling;
- blaaibord;
- witbord;
- uitdeelstukke;
- lesings;
- truprojektor;
- rollespel;
- spanbou; en
- werkswinkel.



Die verkryging van onderrigbronne volg op die selektoring van onderrigstrategieë as die laaste metodologiese stap in die ontwerpfasie van die program.

### 3.10 Verkryging van onderrigbronne

Onderrigbronne sluit fisiese, finansiële en menslike bronne in (Nadler, 1988:186-196). Die opknappingskursus vir geneeskundige maatskaplike werkers is by die J.G. Strijdom hospitaal se maatskaplikewerk departement aangebied. Onderrighulpmiddels soos die trupprojektor, blaaibord en witbord is van die hospitaal se mediese biblioteek bekom. Transparante is deur die navorser self gemaak, en die finansiële kostes is ook deur haar gedra. Tak: Gesondheidsdienste het die vervoerkostes na die kursussentrum betaal, en die kursusgangers het hulle etes self betaal.

### 3.11 Samevatting

Die analisefase het aangetoon dat 'n opleidingskursus vir geneeskundige maatskaplike werkers in Tak: Gesondheidsdienste, Transvaal, ten opsigte van assessering ontwerp en aangebied moes word. Hierdeur sou hulle kennis en vaardighede in geneeskundige maatskaplikewerk-assessering opgeknep en uitgebrei word.

Tydens die ontwerpfasie is die doelstellings geformuleer, naamlik die ontwikkeling van 'n program vir geneeskundige maatskaplikewerk-assessering. Hierdie program sal aan toetree-rang, seniorrang en hoof maatskaplike werkers aangebied word, met die doel om hulle kennis en vaardighede ten opsigte van die relevante geneeskundige maatskaplikewerk-assessering uit te brei.

'n Praktykmodel vir geneeskundige maatskaplikewerk-assessering is daarna opgestel, aangesien daar geen sodanige praktykmodel bestaan nie. Die rolbeskrywing van die geneeskundige maatskaplike werker tydens assessering is, in aansluiting by hierdie praktykmodel, weergegee.

Vaardighede waarvoor die geneeskundige maatskaplike werker tydens assessering moet beskik, het duidelik na vore gekom uit die praktykmodel en rolbeskrywing. Hierdie vaardighede is ook vanuit die bepaling van leerbehoefte aangetoon.

Die leerbehoefte is aangetoon na aanleiding van die vermeldde, geïmpliseerde en gevoelde behoeftes wat duidelik na vore gekom het deur gebruik van verskillende metodes en wat deur verskeie groepe uitgespel is.

Hierdie leerbehoefte het die volgende metodologieë van die opleidingsprogram gerig: die bepaling van die programinhoud en die selektering van onderrigstrategieë. Die verkryging van onderrigbronne ten einde die program te implementeer het hierna gevolg.

Die program wat opgestel en aangebied is tydens die eerste loodsimplementering, sal vervolgens in Hoofstuk Vier aangebied word.



# HOOFSTUK IV

## 'N OPLEIDINGSPROGRAM IN ASSESSERING VIR GENEESKUNDIGE MAATSKAPLIKE WERKERS

### 4.1 Inleiding

Die navorser het 'n geïntegreerde model vir geneeskundige maatskaplikewerk-assessering as praktykmodel (3.3.2.4) daargestel. Sekere rolle en vaardighede waaroor die geneeskundige maatskaplike werker tydens assessering moet beskik, is aangetoon (3.4 en 3.5). Die navorser het leerbehoefes, deur middel van 'n onderhoudskedule (Bylae B) met hoof maatskaplike werkers en vraelyste (Bylae C) aan maatskaplike werkers, bepaal (3.6). Hierdie leerbehoefes het, in aansluiting by die praktykmodel (3.3.2.4), gelei tot die uiteindelijke daarstelling van die opleidingsprogram (Figuur 3.4), onderrigstrategieë (3.9) en verkryging van onderrigbronne (3.10). Die tentatiewe voorstelling van die opleidingsprogram, soos saamgestel uit bogenoemde metodologieë, word vervolgens weergegee.



**OPLEIDINGSPROGRAM  
IN ASSESSERING  
VIR  
GENEESKUNDIGE  
MAATSKAPLIKE WERKERS**

**4.2**

**OORHOOFSE BEPLANNING  
EN UITEENSETTING  
VAN DIE  
OPLEIDINGSPROGRAM  
IN ASSESSERING VIR  
GENEESKUNDIGE  
MAATSKAPLIKE WERKERS**

# KURSUS I

DAG	TYD	ONDERWERP	HULPMIDDELS
Dag 1	08:15 - 08:30	Registrasie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lêr aan elke kursusganger met programuitdeelstukke</li> <li>• Bladsy met name van kursusgangers vir persone wat registrasie behartig</li> </ul>
<b>SESSIE EEN: ORIËNTERING TOT PROGRAM &amp; GEREEDHEID TOT DEELNAME</b>			
	08:30 - 09:30	Bekendstelling en ysbreker	Kaartjies met nommers
	08:45 - 08:50	Oorsig van programdoelwitte	Transparante: Programbylae 1.1
	08:50 - 09:15	Bespreking van vrese en onsekerhede	Witbord Penne
	09:15 - 09:30	Bespreking van kontrakte Parafering/inneem van kontrakte	Kontrakte as deel van lêerinhoud: Programbylae 1.2
<b>SESSIE TWEE: INLEIDING TEN OPSIGTE VAN ASSESSERING</b>			
	09:30 - 09:40	Inleiding	
	09:40 - 10:00	Konsep 'assessering': kursusgangers doen dit vanuit eie verwysingsraamwerk	Transparant: Programbylae 2.1 Witbord en penne
	10:00 - 10:15	TEE	
	10:15 - 10:30	Definiëring van outeurs	Transparant: Programbylae 2.2
	10:30 - 10:45	Opstel van geïntegreerde definisie	Blaaibord
	10:45 - 11:00	Modelle wat kursusgangers gebruik	Witbord en penne
	11:00 - 11:15	Modelle wat vir die opstel van die geïntegreerde geneeskundige maatskaplikewerk-assesseringsmodel gebruik is	Transparant: Programbylae 2.3
	11:15 - 11:25	Vergelyking van inligting van kursusgangers en modelle wat gebruik is	Witbord Transparant: Programbylae 2.3
	11:25 - 11:30	Samevatting van die sessie	

**SESSIE DRIE: ASSESSERING VAN AGTERGRONDSGEBEURE VANUIT 'N GENEESKUNDIGE  
MAATSKAPLIKEWERK-PERSPEKTIEF**

	11:30 - 11:40	Inleiding	
	11:40 - 12:00	Gevallestudie en voortoets	Uitdeeltukke: Programbylae 3.1 en 3.4
	12:00 - 12:45	ETE	
	12:45 - 13:00	Aspekte wat geassesseer behoort te word	Transparant: Programbylae 3.2
	13:00 - 13:10	Metodes wat vir hierdie assessering gebruik kan word	Transparant: Programbylae 3.3
	13:10 - 13:15	Samevatting deur kursusingangers. Skryf neer. Tuiswerk	Blaaibord en penne Uitdeeltuk: Programbylae 4.6

**SESSIE VIER: ASSESSERING VAN DIE BIO-FISIESE FUNKSIONERING VAN DIE PASIËNT VANUIT  
'N GENEESKUNDIGE MAATSKAPLIKEWERK-PERSPEKTIEF**

	13:15 - 13:25	Inleiding	
	13:25 - 14:00	Voortoets	Uitdeeltuk in lêer: Programbylae 3.1 en 4.1
	14:00 - 14:50	Groepbespreking van aspekte wat geassesseer behoort te word	Witbord/blaaibord
	14:50 - 15:00	Samevatting van dag 1 en vooruitskouing van dag 2	

**SESSIE VIER: VERVOLG**

<b>Dag 2</b>	08:30 - 09:00	Die sentrale senuweestelsel/brein	Transparant: Programbylae 4.2
	09:00 - 09:15	Hoofbesering: oop of geslote	Afrolstukke en transparante: Programbylae 4.3
		Gevallestudie	Uitdeeltuk: Programbylae 3.1
	09:15 - 09:30	Medikasie/gevallestudie	Transparant: Programbylae 4.4
	09:30 - 09:45	Natoets	Uitdeeltuk: Programbylae 4.1
	09:45 - 10:00	Vergelyking tussen aspekte wat in natoets voorgekom het, wat nie in voortoets voorgekom het nie Groepbespreking	Witbord Fasiliteerder en Aanbieder
	10:00 - 10:15	TEE	



**SESSIE VYF: ASSESSERING VAN DIE KOGNITIEF-PERSEPTUELE FUNKSIONERING VAN DIE PASIËNT/NAASBESTAANDES VANUIT 'N GENEESKUNDIGE MAATSKAPLIKEWERK-PERSPEKTIEF**

10:15 - 10:30	Voortoets en gevallestudie	Uitdeelstukke: Programbylae 3.1, 4.3 en 5.3
10:30 - 10:35	Inleiding	
10:35 - 10:45	Aspekte wat geassesseer behoort te word	Transparant: Programbylae 5.1
10:45 - 10:55	Assessering van kognitief-perseptuele funksionering na aanleiding van gevallestudie en kliniese beeld van siekte-toestand	Uitdeelstukke: Programbylae 3.1 en 4.3
10:55 - 11:00	Metodes wat gebruik kan word ten einde hierdie assessering te doen	Transparant: Programbylae 5.2
11:00 - 11:15	Natoets	Uitdeelstuk: Programbylae 5.3
11:15 - 11:30	Vergelyking tussen voortoets en natoets — aspekte en metodes wat ingesluit is. Groepbespreking	Fasiliteerder en Aanbieder
	Terugrapportering, neerskryf	Witbord en penne
	Samevatting van sessie	

**SESSIE SES: ASSESSERING VAN DIE EMOSIONELE FUNKSIONERING VAN DIE PASIËNT/NAASBESTAANDES VANUIT 'N GENEESKUNDIGE MAATSKAPLIKEWERK-PERSPEKTIEF**

11:30 - 11:45	Voortoets	Uitdeelstuk: Programbylae 6.1
11:45 - 11:50	Inleiding	
11:50 - 12:00	Aspekte wat geassesseer behoort te word	Transparant: Programbylae 6.2
	Metodes wat gebruik kan word ten einde assessering te doen	Transparant: Programbylae 6.2
12:00 - 12:45	ETE	
12:45 - 13:00	Hudsonskale/Algemene tevredenheidskaal	Uitdeelstuk: Programbylae 6.3
13:00 - 13:15	Nowlis se skaal	Uitdeelstuk: Programbylae 6.3
13:15 - 13:30	Hamilton se angsbepalingskaal	Uitdeelstuk: Programbylae 6.5

	13:30 - 13:45	Assessering van angs	Transparant/Uitdeelstuk Programbylae 6.6
	13:45 - 14:15	Skedule van onlangse ondervindinge	Uitdeelstuk: Programbylae 6.7
	14:15 - 14:30	Maatskaplike heraanpassing- skaal	Uitdeelstuk: Programbylae 6.8
	14:30 - 15:00	Samevatting van sessie	
		Vooruitskouing van Kursus II	

## KURSUS II

<b>SESSIE 7A: SAMEVATTING VAN VORIGE KURSUSSE EN TOETSING VAN KENNIS</b>			
<b>Dag 1</b>	08:30 - 08:35	Samevatting van vorige sessies deur insette van kursusgangers	
	08:35 - 09:10	Natoets: emosionele funksionering	Uitdeelstuk: Programbylae 6.1
		Voortoets: assesseringsaspekte van Kursus II	Uitdeelstuk: Programbylae 7A(1)
	09:10 - 09:55	Individuele terugrapportering van tuiswerk oor bio-fisiese funksionering	Uitdeelstuk: Programbylae 4.6
		Seniorgroep word in twee groepe verdeel	Fasiliteerder en Aanbieder
	09:55 - 10:00	Samevatting en terugrapportering	
	10:00 - 10:15	TEE	
<b>SESSIE 7B: ASSESSERING VAN DIE GEDRAGSFUNKSIONERING VAN DIE PASIËNT/NAASBESTAANDES VANUTT 'N GENEESKUNDIGE MAATSKAPLIKEWERK- PERSPEKTIEF</b>			
	10:15 - 10:20	Inleiding	Kaartjies met nommers
	10:20 - 10:25	Hoofkategorieë van gedragsfunksionering	Transparante: Programbylae 7B (1)(a)
	10:25 - 10:30	Omskrywing van moontlike kenmerke van gedrags- funksionering	Transparante: Programbylae 7B(1)(b) Uitdeelstukke

10:30 - 10:45	Funksionele/disfunksionele gedragspatrone	Uitdeelstukke en transparant: Programbylae 7B(2)
10:45 - 10:55	Tipe A en B persoonlikhede	Transparante: Programbylae 7B(3)(a)(1) en 7B(3)(a)(2)
10:55 - 11:00	Anorexia nervosapasiënt	Transparante: Programbylae 7B(3)(b)(1) en 7B(3)(b)(2)
11:00 - 11:15	Metodes wat tydens assessering van gedragsfunksionering gebruik kan word — groepbesprekings	Blaaibord en penne
	Metodes	Transparant: Programbylae 7B(4)
11:15 - 11:30	Vloeiagram wat metodes aandui	Transparant en uitdeelstuk: Programbylae 7B(4)(a)
11:30 - 11:40	Verhalende opname-tegniek	Uitdeelstuk: Programbylae 7B(4)(b)
11:40 - 11:50	Tydskedule	Uitdeelstuk: Programbylae 7B(4)(c)
11:50 - 11:55	Intervalverslae	Uitdeelstuk: Programbylae 7B(4)(d)
11:55 - 12:10	Samevatting	Groepbespreking

**SESSIE AGT: VERHOUDINGSFUNKSIONERING VANUIT 'N GENEESKUNDIGE MAATSKAPLIKEWERK-PERSPEKTIEF**

12:10 - 12:15 Inleiding

12:15 - 12:40 ETE

**SESSIE 8A: ASSESSERING VAN DIE HUWELIKSVERHOUDING VANUIT 'N GENEESKUNDIGE MAATSKAPLIKEWERK-PERSPEKTIEF**

12:40 - 12:45 Inleiding

12:45 - 12:55 Aspekte wat geassesseer behoort te word: 'n weergawe deur kursusgangers

12:55 - 13:00 Aspekte wat geassesseer moet word

Metodes wat vir hierdie assessering gebruik word

Blaaibord en penne

Transparant: Programbylae 8A(1)

Transparant: Programbylae 8A(2)

13:00 - 13:10	Hudsonskaal: huweliks-verhouding ingevul en verwerk deur kursusgangers	Uitdeeltuk: Programbylae 6.3(a) en 8A(3)
13:10 - 13:20	Verbale probleemorsiglys	Transparant en uitdeeltuk: Programbylae 8A(4)
13:20 - 13:30	Toepassing van metodes na aanleiding van gevallestudies, deur groepbesprekings	Fasiliteerder/Aanbieder Programbylae 3.1(a) of 3.1(b) en 4.3(a) of 4.3(b)
13:30 - 13:35	Terugrapportering deur groepleiers	

**SESSIE 8B: ASSESSERING VAN DIE SEKSUELE VERHOUDING VANUIT 'N GENEESKUNDIGE MAATSKAPLIKEWERK-PERSPEKTIEF**

13:35 - 13:40	Inleiding	
13:40 - 13:55	Houding ten opsigte van seksterapie — groepbespreking	Fasiliteerder/Aanbieder
13:55 - 14:00	Aspekte wat geassesseer behoort te word	Transparant: Programbylae 8B(1)
14:00 - 14:05	Metodes wat gebruik word tydens hierdie assessering	Transparant: Programbylae 8B(2)
14:05 - 14:10	Verduideliking van Hudsonskaal vir meting van seksuele satisfaksie	Uitdeeltuk: Programbylae 8B(3) en 6.3
14:10 - 14:25	Model vir seksuele probleme	Uitdeeltuk en transparant: Programbylae 8B(4)(1) en 8B(4)(2)
14:25 - 14:30	Hudsonskaal vir meting van selfbeeld	Uitdeeltuk: Programbylae 8B(4)(3)
14:30 - 14:40	Kliniese assesseringsproses van seksuele probleme	Transparant: Programbylae 8B(5)(1) en 8B(5)(2) Rollespel: Fasiliteerder en Aanbieder
14:40 - 14:50	Seksuele en geneeskundige maatskaplike werk — inplanting chirurgie vir mans met ereksieprobleme	Transparant: Programbylae 8B(6)(1) en 8B(6)(2)
14:50 - 14:55	Invloed van medikasie/siekte op seksuele funksionering van mans	Uitdeeltuk: Programbylae 8B(7)(1) en 8B(7)(2)
14:55 - 15:00	Samevatting van sessie Tuiswerkopdrag: voorbereiding van rollespele: onderhoudvoeringstegnieke	

**SESSIE 8C: ASSESSERING VAN DIE GESINSFUNKSIONERING VANUIT 'N GENEESKUNDIGE  
MAATSKAPLIKEWERK-PERSPEKTIEF**

<b>Dag 2</b>	08:30 - 08:35	Inleiding	
	08:35 - 08:50	Aspekte wat kursugangers na aanleiding van gevallestudie sal assesseer	Uitdeeltuk: Programbylae 3.1
		Groepsbespreking	Fasiliteerder/Aanbieder
		Terugrapportering	
	08:50 - 08:55	Aspekte wat geassesseer behoort te word	Transparant: Programbylae 8C(1)
	08:55 - 09:00	Metodes wat aangewend kan word vir gesinsassessering	Transparant: Programbylae 8C(2)
	09:00 - 09:15	Genogram Gesinskaart Gesinsdriehoek Gesinsbeeldhouwerk	Kursugangers wat kennis hiervan het, doen dit op die witbord. Programbylae 8C(4), 8C(5), 8C(6) en 8C(7)
	09:15 - 09:20	Hudsonskale vir gesins-assessering — net samevatting	Uitdeeltukke: Programbylae 8C(8), 8C(9), 8C(10), 8C(11) en 8C(12)
09:20 - 09:25	Samevatting — transparante en groepsbespreking	Blaaibord en penne	

**SESSIE NEGE: ASSESSERING VAN OMGEWINGSISTEME VANUIT 'N GENEESKUNDIGE  
MAATSKAPLIKEWERK-PERSPEKTIEF**

	09:25 - 09:30	Inleiding	
	09:30 - 09:35	Aspekte wat geassesseer behoort te word	Transparant: Programbylae 9.1
	09:35 - 09:40	Metodes wat gebruik word ten einde hierdie assessering te doen	Transparant: Programbylae 9.2
	09:40 - 09:45	Assesseringsvraelys van omgewingsisteme	Uitdeeltuk: Programbylae 9.3
	09:45 - 09:50	Die hospitaal as omgewingsistiem	Transparante: Programbylae 9.4 en 9.5
	09:50 - 09:55	Ondersteuningskennisvraelys Ondersteuningsstemevraelys Word deur elke groep gedoen	Uitdeeltukke: Programbylae 9.6(1) en 9.6(2)

09:55 - 10:00	Sosiale netwerk assessering	Uitdeeltuk: Programbylae 9.6(3) Transparant 9.6(4)
10:05 - 10:05	Ekokaart	Uitdeeltuk en transparante: Programbylae 3.1 en 9.7
	Samevatting	Transparante: Programbylae 9.1, 9.2 en 9.4
10:05 - 10:15	TEE	

**SESSIE TIEN: ASSESSERING VAN KULTURELE ASPEKTE VAN DIE PASIËNT/NAASBESTAANDES VANUIT 'N GENEESKUNDIGE MAATSKAPLIKEWERK-PERSPEKTIEF**

10:15 - 10:20	Inleiding	
10:20 - 10:25	Aspekte wat geassesseer behoort te word	Blaaibord Transparant: Programbylae 10.1
10:25 - 10:30	Metodes wat gebruik kan word ten einde assessering te doen	Transparant: Programbylae 10.2
	Samevatting	

**SESSIE ELF: ONDERHOUDVOERINGSTEGNIEKE WAT DIE GENEESKUNDIGE MAATSKAPLIKE WERKER GEBRUIK TEN EINDE ASSESSERING TE DOEN**

10:30 - 11:30	Voortoets: rollespele in groepe	Fasiliteerder/Aanbieder
11:30 - 11:45	Lesing oor tegnieke	Transparante: Programbylaes 11.2, 11.3, 11.4
11:45 - 12:00	Toepassing van tegnieke na aanleiding van lesing	Blaaibord met vrae Programbylae 11.5 Uitdeeltukke: Programbylae 11.5 en 11.6
12:00 - 12:30	ETE	
12:30 - 13:30	Natoets: rollespele in groepe	Fasiliteerder/Aanbieder

**SESSIE TWAALF: EVALUERINGS/SAMEVATTING EN AFSLUITING VAN DIE KURSUS IN GENEESKUNDIGE MAATSKAPLIKEWERK-ASSESSERING**

13:30 - 14:00	Natoets: assesseringsaspekte van Kursus II	Uitdeeltuk: Programbylae 11.1
14:00 - 15:00	Samevatting en afsluiting van kursus	Uitdeeltukke: Programbylae 3.3, 4.5, 5.1, 5.2, 6.2, 6.3, 7.2, 7.4, 8A(1), 8B(2), 9.1, 9.2, 10.1, 10.2 en 11.2
	Evaluering van kursus	Bylae D

**KURSUS**  
**VIR GENEESKUNDIGE**  
**MAATSKAPLIKE WERKERS**  
**IN DIE GEÏNTEGREERDE**  
**GENEESKUNDIGE**  
**MAATSKAPLIKEWERK-**  
**ASSESSERINGSMODEL**

4.3



**KURSUS I**



**4.3.1**

**SESSIE EEN**

**ORIËNTERING TOT PROGRAM**



UNIVERSITY  
OF  
JOHANNESBURG

**GEREEDHEID TOT DEELNAME EN  
GROEI**

## **SESSIE EEN**

### **TEMA: ORIËNTERING TOT PROGRAM. GEREEDHEID TOT DEELNAME EN GROEI**

#### **Doelstelling**

Die primêre doelstelling van hierdie sessie is om kursusgangers ten opsigte van die doelwitte van die program, vereistes van die kursus en wedersydse verwagtinge te oriënteer.

#### **Leer en vaardighedsdoelwitte**

Die kursusgangers sal aan die einde van die sessie in staat wees om:

- \* die doelwitte van die program te begryp;
- \* angs oor opleiding, toetsing (evaluering) en kleingroepsdeelname te verbaliseer;
- \* deur persoonlike ervaring die waarde van bekendstelling- en gerusstellingsoefeninge tydens oriëntering in te sien;
- \* die belangrikheid van individuele en groepsdeelname vir groei in hierdie kursus te verbaliseer;
- \* die belangrikheid van bywoning, deelname en uitvoer van tuisopdragte in te sien, asook om nie inligting met kursusgangers in die ander groepe te deel nie.

#### **Voorbereding**

##### **1. Fisiese omgewing**

- \* Plaas stoele in 'n halwe sirkel, met 'n witbord waarop aantekeninge gemaak kan word aan die punt van die sirkel.

##### **2. Toerusting en materiaal**

- \* Lêers vir elke kursusganger.
- \* Papiertjies met nommers vir bekendstelling.
- \* Witbord en papier.

### 3. *Vorbereiding van aanbieder*

- Berei Programbylae 1.1 voor.
- Doen voorbereiding ten opsigte van die nut van individuele en groepsdeelname ten einde rigting te gee aan die afdeling.
- Maak fotostate van Programbylae 1.2 vir elke kursusganger.

### 4. *Vorbereiding van kursusgangers*

Geen voorbereiding word van kursusgangers verwag nie, aangesien dit die eerste sessie is.

### **Aanbiedingswyse**

1. Verwelkoming van kursusgangers en verskaffing van lêer met kursusinhoud. Daarna word aandag gegee aan bekendstelling. Die aantal kursusgangers word gevra om elk 'n nommer te trek, byvoorbeeld vanaf een tot tien. Die twee persone wie se nommers op mekaar volg, moet mekaar voorstel. Nommer tien sal dan weer nommer een voorstel. Die persone moet die volgende detail weergee:
  - Wie is die persoon.
  - Van watter hospitaal is die persoon, wat is die aard van die dienste wat hy/sy daar lewer, en waarom stel hy/sy in geneeskundige maatskaplike werk belang.
  - Enige inligting ten opsigte van sy/haar gesin en stokperdjies.
2. Gee 'n kort oorsig van die doelwitte van die program in Programbylae 1.1. Dui aan dat die program vanuit geneeskundige maatskaplike werkers se eie behoeftebepaling saamgestel is. Die program is 'n opknappingskursus. Kursusgangers sal dus ook vanuit hulle onderskeie werksterreine en met verskillende kennis- en vaardigheidsvlakke 'n waardevolle bydrae tot die kursus kan lewer.
3. Dui aan dat bogenoemde noodwendig beteken dat alle kursusgangers sal moet deelneem aan kleingroepbesprekings. Ten einde te bepaal of vordering plaasgevind het, sal kursusgangers in elke ander afdeling van die kursus eers 'n voortoets moet doen na aanleiding van 'n gevallestudie. Na afloop van die aanbieding van elke onderafdeling sal

kursusgangers 'n natoets doen na aanleiding van dieselfde gevallestudie. Dui die waarde van sodanige toetsing aan. Dit sal ook aan die einde van die sessies van kursusgangers verwag word om 'n rollespel te doen.

Kursusgangers moet elkeen vrese en onsekerhede skriftelik op anonieme wyse identifiseer. Aanbieder ontvang en lees dit voor aan kursusgangers. Een persoon kan die vrese op die witbord neerskryf. Kursusgangers kan hierdie vrese en onsekerhede dan reduceer na algemene vrese en onsekerhede. Hierna kan 'n bespreking van vrese en onsekerhede volg waarin spesifieke oorsake en wat daaromtrent gedoen kan word, aandag sal kry.

4. Gee kursusgangers vervolgens geleentheid om aan te dui watter waarde individuele en groepsdeelname sal hê ten opsigte van groei tydens hierdie kursus. Hierdie antwoorde sal ook op die witbord geskryf word, en kursusgangers sal gevra word om dit af te skryf ten einde gereeld gedurende die kursus daarna te verwys om hulle te motiveer tot deelname.
5. Kursusgangers moet daarop gewys word dat tuisopdragte in die periode tussen die twee kursusse gedoen moet word.
6. Beklemtoon die belang van bywoning van al die sessies. Noem dat hierdie aspek alreeds, voordat belangstellendes aangetoon het dat hulle die kursus wou volg, aan hoof maatskaplike werkers uitgewys is as voorvereiste vir deelname aan die kursus.
7. Wys kursusgangers op die noodsaaklikheid dat inligting en materiaal nie met kursusgangers wat in ander groepe verdeel is, gedeel moet word of aan hulle verskaf moet word nie. Waar moontlik, moet inligting tot die groep beperk word.
8. Sluit 'n kontrak met kursusgangers waar elke kursusganger individueel sy handtekening moet maak (Programbylae 1.2.).

## **PROGRAMBYLAE 1.1**

### **DOELSTELLINGS VAN DIE KURSUS**

Die doelwitte van die kursus sal wees om die kennis en vaardighede van kursusgangers te verbeter ten opsigte van die volgende:

- \* agtergrondsgebeure
- \* bio-fisiese funksionering
- \* kognitief-perseptuele funksionering
- \* emosionele funksionering
- \* gedragsfunksionering
- \* verhoudingsfunksionering
- \* omgewingsisteme
- \* kulturele aspekte

Bogenoemde aspekte sal aangespreek word binne die geneeskundige maatskaplikewerk-konteks.

- \* Verskillende metodes sal aangewend word om die kennis en vaardighede te verbeter.
- \* Kennis en vaardighede ten opsigte van onderhoudvoeringstegnieke wat tydens assessering gebruik word, sal ook verbeter word.

**PROGRAMBYLAE 1.2**

**KONTRAK: OPKNAPPINGSKURSUS IN GENEESKUNDIGE  
MAATSKAPLIKEWERK ASSESSERING**

**AS KURSUSGANGER ONDERNEEM EK OM:**

- \* Alle sessies by te woon.
- \* Stiptelik te wees.
- \* Deel te neem aan oefeninge, rollespele en besprekings, sodat die opleiding tot my en my mede-kursusgangers se voordeel sal strek.
- \* Tuisopdragte getrou uit te voer en voorbereiding te doen waar dit vereis word.
- \* Inhoud nie aan ander groepe kursusgangers te gee nie.

**AS PROGRAMMAANBIEDER ONDERNEEM EK OM:**

- \* Voorbereid te wees vir elke sessie.
- \* Stiptelik te wees ook in die nakoming van tydskedules van sessies.
- \* Programmat materiaal, waar nodig, te voorsien.
- \* Sessies en kursusgangers se vordering deurgaans te evalueer, ten einde te verseker dat studente na wense vorder.

---

**Kursusganger**

---

**Datum**

---

**Aanbieder**

---

**Datum**

**4.3.2**

**SESSIE TWEE**



UNIVERSITY  
OF

JOHANNESBURG

**INLEIDING TEN OPSIGTE VAN**

**ASSESSERING**

## SESSIE TWEE

### TEMA: INLEIDING TEN OPSIGTE VAN ASSESSERING

#### Inleiding

Assessering is die komponent wat die meeste aandag van geneeskundige maatskaplike werkers ontvang. Dit het duidelik geblyk uit statistiek wat vanaf hospitale verkry is (Programbylae 2.1). Geneeskundige maatskaplike werkers is dus nie heeltemal onbekend met die begrip nie, maar na aanleiding van 'n behoeftebepaling van onderrigbehoefes, het dit geblyk dat daar nog onderrigbehoefes ten opsigte van assessering bestaan.

Assessering is 'n belangrike proses in hulpverlening, aangesien die aard en doelstellings van intervensie gebaseer word op assessering. Die uitkomste van intervensie is in 'n groot mate afhanklik van assessering.



#### Doelstellings

Die doelstellings van die sessie is om aan kursusgangers:

- kennis te verskaf ten opsigte van die konsep assessering;
- kennis te verskaf aangaande die modelle van assessering waarop die geïntegreerde assesseringsmodel vir geneeskundige maatskaplike werkers gebaseer is.

#### Leer en vaardighedsdoelwitte

Teen die einde van die sessie behoort kursusgangers in staat te wees om:

- die konsep 'assessering' te begryp;
- drie modelle van assessering te begryp.



## Vorbereiding

### 1. Toerusting en materiaal

- Truprojektor.
- Transparante waarop programbylaes gedruk is.
- Witbord en papier.

### 2. Vorbereiding van aanbieder

- Berei Programbylaes 2.1, 2.2 en 2.3 voor.

## Aanbiedingswyse

1. Gee 'n kort inleiding tot assessering en interpreteer statistiek wat van hospitale verkry is, ten einde aan kursusgangers die belang van assessering in hulle werksopset te toon.
2. Vra kursusgangers om die begrip 'assessering' vanuit hulle eie verwysingsraamwerk te omskryf. Skryf hierdie detail op die papier op die witbord. Stel 'n samevattende definisie hieruit op.
3. Verskaf die begrip 'assessering' soos deur verskeie outeurs gedefinieer (Programbylae 2.2).
4. Laat kursusgangers hieruit 'n geïntegreerde definisie opstel. Vergelyk die twee definisies wat die kursusgangers opgestel het. Dui aan watter aspekte by die tweede definisie aangetoon is wat nie by die eerste een voorgekom het nie.
5. Verdeel kursusgangers in groepe. Laat elke groep neerskryf watter outeur se modelle hulle gebruik in assessering en om detail te verskaf. Laat 'n groepleier terugrapporteer. Skryf detail op papier op witbord.
6. Verskaf kennis ten opsigte van die aard van die drie modelle wat gebruik is vir die opstel van die geïntegreerde model van geneeskundige maatskaplikewerk-assessering (Programbylae 2.3).

7. Vergelyk hierdie inligting met die een wat kursusgangers verskaf het.

8. Gee 'n samevatting van die sessie.



TABEL 3.1

STATISTIEKE: DIENSTE GELEWER OKT, NOV, DES 93 (5 minute sessies)

DIENTE VERSKAF OKT, NOV, DES 93	VERRE OOSRAND	WESKOP- PIES	CORONA- TION	J.G. STRIJDOM	PAUL KRUGER GEDENK	KRUGERS- DORP LERA- TONG PAARDE- KRAAL	THEM- BISA	STERK- FONTEIN	BOKS- BURG— BENONI	JHB	IBLL- BROW	WILLEM CRUY- WAGEN	TOTAAL
Aanwagings (SASS)	477	7336	1519	2504	500	4880	284	635					18 135
Beraad/ber- oep (SCOU)	265	5900	586	3414	292	4747	286	18					15 508
Krisisgry- ping (SCRJ)	150	101	98	13	216	12	168	.	NIE VERSKAF	NIE VERSKAF	NIE VERSKAF	NIE VERSKAF	758
Omgewings- manipulasie (SENAT)	15	.	295	145	60	456	281	10	NIE VERSKAF	NIE VERSKAF	NIE VERSKAF	NIE VERSKAF	1262
Gesamterapie (SFAT)	143	278	.	48	.	67	390	.	NIE VERSKAF	NIE VERSKAF	NIE VERSKAF	NIE VERSKAF	856
Groepwerk (SGWO)	65	190	.	31	.	12	.	.					298
Spel terapie (SPLT)	65	30	.	82	.	382	.	.					559
Verwysing na graves aanpaa- nsmoede (SRCR)	71	30	63	410	78	75	186	.					913
Tandesoek (SOUV)	4	120	.	.	.	.	.	55					179
Huweliks- beraad (SMAT)	27		.	46	.	60	260	.					393
Ander (SOTI) spesifiseer		517	106	Verloos 3130	.	2001	.	.					5754
TOTAAL	1182	13 902	2567	9785	2756	12638	1855	718					45 403

## **PROGRAMBYLAE 2.2**

### **DEFINIËRING VAN ASSESSERING**

- **Assessment is the process of gathering, analysing, and synthesizing salient data into a formulation that encompasses the following vital dimensions:**
  - 1) **the nature of clients' problems, including special attention to developmental needs and stressors associated with life transitions that require major adaptations;**
  - 2) **coping capacities of clients and significant others (usually family members), including strengths, skills, personality assets, limitations and deficiencies;**
  - 3) **relevant systems involved in clients' problems and the nature of reciprocal transactions between clients and these systems;**
  - 4) **resources that are available or are needed to remedy or ameliorate problems; and**
  - 5) **client's motivation to work on their problems. (Hepworth & Larsen, 1990:193)**
  
- **Assessment has six purposes:**
  - 1) **To obtain information on the client's presenting problem and on other, related problems.**
  - 2) **To identify the controlling or contributing variables associated with the problem.**
  - 3) **To determine the client's goals/expectations for counselling outcomes.**
  - 4) **To gather baseline data that will be compared with subsequent data to assess and evaluate client progress and the effects of treatment strategies. This evaluation helps the practitioner decide whether to continue or modify the treatment plan or intervention strategy.**
  - 5) **To educate and motivate the client by sharing your views of the problem with the client, increasing the client's receptivity to treatment, and contributing to therapeutic change through reactivity (that is, when behaviour changes as a consequence of the assessment interview or procedure rather than as a result of a particular action or change strategy).**
  - 6) **To use the information obtained from the client to plan effective treatment interventions and strategies. The information obtained during the assessment process should help to answer this well-thought-out question: "What treatment, by**

*whom, is most effective for this individual with that specific problem and under which circumstances?" (Paul in Cormier & Cormier, 1991:145).*

- Assessment is the ability to understand clients, to spot "what's going on" with them, to see what they do not see and need to see, to make sense out of their chaotic behaviour and help them make sense out of it – all at service of helping them manage their lives and develop their resources more effectively. Assessment is not something helpers do to clients. Rather it is a kind of learning in which both client and helper participate." (Egan, 1990:164).

Vanuit bogenoemde definisies, kan assessering dan omskryf word as volg:

Assessering is die proses waardeur inligting verkry word van die kliënt (pasiënt) se huidige, sowel as ander verbandhoudende probleme. Hierdie inligting word geanaliseer en saamgevoeg ten einde die volgende dimensies in te sluit:

- die aard van die kliënt (pasiënt) se probleme;
- aanpassingsmeganismes van die kliënt (pasiënt) en sy/haar naasbestaendes;
- relevante sisteme wat betrokke is;
- beskikbare bronne;
- kliënt (pasiënt) se motivering.

Hierdie data dien as basislyndata wat die kliënt (pasiënt) se vordering en die effektiwiteit van die behandelingstrategieë sal aantoon, wat dan vir die kliënt (pasiënt) as motivering sal dien, en beplanning van verdere effektiewe hulpverleningstrategieë sal rig. Assessering is 'n proses wat deur die kliënt (pasiënt), sowel as die terapeut (geneeskundige maatskaplike werker) gedoen word.

## **BIBLIOGRAFIE**

- Hepworth, D.H. & Larsen, J.A. 1990. *Direct social work practice: theory and skills.* 3<sup>de</sup> Uitgawe. Kalifornië: Wadsworth Publishing Company.
- Cormier, W.H & Cormier, L.S. 1991. *Interviewing strategies for helpers.* 3<sup>de</sup> Uitgawe. Kalifornië: Brooks/Cole Publishing Company.
- Egan, G. 1990. *The skilled helper - a systems approach to effective helping.* 4<sup>de</sup> Uitgawe. Kalifornië: Brooks/Cole Publishing Company.

***PROGRAMBYLAE 2.3***

**MODELLE WAAROP DIE  
GEÏNTEGREERDE  
GENEESKUNDIGE  
MAATSKAPLIKEWERK-  
ASSESSERINGSMODEL  
GEBASEER IS**

# DIE BEVOEGDHEIDSMODEL — E. GAMBRIL

**Doel: Vermeerder persone se eie bevoegdhe**



**Gevolg: Verhoog huidige/toekomstige lewenskwaliteit**

**BRONNE VIR  
ASSESSERING**



UNIVERSITY  
OF  
JOHANNESBURG

**FOKUS OP  
HEDE, NIE  
VERLEDE**

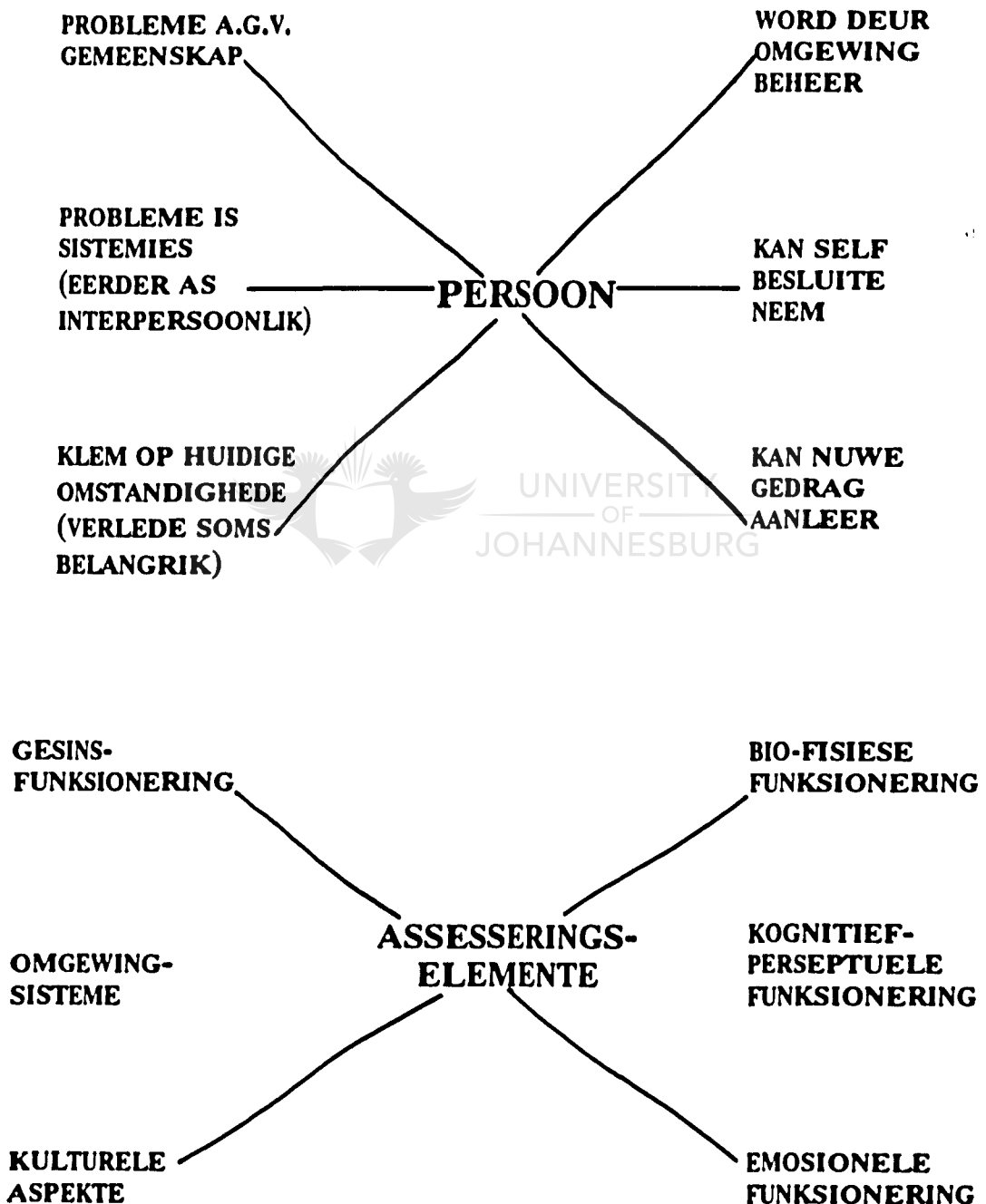
**HOE ASSESSERING WAT**

**ANTESEDENTE  
GEDRAG  
GEVOLG**

# DIE DIREKTE MAATSKAPLIKEWERK PRAKTYKMODEL

HEPWORTH & LARSEN

## EKOLOGIESE/SISTEMIESE BENADERING





# MODEL VAN ONDERHOUDSTRATEGIEË VIR HULPVERLENERS

N.H. CORMIER EN L.S. CORMIER

- Gedrag is aangeleer
- Multidimensioneel : oorsake van probleme  
: behandeling/intervensie
- Probleme moet operasioneel gesien word

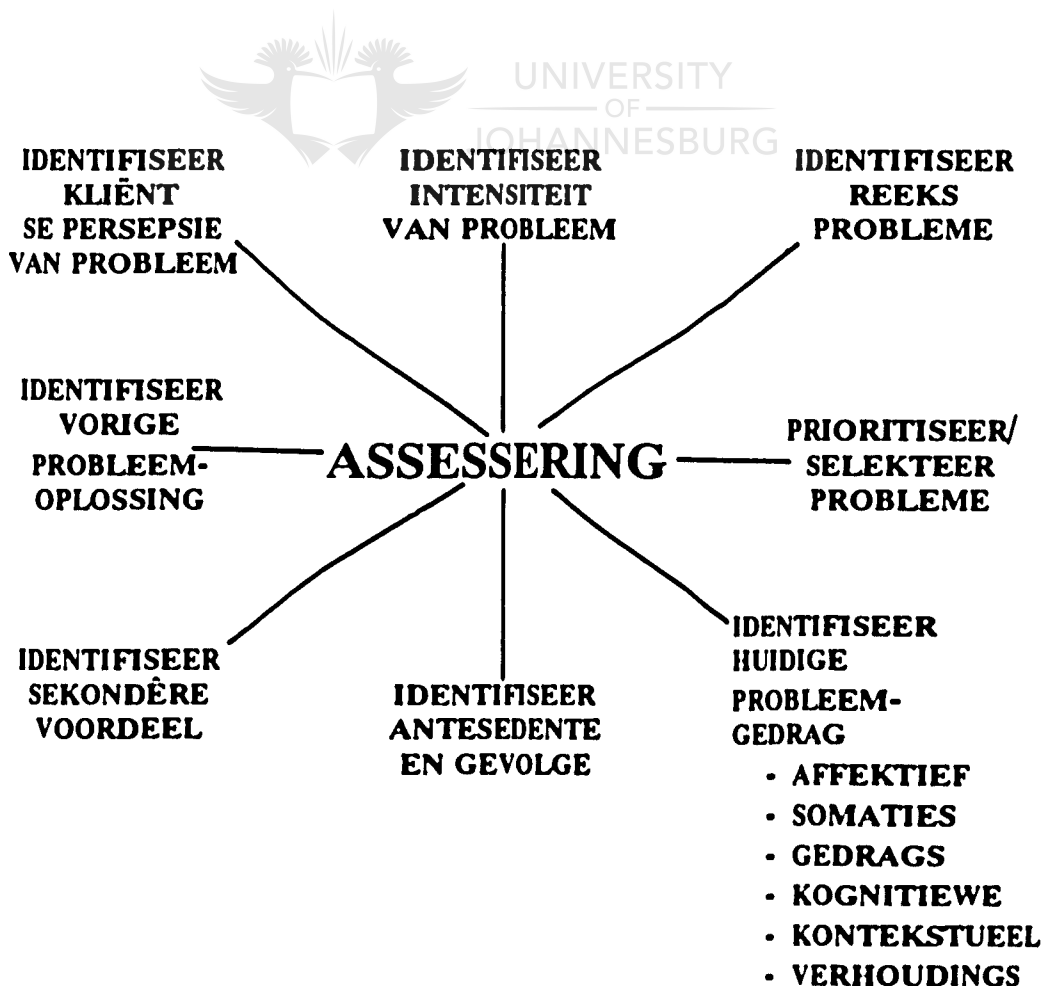
A (Antesedente)



B (Gedrag)




C (Gevolge)



# **4.3.3**

## **SESSIE DRIE**

**ASSESSERING VAN  
AGTERGRONDSGEBEURE  
VANUIT 'N GENEESKUNDIGE  
MAATSKAPLIKEWERK-  
PERSPEKTIEF**



## **SESSIE DRIE**

### **TEMA: ASSESSERING VAN AGTERGRONDSGEBEURE VANUIT 'N GENEESKUNDIGE MAATSKAPLIKEWERK-PERSPEKTIEF**

#### **Inleiding**

Assessering van agtergrondsgebeure is in sekere gevalle van groot belang, alhoewel die nangehaalde outeurs in die vorige sessie die fokus op die huidige, beklemtoon. Dit is in die Geneeskundige Maatskaplikewerk-velde veral noodsaaklik om die pasiënt/naasbestaandes se funksionering vóór die aanvang van die siektetoestand te assesser ten einde vas te stel watter elemente van die siekte belemmerend op die funksionering en rehabilitasie sal inwerk, en watter as sterkpunte in die rehabilitasieproses van die pasiënt gebruik kan word.

#### **Doelstellings**

Die doelstellings van die sessie is om kursusgangers se

- kennis uit te brei ten opsigte van die aard van aspekte wat as agtergrondsgebeure geassesseer word;
- vaardighede uit te brei in assessering van agtergrondsgebeure na aanleiding van die kennisuitbreiding, asook die metodes wat vir hierdie assessering gebruik kan word.

#### **Leer en vaardighedsdoelwitte**

Teen die einde van die sessie behoort kursusgangers in staat te wees om:

- agtergrondsgebeure wat betrekking het op die pasiënt/naasbestaandes te assesser;
- verskillende metodes vir assessering van agtergrondsgebeure te identifiseer en te gebruik.

## **Voorbereiding**

### **1. Toerusting en materiaal**

- Gevallestudie (Programbylae 3.1).

### **2. Voorbereiding van aanbieder**

- Berei Programbylae 3.1, 3.2, 3.3 en 3.4 voor.
- Maak fotostate van Programbylae 3.1 en 3.4 vir elke kursusganger.
- Maak transparante van Programbylae 3.2 en 3.3.

### **3. Voorbereiding van kursusgangers**

- Berei Programbylae 3.1 voor.

## **Aanblyingswyse**

1. Gee 'n kort inleiding ten opsigte van die belang van agtergrondsgebeure in geneeskundige maatskaplikewerk-assessering.
2. Verskaf gevallestudie (Programbylae 3.1) en laat kursusgangers die agtergrondsgebeure assesser as voortoets (Programbylae 3.4). Laat hulle aandui watter metodes hulle sal gebruik ten einde assessering te doen. Neem voortoets in.
3. Dui vervolgens aspekte aan wat as agtergrondsgebeure, volgens literatuur wat bestudeer is, geassesseer behoort te word (Programbylae 3.2). Gebruik transparant en verwys terug na moontlikhede uit die gevallestudie.
4. Dui vervolgens aan watter metodes tydens assessering van agtergrondsgebeure gebruik kan word (Programbylae 3.3).
5. Laat kursusgangers weer dieselfde geval se agtergrondsgebeure assesser volgens Programbylae 3.4 as natoets. Neem natoets in.
6. Laat kursusgangers 'n samevatting van die sessie gee, en skryf die gegewens op die witbord neer.

**PROGRAMBYLAE 3.1 (a)**

**GEVALLESTUDIE NOMMER: 1(a)**

**NAAM VAN PASIËNT:** MNR E.V.  
**OUDERDOM:** 35 Jaar  
**SAAL:** I.S.E.  
**DR:** Jones  
**DIAGNOSE:** MVO Skedel,  
intraserebrale bloeding

**TEL. NO. VAN PASIËNT:** 23460  
**TEL. NO. WERK:** Onbekend  
**NAASBESTAANDES**  
**NAAM:** Mev E.V.  
**TEL. NO:** 23460  
**NOODNOMMER:**  
**KONTAKNAAM:** }  
**TEL. NR.** } Onbekend

**GELOOF:** Onbekend  
**IS NAASBESTAANDES BEWUS**  
**VAN OORPLASING:** Ja  
**MEDIESE FONDS:** Kons.  
**ADRES:** 18 Douglas str  
Potchefstroom

**DATUM VAN OPNAME:** 1993-11-20  
**DATUM VAN ONTSLAG:**

**VITALE TEKENS TYDENS OORPLASING**

**B/D** 128/80 mm/Hg

**TEMP:** 37°C **POLS:** 94

**RESP:** 21

**KLEUR:** Bloesend

**BEWUSSYNSVLAK:** Glasgow 9/15

**BLOEDSUIKER:** 11,2 mmol/l

**MEDIESE HANTERING:**

**A. BEHANDELING**

1. I/V terapie
2. Kateder
3. Dreinerig
4. Noso-gastriese buis
5. Trageostomie

JA	NEE
✓	
✓	
✓	
✓	
✓	

**B. ONDERSOEKE**

1. X-strale
2. Bloedverslae
3. E.E.G.
- 4.

JA	NEE
✓	
✓	
✓	

**ALLERGIEË:**      **MEDIKASIE:**                      **GEEN**  
**VOEDSELORTE:**  
**REAKSIE:**

**REKORD VAN MEDIKASIE**

<b>MEDIKASIE</b>	<b>DOSIS</b>	<b>ROETE</b>	<b>TYE</b>
Actrapid infusie	20 E	IV	

**OPMERKINGS:** Pasiënt is oorgeplaas vanaf Potchefstroom hospitaal. Pasiënt maak beide oë spontaan oop. Geen verbale response. Motories: fleksie met pynstimuli, arms (L) beweeg, maar stadig; (R) arm beweeg glad nie. Albei bene beweeg, maar stadig. Albei pupille reageer. Trageostomie met T-buis 28% die hele tyd. (R) *arm is verbind*, (L) arm gekneus, oë rooi en bloederig.

**PROGRAMBYLAE 3.1**

**GEVALLESTUDIE NOMMER 2**

**NAAM VAN PASIËNT:** Mnr H.G.  
**OUDERDOM:** 36 jaar  
**SAAL:** 5  
**DR:** Du Preez  
**DIAGNOSE:** SVO

**TEL. NO. VAN PASIËNT:** 4201  
**TEL. NO. WERK:** Onbekend  
**NAASBESTAANDE:**  
    **NAAM:** Mev H.G.  
    **TEL. NO:** 4201  
**NOODNOMMER:**  
    **KONTAKNAAM:** Mev K.H.  
    **TEL. NO.** 893-7252

**GELOOF:** A.F.M.  
**IS NAASBESTAANDES BEWUS**  
**VAN OORPLASING:** Ja  
**MEDIESE FONDS:** Kons.  
**ADRES:** Posbus 911  
    Queenstown

**DATUM VAN OPNAME:** 88-08-18  
**DATUM VAN ONTSLAG:** 88-10-05

**DIAGNOSE:** SVO - (R) hemiplegie  
    (L) intra-serebrale ischemia

**VERSLAG VAN MEDIKASIE**  
Lasix, Disprin, Triptanol, Epineutin, Insulien

**AGTERGRONDSGEBEURE**

**AGTERGRONDS-  
GEBEURE**

**CHRONOLOGIESE  
ONTWIKKELINGS,  
PSIGIESE EN ANDER  
GEBEURE**

- \* Voorskools (0 - 6 jaar)
- \* Middelkinderjare (6 - 13 jaar)
- \* Adolessensie (13 - 21 jaar)
- \* Jong volwassenheid (21 - 30 jaar)
- \* Laat volwassenheid (65 jaar en ouer)

**HUIDIGE LEWENS-  
SITUASIE**

- \* Tipiese dag/week
- \* Ekonomiese situasie
- \* Werk situasie
- \* Kontak met ander persone
- \* Militêre geskiedenis
- \* Vryetydsbesteding

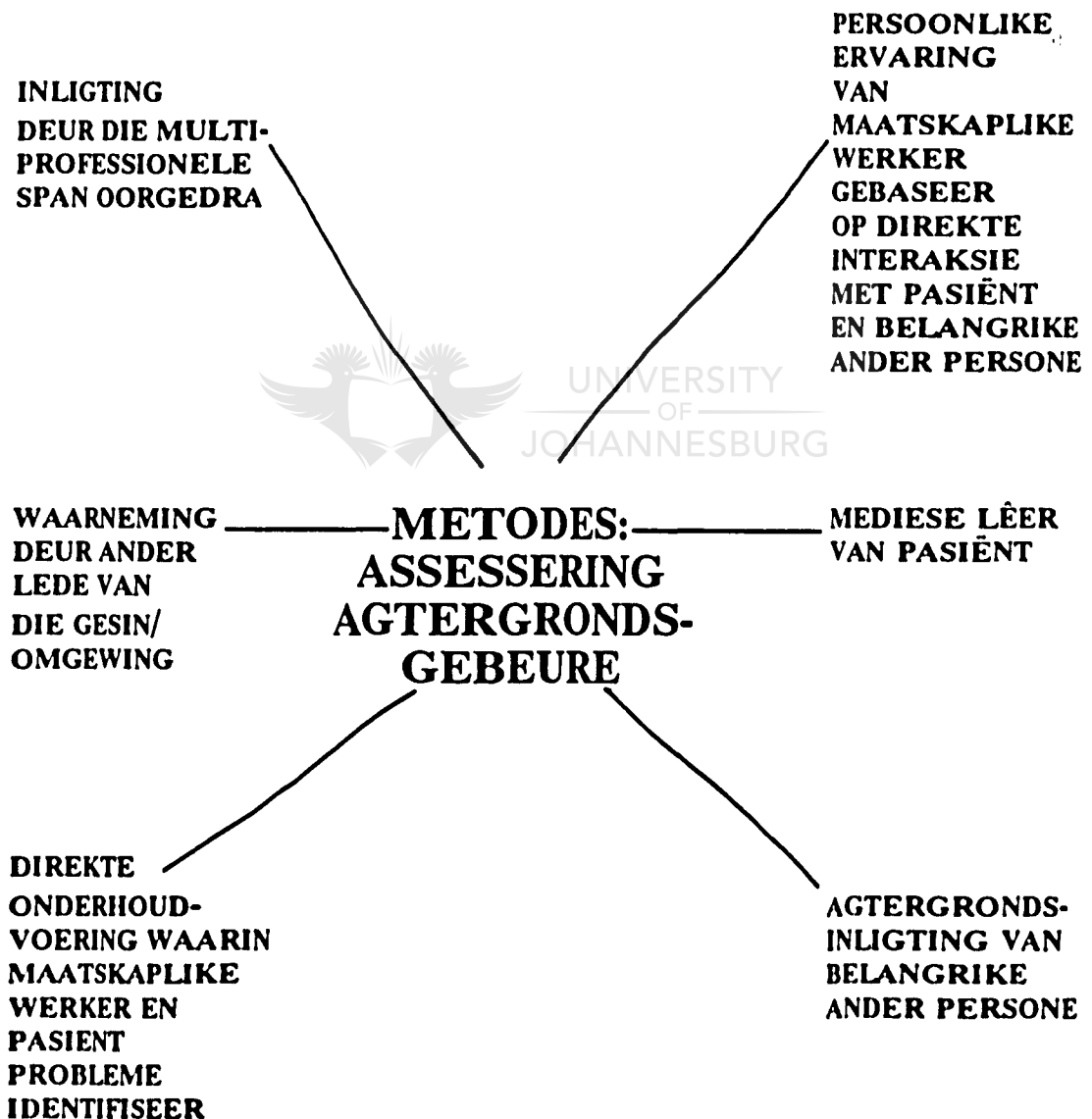


UNIVERSITY  
OF  
JOHANNESBURG



**PROGRAMBYLAE 3.3**

**METODES WAT GEBRUIK WORD VIR ASSESSERING VAN  
AGTERGRONDSGEBEURE**



**PROGRAMBYLAE 3.4**

**ASSESSERING VAN AGTERGRONDSGEBEURE NA AANLEIDING VAN  
GEVALLESTUDIE**

**NOEM IN ONDERSTAANDE SPASIE WATTER AGTERGRONDSGEBEURE  
GEASSESEER BEHOORT TE WORD.**

Vir  
kantoor-  
gebruik

--	--

(1 - 2)

Kaart

1
---

3

--

4

--

5

--

6

--

7

--

8

--

9

--

10

--

11

--

12

--

13

--

14

--

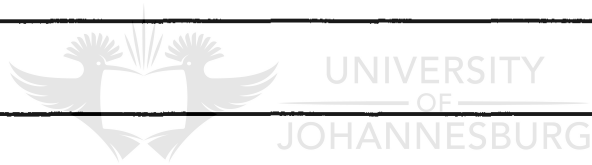
15

--

16

--

17



**DUI AAN WATTER METODEDES GEBRUIK SAL WORD OM DIE ASSESSERING TE DOEN.**

---

---

---

---

---

---

---

18

19

20

21

22



UNIVERSITY  
OF  
JOHANNESBURG

**4.3.4**

**SESSIE VIER**

**ASSESSERING VAN DIE  
BIO-FISIESE FUNKSIONERING  
VAN DIE PASIËNT VANUIT 'N  
GENEESKUNDIGE  
MAATSKAPLIKEWERK-  
PERSPEKTIEF**

## **SESSIE VIER**

### **TEMA: ASSESSERING VAN DIE BIO-FISIESE FUNKSIONERING VAN DIE PASIËNT VANUIT 'N GENEESKUNDIGE MAATSKAPLIKWERK-PERSPEKTIEF**

#### **Inleiding**

Geneeskundige maatskaplike werk behels die behandeling van die psigo-maatskaplike implikasies of oorsake van siekte. Die bio-fisiese funksionering van die pasiënt is dus die sentrale punt waarop alle geneeskundige maatskaplikewerk-hulpverlening gebaseer moet word. Derhalwe is dit baie belangrik dat die geneeskundige maatskaplike werker 'n basiese kennis van mediese diagnoses en behandeling sal hê. Assessering van hierdie aspek word dus as die sentrale fokuspunt beskou.

#### **Doelstellings**

Die doelstellings van die sessie is om:

- kennis van die kursusgangers uit te brei ten opsigte van die assessering van die bio-fisiese funksionering van die pasiënt;
- vaardighede te ontwikkel in die assessering van die bio-fisiese funksionering.

#### **Leer en vaardighedsdoelwitte**

Aan die einde van die sessie behoort kursusgangers in staat te wees om:

- die bio-fisiese aspekte wat deur die geneeskundige maatskaplike werker geassesseer behoort te word, te identifiseer;
- die invloed wat die mediese diagnose en behandeling op geneeskundige maatskaplikewerk-assessering het, te begryp;
- 'n wetenskaplike assessering ten opsigte van die bio-fisiese funksionering van 'n pasiënt te kan doen;



- Metodes vir die assessering van die bio-fisiese funksionering van die pasiënt te kan identifiseer.

## Voorbereiding

### 1. Toerusting en materiaal

- Gevallestudie (Programbylae 3.1).
- Bylae vir assessering van voor- en natoets van die bio-fisiese (Programbylae 4.1).
- Anatomiese werking van die sentrale senuweestelsel (Programbylae 4.2).
- 'n Kliniese beeld van siektetoestand (Programbylae 4.3).
- Medikasie en die invloed daarvan (Programbylae 4.4).
- Bylaag vir tuiswerk (Programbylae 4.5).
- Truprojektor en transparante (Programbylae 4.2).

### 2. Voorbereiding van aanbieder

- Berei Programbylae 3.1, 4.2, 4.3 en 4.4 voor.
- Maak fotostate van Programbylae 4.1, 4.3, 4.4 en 4.5 vir elke kursusganger.

### 3. Voorbereiding van kursusgangers

- Programbylae 4.1 en 4.5 moet deur kursusgangers voorberei word.

## Aanbiedingswyse

1. Gee 'n inleiding oor die rol van die bio-fisiese assessering in geneeskundige maatskaplike werk. Dui die belang van hierdie aspek as sentrale fokuspunt aan.
2. Gee aan kursusgangers Programbylae 3.1 en 4.1 ten einde bio-fisiese aspekte te assessee, asook om metodes van assessering wat hulle sou gebruik, aan te toon. Dit dien as 'n voortoets. Neem voortoets daarna in. Laat kursusgangers in 'n groep bespreek watter aspekte hulle dink geassesseer behoort te word.

3. Verduidelik aan die hand van transparante die anatomie van die sentrale senuweestelsel en die brein. Die kliniese beeld van die siektetoestand en moontlike belangrike aspekte kan aan die hand van 'n gefotostateerde stuk bespreek word (Programbylae 4.2 en 4.3). Verduidelik begrippe waar nodig.
4. Gebruik Programbylae 4.4 ten einde die gebruik/misbruik van medikasie, op navolging van behandeling en gebruik/misbruik van alkohol, aan te toon.
5. Gee Programbylae 4.1 weer aan kursusgangers om individueel te voltooi. Neem dit in.
6. Laat die groep in klein groepies verdeel en terugrapporteer watter aspekte nou by bio-fisiese assessering ingesluit is wat nie in die eerste assessering ingesluit was nie.
7. Dui aan watter aspekte hulle nie in die terugrapportering aangeraak het nie.
8. Gee aan kursusgangers Programbylae 4.6 ten einde tuiswerk te doen van 'n pasiënt met 'n ander siektetoestand as wat tydens die sessie gedoen is. Hierdie programbylae kan as hulpmiddel in die werksopset gebruik word.







***DUI AAN WATTER METODEDES GEBRUIK SAL WORD OM DIE ASSESSERING TE DOEN.***

---

---

---

---

---

39

40

41

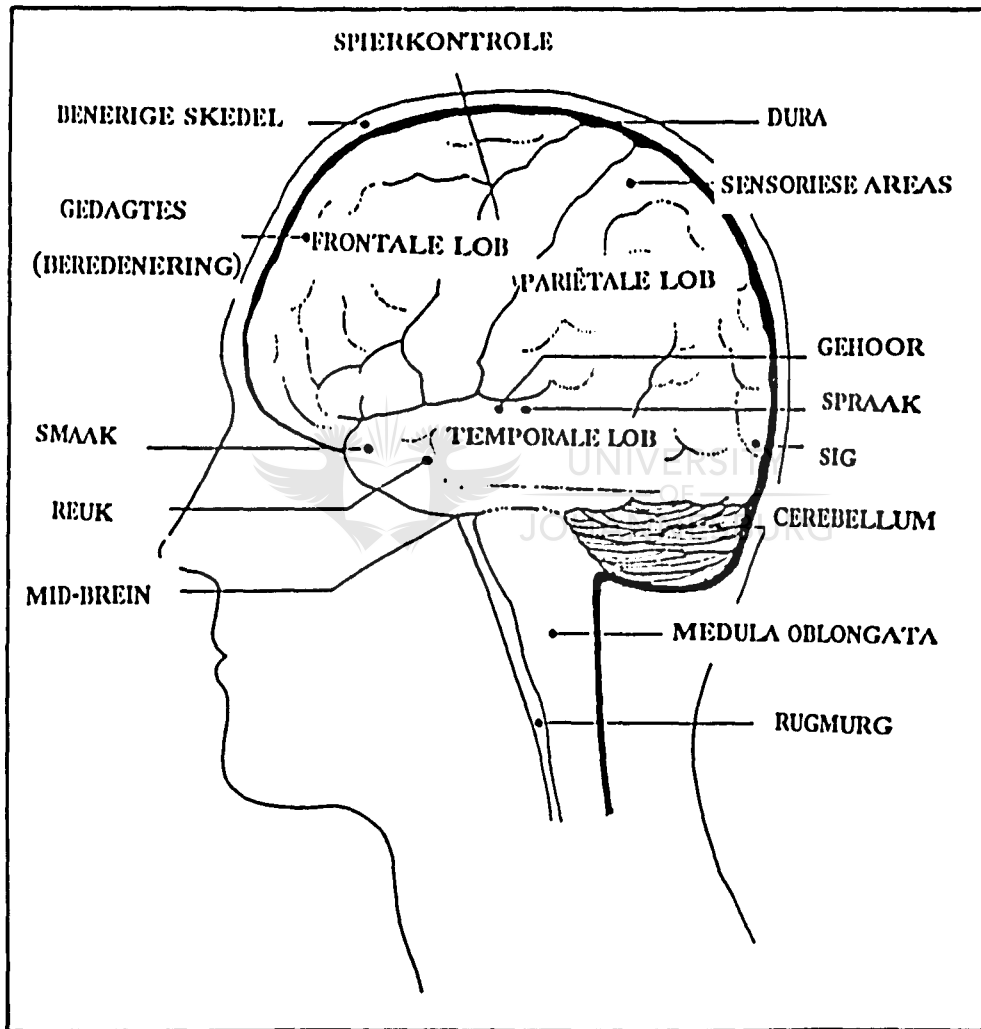
42



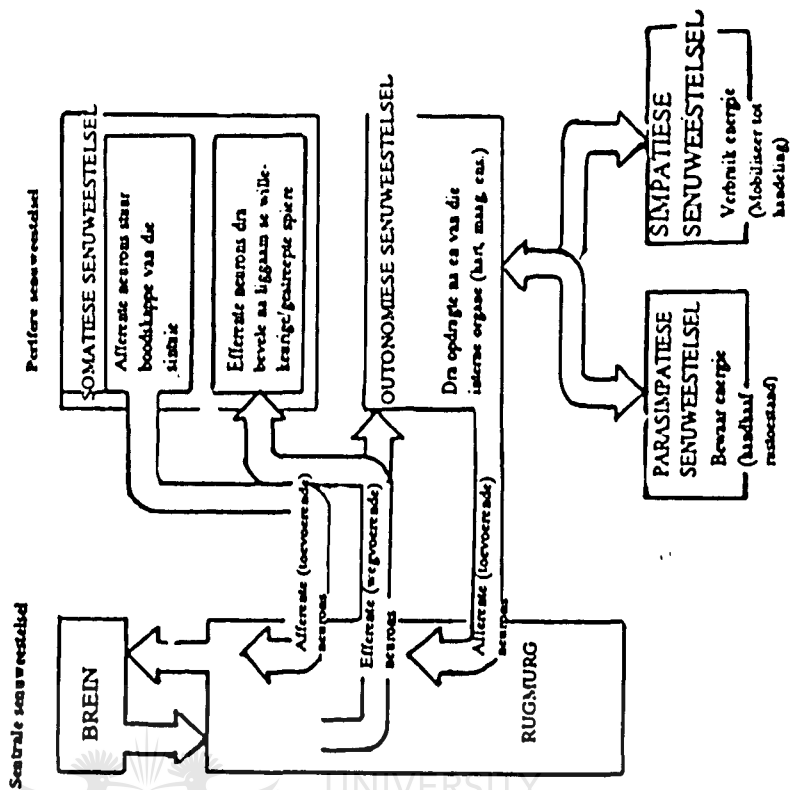
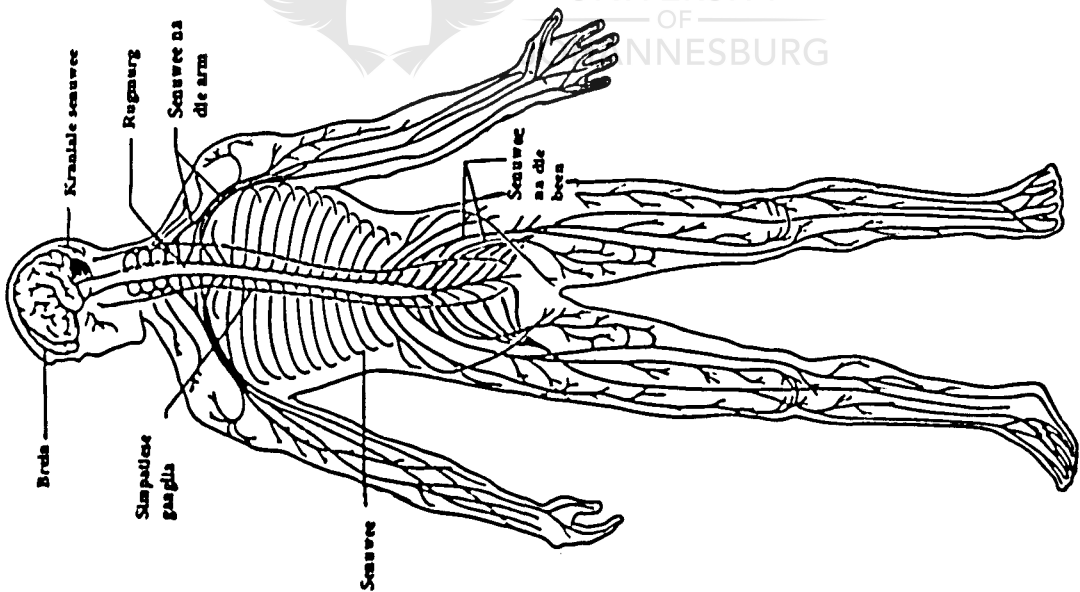
UNIVERSITY  
OF  
JOHANNESBURG

**PROGRAMBYLAE 4.2**

**ANATOMIE VAN DIE BREIN EN SENTRALE SENUWEESTELSEL**



**DIE BREIN**

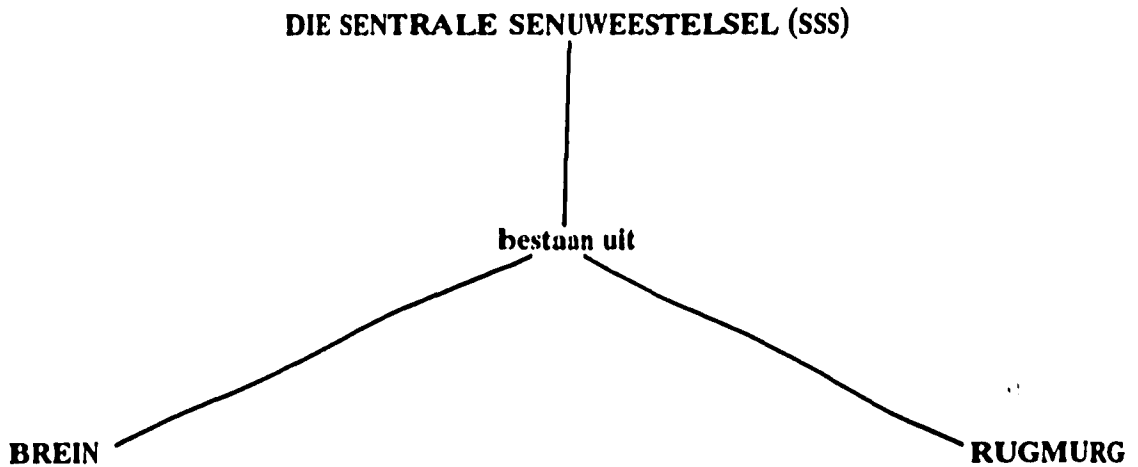


## DIE SENTRALE SENUWEESTELSEL

### BIBLIOGRAFIE

Sarafino, E.P 1990. *Health psychology — biopsychosocial interactions*. New York: John Wiley & Sons.

## PROGRAMBYLAE 4.2 (b)



### DIT VORM DIE SENTRALE VERWERKINGSEENHEID VAN DIE SENUWEESTELSEL

- Ontvang boodskappe via die sensoriese vesels van die liggaam se sensoriese organe en reseptore
- suiwer en analiseer dit
- stuur dan seine via die motoriese vesels
- wat dan lei tot 'n geskikte respons in die spiere en klierre.

Die *analitiese/verwerkingsaspek* kan vir sekere funksies relatief eenvoudig wees, maar *analisering* in die brein is gewoonlik *hoogs kompleks*, en sluit die deelname van duisende *neurone* in.

## PROGRAMBYLAE 4.2 (b)

### DIE PERIFERE SENUWEESTELSEL (PSS)

#### HOOF KOMPONENT: SENUWEE

verbind die sentrale senuweestelsel aan al die ander dele van die liggaam en ganglia

#### DAAR IS TWEE HOOF AFDELINGS

##### SOMATIESE SENUWEESTELSEL

- \* Word bewustelik beheer

##### TWEELEDIGE ROL

1. Versamel inligting ten opsigte van die buitewêreld vanaf sensoriese organe, wat spesiale reseptorselle bevat, deur die sensoriese senuweevesels.
2. Dit versend seine deur die motoriese vesels vanaf die sentrale senuweestelsel na die liggaamspiere, en sit dus so beweging aan die gang.

##### OUTONOME SENUWEESTELSEL

- \* Word onbewustelik beheer → hypothalamus. Hou outomatiese funksies van organe, byvoorbeeld die hart, longe, blaas, maag, ingewande, seksuele organe en bloedvate, instand sonder bewustelike psigiese of ander inspanning.

#### WORD IN TWEE VERDEEL

SIMPATIES

PARASIMPATIES

- elkeen gebruik verskillende chemiese senders waar die senuweevesel sy teikenorgaan bereik;
- elkeen is verskillend gebou;
- elkeen het verskillende uitwerkings op die orgaan wat dit bedien.

## PROGRAMBYLAE 4.2(b)

### PARIËTALE KORTEKS

- Intellektuele verwerking van sensoriese inligting: visueel, gevoel
  - : gehoor
  - : verbale verwerking
  - : visueel-ruimtelike verwerking

### FRONTALE KORTEKS

- motoriese gedrag
- betekenisvolle taal
- vermoë om te konsentreer
- beredenering en denke
- oriëntasie ten opsigte van tyd, plek en persoon
- evaluering van sensoriese inligting

## BREIN

### TEMPORALE KORTEKS

- taal
- geheue
- emosie
- gehoor
- reuk

### OKSIPITALE KORTEKS

- primêre sensoriese korteks vir visuele toevoer

## BIBLIOGRAFIE

1. Kaplan, H.I. en Sadock, B. 1991. *Synopsis of psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*. 6<sup>e</sup> Uitgawe. Baltimore: Williams & Wilkins.
2. Weston, T. 1992. *Atlas of Anatomy*. 6<sup>e</sup> Uitgawe. Londen: Marshall Cavendish.

## PROGRAMBYLAE 4.3 (a)

### OOP HOOFBESERING

#### Simptome en tekens

- *Konkussie* word gekenmerk deur post-traumatische bewussynsverlies wat minder as 24 uur duur, sonder strukturele letsels in die brein. Alhoewel bewusteloos, gebeur dit selde dat die pasiënt geen reaksie op stimulasie toon nie.
- *Serebrale besering, laserasies en edeem* behels meer ernstige beserings.
  - Hierdie simptome kom dikwels voor saam met ernstige oppervlakkige wonde en frakture, gelokaliseer in die skedelbasis, of met ingeduike been splinters.
  - Asemhaling vind dikwels plaas, as gevolg van pulmonale kongestie (of bors trauma).
  - Hemiplegie, dekortikale styfheid (arms gebuig en opgetrek, bene en romp dikwels uitgestrek), of deserebratiese styfheid (kakebene vasgebyt, nek ingetrek, alle ledemate uitgestrek) kom algemeen voor.
  - Pupille kan onegalig wees.
  - Toename in intra-kraniale druk, veral wanneer dit saam met drukking of verwringing van die breinstam voorkom, kan verhoogde bloeddruk, tesame met 'n lae pols en asemhaling, tot gevolg hê.
- *Primêre breinstambesering* (koma, roggelende asemhaling, stippeling van pupille, vierledige spastisiteit met arms opgetrek en bene uitgestrek) impliseer byna altyd 'n ernstige besering, en het 'n swak prognose.

#### Behandeling

- Pasiënte moet teen hitteverlies, ontwatering en lugwegobstruksies beskerm word, en moet deeglik gemonitor word vir tekens van agteruitgang.
  - Wees bedag op akute nierversaking.
  - Indien bewusteloosheid binne 'n week begin verbeter, is die vooruitsig vir 'n redelike herstel, goed.



## BIBLIOGRAFIE

1. Berkow, R. & Talbott, J.H. *The Merck manual of diagnosis and therapy.* 1992. 16<sup>de</sup> Uitgawe. Rahway: Merck & Co.
2. Kaufman, D.M. *Clinical neurology for psychiatrists.* 3<sup>de</sup> Uitgawe. Philadelphia: W.B. Saunders



- *Medikasie*
  - Antikonvulsie middels (soos phenytoin) sal beskerming bied teen epileptiese aanvalle.
  - Osmotiese diuretikum (urea, mannitol, glycerol) wat intraveneus gegee word, verminder breinswelling, maar moet ook beperk word tot pasiënte wie se toestand versleg, of vir pre-operatiewe pasiënte met hematome.
  - Sedasiemiddels (byvoorbeeld chlorpromazine) kan gegee word wanneer rusteloosheid voorkom gedurende verbetering van 'n koma.

### **Komplikasies**

- *Akute subdurale of intraserebrale hematome* is algemeen by ernstige hoofbeserings en is, tesame met ernstige breinedeem, teenwoordig by die meeste noodlottige gevalle.
- *Epidurale hematome* is in die meeste gevalle temporaal, minder oksipitaal. Simptome: toename in hoofpyn, degenerasie van bewustheid, motoriese disfunksie en verandering van pupille.
- *Chroniese subdurale hematoom* is 'n komplikasie wat laat ontwikkel, en wat moontlik nie ontwikkel tot 'n paar weke ná die trauma nie. Die meeste pasiënte is ouer as 50, en die hoofbesering redelik onbeduidend, selfs vergete. 'n Toename in daaglikse hoofpyn, wisselende lomerigheid of psigiese veranderinge en ligte of gemiddelde hemiparese is tipies.
- Herstel na enige ernstige besering word gekenmerk deur periodieke *geheueverlies*.
- *Oorblywende mediese ongeskiktheid* moet geassesseer word. Verbetering kan vir meer as 10 jaar aanhou.
- *Post-traumatiese epilepsie* kom voor na ongeveer 10% van alle ernstige geslote hoofbeserings, en ongeveer 40% van indringende wonde aan die hoof.

## **PROGRAMBYLAE 4.3 (b)**

### **GESLOTE HOOFBESERING SEREBRO-VASKULÊRE ONGELUK**

#### **Beroerte in ontwikkeling**

- word gemanifesteer deur neurologiese defekte wat toeneem oor 'n periode van 24 - 48 uur; en
- toon vergrote infarksie of progressiewe edeem, gewoonlik in die area van die middelste serebrale arterie.

#### **Algehele beroerte**

- word gemanifesteer deur neurologiese defekte wat in graad van erns verskil;
- begin gewoonlik skielik;
- is óf fataal, óf toon verskeie grade van verbetering; en
- kom voor as gevolg van infarksie van die breinweefsel, as gevolg van arteriosklerotiese of hipertensiewe stenose (vernouing), trombose of embolisme.

#### **Simptome, tekens en verloop**

- *Beroerte in ontwikkeling*
  - unilaterale neurologiese disfunksie (wat dikwels in die een arm begin);
  - neem pynloos toe, of sonder hoofpyn of koors, vir verskeie ure of selfs 'n dag of twee;
  - meer dele van die liggaam raak progressief betrokke.
- *Akute algehele beroerte*
  - 'n meer algemene toestand;
  - simptome ontwikkel vinnig, en is tipies maksimaal binne 'n paar minute;
  - *spesifieke neurologiese simptome* word bepaal deur die *area* van die brein infarksie.

- Die *middel serebrale arterie* is oor die algemeen betrokke:
  - kontra-laterale hemiplegie — gewoonlik ernstig;
  - afasie kom voor wanneer die nie-dominante hemisfeer betrokke is.
- *Anterior serebrale arterie* afsluiting is ongewoon:
  - kontra-laterale hemiplegie wat veral die been affekteer en dikwels gepaard gaan met sensoriese verlies, kom voor;
  - ligte parese van die been;
  - merkbare kontra-laterale swakheid in die gesig en arm kan waargeneem word;
  - 'n grypreleks en inkontinensie kan voorkom;
  - apraksie of 'n betekenisvolle afasie kan voorkom, afhangende van die kant wat geaffekteer is;
  - bilaterale afsluiting kan euforie of apatie veroorsaak, wat in katatonie of spastiese paraplegie kan eindig.
- Die *posterior serebrale arterie* afsluitings kan areas in die temporale en oksipitale lobbe, asook die boonste breinstam, affekteer.
- *Groot breinstam infarkties* het gewoonlik 'n koma of onmiddellike dood tot gevolg.

### Prognose

- Die agteruitgang of uiteindelijke uitkoms van 'n beroerte in ontwikkeling of 'n algehele beroerte kan nie gedurende die vroeë stadium voorspel word nie.
- Die mate van neurologiese herstel hang af van die pasiënt se ouderdom, algehele gesondheidstoestand, asook die area en grootte van die infarksie.
- Degenerasie van bewussynsvlak, verstandelike agteruitgang en afasie dui almal op 'n swak prognose.
- Algehele herstel is ongewoon, maar hoe gouer verbetering begin, hoe beter die prognose.

### BIBLIOGRAFIE

- Berkow, R & Talbott, J.H. 1992. *The Merck manual of diagnosis and therapy*. 16<sup>de</sup> Uitgawe. Merck & Co.

## PROGRAMBYLAE 4.3 (c)

### OMSKRYWING VAN ENKELE MEDIESE BEGRIPPE

**Polsslag:** Die gemiddelde volwasse polsslag in rus is 60 - 80 slae per minuut, maar oefening, besering, siekte en emosie kan 'n baie vinniger polsslag veroorsaak.

**Bloeddruk:** Bloeddruk word gemeet in millimeter kwik. Die normale perk wissel na gelang van ouderdom, maar 'n jong volwassene sal na verwagting 'n sistoliese druk van omtrent 120 mm en 'n diastoliese druk van 80 mm hê. Dit word aangeteken as 120/80.

**Koors:** 'n Styging in die liggaamstemperatuur bo die normale, dit wil sê bokant 'n orale temperatuur van 98,6°F (37°C) of 'n rektale temperatuur van 99°F (37,2°C).

**Bloedsuiker:** Die konsentrasie glukose in die bloed, gewoonlik uitgedruk in millimol per liter. Die normale perk is 3,5 - 5,5 mmol/ℓ.

**Stenose:** 'n Abnormale vernouing van 'n kanaal of opening, byvoorbeeld 'n bloedvat of 'n hartklep.

**Trombose:** 'n Toestand waarin die bloed verander van 'n vloeistof na 'n vaste stof, en 'n bloedklont vorm.

**Embolisme:** wanneer 'n bloedklont in 'n arterie vassteek en die bloedvloei belemmer.

**Kontralateraal:** aan of met 'n uitwerking op die teenoorgestelde kant van die liggaam.

**Posterior:** Geleë by of naby die agterkant van 'n liggaam of orgaan.

**Anterior:** Beskrywend van of verwysend na die voorste deel van die liggaam, ledemate of enige orgaan.

***Parese:*** Spierswakheid wat deur 'n siekte van die senuweestelsel veroorsaak word. Dit impliseer 'n mindere mate van swakheid as verlamming, alhoewel die twee woorde dikwels uitruilbaar gebruik word.

***Katatonie:*** 'n Sindroom van motoriese abnormaliteite wat verband hou met 'n abnormale geestestoestand.

***Afasie:*** 'n Taalgebrek wat die ontwikkeling van spraak en die begrip daarvoor aantast, en nie slegs 'n artikulasiegebrek nie.

***Apraksie:*** 'n Onvermoë om vaardige bewegings akkuraat uit te voer.



## **BIBLIOGRAFIE**

Martin, E.A.  
1993.

*Mediese woordeboek.* Kaapstad: Oxford University Press,  
Southern Africa.

## PROGRAMBYLAE 4.4

### MEDIKASIE EN NEWE-EFFEKTE

#### MEDIKASIE WAT GEBRUIK WORD IN DIE BEHANDELING VAN PERIFERE EN SEREBRO-VASKULÊRE SIEKTES

GENERIESE (HANDELS) NAAM	WERKING	NEWE-EFFEKTE
Cyclandelate (Cyclospasmol)	Vaskulêre sagte spierontspanner	Ligte gloede, hoofpyn, swakheid, tagikardie
Dihydroergotoxine mesylate (Hydergine)	Vermeerder bloedvloei na die brein, verbeter breinsel metabolisme	Naarheid, braking, hoofpyn, duiseligheid, gloede, dowwe visie, uitslag, anoreksie, nasale verstoping, abdominale krampe
Isoxsupring (Vasodilan)	Vaskulêre sagte spierontspanner	Ligte tagikardie, palpitasies, tremor en naarheid
Nylidrin (Arlidin)	Stimuleer na bewering beta reseptore of bloedvate, en veroorsaak daardeur vasodilatasie	Bewing, senuweeagtigheid, swakheid, duiseligheid, palpitasies, naarheid, braking, posturale hipotensie, allergiese reaksies
Pentoxifylline (Trental)	Ontspan perifere bloedvate; verbeter buigsaamheid van rooibloedselle	Naarheid, braking, abdominale ongemak, diarree, duiseligheid, lighoofdigheid, hoofpyn
Phenoxybenzamine	Alfa, adrenergiese reseptor blokkeerder wat vasodilatasie van arteriole en are tot gevolg het	Arhostatiese hipotensie, refleks tagikardie, nasale verstoping, naarheid, braking, diarree

#### DIE GENEESKUNDIGE MAATSKAPLIKE WERKER ASSESSEER DIE NEWE-EFFEKTE OP DIE:

- EMOSIONELE FUNKSIONERING
- SEKSUELE FUNKSIONERING
- GEDRAGSFUNKSIONERING

## VOORBEELD

TIPPE	GENEIESE NAAM	NEWE-EFFEKTE	GMW ASSESSERING
Antihipertensiewe medikasie	Amibride 5 mg + hydrochlorothiazide 50 mg (Moduret)	Hoofpyn, duiseligheid, verwarring, slapeloosheid, depressie, verminderde libido	kan - gedrag - emosies - seksualiteit beïnvloed

*Samewerking/nie samewerking met behandeling*

*Misbruik van medikasie*

*Invloed van die gebruik van alkohol op die siekte en medikasie*

*Misbruik van alkohol*



## BIBLIOGRAFIE

1. Johnson, G.E. *et al.* 1992. *Pharmacology and the nursing process.* 3<sup>de</sup> Uitgawe. Kanada: W.B. Saunders Company
2. Hepworth, D.H. & Larsen, J.A. 1990. *Direct social work practice.* 3<sup>de</sup> Uitgawe. Kalifornië



**ASSESSERING: BIO-FISIESE FUNKSIONERING**

**PASIËNT:** \_\_\_\_\_

**MEDIESE LÊER NO.** \_\_\_\_\_

**MAATSK. LÊER NO.** \_\_\_\_\_

**PROGRAMBYLAE 45**

<b>AANBIEDING</b>	<b>MEDIESE DIAGNOSE</b>  <b>MEDIESE PROGNOSE</b>	<b>DEFINISIE</b>  <b>KLINIESE BEELD VAN SIEKTETOESTAND</b>  <b>SINTUIE (INDIEN VAN TOEPASSING)</b>	
<b>SAMEWERKING VAN PASIËNT EN ANDER PERSONE T.O.V. MEDIESE BEHANDELING</b>	<b>MEDIKASIE</b>  <b>GEbruik/MISBRUIK MEDIKASIE AARD</b>  <b>FREKWENSIE</b>  <b>DUUR</b>	<b>SIDE EFFECTS</b>  <b>GEbruik/MISBRUIK VAN ALKOHOL AARD</b>  <b>FREKWENSIE</b>  <b>DUUR</b>	<b>MEDIESE BEHANDELING TIPE</b>  <b>SPANLEDE BETROKKE</b>

**4.3.5**

**SESSIE VYF**

**ASSESSERING VAN DIE  
KOGNITIEF-PERSEPTUELE  
FUNKSIONERING  
VAN DIE  
PASIËNT/NAASBESTAANDES  
VANUIT 'N GENEESKUNDIGE  
MAATSKAPLIKEWERK-  
PERSPEKTIEF**

## **SESSIE VYF**

### **TEMA: ASSESSERING VAN DIE KOGNITIEF-PERSEPTUELE FUNKSIONERING VAN DIE PASIËNT/NAASBESTAANDES VANUIT 'N GENEESKUNDIGE MAATSKAPLIKEWERK-PERSPEKTIEF**

#### **Inleiding**

Die kognitief-perseptuele funksionering van die pasiënt hou direk verband met sekere siekte-toestande, byvoorbeeld neurologiese, neuro-chirurgiese en psigiatriese siektes, aangesien dit deur hierdie siektetoestande beïnvloed kan word. Die pasiënt en sy naasbestaandes se kognitief-perseptuele funksionering in die algemeen is egter ook vir die geneeskundige maatskaplike werker van belang, aangesien dit hulle algemene maatskaplike funksionering en aanpassing by die siektetoestand en behandeling beïnvloed.

#### **Doelstelling**

Die doelstelling van die sessie is om kursusgangers se:

- kennis uit te brei ten opsigte van die assessering van die kognitief-perseptuele funksionering van die pasiënt en naasbestaandes, asook van metodes wat aangewend kan word ten einde die assessering uit te voer.

#### **Leer en vaardigheidsdoelwitte**

Aan die einde van die sessie behoort kursusgangers in staat te wees om:

- die aard van aspekte wat as kognitief-perseptuele aspekte geassesseer behoort te word, te identifiseer en toe te pas;
- die metodes waarop kognitief-perseptuele assessering gedoen kan word, te begryp;
- aan die hand van vorige materiaal (gevallestudie en bio-fisiese funksionering) te begryp dat dié siektetoestande 'n direkte invloed op die pasiënt se kognitief-perseptuele funksionering het.

## Voorbereiding

### 1. Toerusting en materiaal

- Gevallestudie (Programbylae 3.1) en kliniese beeld van siektetoestand (Programbylae 4.3).
- Bylaag ten opsigte van die aard van kognitief-perseptuele aspekte wat geassesseer behoort te word op transparant (Programbylae 5.1).
- Bylaag ten opsigte van die metodes wat aangewend sal word ten einde kognitief-perseptuele assessering in die Geneeskundige Maatskaplikewerk-opset te doen (Programbylae 5.2).
- Bylaag vir voor- en natoets (Programbylae 5.3).

### 2. Voorbereiding van aanbieder

- Berei Programbylae 3.4, 4.3, 5.1, 5.2 en 5.3 voor.
- Fotostateer Programbylae 5.3.
- Berei transparante van Programbylae 5.1 en 5.2 voor.

### 3. Voorbereiding van kursusgangers

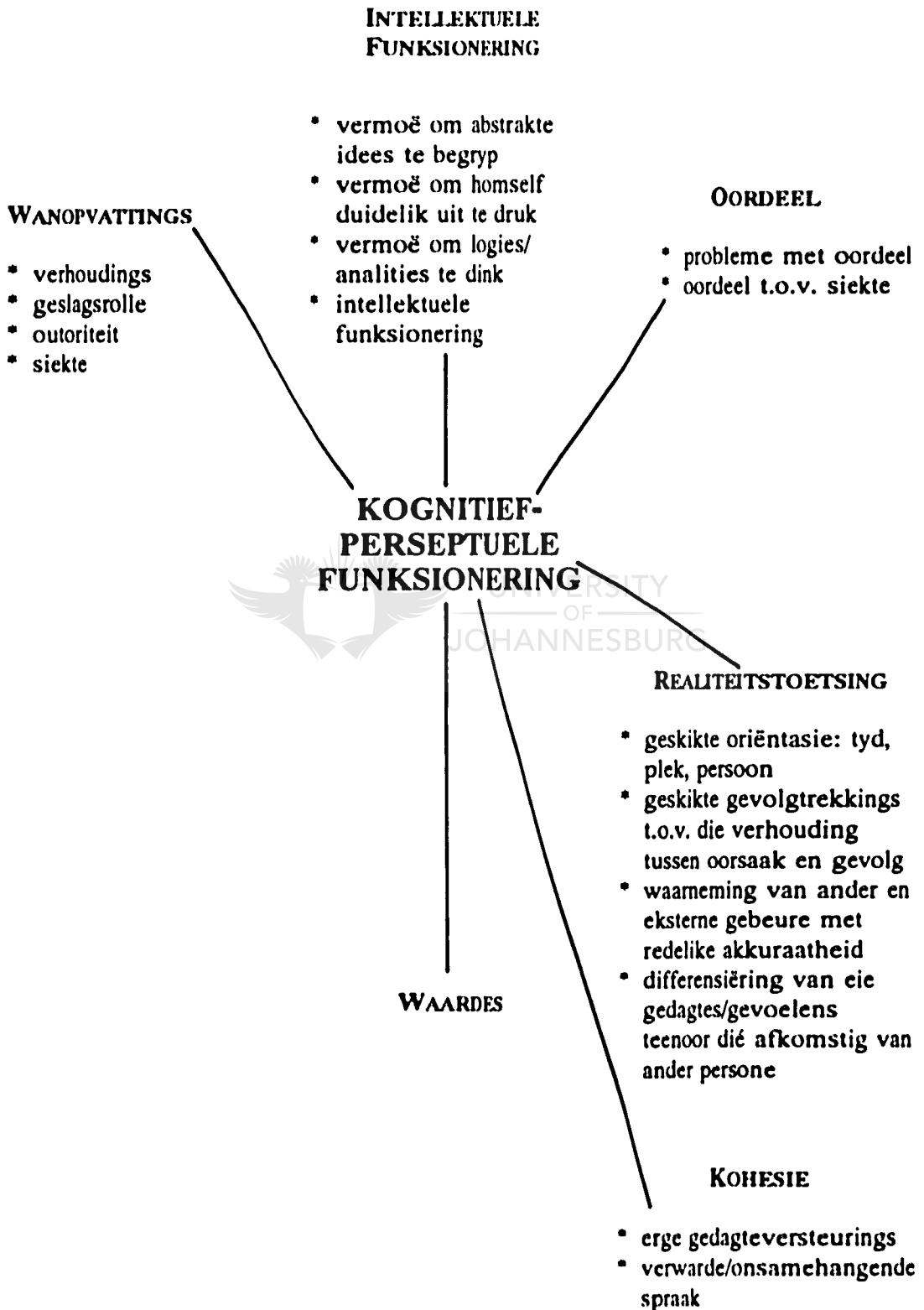
- Die kursusgangers moet die voortoets en natoets (Programbylae 5.3) tydens die sessie doen.
- Gevallestudie en kliniese beeld van die siekte (Programbylae 3.1 en 4.3).

## Aanbiedingswyse

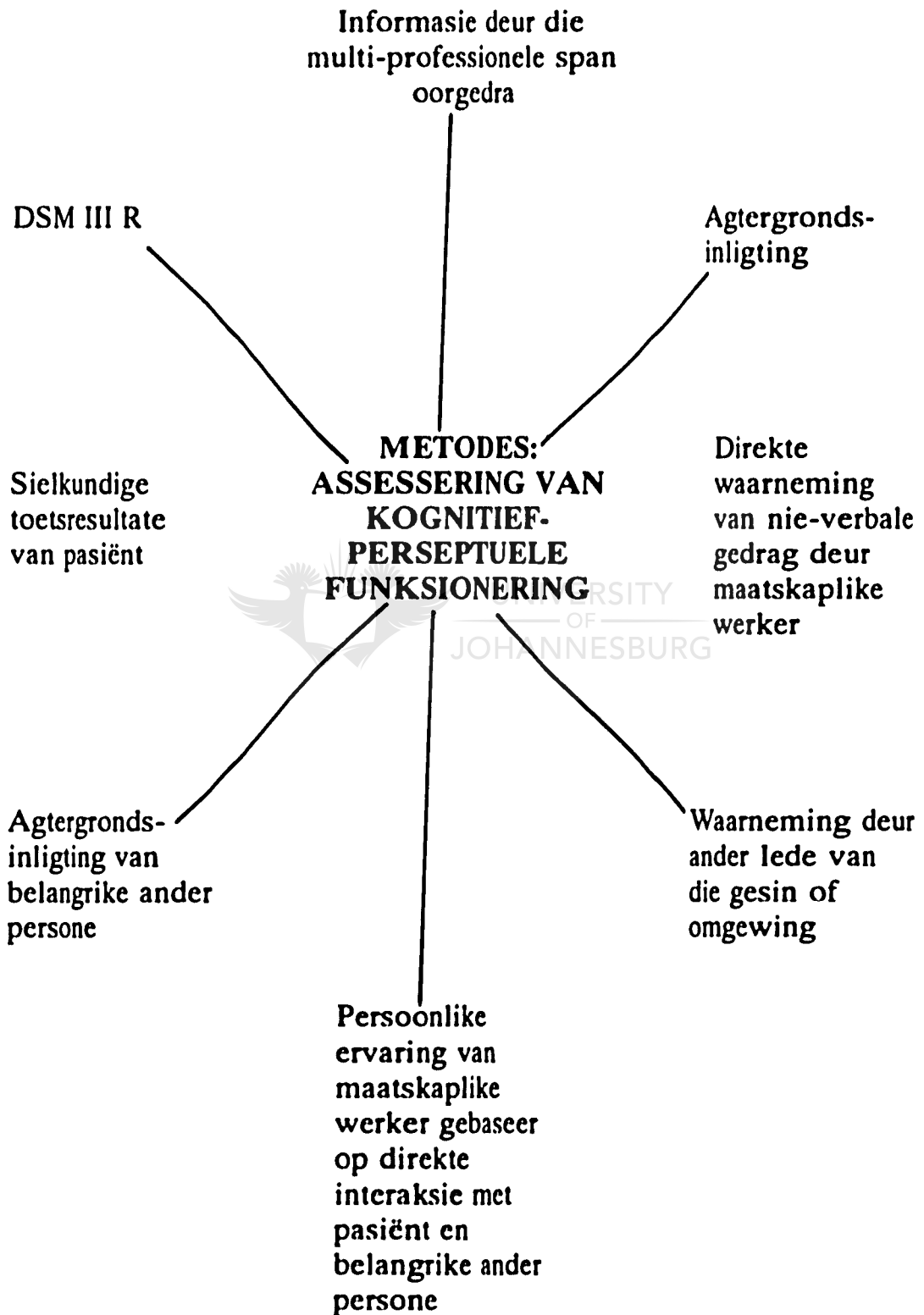
1. Gee Programbylae 5.3 aan kursusgangers en vra hulle om die kognitief-perseptuele aspekte wat na hulle mening geassesseer behoort te word, asook metodes wat aangewend sal word, aan te dui.
2. Gee 'n inleiding ten opsigte van die belang van assessering van die kognitief-perseptuele funksionering in die algemeen, maar veral in die Geneeskundige Maatskaplikewerk-veld.

3. **Verskaf kennis ten opsigte van die aard van aspekte wat deur die geneeskundige maatskaplike werker geassesseer behoort te word. Gebruik Programbylae 5.1, op transparant, hiervoor.**
4. **Gebruik gevallestudie en kliniese beeld van siektetoestand deur prakties aan te toon watter belang kennis hiervan speel ten opsigte van assessering van die kognitief-perseptuele funksionering van die pasiënt.**
5. **Dui die metodes aan wat deur die geneeskundige maatskaplike werker aangewend kan word, ten einde die kognitief-perseptuele funksionering van die pasiënt en naasbestaendes te assesseer. Wys uit watter aspekte deur die geneeskundige maatskaplike werker gedoen behoort te word, en watter inligting die multi-professionele span kan verskaf.**
6. **Gee Programbylae 5.3 weer aan kursusgangers, sodat hulle die natoets kan doen. Neem dit in.**
7. **Laat die kursusgangers in groepies verdeel en vergelyk watter aspekte hulle in die natoets aangedui het wat nie in die voortoets was nie, en watter aspekte nog nie aangetoon is nie. Skryf die inligting wat deur 'n groepleier teruggerapporteer word, op papier op die witbord.**

## PROGRAMBYLAE 5.1



**PROGRAMBYLAE 5.2**



**PROGRAMBYLAE 5.3**

**ASSESSERING VAN KOGNITIEF-PERSEPTUELE FUNKSIONERING**

*NOEM IN DIE ONDERSTAANDE SPASIE WATTER KOGNITIEF-PERSEPTUELE ASPEKTE GEASSESEER BEHOORT TE WORD*

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Vir  
kantoor-  
gebruik

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

1 2

Kaart.

3
---

3

<input type="text"/>
----------------------

4

<input type="text"/>
----------------------

5

<input type="text"/>
----------------------

6

<input type="text"/>
----------------------

7

<input type="text"/>
----------------------

8

<input type="text"/>
----------------------

9

<input type="text"/>
----------------------

10

<input type="text"/>
----------------------

11

<input type="text"/>
----------------------

12

<input type="text"/>
----------------------

13

<input type="text"/>
----------------------

14

<input type="text"/>
----------------------

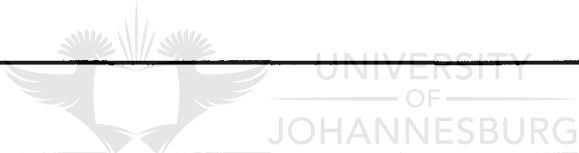
15

<input type="text"/>
----------------------

16

<input type="text"/>
----------------------

17





---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



UNIVERSITY  
OF  
JOHANNESBURG

***DUI AAN WATTER METODEDES GEBRUIK SAL WORD OM DIE ASSESSERING TE DOEN.***

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

**4.3.6**

**SESSIE SES**

**ASSESSERING VAN DIE  
EMOSIONELE FUNKSIONERING  
VAN DIE  
PASIËNT/NAASBESTAANDES  
VANUIT 'N GENEESKUNDIGE  
MAATSKAPLIKEWERK-  
PERSPEKTIEF**

## *SESSIE SES*

### **TEMA: ASSESSERING VAN DIE EMOSIONELE FUNKSIONERING VAN DIE PASIËNT/NAASBESTAANDES VANUIT 'N GENEESKUNDIGE MAATSKAPLIKEWERK-PERSPEKTIEF**

#### **Inleiding**

Die emosionele funksionering van die pasiënt en naasbestaandes hou direk verband met die siektetoestand en behandeling. Sekere aspekte van die pasiënt se emosionele toestand, byvoorbeeld stres, is 'n veroorsakende faktor tot sekere siektetoestande, terwyl siektetoestande en die behandeling daarvan weer veroorsaak dat pasiënte sekere emosies ervaar.

#### **Doelstellings**

Die doelstellings van die sessie is:

- om die kursusgangers se kennis uit te brei ten opsigte van die assessering van die emosionele funksionering van die pasiënt/naasbestaandes;
- om vaardighede in die assessering van die emosionele funksionering van die pasiënt/naasbestaandes te bevorder.

#### **Leer en vaardighedsdoelwitte**

Aan die einde van die sessie behoort kursusgangers in staat te wees om:

- die aspekte wat geassesseer behoort te word ten einde die pasiënt/naasbestaandes se emosionele funksionering te bepaal, te identifiseer;
- Verskillende metodes wat gebruik kan word ten einde hierdie assessering te kan doen, te identifiseer;
- die volgende metodes vir hierdie assessering te kan gebruik:

Algemene Tevredenheidskaal van Hudson, Nowlis se vraelys vir assessering van die gemoedstoestand van die persoon, die Hamilton Angsbepalingskaal, die

manifestering van angs en gevolge daarvan van Longo, en die Skedule van Onlangse Ondervindinge en Maatskaplike Heraanpassingskaal van Longo.

## **Voorbereiding**

### **1. Toerusting en materiaal**

- \* Bylae vir gebruik by die voortoets en natoets vir die assessering van die emosionele funksionering van pasiënt en naasbestaandes (Programbylae 6.1).
- \* Transparant van aspekte wat geassesseer behoort te word en metodes wat gebruik word (Programbylae 6.2).
- \* Algemene Teverdenheidskaal en bylae vir verwerking van die skaal (Programbylae 6.3).
- \* Nowlis se skaal en bylaag vir verwerking van die skaal (Programbylae 6.3).
- \* Hamilton se Angsbepalingskaal (Programbylae 6.5).
- \* Angs: manifestering en gevolge van die waargenome bedreiging van Longo (Programbylae 6.6).
- \* Skedule van Onlangse Ondervindinge van Longo (Programbylae 6.7).
- \* Maatskaplike Heraanpassingskaal van Longo (Programbylae 6.8).

### **2. Voorbereiding van aanbieder**

- \* Berei Programbylae 6.2, 6.3, 6.4, 6.5, 6.6, 6.7 en 6.8 voor.
- \* Fotostateer Programbylae 6.1, 6.3, 6.4, 6.5, 6.6, 6.7 en 6.8 voor.
- \* Maak transparante van Programbylae 6.2.

### **3. Voorbereiding van kursusgangers**

- \* Die voortoets en natoets (Programbylae 6.1), asook skale (Programbylae 6.3, 6.4, 6.5, 6.7 en 6.8) sal gedoen word deur die kursusgangers gedurende die sessie.
- \* Geen voorbereiding hoef egter voor die aanvang van die sessie gedoen te word nie.

### **Aanblydingswyse**

1. Gee Programbylae 6.1 aan die kursusgangers, sodat hulle aspekte wat hulle sou assesseer ten opsigte van die emosionele funksionering van die pasiënt/naasbestaandes, kan aantoon. Hulle moet ook metodes van assessering aantoon. Neem programbylae in.
2. Gee 'n inleiding van die belang van die geneeskundige maatskaplike werker se assessering en kennis van die emosionele funksionering van die pasiënt/naasbestaandes. Dui aan, na aanleiding van die voorbeeld van gevallestudie (Programbylae 3.4), wat die verband tussen siekte en emosionele funksionering is.
3. Verskaf kennis ten opsigte van aspekte wat geassesseer behoort te word, asook metodes na aanleiding van transparante (Programbylae 6.2).
4. Gee aan die kursusgangers die Algemene Tevredenheidskaal van Hudson om in te vul. Verduidelik aan hulle hoe om dit te doen. Gee die kursusgangers daarna die inligtingstuk oor die verwerking van die skale, en laat hulle hulle eie skale verwerk (Programbylae 6.3).
5. Gee daarna aan kursusgangers die Nowlis skaal vir die meting van gemoedstoestande. Laat hulle dit ook invul. Gee daarna 'n verduideliking van die interpretering van die skaal, en laat elkeen sy eie interpreteer.
6. Laat kursusgangers daarna die Hamilton Angsbepalingskaal voltooi en verwerk. Gee ook aan hulle die indeling van die manifestering en gevolge van angs van Longo, en verduidelik dit (Programbylae 6.4 en 6.5).
7. Verduidelik vervolgens die gebruik van die Skedule van Onlangse Ondervindinge van Longo, asook die verband wat dit met siekte het. Laat kursusgangers dit verwerk (Programbylae 6.6).

8. Laat kursusgangers dan ook die Maatskaplike Heraanpassingskaal van Longo voltooi. Gee hulle die inligtingstuk ten opsigte van die verwerking daarvan, en laat hulle dit verwerk (Programbylae 6.7).
9. Laat die kursusgangers die natoets doen na aanleiding van Programbylae 6.1. Neem dit in.
10. Sluit die sessie af deur 'n samevatting van die sessie te gee.



**PROGRAMBYLAE 6.1**

**ASSESSERING VAN EMOSIONELE FUNKSIONERING**

***NOEM IN DIE ONDERSTAANDE SPASIE WATTER EMOSIONELE ASPEKTE GEASSESSEER BEHOORT TE WORD.***

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

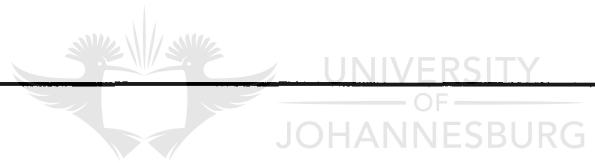
---

---

---

---

---



Vir  
kantoor-  
gebruik

--	--

1 2

Kaart

4
---

3

--

4

--

5

--

6

--

7

--

8

--

9

--

10

--

11

--

12

--

13

--

14

--

15

--

16

--

17

---



---



---



---



---



18

19

20

21

22

**DUI AAN WATTER METODES GEBRUIK SAL WORD OM DIE ASSESSERING TE DOEN.**

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



UNIVERSITY OF JOHANNESBURG

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33



---

---

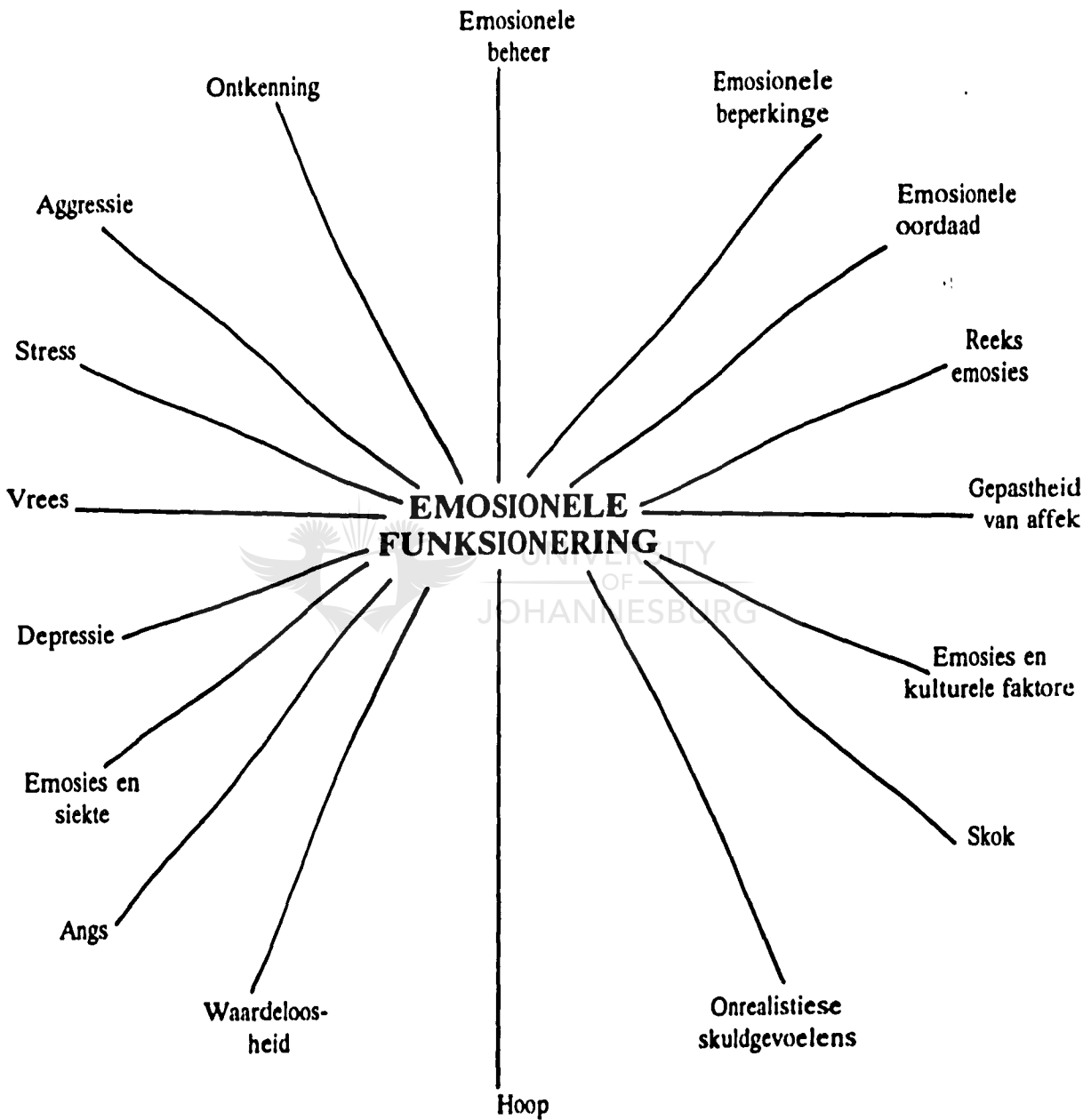
34

35

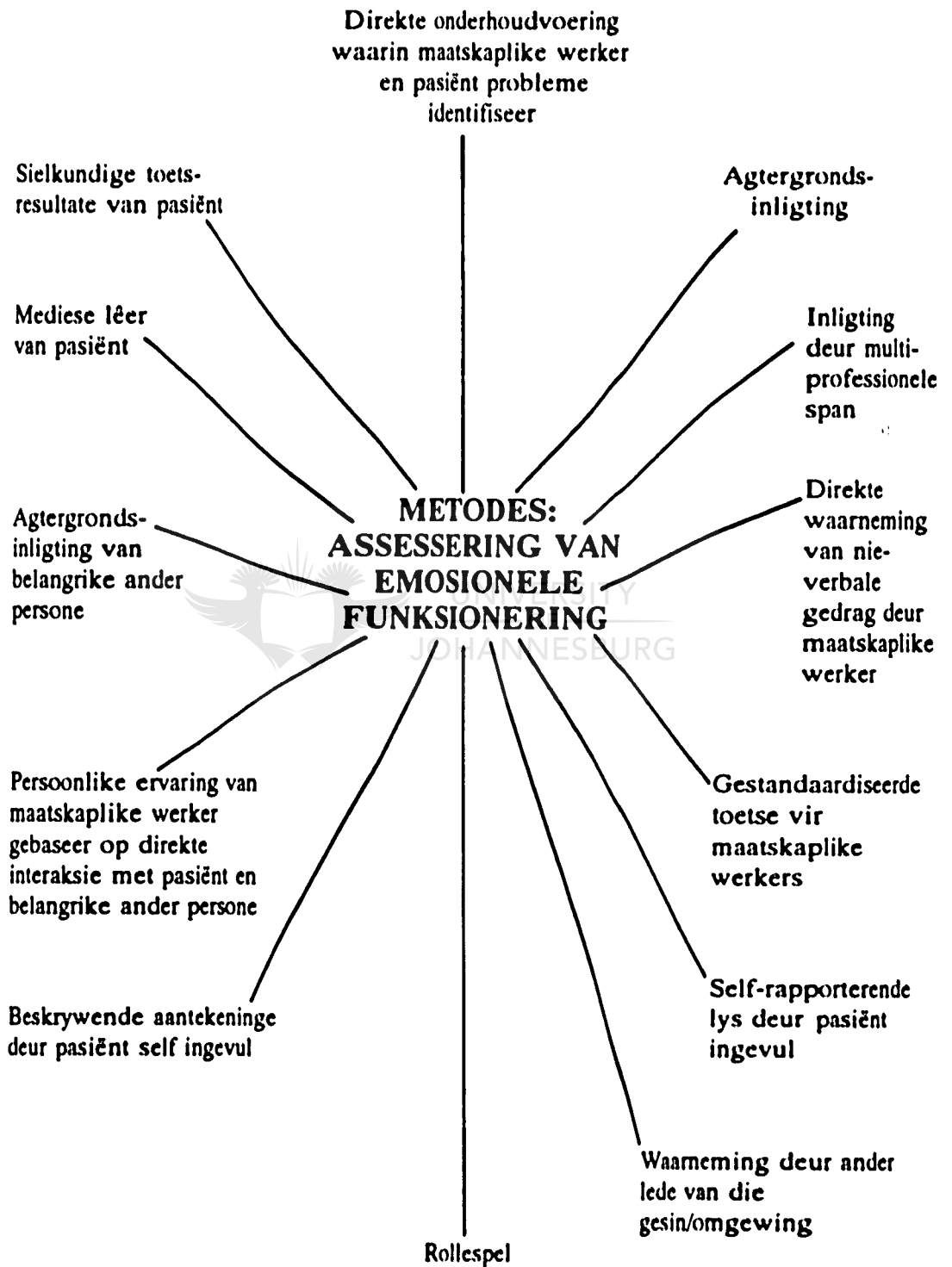


UNIVERSITY  
OF  
JOHANNESBURG

**PROGRAMBYLAE 6.2**



**PROGRAMBYLAE 6.3**



## PROGRAMBYLAE 6.3 (a)

### MAATSKAPLIKE WERK DEPARTEMENT KLINIESE METINGSPAKKET — HUDSON

#### **Puntetelling van die skale**

Elke skaal sluit 'n reeks punttellings — van 0 tot 100 — in. Laer tellings dui altyd op minder ernstige probleme en hoër tellings op 'n hoër graad of groter omvang van die probleem wat gemeet word. 'n Belangrike kenmerk is dat elke skaal 'n kliniese afsnypunt van 30 het, wat beteken dat die kliënt wat 'n telling bo 30 het, 'n klinies-betekenisvolle probleem het in die area wat gemeet is. Persone wat 'n telling van minder as 30 het, is oor die algemeen sonder sulke probleme.

In elkeen van hierdie skale is sommige items positief en ander negatief bewoord. Voordat tellings vir een van hierdie skale bereken kan word, moet al die positief-bewoorde items se tellings eers omgekeer word. As die kliënt aan só 'n item 'n telling van 1 toegeken het, moet daardie telling verander word na 5; 2 word 4; 3 bly 3; 4 word 2; en 5 word 1.

'n Ander maklike metode is om die itemtelling af te trek van 6. So word 1 dus 5 (6 - 1); 2 word 4 (6 - 2); 3 bly 3 (6 - 3); 4 word 2 (6 - 4); en 5 word 1 (6 - 5). Enige item wat uitgelaat of buite die reeks van 1 tot 5 aangetoon is, word heeltemal geïgnoreer. ('n Telling van 0 kan daaraan gegee word.) Ten einde die omkeer van tellings te fasiliteer, is die items wat omgekeer moet word aan die einde van elke skaal aangedui.

Nadat al die aangeduide items van 'n skaal omgekeer is, word die totale puntetelling van die kliënt soos volg bereken:

$$TS = \frac{(X - N) (100)}{(N) (4)}$$

- Waar TS = Totale telling van die kliënt  
X = Som van alle items na omkering  
N = Aantal items korrek voltooi

Die voordeel van hierdie formule is die feit dat dit 'n puntetelling oplewer wat wissel van 0 tot 100, ongeag of al die items deur die kliënt voltooi is. Ons moet egter, ten spyte hiervan, besorg wees oor die geldigheid van enige telling as 'n kliënt geweier het om 'n groot aantal items op die skaal te voltooi. Die rede vir sulke weglatings moet onmiddellik nagegaan word. By sommige kliënte kan sulke weglatings verklaar word deur 'n geletterdheidsprobleem, en ander kliënte kan perseptuele of emosionele sensitiwiteit openbaar wanneer hulle met die probleem gekonfronteer word of die probleem moet hanteer. Hierdie is belangrike leidrade wat, indien hulle opgevolg word, in die behandelingsproses van groot hulp kan wees en wat die kans op 'n positiewe uitkoms kan verbeter. Enige skaaltelling moet verontagsaam word indien die kliënt *minder as 20 items* voltooi het. Dit dien as 'n *formele riglyn*.

Die oorgrote meerderheid kliënte (en navorsing deelnemers) voltooi al 25 items van elke skaal. Dit gee die navorser-praktisyn meer vertroue in die resultate, en maak dit maklik om die telling te verkry. Sulke kliënte se totale tellings word, nadat al die geskikte items se tellings omgekeer is, soos volg bereken:


$$TS = X - 25$$

UNIVERSITY  
OF  
JOHANNESBURG

## BIBLIOGRAFIE

Hudson, W.W. 1982. *The Clinical Measurement Package*. Homewood, Illinois: Dorsey Press

**PROGRAMBYLAE 6.3 (b)**

**INDEKS 1**

**ALGEMENE TEVREDENHEIDSKAAL**  
**NAAM:** \_\_\_\_\_

**VANDAG SE DATUM:** \_\_\_\_\_

Hierdie vraelys het geen regte of verkeerde antwoorde nie. Beantwoord asseblief elke item so versigtig en eerlik as wat u kan deur 'n syfer te plaas by elke item, soos volg:

1. Selde of nooit
2. Af en toe
3. Somtyds
4. Dikwels
5. Byna altyd of altyd

**Begin asseblief**



UNIVERSITY  
OF  
JOHANNESBURG

1. Ek voel magteloos om enige iets aan my lewe te doen \_\_\_\_\_
2. Ek voel terneergedruk \_\_\_\_\_
3. Ek voel rusteloos en kan nie stil sit nie \_\_\_\_\_
4. Ek kry huilbuie \_\_\_\_\_
5. Dit is vir my maklik om te ontspan \_\_\_\_\_
6. Ek sukkel om aan die gang te kom met die dinge wat ek moet doen \_\_\_\_\_
7. Ek slaap nie snags goed nie \_\_\_\_\_
8. Wanneer dinge rof gaan, voel ek daar is altyd iemand na wie toe ek my kan wend \_\_\_\_\_
9. Ek voel dat die toekoms vir my rooskleurig lyk \_\_\_\_\_
10. Ek voel mismoedig \_\_\_\_\_
11. Ek voel dat iemand my nodig het \_\_\_\_\_
12. Ek voel dat ek deur ander waardeer word \_\_\_\_\_
13. Ek geniet dit om aktief en besig te wees \_\_\_\_\_



## **PROGRAMBYLAE 6.4 (a)**

### **DIE NOWLIS GEMOEDSTOESTAND OORSIGSLYS (Nowlis, 1964)**

Elkeen van die volgende woorde beskryf 'n gevoel of gemoedstoestand. Gebruik die lys om jou gevoelens *op die oomblik wat jy elke woord lees*, te beskryf. As die woord beslis jou gevoel beskryf op die oomblik wat jy dit lees, omsirkel die dubbele bewys (vv) teenoor die regte woord. Byvoorbeeld, as die woord 'ontspanne' is, en jy beslis ontspanne voel op daardie oomblik, omsirkel die vv soos volg: ontspanne vv v ? nee. (Dit beteken dat jy beslis ontspanne voel op daardie oomblik.)

Indien die woord jou gevoelens op daardie oomblik slegs effens beskryf, omsirkel die enkele bewys (v) soos volg: ontspanne vv v ? nee. (Dit beteken jy voel effens ontspanne op daardie oomblik.)

Indien die woord nie vir jou duidelik is nie, of jy kan nie besluit of dit betrekking het op jou gevoelens nie, omsirkel die vraagteken (?) soos volg: ontspanne vv v ? nee. (Dit beteken dat jy nie kan besluit of jy ontspanne is of nie.)

Indien jy besluit dat die woord beslis nie betrekking het op jou gemoedstoestand op die oomblik nie, omsirkel die nee soos volg: ontspanne vv v ? nee. Dit beteken jy is beslis nie ontspanne op die oomblik nie.)



## PROGRAMBYLAE 6.4 (b)

Werk vinnig. Jou eerste reaksie is die beste. Werk eers in die eerste kolom, en gaan dan na die volgende kolom. Merk asseblief alle woorde. Dit sal net 'n paar minute neem. Begin asseblief.

1. kwaad	vv	v	?	nee	18. goe dhartig	vv	v	?	nee
2. gespanne	vv	v	?	nee	19. hartseer	vv	v	?	nee
3. sorgvry	vv	v	?	nee	20. skepties	vv	v	?	nee
4. uitgelate	vv	v	?	nee	21. selfsugtig	vv	v	?	nee
5. konsentreer	vv	v	?	nee	22. energiek	vv	v	?	nee
6. slaperig	vv	v	?	nee	23. rebels	vv	v	?	nee
7. minsaam	vv	v	?	nee	24. bewerig	vv	v	?	nee
8. berouvol	vv	v	?	nee	25. gevat	vv	v	?	nee
9. onseker	vv	v	?	nee	26. ingenome	vv	v	?	nee
10. grootpraterig	vv	v	?	nee	27. vasbeslote	vv	v	?	nee
11. aktief	vv	v	?	nee	28. moeg	vv	v	?	nee
12. wantrouig	vv	v	?	nee	29. liefdevol	vv	v	?	nee
13. bang	vv	v	?	nee	30. jammer	vv	v	?	nee
14. opgeruimd	vv	v	?	nee	31. agterdogtig	vv	v	?	nee
15. in die wolke	vv	v	?	nee	32. egosentries	vv	v	?	nee
16. besig met eie gedagtes	vv	v	?	nee	33. lewens- kragtig	vv	v	?	nee
17. traag	vv	v	?	nee					

## PROGRAMBYLAE 6.4 (c)

### NOWLIS GEMOEDSTOESTAND OORSIGSLYS SUBSKAAL

Aggressie	(1, 12, 23)
Angs	(2, 13, 24)
Uitgelatenheid	(3, 4, 14, 15, 25, 26)
Konsentrasie	(5, 16, 27)
Moeg	(6, 17, 28)
Sosiale toegeneetheid	(7, 18, 29)
Treurig	(8, 19, 30)
Skepties	(9, 20, 31)
Egoïsme	(10, 21, 32)
Energie	(11, 22, 33)

### BEREKENING VAN TELLINGS

vv	= 4
v	= 3
?	= 2
nee	= 0



UNIVERSITY  
OF  
JOHANNESBURG

Die meting van elke aspek geskied deur bloot die som daarvan te verkry. Hoe hoër die telling, hoe intenser die gemoedstoestand.

### BIBLIOGRAFIE

Buros, O.K.  
1978.

*The eighth mental measurement yearbook.* 8<sup>th</sup> Uitgawe. Highland Park: Gryphon Press.

## PROGRAMBYLAE 6.5

### HAMILTON ANGSBEPALINGSKAAL

Plaas 'n X in die toepaslike ruimte

- LIG** - Kom ongeregeld en vir kort tydperke voor  
**MATIG** - Kom meer konstant en vir langer tydperke voor en kos heelwat inspanning van die persoon om dit te hanteer  
**HEWIG** - Aanhoudend en oorheers die persoon se lewe  
**ERNSTIG** - Verswakkend

Nu te- voor- dig 0	Lig 1	Matig 2	Hewig 3	Ernstig 4
--------------------------------	----------	------------	------------	--------------

1. Beangste gemoed	Beloonend, verwag die ergste, bevreesde verwagtinge, gemitteerdheid					
2. Spanning	Oewoties van spanning, vermoedens, skrikteke, waagrig, rillings, rastelose gevoelens, oewormed om te oetpas					
3. Vrees	Vir die doekter, vreesden, alleeswese, durs, verkeer, skars					
4. Slaaploosheid	Raak moeilik aan die slaap, onderbroke slaap, oewevredigende slaap en moegheid met oewwaking, drome, aggrimer, aggritas					
5. Intellektueel (kognitief)	Konsentrasie moeilik, swak geheue					
6. Bedrukte gemoed	Verlies aan belangstelling, geen plaasir en stolperdies, depressie, vrees oewwaking, dagglikke skommeling					
7. Somaties (spier)	Pyse en stote, rillings, styfheid, muskuloskelet rillings, teedekners, beweging som, verhoogde spiertoes					
8. Somaties (sensories)	Taanita, vaaige vrees, warm en koes gloede, gevoelens van swakheid, prikkelagressie					
9. Kardiovaskulêre simptome	Taghtardie, kloppings, borspyse, polsede an, floete gevoelens, oewdissimige hartklop					
10. Respiratoriese simptome	Druel of beklemming in bors, gevoel van verswakking, versugting, dypose					
11. Gastro-intestinale simptome	Siel moeilik vind, maagpyse, braadgevoelens oewvrediging, aartheid, braking, borsgym, loesmaag, gewigverlies, hardlywigheid					
12. Genitourinêre simptome	Herhaaldekte ernering, erneringsood, sarsome, mearrige, oewwikkling van hulheid, voortydige ejakulasie, verlies aan libido, impotensie					
13. Otonomiese simptome	Druel mood gloede, breekheid, meigag om te roet, demotigheid, spasingsborspyse, bare rys					
14. Gedrag tydens onderhoud	Vrees, rasteloseheid of op-er-of loery, bring van hande, from, verlate gesag, veringing of vaaige ernering, breekheid, skakery, vrees oewwag, vaaige erneringrillings, verpore pupile, skakelalms					

Aantal X'e in elke kolom

Vermenigvuldigingsfaktor

X 0   X 1   X 2   X 3   X 4

Kolomtellings

0   +   +   -   +   -   +   -

Totale

Elkeen van hierdie groepe eienskappe moet op die skaalformaat volgens 'n eenvoudige vyfpuntskaal getraam word.

0 indien die groep eienskappe glad nie voorkom nie

1 indien hulle lig voorkom

2 indien hulle matig voorkom

3 indien hulle hewig is

4 indien hulle ernstig en geweldig verswakkend is.

Om die pasiënt se telling op die Hamilton-skaal te bepaal, moet u eenvoudig die totale telling wat u vir elkeen van die 15 items toegeken het, bymekaar tel. Die totale telling kan dus van 0 tot 56 wissel.

## PROGRAMBYLAE 6.6

### ANGS: MANIFESTERING EN GEVOLGE VAN WAARGENOME BEDREIGINGS

Hewigheid van aangs	Fisiologies	Kognitief	Gedrag en emosioneel
Minimaal (naby 0)	<p>Normale vlakke van:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Bloeddruk</li> <li>Pols</li> <li>Respiratoriese tempo</li> <li>O<sub>2</sub> verbruik</li> <li>Sametrekking van pupille</li> <li>Spierspanning minimaal</li> </ul>	<p>Kognitiewe aktiwiteit minimaal</p> <p>Verontagsaming van eksterne omgewingstimuli; geen poging om aktief inligting in aksie om te stel nie</p> <p>Fokus tipies op enkele, nie-bedreigende verstandelike voorstellings</p>	<p>Spiere ontspanne; min of geen weerstand teen-oor passiewe reeks bewegings</p> <p>Geen sosiale interaksie</p> <p>Toestande van verandering in bewustheid:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Joga</li> <li>Dagdroom</li> <li>Transendentale meditasie</li> <li>Sekere stadiums van slaap</li> </ul> <p>Gevoelens van onverskilligheid, onkwesbaarheid en tevredenheid heers</p>
Lig (+1)	<p>Lae vlak van simpatoriese opwekking</p> <p>Gemiddelde tot lae spierspanning</p>	<p>Perseptuele veld is oop; kan fokus van aandag geredelik verskuif</p> <p>Passief bewus van eksterne omgewing</p> <p>Selfverwysende gedagtes positief; lae kommer oor onverwagte of negatiewe uitkomstes</p>	<p>Liggaam ontspanne, bewegings egalig, regstreeks en doelbewus</p> <p>Maak en hou oogkontak maklik</p> <p>Stem is kalm, goed gereguleer</p> <p>Gedrag hoofsaaklik outomaties, gewone patrone en goed geleerde vaardighede</p> <p>Positiewe gevoelens van veiligheid, vertroue, en tevredenheid heers</p>
Gemiddeld (+2)	<p>Simpatoriese sensuweestelsel aktivering</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>  Bloeddruk</li> <li>  Polslag</li> <li>  Respiratoriese berekening</li> </ul> <p>Pupille vergroot</p> <p>Sweetkliere gestimuleer</p> <p>Perifere vaskulere vernouing</p>	<p>Vernouing van persepsie; aandag fokus op spesifieke interne en eksterne stimuli</p> <p>Bewuste poging om inligting te verwerk inligting; optimale vlak vir opleiding</p> <p>Selfverwysende gedagtes ± gemeng; 'n mate van bekommernis t.o.v. persoonlike vermoëns of beskikbare bronne nodig ten einde probleme op te los; moontlikheid van positiewe uitkomstes toenemend onseker</p>	<p>Toenemende spierspanning, gemengde gewaarwording van spanning en opgewondenheid; kan bewerigheid ervaar</p> <p>Verhoogde uitvoering van geleerde vaardighede</p> <p>Stemtoon suggereer belangstelling en besorgheid tydens probleemanalise; spoed van spraak neem toe, stemhoogte neem toe</p> <p>Gedrag: leer en verfyning van vaardighede; analiseer probleemsituasies; integreer kognitiewe en motoriese terreine</p> <p>Gevoelens van uitdaging; dryfkrag om probleme of dilemmas op te los</p> <p>Gemengde gevoelens van vertroue/optimisme met vrees, verlaagde selfbeeld en potensiele ontoereikendheid</p>

<p>Ernstig (+3)</p>	<p>Veg-vlug respons          Algemene simpatiese senuweestelsel afskeiding          Stimulasie van adrenale medulla          ↓ Verhoogde hartklop, palpitasies          ↓ Bloedglukose          ↓ Bloedvloei na die spysverteringskanaal          ↓ Bloedvloei na spiere          Spiere uitermatig gespanne, styf en strak          Hiperventilering</p>	<p>Perseptuele kapasiteit beperk; uitsluitlike aandag aan enkele stimuli (intern en ekstern) of multi-gefokusseeerde, gefragmenteerde verwerking van stimuli          Probleemoplossing oneffektief, moeilik          Verontagsaam, verklein of ontken sommige bedreigende stimuli          Disoriëntasie ten opsigte van tyd en plek          Verwagte moontlikheid van negatiewe gevolge of uitkomstes hoog; skatting van persoonlike selfdoeltreffendheid laag</p>	<p>Fisiese aksies toenemend meer verontrusting, lukraak en gedisorgeorganiseerd; stap aanhoudend, wring hande, bewe rusteloos, immobilisasie          Kan verlies aan eetlus, naarheid en "koue sweet" ervaar          Verbale gevolge: hikkal, afsluiting, vinnige, hoë stemtoon, gefragmenteerde sinne, aarsel          Gesiguitdrukking: swak oogkontak, vlugtige oogbewegings, kan staar wanneer gepre-okkupeerd met interne gedagtes, kners van tande en geklemde kakebeen</p>
<p>Uiters ernstig (+4)          Paniek</p>	<p>Aanhoudende fisiese opwekking          Uiteindelijke uitputting van simpatiese neurosenders          Bloed is herversprei deur die liggaam          Hipotensie          Kan duiselig voel, flouval of uitgeput voel          Emosioneel gedreineerd en oorweldig          Lyk bleek, gespanne en afgerem</p>	<p>Persepsie ernstig beperk, kan ontoeganklik wees vir eksterne stimuli          Gedagtes onreëlmatig, verwring, afgeskakel en logiese verwerking aangetas          Onvermoë om probleme op te los; beperkte toleransie vir verwerking van vreemde stimuli (verbaal, gehoor of visueel)          Gepreokkupeerd met gedagtes van groot moontlikheid van negatiewe uitkomstes; gevolgtrekking kan gemaak word dat negatiewe gevolge onvermydelik is</p>	<p>Aksies gedisorieenteerd, rigtingloos, kan nie maklik motoriese take uitvoer nie, onhandig, swaai woes met arms          Kan verbaal of fisies uitreageer; kan poog om van die situasie te onttrek          Maak staat op vroeëre, meer "primitiewe" aanpassingsmeganismes: huil, skreeu, krul op, skommel, vries          Gesiguitdrukking: ontsteld, wenkbroue gelig, mond oop, oë staar, kan gesig verberg          Stem harder, hoër stemtoon, praat deurmekaar, kan hikkal, sprakeloos wees, hyg          Gevoelens van magteloosheid, hulpeloosheid, pyn en desperaatheid is dominerend/ kan ervaar word as afsku, vrees, magteloosheid; kan omgesit word in aggressie, woede</p>

## BIBLIOGRAFIE

Longo, C.C. & Williams, R.A.  
 1986.

*Clinical practice in psychosocial nursing. Assessment and intervention.* 2<sup>de</sup> Uitgawe. Connecticut: Appleton Century Crofts.

## **PROGRAMBYLAE 6.7 (a)**

### **SKEDULE VAN ONLANGSE ERVARINGE (SOE)**

- Hierdie is 'n vraelys wat 'n persoon self kan toepas ten einde die voorkoms van lewensgebeure tydens spesifieke tydperiodes te assesseer.
- Daar is twee afdelings van die vraelys wat voltooi moet word. Die eerste gedeelte sluit vrae ten opsigte van elke individu se geskiedenis in.
- Die tweede gedeelte assesseer die lewensgebeure wat 'n persoon ervaar het.
- Die voorkoms van hierdie gebeure word in die volgende tydperiodes bepaal: (1) 0 - 6 maande gelede, (2) 6 - 12 maande gelede, (3) 1 - 2 jaar gelede, en (4) 2 - 3 jaar gelede.
- Die eerste 13 vrae vra elke persoon om aan te toon *of* 'n gegewe gebeurtenis in elkeen van die vier tydperiodes ervaar is.
- Vrae 13 tot 42, aan die ander kant, vra dat die persoon merk hoeveel *keer* 'n gebeurtenis plaasgevind het in die vier tydperiodes.
- Nadat die persoon versigtig deur die instruksies gelees het en albei afdelings van die vraelys beantwoord het, kan die tellings verkry word deur gebruik te maak van die bladsy wat die gemiddeld van die SOE aantoon.
- Elke waarde wat aan 'n lewenservaring-item toegeken word, word 'n *lewensveranderingseenheid* (LCU) genoem.
- Om die totale omvang van veranderinge, wat in 'n gegewe tydperiode ervaar is, aan te toon, moet al die LCU tellings van al die aangegeve lewensgebeure opgetel word.
- As items 13 tot 42 meer as een maal in dieselfde tydperiode op die SOE aangetoon word, word hulle tellings verdubbel, verdriedubbel of vervierdubbel, afhangende van die aantal ervarings.
- Hoe hoër die LCU telling, hoe groter die moontlikheid dat 'n verandering in gesondheid sal plaasvind.

## **PROGRAMBYLAE 6.7 (b)**

### **SKEDULE VAN ONLANGSE ERVARINGE (SOE)**

**Thomas H. Holmes en Richard H. Rahe (in Longo & Williams, 1986: Appendix A).  
Aangepas vir Suid-Afrikaanse omstandighede deur nommer 14 uit te laat en veranderinge in  
geldwaardes aan te bring.**

Hierdie vraelys bestaan uit twee afdelings, a persoonlike geskiedenis afdeling en 'n afdeling van onlangse gebeure. Elke item van die vraelys moet volgens die instruksies beantwoord word op die antwoordblaaie. Lees elke item en keuse van antwoorde deeglik, beoordeel die antwoord soos dit op *jou* situasie betrekking het, en merk dit op die antwoordblad.

#### **AFDELING I: PERSOONLIKE GESKIEDENIS**

Hierdie gedeelte van die vraelys het betrekking op inligting ten opsigte van jou persoonlike agtergrond. Die meeste vrae kan beantwoord word deur 'n regmerk (✓) in die hokkie te plaas wat jou situasie die beste beskryf. Elkeen van hierdie vrae het net *een* antwoord. Ander vrae in hierdie afdeling vereis dat jy jou antwoord in die gegewe spasie sal skryf.

**Voorbeeld: Wat is jou godsdienstige voorkeur?**

( ) Protestant

(✓) Katoliek

( ) Joods

( ) Ander

( ) Geen

Dit beteken jou godsdienstige voorkeur is **Katoliek**

Merk asseblief al jou antwoorde op hierdie bladsy.

1. Wat is jou geslag?  
 Manlik  
 Vroulik
2. Wat is jou ouderdom in jare?  
 Onder 21  
 21 - 30  
 31 - 45  
 46 - 65  
 Bo 65
3. Wat is jou beroep? \_\_\_\_\_
4. Wat is jou rasse agtergrond?  
 Wit  
 Swart  
 Kleurling  
 Asiaat  
 Ander \_\_\_\_\_
5. Wat is jou godsdiens voorkeur?  
 Protestant  
 Katoliek  
 Joods  
 Ander \_\_\_\_\_  
 Geen
6. Wat is jou huidige huwelikstatus?  
 Getroud  
 Geskei  
 Vervreem  
 Weduwee/Wewenaar  
 Nooit getroud
7. Hoeveel keer het jy in die huwelik getree?  
 0  
 1  
 2  
 3  
 + 4
8. Hoeveel keer is jy geskei?  
 0  
 1  
 2  
 3  
 + 4



UNIVERSITY  
OF  
JOHANNESBURG



9. Hoeveel keer het jy 'n eglied deur die dood verloor?

- 0
- 1
- 2
- 3
- +4

10. Wat is jou hoogste opleidingsvlak?

- Laerskool
- Hoërskool
- Tegniese skool
- Kollege Diploma \_\_\_\_\_
- Graad \_\_\_\_\_

11. Omtrent hoe lank woon jy in jou huidige woning?

- 1 jaar
- 2 jaar
- 3 jaar
- 10 jaar
- 10' jaar

12. Hoeveel keer het jy in die laaste vyf jaar verhuis? \_\_\_\_\_

13. In watter land is jy gebore? \_\_\_\_\_

14. Wat is die populasie van jou geboorteplek?

- Plattelands
- 5000-
- 5000 +
- 50 000-
- 50 000 +



15. Waar is jou vader gebore? \_\_\_\_\_

16. Waar is jou moeder gebore? \_\_\_\_\_

17. Hoeveel broers het jy? \_\_\_\_\_

18. Hoeveel susters het jy? \_\_\_\_\_

19. Wat is jou geboorte orde in jou gesin?

- Oudste
- Jongste
- Middelste
- Enigste kind

20. Hoe oud was jy toe jou moeder gesterf het?

- Moeder leef nog
- 0 - 5 jaar
- 6 - 10 jaar
- 11 - 15 jaar
- 16 - 20 jaar
- 20' jaar

21. Hoe oud was jy toe jou vader gesterf het?

- Vader leef nog
- 0 - 5 jaar
- 6 - 10 jaar
- 11 - 15 jaar
- 16 - 20 jaar
- 20' jaar

## AFDELING II: ONLANGSE ERVARINGE

### Deel A (Items 1 tot 12)

Hierdie afdeling van die vraelys verskil op drie maniere van die eerste afdeling. Eerstens, die vrae het betrekking op *of* 'n gebeurtenis plaasgevind het en *wanneer*. Tweedens, die antwoorde op hierdie vrae moet op 'n aparte blad beantwoord word. Derdens is die antwoordblad verdeel in die volgende vier tydperiodes:

0 tot 6 maande      6 maande tot 1 jaar      1 tot 2 jaar gelede      2 tot 3 jaar gelede

Vir elke genommerde vraag in die vraelys:

1. Dink terug aan die itemgebeure en besluit *of* dit met jou gebeur het, en *wanneer*.
2. As die gebeurtenis in enige van die tydperiodes gebeur het, merk die antwoord deur die "ja" in die toepaslike tydperiode te omsirkel. J beteken Ja.
3. As die gebeurtenis nie in enige van die tydperiodes gebeur het nie, merk die antwoord deur "nee" in die toepaslike tydperiode te omsirkel. N beteken Nee.

Indien daar twyfel bestaan of 'n gebeurtenis plaasgevind het of nie, omsirkel die "ja"/ As jy nie seker is van 'n tydperiode nie, moenie bekommerd wees nie; probeer net om so naby as moontlik te wees. *Daar moet 'n omsirkelde item in elke tydperiode wees.*

Voorbeeld:

Item No. 1: Merk in die toepaslike tydperiodes wanneer daar baie meer óf baie minder probleme met die baas was.

0 tot 6 maande	6 maande tot 1 jaar	1 tot 2 jaar gelede	2 tot 3 jaar gelede
J N	J N	J N	J N

Dit beteken jy het óf baie meer óf baie minder probleme met die baas gehad in die laaste 6 maande en ook 1 tot 2 jaar gelede. Jy het *nie* baie meer of baie minder probleme 6 maande tot 'n jaar gelede en 2 tot 3 jaar gelede gehad nie.

**Item Nommer**

1. Merk onder die toepaslike tydperiodes wanneer daar óf baie meer óf baie minder probleme met die baas was.
2. Merk onder die toepaslike tydperiodes wanneer daar groot veranderinge in jou slaappatroon was (slaap baie meer of baie minder, of verandering in die tyd van die dag wat jy slaap).
3. Merk onder die toepaslike tydperiodes wanneer daar groot veranderinge in jou eetgewoontes was (byvoorbeeld, baie meer of baie minder voedselinname of verskillende tye of veranderende omgewing waarin etenstye plaasgevind het).
4. Merk onder die toepaslike tydperiodes wanneer daar veranderinge in jou persoonlike gewoontes was (byvoorbeeld kleredrag, optrede assosiasie, ens).
5. Merk onder die toepaslike tydperiodes wanneer daar 'n verandering in jou gewone tipe en/of hoeveelheid ontspanning was.
6. Merk onder die toepaslike tydperiodes wanneer daar groot veranderinge in jou sosiale aktiwiteite was (byvoorbeeld klubs, dans, flied, besoeke, ens.).
7. Merk onder die toepaslike tydperiodes wanneer daar enige groot veranderinge in jou kerk-aktiwiteite was (byvoorbeeld baie meer of baie minder as gewoonlik).
8. Merk onder die toepaslike tydperiodes wanneer daar groot verandering in familie-saamtrekke was (byvoorbeeld baie meer of baie minder as gewoonlik).
9. Merk onder die toepaslike tydperiodes wanneer jy groot veranderinge in jou finansiële omstandighede beleef het (byvoorbeeld baie slegter of baie beter as gewoonlik).

10. Merk onder die toepaslike tydperiodes wanneer jy probleme met jou skoonfamilie gehad het.
11. Merk onder die toepaslike tydperiodes wanneer daar groot veranderinge in die aantal argumente met jou eglied was (byvoorbeeld baie meer of baie minder as gewoonlik oor kinderopvoeding, persoonlike gewoontes ens.).
12. Merk onder die toepaslike tydperiodes wanneer jy seksuele probleme gehad het.

### Deel B (Items 13 tot 42)

Hierdie gedeelte van Afdeling II is dieselfde as Deel B, behalwe dat die vraag jou nou vra om die *aantal kere* wat 'n spesifieke gebeurtenis plaasgevind het in 'n spesifieke tydperiode, aan te toon.

Elke tydperiode se kolomme is genommer 0, 1, 2, 3, 4+. Hierdie nommers verteenwoordig die aantal kere wat 'n gebeurtenis plaasgevind het. Die laaste nommer, 4+, beteken dat die gebeurtenis vier of meer kere plaasgevind het. As die gebeurtenis nie plaasgevind het nie, omsirkel die 0. *Daar moet 'n sirkel in elke tydperiode wees.*

Voorbeeld:

Item No. 19: Merk die aantal kere in elke periode waarin jy verhuis het.

0 tot 6 maande	6 maande tot 1 jaar	1 tot 2 jaar gelede	2 tot 3 jaar gelede
0 1 2 3 4+	0 1 2 3 4+	0 1 2 3 4+	0 1 2 3 4+

Dit beteken jy het een keer verhuis in die afgelope 6 maande, en twee keer 1 tot 2 jaar gelede. Jy het nie verhuis 6 maande tot 1 jaar gelede en 2 tot 3 jaar gelede nie.

### Item Nommer

13. Merk die aantal kere in elke tydperiode waarin jy ernstige persoonlike beserings of siekte ondervind het.
14. Merk die aantal kere in elke tydperiode waarin jy 'n nabye gesinslid (behalwe 'n eglied) deur die dood verloor het.
15. Merk die aantal kere in elke tydperiode waarin jy die dood van 'n eglied ervaar het.

16. Merk die aantal kere in elke tydperioede waarin jy die dood van 'n nabye vriend ervaar het.
17. Merk die aantal kere in elke tydperioede waarin jy 'n nuwe gesinslid bygekry het (byvoorbeeld deur geboorte, aanneming, bejaarde wat inwoon, ens.).
18. Merk die aantal kere in elke tydperioede waarin daar 'n groot verandering in die gesondheid of gedrag van 'n gesinslid was.
19. Merk die aantal kere in elke tydperioede waarin jy verhuis het.
20. Merk die aantal kere in elke tydperioede waarin jy in aanhouding in die gevangenis of ander inrigting was.
21. Merk die aantal kere in elke tydperioede waarin jy skuldig bevind is aan geringe wetsoortredings (byvoorbeeld verkeerskaartjies, rusverstoring, ens.).
22. Merk die aantal kere in elke tydperioede waarin jy groot besigheidsaanpassings moes ondergaan (byvoorbeeld samesmelting, herorganisasie, bankrotskap, ens.).
23. Merk die aantal kere in elke tydperioede waarin jy in die huwelik getree het.
24. Merk die aantal kere in elke tydperioede waarin jy geskei is.
25. Merk die aantal kere in elke tydperioede waarin jy van jou maat vervreemd is.
26. Merk die aantal kere in elke tydperioede waarin jy 'n uitsonderlike persoonlike prestasie bereik het.
27. Merk die aantal kere in elke tydperioede waarin jou seun of dogter die huis verlaat het (byvoorbeeld deur 'n huwelik, universiteitsbywoning, ens.).
28. Merk die aantal kere in elke tydperioede waarin jy van werk afgetree het.
29. Merk die aantal kere in elke tydperioede waarin daar groot veranderinge in jou werksure en -omstandighede was.
30. Merk die aantal kere in elke tydperioede waarin jy groot verandering in verantwoordelikhede by die werk gehad het (byvoorbeeld bevordering, degradering of verplasing).
31. Merk die aantal kere in elke tydperioede waarin jy van jou werk afgedank is.
32. Merk die aantal kere in elke tydperioede waarin daar groot veranderinge in lewenstoestand was (bou 'n nuwe huis, veranderinge aan die huis, agteruitgang van huis of buurt).
33. Merk die aantal kere in elke tydperioede waarin jou vrou buitenshuis begin of opgehou werk het.
34. Merk die aantal kere in elke tydperioede waarin jy 'n verband van meer as R30 000 aangegaan het (koop van 'n huis, besigheid, ens.).
35. Merk die aantal kere in elke tydperioede waarin jy 'n lening of verband van minder as R30 000 aangegaan het (vir aankope van 'n TV, yskas, ens.).

36. Merk die aantal kere in elke tydperioede waarin jy opsegging van 'n verband of lening gehad het.
37. Merk die aantal kere in elke tydperioede waarin jy 'n vakansie geneem het.
38. Merk die aantal kere in elke tydperioede waarin jy van skool verander het.
39. Merk die aantal kere in elke tydperioede waarin jy na 'n ander tipe werk verander het.
40. Merk die aantal kere in elke tydperioede waarin jy formele skoolopleiding begin of gestaak het.
41. Merk die aantal kere in elke tydperioede waarin jy met jou huweliksmaat versoen is.
42. Merk die aantal kere in elke tydperioede waarin jy swanger was.



## AFDELING II: ANTWOORDBLAD

### Deel A

	<u>0 tot 6 maande</u>	<u>6 maande tot 1 jaar</u>	<u>1 tot 2 jaar gelede</u>	<u>2 tot 3 jaar gelede</u>
1.	J N	J N	J N	J N
2.	J N	J N	J N	J N
3.	J N	J N	J N	J N
4.	J N	J N	J N	J N
5.	J N	J N	J N	J N
6.	J N	J N	J N	J N
7.	J N	J N	J N	J N
8.	J N	J N	J N	J N
9.	J N	J N	J N	J N
10.	J N	J N	J N	J N
11.	J N	J N	J N	J N
12.	J N	J N	J N	J N



UNIVERSITY  
OF  
JOHANNESBURG

### Deel B

	<u>0 tot 6 maande</u>	<u>6 maande tot 1 jaar</u>	<u>1 tot 2 jaar gelede</u>	<u>2 tot 3 jaar gelede</u>
13.	J N	J N	J N	J N
14.	J N	J N	J N	J N
15.	J N	J N	J N	J N
16.	J N	J N	J N	J N
17.	J N	J N	J N	J N
18.	J N	J N	J N	J N
19.	J N	J N	J N	J N
20.	J N	J N	J N	J N
21.	J N	J N	J N	J N
22.	J N	J N	J N	J N
23.	J N	J N	J N	J N

24.	J N	J N	J N	J N
25.	J N	J N	J N	J N
26.	J N	J N	J N	J N
27.	J N	J N	J N	J N
28.	J N	J N	J N	J N
29.	J N	J N	J N	J N
30.	J N	J N	J N	J N
31.	J N	J N	J N	J N
32.	J N	J N	J N	J N
33.	J N	J N	J N	J N
34.	J N	J N	J N	J N
35.	J N	J N	J N	J N
36.	J N	J N	J N	J N
37.	J N	J N	J N	J N
38.	J N	J N	J N	J N
39.	J N	J N	J N	J N
40.	J N	J N	J N	J N
41.	J N	J N	J N	J N
42.	J N	J N	J N	J N



UNIVERSITY  
OF  
JOHANNESBURG



**PROGRAMBYLAE 6.7 (c)**

**GEMIDDELDE WAARDES VIR VRAE IN DIE SKEDULE VIR ONLANGSE  
ERVARINGS (SOE)**

<b>No.</b>	<b>SOE Vraag</b>	<b>Gemiddelde waarde</b>
1	Probleme met die baas	23
2	Verandering in slaappatroon	16
3	Verandering in eetgewoontes	15
4	Verandering van persoonlike gewoontes	24
5	Verandering in ontspanning	19
6	Verandering in sosiale aktiwiteite	18
7	Verandering in kerkaktiwiteite	19
8	Verandering in aantal gesinsbyeenkomste	15
9	Verandering in finansiële posisie	38
10	Probleme met skoonfamilie	29
11	Verandering in aantal argumente met eglid	35
12	Seksuele probleme	39
13	Persoonlike besering of siekte	53
14	Dood van nabye familielid	63
15	Dood van eglid	100
16	Dood van nabye vriend	37
17	Kry 'n nuwe gesinslid by	39
18	Verandering in gesondheid van 'n gesinslid	44
19	Verhuising	20
20	Gevangenisstraf	63
21	Geringe wetsoortredings	11
22	Besigheidsheraanpassing	39
23	Huwelik	50
24	Egskeiding	73

25	Vervreemding	65
26	Uitstaande persoonlike prestasie	28
27	Seun of dogter verlaat die huis	29
28	Aftrede	45
29	Verandering in werksure of -toestande	20
30	Verandering in verantwoordelikheid by die werk	29
31	Afgedank	47
32	Verandering in lewenstoestande	25
33	Vrou begin of hou op werk	26
34	Verband van meer as R30 000	31
35	Verband of lening van minder as R30 000	17
36	Opsegging van verband of lening	30
37	Vakansie	13
38	Verandering van skool	20
39	Verander na ander tipe werk	36
40	Begin of staak skool	26
41	Huweliksversoening	45
42	Swangerskap	40

### LEWENSKRISIS KATEGORIEË EN LCU TELLINGS\*

Kategorie van lewenskrisis	LCU telling
Geen lewenskrisis	0 - 149
Geringe lewenskrisis	150 - 199
Gemiddelde lewenskrisis	200 - 299
Ernstige lewenskrisis	300 of meer

- \* Die LCU tellings sluit daardie lewensgebeure-items wat gedurende 'n 1-jaar periode ondervind is, in.

## **PROGRAMBYLAE 6.8**

### **SOSIALE HERAANPASSINGSKAAL**

- \* Die tempo van verandering in 'n mens se lewe, eerder as die spesifieke tipe verandering, is 'n belangrike faktor in die natuurlike oorsake van siekte.
- \* Sekere gebeure het 'n groter impak op sekere persone as op ander.
- \* Die Sosiale Heraanpassingskaal illustreer die rangorde van al 43 lewensgebeure-items.
- \* Die rangorde van die 43 lewensgebeure-items bly hoofsaaklik dieselfde wanneer dit deur persone van verskillende ouderdomme, geslagte, rasse en inkomstevlakke beoordeel word.
- \* Die omvang van lewensgebeure-items is direk proporsioneel teenoor die veranderinge wat met elkeen geassosieer word. Dood van eglid (100 LCU) vereis op die lange duur, twee keer meer heraanpassing as om te trou (50), vier keer meer as verandering in lewenstoestand (25) en byna tien keer meer as geringe wetsoortredings (11).



### **LEWENSKRISIS KATEGORIEË EN LCU TELLINGS\***

<b>Kategorie van lewenskrisis</b>	<b>LCU telling</b>
Geen lewenskrisis	0 - 149
Geringe lewenskrisis	150 - 199
Gemiddelde lewenskrisis	200 - 299
Groot lewenskrisis	300 of meer

- \* Die LCU telling sluit daardie lewensgebeure in wat gedurende 'n 1-jaar periode ervaar is.

**PROGRAMBYLAE 6.8 (b)**

**SOSIALE HERAANPASSINGSKAAL**

<b>No.</b>	<b>Lewensgebeure-Item</b>	<b>Gemiddelde waarde</b>
1	Dood van eglid	100
2	Egskeiding	73
3	Huweliksvervreemding van maat	65
4	Aanhouding in gevangenis of ander inrigting	63
5	Dood van 'n nabye familielid	63
6	Ernstige persoonlike beserings of siekte	53
7	Huwelik	50
8	Afgedank by die werk	47
9	Huweliksversoening met maat	45
10	Aftrede van werk	45
11	Groot veranderinge in gesondheid of gedrag van gesinslid	44
12	Swangerskap	40
13	Seksuele probleme	39
14	Kry 'n nuwe gesinslid by (byvoorbeeld deur geboorte, aanneming of bejaarde wat inwoon).	39
15	Groot besigheidsaanpassings (byvoorbeeld samesmelting, herorganisasie)	39
16	Groot verandering in finansiële posisie (byvoorbeeld baie slegter of baie beter daaraan toe).	38
17	Dood van 'n nabye vriend	37
18	Verandering na 'n ander soort werk	36
19	Groot verandering in die aantal argument met eglid (byvoorbeeld baie meer of baie minder ten opsigte van kinderopvoeding, persoonlike gewoontes, ens.)	35
20	Neem 'n verband van groter as R30 000 (byvoorbeeld koop 'n huis, besigheid)	31
21	Opsegging van verband of lening	30
22	Groot veranderinge in verantwoordelikheid by die werk (byvoorbeeld bevordering, degradering of verplasing)	29


23	Seun of dogter verlaat die huis (byvoorbeeld huwelik, universiteitsbywoning)	29
24	Probleme met skoonfamilie	29
25	Uitstaande persoonlike prestasie	28
26	Vrou begin of eindig buitenshuise werk	26
27	Begin of eindig formele skoolopleiding	26
28	Groot veranderinge in lewenstoestand (byvoorbeeld bou 'n nuwe huis, veranderinge aan die huis, agteruitgang van huis of buurt)	25
29	Hersiening van persoonlike gewoontes (kleredrag, gewoontes, assosiasies, ens.)	24
30	Probleme met baas	23
31	Groot veranderinge in werksure en toestande	20
32	Verhuising	20
33	Verandering na 'n nuwe skool	20
34	Groot verandering in tipe en/of aantal vrytydsbesteding	19
35	Groot verandering in kerkaktiwiteit (byvoorbeeld baie meer of baie minder as gewoonlik)	19
36	Groot verandering in sosiale aktiwiteit (klubs, dans, fliel, besoeke)	18
37	Neem 'n verband of lening van minder as R30 000 uit (byvoorbeeld, koop 'n kar, TV, vrieskas)	17
38	Groot verandering in slaappatroon (baie meer of baie minder slaap of verandering in die tyd van die dag wanneer jy slaap)	16
39	Groot verandering in die aantal familiebyeenkomste (byvoorbeeld baie meer of baie minder as gewoonlik)	15
40	Groot verandering in eetgewoontes (baie meer of baie minder voedselinname of verskillende ure of verskillende omgewing tydens etes)	15
41	Vakansie	13
42	Kersfees	12
43	Geringe wetsoortredings (byvoorbeeld verkeerskaartjies, rusverstoring, ens.)	11

---

4.4



**4.4.1**  
**SESSIE 7A**



**SAMEVATTING**  
**VAN VORIGE KURSUSSE**  
**EN TOETSING VAN**  
**OPEENVOLGENDE KURSUSSE**

## **SESSIE 7A**

### **TEMA: SAMEVATTING VAN VORIGE KURSUSSE EN TOETSING VAN KENNIS**

#### **Inleiding**

Aan die begin van die volgende twee-daagse sessie, is dit nodig dat 'n samevatting van die vorige sessies gegee word. Dit sal die kursusgangers se geheue verfris, maar ook 'n aanduiding kan gee of hulle die vorige kennis en vaardighede geïnternaliseer het.

#### **Doelstellings**

Die doelstellings van hierdie sessie is om:

- die geheue van kursusgangers ten opsigte van die vorige sessie-inhoude te verfris;
- insig te toets deur middel van tuiswerk; en
- toetsing van kennis en vaardighede van die emosionele aspekte, asook aspekte wat in die tweede kursus aangespreek sal word, te doen.

#### **Leer en vaardighedsdoelwitte**

Aan die einde van die kursus sal die kursusgangers:

- 'n oorsig van die vorige sessies hê ten einde hulle nuutverworwe kennis en vaardighede te herroep en te integreer in die daaropvolgende sessies;
- deur gebruik van eie gevallestudies, hulle kennis ten opsigte van die assessering van bio-fisiese funksionering aan ander kursusgangers oordra, maar ook hulle eie vaardighede ontwikkel.

#### **Voorbereiding**

##### **1. Toerusting en materiaal**

- Fotostate van Programbylae 6.1 en 7A(1).



2. *Vorbereiding van aanbieder*

- Oorsigtelike voorbereiding van al die sessies moet gedoen word, ten einde 'n samevatting daarvan te kan gee.

3. *Vorbereiding van kursugangers*

- Die kursugangers moet tydens die sessie 'n natoets van die emosionele assesseringsaspekte en -metodes doen, asook 'n voortoets ten opsigte van assesseringsaspekte en -metodes wat tydens die tweede gedeelte van die kursus sal volg.
- 'n Pasiënt moet geassesseer word vir voordrag ten opsigte van die bio-fisiese funksionering.

**Aanblydngswyse**

1. Gee 'n kort samevatting van die vorige sessies as inleiding tot hierdie sessie. Vra insette van die kursugangers ten einde hulle geheue te verfris.
2. Verskaf die natoets ten opsigte van die assessering van die emosionele funksionering van die pasiënt, asook die voortoets van die ander assesseringsaspekte in die tweede gedeelte van die kursus. Noem aan kursugangers dat die emosionele funksionering nou eers getoets word, om vas te stel of hulle oor 'n langer tydperk die aspekte wat behandel is, kon onthou.
3. Laat die kursugangers individueel terugrapporteer ten opsigte van pasiënte wat hulle in hulle eie werksopset moes assesseer.
4. Sluit die sessie af met 'n samevattende opmerking ten opsigte van die terugrapportering.

**PROGRAMBYLAE 7A(I)**

**IA DUI IN DIE ONDERSTE SPASIE AAN WATTER GEDRAGS-  
ASPEKTE GEASSESEER BEHOORT TE WORD**

Vir  
kantoor-  
gebruik

--	--

(1 · 2)

Kaart

1
---

2

--

4

--

5

--

6

--

7

--

8

--

9

--

10

--

11

--

12

--

13

--

14

--

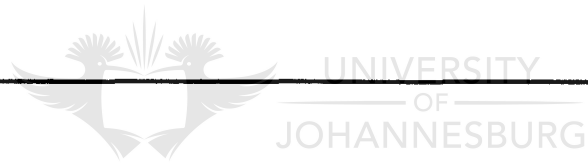
15

--

16

--

17



---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

18

19

20

21

22

23

24

**1B DUI AAN WATTER METODEDES GEBRUIK SAL WORD OM DIE ASSESSERING VAN GEDRAGSFUNKSIONERING TE DOEN**



---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

---

---

---

**2A DUI AAN WATTER FUNKSIONERINGSASPEKTE VAN DIE HU-  
WELIKSVERHOUDING GEASSESSEER BEHOORT TE WORD**

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

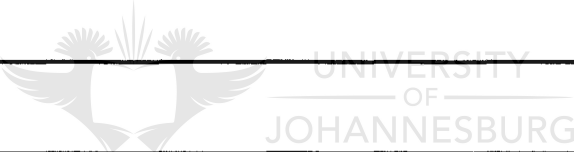
---

---

---

---

---



**2B DUI AAN WATTER METODEDES GEBRUIK SAL WORD OM DIE ASSESSERING VAN DIE HUWELIKSVERHOUDING TE DOEN**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

51

52

53

54

55

56

57

58

59

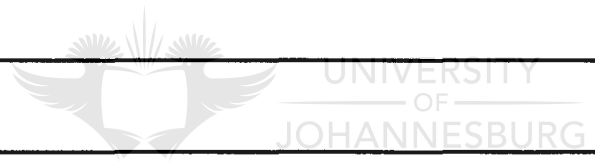
60

61

62

63

64



- 3A DUI IN HIERDIE SPASIE AAN WATTER SEKSUELE  
FUNKSIONERINGSASPEKTE GEASSESEER MOET WORD

Vir  
kantoor-  
gebruik

--	--

(1 - 2)

Kaart

2
---

3

--

4

--

5

--

6

--

7

--

8

--

9

--

10

--

11

--

12

--

13

--

14

--

15

--

16



**3B DUI AAN WATTER METODEDES GEBRUIK SAL WORD IN DIE ASSESSERING VAN DIE SEKSUELE VERHOUDING**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

17

18

19

20

21

22

23

24

**4A DUI IN HIERDIE SPASIE AAN WATTER ASPEKTE VAN DIE GESINSFUNKSIONERING GEASSESEER MOET WORD**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

25

26

27

28

29

30

31

32

33

Blank lined writing area with 20 horizontal lines.



Vertical column of 20 numbered boxes, 34 to 52.



---

---

---

---

53

54

55

56

**4B DUI AAN WATTER METODEDES GEBRUIK SAL WORD IN DIE  
UITVOERING VAN DIE ASSESSERING**

---

---

---

---

57

58

59

60

61

62

63

64

65

66

67

68

69

70

71



**5A DUI IN HIERDIE SPASIE AAN WATTER OMGEWINGS-  
ASPEKTE GEASSESEER MOET WORD**

**Vir  
kantoor-  
gebruik**

--	--

(1 - 2)

**Kaan**

3
---

3

--

4

--

5

--

6

--

7

--

8

--

9

--

10

--

11

--

12

--

13

--

14

--

15

--

16

--

17

--

18



---

---

---

19

20

21

**SB DUI AAN WATTER METODEDES GEBRUIK SAL WORD IN DIE  
ASSESSERING VAN OMGEWINGSISTEME**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

**6A DUI IN HIERDIE SPASIE AAN WATTER KULTURELE ASPEKTE GEASSESEER MOET WORD**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

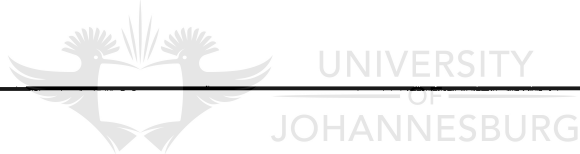
---

---

---

---

---



**6B DUI AAN WATTER METODEDES GEBRUIK SAL WORD IN DIE ASSESSERING VAN KULTURELE ASPEKTE**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

**4.4.2**

**SESSIE 7B**

**ASSESSERING VAN DIE  
GEDRAGSFUNKSIONERING  
VAN DIE PASIËNT EN  
BELANGRIKE ANDER PERSONE  
VANUIT 'N GENEESKUNDIGE  
MAATSKAPLIKEWERK-  
PERSPEKTIEF**

## SESSIE 7B

### TEMA: ASSESSERING VAN DIE GEDRAGSFUNKSIONERING VAN DIE PASIËNT EN BELANGRIKE ANDER PERSONE VANUIT 'N GENEESKUNDIGE MAATSKAPLIKEWERK-PERSPEKTIEF

#### Inleiding

'n Direkte verband bestaan tussen siekte en sekere gedrag. Swak gesondheidsgewoontes en/of selfbeheer, byvoorbeeld eetgewoontes en rookgewoontes, gee aanleiding tot gesondheidsprobleme. Terselfdertyd kan gedragsverandering benut word om pasiënte beheer oor siektes soos enurese/enkomprese, onreëlmatige hartklop, hoë bloeddruk, hoofpyn en asma te bied. Sekere siektetoestande vereis egter ook gedragsverandering, byvoorbeeld diabetes mellitus en hartsiektes, asook by neuro-chirurgiese pasiënte.

#### Doelstellings

Die doelstellings van die sessie is om kursusgangers se:

- kennis uit te brei ten opsigte van assesseringsaspekte van die pasiënt/naasbestaandes se gedragsfunksionering;
- vaardighede uit te brei in die assessering van gedragsfunksionering.

#### Leer en vaardighedsdoelwitte

Die kursusgangers sal aan die einde van die sessie in staat wees om:

- die gedragsfunksioneringsaspekte wat binne die Geneeskundige Maatskaplikewerkveld geassesseer behoort te word, te begryp;
- verskillende aspekte en metodes wat betrokke is by die assessering van gedragsfunksionering te begryp en toe te pas;
- assessering van gedragsfunksionering te kan doen aan die hand van die pasiënt met 'n harttoestand of die pasiënt met Anorexia Nervosa.

## Voorberedling

### 1. *Toerusting en materiaal*

- Fotostate van Programbylae 7B.1(a), 7B.1(b), 7B.2, 7B.3(a)(1), 7B.3(b)(1), 7B.4(a), 7B.4(b), 7B.4(c) en 7B.4(d) aan elke kursusganger.
- Transparante van Programbylae 7B.3(a)(2), 7B.3(b)(2) en 7B.4.
- Truprojektor.
- Blaai bord en penne.

### 2. *Voorberedling van aanbieder*

- Berei Programbylae 7B.1(a) tot 7B.4(d) voor.
- Maak fotostate en transparante soos uiteengesit onder 'toerusting en materiale'.

### 3. *Voorberedling van kursusgangers*

- Berei tydens kursus Programbylae 7B.4(b), 7B.4(c) en 7B.4(d) voor aan die hand van óf die hart pasiënt met Tipe A gedrag óf die pasiënt met Anorexia Nervosa.
- Geen voorbereiding hoef voor hierdie sessie gedoen te word nie.



## Aanbiedingswyse

1. Gee 'n inleiding ten opsigte van die verband tussen siekte en gedragsfunksionering van die pasiënt. Gebruik voorbeelde van siektetoestande om die voorkomende en behandelingsrol van die geneeskundige maatskaplike werker aan te toon.
2. Dui die hoof kategorieë en stappe aan wat betrokke is by assessering van gedrag (Programbylae 7B.1(a)).
3. Verduidelik daarna die verskillende kenmerke wat van belang is by die assessering van gedragsfunksionering en wat deur die geneeskundige maatskaplike werker in gedagte gehou moet word. Gebruik voorbeelde by elke aspek. (Programbylae 7B.1(b)).
4. Bespreek die gedragspatrone wat geassesseer kan word (Programbylae 7B.2). Dui duidelik die disfunksionele en funksionele patrone van elk aan. Noem aan kursusgangers

dat hulle dit as riglyn kan gebruik in die assessering van gedragsfunksionering. Maak gebruik van voorbeelde by elk.

5. Verduidelik vervolgens na aanleiding van die Tipe A en B gedragspatrone en gesondheid (Programbylae 7B.3(a)(1) en 7B.3(a)(2)), asook die Anorexia Nervosa pasiënt (Programbylae 7B.3(b)(1) en 7B.3(b)(2)) die assessering van gedragsfunksionering vanuit 'n geneeskundige maatskaplikewerk-perspektief.
6. Verdeel kursusgangers in twee groepe. Laat hulle metodes wat hulle in hulle werksopset gebruik ten einde gedragsfunksionering te assesser, aantoon. 'n Groepleier rapporteer terug. Skryf metodes op 'n blaai bord.
7. Metodes wat gebruik kan word, word vervolgens aan die hand van 'n transparant (Programbylae 7B.4) bespreek. Vergelyk met die metodes wat kursusgangers neergeskryf het.
8. Bespreek vervolgens die vloekkaart ten einde geskikte opnametegnieke vir assessering van gedragsfunksionering te identifiseer (Programbylae 7B.4(a)).
9. Verduidelik die verhalende opnametegniek (Programbylae 7B.4(b)). Laat kursusgangers een tipe gedrag van die Tipe A gedrag óf van die Anorexia Nervosa pasiënt voltooi. Vra vier kursusgangers om individueel terugvoering te gee.
10. Verduidelik die voorbeeld van die tydskedule (Programbylae 7B.4(c)). Laat kursusgangers dit weer voltooi aan die hand van een van die pasiënte (Programbylae 7B.3). Vra twee ander kursusgangers om terug te rapporteer.
11. Verduidelik hierna aan die hand van spesifieke gedrag van die Anorexia Nervosa pasiënt, naamlik liggaamsbeeld, die gebruik van intervalverslaggewing (Programbylae 7B.4(d)). Laat kursusgangers ander tipe pasiënte noem waarvoor hierdie metodes gebruik kan word.



12. Laat kursusgangers weer in twee groepe verdeel, en identifiseer watter nuwe kennis en vaardighede hulle in hierdie sessie opgedoen het. Laat 'n groepleier terugrapporteer.



## **PROGRAMBYLAE 7.1(a)**

### **HOOF KATEGORIEË EN STAPPE BETROKKE IN 'N GEDRAGSASSESSERING**

- Waarneming, spesifisering en definiëring van teikengedrag. Dit is belangrik ten einde die werklike disfunksionele gedrag te spesifiseer.
- Meting van die frekwensie, intensiteit, aantal, verskeidenheid, kwaliteit en duur van teikengedrag.
- Aantekening van antesedente en gevolge van teikengedrag.
- Gedagtes wat die gedrag voorafgaan, daarmee gepaard gaan, en daarop volg.
- Die aard en intensiteit van die emosies wat met die gedrag geassosieer word.



### **BIBLIOGRAFIE**

Bracht in Davidson, K.W. &  
Clarke, S.S  
1990.

*Social work in health care. A handbook for  
practice.* New York: Haworth Press.

Gambril, E.  
1983.

*Casework: a competency-based approach.* New  
Jersey: Prentice Hall.

Hepworth, D.H. & Larsen, J.A.  
1990.

*Direct social work practice.* 3<sup>rd</sup> Uitgawe. Kalifornië:  
Wadsworth Publishing Company.

## **PROGRAMBYLAE 7.1(b)**

### **DEFINIËRING VAN MOONTLIKE KENMERKE**

#### ***Frekwensie***

Die aantal kere waarop 'n bepaalde gedrag, gedagte, of gevoel in 'n spesifieke tydperioede voorkom. Dit kan in terme van tempo of persentasie uitgedruk word (proporsie van gebeurtenisse in totale geleentheid).

#### ***Latentheid:***

Die tydsinterval tussen voorstelling van 'n gebeurtenis en gedrag.

#### ***Duur:***

Die tydsduur waarin gedrag voorkom.

#### ***Intensiteit:***

Die graad, erns of inspanning wat vereis word.



#### ***Aantal:***

Dit het betrekking op 'n "hoeveelheid" dimensie, en sluit maatstawwe soos *omvang* in. Dit kan ook na *intensiteit* verwys.

#### ***Verskeidenheid:***

Verskillende wyses waarop gedrag uitgedruk kan word.

#### ***Kwaliteit:***

Die korrektheid of *toepaslikheid* van gedrag.

### **BIBLIOGRAFIE**

Gambriel, E. *Casework: a competency-based approach*. New Jersey: Prentice Hall 1983.

**PROGRAMBYLAE 7.2**

**GEDRAGSPATRONE**

<b>DIMENSIE VAN GEDRAG</b>	<b>DISFUNKSIONELE PATRONE</b>	<b>FUNKSIONELE PATRONE (STERK PUNTE)</b>
<b>Mag/beheer</b>	Outokraties, baasspelerig, aggressief, wreed, veeleisend, dominerend, kontrolerend, passief, onderdanig, sluit ander uit in besluitneming	Demokraties, behulpsaam, selfhandhawend, sluit ander in in besluitneming, neem standpunt in vir eie regte
<b>Versorging/ondersteuning</b>	Selfgesentreerd, krities, verwerping, weerhoudend, verkleinerend, terughoudend, bestraffend, foutsoekerig, selfsugtig, onsensitief vir of ongeërg oor ander	Besorg, goedkeurend, vrygewig, empaties, bemoedigend, geduldig, rojaal, onbaatsugtig, warm, verdraagsaam, ondersteunend, stel belang in ander
<b>Verantwoordelikheid</b>	Onbetroubaar, onseker, vermy verantwoordelikheid, eksternaliseer verantwoordelikheid vir probleme, verwaarloos versorging van persoonlike besittings	Betroubaar, gelykmatig, konsekwent, aanvaar verantwoordelikheid, deursettingsvermoë, sien eie aandeel in probleme raak, versorg persoonlike besittings
<b>Sosiale vaardighede</b>	Katterig, bytend, geïrriteerd, onsensitief, afsydig, sarkasties, afsondering, iesegrimmig, teruggetrokke, selfbewus, indringerig, taktloos	Vriendelik, selfbeheersing, innemend, verbaal vlot, sosiaal, gevat, beleefd, innemend, behulpsaam, selfhandhawend, spontaan, respekteer ander, sensitief vir ander se gevoelens, fatsoenlik
<b>Aanpassingsmeganismes</b>	Onbuigsaam, impulsief, rebels, vermy dit om probleme te hanteer, gebruik alkohol en medikasie wanneer stres ervaar word, word angstig, dikmond, gebruik 'koue oorlog' taktieke (kry stilstuipe)	Buigbaar, hanteer probleme, oorweeg alternatiewe, voorsien gevolge, gebalanseerd, persoonlike groei is belangrik, vra raad, onderhandel en gaan ooreenkomste aan

Gewoontes en karakter-eienskappe	Gedisorganiseerd, traag, slinks, oneerlik, kompulsief, oormatig puntenerig, impulsief, swak persoonlike higiëne, eet en/of drink te veel, irriterende gewoontes	Beplanning, georganiseerd, buigbaar, higiënies, bekwaam, geduldig, self-dissipline, goed versorg, eerlik, openlik, opreg, bedoord, bedagsaam, nie temperamenteel, stiptelik
Kommunikasie	Mompel, klaerig, neul, praat baie, onderbreek ander, sluit ander uit, hikkel, skreeu wanneer kwaad, weerhou opinies, verdedigend, praat eentonig, redekawelend, stug, verbaal beledigend	Luister aandagtig, praat vlot, spreek opinies uit, deel gevoelens, gebruik terugvoering, neem standpunt in, praat hoorbaar en binne redelike perke
Bekwaamheid/onafhanklikheid	Ongemotiveerd, doelloos, onproduktief, gou ontmoedig, swak konsentrasie, onderpresteer, tekort aan inisiatief, voltooi selde projekte, werkoholis	Ambisieus, ywerig, selfmotiverend, onafhanklik, vindingryk, deursettingsvermoë, suksesvol, wil vooruitgaan of situasie verbeter
Affeksie/seksueel	Liefdeloos, ingetoë, eenkant, seksueel geïnhibeerd, promisku, swak geslagsdrang, afwykende seksuele gedrag	Warm, liefdevol, toegeneentheid, demonstratief, seksueel toeganklik (toepaslik)

## BIBLIOGRAFIE

Hepworth, D.H. & Larsen, J.A.  
1990.

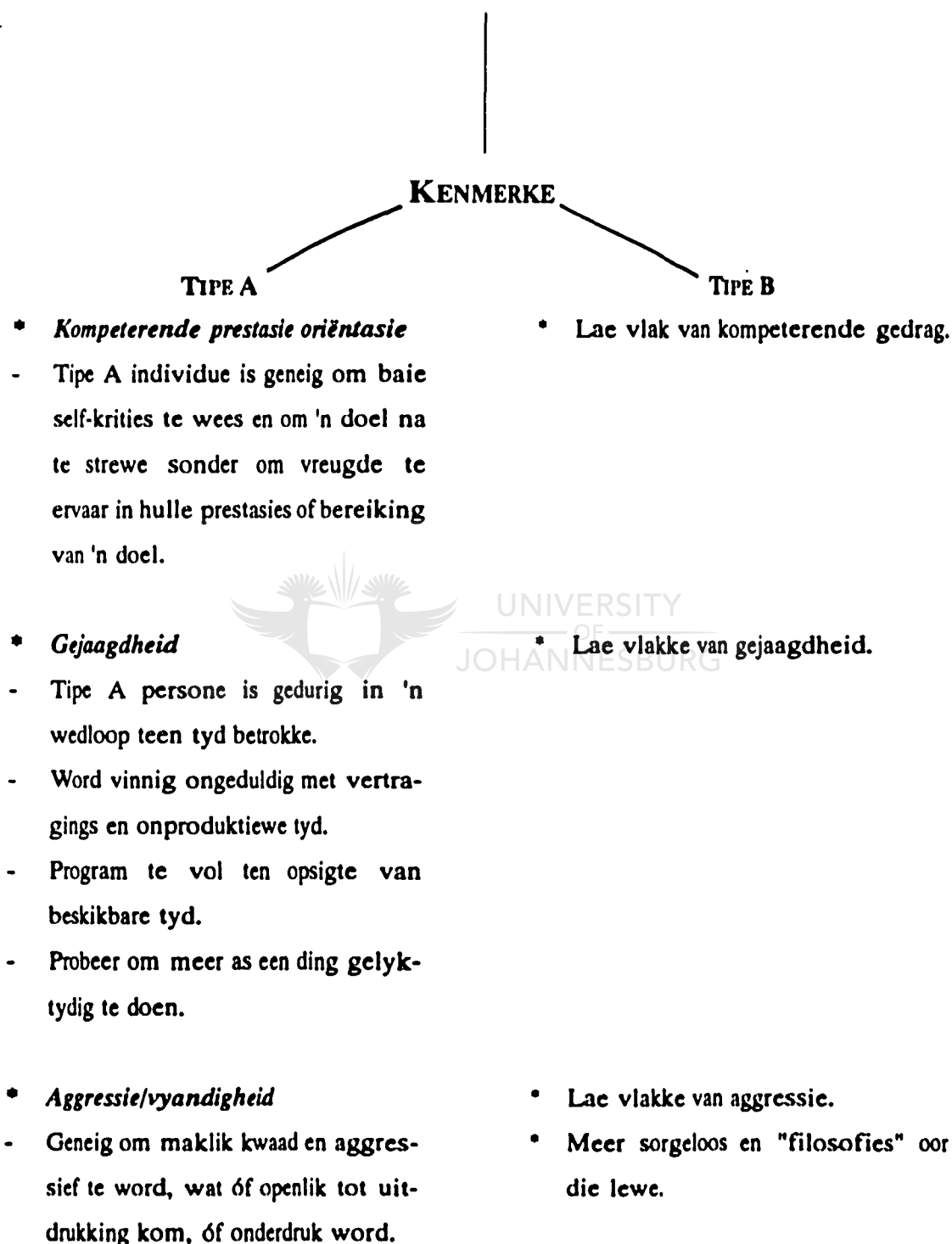
*Direct social work practice.* 3<sup>de</sup> Uitgawe. California: Wadsworth Publishing Company.

***PROGRAMBYLAE 7.3***

**VOORBEELDE VAN  
GEDRAGSFUNKSIONERING  
EN SIEKTE**

## PROGRAMBYLAE 7.3(a)(1)

### TIPE A EN TIPE B GEDRAGSPATRONE

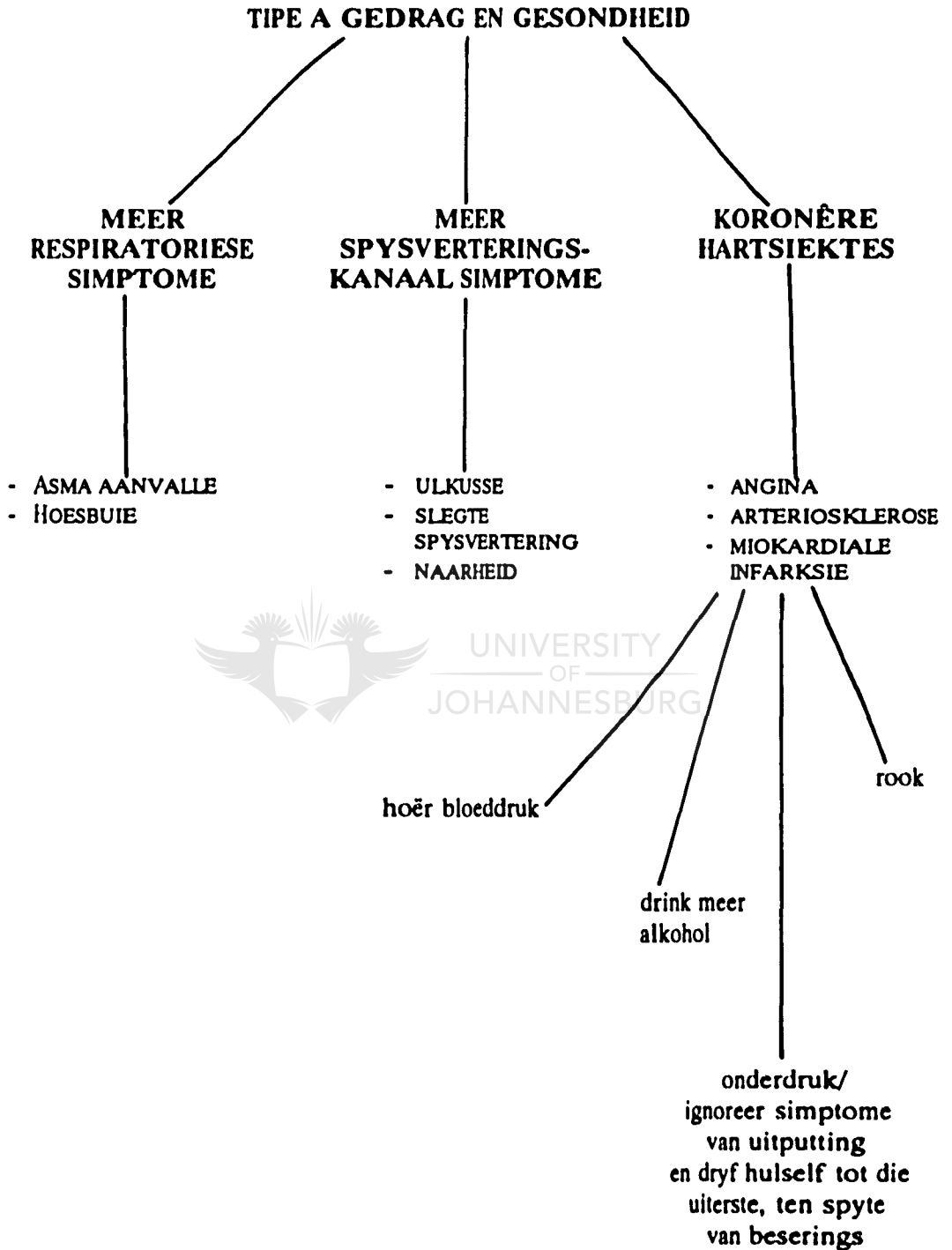


### BIBLIOGRAFIE

Sarafino, E.P.  
1990.

*Health psychology: biopsychosocial interactions.* New York:  
John Wiley & Sons.

**PROGRAMBYLAE 7.3(a)(2)**



UNIVERSITY  
OF  
JOHANNESBURG



## **PROGRAMBYLAE 7.3(b)(1)**

### **EETVERSTEURINGS: ANOREXIA NERVOSA**

#### **DIAGNOSTIESE KRITERIA VIR ANOREXIA NERVOSA**

- Weier om liggaamsgewig te handhaaf teenoor 'n minimale normale gewig vir ouderdom en gesondheid.
- Gewigsverlies van ten minste 25% van die oorspronklike gewig; as die pasiënt onder die ouderdom van 18 jaar is, kan gewigsverlies van die oorspronklike liggaamsgewig plus die beraamde gewigstoename wat verwag word op pediatriese groeikaarte gekombineer word om die 25% te vorm.
- Versteuring van liggaamsbeeld met 'n onvermoë om liggaamsgrootte akkuraat waar te neem.
- Intense vrees om oorgewig te wees. Hierdie vrees verminder nie as gewigsverlies toeneem nie.
- Geen mediese oorsaak vir die gewigsverlies nie.
- Amenorrhoea (by vroue).

#### **BIBLIOGRAFIE**

Brownell, J in Barlow, D.H. *Behavioral assessment of adult disorders*. New York: The Guildford Press. 1981.

**PROGRAMBYLAE 7.3(b)(2)**

**FISIOLOGIESE  
EVALUERING**

Verandering in  
liggaamsgewig

Algehele mediese  
evaluering

**FISIESE AKTIWITEITE**

Uitermatige  
geritualiseerde  
oefening

**ASSESSERING VAN  
ANOREXIA  
NERVOSA**

**PSIGO-MAATSKAPLIKE  
FUNKSIONERING**

- Depressie
- Selfmoordpogings
- Angs
- Rol van die gesin
- Liggaamsbeeld

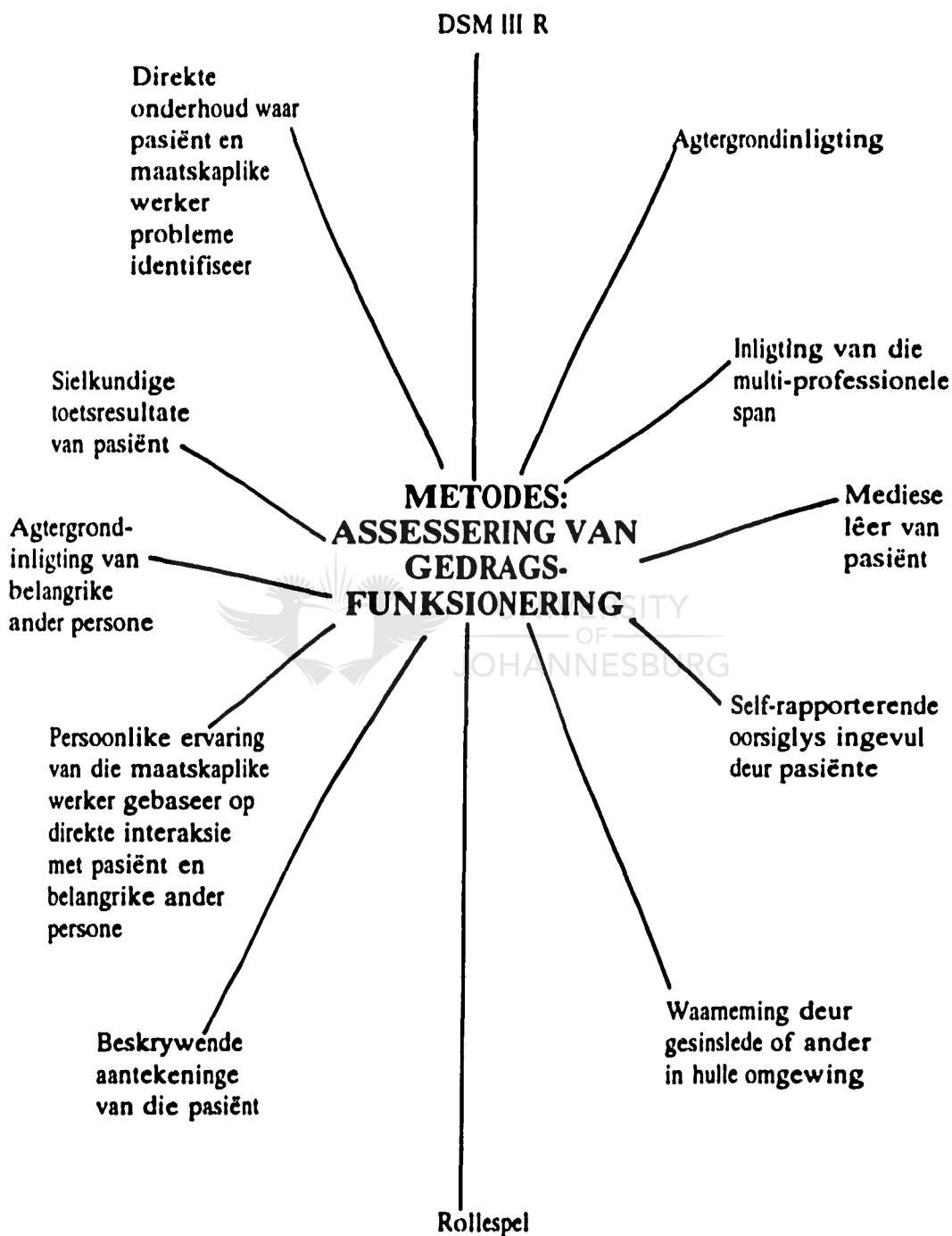


UNIVERSITY  
OF  
JOHANNESBURG

**ASSESSERING VAN  
EETGEDRAG**

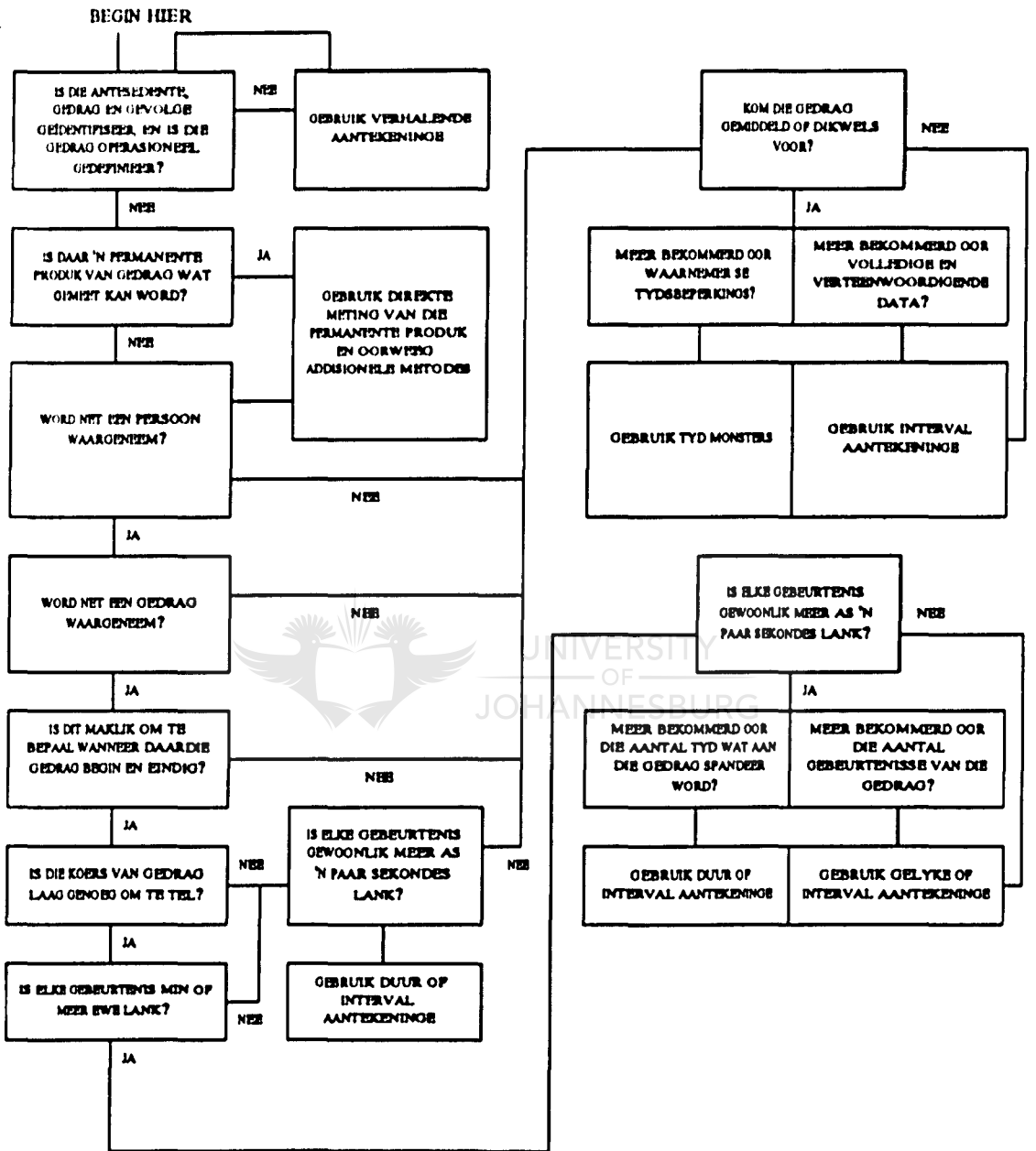
- Eet topografie
- Honger en versadiging
- Samestelling van dieet

## PROGRAMBYLAE 7.4



PROGRAMBYLAE 7.4(a)

VLOEIKAART VIR KEUSE VAN 'N GESKIKTE REKORDBOUDINGSTEGNIEK



Bron: P.N. Alevizos, M.D. Campbell, en E.J. Callahan, Pacific Medical Center San Francisco. Genoteer in *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1974, 7, p. 472.

BIBLIOGRAFIE

Gambriel, E  
1983.

*Casework: a competency-based approach.* New Jersey: Prentice Hall



**PROGRAMBYLAE 7.4(c)**

<b>TYD MONSTER</b>					
NAAM: _____					
GEDRAG: _____					
DATUM: _____					
	<b>TYD MONSTER</b>	<b>GEDRAG JA/NEE</b>		<b>TYD MONSTER</b>	<b>GEDRAG JA/NEE</b>
1				11	
2				12	
3				13	
4				14	
5				15	
6				16	
7				17	
8				18	
9				19	
10				20	

- \* Gedurende tyd monsters word gedrag geneem op *vasgestelde of onreëlmatige* tye wat gekies is om verteenwoordigende inligting van die gedrag te verskaf.

**BIBLIOGRAFIE**

Gambriel, E.  
1983.

*Casework: a competency-based approach.* New Jersey:  
Prentice Hall.

## PROGRAMBYLAE 7.4(d)

### INTERVALVERSLAGGEWING

Intervalmeting is 'n vorm van tydsmeting waarin 'n periode gekies en opgebreek word in kleiner tydsenhede, byvoorbeeld tien-sekonde eenhede. Die waarnemer kan, deur middel van 'n remerk, aantoon of gedrag in elke interval voorgekom het. Nie elke voorbeeld van die gedrag word aangeteken nie; slegs indien gedrag gedurende die gekose tydperiode voorkom, word dit aangeteken.

Frekwensie kan as die persentasie van tien-sekonde intervalle, waarin gedrag aanteken is, gemeet word. Die maksimum frekwensie van gedrag word deur die grootte van die gekose tydseenheid bepaal. Dit moet ten opsigte van die frekwensie waarmee die gedrag voorkom, bereken word. As 'n tien-sekonde interval gebruik word, is die maksimum berekening van gedrag ses per minuut. Met gedrag wat dikwels voorkom, moet die eenheid kleiner wees ten einde die berekening aan te toon.

Konsekwente riglyne moet in die verslaggewing van gedrag gevolg word. Indien sulke reëls nie daargestel word nie, sal waarnemings van verskillende persone nie ooreenstem nie.

### TYDSINTERVALLE

GEDRAG																			

### BIBLIOGRAFIE

Gambriel, E.  
1983.

*Casework: a competency-based approach.* New Jersey:  
Prentice Hall.

**4.4.3**

**SESSIE AGT**

**ASSESSERING VAN DIE  
VERHOUDINGSFUNKSIONERING  
VAN DIE PASIËNT  
EN BELANGRIKE ANDER PERSONE  
VANUIT 'N GENEESKUNDIGE  
MAATSKAPLIKEWERK-  
PERSPEKTIEF**



**SESSIE AGT****TEMA: ASSESSERING VAN DIE VERHOUDINGSFUNKSIONERING VAN DIE PASIËNT EN BELANGRIKE ANDER PERSONE VANUIT 'N GENEESKUNDIGE MAATSKAPLIKEWERK-PERSPEKTIEF****Inleiding**

Siekte beïnvloed die pasiënt sowel as belangrike ander persone in sy omgewing, en dus ook sy verhoudings. Die aard van die verhoudingsfunksionering voor die aanvang van die siektetoestand is 'n belangrike aspek wat deur die geneeskundige maatskaplike werker geassesseer behoort te word, aangesien dit 'n aanduiding kan gee van bedreigings en sterk punte in die verhoudings. Dit dien ook as belangrike vertrekpunt ten einde vas te stel watter invloed die siekte op die verhoudings gehad het. Die invloed van sekere siektetoestande op die verhoudingsfunksionering, byvoorbeeld breinbeserings, is groter as ander siektes, byvoorbeeld hartsiektes. Die aard van die siektetoestand moet dus nooit uit die oog verloor word nie. Vervolgens sal die assessering van die huweliks-, seksuele-, en gesinsverhoudings binne die Geneeskundige Maatskaplikewerk-veld aandag geniet.

**4.4.4**

**SESSIE 8A**

**ASSESSERING VAN DIE  
HUWELIKSVERHOUDING  
VANUIT 'N GENEESKUNDIGE  
MAATSKAPLIKEWERK-  
PERSPEKTIEF**

**SESSIE 8A****TEMA:****ASSESSERING VAN DIE HUWELIKSVERHOUDING VANUIT 'N  
GENEESKUNDIGE MAATSKAPLIKWERK-PERSPEKTIEF****Inleiding**

Siekte het 'n invloed op die pasiënt se totale funksionering, en dus ook op sy huweliksverhouding. Beperkinge kan, afhange van die aard en invloed van die siektetoestand en behandeling, op 'n normale huweliksverhouding geplaas word. Dit is egter ook van belang om die huweliksverhouding vóór die siektetoestand te assesseer, ten einde sterkpunte en veranderings te bepaal.

**Doelstellings**

Die doelstellings van die sessie is om die kursusgangers se:

- kennis uit te brei in die assessering van die huweliksverhouding;
- vaardighede uit te brei in die assessering van die huweliksverhouding.

**Leer en vaardighedsdoelwitte**

Die kursusgangers sal aan die einde van die sessie:

- kennis hê van die elemente wat die geneeskundige maatskaplike werker ten opsigte van die huweliksverhouding behoort te assesseer, asook die metodes wat gebruik kan word ten einde die assessering uit te voer;
- vaardighede ontwikkel ten einde die Hudsonskaal vir die meting van huweliksatisfaksie, asook die verbale probleemmoorsiglys van Thomas, Walter en Flaherty, te gebruik tydens assessering;
- bogenoemde kennis kan toepas binne die geneeskundige maatskaplikewerk-veld.

## Voorbereiding

### 1. Toerusting en materiaal

- Fotostate van Programbylae 8A(3) en 8A(4) vir elke kursusganger.
- Transparante van Programbylae 8A(1) en 8A(2).
- Truprojektor.
- Blaaibord.

### 2. Voorbereiding van aanbieder

- Berei Programbylae 8A(1), 8A(2), 8A(3) en 8A(4) voor.
- Maak fotostate en transparante van toepaslike materiaal.

### 3. Voorbereiding van kursusgangers

- Doen Programbylae 8A(3) en 8A(4) tydens sessie.
- Gee aan die einde van die sessie 'n toepassing van program materiaal op die neurologiese/neurochirurgiese pasiënt (Programbylae 3.1(a) en 3.1(b), asook 4.3(a) en 4.3(b)).
- Geen spesifieke voorbereiding word voor die aanvang van die sessie van kursusgangers verwag nie.

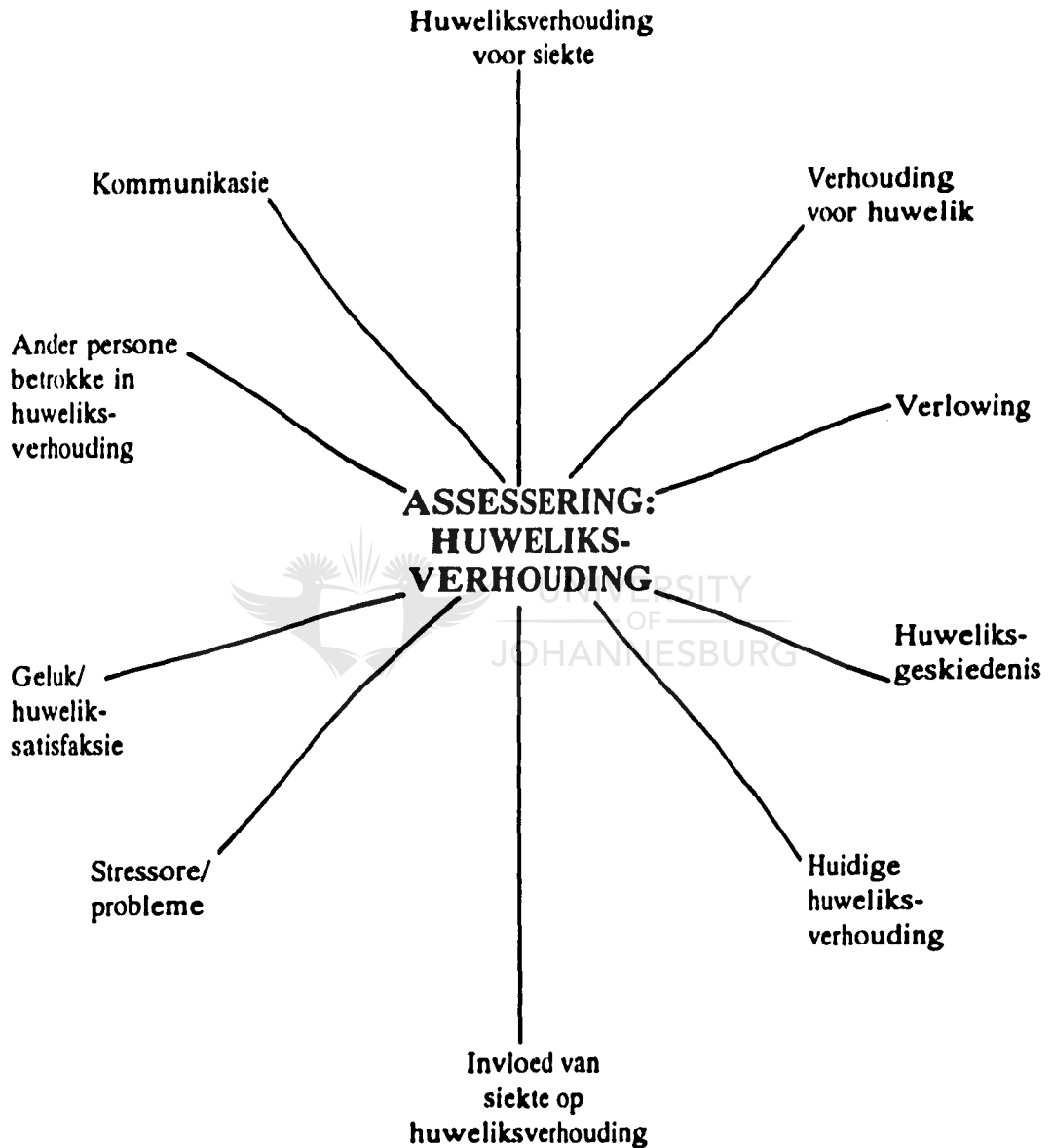
## Aanbiedingswyse

1. Gee 'n kort inleiding oor die verband tussen die huweliksverhouding en siektetoestand.
2. Laat kursusgangers aspekte aandui wat geassesseer behoort te word. Skryf inligting op blaaibord.
3. Verskaf inligting ten opsigte van elemente wat in die assessering van die huweliksverhouding deur die geneeskundige maatskaplike werker ingesluit *kan* word en watter elemente ingesluit *moet* word (Programbylae 8A(1)).
4. Dui aspekte aan wat kursusgangers aangedui het/nie aangedui het nie.

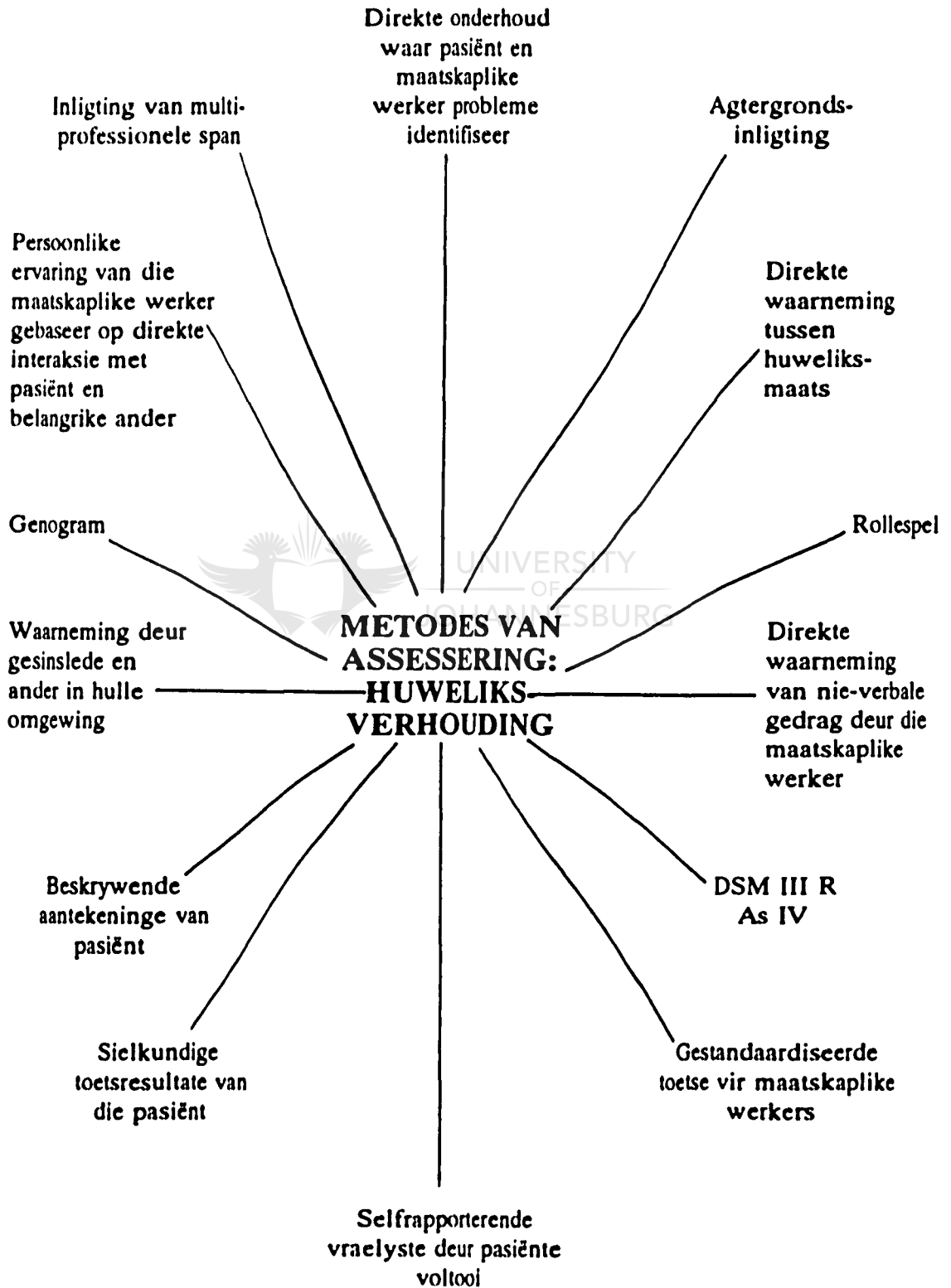
5. Verskaf vervolgens inligting ten opsigte van metodes van assessering wat die geneeskundige maatskaplike werker kan gebruik ten einde die assessering te doen (Programbylae 8A(2)).
6. Verduidelik die gebruik van die Hudsonskaal aan die hand van Programbylae 6.3(a) en 8A(3).
7. Laat getroude kursusgangers Programbylae 8A(3) invul en gee aan die ander kursusgangers die keuse of hulle dit wil invul ten opsigte van hulle verhoudings. (Die meerderheid kursusgangers is getroud.)
8. Laat kursusgangers dit verwerk en gee inligting oor hoe om dit te doen.
9. Verskaf kennis ten opsigte van die gebruik van die Verbale Probleemoorsigly. Kursusgangers kan dit tydens hulle assessering in hulle onderskeie werksopsette gaan toepas (Programbylae 8A(4)).
10. Laat kursusgangers in twee groepe verdeel en bepaal watter kennis hulle sal toepas ten opsigte van die neurologiese/neurochirurgiese pasiënt (Programbylae 3.1(a) of 3.1(b), en 4.3(a) of 4.3(b), afhangende van die kursusgroep). Laat kursusgangers voorbeelde gee van assesseringsmoontlikhede. 'n Groepleier rapporteer daarna terug.



**PROGRAMBYLAE 8A(1)**



**PROGRAMBYLAE 8A(2)**



**PROGRAMBYLAE 8A(3)**

**INDEKS 3**

**HUWELIKSATISFAKSIE INDEKS**

**VANDAG SE DATUM** \_\_\_\_\_

**NAAM:** \_\_\_\_\_

Hierdie vraelys het geen regte of verkeerde antwoorde nie. Beantwoord asseblief elke item so versigtig en eerlik as wat u kan deur 'n syfer te plaas by elke item, soos volg:

1. Selde of nooit
2. Af en toe
3. Somtyds
4. Dikwels
5. Byna altyd of altyd

**Begin asseblief:**



UNIVERSITY  
OF  
JOHANNESBURG

1. Ek voel dat my huweliksmat liefdevol genoeg is \_\_\_\_\_
2. Ek voel dat my huweliksmat my sleg behandel \_\_\_\_\_
3. Ek voel dat my huweliksmat regtig vir my omgee \_\_\_\_\_
4. Ek voel dat ek nie dieselfde huweliksmat sou kies as ek dit kon oordoen nie \_\_\_\_\_
5. Ek voel dat ek my huweliksmat kan vertrou \_\_\_\_\_
6. Ek voel dat ons verhouding besig is om te verbrokkel \_\_\_\_\_
7. Ek voel dat my huweliksmat my nie verstaan nie \_\_\_\_\_
8. Ek voel dat ons 'n goeie verhouding het \_\_\_\_\_
9. Ek voel dat ons verhouding gelukkig is \_\_\_\_\_
10. Ek voel dat ons lewe saam saai/eentonig is \_\_\_\_\_
11. Ek voel dat ons baie pret saam het \_\_\_\_\_
12. Ek voel dat my huweliksmat my nie in sy/haar vertrouwe neem nie \_\_\_\_\_



13. Ek voel dat ons verhouding baie heg is
14. Ek voel dat ek nie op my huweliksmaat kan staatmaak nie
15. Ek voel dat ons nie genoeg belangstellings in gemeen het nie
16. Ek voel dat ons argumente en verskille goed hanteer
17. Ek voel dat ons goed vaar met die hantering van ons finansies
18. Ek voel dat ek nooit met my huweliksmaat moes getrou het nie
19. Ek voel dat ek en my huweliksmaat goed oor die weg kom
20. Ek voel dat ons verhouding baie stabiel is
21. Ek voel dat my huweliksmaat tevrede en gelukkig met my as 'n seksmaat is
22. Ek voel dat ons meer dinge saam behoort te doen
23. Ek voel dat die toekoms van ons verhouding rooskleurig lyk
24. Ek voel ons verhouding is leeg
25. Ek voel dat daar geen opwinding in ons verhouding is nie

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



UNIVERSITY  
OF  
JOHANNESBURG

Indeks 3: 1, 3, 5, 8, 9, 11, 13, 16, 17, 19, 20, 21, 23.

## BIBLIOGRAFIE

Hudson, W.W.  
1982.

*The Clinical Measurement Package.* Homewood, Illinois:  
Dorsey Press.

## **PROGRAMBYLAE 8A(4)**

Assessering van die effektiwiteit van 'n egpaar se kommunikasie en hantering van probleme kan en behoort 'n belangrike deel van die terapeut se assesseringsrepertoire te wees. Sekere egpare kan probleemoplossende take gegee word. Direkte waarneming, as 'n strategie om vaardighede te evalueer, is baie meer doeltreffend as om die egpaar te vra om hulle kommunikasie te beskryf. Terapeute kan egpare beoordeel op 'n verskeidenheid van dimensies wat relevant is vir die effektiwiteit van kommunikasie.

### **Die Verbale Probleem Oorsiglys**

Hierdie oorsiglys is deur Thomas, Walter en Flaherty ontwikkel, en sluit 49 kategorieë van verbale gedrag in. Elke kategorie word beoordeel op 'n skaal van 1 tot 4, op die basis van direkte waarneming. 'n Telling van 1 is gelyk aan "glad nie" en 4 is gelyk aan "tot 'n groot mate". Die kategorieë kan ook gebruik word om probleme te beoordeel, op 'n skaal van 1 tot 3, wat aantoon in watter mate elke kategorie 'n probleemarea vir die egpaar is.

### **BIBLIOGRAFIE**

Jacobson *et al.* in  
Barlow, D.H.  
1981.

*Behavioral assessment of adult disorders.* New York: The  
Guildford Press.

**PROGRAMBYLAE 8A(4)**

**RESPONS KATEGORIEË VIR VERBALE PROBLEEM OORSIGLYS**

1. Praat te veel		26. Vermyn onderwerp inhoud	
2. Praat te min		27. Vermyn ander inhoud	
3. Praat vinnig		28. Verander onderwerp inhoud	
4. Praat stadig		29. Verander ander inhoud	
5. Praat hard		30. Bly by onderwerp inhoud	
6. Praat sag		31. Koppigheid t.o.v. ander inhoud	
7. Singerige spraak		32. Swak verwysing spesifikasie	
8. Praat eentonig		33. Tydelike afsondering	
9. Vinnige verborgenheid		34. Afsydige uitsprake	
10. Stadige verborgenheid		35. Te min positiewe spraak	
11. Emosionele spraak		36. Te veel positiewe spraak	
12. Onemosionele spraak		37. Te min erkenning	
13. Opdringerig		38. Oormaat erkenning	
14. Haarklowery		39. Te min opinies	
15. Oorreageer		40. Oormaat opinies	
16. Reageer stadiger as normaal		41. Stem uitermatig saam	
17. Vra uitermatig baie vrae		42. Uitermatige verskille	
18. Wysneusig		43. Spraak nie vloeiend nie	
19. Aanmatigend		44. Gee te min inligting	
20. Oorveralgemeen		45. Gee oorbodige inligting	
21. Veralgemeen baie min		46. Oormaat inligting	
22. Uitermatige vingerwysing		47. Oormaat negatiewe spraak	
23. Ongepaste outo-liriek		48. Te min negatiewe spraak	
24. Aanmatigende toerekening		49. Onlogiese spraak	
25. Wanvoorstelling van feite of evaluering			

**4.4.5**  
**SESSIE 8B**

**ASSESSERING VAN DIE**  
**SEKSUELE VERHOUDING**  
**VANUIT 'N GENEESKUNDIGE**  
**MAATSKAPLIKEWERK-**  
**PERSPEKTIEF**

**SESSIE 8B****TEMA:****ASSESSERING VAN DIE SEKSUELE VERHOUDING VANUIT 'N  
GENEESKUNDIGE MAATSKAPLIKEWERK-PERSPEKTIEF****Inleiding**

Die seksuele funksionering van die pasiënt en sy maat is 'n aspek van uiterste belang in geneeskundige maatskaplikewerk-assessering. Die kursusaanbieder is van mening dat hierdie aspek dikwels verwaarloos word tydens die assessering van die pasiënt, omdat geneeskundige maatskaplike werkers nie gemaklik daarmee voel nie (houdingsprobleem), óf omdat hulle nie genoeg kennis en vaardighede in die hantering daarvan het nie. Hierdie assessering is egter van belang by die meeste pasiënte met chroniese siektetoestande, byvoorbeeld die neurologiese/neurochirurgiese pasiënt, die persoon met diabetes mellitus, die dialise pasiënte, pasiënte met chroniese nierversaking, asook pasiënte met VIGS.

**Doelstellings**

Die doelstellings van die kursus is om kursusgangers se:

- houding ten opsigte van die assessering van die seksuele verhouding positief te beïnvloed;
- kennis oor assessering van die seksuele verhouding in geneeskundige maatskaplike werk te verbeter;
- vaardighede in die assessering van die seksuele verhouding te verbeter.

**Leer en vaardigheidsdoelwitte**

Aan die einde van die sessie sal kursusgangers in staat wees om:

- hulle eie houding ten opsigte van assessering en intervensie met seksuele funksionering te begryp;
- die aard van aspekte wat geassesseer behoort te word, te begryp;

- metodes wat gebruik kan word vir die assessering van die seksuele funksionering van die pasiënt te identifiseer;
- die Hudsonskale vir die meting van seksuele satisfaksie en selfbeeld toe te pas;
- te begryp hoe om 'n assesseringsonderhoud ten opsigte van seksuele funksionering te hanteer;
- die seksuele funksioneringsassessering van toepassing te maak op die geneeskundige maatskaplikewerk-diensterrein, deur middel van kennis wat verkry is oor die assessering van inplantingschirurgie vir die man, siektes wat ereksie disfunksie kan meebring, asook medikasie wat manlike seksuele disfunksie kan veroorsaak.

## **Voorbereiding**

### **1. Toerusting en materiaal**

- Fotostate van Programbylae 8B(3), 8B(4)(1) en (2) en 8B(4)(3); 8B(7)(1) en 8B(7)(2) vir elke kursusganger.
- Transparante van Programbylae 8B(1), 8B(2), 8B(5)(2) en 8B(6)(2).
- Truprojektor.
- Blaai bord.

### **2. Voorbereiding van aanbieder**

- Die programaanbieder moet Programbylae 8B(1) tot 8B(7)(2) voorberei.

### **3. Voorbereiding van kursusgangers**

- Kursusgangers moet tydens die sessie voorbereiding doen van hulle houding ten opsigte van die assessering van die seksuele funksionering van die pasiënt en sy maat.
- Geen voorbereiding hoef vir die sessie gedoen te word nie.

### Aanblydingswyse

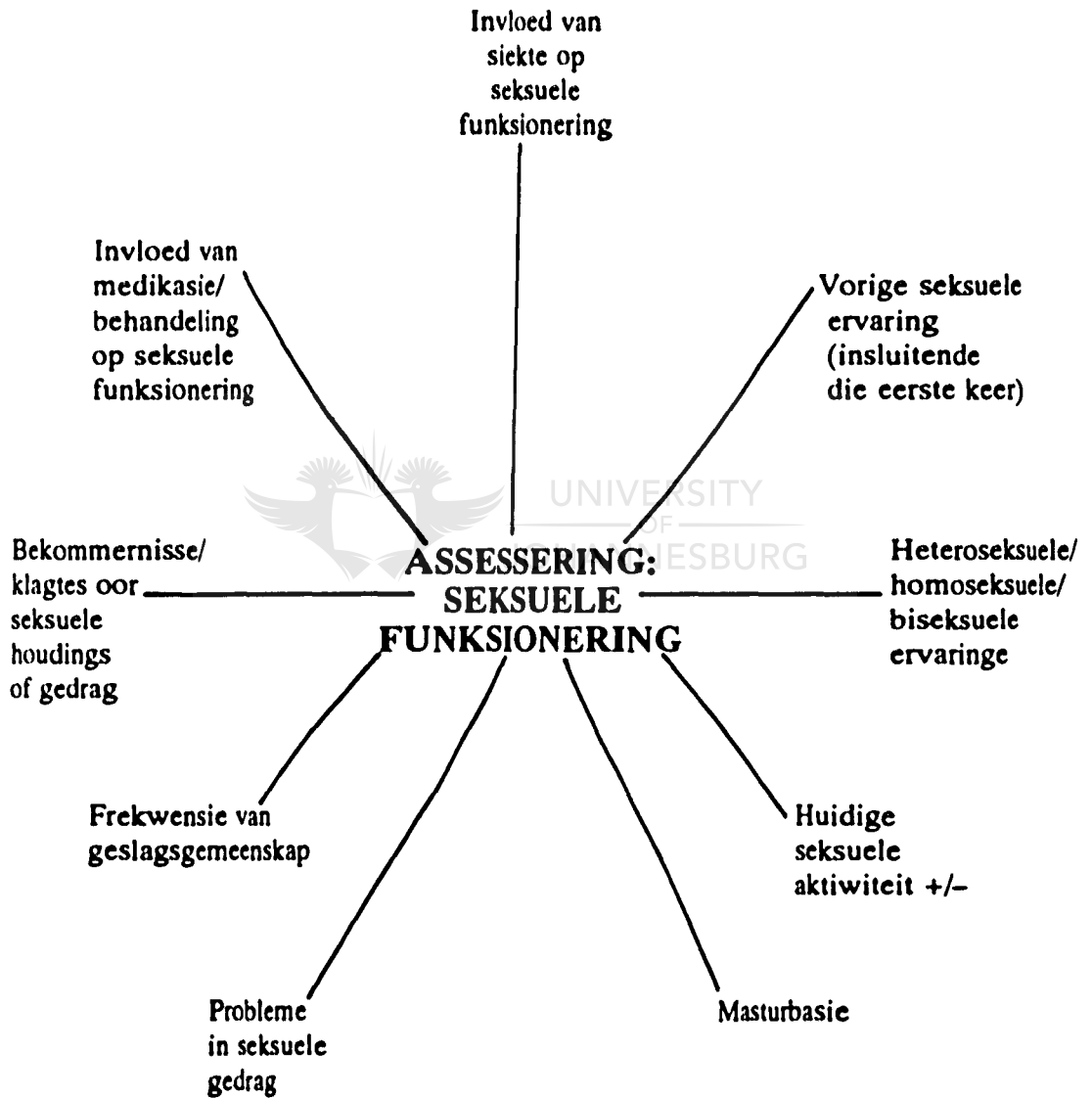
1. Gee 'n kort inleiding ten opsigte van die belang van assessering van die seksuele funksionering van die pasiënt binne die geneeskundige opset.
2. Laat kursusgangers in groepe verdeel met die aanbieder of die fasiliteerder wat by die groepe inskakel. Aanbieder vra dan aan die groep hoeveel van hulle wel betrokke is by assessering en intervensie van die seksuele funksionering van die pasiënt. Laat hulle detail verskaf ten opsigte van die aard daarvan. Vra aan lede wat nie daarby betrokke is nie, waarom hulle nie betrokke is nie. Laat groepleiers van elke groep terugrapporteer.
3. Verskaf hierna inligting ten opsigte van aspekte van die pasiënt se seksuele funksionering wat geassesseer behoort te word (Programbylae 8B(1)).
4. Verskaf inligting ten opsigte van metodes wat deur die geneeskundige maatskaplike werker aangewend kan word ten einde hierdie assessering uit te voer (Programbylae 8B(2)).
5. Verduidelik vervolgens die gebruik van die seksuele satisfaksie vraelys van Hudson, asook die verwerking daarvan (Programbylae 8B(3) en 6.3).
6. Assessering van seksuele funksionering kan daarna aan die hand van die model vir seksuele probleme verduidelik word. Klem kan gelê word op die assessering van positiewe sowel as negatiewe data. Dit is ook belangrik om aan te toon dat die terapeut, die pasiënt en sy maat na aanleiding van die model kan besluit of daar met die behandeling voortgegaan moet word, en indien wel, op watter tipe probleme gefokus moet word (Programbylae 8B(4)(1) en 8B(4)(2)).
7. Selfbeeld word as een van die faktore in die assessering van seksuele funksionering genoem. Hierdie aspek is ook belangrik by die emosionele en fisiese funksionering van die pasiënt. Verskaf Hudson se indeks van selfbeeld aan die kursusgangers. Gee aan kursusgangers die geleentheid om te verduidelik hoe dit verwerk moet word. (Programbylae 8B(4)(3)). Verduidelik aan die kursusgangers dat dit vanweë die beperkte

tyd van die kursus nie moontlik is om die vraelys nou te voltooi nie, en dat hulle dit tuis kan doen en in die assessering van hulle pasiënte kan aanwend.

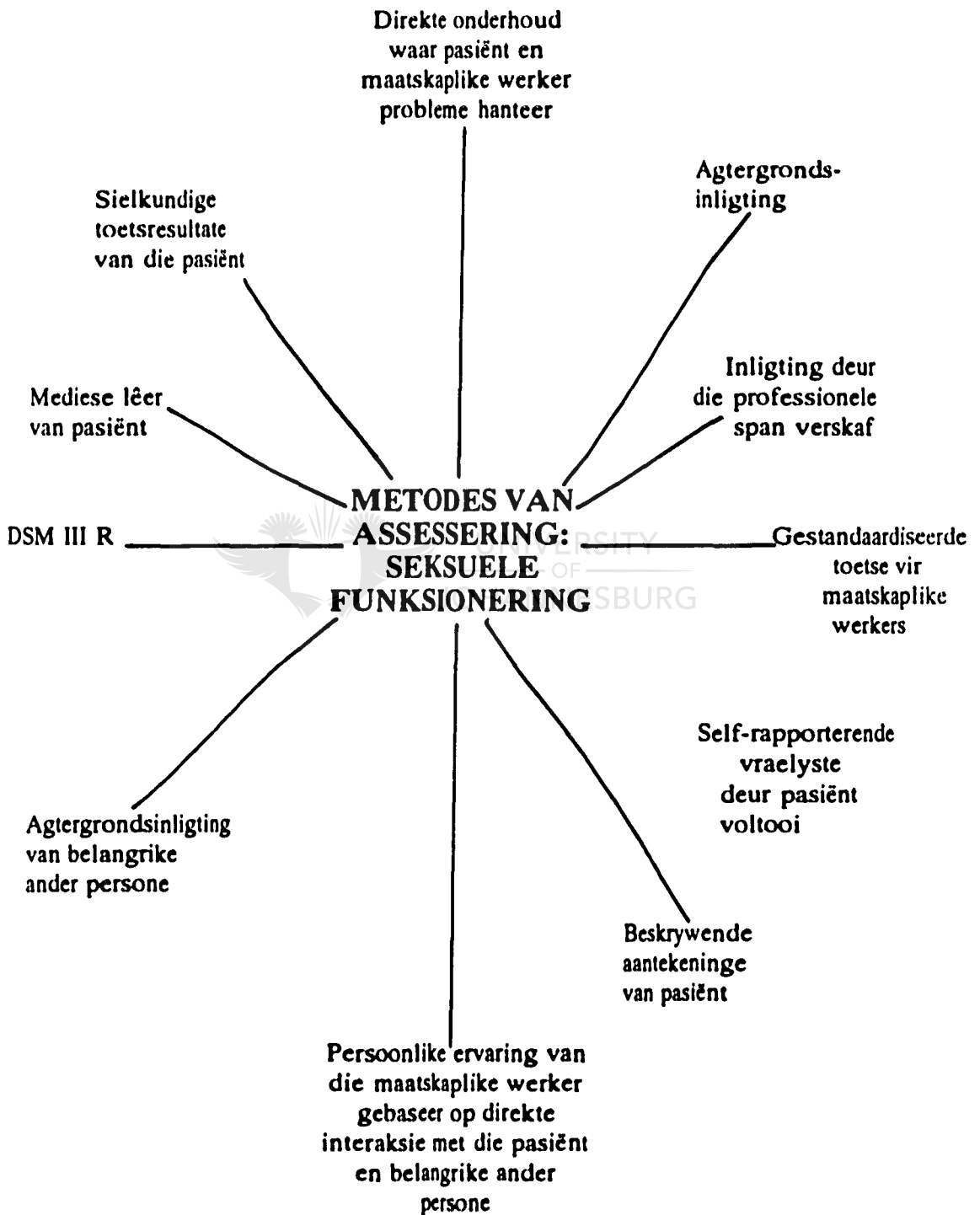
8. Die kliniese assesseringsproses word hierna in diepte aangebied (Programbylae 8B(5)(1)) aan die hand van die transparant (Programbylae 8B(5)(2)). Die aanbieder verskaf detail en voorbeelde by elke aspek. By die aspek ten opsigte van die sensitiwiteit van die onderwerp doen die aanbieder en fasiliteerder die rollespel ten einde die hantering van hierdie aspek aan te toon.
9. Ten einde die assessering van die seksuele funksionering van toepassing te maak op geneeskundige maatskaplike werk, sal die assessering van die manlike pasiënt vir inplantingschirurgie ten einde 'n ereksie te verkry, bespreek word (Programbylae 8B(6)(1)). Die transparant (Programbylae 8B(6)(2)) sal hiervoor gebruik word.
10. Die siektes en medikasie wat manlike seksuele disfunksionering kan veroorsaak sal hierna as inligtingstuk aan kursusgangers as verdere verwysingstuk verskaf word (Programbylae 8B(7)(1) en 8B(7)(2)).
11. Gee laastens 'n samevatting van die sessie en dui die belang van assessering van hierdie aspek aan.



**PROGRAMBYLAE 8B(1)**



**PROGRAMBYLAE 8B(2)**



**PROGRAMBYLAE 8B(3)**

**INDEKS 4**

**SEKSUELE SATISFAKSIE INDEKS**

**VANDAG SE DATUM** \_\_\_\_\_

**NAAM:** \_\_\_\_\_

Hierdie vraelys het geen regte of verkeerde antwoorde nie. Beantwoord asseblief elke item so versigtig en eerlik as wat u kan deur 'n syfer te plaas by elke item, soos volg:

1. Selde of nooit
2. Af en toe
3. Somtyds
4. Dikwels
5. Byna altyd of altyd

**Begin asseblief:**



UNIVERSITY  
OF  
JOHANNESBURG

1. Ek voel dat my maat ons seksuele verhouding geniet \_\_\_\_\_
2. My seksuele "lewe" is baie opwindend \_\_\_\_\_
3. Seks is vir myself en my maat genotvol \_\_\_\_\_
4. Ek voel dat my maat niks meer in my sien as net die feit dat ek seksueel met hom/haar verkeer nie \_\_\_\_\_
5. Ek voel seks is vuil en walglik \_\_\_\_\_
6. My sekslewe is eentonig \_\_\_\_\_
7. Wanneer ons seksueel verkeer, geskied dit te gejaag en haastig \_\_\_\_\_
8. Ek voel dat my sekslewe te kort skiet t.o.v. kwaliteit \_\_\_\_\_
9. My maat is seksueel opwindend \_\_\_\_\_
10. Ek geniet die seksuele tegnieke wat my maat van hou en gebruik \_\_\_\_\_
11. Ek voel my maat verwag te veel seks van my \_\_\_\_\_
12. Ek dink seks is wonderlik \_\_\_\_\_

13. My maat wy te veel uit oor seks \_\_\_\_\_
14. Ek probeer om seksuele kontak met my maat te vermy \_\_\_\_\_
15. My maat is te rof en brutaal wanneer ons seksueel verkeer \_\_\_\_\_
16. My maat is 'n wonderlike seksmaat \_\_\_\_\_
17. Ek voel dat seks 'n normale deel van ons verhouding is \_\_\_\_\_
18. Wanneer ek seks wil hê, wil my maat nie \_\_\_\_\_
19. Ek voel dat ons seksuele lewe baie bydra tot ons verhouding \_\_\_\_\_
20. My maat kom voor asof hy/sy seksuele kontak met my vermy \_\_\_\_\_
21. Dit is vir my maklik om seksueel geprikkel te word deur my maat \_\_\_\_\_
22. Ek voel my maat is seksueel tevrede met my \_\_\_\_\_
23. My maat is baie sensitief vir my seksuele behoeftes en begeertes \_\_\_\_\_
24. My maat bevredig my nie seksueel nie \_\_\_\_\_
25. Ek voel my seksuele lewe is vervelig \_\_\_\_\_

Indeks 4: 1, 3, 9, 10, 12, 16, 17, 19, 21, 23.



UNIVERSITY  
OF  
JOHANNESBURG

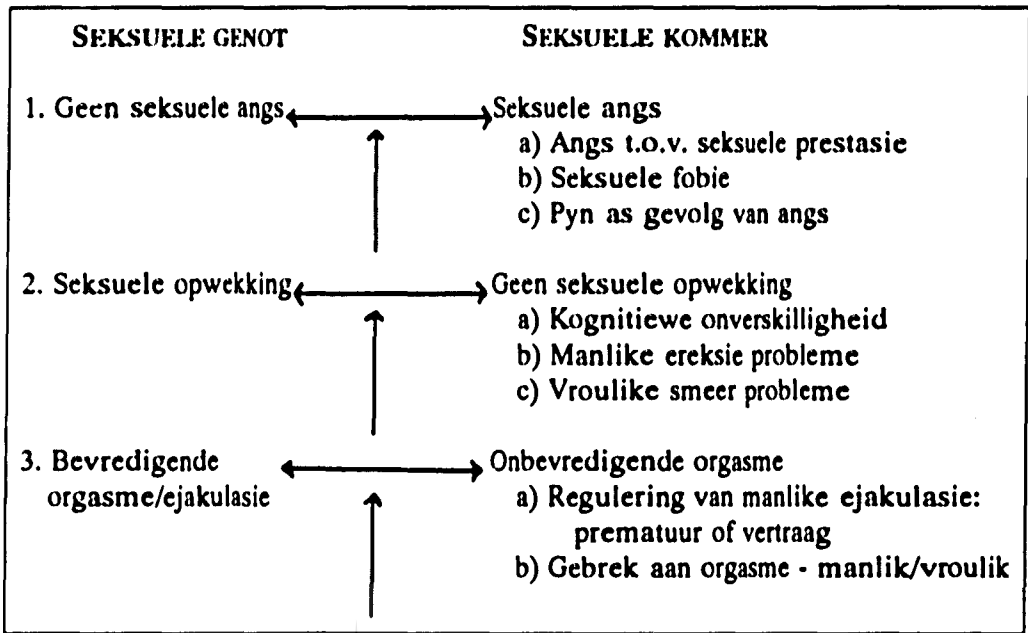
## BIBLIOGRAFIE

Hudson, W.W.  
1982.

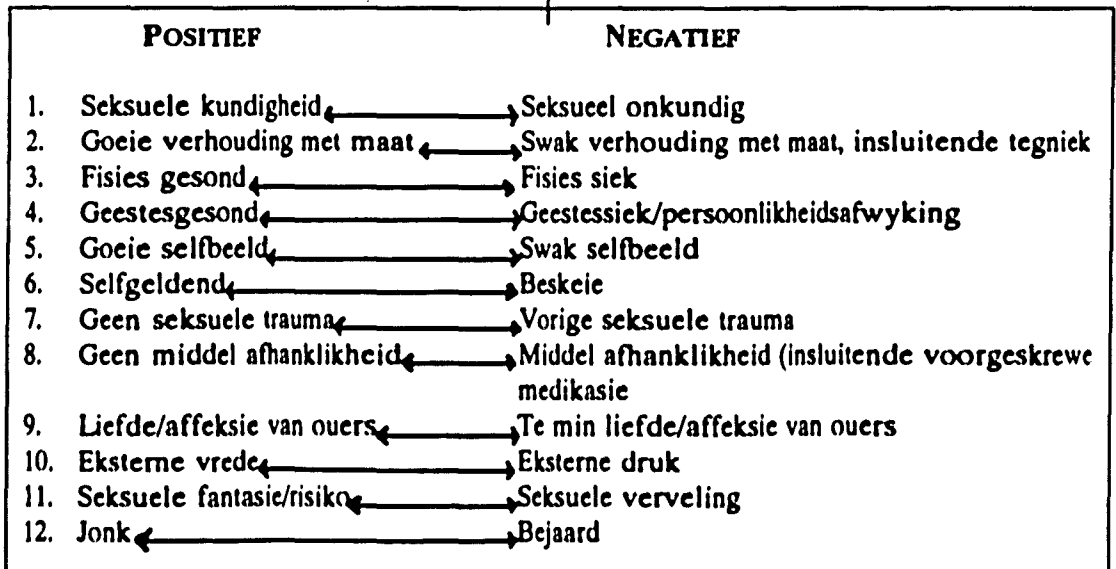
*The Clinical Measurement Package.* Homewood, Illinois:  
Dorsey Press.

**PROGRAMBYLAE 8B(4)(1)**

**MODEL VAN SEKSUELE PROBLEME**



Individuele verwerking van aanleidende faktore



## **PROGRAMBYLAE 8B(4)(2)**

Programbylae 8B(4)(1) is 'n gedragsmodel wat verskillende kategorieë van seksuele kommer en genot aantoon. Belangrike faktore wat tot seksuele genot of kommer kan bydra, word in die onderste gedeelte van die figuur aangetoon. Die twee-rigting pyle dui aan dat elke kategorie van seksuele gedrag en elke bydraende faktor in 'n kontinuum beskou kan word. Die enkel-rigting pyle dui die bydraende faktore aan, wat op 'n kognitiewe vlak deur 'n individu verwerk word, en gevolglik die persoon se seksuele gedrag in 'n positiewe of negatiewe rigting beïnvloed.

'n Terapeut kan, deur die gebruik van hierdie model, assesseringsdata saam met die kliënt hersien en besluit of die behandeling moet voortgaan of nie, en as dit voortgaan, watter probleme in oënskou geneem moet word.



### **BIBLIOGRAFIE**

Wincze, J.P. & Lange, J.D.  
in Barlow, D.H.  
1981.

*Behavioral assessment and adult disorders.* New York:  
The Guildford Press.







## **PROGRAMBYLAE 8B(5)(1)**

### **KLINIESE ASSESSERING VAN ASSESSERING VAN VROULIKE EN MANLIKE SEKSUELE PROBLEME**

Kliniese assessering kan in twee fases verdeel word:

- i) Aanvanklike assessering ten einde die probleem te identifiseer;
- ii) Voortgaande assessering ten einde vordering of agteruitgang te bepaal.

- Die aanvanklike assessering, deur middel van 'n onderhoud, is baie individualisties.
- 'n Onderhoud word eers met elke seksuele maat afsonderlik gevoer, ten einde te verseker dat elke persoon eerlik en vry, sonder vrees om sy/haar maat seer of kwaad te maak, kommunikeer.
- Die afsonderlike onderhoud word deur 'n derde onderhoud, waarin die hoof areas van belang omskryf word, gevolg.
- In die derde onderhoud word ook vasgestel hoeveel en hoe goed die paartjie met mekaar oor die inligting van die afsonderlike onderhoude gekommunikeer het. Paartjies met kommunikasie-probleme het dikwels geen inligting gedeel nie, of het 'n verkeerde weergawe van hulle sessies gegee.
- Die onderhoudformaat hou baie nou verband met die model van seksuele probleme (Programbylae 8B(4)(1)).
- Verskeie nie-seksuele areas (bydraende faktore) word saam met seksuele areas geëksploreer.

Die onderhoud kan gefasiliteer word indien die volgende punte, in aansluiting by die inhoudareas van die onderhoud, in ag geneem word:

i) *Die onderhoudvoerder behoort van die veronderstelling uit te gaan dat die kliënt nooit voorheen seksuele kwessies bespreek het nie, en dat dit vir hom/haar baie moeilik is om dit te doen.*

- Begin die onderhoud altyd met nie-bedreigende vrae oor die kliënt se agtergrond — byvoorbeeld "Hoe oud is jy?" "Hoe lank is jy getroud?" en beweeg dan chronologies na die kliënt se maatskaplike en sosiale geskiedenis.
- Wanneer seksuele aangeleenthede aangeraak word, en die kliënt vind dit nog steeds moeilik om vrae oor seksuele kwessies te beantwoord, moet die kliënt se respons geparafraseer word sodat albei dit verstaan. Onderhoudvoerder moet ook 'n stelling maak wat na die kliënt se ongemak verwys.

**Voorbeeld:**

**Terapeut:** Mev M, kan jy asseblief vir my vertel hoe jy seks aan die begin van jou huwelik ervaar het?

**Kliënt:** Wel, uh, ek veronderstel dit was goed. (Kliënt stamel en bloos.)

**Terapeut:** Mev M, ek wil hê jy moet weet dat baie mense dit moeilik vind om oor seks te praat, en ek wonder jy hierdie onderwerp al met ander mense bespreek het?

**Kliënt:** Nee, ek is nie gewoond daaraan nie.

**Terapeut:** Wel, ek hoop jy vind dit nie te moeilik nie. Wanneer jy sê seks was goed aan die begin jou huwelik, beteken dit dat julle geen probleme gehad het nie, en dat jy tevrede was, of beteken dit dat julle wel probleme gehad het, maar dat dit nie ernstig was nie?

ii) *Die onderhoudvoerder moet van die veronderstelling uitgaan dat die kliënt min seksuele kennis het, en nie die tegniese of mediese terme, wat seksualiteit omskryf, verstaan nie.*

- Woorde soos klitoris, ejakulasie en orgasme kan verkeerd verstaan word, verkeerd uitgespreek word, of heeltemal vreemd wees vir sommige kliënte.
- Poog om die kliënt se seksuele begrip tydens die onderhoud vas te stel, en pas woordeskat by sy/haar vlak aan.

- iii) *Die onderhoudvoerder moet alle seksuele gedrag aanvaar en hierdie houding aan die kliënt oordra.*
- As die onderhoudvoerder verbaas, geskok of verleë voorkom, kan die kliënt geïnhibeerd in sy/haar respons wees.
- iv) *Die onderhoudvoerder moet poog om 'n goeie, gedetailleerde beskrywing van die kliënt se probleem te verkry.*
- Kliënte beskryf hulle seksuele probleme dikwels in globale, nie-spesifieke terme. 'n Manlike kliënt kan byvoorbeeld sê: "Ek kan dit nie meer op kry nie." As hierdie inligting nie deur verdere vrae opgevolg word nie, kan die assessering onvolledig wees. Manlike kliënte sal hulleself dikwels as impotent beskryf, selfs al sou hulle soms ereksies ervaar. Dit is belangrik dat die terapeut navraag doen in verband met die graad van ereksie, die omstandighede waartydens ereksies plaasvind, ervaring tydens masturbasie, en ereksies saans en soggens.

Hierdie vier punte moet in ag geneem word ten einde die maksimum hoeveelheid inligting te verkry tydens die kliniese onderhoud waar seksuele probleme geassesseer word.

## BIBLIOGRAFIE

Wincze, J.P. & Lange, J.D. *Behavioral assessment of adult disorders*. New York: The Guildford Press. 1981.

**PROGRAMBYLAE 8B(5)(2)**

**OORWEGINGS TEN EINDE DIE ONDERHOUD TE FASILITEER**

- **DIE ONDERHOUDVOERDER BEHOORT VAN DIE VERONDERSTELLING UIT TE GAAN DAT DIE KLIËNT (PASIËNT) NOOIT VOORHEEN SEKSUELE KWESSIES BESPREEK HET NIE, EN DAT DIT VIR HOM/HAAR BAIE MOEILIK IS OM DIT TE DOEN.**
- **DIE ONDERHOUDVOERDER MOET VAN DIE VERONDERSTELLING UITGAAN DAT DIE KLIËNT (PASIËNT) MINSEKSUELE KENNIS HET, EN NIE DIE TEGNIESE OF MEDIESE TERME, WAT SEKSUALITEIT OMSKRYF, VERSTAAN NIE.**
- **DIE ONDERHOUDVOERDER MOET ALLE SEKSUELE GEDRAG ANVAAR EN HIERDIE HOUDING AAN DIE KLIËNT (PASIËNT) OORDRA.**
- **DIE ONDERHOUDVOERDER MOET POOG OM 'N GOEIE, GEDETAILLEERDE BESKRYWING VAN DIE KLIËNT (PASIËNT) SE PROBLEEM TE VERKRY.**

## **PROGRAMBYLAE 8B(6)(1)**

### **ASSESSERING VAN INPLANTING CHIRURGIE AAN DIE PENIS**

- Inplanting chirurgie is dikwels nodig wanneer pasiënte aan sekere siektetoestande ly. Die geneeskundige maatskaplike werker moet dus die nodige kennis hê indien sy sodanige pasiënte behandel.
- 'n Meer spesifieke assesseringsmetode is vir gespesialiseerde probleme soos manlike ereksieprobleme nodig, wanneer inplanting chirurgie oorweeg word.
- Sedert 1952 word penis prostese-operasies uitgevoer in gevalle waar manlike ereksieprobleme die gevolg is van organiese faktore.
- Een van die inplantingsprosedures is deur Small, Carrion en Gordon ontwikkel (1975). Die Small-Carrion penis prostese bestaan uit twee semi-rigiede silikoon stawe wat in elke corpus cavernosum ingeplant word. Die stawe is buigbaar, en wanneer dit ingeplant is, kom permanente ereksie voor.
- 'n Hidroliese penis inplantingstoestel bestaan uit opgeblaasde silinders wat in elke corpus cavernosum geplaas word. Die silinders word aan 'n pomp-meganisme, wat in die skrotum geplaas is, gekonnekteer, asook 'n vloeistofhouer wat in die maagwand geplaas word.
- 'n Deeglike assesseringsprosedure moet gevolg word indien so 'n operasie oorweeg word, aangesien die operasie mediese komplikasies kan inhou, en psigiese probleme kan veroorsaak.

Die assesseringsonderhoud moet 'n aantal spesifieke areas aanspreek, voordat 'n besluit om die operasie uit te voer, gemaak kan word.

i) *Psigiese stabiliteit van die pasiënt*

Die MMPI kan deur sielkundiges gebruik word om versteurings in enige areas van die psigiese funksionering aan te toon. Tekens van sulke versteurings kan aandui dat die pasiënt nie geskik is vir so 'n operasie nie.

ii) *Die teenwoordigheid van 'n sterk en aktiewe seksdrang*

- Indien kliënt (pasiënte) oor 'n lang tydperk nie gepoog het om seksuele kontak te bewerkstellig nie, of hulleself nie aan erotiese stimuli blootgestel het nie, kan dit 'n aanduiding wees dat hulle nie vir die operasie geskik is nie.
- Mans met ereksieprobleme wat steeds 'n baie aktiewe seksuele lewe lei, ten spyte van die feit dat hulle nie gemeenskap kan hê nie, kan as meer geskikte kandidate beskou word.
- Kliënt (pasiënte) wat hulle van alle seksuele gedra weerhou het, en erotiese stimuli vermy het, is waarskynlik nie gereed vir die inplanting chirurgie nie.

iii) *Waak teen onrealistiese verwagtinge*

- Indien 'n kliënt (pasiënt) nie 'n baie aktiewe of bevredigende seksuele lewe gelei het voordat hy ereksieprobleme ervaar het nie, is dit onwaarskynlik dat die prostese hom sal help.
- Die kliënt (pasiënt) en sy seksmaat moet versigtig by onderhoude betrek word, en hulle vorige seksuele ervarings en verwagtinge van die operasie moet vasgestel word.
- Hulle moet bewus gemaak word van die voordele en nadele wat aan die prostese verbonde is.
- Onderhoude met pasiënte wat alreeds die operasie ondergaan het, kan pasiënte wat die operasie oorweeg, help.
- 'n Deeglike assessering kan enige onredelike verwagtinge wat die kliënt (pasiënt) mag hê, uitwys, en die operasie in 'n meer realistiese perspektief plaas.

iv) *Die stabiliteit van die pasiënt se verhouding met sy seksmaat*

- Waar seksuele aktiwiteit met mislukking, angs en onttrekking geassosieer word, is die kans groot dat die seksuele verhouding onbevredigend sal bly.
- In sommige gevalle kon die maat aangepas het by die afwesigheid van seksuele aktiwiteit in die verhouding.
- Die maat kan 'n toename in angs en kommer ervaar indien 'n ereksie weer ervaar sou word. 'n Deeglike onderhoud met die maat is dus nodig om die moontlikheid hiervan vas te stel.



## **BIBLIOGRAFIE**

Wincze, J.P. & Lang, J.D. *Behavioral assessment of adult disorder*. New York: The Guildford Press. 1981.

**PROGRAMBYLAE 8B(6)(2)**

**ASSESSERING VAN INPLANTING CHIRURGIE AAN DIE PENIS**

- **PSIGIESE STABILITEIT VAN DIE PASIËNT**
- **DIE TEENWOORDIGHEID VAN 'N STERK EN AKTIEWE SEKSDRANG**
- **WAAK TEEN ONREALISTIESE VERWAGTINGE**
- **DIE STABILITEIT VAN DIE PASIËNT SE VERHOUDING MET SY SEKSMAT**





**PROGRAMBYLAE 8B(7)(1)**

**SIEKTETOESTANDE WAT EREKSIE DISFUNKSIE TOT GEVOLG KAN HÊ**

---

<b>Infektiewe en parasitiese siektes</b> Elefantiasis Pampoentjies	<b>Neurologiese siektes</b> Multiple sklerose Transversale miëliitis Parkinson se siekte Temporale lob epilepsie Traumatisiese en neoplastiesie rugmurgsiektes Tumor van die sentrale senuweestelsel Amiotrofiese sklerose Perifere nefropatie Algehele parese Tabes dorsalis
<b>Kardio-vaskulêre siektes</b> Arteriosklerotiese siekte Aortiese aneurisme Leriche se sindroom Hartversaking	<b>Farmakologiese bydraende faktore</b> Alkohol en ander afhanklikheidsvormende middels (heroïne, morfine, kokaïne, amfetamine en barbiturate) Voorgeskrewe medikasie (psigotropiese middels, anti-hipersensitiewe middels, estrogeen enanti-androgene)
<b>Nier en urologiese siektes</b> Peyronie se siekte Chroniese nierversaking Hidroseel en varikoseel	<b>Vergiftiging</b> Lood (plumbism) Onkruidmiddels
<b>Hepatiese siektes</b> Sirose (gewoonlik geassosieer met alkoholisme)	<b>Chirurgiese prosedures</b> Perineale prostatektomie Reseksie van die abdominaal-perineale kolon Simpatektomie (dikwels probleme met ejakulasie) Aorta chirurgie Radikale sistektomie Retroperitoneale lymfadenektomie
<b>Longsiektes</b> Respiratoriese versaking	<b>Allerlei</b> Radioterapie Fraktuur van pelvis Enige ernstige sistemiese siekte of debilerende toestand
<b>Genetiese siektes</b> Klinefelter se sindroom Kongenitale vasculêre en strukturele abnormaliteit van die penis	
<b>Voeding siektes</b> Wanvoeding Vitaminetekort	
<b>Siektes van die endokriene stelsel</b> Diabetes mellitus Disfunksie van die pituitêre-adrenale-testes as Akromegalie Addison se siekte Chromosoofabedroom Bynier neoplasie Myxedema Hipertiroïdisme	

---

Tabel deur Virginia Sadock, M.D.

## **BIBLIOGRAFIE**

- Kaplan, H.I. & Sadock, B.J.  
1991. *Synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry.* 6<sup>de</sup> Uitgawe. Baltimore: Williams & Williams.
- Snyman, H.W.  
1988. *Geneeskunde woordeboek.* 3<sup>de</sup> Uitgawe. Durban: Butterworths.
- Brink, A.J.  
1991. *Woordeboek van Afrikaanse Geneeskundeterme.* 3<sup>de</sup> Uitgawe. Kaapstad: Nasau Beperk.



**PROGRAMBYLAE 8B(7)(2)**

**FARMAKOLOGIESE MIDDELS WAT MANLIKE SEKSUELE WANFUNKSIONERING  
TOT GEVOLG KAN HÊ**

MEDIKASIE	AANTASTING VAN EREKSIE	AANTASTING VAN EJAKULASIE
<b>Psiglatriese medikasie</b>		
<b>Sikliese anti-depressante*</b>		
Imipramine (Tofranil)	+	+
Protriptyline (Vivactil)	+	+
Desipramine (Pertofrane)	+	+
Clomipramine (Anafranil)	+	+
Amitriptyline (Elavil)	+	+
Trazodone (Desyrel) <sup>†</sup>	-	-
<b>Monoamine oxidase inhibeerders</b>		
Tranlycypromine (Parnate)	+	
Phenelzine (Nardil)	+	+
Pargyline (Eutonyl)	-	+
Isocarboxazid (Marplan)	-	+
<b>Ander gemoedstoestand-aktiewe medikasie</b>		
Lithium	+	
Amphetamines	+	+
Fluoxetine (Prozac)	-	+
<b>Belangrike kalmeermiddels<sup>‡</sup></b>		
Fluphenazine (Prolixin)	+	
Thioridazine (Mellaril)	+	+
Chlorprothixene (Taractan)	-	+
Mesoridazine (Serentil)	-	+
Perphenazine (Trilafon)	-	+
Trifluoperazine (Stelazine)	-	+
Reserpine (Serpasil)	+	+
Haloperidol (Haldol)	-	+
<b>Geringe kalmeermiddels<sup>‡</sup></b>		
Chlordiazepoxide (Librium)	-	+
<b>Anti-hipertensiewe medikasie</b>		
Clonidine (Catapres)	+	
Methyldopa (Aldomet)	+	+
Spironolactone (Aldactone)	+	-
Hydrochlorothiazide (Apresoline)	+	-
Guanethidine (Ismelin)	+	+

### Middels wat algemeen misbruik word

Alkohol	+	+
Barbiturate	+	+
Cannabis	+	-
Kokaïne	+	+
Heroïen	+	+
Methadone	+	-
Morfien	+	+

### Ander medikasie

Anti-parkinsonisme middels	+	+
Clofibrate (Atromid-S)	+	-
Digoxin	+	-
Glutethimide (Doriden)	+	+
Indomethacin (Indocin)	+	-
Phentolamine (Regitine)	-	+
Propranolol (Inderal)	+	-

---

#### Tabel deur Virginia Sadock, M.D

- Die voorkoms van ereksie-disfunksie met die gebruik van drieledige anti-depressante is laag.
- † Trazodone is in sommige gevalle aangedui as die oorsaak van priapisme.
- ‡ Benadeling van seksuele funksie is nie 'n algemene komplikasie van die gebruik van belangrike kalmeer middels nie.
- § Benzodiazepines kan verlaagde libido tot gevolg hê, maar by sommige pasiënte verbeter seksuele funksie, aangesien die middels angs kan verminder.

## BIBLIOGRAFIE

Kaplan, H.I. & Sadock, B.J.  
1991.

*Synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry.* 6<sup>te</sup> Uitgawe. Baltimore: Williams & Williams.

**4.4.6**

**SESSIE 8C**

**ASSESSERING VAN DIE  
GESINSFUNKSIONERING  
VANUIT 'N GENEESKUNDIGE  
MAATSKAPLIKEWERK-  
PERSPEKTIEF**

## *SESSIE 8C*

### **TEMA: ASSESSERING VAN DIE GESINSFUNKSIONERING VANUIT 'N GENEESKUNDIGE MAATSKAPLIKEWERK-PERSPEKTIEF**

#### **Inleiding**

Siekte en dood kan 'n pynlike ervaring vir die gesin wees, maar die gesin kan ook deur hierdie ervaring groei toon en dit positief beleef. Gesinsverhoudinge voor die aanvang van siekte is 'n belangrike aspek wat die geneeskundige maatskaplike werker in gedagte moet hou by assessering. Daaruit kan bepaal word of die siekte enige invloed op die gesinsstelsel of gesinsrolle sal hê; of die pasiënt se rol en die gesinsreëls deur die siekte beïnvloed sal word. Die intra-gesinsstelsel het 'n ander belangrike rol, naamlik die betrokkenheid van die gesinslede by mekaar tydens siekte — emosionele sisteme wat ondersteuning bied, gehegtheid of apartheid van gesinslede en gesinsinteraksies.

UNIVERSITY  
OF  
JOHANNESBURG

#### **Doelstellings**

Die doelstelling van die sessie is om:

- kursusgangers se kennis ten opsigte van assessering van gesinsfunksionering uit te brei;
- kursusgangers se vaardighede ten opsigte van die assessering van gesinsfunksionering uit te brei.

#### **Leer en vaardighedsdoelwitte**

Die kursusgangers sal aan die einde van die sessie:

- kennis hê van die aard van aspekte wat in die gesinsfunksionering van die pasiënt geassesseer behoort te word;
- vaardighede ontwikkel het in die assessering van die gesinsfunksionering, naamlik die vaardighede in die gebruik van die genogram, gesinskaarte, driehoek in die gesinsverhoudinge, gesinsbeeldhouwerk, en die Hudsonskale vir meting van gesinsverhoudinge;

- kennis hê van metodes wat gebruik kan word om gesinsfunksionering te assessee;
- die verband tussen siektes en gesinsfunksionering kan raak sien ten einde dit van toepassing te maak vir geneeskundige maatskaplike werkers.

## **Voorbereding**

### **1. Toerusting en materiaal**

- Transparante van Programbylae 8C(1) en 8C(2).
- Uitdeeltukke aan kursusgangers (Programbylae 8C(3), 8C(8), 8C(9), 8C(10), 8C(11), en 8C(12)).
- Truprojektor.
- Blaai bord.

### **2. Voorbereding van aanbieder**

- Berei alle Programbylae voor.

UNIVERSITY  
OF  
JOHANNESBURG

### **3. Voorbereding van kursusgangers**

- Kursusgangers moet tydens die sessie na aanleiding van Programbylae 3.1 (gevallestudie) aantoon watter aspekte hulle sal assessee, en waarom.
- Kursusgangers moet ook uit eie kennis en vaardighede tydens die sessie die genogram, gesinskaart, gesinsdriehoek en gesinsbeeld verduidelik.
- Geen spesifieke voorbereiding word vir die sessie verwag nie.

## **Aanbiedingswyse**

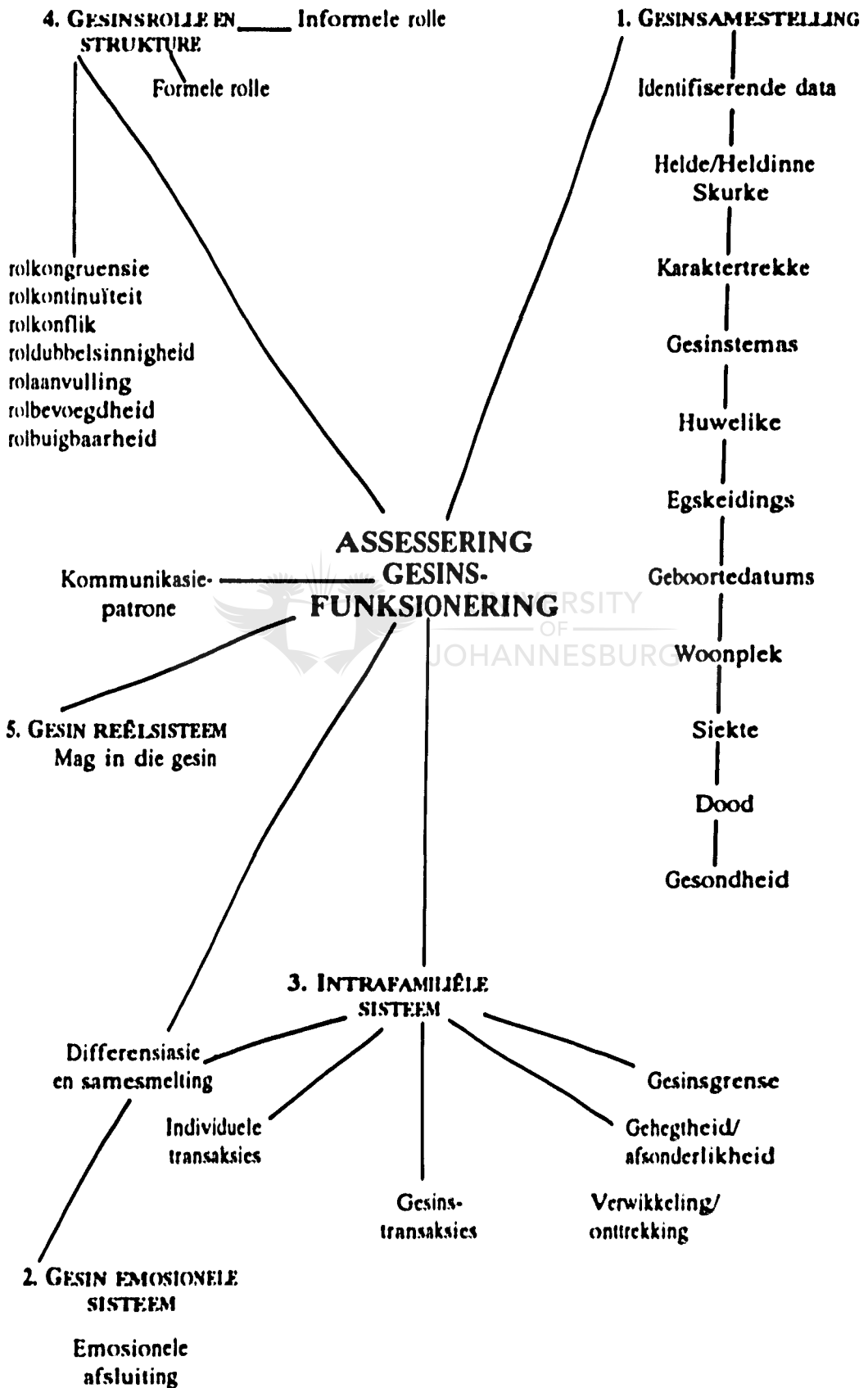
1. Gee 'n kort inleiding ten opsigte van die verband tussen siekte en gesinsfunksionering, en verduidelik dat dit noodsaaklik is dat die geneeskundige maatskaplike werker hierdie aspek assessee.
2. Toon ook die verband tussen siekte en gesinsfunksionering aan deur die kursusgangers te vra om sekere aspekte uit te lig wat hulle na aanleiding van die gevallestudie (Programbylae 3.1) sal assessee, asook waarom hulle hierdie aspekte sal assessee.

Gebruik ook Programbylae 8C(1). Laat kursusgangers in twee groepe verdeel, met 'n groepleier wat terugrapporteer.

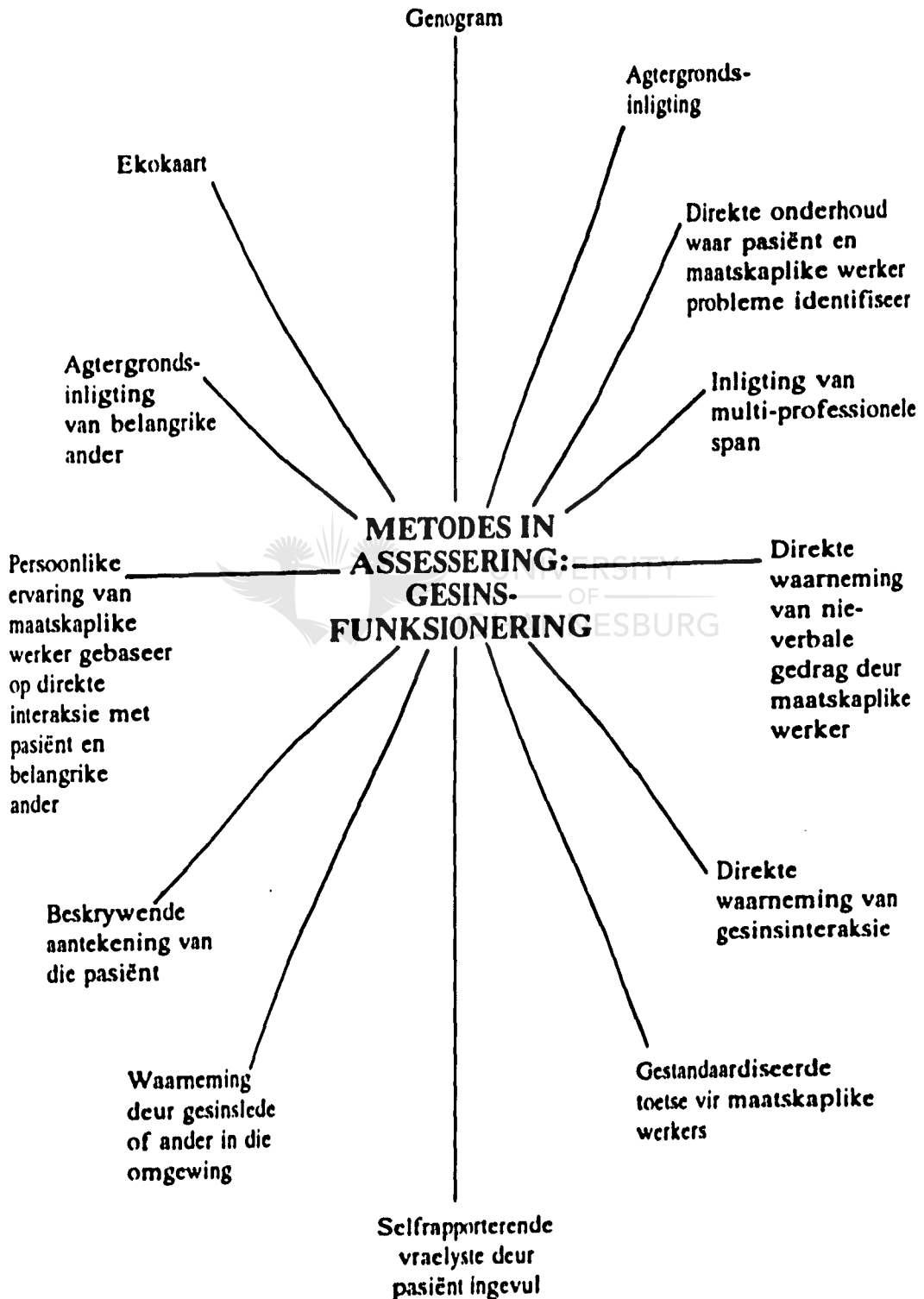
3. Bespreek hierna die aspekte wat geassesseer moet word (Programbylae 8C(1)), asook die metodes van assessering van gesinsfunksionering (Programbylae 8C(2)).
4. Bespreek die verband tussen siekte en gesinsfunksionering na aanleiding van Programbylae 8C(3). Dui die resultate wat by elke siektetoestand verkry is, duidelik aan. Wys die kursusgangers daarop hoe belangrik dit is om, in die hantering van hierdie siekte-toestande, die resultate te assesseer wanneer hulle in hulle eie werksopsette funksioneer.
5. Vra kursusgangers wie van hulle kennis en vaardighede het in die gebruik van die genogram, gesinskaarte, driehoek en gesinsbeeldhouwerk. (Hierdie vraag word ingesluit omdat hierdie 'n opknappingskursus is, en ook omdat sekere kursusgangers 'n gesins-terapiekursus van die T.P.A. Gesondheidsdienste gedoen het waar hierdie aspekte aangeraak is.) Laat van hierdie kursusgangers vorentoe kom om hierdie metodes te verduidelik. Die aanbieder vra insette van die groep, en gee ook insette waar daar onduidelikheid is.
6. Verskaf die Hudsonskale ten opsigte van gesinsverhoudinge (Programbylae 8C(8), 8C(9), 8C(10), 8C(11) en 8C(12)). Noem aan kursusgangers dat hulle alreeds van hierdie skale verwerk het en ook die verduideliking van die verwerking het (Programbylae 6.3(a)). Vanweë gebrek aan tyd kan hierdie skale nie tydens die kursus verwerk word nie. Verduidelik net die verwerkingsproses en beklemtoon die belangrikheid van die gebruik van hierdie skale in die kursusgangers se onderskeie werksopsette.
7. Gee 'n samevatting van die sessie deur middel van transparante (Programbylae 8C(1) en 8C(2)).
8. Laat kursusgangers in die groep 'n samevatting van die assessering van verhoudingsfunksionering gee. Skryf die inligting op die blaaibord.



**PROGRAMBYLAE 8C(1)**



**PROGRAMBYLAE 8C(2)**



**PROGRAMBYLAE 8C(3)**

**DIE GESIN SE INVLOED OP FISIESE EN PSIGIESE GESONDHEID: OPSOMMING VAN STUDIES**

<b>GESONDHEIDSPROBLEEM</b>	<b>GESINSVERANDERLIKES</b>	<b>GEVOLGE</b>
<b>Fisiese Gesondheid</b> Algehele mortaliteit	Dood van eglied  Sosiale ondersteuning (huwelikstatus, aantal kontakte met familie, aantal lewende kinders)	Substansiële bewys van 'n toename in mortaliteit van mans na die dood van 'n eggenote  Sosiale bande en ondersteuning het 'n groot invloed op mortaliteit, en die gesin is die belangrikste element van ondersteuning
Kardio-vaskulêre hartsiektes	Huwelikstatus, ondersteuning van eglied, gesinsomgewing, gesinsondersteuning, gesinsprobleme, eglied se houding, huweliksontevredenheid, egskedding	Gesinsfaktore, veral ondersteuning van eglied, beïnvloed mortaliteit as gevolg van hipertensie na 'n miokardiale infarksie, en gesinsfaktore beïnvloed hipertensie, met 'n toename in samewerking met neem van medikasie en gewigskontrole; swak bewys dat die gesin 'n invloed het op die ontwikkeling van hartsiektes
Diabetes	Gesinsomgewing, gesinsfunksionering, gesinstipe, gedrag van ouers	Korrelasies is gevind tussen swak gesinsfunksionering en diabetiese kontrole; diabetiese gesinne is meer rigied as die meeste gesinne, maar bewys van gesinsverwikkeling is teenstrydig; gesinsspanning kan 'n direkte fisiologiese invloed op kinderdiabetes hê
Asma	Gesinsopleiding, gesinsituasie, gesinsterapie, verwydering van gesin	Gesinsterapie is effektief in die behandeling van asma; gesinsopleiding hou verband met beter hantering, minder vrees

Verskillende kindersiektes	Spanningsvolle gesinsgebeure, chroniese gesinspanning	Spanningsvolle gebeure hou verband met tydsduur, maar nie die aantal infeksies nie; hoë spanning word geassosieer met sekere komplikasies; 30% van strep infeksies word voorafgegaan deur gesinspanning
Komplikasies tydens swangerskap	Stres, gesinsondersteuning, psigiese bates	Hoë stres en lae tasbare sosiale ondersteuning hou verband met sekere komplikasies; vroue met hoë stresvlakke word teen komplikasies beskerm deur psigo-sosiale bates
Oorgewig	Egied/moeder betrokkenheid Ondersteuning van eglied	Egied betrokkenheid hou positief verband met die handhawing van gewigsverlies; dit was beter om moeder en kind van mekaar te skei tydens behandeling
Rook	Ondersteuning van maat	Ondersteuning van maat kan lei tot volkome aflê van rookgewoonte
Geestesgesondheid Skisofrenie	Afwykende kommunikasie by ouers	Hoë vlakke van afwykende kommunikasie by ouers was dikwels aanwesig voor die ontwikkeling van simptome; beide genetiese en gesinsveranderlikes beïnvloed die ontwikkeling van skisofrenie
Depressie	Gesinsomgewing, geestesgesondheid van biologiese ouers/eglied, waargenome ouerlike sorg, huweliksgeskilte, geskiedenis van gesin en kinderjare	Die teenwoordigheid van 'n depressiewe ouer en styl van ouerlike sorg kan die ontwikkeling van depressie in later jare beïnvloed; 'n vermindering in huweliksgeskilte korreleer met 'n vermindering in depressiewe simptome; depressiewe pasiënte se ouers is meer kontrolerend en minder liefdevol; kinders van depressiewe ouers het meer psigopatologie.

Alkoholisme	Huweliksinteraksie, gesinsdeelneme, oplossing van gesinskonflik, alkoholisme in die gesin, kommunikasiestyl, huweliksatisfaksie, gesinstres en -funksionering, rolkongruensie	Verminderde drankgebruik hou verband met minder simptome by die eglid, maar nie by die pasiënt nie; gesinne wat terugval het minder kohesie, ekspressie en kongruensie as gesinne wat herstel het
Dwelmmisbruik	Intra-familiële persepsies, moeder-kind simbiose, gesinslewe, gesinsomgewing en interaksie, gesinshiërargie	Verlaafdes en hul ouers beskryf verlaafdes as passief, afhanklik; moeders van afhanklikes het hoë mate van simbiose; gesinskonflik en gebrek aan intimiteit kom voor by heroïne-afhanklikheid; verlaafdes beleef ouers as persone met 'n hoë prestasie-oriëntasie, lae konflik; groter hiërargiese ommeswaai en kruisgenerasie konflik hou met verslawing verband
Anorexia Nervosa	Gesinskenmerke	Tekort aan leierskap, geheime koalisies, self-opoffering, vals front van eenheid, rigiditeit, tekort aan konflikoplossing hou verband met anorexia in die gesin

## BIBLIOGRAFIE

Schroeder, H.E.  
1991.

*New directions in health psychology assessment.* New York: Hemisphere Publishing Corporation

## PROGRAMBYLAE 8C(4)

### GESINSASSESSERING VAN VERSKEIE GENERASIES GENOGRAM

#### Instruksies vir die optrek van 'n genogram

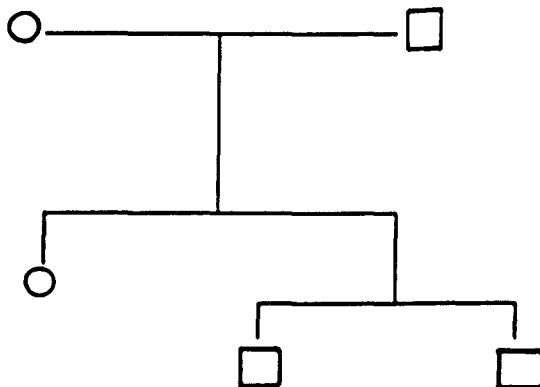
- Die genogram is 'n inter-generasie kaart van drie of meer generasies in 'n familie.
- Hierdie kaart kan verhoudinge tussen geslagte, etniese en godsdienstige agtergrond, familiegebeure, beroepe, verliese, familie-migrasie en -verspreiding, identifikasies, rol-toewysings en inisiële inligting ten opsigte van driehoeke, koalisies, groeperinge, afsluitings en kommunikasiepatrone aandui.
- Jy het 'n potlood en groot stuk papier nodig.

- = manlik
- = vroulik
- = geslag van persoon onbekend

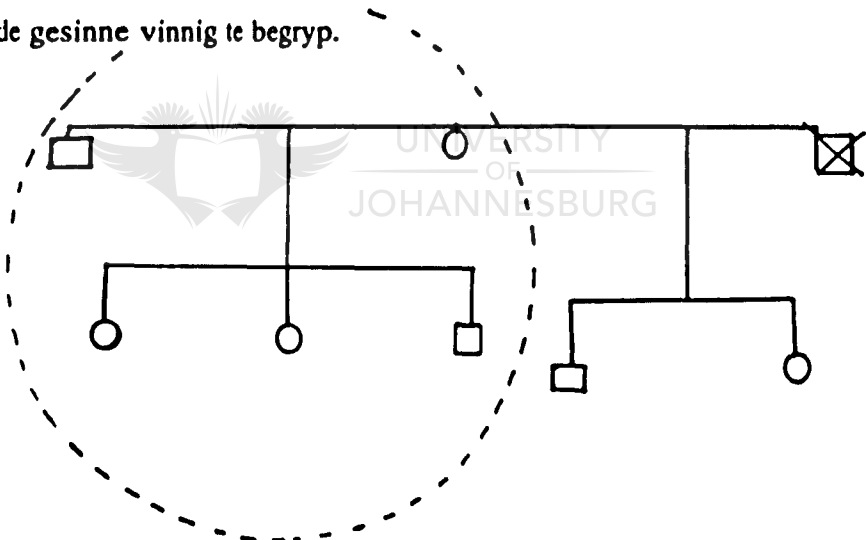


UNIVERSITY  
OF  
JOHANNESBURG

- datum = huwelikspaar. Dit kan nuttig wees om die huweliksdatum op die lyn aan te toon.



- Kinders word gewoonlik volgens ouderdom, beginnende met die oudste links, aangedui.
- "a" = aangenome kind
- —||— Egskeiding word gewoonlik deur 'n lyn, met twee lyne wat daardeur sny, aangetoon. Dit is nuttig om datums in te sluit.
- Erkende, maar nie wettig-bevestigde verhoudinge, word deur 'n stippellyn (----) aangedui.
- ☒ = 'n Afgestorwe familielid. Dui die jaar van afsterwe aan.
- Dit is ook nuttig om die lede van 'n huishouding aan te dui deur 'n stippellyn om die persone te trek. Dit stel werkers in staat om die samestelling van gekompliseerde hersaamgestelde gesinne vinnig te begryp.



#### Ander Inligting wat in die genogram aangedui kan word

- **Name:** Noemname, tweede name en vanne *identifiseer* nie net familieledes nie, maar kan ook *etniese herkoms* aantoon. Benoemings kan ook help om belangrike identifikasies aan te toon. Die eerste stap om te begryp waar 'n kliënt in 'n gesin inpas en *watter verwagtinge en verskuiwings* sy siening van die self beïnvloed het, is om vas te stel na wie die kliënt vernoem is, indien enige. As hierdie persoon eers geïdentifiseer is, is dit belangrik om vas te stel watter soort persoon hy of sy was, watter rolle hy/sy vervul het, en miskien die belangrikste, die aard van die verhouding tussen die kliënt se ouers en die betrokke familielid.

- **Datums:** Geboortedatums en datums van dood wat op die genogram aangetoon word, lig die werker in oor nuwelinge en dood in die familie. Geboortedatums verskaf die ouderdom van familielede, wanneer belangrike gebeure soos huwelike plaasgevind het, en die ouderdom van ouers toe geboortes en dood aangeteken is.
- **Broer/suster posisie:** Geboortedatums identifiseer die posisies van broers/susters. Deur die broers/susters in terme van ouderdom te rangskik, word 'n visuele voorstelling gemaak van wie oor dieselfde posisies in verskillende generasies beskik.
- **Geboorteplek en woonplek** toon die beweging van die familie deur gebiede (migrasie) aan. Hierdie inligting kan byvoorbeeld aantoon dat 'n familie binne 'n klein radius gebly het, behalwe 'n enkele individu in elke generasie wat weggetrek het. Dit toon ook periodes van verlies en omwenteling aan.
- **Beroep:** Belangstellings en talente, suksesse, mislukkings en die verskeidenheid sosio-ekonomiese statusse wat in die meeste families aangetref word, kan deur die gebruik van beroep in die genogram bepaal word. Beroepspatrone kan ook identifikasies aandui, asook familievoorskrifte en -verwagtinge, wat sal help om 'n individu se suksesse in identiteitsbevestiging te bepaal.
- **Gesondheid en siekte:** Die wyses waarop gesinne siekte en traumatiese gebeure hanteer, word 'n ritueel, en word in opeenvolgende generasies herhaal. Hierdie proses kan implikasies vir die familie se gesondheidspatrone inhou. Siekte kan deur hele generasies gebruik word om gesinslede geheg aan mekaar te hou.
- **Helde, heldinne en skurke:** Inligting aangaande hierdie figure kan leidrade oor die gesin se waardes en aspirasies, asook die waardes wat dit verafsku of gering ag, verskaf. Wanneer hierdie aspek van die gesinskultuur bekend is, kan die persoonlike doelstellings en voorgeskrewe rol van die kliënt beter verstaan word.
- **Verliese:** Dit is een van die belangrikste elemente wat 'n familie se gedrag bepaal. Verliese moet in terme van hoe hulle die verwagte gedrag van individue en families beïnvloed, geassesseer word. Patrone van plaasvervangers en identifikasie is dus nie die

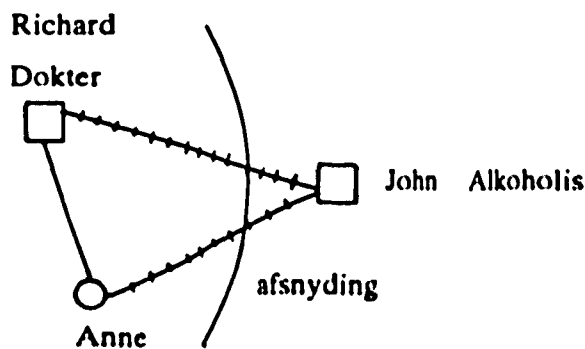


enigste aspekte wat geassesseer moet word wanneer gesondheid, migrasie en benoemingspatrone ondersoek word nie.

- **Karakterisering, gesinstemas en toksiese aangeleenthede:** Daar is ook ander belangrike assosiasies wat die maatskaplike werker ten opsigte van familieledede moet verkry, wat die assessering tot 'n groot mate kan verryk en verdiep. Vra byvoorbeeld "Watter woord of prentjie kom in jou gedagtes op as jy aan hierdie persoon dink?" om hierdie assosiasies te verkry.

Sekere temas of gebeure kan in verskeie generasies voorkom, totdat hulle ernstige organisatoriese elemente word. Toksiese gebeure, byvoorbeeld die verlies van 'n baba kort na geboorte, veral as dit meer as een keer voorgekom het, kan tot gevolg hê dat verskeie generasies buitensporig angstig tydens swangerskap kan wees.

- **Emosionele afsnydings:** Emosionele afsnydings kan aangetoon word deur middel van 'n skerm ). Hegte kommunikasiebande kan aangetoon word deur 'n lyn rondom die gesinsgedeelte wat nou bande het, te trek. Gekleurde potlode kan ook gebruik word om hierdie aspekte duidelik aan te toon. Afsnydings dui gewoonlik op konflik, verlies en geheime binne die familie. Dit ontwikkel gewoonlik om die familie teen pyn en konflik te beskerm, maar is ook 'n aanduiding van onafgehandelde sake wat 'n persoon sonder belangrike aspekte van die familie, en miskien die self, kan laat, indien hulle nie geassesseer word nie.



Mooi, geïdealiseerde,  
onafhanklike spraakterapeut

## **BIBLIOGRAFIE**

Hartman, A. & Laird, J.  
1983.

*Family-centered social work practice.* New York: The  
Free Press.

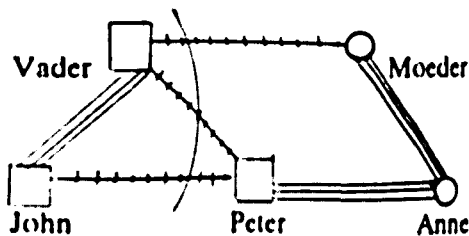


UNIVERSITY  
OF  
JOHANNESBURG

## PROGRAMBYLAE 8C(5)

### ASSESSERING VAN DIE INTERNE GESINSISTEEM GESINSKAART

- Persone word as driehoek en sirkels aangetoon. Hulle name kan ingesluit word.
- Spasie op die bladsy dui gewoonlik op hegtheid of op afstand.
- Konflik word aangetoon deur gelyk-gespasieerde lyne wat deur die enkellyn sny  
-+--+--+
- Afsnydings word deur 'n skerm ) of 'n dubbellyn deur die lyn wat twee persone verbind, aangetoon —||—. .
- 'n Koalisie kan deur 'n hakie beklemtoon word.
- Pyle kan belangstellings, beleggings of aandag aandui.
- 'n Baie sterk band kan deur 'n enkel soliede lyn of verskeie parallelle lyne aangedui word  
————— of ════════════
- 'n Swak verhouding word deur 'n gebroke lyn aangedui -----.



### BIBLIOGRAFIE

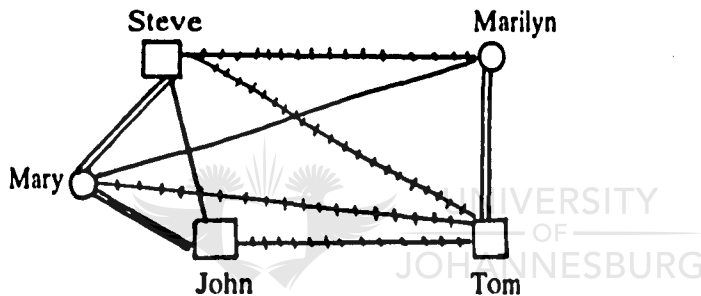
Hartman, A. & Laird, J.  
1983.

*Family-centered social work practice.* New York: The  
Free Press.

## PROGRAMBYLAE 8C(6)

### ASSESSERING VAN DIE INTERNE GESINSISTEEM DRIEHOEKE

Die assessering van die gesinsdriehoeke wat in die interne gesinsisteesem ontstaan, onthul bondgenootskappe, skuiwende koalities en sondebokke. Dit is belangrik dat die mate waarin die gesinsdriehoeke rigied en onveranderlik bly, ook geassesseer word.



Wanneer die gesin geassesseer word, is dit veral belangrik dat die sentrale driehoek in die familie geïdentifiseer word, omdat hierdie driehoek die fokuspunt van verandering sal wees.

#### BIBLIOGRAFIE

Hartman, A. & Laird, J.  
1983.

*Family-centered social work practice.* New York: The Free Press.

## **PROGRAMBYLAE 8C(7)**

### **ASSESSERING VAN DIE INTERNE GESINSISTEEM GESINSBEELDHOU AS 'N ASSESSERINGSINSTRUMENT**

In gesinsbeeldhou tree een persoon as die beeldhouer op deur lewende persone as medium te gebruik. Hierdeur word sy/haar gesin op 'n spesifieke tyd, deur konstruksie van 'n lewende beeld, uitgebeeld.

- Die maatskaplike werker begin die sessie deur 'n verduideliking van die gesinsbeeldhouwerk: dit is 'n manier waarop die gesin nie-verbaal kan ervaar hoe hulle as gesin lyk, en ook waarop hulle die gesinsorganisasie en -patrone kan deel.
- Die maatskaplike werker vra vir vrywilligers, of vra 'n spesifieke gesinslid, om die beeldhouer te wees. Dit is goeie beleid om 'n gesinslid wat gemaklik en ekspressief sal wees, te vra om die beeld te skep.
- Die maatskaplike werker gee die beeldhouer instruksies oor hoe die beeldhouwerk gedoen moet word, en beklemtoon dat dit 'n nie-verbale proses is. Die primêre taak van die beeldhouer is om 'n beeld van die gesin te bou deur elke lid op 'n kenmerkende plek en posisie te plaas. Die maatskaplike werker kan voorstel dat die beeldhouer dink aan wat die gesin saans by die huis doen. Waar sal elke persoon hom/haar bevind? Wat sal hulle besig wees om te doen? Plasing van die lede moenie net hulle posisie ten opsigte van die ander gesinslede insluit nie, maar ook in watter rigting hulle kyk en hoe hulle liggame geposisioneer is.
- Soos wat die beeld ontwikkel, mag ander gesinslede beswaar maak, omdat hulle hulleself en die sisteem anders sien. Dit is egter belangrik dat die beeldhouer toegelaat word om sonder onderbreking klaar te maak. Verseker die ander gesinslede dat hulle die gesin later, as hulle wil, kan uitbeeld.

- Die maatskaplike werker moet die beeldhouer ondersteun, hom aanmoedig om soveel tyd as wat nodig is, te gebruik, en hom help deur vrae te vra. Voorbeelde van vrae wat gevra kan word is: "Wil jy hê jou ma moet in 'n spesifieke rigting kyk?" of "Is daardie figuur net soos jy dit wil hê?"
- Nadat die beeldhouer die beeld voltooi en sy eie plek in die tableau ingeneem het, neem die maatskaplike werker die rol van monitor aan, en terwyl die akteurs hulle posisies behou, vra sy elke lid hoe hy sy plek in die beeld ervaar.
- Die beeldhousesessie kan afgesluit word nadat die gesin die beeld bespreek het, of nadat 'n ander lid van die gesin 'n beeld gemaak het wat sy siening van die gesin weerspieël.



## **BIBLIOGRAFIE**

Hartman, A. & Laird, J.  
1983.

*Family-centered social work practice.* New York: The Free Press.

# PROGRAMBYLAE 8C(8)

## INDEKS 9

INDEKS VAN PORTUURGROEPVERHOUDINGS

VANDAG SE DATUM: \_\_\_\_\_

NAAM: \_\_\_\_\_

Hierdie vraelys het geen regte of verkeerde antwoorde nie. Beantwoord asseblief elke item so versigtig en eerlik as wat u kan deur 'n syfer te plaas by elke item, soos volg:

1. Selde of nooit
2. Af en toe
3. Soms
4. Dikwels
5. Byna altyd of altyd



UNIVERSITY  
OF  
JOHANNESBURG

**Begin asseblief**

1. Ek kom goed oor die weg met die groep \_\_\_\_\_
2. Die groep tree op asof hulle nie regtig vir my omgee nie \_\_\_\_\_
3. Die groep behandel my sleg \_\_\_\_\_
4. Dit lyk asof die groep my respekteer \_\_\_\_\_
5. Dit voel asof ek nie werklik een van die groep is nie \_\_\_\_\_
6. Die groep is 'n klomp snobs \_\_\_\_\_
7. Die groep verstaan my regtig \_\_\_\_\_
8. Dit lyk asof die groep werklik van my hou \_\_\_\_\_
9. Ek voel uitgesluit by die groep \_\_\_\_\_
10. Ek haat hierdie groep \_\_\_\_\_
11. Dit lyk of die groep daarvan hou om my by hulle te e \_\_\_\_\_
12. Ek hou regtig van hierdie groep \_\_\_\_\_
13. Dit voel vir my asof die groep nie van my hou nie \_\_\_\_\_

- 14. Ek wens ek was deel van 'n ander groep \_\_\_\_\_
- 15. Die groep is werklik gaaf teenoor my \_\_\_\_\_
- 16. Die groep sien op na my \_\_\_\_\_
- 17. Die groeplede dink ek is vir hulle belangrik \_\_\_\_\_
- 18. Die groep is werklik 'n bron van plesier vir my \_\_\_\_\_
- 19. Dit lyk asof die groep my nie eers raaksien nie \_\_\_\_\_
- 20. Ek wens ek was nie deel van hierdie groep nie \_\_\_\_\_
- 21. Die groep het 'n hoë agting vir my idees en opinies \_\_\_\_\_
- 22. Dit voel of ek 'n belangrike lid van die groep is \_\_\_\_\_
- 23. Ek hou niks daarvan om by hierdie groep te wees nie \_\_\_\_\_
- 24. Die groep sien neer op my \_\_\_\_\_
- 25. Die groep interesseer my werklik nie \_\_\_\_\_


 UNIVERSITY OF JOHANNESBURG

Indeks 9: 1, 4, 7, 8, 11, 12, 15, 16, 17, 18, 21, 22.

**BIBLIOGRAFIE**

Hudson, W.W.                      *The Clinical Measurement Package*. Homewood, Illinois: Dorsey Press. 1982.



# PROGRAMBYLAE 8C(9)

## INDEKS 8

INDEKS VAN GESINSVERHOUDINGS

VANDAG SE DATUM: \_\_\_\_\_

NAAM: \_\_\_\_\_

Hierdie vraelys het geen regte of verkeerde antwoorde nie. Beantwoord asseblief elke item so versigtig en eerlik as wat u kan deur 'n syfer te plaas by elke item, soos volg:

1. Selde of nooit
2. Af en toe
3. Soms
4. Dikwels
5. Byna altyd of altyd



UNIVERSITY  
OF  
JOHANNESBURG

**Begin asseblief**

1. Die lede van my gesin gee regtig vir mekaar om \_\_\_\_\_
2. Ek dink my gesin is fantasties \_\_\_\_\_
3. My gesin werk op my senuwees \_\_\_\_\_
4. Ek geniet my gesin regtig \_\_\_\_\_
5. Ek kan regtig op my gesin staatmaak \_\_\_\_\_
6. Dit is nie vir my lekker om by my gesin te wees nie \_\_\_\_\_
7. Ek wens ek was nie deel van hierdie gesin nie \_\_\_\_\_
8. Ek kom goed oor die weg met my gesin \_\_\_\_\_
9. Die lede van my gesin baklei te veel \_\_\_\_\_
10. Daar is geen gevoel van samehorigheid in my gesin nie \_\_\_\_\_
11. Ek voel soos 'n vreemdeling in my gesin \_\_\_\_\_
12. My gesin verstaan my nie \_\_\_\_\_
13. Daar is te veel haat in my gesin \_\_\_\_\_

- 14. Die lede van my gesin is regtig goed vir mekaar
- 15. My gesin word gerespekter deur diegene wat ons ken
- 16. Dit voel of daar baie wrywing in my gesin is
- 17. Daar is baie liefde in my gesin
- 18. Die lede van my gesin kom goed met mekaar oor die weg
- 19. Die lewe saam met my gesin is oor die algemeen onaangenaam
- 20. My gesin is 'n groot vreugde vir my
- 21. Ek is trots op my gesin
- 22. Dit lyk of ander gesinne beter met mekaar oor die weg kom as ons
- 23. My gesin is vir my 'n ware bron van bemoediging
- 24. Ek voel uitgesluit uit my gesin
- 25. My gesin is 'n ongelukkige een

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



Indeks 8: 1, 2, 4, 5, 8, 14, 15, 17, 18, 20, 21, 23.

**BIBLIOGRAFIE**

Hudson, W.W. 1982. *The Clinical Measurement Package*. Homewood, Illinois: Dorsey Press.



- 14. My pa is baie geduldig met my \_\_\_\_\_
- 15. Ek hou regtig van my pa \_\_\_\_\_
- 16. Ek hou daarvan om by my pa te wees \_\_\_\_\_
- 17. Dit voel vir my of ek nie my pa liefhet nie \_\_\_\_\_
- 18. My pa is baie irriterend \_\_\_\_\_
- 19. Ek voel kwaad vir my pa \_\_\_\_\_
- 20. Ek voel geweldig teenoor my pa \_\_\_\_\_
- 21. Ek is trots op my pa \_\_\_\_\_
- 22. Ek wens my pa was meer soos ander pa's wat ek ken \_\_\_\_\_
- 23. My pa verstaan my nie \_\_\_\_\_
- 24. Ek kan regtig op my pa staatmaak \_\_\_\_\_
- 25. Ek voel skaam vir my pa \_\_\_\_\_

Indeks 5: 2, 3, 8, 12, 14, 15, 16, 21, 24.



UNIVERSITY  
OF  
JOHANNESBURG

**BIBLIOGRAFIE**

Hudson, W.W.  
1982.

*The Clinical Measurement Package.* Homewood, Illinois: Dorsey Press.

# PROGRAMBYLAE 8C(11)

## INDEKS 6

MOEDER/KIND VERHOUDING

VANDAG SE DATUM: \_\_\_\_\_

NAAM: \_\_\_\_\_

Hierdie vraelys het geen regte of verkeerde antwoorde nie. Beantwoord asseblief elke item so versigtig en eerlik as wat u kan deur 'n syfer te plaas by elke item, soos volg:

1. Selde of nooit
2. Af en toe
3. Soms
4. Dikwels
5. Byna altyd of altyd



UNIVERSITY  
OF  
JOHANNESBURG

**Begin asseblief**

1. My ma werk op my senuwees
2. Ek kom goed oor die weg met my ma
3. Ek voel ek kan my ma regtig vertrou
4. Ek hou nie van my ma nie
5. My ma se gedrag is vir my 'n verleentheid
6. My ma is te veeleisend
7. Ek wens ek het 'n ander ma gehad
8. Ek geniet my ma regtig
9. My ma plaas te veel beperkinge op my
10. My ma meng met my bedrywighede in
11. Ek voel wrokkig teenoor my ma
12. Ek dink my ma is fantasties
13. Ek haat my ma

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

- 14. My ma is baie geduldig met my \_\_\_\_\_
- 15. Ek hou regtig van my ma \_\_\_\_\_
- 16. Ek hou daarvan om by my ma te wees \_\_\_\_\_
- 17. Dit voel vir my of ek nie my ma liefhet nie \_\_\_\_\_
- 18. My ma is baie irriterend \_\_\_\_\_
- 19. Ek voel kwaad vir my ma \_\_\_\_\_
- 20. Ek voel geweldig teenoor my ma \_\_\_\_\_
- 21. Ek is trots op my ma \_\_\_\_\_
- 22. Ek wens my ma was meer soos ander ma's wat ek ken \_\_\_\_\_
- 23. My ma verstaan my nie \_\_\_\_\_
- 24. Ek kan regtig op my ma staatmaak \_\_\_\_\_
- 25. Ek voel skaam vir my ma \_\_\_\_\_

Indeks 6: 2, 3, 8, 12, 14, 15, 16, 21, 24.



UNIVERSITY  
OF  
JOHANNESBURG

**BIBLIOGRAFIE**

Hudson, W.W.  
1982.

*The Clinical Measurement Package.* Homewood, Illinois: Dorsey Press.



14. Ek is baie geduldig met my kind

\_\_\_\_\_

15. Ek hou regtig van my kind

\_\_\_\_\_

16. Ek hou daarvan om by my kind te wees

\_\_\_\_\_

17. Dit voel vir my of ek nie my kind liefhet nie

\_\_\_\_\_

18. My kind is baie irriterend

\_\_\_\_\_

19. Ek voel kwaad vir my kind

\_\_\_\_\_

20. Ek voel geweldig teenoor my kind

\_\_\_\_\_

21. Ek is trots op my kind

\_\_\_\_\_

22. Ek wens my kind was meer soos ander kinders wat ek ken

\_\_\_\_\_

23. Ek verstaan my kind eenvoudig nie

\_\_\_\_\_

24. My kind is 'n ware vreugde vir my

\_\_\_\_\_

25. Ek voel skaam vir my kind

\_\_\_\_\_

Indeks 7: 2, 3, 5, 8, 12, 14, 15, 16, 21, 24.



UNIVERSITY  
OF  
JOHANNESBURG

## BIBLIOGRAFIE

Hudson, W.W.  
1982.

*The Clinical Measurement Package.* Homewood, Illinois: Dorsey Press.



**4.4.7**

**SESSIE NEGE**

**ASSESSERING VAN DIE  
OMGEWINGSISTEME  
VANUIT 'N GENEESKUNDIGE  
MAATSKAPLIKEWERK-  
PERSPEKTIEF**

## **SESSIE NEGE**

### **TEMA: ASSESSERING VAN DIE OMGEWINGSISTEME VANUIT 'N GENEESKUNDIGE MAATSKAPLIKEWERK-PERSPEKTIEF**

#### **Inleiding**

Siekte en die omgewingsisteme staan in direkte verband met mekaar. Die omgewing kan vanweë gebrekkige sisteme, byvoorbeeld behuising, swak gesondheidsdienste en swak sekuriteit, aanleiding gee tot sekere siektes, byvoorbeeld T.B. en trauma. Hierdie oorsake is goed bekend in Suid-Afrika, aangesien 'n groot gedeelte van die bevolking blootgestel is aan swak omgewingsisteme. Die pasiënt en sy naasbestaendes moet ook dikwels as gevolg van die siekte aanpassings maak in die omgewingsisteme, byvoorbeeld deur behuising toeganklik te maak, werksomstandighede aan te pas of toegang tot gesondheidsdienste te verkry. Ondersteuningsisteme is 'n ander belangrike omgewingsisteme wat die sukses van die behandeling en rehabilitasie van die pasiënt beïnvloed. Die geneeskundige maatskaplike werker is die multi-professionele spanlid wat in die besonder met omgewingsisteme gemoeid is.

#### **Doelstellings**

Die doelstellings van die sessie is:

- om kursusgangers se kennis ten opsigte van die aard en metodes van die assessering van omgewingsisteme uit te brei;
- om vaardighede in die assessering van omgewingsisteme uit te brei.

#### **Leer en vaardighedsdoelwitte**

Die kursusgangers sal aan die einde van die sessie in staat wees om:

- die omgewingsisteme wat geassesseer behoort te word, te identifiseer;
- metodes wat gebruik kan word om die omgewingsisteme te assesseer, te verstaan;
- verskeie metodes van assessering van die omgewingsisteme toe te pas;

- \* die verband tussen siekte, die pasiënt, en omgewingsisteme — en dus die rol van die geneeskundige maatskaplike werker — te begryp.

## Voorberedng

### 1. *Toerusting en materiaal*

- \* Transparante van Programbylae 9.1, 9.2, 9.4 en 9.6(4).
- \* Uitdeelstukke van Programbylae 9.3, 9.6(1), 9.6(2) en 9.6(3) aan kursusgangers.
- \* Truprojektor.
- \* Blaai bord.

### 2. *Voorbereiding van aanbieder*

- \* Berei alle Programbylae voor ten einde die lesings te kan aanbied.

### 3. *Voorbereiding van kursusgangers*

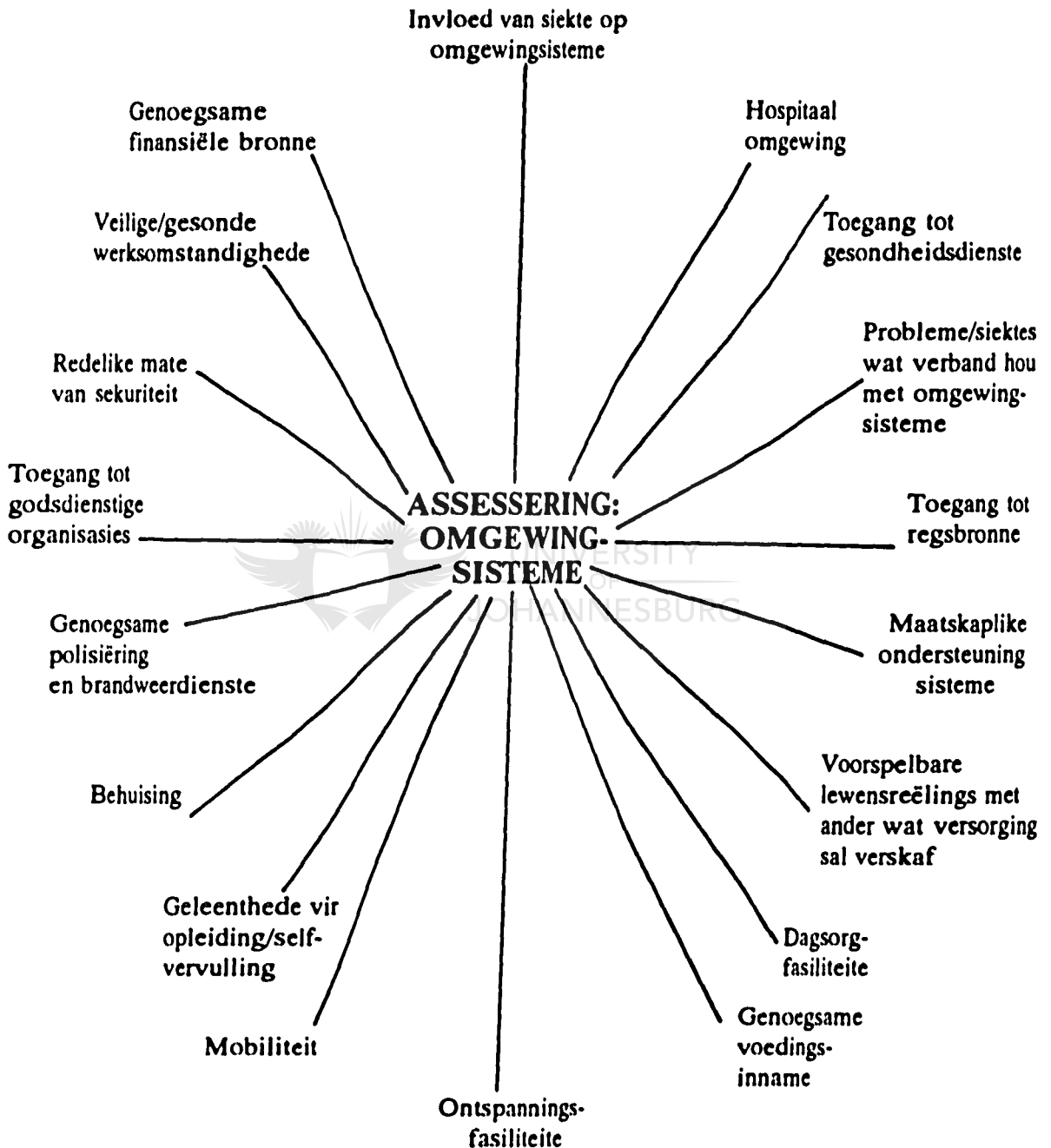
- \* Kursusgangers moet tydens die sessie Programbylae 9.6(2) doen, asook 'n ekokaart op die blaai bord na aanleiding van die gevallestudie (Programbylae 3.1). Geen spesifieke voorbereiding word egter voor die aanvang van die kursus verwag nie.

## Aanbiedingswyse

1. Gee 'n kort inleiding oor die verband tussen siekte en omgewingsisteme. Dui die belangrike rol van die geneeskundige maatskaplike werker ten opsigte van die assessering van omgewingsisteme aan.
2. Verskaf kennis aangaande die omgewingsisteme wat die geneeskundige maatskaplike werker behoort te assesser (Programbylae 9.1).
3. Dui aan watter metodes gebruik kan word om die omgewingsisteme te assesser (Programbylae 9.2).

4. **Verskaf die lys wat gebruik kan word om die pasiënt se omgewingsisteme op 'n vyfpunt skaal te assesseer. Verduidelik dat die lys as 'n hulpmiddel gebruik kan word om die pasiënt se omgewingsisteme te assesseer. Verduidelik die gebruik van die skaal (Programbylae 9.3).**
5. **Verduidelik dat die geneeskundige maatskaplike werker die hospitaal as omgewingsisteam moet ken en die invloed daarvan op die pasiënt/naasbestaendes moet assesseer. (Programbylae 9.4 en 9.5).**
6. **Dui daarna die belang van ondersteuningsisteme in die behandeling en rehabilitasie van die pasiënt aan. Dit is dus noodsaaklik dat die geneeskundige maatskaplike werker ook hierdie sisteme deeglik sal assesseer.**
7. **Verduidelik die skale van ondersteuningskennis (Programbylae 9.6(1)) en ondersteuningsgedrag (Programbylae 9.6(2)). Laat die kursusgangers hulle eie ondersteuningsgedrag na aanleiding van Programbylae 9.6(2) toets.**
8. **Verduidelik hierna hoe die assessering van maatskaplike netwerke/bronne (Programbylae 9.6(3)) gedoen word. Gebruik ook Programbylae 9.6(4) om die verskillende netwerke aan te toon.**
9. **Bepaal watter kursusgangers met die ekokaart bekend is. Laat hierdie kursusgangers, met insette van die groep en na aanleiding van die gevallestudie (Programbylae 3.1), die ekokaart van die pasiënt se omgewingsisteme wat geassesseer moet word, aantoon. Laat die kursusgangers ook die soorte bande aandui wat die pasiënt met die omgewingsisteme het. Gee insette en leiding aan die groep. (Sommige kursusgangers wat die gesinsterapiekursus van T.P.A. Gesondheidsdienste gedoen het, het ook alreeds kennis van die ekokaart.) (Programbylae 9.7)**
10. **Sluit af met 'n kort samevatting van die sessie deur Programbylae 9.1, 9.2 en 9.4 te gebruik.**

## PROGRAMBYLAE 9.1

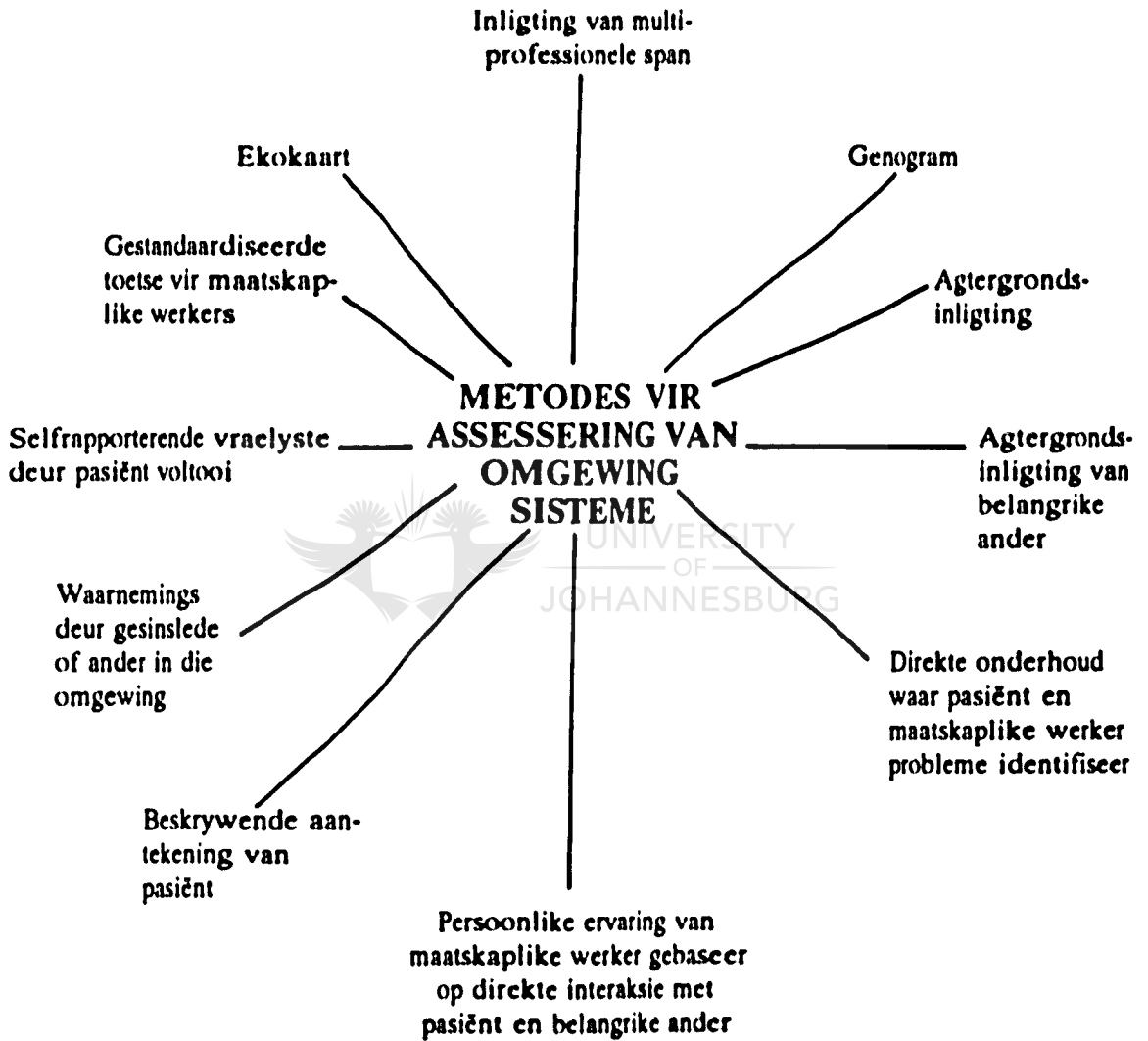


### BIBLIOGRAFIE

Hepworth, D.H. &  
Larsen, J.A.  
1900.

*Direct social work practice.* 3<sup>de</sup> Uitgawe. Kalifornië:  
Wadsworth Publishing Company.

**PROGRAMBYLAE 9.2**



### PROGRAMBYLAE 9.3

'n Aantal omgewingsisteme word hier onder aangedui. Omsirkel die geskikte nommer ten einde die pasiënt se omgewingstatus te assesseer.

- 1 = baie swak
- 2 = swak
- 3 = redelik
- 4 = goed
- 5 = baie goed

OMGEWINGSISTEME	BAIE SWAK 1	SWAK 2	REDE- LIK 3	GOED 4	BAIE GOED 5
Toegang tot mediese dienste	1	2	3	4	5
Invloed van siekte op omgewingsisteme	1	2	3	4	5
Probleme/siektes wat verband hou met omgewingsisteme	1	2	3	4	5
Toegang tot regsbronne	1	2	3	4	5
Maatskaplike ondersteuningsisteme	1	2	3	4	5
Genoegsame finansiële bronne	1	2	3	4	5
Dagsorgfasiliteite	1	2	3	4	5
Ontspanningsfasiliteite	1	2	3	4	5
Mobiliteit	1	2	3	4	5
Behuising	1	2	3	4	5
Genoegsame polisiëring en brandweerdienste	1	2	3	4	5
Redelike mate van sekuriteit	1	2	3	4	5
Veilige/gesonde werksomstandighede	1	2	3	4	5
Geleenhede vir opleiding/selfvervulling	1	2	3	4	5
Genoegsame voedingsinname	1	2	3	4	5
Voorspelbare reëlings met ander wat versorging sal verskaf	1	2	3	4	5
Toegang tot godsdienstige organisasies	1	2	3	4	5
Hospitaalomgewing	1	2	3	4	5

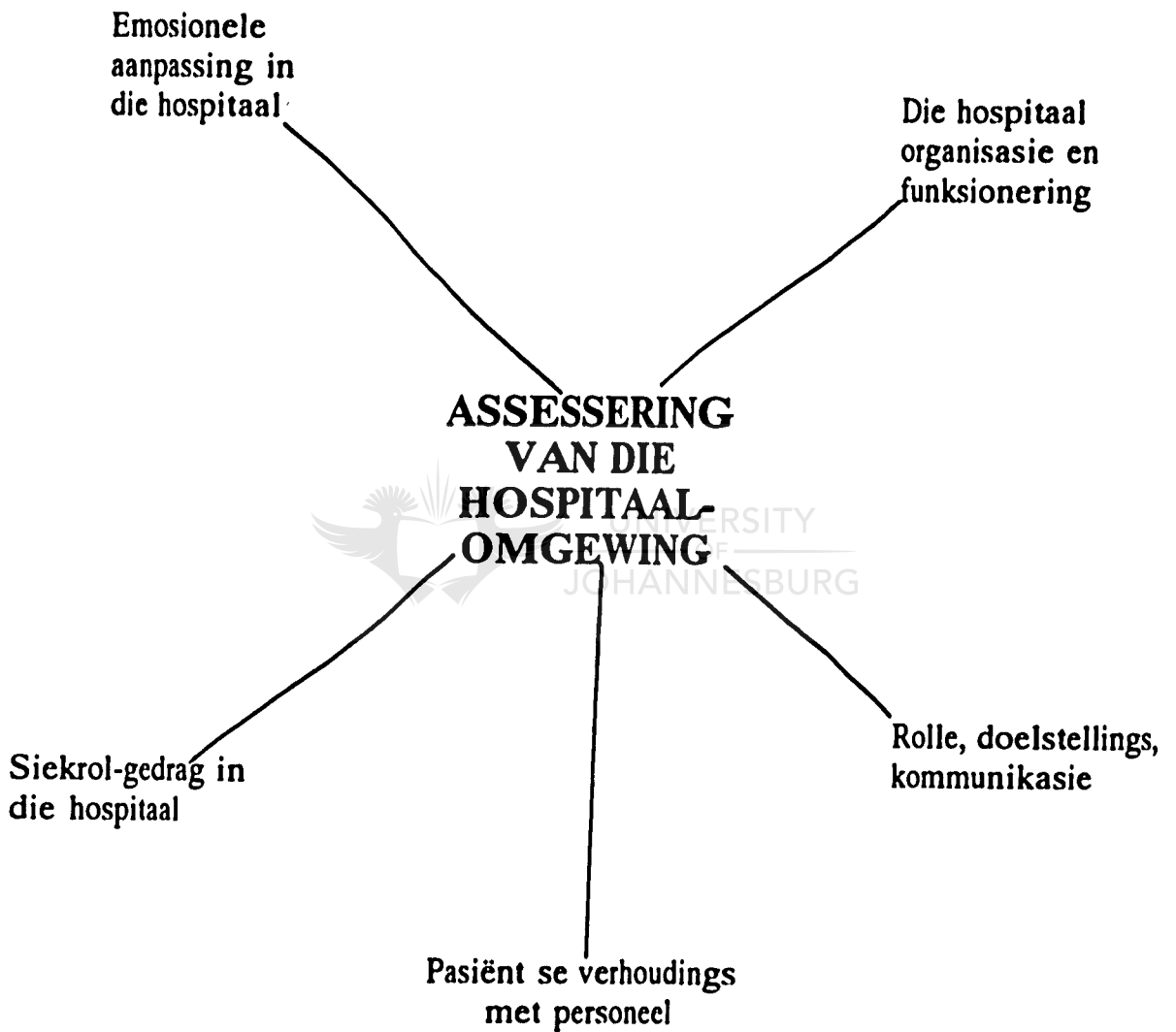
PASIËNT \_\_\_\_\_  
SAAL \_\_\_\_\_

LÊER NO. \_\_\_\_\_

Saamgestel deur A. Beytell deur gebruik van:

Hepworth, D.H. & Larsen, J.A. *Direct social work practice*. 3<sup>de</sup> Uitgawe. Belmont: Wadsworth Publishing Company.

**PROGRAMBYLAE 9.4**





## **PROGRAMBYLAE 9.5**

### **DIE HOSPITAAL OMGEWING**

#### **DIE ORGANISASIE EN FUNKSIONERING VAN HOSPITALE**

- **Organisasiestruktuur:**
  - Mediese personeel
  - Verpleegpersoneel
  - Aanvullende Gesondheidsdienste: geneeskundige maatskaplike werk, fisioterapie, spraakterapie, arbeidsterapie, radiologie, laboratoriumtegnici, aptekers, dieetkundiges
  - Administratiewe personeel
- Elke komponent het sy eie hiërargie.
- In Suid-Afrika, wat die mediese model gebruik, is die hoof van die mediese personeel die hoof van die mediese span.

#### **ROLLE, DOELSTELLINGS EN KOMMUNIKASIE**

- Die spesifieke aksies en rolle van mediese personeel word deur die spesifieke mediese probleme van die pasiënt voorgeskryf.
- Kommunikasie tussen mediese personeel is belangrik, omdat 'n gehospitaliseerde pasiënt se assessering, diagnosering en behandelingsprosedures 'n verskeidenheid personeel met verskillende spesialisasies insluit. Elkeen vervul verder sy rol afsonderlik. Die gevaar bestaan dat pasiëntsorg gefragmenteerd of ongekoördineerd kan raak indien kommunikasie nie voldoende is nie.

#### **DIE PASIËNT SE VERHOUDINGS MET PERSONEEL**

- Wanneer pasiënte tot die hospitaal toegelaat word, word hulle met 'n duidelike sosiale rol toegelaat, naamlik dié van afhanklikheid vir hulle lewens van mediese personeel wat die meeste kennis, outoriteit en mag in hulle verhouding het.
- Pasiënte kan angs ervaar. As hulle spesifieke mediese probleem nog nie gediagnoseer is nie, kan hulle bekommerd wees oor die probleem, die prognose, en die invloed wat die

siekte op hulle lewe sal hê. Baie van hierdie bekommernisse is 'n direkte gevolg van te min inligting wat aan die pasiënt verskaf word.

- Hospitale is besige plekke, maar beperkte personeel is slegs een rede waarom pasiënte nie van inligting, wat hulle nodig het, voorsien word nie. Mediese personeel weerhou soms inligting of gebruik kliektaal om dit te verberg, omdat hulle verwag dat die pasiënt dit verkeerd sal verstaan of daardeur ontstel sal word.
- Depersonalisasie, of behandeling van die pasiënt asof hy/sy nie teenwoordig of nie 'n persoon is nie, is 'n ander algemene kenmerk van die wyse waarop mediese personeel met pasiënte kommunikeer. Verskeie faktore kan veroorsaak dat hospitaalpersoneel pasiënte op 'n gedepersonaliseerde manier behandel. Hospitaaldienste kan baie gejaagd wees, groot verantwoordelikhede meebring, en soms risiko's vir die mediese personeel inhou. Hierdie faktore dra tot hoë spanningsvlakke by, wat weer daartoe aanleiding gee dat pasiënte minder persoonlike sorg kry. Hospitaalpersoneel het ook emosionele verdedigingsmeganismes nodig wanneer pasiënte ernstig siek is of dood gaan.

#### **SIEKROL GEDRAG IN DIE HOSPITAAL**

Hospitalisasie kompliseer die pasiënt se psigo-maatskaplike oorgang na die siekrol. Die onbekende en vreemde omgewing van 'n hospitaal vereis moeilike psigiese en maatskaplike aanpassings. Pasiënte moet gewoond raak aan min privaatheid, streng reëls en tydskedules, beperkinge op hulle aktiwiteite, min beheer oor gebeure rondom hulle, en om afhanklik van ander te wees.

#### **EMOSIONELE AANPASSING IN DIE HOSPITAAL**

Hospitalisering met 'n ernstige siekte of pynlike besering gee aanleiding tot baie hoë vlakke van spanning en angs waarby die pasiënt moet aanpas. Hierdie aspekte is alreeds bespreek by die assessering van die emosionele funksionering van die pasiënt en naasbestaendes.

#### **BIBLIOGRAFIE**

Sarafino, E.P.  
1990.

*Health psychology, biopsychosocial interactions.* New York:  
John Wiley & Sons.

***PROGRAMBYLAE 9.6***

UNIVERSITY  
OF  
JOHANNESBURG  
**MAATSKAPLIKE  
ONDERSTEUNINGSISTEME**

## **PROGRAMBYLAE 9.6(1)**

### **ONDERSTEUNINGSKENNIS**

Verbeel jouself dat jy by iemand is wat baie na aan jou is (gesinslid, vriend), wat deur 'n krisisgebeure (mislukking by die werk, huweliksprobleme, ernstige siekte, ensovoorts) gaan, en dat jy hom/haar wil help. Die volgende items is 'n aantal dinge wat 'n persoon kan doen om 'n persoon met probleme te help/nie te help nie. Dui langs elke item aan watter van die gedrag jy, *tydens jou eerste ontmoeting*, in die meeste gevalle as behulpsaam (omsirkel 1) of nie behulpsaam (omsirkel 2) sou beskou.



1	2	[+]	1. Wys besorgdheid.
1	2	[+]	2. Laat hulle hulle gevoelens openlik uitdruk (hul, kwaad wees, skreeu).
1	2	[-]	3. Gee advies oor wat hulle moet doen..
1	2	[-]	4. Moedig hulle aan om die probleem in die oë te kyk en hulleself "reg te ruk"
1	2	[-]	5. Vertel hulle dat jy presies weet hoe hulle voel, "Ek weet presies waardeur jy gaan."
1	2	[-]	6. Gee hulle 'n boodskap dat hulle nie so 'n groot storie daarvan moet maak nie, want: "dit kon erger gewees het" of "dis is nie so erg nie."
1	2	[-]	7. Tree opgewek op, selfs al moet jy voorgee.
1	2	[-]	8. Wees filosofies oor die rede of betekenis van die gebeurte: "dit is net die noodlot".
1	2	[-]	9. Gee 'n godsdiensige betekenis aan die gebeurte: "dit is God se wil".
1	2	[+]	10. Wees belangstellend.
1	2	[+]	11. Wees gewillig om tyd en aandag te bestee.
1	2	[-]	12. Stuur die gesprek in 'n ander, minder-ernstige (of lighartiger) rigting.
1	2	[+]	13. Wys dat jy hulle gevoelens verstaan deur te sê "ek verstaan hoe jy voel".
1	2	[+]	14. Wees behulpsaam met praktiese take.
1	2	[+]	15. Luister.
1	2	[+]	16. Voorsien ondersteuning deur fisiese nabyheid.
1	2	[-]	17. Deel jou ervaring van 'n soortgelyke situasie.
1	2	[-]	18. Moedig hulle aan om te vergeet en "n nuwe blaadjie om te slaan".
1	2	[+]	19. Maak tyd vir hulle.
1	2	[+]	20. Wys toegeneentheid.

## BIBLIOGRAFIE

Hobfoll, S.E. *et al.* in  
Veiel, H.O.F. & Bauman, U.  
1992.

*The meaning and measurement of social support.* New  
York: Hemisphere Publishing Corporation.

## **PROGRAMBYLAE 9.6(2)**

### **ONDERSTEUNINGSGEDRAG VRAE**

Die onderstaande tabel bevat 'n aantal gedragsitems wat behulpsaam/nie behulpsaam sal wees vir iemand wat probleme ondervind. By elke item is 'n paar voorbeelde of 'n verduideliking. Wanneer jy probleme ondervind en hulp (ondersteuning) nodig het, tot watter mate voer jou eglid/maat hierdie gedrag uit? (Dui aan op 'n skaal waar: 1 = glad nie tot 5 = baie.)



#### **BIBLIOGRAFIE**

Hobfoll, S.E. *et al.* in  
Veiel, H.O.F. & Bauman, U.  
1992.

*The meaning and measurement of social support.* New  
York: Hemisphere Publishing Corporation.

1.	Wys besorgdheid (byvoorbeeld: wys belangstelling, warmte, wys dat die probleem hulle ook raak).	1	2	3	4	5
2.	Gee aan jou die geleentheid om jou gevoelens openlik uit te druk (byvoorbeeld: luister, vra vrae wat nie die onderwerp van gevoelsuitdrukking verbloem nie, moedig gevoelsuitdrukking aan, selfs van pynlike gevoelens).	1	2	3	4	5
3.	Gee advies (byvoorbeeld: vertel jou wat jy moet doen).	1	2	3	4	5
4.	Se aan jou hy/sy weet presies hoe jy voel (byvoorbeeld: "Ek weet presies wat jy deurgaang").	1	2	3	4	5
5.	Moedig jou aan om dit wat met jou gebeur het, te oorkom (byvoorbeeld: vertel jou om jouself reg te ruk).	1	2	3	4	5
6.	St aan jou dat jy nie hierdie situasie te ernstig moet opneem nie (byvoorbeeld: "Dit is nie te sleg nie" "Alles sal regkom" "Dit kon erger gewees het").	1	2	3	4	5
7.	Probeer om opgewek te wees ten opsy van die situasie (byvoorbeeld: glimlag, al hou dit nie verband met die situasie nie, en tree op 'n geforsierde opgewekte manier op).	1	2	3	4	5
8.	Gee 'n filosofiese rede vir die situasie (byvoorbeeld: "vir alles is daar 'n rede" "Alles word vooraf bepaal" "Dit is die noodlot wat alles laat gebeur").	1	2	3	4	5
9.	Gee 'n godsdienstige rede vir die situasie (byvoorbeeld: "Dit is God se wil" "God het 'n rede vir alles wat Hy doen").	1	2	3	4	5
10.	Ondersteun jou deur nabye fisiese teenwoordigheid (byvoorbeeld: enige teken van fisiese nabyheid wat affeksie en besorgdheid wys).	1	2	3	4	5
11.	Praat oor hulle self (byvoorbeeld: "Ja, ek weet wat jy deurgaang: ek was ook in so 'n situasie en ek...").	1	2	3	4	5
12.	Bly by jou wanneer jy dit nodig het (byvoorbeeld: bestee tyd en aandag aan jou en stel dit duidelik dat hy/sy gewillig is om dit te doen).	1	2	3	4	5
13.	Wys dat hulle jou gevoelens verstaan (byvoorbeeld: "Ek verstaan hoe jy voel").	1	2	3	4	5
14.	Verskaf hulp met take (byvoorbeeld: help met huiswerk, kinders, werkreelings, opdragte en ander verantwoordelikhede).	1	2	3	4	5

Items 1, 2, 10, 12, 13 en 14 is positiewe ondersteunende gedrag.

Items 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9 en 11 is negatiewe ondersteunende gedrag.

Die terapeut neem elke afsonderlike item en kyk na die kliënt se beoordeling van gedrag wat sy/hy ontvang. Hierdie gedrag word dan in terme van die positiewe en negatiewe items vir assessering van ondersteuning wat die kliënt van naaste staandes kry, gebruik.

## **PROGRAMBYLAE 9.6(3)**

### **ASSESSERING VAN SOSIALE NETWERKE (BRONNE)**

- 1. Die aard van die beskikbare netwerke ten opsigte van:**
  - Verwantskap en nie-verwante lede
  - Lede in die nabyheid en op 'n afstand
  - Verbondenheid (oppervlakkig of geheg)
  
- 2. Die pasiënt se dominante netwerkstyl:**
  - Familie/Gesinslede
  - Vriende
  - Kollegas
  - Beperk
  
- 3. Die pasiënt se verhoudings moet die volgende behoeftes bevredig:**
  - Intimiteit
  - Geleenthede vir vertroeteling
  - Versekering van waarde
  - Bystand
  
- 4. Die netwerk potensiaal wat die pasiënt se huidige doelstellings ondersteun:**
  - Sterk punte, bronne en ondersteuning
  - Pasiënt se geskiedenis van die gebruik van netwerke met vorige probleme

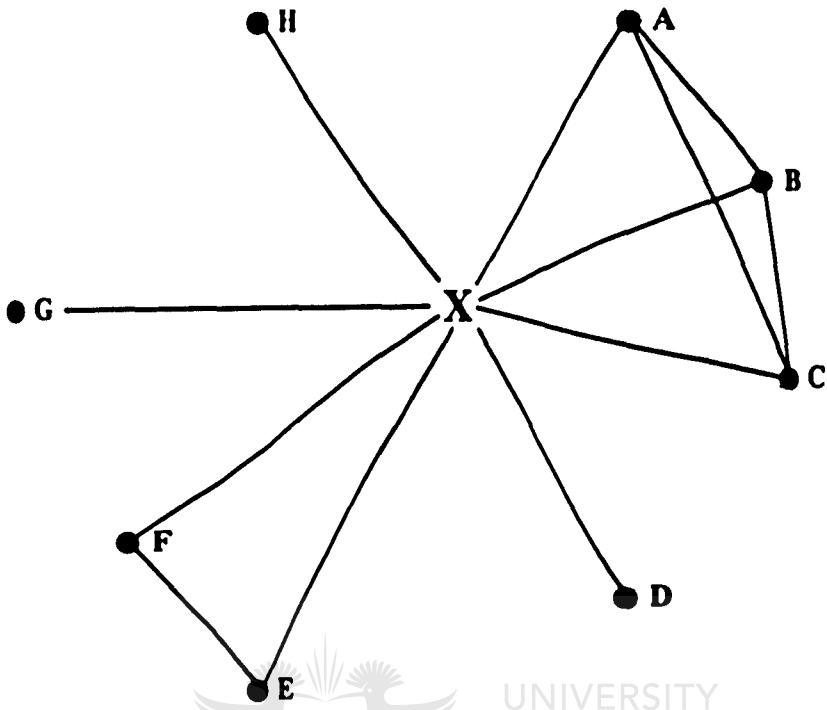
#### **BIBLIOGRAFIE**

MacElveen-Hoehn, P.M. in  
Longo, D.C. & Williams, R.A.  
1986.

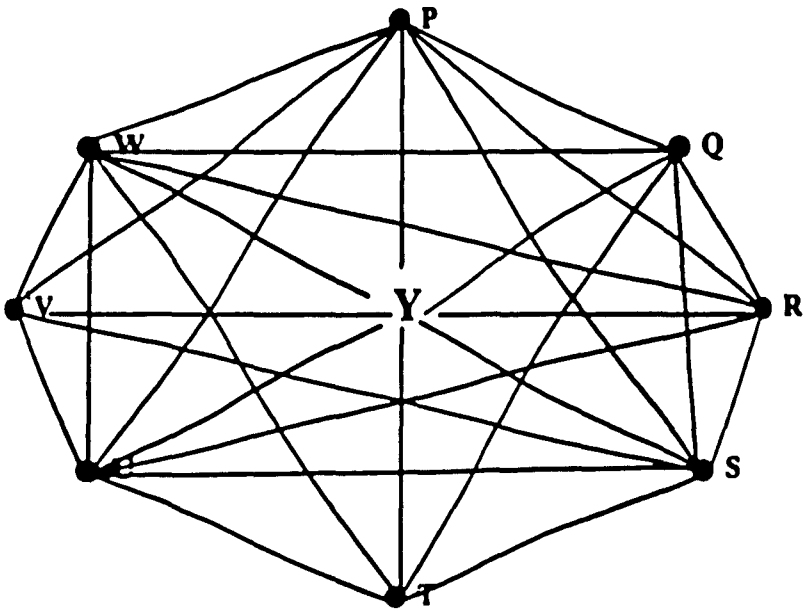
*Clinical practice in psychosocial nursing:  
assessment and intervention. 2<sup>de</sup> Uitgawe.*  
Connecticut: Appleton-Century-Crofts.



**PROGRAMBYLAE 9.6(4)**



**X SE NETWERK — OPPERVLAKKIG**



**Y SE NETWERK — GEHEG**

EKOKAART

NAAM: \_\_\_\_\_

DATUM: \_\_\_\_\_

Hospitaal

Werk

Uitgebreide  
gesin

Kultuur

Pasiënt/  
familie

Ontspanning



UNIVERSITY  
OF  
JOHANNESBURG

Godsdienst

Uitgebreide  
gesin

Vriende

Vul die verbindings in waar hulle bestaan.

Dui die aard van die verbindings met 'n beskrywende woord aan, of deur verskillende soorte lyne. \_\_\_\_\_ sterk,  
----- lenger, \_\_\_\_\_ gespanne.

Teken pyle in die lyne om die vloei, bronne ens. aan te dui.

Identifiseer belangrike persone en vul die leë spasies soos nodig.

BIBLIOGRAFIE

Hartman, A. & Laird, J.  
1983.

*Family-centered social work practice.* New York: The  
Free Press.

**4.4.8**

**SESSIE TIEN**

**ASSESSERING VAN DIE**

**KULTURELE ASPEKTE**



**VAN DIE**

**PASIËNT/NAASBESTAANDES**

**VANUIT 'N GENEESKUNDIGE**

**MAATSKAPLIKEWERK-**

**PERSPEKTIEF**

## **SESSIE TIEN**

### **TEMA: ASSESSERING VAN DIE KULTURELE ASPEKTE VAN DIE PASIËNT/NAASBESTAANDES VANUIT 'N GENEESKUNDIGE MAATSKAPLIKEWERK-PERSPEKTIEF**

#### **Inleiding**

In Suid-Afrika met sy verskeidenheid kulture, is dit noodsaaklik dat die kulturele aspekte van die pasiënt/naasbestaandes ook geassesseer moet word. Die geneeskundige maatskaplike werker moet veral die kulturele faktore wat betrekking het op siekte en mediese behandeling in ag neem by assessering.

#### **Doelstelling**

Die doelstelling van die sessie is om kursusgangers:

- se kennis ten opsigte van die aspekte wat geassesseer behoort te word, asook die metodes wat gebruik kan word om hierdie assessering te doen, uit te brei.

#### **Leer en vaardigheidsdoelwitte**

Die kursusgangers sal aan die einde van die kursus:

- kennis hê ten opsigte van die kulturele aspekte wat geassesseer behoort te word in die geneeskundige maatskaplikewerk-opset, asook van metodes wat gebruik kan word tydens die kursus.

#### **Voorbereiding**

##### **1. Toerusting en materiaal**

- Transparante van Programbylae 10.1 en 10.2.
- Truprojektor.

## 2. *Voorbereiding van aanbieder*

- Die aanbieder moet kulturele aspekte wat geassesseer behoort te word, asook metodes van assessering, voorberei (Programbylae 10.1 en 10.2).

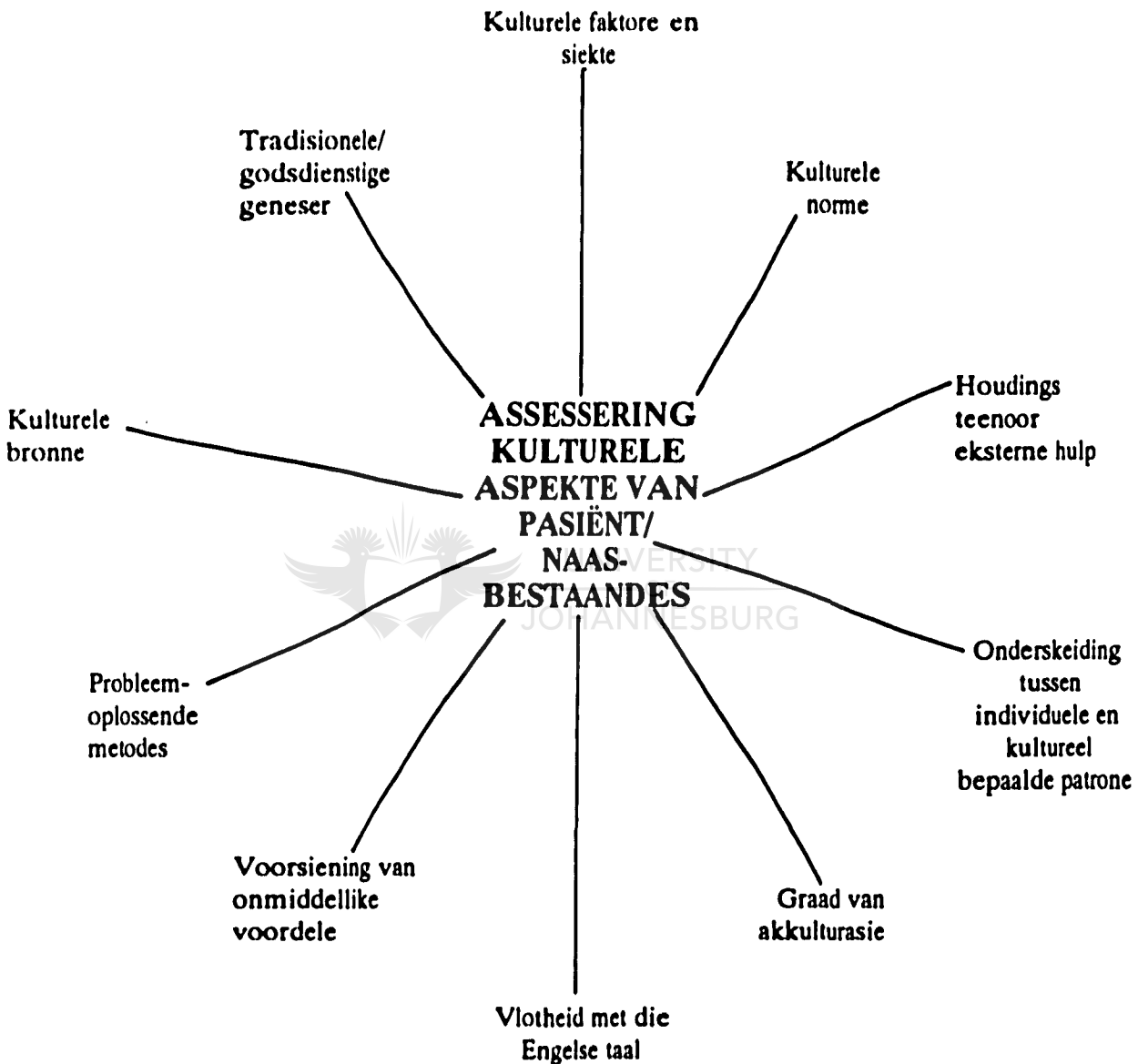
## 3. *Voorbereiding van kursusgangers*

- Die kursusgangers het geen voorbereiding vir die sessie nie.

### **Aanblydingswyse**

1. Gee 'n kort inleiding ten opsigte van die belang van die assessering van kulturele aspekte vir die geneeskundige maatskaplike werker. Dui veral die belang van kulturele faktore ten opsigte van siekte en mediese behandeling aan.
2. Vra die kursusgangers om vanuit hulle eie kulture (verskeie kulture is teenwoordig) aan te dui watter kulturele aspekte 'n geneeskundige maatskaplike werker behoort te assesseer, en waarom dit gedoen moet word.
3. Verskaf kennis ten opsigte van aspekte wat geassesseer behoort te word en watter metodes gebruik kan word (Programbylae 10.1 en 10.2).
4. Verduidelik dat hierdie kursus nie die kulturele aspekte in diepte behandel nie vanweë die tydsbeperking, en omdat T.P.A. Gesondheidsdienste ook kruis-kulturele werkswinkels aangebied het.
5. Gee 'n kort samevatting deur die belang van die assessering van kulturele aspekte binne die geneeskundige maatskaplikewerk opset aan te toon.

## PROGRAMBYLAE 10.1

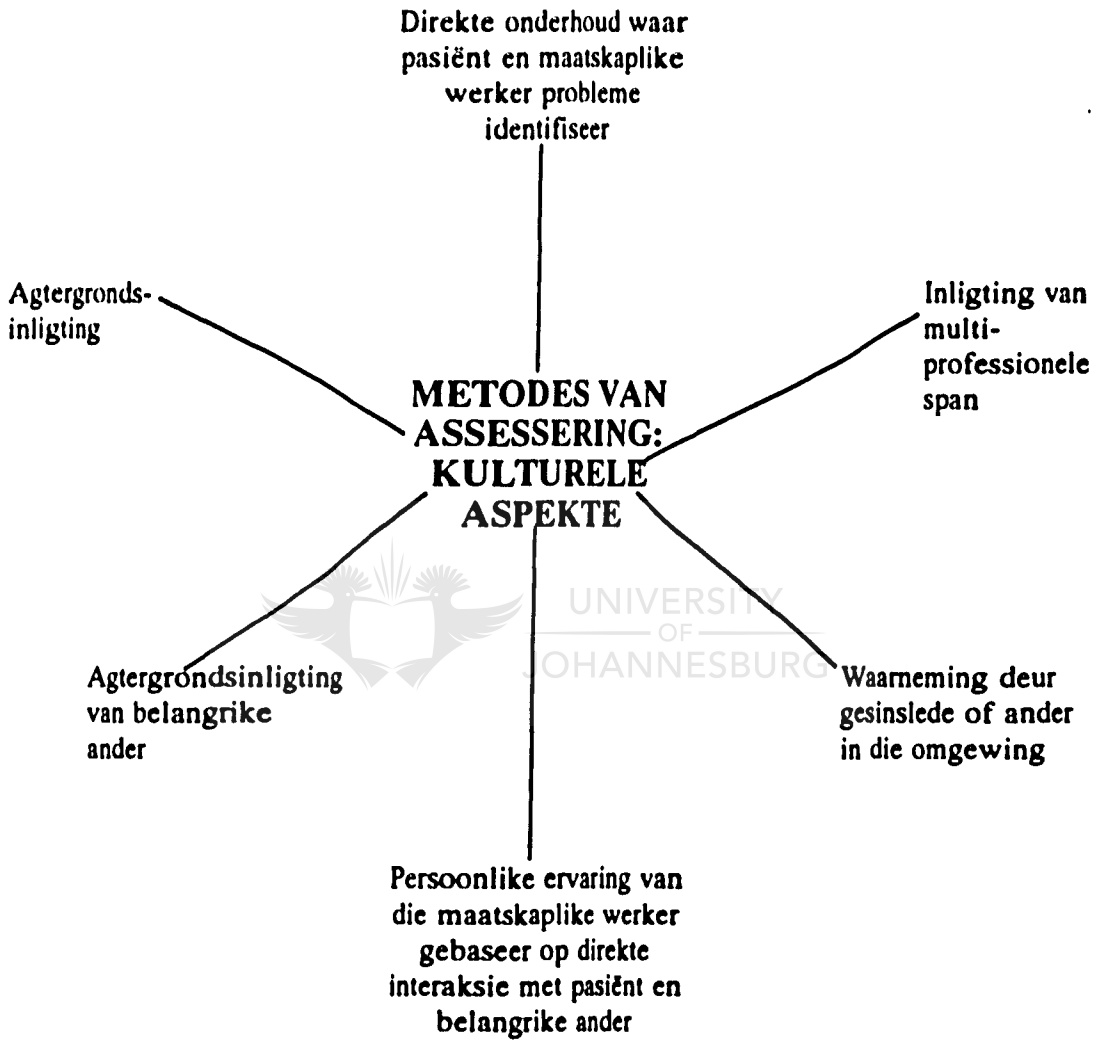


### BIBLIOGRAFIE

Hepworth, D.H. & Larsen, J.A.  
1990.

*Direct social work practice.* 3<sup>de</sup> Uitgawe. Belmont.  
Wadsworth Publishing Company.

**PROGRAMBYLAE 10.2**



**4.4.9**

**SESSIE ELF**

**ONDERHOUDVOERINGSTEGNIEKE**

 **WAT DIE** UNIVERSITY  
OF JOHANNESBURG  
**GENEESKUNDIGE MAATSKAPLIKE**

**WERKER GEBRUIK**

**TEN EINDE**

**ASSESSERING TE DOEN**



## **SESSIE ELF**

### **TEMA: ONDERHOUDVOERINGSTEGNIEKE WAT DIE GENEESKUNDIGE MAATSKAPLIKE WERKER GEBRUIK TEN EINDE ASSESSERING TE DOEN**

#### **Inleiding**

Die geneeskundige maatskaplike werker moet verskeie onderhoudvoeringstegnieke kan toepas in die assesseringsonderhoud ten einde die verlangde resultate te verkry. Dit is ook belangrik dat hierdie tegnieke wetenskaplik toegepas word ten einde te voldoen aan die vereiste van bevoegdheid en effektiwiteit van die maatskaplike werker.

#### **Doelstelling**

Die doelstelling van die sessie is om kursusgangers:

- se kennis aangaande onderhoudvoeringstegnieke wat tydens assessering gebruik word, uit te brei; en
- se vaardighede in onderhoudvoeringstegnieke wat tydens assessering gebruik word, uit te brei.

#### **Leer en vaardighedsdoelwitte**

Die kursusgangers sal aan die einde van die sessie in staat wees om:

- die onderhoudvoeringstegnieke wat tydens assessering toegepas word, te begryp; en
- hierdie tegnieke te kan toepas tydens 'n assesseringsonderhoud.

#### **Voorbereding**

##### **1. Toerusting en materiaal**

- Transparante van Programbylae 11.2 en 11.3.
- Fotostate van Programbylae 11.1 vir aanbieder en fasiliteerder.
- Fotostate van programbylae 11.5 en 11.6 vir kursusgangers.

## 2. *Vorbereiding van aanbieder*

- Die aanbieder moet Programbylae 11.2 en 11.4 goed voorberei ten einde toetsing te kan doen (Programbylae 11.1).
- Alle programbylae moet voorberei word ten einde die sessie aan te bied.

## 3. *Vorbereiding van kursusgangers*

- Die kursusgangers moet 'n rollespel van vyf tot tien minute voorberei vir voortoetse en natoetse.
- Gedurende die sessie moet kursusgangers rollespele uitvoer.

## **Aanbiedingswyse**

1. Verdeel die kursusgangers in twee groepe. Laat die kursusgangers die rollespel, wat die vorige dag as opdrag vir hulle gegee is, in die groepe doen. 'n Tydsbeperking van tussen vyf en tien minute word gegee. (Daar is aan die kursusgangers die vorige dag genoem dat hulle die tydsbestek in ag moet neem, en soveel moontlik onderhoudvoeringstegnieke wat in assessering gebruik word, moet toepas.) Laat die beoordelaar die tegnieke wat gebruik word, beoordeel.
2. Verskaf hierna kennis ten opsigte van die tegnieke wat toegepas kan word, asook die aspekte wat in ag geneem moet word by die toepassing daarvan (Programbylae 11.2, 11.3, 11.4, 11.5 en 11.6). Bied die sessie in die vorm van 'n lesing aan.
3. Laat verskillende kursusgangers situasies uitbeeld (deur 'n probleem te stel) waarin elke tegniek afsonderlik gebruik kan word. Hierdie situasies moet op die Geneeskundige Maatskaplikewerk-veld van toepassing wees. Die aanbieder vra dan die vrae wat gevra moet word ten einde die stappe wat gebruik moet word vir die aanwending van die tegniek uit te beeld. Hierdie vrae moet deur die groep beantwoord word. Die aanbieder betrek onderskeie lede wat die tegniek ten opsigte van die situasie weergee (Programbylae 11.4, 11.5 en 11.6). Vra die persoon wat die probleem gestel het, of die tegniek volgens hulle mening effektief gebruik was.

4. Die kursusgangers verdeel dan weer in twee groepe en doen die natoets rollespele. (Die beoordelaar beoordeel weereens die rollespele volgens Programbylae 11.1.)
5. Sluit die sessie af ten einde 'n samevatting van die tegnieke wat gebruik kan word tydens die assesseringsonderhoud aan te dui. Gebruik die kursusgangers om die samevatting te gee.



***PROGRAMBYLAE 11.1***

**TOETS/VRAELYS**  
JOHANNESBURG  
**ONDERHOUDSVOERING**  
**TEGNIEKE**

**PROGRAMBYLAE 11.1**

**EVALUERINGBEOORDELINGSKAAL**

**ROLLESPEL TEN OPSIGTE VAN TEGNIEKE WAT IN DIE  
ASSESSERINGSONDERHOUD GEBRUIK WORD**

Beoordeel onderstaande tegnieke so objektief as moontlik. Gebruik die rollespel wat kursugangers doen as riglyn vir u beoordeling van die tegnieke. Hierdie beoordeling sal as voortoets gebruik word, en na afloop van die opleiding, as natoets. Gebruik die onderstaande skaal om die gebruik van onderhoudstegnieke aan te toon.

1	2	3	4	5
Minimaal	Ma	Redelik	Beis	Gerneid

NAAM VAN KURSUGANGER \_\_\_\_\_ GROEP \_\_\_\_\_

Luister	1	2	3	4	5
Klarifisering	1	2	3	4	5
Parafrasering	1	2	3	4	5
Fokussering	1	2	3	4	5
Opsomming/samevatting	1	2	3	4	5
Stiltes	1	2	3	4	5
Eksplorاسie	1	2	3	4	5
Oop vrae	1	2	3	4	5
Geslote vrae	1	2	3	4	5
Gefokusseerde vrae	1	2	3	4	5
Konfrontasie	1	2	3	4	5
Interpretasie	1	2	3	4	5
Inligting gee	1	2	3	4	5
Reflektering	1	2	3	4	5

Slegs vir  
kantoor-  
gebruik

--	--

(1) (2)

Gevalnommer

--

(3)

Beoordelaar

--

(4)

Kaartnommer

(5)

(6)

(7)

(8)

(9)

(10)

(11)

(12)

(13)

(14)

(15)

(16)

(17)

(18)

## PROGRAMBYLAE 11.2

### ONDERHOUDVOERINGSTEGNIEKE WAT GEDURENDE ASSESSERING GEBRUIK WORD

#### 1. Stiltes

- Stiltes het verskeie funksies gedurende die assesseringsonderhoud.
- Berader-geïnisieerde stiltes is die effektiëfste wanneer dit met 'n spesifieke doel in gedagte gebruik word, byvoorbeeld:
  - die vermindering van die berader se vlak van aktiwiteit;
  - die vermindering van die pas van die sessie;
  - om die kliënt tyd te gee om te dink; en
  - om sekere verantwoordelikhede na die kliënt oor te dra, deur 'n ommekeer in toegewing of ontkenning mee te bring.



#### 2. Luister

- Luister is 'n voorvereiste vir alle ander terapeutiese response en strategieë. Luister behoort alles wat gedurende berading gedoen word, vooraf te gaan.
- Effektiewe luister betrek al drie hoof sensoriese modaliteite: sig (visuele), klank (gehoor) en aanraking (tassintuig).

#### 3. Klarifikasie

- *Definisie:* 'n Vraag wat byvoorbeeld met: "Bedoel jy dat" of "Sê jy dat" begin, en 'n herformulering van die kliënt se boodskap insluit.
- *Voorgenome doel:*
  - Om die kliënt aan te moedig om meer oor die saak uit te wei;
  - Om die akkuraatheid van wat die kliënt gesê en die berader gehoor het, vas te stel; en
  - Om vae, verwarrende boodskappe uit te klaar.

#### 4. Parafraseer of reflektoring van inhoud

- **Definisie:** 'n Herformulering van die *inhoud* van die kliënt se boodskap.
- **Voorgenome doel:**
  - Om die kliënt te help om op die inhoud van sy boodskap te fokus; en
  - Om die inhoud, wanneer aandag aan gevoelens te vroeg of selfvremietigend is, te beklemtoon.

#### 5. Reflektoring of reflektoring van gevoelens/gevoelsaansluiting

- **Definisie:** 'n Herformulering van die *affektiewe gedeelte* van die kliënt se boodskap.
- **Voorgenome doel:**
  - Om die kliënt aan te moedig om meer van haar/sy gevoelens uit te druk;
  - Om die kliënt te help om haar/sy gevoelens meer intens te ervaar;
  - Om die kliënt te help om meer van die gevoelens wat haar/hom oorheers, bewus te word;
  - Om die kliënt te help om gevoelens te erken en te hanteer; en
  - Om die kliënt te help om meer akkuraat tussen gevoelens te onderskei.

#### 6. Samevatting/opsomming

- **Definisie:** Twee of meer parafraserings of reflektoringe wat die kliënt se boodskap of die sessie saamvat.
- **Voorgenome doel:**
  - Om die verskillende elemente van die kliënt se boodskappe saam te vat;
  - Om 'n algemene tema of patroon te identifiseer;
  - Om uitermatige afdwaling van die onderwerp teë te werk; en
  - Om groei te hersien.

#### 7. Oop vrae

- **Voorgenome doel:**
  - Om die onderhoud te begin;
  - Om die kliënt aan te moedig om uit te brei en om inligting te verkry;

- Om spesifieke voorbeelde van die kliënt se gedrag, gevoelens en gedagtes te ontlok; en
- Om die kliënt te motiveer om te praat.

## 8. Geslote vrae

- **Voorgenome doel:**
  - Om die onderwerp van bespreking af te baken;
  - Om spesifieke inligting te verkry;
  - Om die parameters van die probleem of saak te identifiseer; en
  - Om 'n kliënt wat te veel praat te onderbreek — deur byvoorbeeld fokus aan die sessie te gee.

## 9. Konfrontasie

- **Definisie:** Beskrywing van teenstrydighede wat die kliënt aanbied.
- **Voorgenome doel:**
  - Om die kliënt se deurmekaar, nie-ooreenstemmende boodskappe te identifiseer; en
  - Om ander wyses waarop die kliënt homself om die situasie waameem, te eksploreer.

## 10. Interpretasie

- **Definisie:** Moontlike verduideliking of assosiasie van verskillende gedrag wat die kliënt openbaar.
- **Voorgenome doel:**
  - Om die verhouding tussen die kliënt se onuitgesproke boodskappe en gedrag te identifiseer;
  - Om die kliënt se gedrag vanuit alternatiewe sieninge of met verskillende verklarings te ondersoek; en
  - Om tot die kliënt se selfbegrip, as 'n basis vir sy/haar aksies, by te dra.



## 11. Inligting

- **Definisie:** Verbale oordrag van data of feite.
- **Voorgenome doel:**
  - Om alternatiewe te identifiseer;
  - Om alternatiewe te evalueer;
  - Om mites uit die weg te ruim; en
  - Om die kliënt te motiveer om sake wat hy vermy, te ondersoek.

## 12. Fokusering

- **Definisie:** Fokus op onderwerpe en wend prosesse aan wat die maksimum produksie voortbring.
- **Voorgenome doel:**
  - Om rigting aan die hulpproses te gee.
  - Om afdwaling van die onderwerp, wat te veel waardevolle tyd in beslag neem, te vermy.
  - Kliënte is dikwels by disfunksionele prosesse, wat interaksionele probleme tot gevolg het, betrokke. Dit verhinder hulle om effektief op hulle probleme te fokus. Om hulle funksionering te verbeter, is dit nodig dat terapeute in staat sal wees om die bespreking, wanneer disfunksionele prosesse kliënt van onderwerpe laat afdwaal, te fokuseer.

## 13. Eksplorasie

- **Definisie:** Eksplorieer 'n lys van relevante en moontlike probleemareas. Eksplorasie beweeg vanaf die algemene en oppervlakkige na meer diepte en betekenis.
- **Voorgenome doel:**
  - Om inligting vir assessering te kry; en
  - Om die onderhoud te fokus.

Die konsep 'kliënt' is gebruik, aangesien hierdie onderhoudvoeringstegnieke sowel die pasiënt as belangrike ander persone insluit.

## BIBLIOGRAFIE

Cormier, W.H. & Cormier, L.S.  
1991.

*Interviewing strategies for helpers.* 3<sup>e</sup> Uitgawe.  
Kalifornië: Brooks/Cole Publishing Company.

Hepworth, D.H. & Larsen, J.A.  
1990.

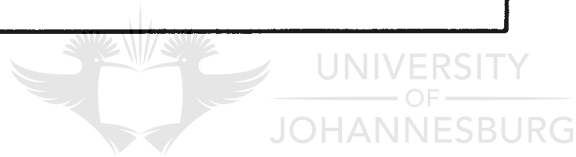
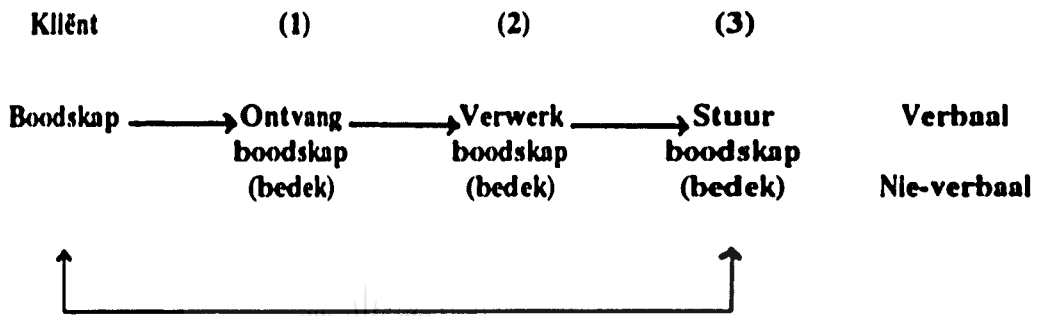
*Direct social work practice.* 3<sup>e</sup> Uitgawe. Belmont:  
Wadsworth Publishing Company.



UNIVERSITY  
OF  
JOHANNESBURG

**PROGRAMBYLAE 11.3**

**DRIE PROSESSE VAN LUISTER**



## **PROGRAMBYLAE 11.4**

### **ONDERHOUDVOERINGSTEGNIEKE VIR DIE ASSESSERINGSONDERHOUD**

#### **1. Klarifikasie**

*Neem die volgende kognitiewe leerstrategieë in ag:*

- 1.1 Wat het die kliënt aan my gesê?
- 1.2 Is daar enige vae gedeeltes of vermiste prentjies in die boodskap wat ek moet ondersoek? Indien wel, watter? Indien nie, besluit op 'n ander, meer geskikte respons.
- 1.3 Hoe kan ek deur middel van gehoor, sig of begrip, hierdie respons begin?
- 1.4 Hoe sal ek weet of my klarifikasie bruikbaar was?

#### **2. Parafraseer**

*Stappe tydens parafrasering van inhoud*

- 2.1 Gee aandag aan en herroep die boodskap deur dit vir jouself uiteen te sit — wat het die kliënt aan jou gesê?
- 2.2 Identifiseer die inhoud van die boodskap deur jouself af te vra: "Watter situasie, persoon, objek of idee is in hierdie boodskap bespreek?"
- 2.3 Kies 'n geskikte begin of sinsnede vir jou parafrasering. Probeer om een te kies wat by die kliënt se sensoriese woorde (Bylae 11.5) aanpas.
- 2.4 Vertaal die sleutelinligting of konstrakte in jou eie woorde en verbaliseer dit in 'n parafrasering.
- 2.5 Evalueer die effektiwiteit van jou parafrasering deur na die kliënt se respons te luister en die kliënt waar te neem. As jou parafrasering akkuraat is, sal die kliënt — verbaal of nie-verbaal — die akkuraatheid en bruikbaarheid daarvan bevestig.

*Self-vrae*

- Wat het die kliënt aan my vertel?
- Wat is die *inhoud* van die boodskap — watter persoon, objek, idee of situasie het die kliënt bespreek?

- Wat is 'n geskikte sinsnede (een wat by die sensoriese woorde van die kliënt pas)?
- Hoe kan ek die kliënt se sleutelinhoud in my eie woorde vertaal?
- Hoe sal ek weet dat my parafrasering sinvol was? Luister en neem waar of die kliënt die akkuraatheid daarvan bevestig.

### 3. Reflektering (gevoelens)

#### *Stappe tydens reflektoring van gevoelens*

- 3.1 Luister vir die *teenwoordigheid van gevoelswoorde* of affektiewe woorde in die kliënt se boodskappe. Sewe hoof kategorieë van gevoel is aggressie, vrees, onsekerheid, hartseer, geluk, sterkte en swakheid (Programbylae 11.6).
- 3.2 Identifiseer die kliënt se gevoelens deur die waarneming van nie-verbale gedrag, terwyl die boodskap oorgedra word.
- 3.3 Reflekteer die gevoelens verbaal terug na die kliënt, maar gebruik ander woorde. Die keuse van woorde om gevoelens te reflekteer is uiters noodsaaklik vir die effektiwiteit van die vaardigheid. Dit is belangrik om affektiewe woorde wat by die tipe gevoel en ook die intensiteit daarvan pas, te kies.
- 3.4 Begin die reflektoring met 'n geskikte sinsnede — indien moontlik, een wat by die kliënt se keuse van sensoriese woorde (Programbylae 11.5) pas.
- 3.5 Sluit die konteks of situasie, waaroor die gevoel gaan, in. Dit kan in die vorm van 'n kort parafrasering wees. Die inhoud kan deur die kognitiewe gedeelte van die kliënt se boodskap bepaal word.
- 3.6 Evalueer die effektiwiteit van jou reflektoring.

#### *Self-vrae*

- Watter openlike gevoelswoorde het hierdie kliënt gebruik?
- Watter gevoelens word deur die kliënt se stem en nie-verbale gedrag geïmpliseer?
- Wat is 'n goeie keuse van affektiewe woorde wat die kliënt se gevoelens en die vlak van die intensiteit daarvan beskryf?
- Wat is 'n geskikte sinsnede, wat by die sensoriese woorde wat deur die kliënt gebruik word, aansluit?

- Wat is die konteks, situasie wat hierdie gevoelens omsluit, en wat moet ek parafraseer?
- Hoe sal ek weet of my reflektoring akkuraat en sinvol was? Luister en neem die kliënt se response waar.

#### 4. Opsomming/samevatting

##### *Stappe tydens die opsomming*

- 4.1 Gee aandag aan of herroep die boodskap of aantal boodskappe deur hulle vir jouself te herformuleer: wat het die kliënt aan jou vertel, op gefokus of aan gewerk?
- 4.2 Identifiseer enige duidelike patrone, temas of verskeidenheid van hierdie boodskappe deur jouself vrae te vra soos: "Wat het die kliënt oor en oor herhaal" of "Wat is die verskillende dele van hierdie legkaart?"
- 4.3 Kies 'n geskikte sinsnede wat die persoonlike voornaamwoord van jou of die kliënt gebruik en aanpas by een of meer van die kliënt se sensoriese woorde (Program-bylae 11.5) vir jou opsomming.
- 4.4 Gebruik die sinsnede wat jy gekies het en kies woorde om die tema te beskryf of die verskeie elemente saam te bind, en verbaliseer dan die opsommende respons.
- 4.5 Evalueer die effektiwiteit van jou opsomming deur te luister/waar te neem of die kliënt die tema bevestig of verwerp. 'n Ander manier is om te evalueer of die opsomming tot die fokus van die sessie bydra, en of dit nie dalk afbreuk daaraan doen nie.

##### *Self-vrae*

- Wat vertel die kliënt vandag en in die tydperk aan my, en waaraan werk ons? Dit is met ander woorde die sleutelinhoud en -affek van die sessies.
- Wat het die kliënt vandag en in hierdie periode herhaal? Met ander woorde: wat is die patroon of tema?
- Wat is 'n bruikbare sinsnede wat by die kliënt se sensoriese woorde aansluit?
- Hoe sal ek weet of my opsomming suksesvol was?

## **5. Vrae (oop en geslote vrae)**

### ***Stappe tydens die gebruik van vrae***

- 5.1 Wat is die doel van my vraag, en is dit terapeuties bruikbaar?
- 5.2 Kan ek die kliënt se antwoord vooruitskat?
- 5.3 Hoe kan ek die bewoording van my vrae op die effektiwste wyse, en met die doel inaggenome, begin?
- 5.4 Hoe sal ek weet of my vraag effektiw is?

## **6. Konfrontasie**

### ***Stappe tydens konfrontasie***

- 6.1 Neem die kliënt versigtig waar ten einde die tipe teenstrydigheid of deurmekaar boodskappe wat hy gee te identifiseer. Kyk na spesifieke verbale of nie-verbale tekens en gedrag wat hierdie teenstrydighede ondersteun.
- 6.2 Som die verskillende elemente van die teenstrydighede op. Wanneer dit gedoen word, moet 'n stelling wat dele van die konflik verbind, eerder as die geskilpunte van een gedeelte, gebruik word, aangesien die algehele doelstelling van konfrontasie die oplossing van konflik en die bereiking van integrasie is. Byvoorbeeld: "Aan die eenkant sê jy ... en aan die ander kant ..."
- 6.3 Maak seker dat woorde wat die kliënt se keuse van sensoriese woorde insluit of voorspel, gebruik word, sodat die konfrontasie saam met die kliënt se ervaringsveld beweeg.
- 6.4 Onthou om die effektiwiteit van jou konfrontasie te evalueer. Konfrontasie is effektiw wanneer die kliënt die bestaan van teenstrydighede of konflik erken.

### ***Self-vrae***

- Watter teenstrydighede of deurmekaar boodskappe sien, hoor of begryp ek vanuit die kliënt se kommunikasie?
- Hoe kan ek die verskillende elemente van teenstrydighede opsom?
- Watter woorde kan ek in my response, wat ooreenkom met die kliënt se sensoriese woorde, insluit?
- Hoe sal ek weet of my konfrontasie effektiw is?

## **7. Interpretasie**

### ***Stappe tydens interpretasie***

- 7.1 Luister en identifiseer die onuitgesproke betekenis van die kliënt se kommunikasie — dít wat die kliënt subtiel en indirek oordra.
- 7.2 Formuleer 'n interpretasie wat die kliënt op 'n effens ander manier na die probleem of saak sal laat kyk.
- 7.3 Maak seker dat jou siening van die saak en jou verwysingsraamwerk positiewe faktore, eerder as negatiewe faktore of aspekte wat die kliënt nie kan verander nie, beklemtoon.
- 7.4 Kies tydens interpretasie woorde wat by die kliënt se sensoriese woorde aanpas of dit voorspel.
- 7.5 Ondersoek die effektiwiteit van jou interpretasie deur die kliënt se reaksie daarop te assesseer.

### ***Self-vrae***

- Wat is die onuitgesproke gedeeltes van die kliënt se boodskap?
- Wat is 'n effens ander manier om die probleem of saak te beskou? Dit moet egter in ooreenstemming met die teoretiese oriëntering wat met die kliënt gebruik word, wees.
- Wat is die positiewe aspekte van die probleem waaroor die kliënt beheer het?
- Hoe sal ek weet of my interpretasie bruikbaar is?

## **8. Inligting verskaf**

### ***Stappe tydens die verskaffing van inligting***

- 8.1 Watter inligting ten opsigte van die probleem of saak het die kliënt nie?
- 8.2 Wat is die belangrikste dele van hierdie inligting wat ek by my aanbieding moet insluit?
- 8.3 Hoe kan ek hierdie inligting die beste oordra?
- 8.4 Op watter wyse kan ek die inligting oordra sodat die kliënt dit sal begryp?
- 8.5 Hoe sal ek weet of die oordrag van my inligting effektief was?



## 9. Fokusering

### *Stappe tydens fokusering*

- 9.1 Kies onderwerpe wat ge-eksploreer moet word.
- 9.2 Eksploreer onderwerpe in diepte deur die fokus te handhaaf en by die onderwerp te bly.

## 10. Eksplorاسie

### *Stappe tydens eksplorاسie*

- 10.1 Gee aandag aan die emosionele toestand en onmiddellike besorgdheid wat die kliënt openbaar.
- 10.2 Brei die eksplorاسie geleidelik uit sodat dit die relevante sisteme, asook die aspekte van die probleem wat opvallend blyk te wees, insluit.
- 10.3 Assesseer en aksentueer sterk punte wat deur die kliënt gemanifesteer word.

### *Vaardighede wat tydens eksplorاسie gebruik word*

- Ondersteunende response: minimale aansporings (verbaal en nie-verbaal) en beklemtonende response;
- Parafrasering;
- Reflektering;
- Response wat konkreetheid bewerkstellig;
- Fokusering; en
- Opsomming.

## BIBLIOGRAFIE

- Cormier, W.H. & Cormier, L.S. 1991. *Interviewing strategies for helpers*. 3<sup>de</sup> Uitgawe. Kalifornië: Brooks/Cole Publishing Company.
- Hepworth, D.H. & Larsen, J.A. 1990. *Direct social work practice*. 3<sup>de</sup> Uitgawe. Kalifornië: Wadsworth Publishing Company.

## PROGRAMBYLAE 115

---

### KLIËNT SE SENSORIESE WOORDE

### BERADER SE OOREENSTEMMENDE BEWOORDING

---

#### *Visueel*

sien	helder	Dit lyk asof
duidelik	wys	Dit wil voorkom asof
fokus	kleurvol	Vanuit my perspektief
inprent	blik	Soos ek dit sien
siening	"nou kyk"	Ek sien wat jy bedoel
perspektief		Dit lyk asof

#### *Gehoor*

luister	bespreek	Klink soos
skreeu	behoort	Soos ek dit hoor
vertel	hard	Wat jy sê is
het vertel	raserig	Ek hoor jou sê
praat	roep	Iets sê vir jou
hoor	"nou luister"	Jy sê vir my
ore		

#### *Tas*

voel	ontspanne	Jy voel
vat	beseft	Vanuit my standpunt
druk	ondervind	Ek beseft dat
seer	ferm	Ek het die gevoel dat
indringerig	"jy weet"	
gryp		

---

### BIBLIOGRAFIE

Cormier, W.H. &  
Cormier, L.S.  
1991.

*Interviewing strategies for helpers.* 3<sup>de</sup> Uitgawe. Kalifornië:  
Brooks/Cole Publishing Company.

## PROGRAMBYLAE 11.6

### AFFEKTIEWE WOORDE WAT ALGEMEEN GEBRUIK WORD

KATEGORIE VAN EMOSIE							
Vlak van intensiteit	<i>Geluk</i>	<i>Hartseer</i>	<i>Vrees</i>	<i>Onsekerheid</i>	<i>Aggressie</i>	<i>Sterkstel mag</i>	<i>Swakheid/ Ontoereikend</i>
Sterk	Opgewek Opgewonde Verbeug In die wolke In ekstase Uitgelate Jubeleed	Waanhoop Hopeloos Depressief Vernomel Ellendig Verlate Verlaas Verwoes	Paniekerig Verukrik Bevrees Baang Oorweldig	Verbysterd Oedioridateerd Wastrosig Verward	Geweldadig Vysadig Woedend Kwaad Ra Haatlik Gemees Wraakgierig	Sterk Omaghebberend Kragtig Magtig	Beslaand Magteloos Kwabaar Uitgeput Hulpeloos
Gemiddeld	"Op" Goed Geluklik Optimisties Opgewek Eutoemiasies Bly Aasvallig	Neerlagtig Ootsteid Ontoegterd Eensaam Sleg Ongelekkig Pensimities Droerwig Seergetmaak Verlore	Bekommerd Bewerig Oespanne Angstig Bedreigd Verontus	Twyfelagtig Deurmekaar Onseker Stepties Droakgraslaan	Ergertik Geirriteerd Beledig Rased Oefrustreerd Boos "Seer" Ootsteid Ongeduldige Hardnekkig	Taal Belangrik Vol vertroue Vreesloos Energiek Dapper Moedig Waaghalsig Selfvermekeerd Toereikend Vaardig	Verbê Nettelos Ontmoedig Hulpeloos Tam Ongelik Onbetwam Oebevoeg Ontoerikend Wankebrig
Swak	Behaag Bly Voldaan Oespanne Trrrede Kalm	"Af" Ontmoedig Teleurgesteld Voel bedruk Alleen Uitgesluit	Seerwessig Skrikkerig Ongemaklik Oespanne Verdedigend Besorgd Aarneleed	Onseker Verlaas Wisselvallig Besluiteloos Oopla	Verontus Ergertik Kaorrig Oeskerd Oetwel Onaangrasam	Vanberade Ferm Kaap Sterk	Broos Swakmoedig Nie in staat nie Swak

### BIBLIOGRAFIE

Cormier, W.H. &  
Cormier, L.S.  
1991.

*Interviewing strategies for helpers. 3<sup>de</sup> Uitgawe.*  
Kalifornië: Brooks/Cole Publishing Company.

**4.4.10**

**SESSIE TWAALF**

**EVALUERING/SAMEVATTING**



**EN AFSLUITING**

**VAN DIE KURSUS IN**

**GENEESKUNDIGE**

**MAATSKAPLIKEWERK-**

**ASSESSERING**

## *SESSIE TWAALF*

### **TEMA: EVALUERING/SAMEVATTING EN AFSLUITING VAN DIE KURSUS IN GENEESKUNDIGE MAATSKAPLIKEWERK-ASSESSERING**

#### **Inleiding**

Hierdie kursus behoort geëvalueer te word, aangesien dit die loodsimplementering daarvan was. Leemtes en positiewe terugvoer kan gebruik word ter uitbreiding van die geneeskundige maatskaplikewerk-assesseringsmodel, asook van die kursus. Gedurende hierdie sessie sal die geneeskundige maatskaplike werkers ook die natoets ten opsigte van die laaste twee dae se kursusse doen ten einde vas te stel of daar verbetering van kennis en vaardighede tydens die kursus plaasgevind het.

#### **Doelstelling**

Die doelstelling van die sessie is om:

- kursusgangers die geleentheid te gee om die natoets van die laaste kursusedeelte af te lê; en
- die kursus deur kursusgangers te laat evalueer.



#### **Voorbereiding**

##### **1. Toerusting en materiaal**

- Fotostate van natoetse ten opsigte van verhoudingsfunksionering en omgewings- en kulturele sisteme (Programbylae 7A(1)).
- Fotostate van evalueringsvraelyste (Afrikaans vir Afrikaanssprekende persone, Engels vir Engelssprekende persone).
- Opsommende transparante van die kursus (Programbylae 2.2, 4.5, 5.1, 5.2, 6.2, 6.3, 7.2, 7.4, 8A(1), 8A(2), 8B(2), 8C(1), 8C(2), 9.1, 9.2, 10.1, 10.2 en 11.2).

## 2. *Vorbereiding van aanbieder*

- Die aanbieder moet 'n samevatting van die hele kursus voorberei, deur gebruik te maak van opsommende transparante.
- Fotostate van natoetse en evalueringsvraelyste moet gemaak word.
- Die evalueringsvraelys moet voorberei word ten einde interpretering aan kursugangers te maak.

## 3. *Vorbereiding van kursugangers*

- Kursugangers sal die natoets gedurende die sessie doen. Vorbereiding kan hiervoor gedoen word.

## **Aanblydngswyse**

1. Gee 'n inleiding ten opsigte van die belang van evaluering van geneeskundige maatskaplike werkers deur middel van natoetse, asook die belang van evaluering van die kursus.
2. Gee natoetse aan kursugangers om te voltooi. Verduidelik hoe dit gedoen moet word. Neem natoetse in.
3. Gee hierna 'n samevatting van elke sessie afsonderlik deur gebruik van opsommende transparante. Laat kursugangers na elke sessie se samevatting, daardie spesifieke sessie evalueer op die evalueringsvraelyste. Neem vraelyste hierna in.
4. Bedank kursugangers vir hulle insette in die kursus. Noem aan hulle dat hulle in hulle onderskeie werksopsette gebruik moet maak van nuutverworwe kennis en vaardighede. Supervisors (hoof maatskaplike werkers) van die meeste hospitale teenwoordig, het die kursus ook gedoen en kan dus ook genader word indien onsekerhede bestaan. Die kursusaanbieder sal egter ook as konsultant beskikbaar wees en kursugangers is welkom om haar te kontak.

# EVALUERINGSVRAELYS VAN KURSUS IN GENEESKUNDIGE MAATSKAPLIKWERK-ASSESSERING

NAAM \_\_\_\_\_

GROEP \_\_\_\_\_

DATUM \_\_\_\_\_

Beantwoord asseblief alle vrae na die beste van u vermoë. Bestudeer asseblief alle instruksies deeglik voordat u die vrae beantwoord. Laat die kolom regs oop. Die doel van die vraelys is om die kursus te evalueer ten einde vas te stel of u kennis en vaardighede in geneeskundige maatskaplikewerk-assessering verbeter het. Leemtes sal ook aangedui word ten einde toekomstige kursusse aan te pas.

Die vrae word op 'n vyfpunt-skaal deur u beantwoord, waar 1 die laagste punt aandui, 3 gemiddeld is, en 5 die hoogste punt aandui.



UNIVERSITY  
OF  
JOHANNESBURG

Vir  
kantoor-  
gebruik

--	--

(1 - 2)  
Gevalnommer

--

(3)  
Kaartnommer

## SESSIE EEN: ORIËNTERING TOT DIE PROGRAM. GEREEDHEID TOT DEELNAME

1. In watter mate was die doelwitte van die program aan u uitgespel?

Geringe mate	1	2	3	4	5	Hoë mate
-----------------	---	---	---	---	---	-------------

(4)

2. In watter mate was die programaanbieder doelgerig gedurende die kursus?

Geringe mate	1	2	3	4	5	Hoë mate
-----------------	---	---	---	---	---	-------------

(5)

3. Is daarin geslaag om jou vrese en onsekerhede ten opsigte van die kursus aan te spreek?

1	2	3	4	5
Glad nie	Effens	Redelik	Goed	Baie goed

(6)

4. Tot watter mate het jy aan die groepe deelgeneem?

1	2	3	4	5
Glad nie	Effens	Redelik	Goed	Baie goed

(7)

5. Tot watter mate het *ander groeplede* aan die groepe deelgeneem?

1	2	3	4	5
Glad nie	Effens	Redelik	Goed	Baie goed

(8)

6. Hoe sal jy die onderlinge ondersteunende verhoudings van die kursusgangers gedurende die kursus beskryf?

1	2	3	4	5
Swak	Redelik	Gemiddeld	Goed	Baie goed

(9)

7. Hoe sal jy die verhouding tussen die kursusgangers en die aanbieder beskryf?

1	2	3	4	5
Swak	Redelik	Gemiddeld	Goed	Baie goed

(10)

8. In watter mate was jy *gemotiveerd* om deel te neem aan die kursus?

Geringe mate	1	2	3	4	5	Hoë mate
--------------	---	---	---	---	---	----------

(11)



**SESSIE TWEE: DEFINIËRING VAN ASSESSERING EN MODELLE TEN OPSIGTE VAN ASSESSERING**

9. In watter mate verstaan jy die konsep *assessering*?

Geringe mate	1	2	3	4	5	Hoë mate	(12)
--------------	---	---	---	---	---	----------	------

10. Plaas op 'n vyfpunt skaal die mate waarin u kennis ten opsigte van modelle in assessering toegeneem het.

1	2	3	4	5	(13)
Glad nie	Effens	Redelik	Goed	Baie goed	

**SESSIE DRIE: AGTERGRONDSGEBEURE**

11. Het jy meer bewus geword van die aard van aspekte wat as agtergrondsgebeure geassesseer word?

1	2	3	4	5	(14)
Glad nie	Effens	Redelik	Goed	Baie goed	

12. In watter mate is kennis opgeskerp ten opsigte van die metodes wat gebruik kan word vir assessering van agtergrondsgebeure?

1	2	3	4	5	(15)
Glad nie	Effens	Redelik	Goed	Baie goed	

**SESSIE VIER: ASSESSERING VAN DIE BIO-FISIESE FUNKSIONERING**

13. Hoe belangrik dink jy is assessering van die bio-fisiese funksionering in die geneeskundige maatskaplikewerk opset?

Glad nie belangrik nie	1	2	3	4	5	Baie belangrik
---------------------------	---	---	---	---	---	-------------------

(16)

14. In watter mate was kennis van die anatomie, fisiologie en kliniese beeld van 'n siektetoestand vir jou belangrik voor die aanvang van die kursus?

Glad nie belangrik nie	1	2	3	4	5	Baie belangrik
---------------------------	---	---	---	---	---	-------------------

(17)

15. In watter mate sou jy sê het jou kennis ten opsigte van die assessering van die bio-fisiese funksionering van die pasiënt toeneem?

1	2	3	4	5
Baie swak	Swak	Redelik	Goed	Baie goed

(18)

16. In watter mate sou jy sê het jou vaardighede ten opsigte van assessering van die bio-fisiese funksionering van die pasiënt toeneem?

1	2	3	4	5
Baie swak	Swak	Redelik	Goed	Baie goed

(19)

17. Noem kortliks watter teoretiese aspekte jy die nuttigste gevind het, en hoekom.

---



---



---



---



---

**SESSIE VYF: ASSESSERING VAN DIE KOGNITIEF-PERSEPTUELE  
FUNKSIONERING VAN DIE PASIËNT**

18. Beskryf jou kennis *voor die aanvang van die kursus* ten opsigte van die assessering van die kognitief-perseptuele funksionering van die pasiënt.

1	2	3	4	5
Baie swak	Swak	Redelik	Goed	Baie goed

(20)

19. Hoe sou jy jou kennis van aspekte wat geassesseer behoort te word ten opsigte van die kognitief-perseptuele funksionering van die pasiënt *na die kursus* beskryf?

1	2	3	4	5
Baie swak	Swak	Redelik	Goed	Baie goed

(21)

20. In watter mate het die gevallestudie en kliniese beeld van die breinbeseerde pasiënt daartoe bygedra dat jy die invloed daarvan op die pasiënt se kognitief-perseptuele funksionering begryp?

Geringe mate	1	2	3	4	5	Hoë mate
--------------	---	---	---	---	---	----------

(22)

**SESSIE SES: ASSESSERING VAN DIE EMOSIONELE FUNKSIONERING VAN  
DIE PASIËNT/NAASBESTAANDES**

21. In watter mate het jou kennis ten opsigte van die emosionele assesseringsaspekte verbreed?

1	2	3	4	5
Glad nie	Effens	Redelik	Goed	Baie goed

(23)

22. Sekere vraelyste en skale is tydens die sessie gedoen. In watter mate was jy bekend daarmee?

Baie swak	1	2	3	4	5	Baie goed
-----------	---	---	---	---	---	-----------

(24)

23. In watter mate sal hierdie vraelyste jou assessering van die emosionele funksionering van die pasiënt in die toekoms kan verbeter?

Geringe mate	1	2	3	4	5	Hoë mate
--------------	---	---	---	---	---	----------

(25)

24. Watter aspekte het jy die nuttigste gevind in die sessie? Waarom?

---

---

---

---

---

25. Watter aspekte in die sessie het jy nie sinvol gevind nie? Hoekom nie?

---

---

---

---

---

**SESSIE SEWE: DIE ASSESSERING VAN GEDRAGSFUNKSIONERING VAN DIE PASIËNT EN NAARBESTAANDES**

26. In watter mate was die teoretiese aspekte van gedragsassessering vir jou relevant?

1	2	3	4	5
Glad nie	Effens	Redelik	Baie	Geweldig baie

(26)

27. In watter mate het die gebruik van die Tipe A persoonlikheidsgedrag en gedrag van die Anorexia Nervosa pasiënt daartoe bygedra dat jou insig in die assessering van gedrag in die geneeskundige maatskaplikewerkveld verbreed het?

Geringe mate	1	2	3	4	5	Hoë mate
-----------------	---	---	---	---	---	-------------

(27)

28. Sekere metodes van gedragsassessering is in die sessie gebruik. In watter mate sou jy sê is jou vaardigheid in gedragsassessering verhoog deur hierdie metodes?

1	2	3	4	5
Glad nie	Effens	Redelik	Baie	Geweldig baie

(28)

29. Watter aspekte van die kursus ten opsigte van gedragsassessering in die geneeskundige maatskaplikewerkveld was vir jou die nuttigste? Waarom?



UNIVERSITY  
OF  
JOHANNESBURG

---



---



---



---

30. Watter aspekte van die kursus ten opsigte van gedragsassessering was nie vir jou nuttig nie? Waarom nie?

---



---



---



---

**SESSIE AGT: ASSESSERING VAN VERHOUDINGSFUNKSIONERING**  
**SESSIE 8A: HUWELIKSVERHOUDING**

31. In watter mate het jou kennis ten opsigte van assessering van die huweliksverhouding as geneeskundige maatskaplike werker toegeneem?

Geringe mate	1	2	3	4	5	Hoë mate
--------------	---	---	---	---	---	----------

(29)

32. Sekere modelle en skale is tydens die sessie gebruik. In hoe 'n mate het jy hiervan gebruik gemaak *voor* die kursus?

1	2	3	4	5
Nooit	Selde	Soms	Gereeld	Altyd

(30)

33. In hoe 'n mate sal die gebruik van hierdie modelle en skale jou vaardigheid in die assessering van die huweliksverhouding verhoog?

Geringe mate	1	2	3	4	5	Hoë mate
--------------	---	---	---	---	---	----------

(31)

34. Watter aspekte van die sessie was vir jou die nuttigste? **Waarom?**

---

---

---

---

---

35. Watter aspekte van die sessie was nie vir jou van waarde nie? **Waarom?**

---

---

---

---

---

**SESSIE 8B: ASSESSERING VAN DIE SEKSUELE FUNKSIONERING**

36. Hoe gereeld het jy die seksuele funksionering van die pasiënt *voor die kursus* geassesseer?

1	2	3	4	5
Nooit	Selde	Soms	Gereeld	Altyd

(32)

37. Hoe gemaklik het jy *voor die kursus* gevoel om die seksuele funksionering van die pasiënt te assesseer?

Glad nie 

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

 Baie

(33)

38. In watter mate dink jy sal jy in staat wees om die assessering van die seksuele funksionering van die pasiënt te kan doen *na die kursus*?

Geringe mate 

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

 Hoë mate

(34)

39. Watter teorie was vir jou die nuttigste in die kursus? **Waarom?**

---

---

---

---

---

40. Sekere skale en praktiese voorbeelde is tydens die kursus gebruik. In watter mate was hulle vir jou nuttig?

Van geen nut 

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

 Baie nuttig

(35)

41. Wat het jy *nie nuttig* gevind in die sessie nie? Waarom?

---

---

---

---

---

**SESSIE 8C: GESINSVERHOUDINGE**

42. In watter mate was die teorie wat tydens die sessie gebruik is, relevant?

Geensins relevant	1	2	3	4	5	Baie relevant
-------------------	---	---	---	---	---	---------------

(36)

43. In watter mate sou jy sê het jou vaardighede verbeter in die assessering van gesinsverhoudinge?

Geringe mate	1	2	3	4	5	Hoë mate
--------------	---	---	---	---	---	----------

(37)

44. Watter aspekte in die sessie was *nie vir jou relevant nie*? Waarom?

---

---

---

---

---

45. Watter aspekte van die sessie het jy as *relevant vir jou* beskou? Waarom?

---

---

---

---

---



**SESSIE NEGE: ASSESSERING VAN OMGEWINGSISTEME**

46. In watter mate het jou kennis toegeneem ten opsigte van die assessering van omgewingsisteme in die geneeskundige maatskaplikewerk-veld?

1	2	3	4	5
Glad nie	Effens	Redelik	Baie	Geweldig baie

(38)

47. Dink jy jy sal nou beter in staat wees om die pasiënt se omgewingsisteme te assesseer?

1	2	3	4	5
Glad nie	Effens beter	Redelik beter	Baie beter	Geweldig baie beter

(39)

48. Watter aspekte van die sessie was vir jou die nuttigste? Waarom

UNIVERSITY OF JOHANNESBURG

---

---

---

---

---

49. Watter aspekte van die sessie was nie vir jou van nut nie? Waarom?

---

---

---

---

---

**SESSIE 10: ASSESSERING VAN KULTURELE FAKTORE**

50. In watter mate het jou kennis verbreed ten opsigte van die assessering van kulturele aspekte in geneeskundige maatskaplike werk?

Geringe mate	1	2	3	4	5	Hoë mate
--------------	---	---	---	---	---	----------

(40)

51. Wat het jy nuttig gevind in hierdie sessie, en waarom?

---

---

---

---

---

52. Wat het jy nie nuttig gevind in hierdie sessie nie? Waarom?

---

---

---

---

---

**SESSIE 11: ONDERHOUDSVOERINGTEGNIKE WAT TYDENS ASSESSERING GEBRUIK WORD**

53. In watter mate was die teorie relevant?

1	2	3	4	5
Glad nie	Effens	Redelik	Baie	Geweldig baie

(41)

54. In watter mate het jou vaardighede in onderhoudsvoeringtegnieke tydens assessering verbeter?

1	2	3	4	5
Glad nie	Effens	Redelik	Baie	Geweldig baie

(42)

55. Watter aspekte het jy *positief* ervaar tydens die sessie? Waarom?

---

---

---

---

---

56. Watter aspekte het jy *negatief* ervaar tydens die sessie? Waarom?

---

---

---

---

---

## 12. ALGEMENE EVALUERINGSASPEKTE

57. Hoe nuttig was die kursus vir jou?

1	2	3	4	5
Glad nie	Effens	Redelik	Baie	Geweldig baie

(43)

58. Sal jy geneeskundige maatskaplike werkers aanbeveel om hierdie kursus te volg?

Glad nie	1	2	3	4	5	Sterk aanbeveel
----------	---	---	---	---	---	--------------------

(44)

59. Hoe goed was die aanbieding van die sessies?

1	2	3	4	5
Baie swak	Swak	Redelik	Goed	Baie goed

(45)

60. In watter mate was die teoretiese aspekte vir jou bruikbaar?

Glad nie 

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

 Uitsers bruikbaar

(46)

61. In watter mate het jy geleentheid gehad om jou vaardighede toe te pas?

1	2	3	4	5
Nooit	Selds	Soms	Gereeld	Altyd

(47)

62. Het jy die teenwoordigheid van die fasiliteerder, saam met die aanbieder, waardevol gevind?

Glad nie waardevol 

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

 Baie waardevol

(48)

63. Hoe was die tydsindeling van die kursus?

UNIVERSITY OF JOHANNESBURG

1	2	3	4	5
Baie swak	Swak	Redelik	Goed	Baie goed

(49)

64. Dien die feit dat kursusgangers 'n sertifikaat na afloop van die kursus gaan kry, as aansporing vir die voltooiing van die kursus?

Geringe mate 

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

 Hoë mate

(50)

65. Hoe tevrede was jy met die inhoud van die kursus? Omskryf.

---

---

---

---

---

66. Hoe sal jy voorstel dat die aanbieder die kwaliteit van die kursus verhoog?

---

---

---

---

---



#### 4.5 Samevatting

Die program wat in hierdie hoofstuk weergegee is, is in die eerste loodsimplémentering aangebied. Hierdie loodsimplémentering, asook 'n evaluering daarvan, sal vervolgens in Hoofstuk Vyf aangespreek word.



# HOOFSTUK V

## DIE ONTWIKKELINGSFASE

### 5.1 Inleiding

Die implementering van die opleidingsprogram volg na die ontwerp daarvan. Hierdie implementering behels 'n loodsimplementering. Nel en Nel (1992:15) is van mening dat 'n evalueringskomponent ook in die ontwikkelingsfase bestaan ten einde die geskiktheid van die innovasie te evalueer. Dit is meer afgestem op formatiewe evaluering, waar die doel primêr is om die innovasie in so 'n mate te ontwikkel dat dit uiteindelik op grootskaal benut kan word. Formatiewe evaluering word gewoonlik uitgevoer met die oog op besluitname om die program te termineer, verander, aspekte daarvan te herstruktureer, die program voort te sit, of uit te brei na ander eenhede in die organisasie (De Vos, 1989:118).

Soos reeds in Hoofstuk Een (1.3.2) aangedui is, is sekere evalueringssubfases van De Vos (1991) se Geïntegreerde Model met die materiële voorvereistes en metodologieë van die ontwikkelingsfase geïntegreer. Hierdie evalueringssubkomponente sou aan die navorser duidelikheid gee oor aspekte wat verander en geherstruktureer moet word, ten opsigte van die voortsetting en uitbreiding van die program. Die ontwikkelingsfase (Figuur 5.1) van hierdie studie, wat beide die Geïntegreerde Ontwikkelingnavorsingsmodel (Nel, 1992) en die Geïntegreerde Model van Programevaluering (De Vos, 1991) inkorporeer, illustreer die spesifieke evalueringssubkomponente wat uitgevoer is.

In hierdie hoofstuk sal die metodologieë, wat die formulering van die ontwikkelingsplan, die operasionele voorbereiding, en die eerste loodsgebruik en ontwikkelingstoetsing van die program in geneeskundige maatskaplikewerk-assessering behels, bespreek word. Die navorser het verder in hierdie studie behoeftebepalingsevaluering, evalueerbaarheidsassessering, programmonitering en impakevaluering gebruik as evalueringssubkomponente tydens die eerste loodsimplementering, wat ook in hierdie hoofstuk bespreek sal word.

FIGUUR 5.1

DIE ONTWIKKELINGSFASE VAN DIE GEÏNTEGREERDE ONTWIKKELINGNAVORSINGSMODEL

	MATERIËLE VOORVEREISTES	METODOLOGIE
ONTWIKKELINGSFASE	9. Ontwikkelingsplan	13. Formulering van die ontwikkelingsplan
	10. Loodsimplementering	14. Operasionele voorbereiding
	11. Data uit loodsgebruik	15. Loodsgebruik en ontwikkelingstoetsing
	12. Evalueringsplan	<b>Subfases</b>
	13. Evalueringsdata	11. Behoeftebepalingsevaluering
		17. Evalueerbaarheidsassessering
		18. Programmonitering
		19. Impakevaluering
	14. Beproeftde interventiewe innovasie (opleidings-innovasie)	

## 5.2 Formulering van die ontwikkelingsplan

Die formulering van die ontwikkelingsplan is die eerste stap in die ontwikkelingsfase wat nandag geniet het. Nel en Nel (1992:16) haal Thomas (1984) aan wat sekere aspekte uitlig ten einde die formulering van die ontwikkelingsplan uit te voer, naamlik:

- die omvang van die geantisipeerde ontwikkeling;
- die tipe en omvang van die evaluering wat in die ontwikkelingsfase moet plaasvind;
- of navorsing gelyktydig met die ontwikkeling sal geskied; en
- die plek waar die loodsgebruik en ontwikkeling sal plaasvind.

Thomas (1984:97-110) is ook van mening dat die objektiewe geskiktheid van die program, wat die doeltreffendheid en effektiwiteit van die program, die praktiese uitvoerbaarheid en toereikendheid van die programprosedure, en die eties-behoorlikheid en bruikbaarheid van die program behels, uiters belangrik is tydens die formulering van die ontwikkelingsplan.



Die navorser het gedurende die formulering van die ontwikkelingsplan gepoog om bogenoemde aspekte as volg aan te spreek:

- a) Die objektiewe geskiktheid van die program het na vore gekom aangesien daar voortdurend gepoog is om die kennis en vaardighede in geneeskundige maatskaplikewerk-assessering van die onderskeie range, naamlik toetreerang, seniorrang en hoof maatskaplike werkers, te verbeter. Die tyd en fondse wat aan die aanbieding van die kursus spandeer is, is in oorleg met die hoof maatskaplike werkers (supervisors) en Sub-Direktoraat van die Tak: Gesondheidsdienste, vasgestel. Die supervisors het dit met die onderskeie maatskaplike werkers bespreek, wat self besluit het of hulle aan die opleidingsprogram wou deelneem. Daar is ook besluit om elke groep afsonderlik te betrek by die opleidingsprogram, aangesien hulle nie net verskillende *behoefies* gehad het nie, maar ook aangesien hulle *gevoelens* ten opsigte van blootstelling tussen range in ag geneem is. Die toetreerang en seniorrang groepe is ook in twee verdeel, sodat die een groep in die eerste helfte van die jaar die program sou volg, en die ander groep in die tweede helfte van die jaar. Die eerste groepe sou dan die eerste loodsimplémenteringsgroepe wees, wat as gevolg van die beperkte omvang van hierdie studie die enigste groepe is wat ingesluit is. Daar is egter ook 'n ander rede waarom die groepe in twee verdeel is, naamlik dat sommige hospitale se personeel as geheel by die program betrek wou word. As gevolg van die eise wat aan hospitale gestel word, veral in hierdie tyd van geweld in Suid-Afrika waarin baie hospitale op bystand vir noodtoestande is en noodtoestande ervaar, moes die groepe in twee verdeel word om by die doelstellings van die gesondheidsdienste aan te sluit.
- b) Die toereikendheid van die programprosedure beteken dat die prosedure op 'n geldige basis moet berus, volledig, spesifiek en korrek moet wees, en gestandaardiseerde aanbiedingsprosedures moet volg (Nel, 1992:54). Die prosedures wat tydens die opleidingsprogram vir geneeskundige maatskaplikewerk-assessering gevolg is, is duidelik in die program uitgespel. Die navorser het self die program aangebied. 'n Fasiliteerder, wat tydens die kleingroepbesprekings, rollespel, en die sessies behulpzaam was, is egter ook benut. Die program is aan die fasiliteerder gegee. Mondelinge instruksies is voor elke aanbieding aan haar gegee, en sy kon ook vrae vra.

- c) Die eties-behoorlikheid van die program beskerm die regte van die deelnemers. Tydens die opleidingsprogram is die groepe geskei, soos reeds vermeld. Die deelnemers en aanbieder het ook aan die begin van die sessie 'n kontrak met mekaar gesluit, om so aan die eties-behoorlike voorwaardes te voldoen.
- d) Die program was bruikbaar, aangesien dit afgestem was op die dienste van maatskaplike werkers in die gesondheidsveld, en die groepe wat die kursus bygewoon het, was almal betrokke in die gesondheidsveld. Die opleidingsprogram was relevant en bruikbaar, aangesien die groepe self sekere opleidingsbehoefes geïdentifiseer het, en ook tydens die kleingroepbesprekings en vir tuiswerk van gevallestudies en voorbeelde, wat op hulle eie diensveld betrekking het, gebruik gemaak het.

Wanneer die ander belangrike aspekte tydens die formulering van die ontwikkelingsplan in ag geneem word, het die volgende aandag geniet:

- a) Die omvang van die ontwikkeling het behels drie groepe, naamlik 'n toetreerang-groep, 'n seniorgroep, en 'n groep hoof maatskaplike werkers. Die toetreerang-groep is in twee groepe van agt persone elk verdeel, die seniorgroep is in twee groepe van dertien persone elk verdeel, en die hoofde het uit 'n groep van nege persone bestaan. Die groepe het elk vier dae aan die opleidingsprogram bestee, naamlik twee dae gedurende Maart 1994, en twee dae vier weke later, gedurende April 1994.
- b) Die aard en omvang van die evaluering van die kursus was kwalitatief en kwantitatief van aard. Die kursus is as geheel en ten opsigte van die onderskeie sessies na afloop van die kursus geëvalueer. Die vraelys wat hiervoor gebruik is (Bylae D), asook die mondelinge terugvoer tydens en na die kursus en die waarneming van die aanbieder en fasiliteerder tydens die aanbieding van die kursus, het waardevolle kwalitatiewe evalueringmateriaal verskaf. Die kursusgangers het kennistoetse ten opsigte van elke assesseringsaspek afgelê, en rolspel is gebruik vir die evaluering van onderhoudvoeringstegnieke. Hierdie evaluering het kwantitatiewe evaluering behels. Die program het hom nie geleen tot die gebruik van basiese navorsing nie.

Die program is by die J.G. Strijdom hospitaal se maatskaplikewerk-departement aangebied, wat die mees sentrale ligging vir alle betrokkenes was. Vervoer is ook deur Tak: Gesondheidsdienste verskaf. Die kursusse het van 8:30 tot 15:00 geduur, wat binne die normale werksure geval het, indien die reistyd van respondente tussen J.G. Strijdom hospitaal en hulle onderskeie hospitale in ag geneem word.

Na die evaluering van die ontwikkelingsplan, moes die navorser sekere operasionele voorbereidingsstappe uitvoer voordat die loodsimplementering kon plaasvind. Vervolgens sal hierdie stappe bespreek word.

### 5.3 Operasionele voorbereiding

Nel en Nel (1992:16) haal Thomas (1984) en Rothman (1980) aan ten einde die volgende stappe wat tydens die operasionele voorbereiding gevolg moet word, aan te dui: personeelvoorbereiding, die ontwikkeling van hulle vaardighede, supervisie, projekbestuur en steekproeftrekking.



Rothman (1980:120) noem drie basiese kwalifikasies waaraan personeel moet voldoen:

- *konseptuele denkvermoë* — bekendheid met en vaardigheid in teoretiese aspekte;
- *praktykbevoegdheid* — bekendheid en vaardigheid met aanwending van die program;
- *betroubaarheid* — in verslaggewing en voltooiing van take.

Die navorser, sowel as 'n fasiliteerder, was by die implementering van die program met die onderskeie groepe betrokke. Die fasiliteerder is gekeur na aanleiding van bogenoemde kriteria, en die navorser het besluit om van 'n kollega, naamlik die Hoof maatskaplike werker by J.G. Strijdom hospitaal, se dienste gebruik te maak. Die persoon was goed bekend met die inhoud van die program, en het reeds 'n geruime tyd saam met die navorser gewerk. Die beoordeling van bogenoemde kriteria kon dus maklik gedoen word. Supervisie was dus ook sinvol uitgevoer. Die projek was deur die navorser by die J.G. Strijdom hospitaal bestuur, en 'n spesifieke persoon is aangewys vir administratiewe take, sowel as 'n komitee wat verantwoordelik was vir die tref van reëlins. Die steekproewe in die eerste loodsgebruik was

nie ewekansig gekies nie, maar het uit drie groepe bestaan, naamlik toetreerang, seniorrang en hoof maatskaplike werkers. Die navorser kon vanuit hierdie operasionele voorbereiding wat gedoen is, oorgaan na die eerste loodsgebruik en ontwikkelingstoetsing van die program.

#### 5.4 Eerste loodsgebruik en ontwikkelingstoetsing

Die loodsgebruik is die inwerkingtreding van die ontwikkelingsfase, en is die hoofinstrument om die uitvoerbaarheid van die program te toets en die metodes van ontwikkeling te vervolmaak. Die algemene doelstellings van ontwikkeling sluit die volgende in:

- a) Ondersoek *of* 'n toepassingskonsep/beginsel wat ontwerp is, in die praktyk sal werk.
- b) Bepaal *hoe* dit in die praktyk sal werk, met ander woorde, wat verwag word in terme van menslike en materiële aspekte om hierdie beginsel onder sulke omstandighede te kan uitvoer.
- c) Evalueer of dit *effektief* en *doeltreffend* is — of dit aan die doelwitte waarvoor dit ontwerp is (met 'n redelik mate van sukses en betroubaarheid en binne aanvaarbare koste), voldoen.
- d) Bedink maniere waarop die spesifikasies van die operasionalisering aangewend kan word ten einde maklike *kommunikasie* en *antwoorde* toe te laat. In die menslike wetenskappe is dit die aanneming van wydverspreide toepassing van die program (Rothman, 1980:114).

Nel (1992:65) is van mening dat die navorser, vanuit die data wat uit die ontwikkelings-toetsing na vore kom, 'n indruk van onder andere die volgende maak:

- die tipes gevalle waarvoor die innovasie geskik is;
- praktiese implementeringsprobleme;
- die effektiwiteit van die programaanbieders;
- die voldoendeheid van die toegelate tyd;

- die doeltreffendheid van hulpmiddels;
- die sukses van die gekose onderrigstrategieë;
- die spesifiekheid van die innovasieprosedures;
- die geskiktheid van die evalueringsmetodes; en
- die inhoudsgeldigheid van die meetinstrumente.

Wanneer die doelstellings van die ontwikkelingsfase, soos deur Rothman (1980) en Nel (1992) uitgespel, in ag geneem word, blyk dit dat 'n evalueringskomponent in die eerste loodsgebruik en ontwikkelingstoetsing nodig is. Die effektiwiteit en doeltreffendheid van die program in die praktyk, asook tydens die aanbieding daarvan, moet bepaal word.

Die navorser het, na aanleiding van die bepaling van die effektiwiteit en doeltreffendheid van die program in die eerste loodsgebruik, gebruik gemaak van die evaluering volgens die Geïntegreerde Model vir Progamevaluering, soos alreeds in hierdie hoofstuk (5.1) uitgespel is.

Die program wat in die ontwerpfase saamgestel is, was die program wat in die eerste loodsgebruik en ontwikkelingstoetsing gebruik en geëvalueer is. Hierdie program word in Figuur 5.2 uiteengesit. Die program is gedurende Maart en April 1994 toegepas, en elke groep is vir twee dae in elke maand betrek.

Die navorser sal vervolgens die evalueringskomponent van die program bespreek.

## 5.5 Die evaluering van die eerste loodsgebruik

### 5.5.1 Inleiding

Progamevaluering kan gedefinieer word as die sistematiese aanwending van maatskaplike navorsingsprosedures ten einde die konseptualisering, ontwerp, implementering en bruikbaarheid van maatskaplike hulpprogramme te evalueer (Rossi & Freeman, 1989:18). Dit word gedoen om die waarde van bestaande programme te beoordeel en vas te stel wat die bruikbaarheid van pogings om hulle te verander, is; om die effektiwiteit van programbestuur en administrasie te verbeter; en om aan die verantwoordbaarheid van programborger te voldoen (Rossi & Freeman, 1989:13).

## FIGUUR 5.2

### SKEMATIESE VOORSTELLING VAN DIE PROGRAM VIR DIE EERSTE LOODSGEBRUIK EN ONTWIKKELINGSTOETSING

#### **KURSUS I**

- Sessie een:** Oriëntering tot program en gereedheid tot deelname en groei
- Sessie twee:** Inleiding ten opsigte van assessering
- Sessie drie:** Assessering van agtergrondsgebeure vanuit 'n geneeskundige maatskaplikewerk-perspektief
- Sessie vier:** Assessering van die bio-fisiese funksionering van die pasiënt vanuit 'n geneeskundige maatskaplikewerk-perspektief
- Sessie vyf:** Assessering van die kognitief-perseptuele funksionering van die pasiënt/naasbestaandes vanuit 'n geneeskundige maatskaplikewerk-perspektief
- Sessie ses:** Assessering van die emosionele funksionering van die pasiënt/naasbestaandes vanuit 'n geneeskundige maatskaplikewerk-perspektief

#### **KURSUS II**

- Sessie 7A:** Samevatting van vorige kursusse en toetsing van opeenvolgende kursusse
- Sessie 7B:** Assessering van die gedragsfunksionering van die pasiënt en belangrike ander persone vanuit 'n geneeskundige maatskaplikewerk-perspektief
- Sessie 8:** Assessering van die verhoudingsfunksionering van die pasiënt en belangrike ander persone vanuit 'n geneeskundige maatskaplikewerk-perspektief
- Sessie 8A:** Assessering van die huweliksverhouding vanuit 'n geneeskundige maatskaplikewerk-perspektief
- Sessie 8B:** Assessering van die seksuele verhouding vanuit 'n geneeskundige maatskaplikewerk-perspektief
- Sessie 8C:** Assessering van die gesinsfunksionering vanuit 'n geneeskundige maatskaplikewerk-perspektief
- Sessie nege:** Assessering van die omgewingsisteme vanuit 'n geneeskundige maatskaplikewerk-perspektief
- Sessie tien:** Assessering van die kulturele aspekte van die pasiënt/naasbestaandes vanuit 'n geneeskundige maatskaplikewerk-perspektief
- Sessie elf:** Onderhoudsvoeringstegnieke wat die geneeskundige maatskaplike werker gebruik ten einde assessering te doen
- Sessie twaalf:** Evaluering/samevatting en afsluiting van die kursus in geneeskundige maatskaplikewerk-assessering

Die evalueringsproses van McKendric (1989:32-34), soos aangepas uit Tripodi (1987), vorm 'n integrale deel van programmevaluering en die Geïntegreerde Model van Programmevaluering van De Vos (1990). Die stappe van hierdie evalueringsproses is:

- bepaal *wat* geëvalueer moet word;
- identifiseer die verbruikers van die evaluering;
- werf samewerking van die betrokke personeel;
- spesifiseer programdoelwitte;
- selekteer evalueringsdoelwitte;
- selekteer veranderlikes;
- kies 'n navorsingsontwerp;
- pas meting toe;
- ontleed/interpreteer bevindings; en
- rapporteer/implementeer resultate.

Soos reeds genoem, is die subfases wat in hierdie studie toegepas is behoeftebepalings-evaluering, evalueerbaarheidsassessering, programmonitering en impakevaluering. Laasgenoemde twee subfases sal veral aandag kry in die ontwikkelingsfase van die studie.

Die evalueringssubfase van die opleidingsprogram vir geneeskundige maatskaplike werkers, Tak: Gesondheidsdienste, Transvaal, sal vervolgens bespreek word.

### **5.5.2 Behoeftebepalings-evaluering**

Verskillende tipes behoeftebepalings word aangetoon deur De Vos (1986:29-34), naamlik:

- *Bestaande bronne:*
  - i) Verslae, statistiek, polisierekords, geboortes-, huweliks-, en sterftesyfers.
  - ii) Evaluering van bestaande kliëntegroepe en hulpverleningsprogramme.

- *Behoeftebepaling deur inwin van "nuwe" inligting*
  - i) Gemeenskapsforum;
  - ii) Gebruik van sleutelinformante; en
  - iii) Maatskaplike opnames.

Die navorser het in hierdie studie (Hoofstukke Twee en Drie) gebruik gemaak van statistiek (Tabel 3.1), evaluering van bestaande programme (2.3), gebruik van sleutelinformante, naamlik die Oos-Randse hospitale groep, ander hospitale en die toetreerang maatskaplike werkers (2.2), ten einde die opleidingsprobleem te analiseer. Leerbehoefte is deur middel van 'n onderhoudskedule (Bylae B) met die hulp van hoof maatskaplike werkers bepaal, soos in die onderhoudskedule (Tabel 3.2) weergegee is. Die gebruik van opnames, naamlik vraelyste, is gebruik vir die bepaling van leerbehoefte van kursusgangers en in 3.6 is daarvoor verslag gedoen. Onderskeid is gemaak tussen vermeldde, geïmpliseerde, en gevoelde behoeftes (3.6).



UNIVERSITY  
OF  
JOHANNESBURG

### **5.5.3 *Evalueerbaarheidsassessering***

Die hoofdoel van evalueerbaarheidsassessering is om te bepaal of 'n maatskaplike program op so 'n manier ontwerp is en geïmplementeer word, dat sistematiese evaluering moontlik is (De Vos 1989:116). Die opknappingskursus is so ontwerp dat evaluering 'n integrale deel van die program en van elke sessie uitmaak.

### **5.5.4 *Programmonitering: algemeen en kwalitatief van aard***

Programmonitering word omskryf as 'n sistematiese poging deur evalueringsnavorsers om die dekking en verskaffing van die program te evalueer (Rossi & Freeman, 1990:167). Monitering is nodig om vas te stel of die program sy teikengroep bereik. De Vos (1989:119) omskryf monitering as volg:



- **Insetevaluering:** Dit is die aantal telefoonoproepes gemaak, onderhoude gevoer, vergaderings bygewoon en verslae geskryf.
- **Prosesevaluering:** Die tipe vrae wat tydens prosesevaluering beantwoord moet word, is:
  - a) Was die deelnemers se bywoning na verwagting?
  - b) Het die deelnemers die doelwitte en die metodes van die program aanvaar?
  - c) Het die leier die program geïmplementeer soos beplan, of is daar wysigings aangebring?
  - d) Was daar interpersoonlike probleme tussen die deelnemers onderling en tussen deelnemers en die groepleiers?
  - e) Was daar unieke en intense ervarings tydens die verloop van die program, byvoorbeeld 'n sterfgeval of egskedding, wat 'n deelnemer tydens program-implementering beleef het?
  - f) Was daar unieke gebeurtenisse in die samelewing of gemeenskap tydens die program-implementering, byvoorbeeld 'n busramp, bomontploffing, aardbewing of verkiesing?
  - g) Was dit nodig om tydens die program wesenlike wysigings aan die inhoud daarvan aan te bring?

Die program se prosesevaluering kan na aanleiding van bogenoemde vrae soos volg geëvalueer word:

- a) Bywoning van die meerderheid kursusgangers was na verwagting. Slegs twee seniors van die psigiatriese hospitale het nie die tweede kursus bygewoon nie, en het ook nie reëlings getref of apologie aangeteken nie. Vyf-en-twintig kursusgangers van die eerste loodsgebruik het dus die kursus gereeld bygewoon.
- b) Die doelwitte en aanbieding van die program sal later in hierdie hoofstuk geëvalueer word.

- c) Unieke gebeurtenisse en intense ervarings, wat veral ook geneeskundige dienste raak, het op groot skaal tydens die aanbieding van die kursus voorgekom. Suid-Afrika was midde in 'n verkiesingsveldtog vir die eerste demokratiese verkiesing in die land. Geweld het op groot skaal voorgekom. Sommige van die kursusgangers het uit gebiede gekom waar geweld algemeen was. Die kursusaanbieder was self, as lid van die rampspan van haar hospitaal, betrokke by die hantering van grootskaalse geweld in die Johannesburgse middestad. Die personeellede van hospitale was op gereedheidsgrondslag geplaas, en geen vakansieverlof kon geneem word tot na 10 Mei 1994, die datum waarop die nuwe Staatspresident ingehuldig is, nie. Verskeie addisionele publieke vakansiedae is vir staatsdepartemente, behalwe sommige gesondheidsdienste personeel (insluitende geneeskundige maatskaplike werkers) daargestel. Kursusgangers het ook verskeie kultuurgroepe, wat gedurende die verkiesingstydperk met mekaar in kompetisie was, verteenwoordig. Die onderlinge verhouding van die kursusgangers was egter baie goed.



UNIVERSITY  
OF  
JOHANNESBURG

Die volgende aspekte, wat as deel van die moniteringsdata verreken behoort te word, word deur Nel (1992, na aanleiding van Rossi & Freeman, 1989) aangetoon: of die beoogde teikengroep bereik is, die tipe kennis-, houding- en vaardigheidsaspekte waaraan aandag gegee is, asook die reaksies van die deelnemers oor die verskillende innovasieterreine. Aanduidings moet verkry word waarom sekere modules meer suksesvol was as ander. Die mate van ooreenstemming tussen die programontwerp en implementering moet uitgelig word.

### 5.5.5 Monitering van die opleidingsprogram

Die tendense, soos verkry uit die evalueringsvraelys (Bylae D), sal vervolgens bespreek word ten einde die monitering van die program te doen.

#### SESSIE EEN: ORIËTERING TOT DIE PROGRAM & GEREEDHEID TOT DEELNAME

Die sessie is op 'n skaal van een tot vyf beoordeel. Tabel 5.1 gee 'n opsomming van die aspekte, sowel as van die gemiddelde tellings wat daaraan toegeken is, weer. Die gemiddelde tellings van alle aspekte is vier, behalwe vir die deelname van individuele kursusgangers, wat 'n gemiddelde telling van ( $\bar{x}$ ) 3,920 aangedui het. Hierdie telling is egter baie na aan 'n telling van vier. Die gevolgtrekking kan dus gemaak word dat hierdie sessie as bo-gemiddeld geslaagd beskou moet word. 'n Belangrike aspek is die feit dat kursusgangers tog die kursus as doelgerig beskou het, en dat die doelwitte daarvan goed uitgespel is.



UNIVERSITY  
OF  
ANNESBURG

TABEL 5.1

#### STATISTIESE GEGEWENS VAN DIE EVALUERING VAN SESSIE EEN

EVALUERINGSASPEK	GEMIDDELD
Mate waarin die doelwitte van die program uitgespel is	4,119
Doelgerigtheid van programaanbieder	4,559
Aanspreek van vrese/onsekerhede: kursusgangers	4,199
Mate van deelname aan groepe van elke kursusganger	3,920
Deelname van ander lede	4,079
Onderlinge ondersteunende verhoudings	4,360
Verhouding tussen aanbieder en kursusgangers	4,079
Motivering van kursusgangers	4,119
$N = 25$	

### SESSIE TWEE: INLEIDING TEN OPSIGTE VAN ASSESSERING

In die tweede sessie is aandag gegee aan die konsep 'assessering' en die teoretiese modelle wat gebruik is om die geïntegreerde model vir geneeskundige maatskaplikewerk-assessering daar te stel. Hierdie sessie is weereens op 'n skaal van een tot vyf, volgens sekere vrae in die evalueringsvraelys (Bylae D), beoordeel. Die gegewens van hierdie sessie word in Tabel 5.2 opgesom.

TABEL 5.2

STATISTIESE GEGEWENS VAN DIE EVALUERINGSASPEK VAN SESSIE TWEE

EVALUERINGSASPEK	GEMIDDELD
Begrip van konsep 'assessering' na afloop van die kursus	4,199
Toename in kennis ten opsigte van die modelle van assessering	3,920
<i>N</i> = 25	

Bogenoemde data dui aan dat kursusgangers hulle toename in kennis ten opsigte van die konsep 'assessering', asook die modelle van assessering wat tydens die sessie gebruik is, as bo-gemiddeld beskou.

### SESSIE DRIE: ASSESSERING VAN AGTERGRONDSGEBEURE

Die mate waarin kursusgangers meer bewus geraak het van die aard van aspekte wat geassesseer behoort te word as agtergrondsgebeure, asook die metodes wat hiervoor aangewend kan word, is in hierdie sessie aangebied. 'n Evaluering het weer eens op 'n skaal van een tot vyf plaasgevind (Tabel 5.3).

TABEL 5.3

## STATISTIESE GEGEWENS VAN DIE EVALUERING VAN SESSIE DRIE

EVALUERINGSASPEK	GEMIDDELD
Mate waarin kursusgangers meer bewus geraak het van aspekte wat geassesseer behoort te word	3,680
Bewuswording van metodes wat aangewend kan word	4,040
<i>N</i> = 25	

Die mate waarin kursusgangers bewus geraak het van aspekte wat as agtergrondsgebeure geassesseer behoort word, is weer eens bo-gemiddeld. Die gemiddelde telling is 3,680. Alhoewel dit afwyk van vier, beteken dit nie dat kursusgangers nie bo-gemiddelde kennis ten opsigte van assesseringsaspekte verkry het nie.

Die bewuswording van metodes is ook as bo-gemiddeld geëvalueer. In hierdie sessie het die navorser nie soveel aandag aan die aanleer van spesifieke metodes van assessering gegee nie. Dit het uit leerbehoefte, soos weergegee in Tabel 3.2 en in Afdeling 3.6 van hierdie studie, geblyk dat slegs opknapping van bestaande kennis nodig was.

#### SESSIE VIER: ASSESSERING VAN DIE BIO-FISIESE FUNKSIONERING

Gedurende hierdie sessie is aandag gegee aan belangrike bio-fisiese aspekte waarsonder geneeskundige maatskaplike werkers nie 'n effektiewe diens kan lewer nie. Die volgende tendense het uit die evaluering van hierdie sessie na vore gekom (Tabel 5.4).

TABEL 5.4

## STATISTIESE GEGEWENS VAN DIE EVALUERING VAN SESSIE VIER

EVALUERINGSASPEK	GEMIDDELD
Die belang van assessering van die bio-fisiese funksionering	4,559
Kennis van anatomie, fisiologie en kliniese beeld voor aanvang van kursus	3,680
Toename in kennis van bio-fisiese funksionering	4,159
Toename in vaardighede in bio-fisiese funksionering	3,920
<i>N</i> = 25	

Die assessering van die bio-fisiese funksionering van die pasiënt word, na afloop van die kursus, deur die kursusgangers as 'n belangrike assesseringsaspek geag. Die gemiddelde telling van ( $\bar{x}$ ) 4,559, op 'n skaal van vyf, word aan die belang van assessering van die bio-fisiese funksionering aangetoon (Tabel 5.4). Indien hierdie gegewens met dié van die assessering van die bio-fisiese funksionering van die pasiënt in Tabel 3.3 vergelyk word, dui dit op 'n toename van bewuswording by die kursusgangers oor die belang van hierdie assesseringsaspek. Tabel 3.3 wys dat 20% van die respondente die bio-fisiese funksionering selde, 42,5% soms en 37,5% altyd geassesseer het. Die kennis van anatomie, fisiologie en die kliniese beeld van die siektetoestande voor die aanvang van die kursus is as gemiddeld tot bo-gemiddeld, met 'n gemiddelde telling van ( $\bar{x}$ ) 3,680, deur kursusgangers aangetoon (Tabel 5.4). Indien hierdie kennis egter met die bepaling van leerbehoefte in Tabel 3.4 vergelyk word, is daar 'n verskil in die kennis oor die bio-fisiese funksionering voor die aanvang van die kursus. Die respondente se gemiddelde telling ten opsigte van die kennis van hierdie assesseringsaspekte was ( $\bar{x}$ ) 2,000 uit agt-en-dertig waardes, soos in Tabel 3.4 aangetoon word. Die kennis van die bio-fisiese assesseringsaspekte was dus swak, indien die bepaling van leerbehoefte in ag geneem word. Dit sluit goed aan by die evaluering, op 'n vyf-punt skaal, van die toename in kennis met 'n gemiddelde telling van ( $\bar{x}$ ) 4,159 en vaardighede met 'n gemiddelde telling van ( $\bar{x}$ ) 3,920 ten opsigte van die bio-fisiese assesseringsaspekte. Die kursusgangers het

dus hulle toename in kennis en vaardighede ten opsigte van die bio-fisiese assesserings-aspekte as bo-gemiddeld geëvalueer.

**SESSIE VYF: ASSESSERING VAN DIE KOGNITIEF-PERSEPTUELE FUNKSIONERING**

Die kursusgangers het hulle kennis van die kognitief-perseptuele funksionering van die pasiënt voor en na die kursus geëvalueer. Evaluering van die gebruik van 'n gevallestudie en kliniese beeld van die siekte as hulpmiddels het ook plaasgevind. Die evaluering van die sessie word in Tabel 5.5 weergegee.

**TABEL 5.5**

**STATISTIESE GEGEWENS VAN DIE EVALUERING VAN SESSIE VYF**

EVALUERINGSASPEK	GEMIDDELD
Kennis voor aanvang van kursus	2,880
Kennis na afloop van die kursus	3,960
Bydrae van gevallestudie en kliniese beeld van neurologiese pasiënt in toename van begrip van kognitief-perseptuele assessering	4,000
<i>N</i> = 25	

Die kursusgangers het hulle kennis voor die aanvang van die kursus ten opsigte van die kognitief-perseptuele funksionering as swak beskryf. Dit kan duidelik uit die gemiddelde telling van ( $\bar{x}$ ) 2,880 afgelei word. Die kennis ten opsigte van die kognitief-perseptuele assessering word na die kursus as bo-gemiddeld, met 'n gemiddelde telling van ( $\bar{x}$ ) 3,960, deur die kursusgangers beskou. Die gevallestudie en kliniese beeld van die siektetoestand het ook in 'n groot mate bygedra tot die toename in begrip van die kognitief-perseptuele assesseringsaspek, soos aangedui is met 'n gemiddelde telling van ( $\bar{x}$ ) 4,000, op 'n skaal van vyf in Tabel 5.5.

**SESSIE SES: ASSESSERING VAN DIE EMOSIONELE FUNKSIONERING**

Die toename in kennis, bekendheid met vraelyste en skale wat gebruik is tydens die sessie, en die mate waarin die vraelyste die assessering van die emosionele funksionering in die toekoms sal verbeter, is tydens hierdie sessie geëvalueer. Die evalueringresultate word in Tabel 5.6 gegee.

**TABEL 5.6****STATISTIESE GEGEWENS VAN DIE EVALUERING VAN SESSIE SES**

EVALUERINGSASPEK	GEMIDDELD
Toename in kennis van assessering van emosionele funksionering	3,640
Bekendheid met skale/vraelyste voor sessie	3,680
Mate waarin skale toekomstige assessering sal verbeter	3,839
<i>N</i> = 25	

Die toename in kennis was gemiddeld indien 'n gemiddelde telling van 3,640 in ag geneem word. Wanneer die kennistoets in Tabel 3.4 ten opsigte van die bepaling van leerbehoefte in berekening gebring word, blyk dit dat daar 'n groot verbetering in die toename van kennis was. In Tabel 3.4 was die gemiddelde telling 1,700 uit agtien waardes. Die bekendheid met skale was volgens Tabel 5.6 aangedui as 'n gemiddeld van ( $\bar{x}$ ) 2,680. Die kennistoets vir die bepaling van leerbehoefte dui weer eens 'n verskil aan (sien Tabel 3.7). Hier was die gemiddelde telling 0,150. In Tabel 3.8 word 'n gemiddeld van 1,875 aangetoon ten opsigte van kennis van die Hudsonskale. Die afleiding kan dus gemaak word, met in agneming van die vorige data, dat kennis ten opsigte van skale waarskynlik minder as die gemiddelde telling van ( $\bar{x}$ ) 2,680 is. Die kursusgangers was egter van mening dat vraelyste en skale hulle assessering van die emosionele funksionering van die pasiënt/naasbestaendes bo-gemiddeld verbeter het.



**SESSIE SEWE: ASSESSERING VAN DIE GEDRAGSFUNKSIONERING**

Die evalueringsaspekte van hierdie sessie het die mate van relevansie van teorie en toename in vaardighede in gedragssassessering behels, asook die mate waarin die gebruik van voorbeelde, wat siekte-georiënteerd is, bygedra het tot verbeterde geneeskundige maatskaplikewerk-assessering. Tabel 5.7 gee die evalueringsbesonderhede weer.

TABEL 5.7

**STATISTIESE GEGEWENS VAN DIE EVALUERING VAN SESSIE SEWE**

EVALUERINGSASPEK	GEMIDDELD
Mate van relevansie van teorie	3,960
Verbreding van geneeskundige maatskaplikewerk-assesseringskennis n.a.v. voorbeelde van siektetoe-stande	3,800
Toename in vaardigheid in assessering van gedrag	3,958
<i>N</i> = 25	

Die kursusgangers het die mate van relevansie van teorie as bo-gemiddeld beskou. Die toename in vaardighede en verbreding van geneeskundige maatskaplikewerk-assessering is ook as bo-gemiddeld geëvalueer. Die gemiddelde tellings van 3,800 en 3,958 onderskeidelik dui hierdie bo-gemiddelde telling, op 'n skaal van een tot vyf, ten opsigte van die verbreding van assesseringskennis na aanleiding van voorbeelde van siekte-toestande en vaardighede van gedrag, aan.

**SESSIE AGT A: ASSESSERING VAN DIE HUWELIKSVERHOUDING**

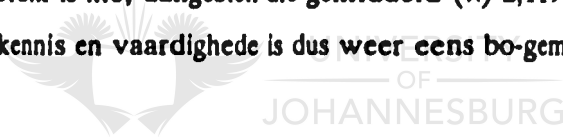
Die huweliksverhouding is in terme van die toename in kennis en vaardighede in geneeskundige maatskaplikewerk-assessering geëvalueer. Die mate waarin kursusgangers bekend was met die modelle wat in hierdie sessie gebruik is, is ook verder geëvalueer. Die gegewens van hierdie evaluering word in Tabel 5.8 weergegee.

TABEL 5.8

## STATISTIESE GEGEWENS VAN DIE EVALUERING VAN SESSIE AGT A

EVALUERINGSASPEK	GEMIDDELD
Toename in geneeskundige maatskaplikewerk-kennis in assessering van die huweliksverhouding	3,839
Bekendheid met gebruik van modelle in assessering van die huweliksverhouding voor die kursus	2,119
Mate waarin vaardighede verhoog is deur gebruik van skale/modelle	4,119
<i>N</i> = 25	

Die bogenoemde evaluering dui aan dat kursusgangers nie bekend was met modelle wat in die kursus gebruik is nie, aangesien die gemiddeld ( $\bar{x}$ ) 2,119 op 'n vyf-punt skaal is. Die toename in kennis en vaardighede is dus weer eens bo-gemiddeld.

**SESSIE AGT B: ASSESSERING VAN DIE SEKSUELE VERHOUDING**

Die kursusgangers het hierdie sessie na die mate waarin hulle die seksuele verhouding voor die kursus geassesseer het, die gemak waarmee hulle dit gedoen het, en die mate waarin hulle die assessering na afloop van die kursus sal kan doen, geëvalueer. Die mate waarin voorbeelde en skale wat tydens die sessie gebruik is, van nut was, is ook geëvalueer, aangesien dit tot die verbetering van hulle vaardighede in assessering van die seksuele verhouding sal bydra. Die gegewens is in Tabel 5.9 opgesom.

Hierdie data toon duidelik dat die seksuele verhouding selde geëvalueer is voor die kursus, aangesien 'n gemiddelde telling van ( $\bar{x}$ ) 2,359 op 'n vyf-punt skaal aangetoon word. Die aspek is egter van groot belang in geneeskundige maatskaplikewerk-assessering. Kursusgangers was in 'n redelike mate gemaklik met die assessering van hierdie aspek voor die kursus, maar het na voltooiing van die kursus hulle vermoë in assessering van die seksuele verhouding as bo-gemiddeld beskou.

TABEL 5.9

## STATISTIESE GEGEWENS VAN DIE EVALUERING VAN SESSIE AGT B

EVALUERINGSASPEK	GEMIDDELD
Gereeldheid waarmee seksuele verhouding voor die kursus geassesseer is	2,359
Gemak waarmee dit voor die kursus gedoen is	2,960
Mate waarin assessering van die seksuele verhouding na die kursus gedoen sal word	3,958
Nut van voorbeelde en skale wat tydens die sessie gebruik is	3,920
<i>N</i> = 25	

## SESSIE AGT C: ASSESSERING VAN DIE GESINSVERHOUDING

Die relevansie van die teoretiese aspekte en toename in vaardighede in assessering van die gesinsverhoudinge is tydens hierdie sessie geëvalueer. Hierdie gegewens word in Tabel 5.10 weergegee. Die kursusgangers evalueer die relevansie van teorie en die mate waarin hulle vaardighede ontwikkel het, as bo-gemiddeld.

TABEL 5.10

## STATISTIESE GEGEWENS VAN DIE EVALUERING VAN SESSIE AGT C

EVALUERINGSASPEK	GEMIDDELD
Relevansie van teorie	4,280
Mate waarin vaardighede ontwikkel het	3,920
<i>N</i> = 25	

**SESSIE NEGE: ASSESSERING VAN DIE OMGEWINGSISTEME**

Die kursusgangers het hulle toename in kennis in die assessering van omgewingsisteme in die geneeskundige maatskaplikewerk-velde, asook die mate waarin hulle die assessering beter sal kan uitvoer, geëvalueer. Hierdie gegewens word in Tabel 5.11 weergegee.

**TABEL 5.11****STATISTIESE GEGEWENS VAN DIE EVALUERING VAN SESSIE NEGE**

EVALUERINGSASPEK	GEMIDDELD
Toename in kennis in assessering van omgewingsisteme	3,640
Toename in vaardighede in assessering van omgewingsisteme	3,760
<i>N</i> = 25	

Die toename in kennis van assessering van omgewingsisteme in geneeskundige maatskaplike werk is as bo-gemiddeld geëvalueer, alhoewel die gemiddeld ( $\bar{x}$ ) 3,640 was.

**SESSIE TIEN: ASSESSERING VAN DIE KULTURELE ASPEKTE**

Die kursusaanbieder het nie in diepte aan hierdie assesseringsaspek aandag gegee nie, aangesien die Tak: Gesondheidsdienste, Transvaal, ander kruis-kulturele werkswinkels aangebied het. Die gegewens van die evaluering van die kursus word in Tabel 5.12 weergegee.

**TABEL 5.12****STATISTIESE GEGEWENS VAN DIE EVALUERING VAN SESSIE TIEN**

EVALUERINGSASPEK	GEMIDDELD
Toename in kennis van assesseringsaspekte en metodes t.o.v. kultuur	3,480
<i>N</i> = 25	

Die kursusgangers was van mening dat hulle kennis in 'n redelike mate ten opsigte van die assessering van kulturele aspekte toegeneem het. Die aanname wat navorser gemaak het dat slegs 'n opskerpings van kennis nodig was, kan dus foutief wees.

**SESSIE ELF: ONDERHOUDVOERINGSTEGNIEKE WAT GEBRUIK WORD VIR ASSESSERING**

Die relevansie van aangebode teorie en toename in vaardighede is ten opsigte van hierdie sessie geëvalueer. Die evalueringsdata word in Tabel 5.13 weergegee.

*TABEL 5.13*

*STATISTIESE GEGEWENS VAN DIE EVALUERING VAN SESSIE ELF*

EVALUERINGSASPEK	GEMIDDELD
Relevansie van teorie van onderhoudvoeringstegnieke	3,960
Toename in vaardigheid in gebruik van onderhoudvoeringstegnieke	3,599
$N = 25$	

Kursusgangers was van mening dat kennis en vaardighede bo-gemiddeld verbeter het. Die gemiddeld ten opsigte van die verbetering van vaardighede is 3,599 en die tydspek was veral by die seniorgroep as 'n leemte genoem. In volgende kursusse kan dus hierop gelet word. Die seniorgroep het egter ook die betrokke dag laat begin, as gevolg van 'n stiptelikhedsprobleem. Die sessie moes dus so verander word dat hulle nog om 15:00 kon verdaag.

**EVALUERING VAN DIE KURSUS AS GEHEEL**

'n Evaluering van sekere aspekte wat deur die program as geheel aangespreek word, word vervolgens ook as deel van die programmonitering deur die navorser aangedui. Die feit dat kursusgangers 'n sertifikaat sal kry vir motivering om die kursus by te woon, is as baie belangrik, met 'n gemiddeld van 4,000, geëvalueer. Die kursusgangers was dus ook

van mening dat hulle die kursus redelik sterk sal aanbeveel by ander geneeskundige maatskaplike werkers, met 'n gemiddeld van ( $\bar{x}$ ) 4,440. Die tydsindeling van die kursus is as baie gemiddeld, met 'n gemiddelde telling van 3,640, beskou. Die teenwoordigheid van die fasiliteerder is as baie waardevol beskou, met 'n gemiddeld van 4,079.

Die evaluering van die nuttigheid van die opknappingskursus word in Figuur 5.3 weergegee. Hieruit is dit duidelik dat die meerderheid kursusgangers, naamlik dertien, die program as baie nuttig beskou het. Nege kursusgangers het die nuttigheid as geweldig baie beskou, en drie as redelik. Die afleiding kan hieruit gemaak word dat die program dus nuttig was.

Die evaluering van die bruikbaarheid van die teoretiese aspekte wat in die program geïnkorporeer is, word vervolgens bespreek, soos in Figuur 5.4 aangedui.

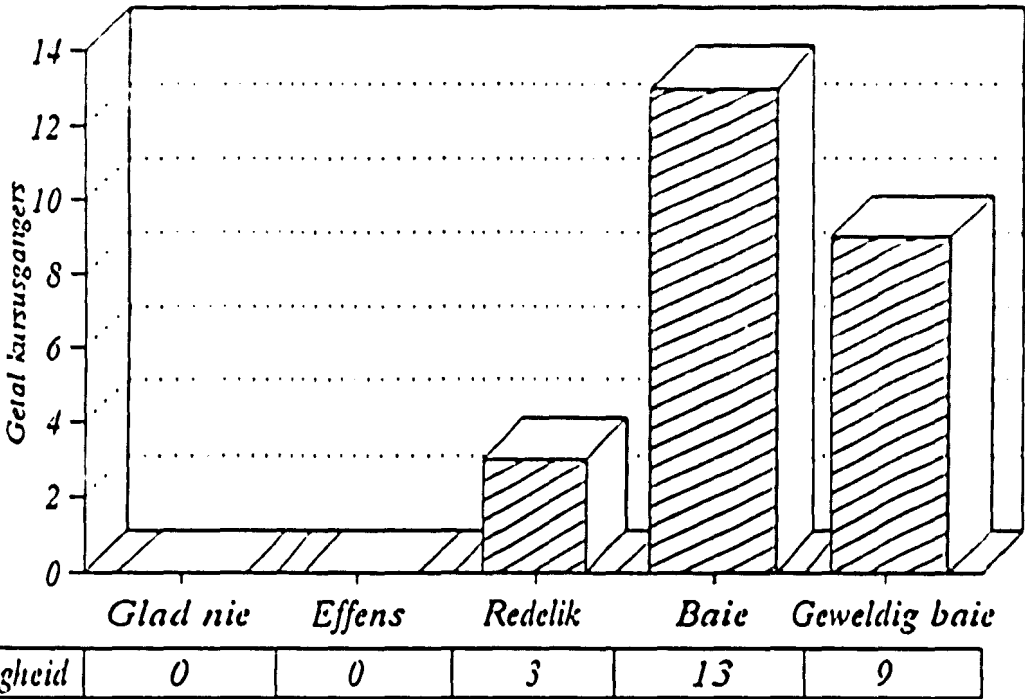
Die meerderheid kursusgangers, naamlik dertien, het die teoretiese aspekte wat in die program geïnkorporeer is, as baie nuttig beskou, elf het dit as uiters nuttige beskou, en slegs een het dit as redelik nuttig beskou. Die afleiding kan dus gemaak word dat die teoretiese aspekte wat aangebied is, wel relevant was.

Die geleentheid vir vaardigheidstoepassing tydens die kursus is ook geëvalueer (Figuur 5.5). Gereelde geleentheid vir vaardigheidstoepassing is deur elf van die kursusgangers aangedui, terwyl vyf van mening was dat daar altyd in die program voorsiening gemaak is vir vaardigheidstoepassing. Nege kursusgangers het geëvalueer dat daar net soms voorsiening gemaak is vir vaardigheidstoepassing. Die meerderheid kursusgangers het die geleentheid vir vaardigheidstoepassing as voldoende beskou.

Die aanbieding van die opknappingskursus (Figuur 5.6) is deur dieselfde hoeveelheid kursusgangers, naamlik twaalf, as goed en baie goed beskou. Slegs een persoon het dit as redelik beskou. Die meerderheid kursusgangers was dus positief oor die wyse waarop die kursus aangebied is.

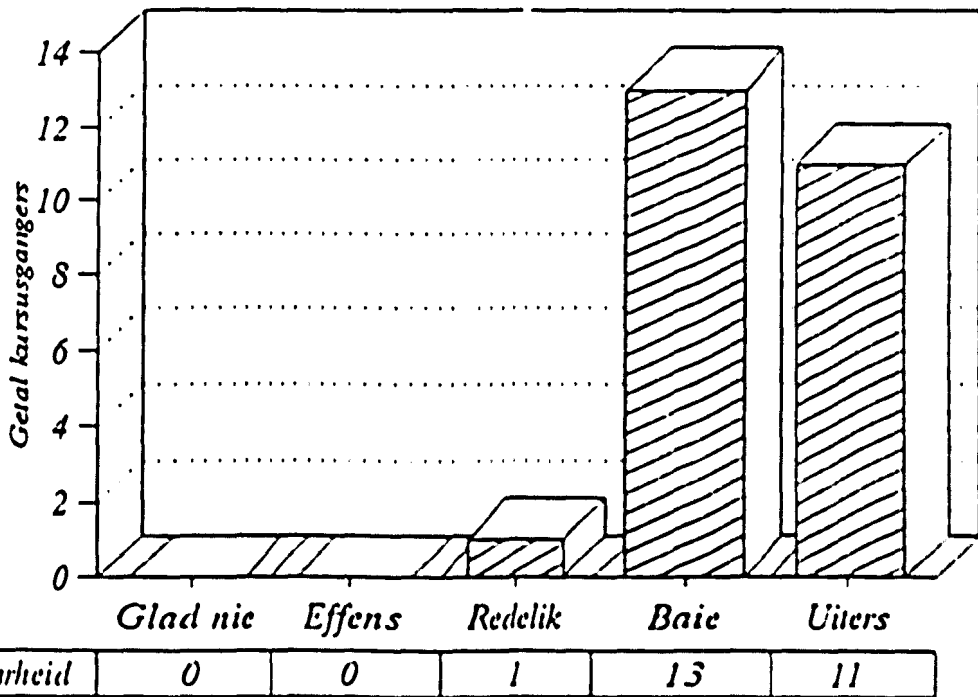
FIGUUR 5.3

EVALUERING: OPKNAPPINGSKURSUS



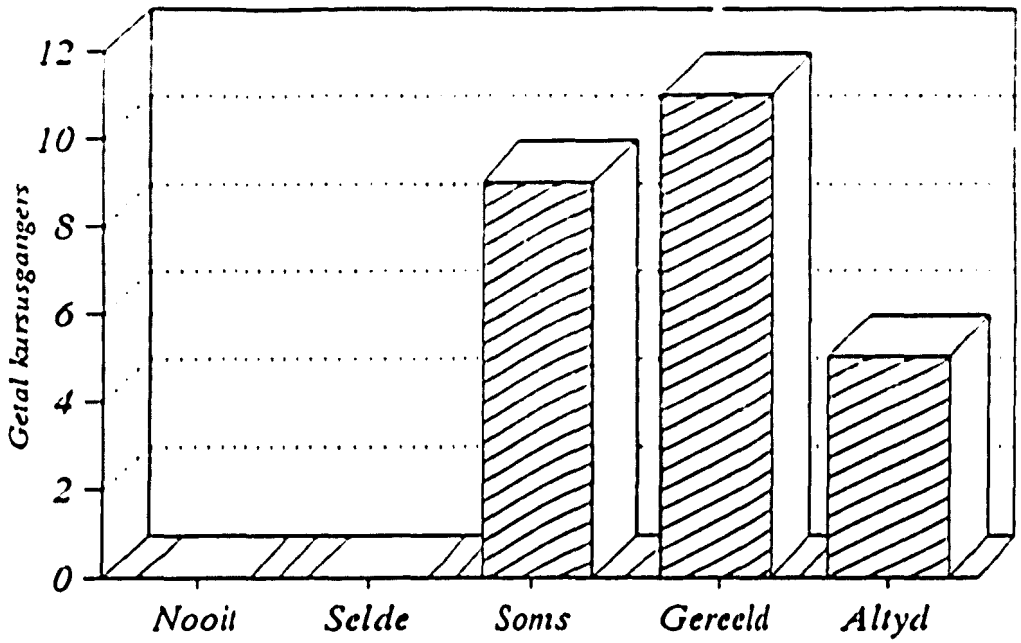
FIGUUR 5.4

TEORETIESE ASPEKTE



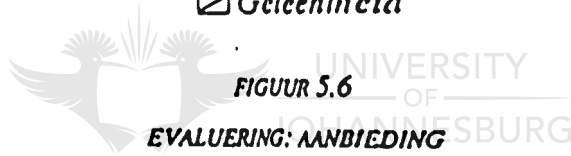
*Bruikbaarheid*

FIGUUR 5.5  
VAARDIGHEIDSTOEPASSING

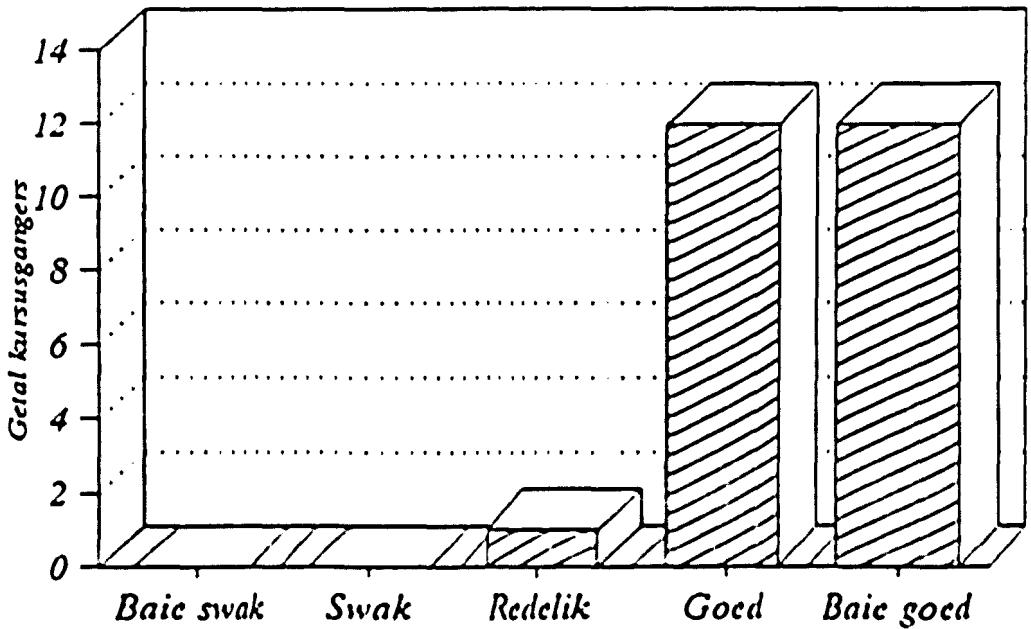


Geleentheid	0	0	9	11	5
-------------	---	---	---	----	---

▨ Geleentheid



FIGUUR 5.6



Evaluering	0	0	1	12	12
------------	---	---	---	----	----

▨ Evaluering



**SAMEVATTEND** kan die volgende afleidings, na aanleiding van die programmonitering, gemaak word, naamlik dat die kursus wel die beoogde teikengroep bereik het, dat die aard van die teoretiese kennis en die ontwikkeling van vaardighede wat in die kursus geïnkorporeer is, as bo-gemiddeld beskou word, en dat die meerderheid kursusgangers die opknappingskursus as baie nuttig vir gebruik in hulle werksomgewing beskou. Die navorser kan die program dus, na aanleiding van die programmonitering, in die tweede loodsgebruik net so implementeer.

Die navorser het egter ook impakevaluering van die program uitgevoer. Hierdie resultate sal ook 'n invloed hê op die mate waarin die program vir die tweede loodsgebruik aangepas en verander moet word. Vervolgens sal die navorser die resultate van die impakevaluering van die program bespreek.

#### ***5.5.6 Impakevaluering***

Evaluering van hierdie fase is kwantitatief van aard, terwyl dit in die monitering-evalueringfase meer kwalitatief van aard was. Rossi & Freeman (1989:49) is van mening dat deur impakevaluering vasgestel word in watter mate 'n program verandering in die verlangde rigting meebring. Die konsep "impakevaluering" behels 'n aantal gespesifiseerde, operasioneel gedefinieerde doelwitte en kriteria vir sukses.

Die doel van impakevaluering is om in staat te wees om met sekerheid te kan sê dat 'n spesifieke intervensie tot 'n spesifieke verandering gelei het, wat nie andersins sou plaasvind nie (Washington, 1980:53). Ten einde hierdie doelstelling te bereik, is dit belangrik om 'n geskikte navorsingsontwerp te kies. 'n Navorsingsontwerp is 'n logiese strategie om bewys van verlangde kennis te kry. Die navorsingsontwerp moet effektief wees; die inligting voortbring waarna gesoek word; die eenvoudigste, goedkoopste wyse wees om kennis te bekom; aanvaarbaar wees vir alle partye betrokke by impakevaluering (ook kliënte); en metodologies geldig wees (McKendrick, 1989:13).

### 5.5.6.1 Navorsingsontwerp

Die navorsingsontwerp wat vir hierdie studie gekies is, is die Een-groep voortoets—natoets ontwerp ( $O_1 \times O_2$ ), soos in Figuur 5.7 uiteengesit word.

FIGUUR 5.7

#### DIE EEN-GROEP VOORTOETS—NATOETS NAVORSINGSONTWERP

$$\begin{array}{ccc} O_1 & \times & O_2 \\ \text{voortoets} & & \text{natoets} \end{array}$$

Hierdie toets is 'n assosiatiewe navorsingsontwerp. Die strategie van assosiatiewe navorsingsontwerpe is om vas te stel of daar 'n betekenisvolle verskil tussen die afhanklike veranderlike by voortoets, in vergelyking met die natoets, is. Statisties beduidende verskille ( $O_1 - O_2 = \text{verskil}$ ) tussen metings van 'n afhanklike veranderlike verskaf bewys van 'n empiriese assosiasie tussen die onafhanklike en afhanklike veranderlike. Betroubare, geldige en akkurate meting moet uitgevoer word en alle elemente in die eenheid wat bestudeer word, moet gemeet word. Die tydsorde word ook gemanipuleer, wat die navorser in staat stel om waar te neem of verandering in die afhanklike veranderlike tydelik met die onafhanklike veranderlike geassosieer is (Triodi in Grinnell, 1981).

Die beperkte omvang van die studie het dit nie vir die navorser moontlik gemaak om ander navorsingsontwerpe, naamlik statiese groepvergelyking, die klassieke eksperimentele ontwerp, natoets-alleen kontrolegroep of die Solomon viergroep-ontwerp te gebruik nie. Hierdie ontwerpe kan eers benut word wanneer die program deur die ontwikkelingsfase is en die evauleringsfase betree. Navorsingsontwerpe wat van beperkte omvang is, word egter meestal tydens die ontwikkelingsfase gebruik.

Die impakevaluering was gerig op kennisverwerwing van die assesseringsaspekte en metodes wat uitgevoer kan word ten einde hierdie assessering te doen. Die toename in vaardighede van onderhoudvoeringstegnieke is deur middel van rollespele, wat deur 'n beoordelaar as voor- en natoets beoordeel is, gemeet. Die toetse is op vyf-en-twintig kursusgangers uitgevoer.

Die voormeting (sien Programbylae 3.4, 4.1 en 5.3) van sessies drie tot vyf is voor die aanvang van die individuele sessie gedoen, en die natoets na voltooiing van die sessies. Die voormeting van sessie ses (assessering van die emosionele funksionering van die pasiënt, Programbylae 6.1) is aan die begin van die sessie gedoen en die nameting eers 'n maand daarna, tydens die aanvang van die tweede kursus. Sessies sewe, agt (A, B en C), nege en tien is in 'n geheel aan 'n voormeting onderwerp (Programbylae 7A(1)) aan die begin van die tweede kursus gedurende sessie 7A, en 'n nameting is aan die einde van die kursus, ten opsigte van sessies sewe tot tien, gedoen. Die onderhoudvoeringstegnieke is aan die begin van sessie elf aan voormeting onderwerp, daarna het die opleiding gevolg, en na die sessie is die natoets gedoen (Programbylae 11.1).

#### *5.5.6.2 Formulering van hipoteses*

Die programdoelwitte, soos aangedui in (3.7), die navorsingsontwerp (5.5.6), asook die kwantitatiewe aard van impakevaluering bring mee dat sekere hipoteses geformuleer moes word. Hierdie hipoteses sal die volgende insluit, naamlik:

- 'n Stel hipoteses waarin die voor- en nametingsresultate van die kursusgangers ten opsigte van kennis van assesseringsaspekte getoets sal word; en
- 'n Stel hipoteses waarin die voor- en nametingsresultate van die kursusgangers ten opsigte van vaardighede in onderhoudvoeringstegnieke tydens assessering getoets sal word.

Tydens die hipotese-formulering sal van die volgende notasies gebruik gemaak word:

- V = voormeting
- N = nameting
- VN = Verskil tussen voor- en nameting
- Ho = Nulhipotese
- Ha = Alternatiewe hipotese
- T = Hotelling se  $T^2$  toets
- t = Student se t-toets vir afgepaarde waardes

#### 5.5.6.3 Hipoteses ten opsigte van voor- en nametingsresultate

- $H_{0T^2_1}$  : Daar bestaan geen statisties-beduidende verskil tussen die vektore van gemiddelde ten opsigte van die voor- en natoetstelling vir kennismeting van assessering van agtergrondsgebeure, bio-fisiese funksionering, kognitief-perseptuele en emosionele funksionering van die respondente nie.
- $H_{aT^2_1}$  : Daar bestaan wel 'n statisties-beduidende verskil tussen die vektore van gemiddelde ten opsigte van die voor- en natoetstellings vir kennismeting van assessering van agtergrondsgebeure, bio-fisiese funksionering, kognitief-perseptuele en emosionele funksionering van die respondent.
- $H_{0T^2_2}$  : Daar bestaan geen statisties-beduidende verskil tussen die vektore van gemiddelde ten opsigte van die voor- en natoetstellings vir kennismeting van assessering van gedragsfunksionering, die huweliksverhouding, seksuele verhouding, gesinsverhouding, omgewingsisteme en kulturele aspekte van die respondente nie.
- $H_{aT^2_2}$  : Daar bestaan wel 'n statisties-beduidende verskil tussen die vektore van gemiddelde ten opsigte van die voor- en natoetstellings vir kennismeting

van assessering van gedragsfunksionering, huweliksverhouding, seksuele verhouding, gesinsverhouding, omgewingsisteme en kulturele aspekte van die respondente.

**HoT<sup>2</sup>** : Daar bestaan geen statisties-beduidende verskil tussen die vektore van gemiddelde ten opsigte van die voor- en natoetstellings vir vaardigheidsmeting van onderhoudvoeringstegniese, wat tydens assessering gebruik word, van die respondente nie.

**HaT<sup>2</sup>** : Daar bestaan wel 'n statisties-beduidende verskil tussen die vektore van die voor- en natoetstellings vir vaardigheidsmeting van onderhoudvoeringstegniese wat tydens assessering gebruik word, van die respondente.

**Hot<sub>1</sub>** : Die gemiddelde voortoetstelling verskil nie statisties-beduidend van die gemiddelde natoetstelling ten opsigte van kennis van elk van die volgende veranderlikes, afsonderlik geneem nie:

- Hot<sub>1</sub> - Agtergrondsgebeure
- Hot<sub>1</sub> - Bio-fisiese funksionering
- Hot<sub>1</sub> - Kognitief-perseptuele funksionering
- Hot<sub>1</sub> - Emosionele funksionering


**Hat<sub>1</sub>** : Die gemiddelde voortoetstelling verskil statisties beduidend van die gemiddelde natoetstelling ten opsigte van kennis van die volgende veranderlikes afsonderlik:

- Hat<sub>1</sub> - Agtergrondsgebeure
- Hat<sub>1</sub> - Bio-fisiese funksionering
- Hat<sub>1</sub> - Kognitief-perseptuele funksionering
- Hat<sub>1</sub> - Emosionele funksionering

**Hot<sub>2</sub> :** Die gemiddelde voortoetstelling verskil nie statisties-beduidend van die gemiddelde natoetstelling ten opsigte van kennis van elk van die volgende veranderlikes, afsonderlik geneem nie:

- Hot<sub>2</sub> - Gedragsfunksionering
- Hot<sub>2</sub> - Huweliksverhouding
- Hot<sub>2</sub> - Seksuele verhouding
- Hot<sub>2</sub> - Gesinsverhouding
- Hot<sub>2</sub> - Omgewingsisteme
- Hot<sub>2</sub> - Kulturele aspekte

**Hat<sub>2</sub> :** Die gemiddelde voortoetstelling verskil statisties-beduidend van die gemiddelde natoetstelling ten opsigte van kennis van die volgende veranderlikes afsonderlik:

- 
- Hat<sub>2</sub> - Gedragsfunksionering
  - Hat<sub>2</sub> - Huweliksverhouding
  - Hat<sub>2</sub> - Seksuele verhouding
  - Hat<sub>2</sub> - Gesinsverhouding
  - Hat<sub>2</sub> - Omgewingsisteme
  - Hat<sub>2</sub> - Kulturele aspekte

**Hot<sub>3</sub> :** Die gemiddelde voor-evalueringstelling verskil nie statisties-beduidend van die na-evalueringstelling ten opsigte van vaardighede van die volgende veranderlikes, afsonderlik, nie:

- Hot<sub>3</sub> - Luister
- Hot<sub>3</sub> - Klarifisering
- Hot<sub>3</sub> - Parafrasering
- Hot<sub>3</sub> - Fokusering
- Hot<sub>3</sub> - Opsomming
- Hot<sub>3</sub> - Stiltes

- Hot, - Eksplorاسie
- Hot, - Oop vrae
- Hot, - Geslote vrae
- Hot, - Gefokusseerde vrae
- Hot, - Konfrontاسie
- Hot, - Interpretاسie
- Hot, - Inligting verskaf
- Hot, - Reflektering

**Hat, :** Die gemiddelde voor-evalueringstelling verskil statisties-beduidend van die na-evalueringstelling ten opsigte van vaardighede van die volgende veranderlikes, afsonderlik:

- Hat, - Luister
- Hat, - Klarifisering
- Hat, - Parafrاسing
- Hat, - Fokussing
- Hat, - Opsomming
- Hat, - Stiltes
- Hat, - Eksplorاسie
- Hat, - Oop vrae
- Hat, - Geslote vrae
- Hat, - Gefokusseerde vrae
- Hat, - Konfrontاسie
- Hat, - Interpretاسie
- Hat, - Inligting verskaf
- Hat, - Reflektering

Die navorser het van sekere statistiese prosedures gebruik gemaak ten einde die navorsingsdata te interpreteer. Vervolgens sal hierdie statistiese prosedures aangedui word.

#### 5.5.6.4 Statistiese prosedures wat gebruik is ten einde impakevaluering te doen

Die navorser het van die Hotelling  $T^2$ -toets vir afgepaarde waardes en die Student se t-toets vir afgepaarde waardes tydens impakevaluering gebruik gemaak.

##### a) Hotelling $T^2$ -toets vir afgepaarde waardes

Die Hotelling  $T^2$ -toets vir afgepaarde waardes word gebruik om te bepaal of daar 'n statisties-beduidende verskil tussen die vektor van gemiddeldes van verskille tussen voor- en natoetstellings gesamentlik bestaan het.

##### b) Student se t-toets vir afgepaarde waardes

Die Student se t-toets vir afgepaarde waardes is gebruik ten einde vas te stel by watter van die evalueringsveranderlikes 'n statisties-beduidende verskil voorgekom het.

#### 5.5.6.5 Afgepaarde metingsresultate

Die navorser wou bepaal of daar statisties beduidende verskille tussen die voor- en nametingsresultate voorkom. Die groepe se voormetings dien dus as basis waarteen die ontwikkeling of terugval, ten opsigte van elkeen van die evalueringsveranderlikes, geëvalueer word.

##### a) Hipoteses: $H_0T^2$ , en $H_aT^2$

Tabel 5:14 verskaf die statistiese waardes waaraan bogenoemde hipotese getoets word.

TABEL 5:14

HOTELLING  $T^2$ -TOETS VIR DIE VERSKIL TUSSEN DIE VEKTORE VAN GEMIDDELDE TEN OPSIGTE VAN DIE VOOR- EN NATOETSTELLINGS VIR KENNISMETING: AGTERGRONDSGEBEURE, BIO-FISIESE, KOGNITIEF-PERSEPTUELE EN EMOSIONELE FUNKSIONERING

HOTELLING $T^2$ WAARDE	F-WAARDE	G.V.V.	P
122,48	26,79	4,21	0,00**
$N = 25$			

G.V.V. : Grade van vryheid

\*\* : Beduidend op die 1% peil van betekenis



Tabel 5.14 dui 'n statisties-beduidende verskil ( $p = 0,00$ ) tussen die vektor van gemiddelde ten opsigte van die voor- en natoetstellings vir kennismeting van assessering van agtergrondsgebeure, bio-fisiese funksionering, kognitief-perseptuele funksionering en emosionele funksionering van die respondente aan. Op grond van die bevindinge word  $H_0T_1^2$  verwerp en word  $H_aT_1^2$  ondersteun.

b) Hipoteses  $H_{01}$  en  $H_{a1}$

Daar sal vervolgens aangedui word watter van die veranderlikes wel statisties-beduidende verskille tussen die voor- en natoetse van kennis getoon het.

**TABEL 5.15**  
**STUDENT T-TOETS VIR DIE GEMIDDELDE VAN VERSKILLE TUSSEN VOOR- EN**  
**NATOETS**

VERANDERLIKE	$\bar{X}_{v..n}$	S	T-WAARDE	GVV	P
Agtergrondsgebeure	5,96	3,81	7,82	24	0,00**
Bio-fisiese funksionering	3,04	2,96	5,13	24	0,00**
Kognitief-perseptuele funksionering	8,28	4,67	8,85	24	0,00**
Emosionele funksionering	3,80	5,18	3,66	24	0,00**
$N = 25$					

S : Standaardafwyking

\*\* : Beduidend op die 1% peil van betekenis

Na aanleiding van die bogenoemde bevindinge kan die nulhipotese verwerp word. Statisties-beduidende verskille het ten opsigte van die kennis van assessering van agtergrondsgebeure, bio-fisiese funksionering, kognitief-perseptuele funksionering en emosionele funksionering afsonderlik voorgekom.

c) Die afgepaarde resultate ten opsigte van die gesamentlike voor- en natoets metings van die assessering van gedragsfunksionering, huweliksverhouding,

seksuele verhouding, gesinsverhouding, omgewingsisteme en kulturele aspekte word in Tabel 5.16 weergegee.

*TABEL 5:16*

*HOTELLING T<sup>2</sup>-TOETS VIR DIE VERSKIL TUSSEN DIE VEKTORE VAN GEMIDDELDE TEN OPSIGTE VAN DIE VOOR- EN NAOETSTELLINGS VIR KENNISMETING: GEDRAGSFUNKSIONERING, HUWELIKSVERHOUDING, SEKSUELE VERHOUDING, GESINSFUNKSIONERING, OMGEWINGSISTEME EN KULTURELE ASPEKTE*

HOTELLING T <sup>2</sup> WAARDE	F-WAARDE	G.V.V.	P
118,52	15,63	9,16	0,00**
N = 25			

G.V.V. : Grade van vryheid

\*\* : Beduidend op die 1% peil van betekenis

Daar is 'n statisties-beduidende verskil tussen die vektor van die gemiddeldes van verskille tussen die voor- en natoetsresultate. Die hipotese  $H_0T^2$  word dus verwerp en  $H_aT^2$  ondersteun.

d) Hipoteses  $H_0t$  en  $H_at$

Die navorser sal na aanleiding van die Student-t toets aantoon watter van die veranderlikes wel statisties-beduidende verskille tussen die voor-en natoetse van kennis gehad het. Die gegewens in Tabel 5.17 dui aan dat daar wel statisties-beduidende verskille op die 1% peil van betekenis tussen die gemiddeldes van verskille tussen die voor- en natoetse voorgekom het.

**TABEL 5.17**  
**STUDENT T-TOETS VIR DIE GEMIDDELDE VAN VERSKILLE TUSSEN VOOR- EN**  
**NATOETS**

VERANDERLIKE	$X_{v..n}$	S	T-WAARDE	GVV	P
Gedragfsunksionering	3,80	2,73	6,94	24	0,00**
Huweliksverhouding	5,04	3,64	6,91	24	0,00**
Seksuele verhouding	2,72	3,16	4,29	24	0,00**
Gesinsfunksionering	6,08	5,76	5,27	24	0,00**
Omgewingsisteme	6,48	4,41	7,34	24	0,00**
Kulturele aspekte	2,08	2,53	4,11	24	0,00**
$N = 25$					

G.V.V. : Grade van vryheid

S : Standaardafwyking

\*\* : Beduidend op die 1% peil van betekenis

e) Hipotese  $H_0T^2$ , en  $H_aT^2$ ,

Die afgepaarde resultate ten opsigte van voor- en natoetstellings van vaardig-  
hede in onderhoudvoeringstegnieke tydens assessering word in Tabel 5.18  
weergegee.

**TABEL 5:18**

**HOTELLING  $T^2$ -TOETS VIR DIE VEKTOR VAN DIE GEMIDDELDES VAN VERSKILLE TUSSEN VOOR-  
EN NA-EVALUERINGS VAN ONDERHOUDVOERINGSTEGNIEKE**

HOTELLING $T^2$ WAARDE	F-WAARDE	G.V.V.	P
109,32	3,57	14,11	0,01*
$N = 25$			

G.V.V. : Grade van vryheid

\* : Beduidend op die 5% peil van betekenis

Daar is nie 'n statisties-beduidende verskil tussen die gemiddelde van verskille tussen die voor- en na-evalueringstellings van uitbreiding van vaardighede in onderhoudvoeringstegnieke op die 1% peil van betekenis nie. Daar is wel op die 5% peil van betekenis 'n statisties-beduidende verskil. Die nulhipotese word dus verwerp en die alternatiewe hipotese ondersteun.

f) Hipoteses Hot<sub>1</sub> en Hat<sub>1</sub>

Hipoteses Hot<sub>1</sub> en Hat<sub>1</sub>: Teg. sal gevolglik volgens die Student t-toets vir afgepaarde waardes getoets word.

**TABEL 5.19**  
STUDENT T-TOETS VIR GEMIDDELDES VAN VERSKILLE TUSSEN VOOR- EN NA-EVALUERINGSSTELLINGS

VERANDERLIKE	$X_{v-n}$	S	T-WAARDE	G.V.V	P
Luister	0,04	0,88	0,23	24	0,82
Klarifisering	0,88	1,20	3,66	24	0,00**
Parafrasering	0,80	1,32	3,02	24	0,00**
Fokussering	0,24	1,09	1,10	24	0,28
Opsomming	0,83	1,00	4,05	24	0,00**
Stiltes	0,72	0,61	5,87	24	0,00**
Eksplorاسie	0,84	1,02	4,90	24	0,00**
Oop vrae	-0,52	1,44	-1,80	24	0,08
Geslote vrae	0,12	1,36	0,44	24	0,66
Gefokusseerde vrae	0,44	1,08	2,03	24	0,05*
Konfrontاسie	0,20	0,50	2,00	24	0,05*
Interpretاسie	0,60	1,60	1,87	24	0,07
Inligting verskaf	0,16	1,02	0,87	24	0,44
Reflektering	1,20	1,17	5,02	24	0,00**
$N = 25$					

G.V.V : Grade van vryheid

S : Standaardafwyking

\*\* : Beduidend op die 1% peil van betekenis

\* : Beduidend op die 5% peil van betekenis

Statisties-beduidende verskille ten opsigte van evalueringstellings van voor- en natoetse het ten opsigte van klarifisering, parafrasing, opsomming, stiltes, eksplorasië en reflektering op die 1% peil van betekenis voorgekom. Op die 5% peil van betekenis het die tegnieke, gefokusseeerde vrae en konfrontasie, statisties beduidende verskille ten opsigte van die alternatiewe van die voor- en natoetstellings aangetoon. Die nulhipotese kan ten opsigte van hierdie tegnieke verwerp word, maar moet vir die tegnieke, luister, fokussering, oop vrae, geslote vrae, interpretasie en verskaffing van inligting behou word.

#### *5.5.6.6 Interpretiering van kwantitatiewe resultate*

Statisties-beduidende verskille het ten opsigte van die voor- en natoetstellings ten opsigte van die toename in kennis van assesseringsaspekte voorgekom. Die navorser het die agtergrondsgebeure, bio-fisiese, en kognitief-perseptuele assesseringsaspekte se kennistoetsing voor en na elke sessie gedoen. Die emosionele funksionering se kennistoets is aan die einde van die eerste kursus gedoen, terwyl die natoets eers 'n maand later gedoen is. Die gedragsfunksionering, verhoudings, omgewingsisteme en kulturele aspekte is saam gegroep in 'n kennistoets. Die voortoets is aan die begin van die tweede kursus en die natoets aan die einde gedoen. Die navorser kon deur die resultate van impakevaluering tot die gevolgtrekking kom dat die stadium waarop die toetsing gedoen is, nie 'n invloed het op die toename in kennis nie, aangesien al die toetse statisties-beduidende verskille aangetoon het.

Die vaardighede in onderhoudvoeringstegnieke is egter net statisties beduidend ten opsigte van sekere tegnieke. Tegnieke wat nie verbeter het in die natoets nie, is luister, fokussering, opsomming, oop vrae, geslote vrae, gefokusseeerde vrae, konfrontasie, interpretasie en verskaffing van inligting.

Vervolgens sal die navorser 'n samevattende evaluering van die eerste loodsgebruik gee.

### *5.5.7 Samevattende opmerking oor die evaluering van die eerste loodsimplementering*

Die opknappingskursus het volgens die kwalitatiewe monitering bo-gemiddelde aan die verwagtinge van die kursusgangers voldoen. Die teikengroep is dus bereik. Die resultate van die impakevaluering dui aan dat daar wel 'n toename in kennis was, maar dat daar by vyf van die veertien vaardighede in onderhoudvoeringstegnieke nie 'n statisties-bedeutende verbetering plaasgevind het nie. 'n Ander navorsingsontwerp kan gebruik word in 'n volgende studie. Hierdie studie met sy beperkte omvang en wat in die ontwikkelingsfase van ontwikkelingsnavorsing geloods is, leen hom egter nie daartoe om 'n ander navorsingsontwerp te gebruik nie.

## **5.7 Samevatting**

Die navorser het in hierdie hoofstuk die ontwikkelingsfase van die Geïntegreerde Ontwikkelingsnavorsingsmodel (Nel, 1992) bespreek. Die evalueringskomponent is egter ook deur die navorser as 'n belangrike element in die ontwikkeling van die opleidingsprogram vir geneeskundige maatskaplike werkers in geneeskundige maatskaplikewerk-assessering beskou. Daarom het die navorser besluit om die Geïntegreerde Model van Programmevaluering van De Vos (1991) ook by die ontwikkelingsfase te inkorporeer. 'n Ontwikkelingsplan is geformuleer en operasionele voorbereiding is gedoen. Die kursusgangers, fasiliteerder, aanbieder en die program is ook in hierdie hoofstuk geëvalueer. Behoeftebepalingsevaluering, evalueerbaarheidsassessering, programmonitering en impakevaluering is as deel van die program se ontwikkelingsfase tydens die eerste loodsimplementering uitgevoer. Hierdie evaluering het aangetoon dat die program, met enkele veranderinge ten opsigte van die verskil in kennis, vaardighede en behoeftes van groeplede onderling, net so gebruik kan word vir die tweede loodsgebruik en ontwikkelingstoetsing. Impakevaluering het 'n toename in kennis en by die meerderheid vaardighede aangetoon. Kennis en vaardighede kan egter deur 'n opvolgkursus of opvolg van kursusgangers deur hoof maatskaplike werkers (supervisors) deur middel van supervisie verder uitgebrei word. Hierdie kursus het egter aan alle kursusgangers dieselfde basiese kennis en vaardighede, waarop 'n volgende kursus kan voortbou, verskaf.

Die navorser sal vervolgens 'n samevattende bespreking van die bevindinge, gevolgtrekkings en aanbevelings in Hoofstuk Ses weergee.



# HOOFSTUK VI

## BEVINDINGE, GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS

### 6.1 Inleiding

Dit is noodsaaklik om aan die einde van hierdie studie 'n samevatting van die bevindinge en gevolgtrekkings weer te gee. Hierdie bevindinge en gevolgtrekkings sal dan uiteindelik tot sekere aanbevelings lei. Gevolglik sal hierdie hoofstuk aan die samevattende bevindinge, gevolgtrekkings en aanbevelings van hierdie studie gewy word.

### 6.2 Bevindinge en gevolgtrekkings

Die bevindinge en gevolgtrekkings sal na aanleiding van die volgende aspekte bespreek word:

- die bevindinge en gevolgtrekkings ten opsigte van die toepaslikheid van die Geïntegreerde Ontwikkelingsnavorsingsmodel; en
- die bevindinge en gevolgtrekkings voortspruitend uit die analisefase, ontwerpfasie en ontwikkelingsfasie, wat die evaluering van die program insluit.

Hierdie bevindinge en gevolgtrekkings sal na aanleiding van die materiële voorvereistes van elke fase bespreek word, aangesien die aanwending van die metodologieë uiteindelik tot hierdie materiële voorvereistes gelei het.

#### *6.2.1 Bevindinge en gevolgtrekkings: Geïntegreerde Ontwikkelingsnavorsingsmodel*

Die breë doelstelling van hierdie studie was die ontwikkeling en evaluering van 'n program om geneskundige maatskaplike werkers se kennis en vaardighede ten opsigte van geneskundige maatskaplikewerk-assessering te verbeter. Aangesien 'n nuwe tegnologie ontwikkel is, is gebruik gemaak van ontwikkelingsnavorsing. Die navorser het dit egter ook van belang geag om die opleidings-element en evaluering van die program in die keuse van 'n navorsingsmodel in te sluit. Gevolglik is op die Geïntegreerde Ontwikkelingsnavorsingsmodel van Nel (1992) besluit. Hierdie model het aan die ontwikkelings- en opleidingsdoel beantwoord.

Die opleidingsprogram in geneeskundige maatskaplikewerk-assessering was egter net tot die eerste loodsimplementering en ontwikkelingstoetsing beperk. Die navorser het die evalueringskomponent van onskatbare waarde vir verder loodsimplementering en die daarstelling van die uiteindelijke innovasie beskou, maar die Geïntegreerde Ontwikkelingnavorsingsmodel het dit as die laaste materiële voorvereiste, ná die daarstelling van die innovasie, geïnkorporeer. Die navorser moes dus die Geïntegreerde Model van Program-evaluering van De Vos (1991) in die ontwikkelingsfase van die program insluit, ten einde aan die evalueringskomponent tydens die ontwikkeling van die innovasie te voldoen.

Die Geïntegreerde Ontwikkelingnavorsingsmodel, bestaande uit sistematiese en logies-openvolgende stappe, het die navorser toegerus om 'n program, wat aan die navorsingsdoel beantwoord het, daar te stel. Die model van Nel (1992) kan dus, ten spyte van die veranderinge in die ontwikkelingsfase, as 'n geskikte model vir die daarstelling van 'n opleidingsprogram in geneeskundige maatskaplikewerk-assessering beskou word.



### 6.2.2 *Bevindinge en gevolgtrekkings: analisefase*

Die bevindinge van die analisefase sal vervolgens na aanleiding van die volgende materiële voorvereistes opgesom word:

- die bestaan van 'n opleidingsprobleem;
- stand van bestaande programme;
- relevante inligting en bronne; en
- uitvoerbaarheidspotensiaal.

#### 6.2.2.1 *Bestaan van 'n opleidingsprobleem*

Die navorser het tydens die analisefase bevind dat 'n opleidingsprobleem ten opsigte van geneeskundige maatskaplikewerk-assessering by verskillende groepe, naamlik toetreerang, seniorrang en hoof maatskaplike werkers, bestaan. Gevolglik moes 'n opleidingsprogram, wat hierdie spesifieke opleidingsprobleem aanspreek, daargestel word.



#### *6.2.2.2 Stand van bestaande programme*

Die stand van bestaande Suid-Afrikaanse en internasionale programme was van so 'n aard dat geen program in geneeskundige maatskaplikewerk-assessering gevind kon word nie. Die navorser moes dus self 'n program in geneeskundige maatskaplikewerk-assessering opstel.

#### *6.2.2.3 Relevante inligting en bronne*

Die navorser het gevind dat relevante bronne in maatskaplikewerk-assessering gebruik kon word ten einde die assesseringsaspek aan te spreek. Verder kon bestaande bronne ten opsigte van geneeskundige maatskaplike werk ook gebruik word. Alhoewel daar dus nie spesifieke bronne in geneeskundige maatskaplike-werk-assessering beskikbaar was vir gebruik tydens die analisering van die probleem nie, kon die navorser ander bronne vir hierdie doel aanwend.

#### *6.2.2.4 Uitvoerbaarheidspotensiaal*

Die gevolgtrekking wat die navorser ten opsigte van die uitvoerbaarheidspotensiaal van die program gemaak het, was dat die ondersteuning van die Tak: Gesondheidsdienste en die bestuur van die J.G. Strijdom hospitaal die beleidsmatige en organisatoriese uitvoerbaarheid van die program moontlik gemaak het. Die benuttingsuitvoerbaarheid van die program is ook belangrik geag, aangesien assessering binne die Geneeskundige Maatskaplikewerk-veld as 'n basiese hulpverleningskomponent beskou word.

#### *6.2.3 Bevindinge en gevolgtrekkings: ontwerpfasie*

Die materiële voorvereistes waarvolgens die bevindinge en gevolgtrekkings tydens die ontwerpfasie bespreek word, is die volgende:

- doelstellings en doelwitte;
- praktykmodel;
- tentatiewe voorstelling van die opleidingsinnovasie; en
- innovasieprosedures.

### *6.2.3.1 Doelstelling*

Die doelstelling wat in die ontwerpfase gestel is (3.2), het die program gerig. Daar is aan die einde van die program bevind dat hierdie doelstelling, naamlik die ontwikkeling en aanbieding van 'n geneeskundige maatskaplikewerk-assesseringsmodel ten einde kennis en vaardighede van geneeskundige maatskaplike werkers ten opsigte van relevante wetenskaplike geneeskundige maatskaplikewerk-assessering uit te brei, wel bereik is. Die gevolgtrekking waartoe die navorser gekom het, was dat hierdie kennis en vaardighede in 'n groot mate toegeneem het. Dit kan duidelik uit die resultate gesien word.

### *6.2.3.2 Die praktykmodel*

'n Praktykmodel moes tydens die ontwerpfase daargestel word, aangesien daar geen model vir geneeskundige maatskaplikewerk-assessering bestaan het nie. Die model wat uiteindelik opgestel is, het 'n teoretiese raamwerk daargestel waarvolgens die geneeskundige maatskaplike werker assessering kan doen. Hierdie praktykmodel het kennis sowel as vaardighede in geneeskundige maatskaplikewerk-assessering aangespreek. Die gevolgtrekking wat die navorser egter gemaak het, was dat hierdie praktykmodel slegs 'n basiese instrument is, ten einde alle geneeskundige maatskaplike werkers in die Tak: Gesondheidsdienste, Transvaal, aan 'n gelyke kennis en vaardigheidsvlak ten opsigte van assessering, bloot te stel. Dit is dus belangrik om in ag te neem dat die kennis- en vaardigheidsvlakke van geneeskundige maatskaplike werkers, voor die daarstelling van die program, verskil het.

### *6.2.3.3 Tentatiewe voorstelling van die opleidingsinnovasie*

Om 'n tentatiewe voorstelling van die opleidingsinnovasie daar te stel, is bevind dat 'n rolomskrywing van die geneeskundige maatskaplike werker tydens assessering eers gedoen moes word. Sekere vaardighede waarvoor die geneeskundige maatskaplike werker tydens assessering moet beskik en leerbehoefes moes verder ook

geïdentifiseer word. Die navorsers was vanuit die praktykmodel, rolomskrywing en vaardighede in staat om 'n tentatiewe opleidingsinnovasie daar te stel.

#### *6.2.3.4 Innovasieprosedures*

Die innovasieprosedures is na aanleiding van die selektering van toepaslike onderrigstrategieë en geïdentifiseerde onderrigbronne daargestel. Die onderrigstrategieë was van so 'n aard dat dit aan die behoeftes van die kursusgangers voldoen het. Die onderrigbronne, behalwe die finansiële kostes, was voldoende.

#### *6.2.4 Bevindinge en gevolgtrekkings: ontwikkelingsfase*

Die bevindinge en gevolgtrekkings sal na aanleiding van die volgende materiële voorvereistes daargestel word:

- 'n ontwikkelingsplan;
- loodsimplementering;
- die eerste loodsgebruik en ontwikkelingstoetsing; en
- evaluering, naamlik behoeftebepalingsevaluering, evalueerbaarheidsassessering, programmonitering en impakevaluering.

##### *6.2.4.1 'n Ontwikkelingsplan*

Die ontwikkelingsplan het die objektiewe geskiktheid van die program, die toereikendheid van die programprosedures, en die eties-behoorlikheid en bruikbaarheid van die program ingesluit, en daar is bevind dat die program aan al die vereistes van die ontwikkelingsplan voldoen het. Die opleidingsprogram het voortdurend gepoog om deur middel van die inhoud, aanbiedingswyse, tyd en fondse die verskillende kursusgangers in ag te neem.

#### *6.2.4.2 Loodsimplementering*

Tydens die loodsimplementering is die operasionele voorbereiding, naamlik personeelvorbereiding en supervisie van die fasiliteerder, asook die bestuur van die projek, gedoen. Hierdie voorbereiding het bygedra tot die doeltreffende implementering van die program. Die teenwoordigheid van 'n fasiliteerder is ook deur die kursusgangers as 'n positiewe faktor beoordeel, soos duidelik uit die programmonitering van die kursus as geheel (5.5.5) gesien kan word.

#### *6.2.4.3 Eerste loodsgebruik en ontwikkelingstoetsing*

Die eerste loodsimplementering en ontwikkelingstoetsing is, met inagneming van die Geneeskundige Maatskaplikewerk-praktyk, aangebied. Die implementering van die program, die effektiwiteit van die programaanbieder en fasiliteerder, toegelate tyd, en onderrigstrategieë is gedurende die moniteringsevaluering (5.5.5), asook deur die waarneming van die fasiliteerder en aanbieder, geëvalueer, en is voldoende bevind.



UNIVERSITY  
OF  
JOHANNESBURG

#### *6.2.4.4 Evaluering van die eerste loodsgebruik en ontwikkelingstoetsing*

- **Evaluering: behoeftebepalingsevaluering**

Die gevolgtrekking van die navorser was dat die gebruik van vraelyste (Bylae C) met maatskaplike werkers en 'n onderhoudskedule (Bylae B) met hoof maatskaplike werkers (supervisors) die leerbehoefes vanuit verskillende range, toetreerang, seniorrang en hoof maatskaplike werkers, aangetoon het. Dit het weer aanleiding gegee tot die ontwikkeling van 'n program wat alle kursusgangers se behoeftes kon aanspreek.

- **Evaluering: evalueerbaarheidsassessering**

Die program was so geïmplementeer dat evaluering deurgaans moontlik was. Evaluering het ook 'n integrale deel van die program uitgemaak, alhoewel slegs die eerste loodsgebruik plaasgevind het. Die navorser het juis die evaluering

van die program in die ontwikkelingsfase van die program ingebou, sodat evaluering as integrale deel van die program ingesluit kon word.

- Evaluering: programmonitering

Die program is aan die hand van 'n evalueringsvraelys (Bylae D) deur die kursusgangers geëvalueer. Die bevinding, na aanleiding van hierdie evaluering, was dat die opleidingsprogram in 'n bo-gemiddelde mate daarin geslaag het om die behoeftes van die kursusgangers aan te spreek (5.5.4). Die bywoning van die kursusgangers was na verwagting. Slegs twee seniors van die psigiatriese hospitale het nie die kontrak ten opsigte van bywoning nagekom nie. Vyf-en-twintig kursusgangers het die kursus gereeld bygewoon, alhoewel daar in die tyd van die kursus 'n eerste demokratiese verkiesing, wat voorafgegaan is deur grootskaalse geweld, in Suid-Afrika gehou is. Gevolglik kan die navorser die aanname maak dat die kursusgangers, ten spyte van verswarende omstandighede, tog gemotiveerd was om hulle kennis en vaardighede uit te brei.

- Evaluering: impakevaluering

Impakevaluering het deur middel van die assosiatiewe een-groep voortoets-natoetsontwerp plaasgevind. Hierdie impakevaluering was op kennisverwerwing van die assesseringsaspekte en metodes wat gebruik word ten einde hierdie assessering te doen, asook vaardigheid in onderhoudvoeringstegnieke tydens die assesseringsonderhoud, gedoen. Die natoetse het wel statisties-beduidende verskille tussen die voor- en natoetse ten opsigte van kennisuitbreiding aangetoon. Die vaardighede in onderhoudvoeringstegnieke het egter ook grotendeels verbeter.

### 6.3 Aanbevelings na aanleiding van die studie

Die bevindinge en gevolgtrekkings van die studie het aanleiding tot sekere aanbevelings, wat die navorser kan maak, gegee. Die aanbevelings sal ook na aanleiding van die volgende aspekte bespreek word:

- die toepaslikheid van die Geïntegreerde Ontwikkelingnavorsingsmodel; en
- die analisefase, ontwerpfasie en ontwikkelingsfasie, insluitende evaluering, van die program.

#### 6.3.1 Aanbevelings: Geïntegreerde Ontwikkelingnavorsingsmodel

Die Geïntegreerde Ontwikkelingnavorsingsmodel van Nel (1992) was, soos in 6.2.1 aangetoon, 'n gepaste model om te gebruik in die ontwikkeling van die opleidingsprogram in assessering vir geneeskundige maatskaplike werkers. Die navorser beveel egter aan dat die subfasies van evaluering, soos uitgespel in die metodologieë van die evalueringsfasie van die Geïntegreerde Ontwikkelingnavorsingsmodel van Nel (1992), in enige fasie van die Ontwikkelingnavorsingsmodel geïnkorporeer kan word. Die aard van evaluering sal egter deur die fasie van ontwikkeling van die program bepaal word. Die ontwikkelingsfasie van die program leen hom nie net tot behoeftebepalingsevaluering, evalueerbaarheidsassessering, programmonitering en impak-evaluering, soos wat die navorser dit toegepas het nie. Die eerste loodsgebruik en ontwikkelingstoetsing van 'n program kan ook koste-effektiwiteitsevaluering en benuttingsevaluering insluit. Die beperkte omvang van hierdie studie het dit egter nie moontlik gemaak om hierdie aspekte in te sluit nie.

#### 6.3.2 Aanbevelings: analisefase

Die opleidingsprobleem is by veertig geneeskundige maatskaplike werkers van die Tak: Gesondheidsdienste, Transvaal, bepaal. Die navorser beveel egter aan dat hierdie bepaling van die opleidingsprobleem oor 'n groter spektrum uitgevoer sal word, veral aangesien die Transvaalse Provinsiale Administrasie na die verkiesings tydperk onthind, en verskeie ander streke gevorm word. Hierdie analisering van die opleidingsprobleem

kan na alle geografiese gebiede se geneeskundige maatskaplike werkers uitgebrei word en kan ook meer as net assessering omvat. Indien hierdie studie soekende uitgebrei word, sal die uitvoerbaarheidspotensiaal ook daarby moet aansluit en van meer relevante inligting en bronne gebruik gemaak moet word.

### ***6.3.3 Aanbevelings: ontwerpfasie***

Die doelstelling is bereik na aanleiding van die tentatiewe voorstelling van die opleidingsinnovasie wat uit die praktykmodel daargestel is. Die navorser wil egter aanbeveel dat die praktykmodel en opleidingsinnovasie in so 'n mate uitgebrei word dat dit aansluiting vind by die werksterrein van maatskaplike werkers in die Gesondheidsveld, wat ook gemeenskapsgesondheid insluit. Hierdie uitbreiding van die opleidingsinnovasie sal dan eers werklik die veranderinge en algemene maatskaplike, politieke en ekonomiese situasie in Suid-Afrika kan aanspreek, soos in Hoofstuk Een, Afdeling (1.1) genoem is. Die organisatoriese beperkinge van die huidige situasie sal uiteraard uit die weg geruim moet word, sodat maatskaplike werk in die Gesondheidsveld tot sy reg kan kom. Die navorser wil ook aanbeveel dat hierdie program na kennis en vaardighede in assessering, intervensie en evaluering wat maatskaplike werkers dan in die Gesondheidsveld kan toepas, uitgebrei sal word, sodat maatskaplike werkers in die Gesondheidsveld effektiewe, verantwoordbare diens kan lewer. Die houdings van geneeskundige maatskaplike werkers kan ook in 'n groter studie, wat oor 'n langer periode strek, ondersoek en moontlik verander word.

### ***6.3.4 Aanbevelings: ontwikkelingsfasie***

Die navorser wil aanbeveel dat die huidige opleidingsprogram aan 'n tweede loodsimplementering onderwerp word. Hieruit kan verdere bevindinge tot 'n verfyning en uiteindelijke daarstelling van 'n beproefde interventiewe opleidingsinnovasie volg. 'n Ander aanbeveling wat die navorser ten opsigte van die ontwikkelingsplan wil maak, is dat die tyd van die kursusaanbieding oor 'n langer periode sal strek en dat die ontkoste van die kursus, wat tydens hierdie opleidingskursus hoofsaaklik deur die navorser self gedra is, uit 'n ander bron gegeneet sal word, byvoorbeeld deur kursusaanvraers vas te stel.

Hierdie aspek sal veral belangrik wees indien die opleidingsinnovasie en opleiding self uitbrei.

Die evaluering van die eerste loodsimplementering kan uitgebrei word. Ander navorsingsontwerpe en metodes kan aangewend word ten einde impakevaluering te doen. Koste-effektiwiteitsevaluering en benuttingsevaluering kan ook geïnkorporeer word. Die uitbreiding van evaluering sal veral nodig wees indien die program uitgebrei word.

#### 6.4 Samevatting

Die navorser het tot die gevolgtrekking gekom dat die program net so gebruik kan word vir die tweede loodsgebruik. Die navorser wil egter aanbeveel dat hierdie studie uitgebrei word. Hierdie uitbreiding behoort die kennis en vaardighede van maatskaplike werkers in die Gesondheidsveld, en dus ook in gemeenskapsgesondheid, ten opsigte van assessering, intervensie en evaluering te omvat. Die belangrikste aspek is egter dat hierdie uitbreiding van die program relevant sal wees in 'n veranderende Suid-Afrika, en sal aansluit by bevoegde, verantwoordbare maatskaplike werkers in die Gesondheidsveld, wat uiteindelik 'n effektiewe diens sal lewer.





# HOOFSTUK VII

## OPSOMMING

### 7.1 Motivering tot die studie

Bevoegdheid en verantwoordbaarheid is twee belangrike eise waaraan geneeskundige maatskaplike werkers moet voldoen ten einde die veranderende maatskaplike, politieke, ekonomiese en organisatoriese situasie in Suid-Afrika as geheel, maar ook spesifiek in die Gesondheidsveld, aan te spreek. Hierdie bevoegdheid en verantwoordbaarheid hang ten nouste saam met wetenskaplike kennis, vaardighede en die regte gesindheid ten opsigte van assessering, intervensie en evaluering. Die beperkte omvang van hierdie studie het hom egter nie geleen tot die uitbreiding van kennis, vaardighede en die bevordering van 'n positiewe gesindheid by al die bogenoemde aspekte nie. Dit sal in 'n verdere studie en in die hospitaal-opset as werksterrein aangespreek moet word.

Hierdie studie het slegs die uitbreiding van kennis en vaardighede in geneeskundige maatskaplikewerk-assessering aangespreek, aangesien dit die eerste belangrike stap in effektiewe hulpverlening is. Assessering is, as gevolg van die klemverskuiwing na korttermyn hospitalisasie, primêre gesondheidsorg, en as gevolg van organisatoriese beperkinge ook dikwels die enigste aspek in die hulpverleningsproses wat aandag geniet. Effektiewe assessering stel die geneeskundige maatskaplike werker ook in staat om selfs ná hospitalisasie van die pasiënt 'n effektiewe diens te kan lewer, aangesien die aanwending van korrekte bronne binne en buite die hospitaal in direkte verband met effektiewe assessering staan.

### 7.2 Doel van die studie

Die navorsingsdoelstelling is na aanleiding van die voorafgaande motivering gestel as die ontwikkeling en evaluering van 'n program om geneeskundige maatskaplike werkers se kennis en vaardighede ten opsigte van geneeskundige maatskaplikewerk-assessering te verbeter.

'n Evalueringsvraelys (Bylae D) is vir programmonitering opgestel en is aan die einde van die kursus deur die kursugangers voltooi. Die programaanbieder (navorser) en fasiliteerder het egter ook van waarneming as 'n middel tot programmonitering gebruik gemaak.

Impakevaluering is na aanleiding van die assosiatiewe navorsingsontwerp, een-groep voortoets-natoets ontwerp gedoen. Voor- en natoets is ten opsigte van elke assesseringsaspek afgelê. Rollespele is as voor- en natoets vir die evaluering van onderhoudvoeringstegnieke wat tydens assessering gebruik word, afgelê. Die beoordeling van onderhoudvoeringstegnieke is deur twee beoordelaars volgens 'n vyf-punt skaal gedoen.

Die evaluering van die eerste loodsgebruik en ontwikkelingstoetsing het 'n aanduiding gegee van aspekte wat tydens die tweede loodsimplementering aangepas of verander moet word.

### 7.7 Hoofbevinding

Die navorser het bevind dat 'n opleidingsprogram, wat aan die oorspronklike navorsingsdoel beantwoord, daargestel kon word. Die programdoelstelling en -doelwitte is bereik indien 'n toename in kennis en vaardighede in ag geneem word. Die kennis en vaardighede sal egter in 'n groter mate ontwikkel en uitgebrei moet word. Hiervoor sal opvolgkursusse, indiensopleidingsprogramme, supervisie, monitering en impakevaluering ook na voltooiing van die kursus nodig wees. Die kursugangers en hoof maatskaplike werkers (supervisors) sal in hulle onderskeie werksopsette ook aandag aan verdere uitbreiding van kennis en vaardighede moet gee. Die program het wel die teikengroep bereik en 'n bydrae gemaak tot 'n goeie teoretiese kennis- en vaardigheidsbasis, wat uiteindelik aanleiding sal gee tot effektiewe, en dus ook bevoegde en verantwoordbare, geneeskundige maatskaplikewerk-assessering binne 'n veranderende milieu. Die navorser wil egter aanbeveel dat hierdie program slegs as basis sal dien vir 'n volgende program, wat die kennis en vaardighede van maatskaplike werkers in die Gesondheidsveld, en dus ook in gemeenskapsgesondheid, ten opsigte van assessering, intervensie en evaluering sal uitbrei.



## BIBLIOGRAFIE

1. Barker, P. *Basic family therapy*. 3<sup>de</sup> Uitgawe. Oxford: Blackwell Scientific Publications.
2. Barlow, D.H. *Behavioral assessment of adult disorders*. New York: Guildford Press.
3. Bellack, A.S. & Hersen, M. *Behavioral assessment: a practical handbook*. 3<sup>de</sup> Uitgawe. New York: Pergamon Press.
4. Bennett, C.J. & Grob, G.G. The social worker new to Health Care: basic learning tasks, in Davidson, K.W. & Clarke, S.S. (red.). *Social Work in Health Care*. London: Haworth Press.
5. Berkow, R. & Talbot, J.H. *The Merck Manual of diagnosis and therapy*. 16<sup>de</sup> Uitgawe. Rahway: Merck & Co.
6. Bloom, M. & Fischer, J. *Evaluating practice: guidelines for the accountable professional*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall Inc.
7. Borck, L.E. & Fawcett, S.B. *Learning counseling and problem-solving skills*. New York: Haworth Press.
8. Bracht, D.L. Assessing the psychological aspects of illness, in Davidson, K.W. & Clarke, S.S. (red.). *Social Work in Health Care - a handbook for practice*. London: Haworth Press.
9. Brink, A.J. *Woordeboek van Afrikaanse Geneeskundeterme*. 3<sup>de</sup> Uitgawe. Kaapstad: Nasau Beperk.
10. Brownell, J. Assessment of eating disorders, in Barlow, D.H. (red.). *Behavioral assessment of adult disorders*. New York: The Guildford Press.
11. Buros, O.K. *The eight mental measurement yearbook*. 8<sup>de</sup> Uitgawe. Highland Park: Gryphon Press.
12. Compton, B. & Galaway, B. *Social Work processes*. 3<sup>de</sup> Uitgawe. Homewood, Illinois: Dorsey Press.

13. Cormier, W.H. & Cormier, L.S. 1991. *Interviewing strategies for helpers*. 3<sup>de</sup> Uitgawe. Kalifornië: Brooks/Cole Publishing Company.
14. Corsini, R.J. & Wedding, D. 1989. *Current psychotherapies*. 4<sup>de</sup> Uitgawe. Itasca, Illinois: F.E. Peacock Publishers.
15. Davidson, K.W.E. & Clarke, S.S. 1990. *Social Work in Health Care - a handbook for practice*. Part I/Part II. London: Haworth Press.
16. De Vos, A.S. 1989. Programme, programontwikkeling en program-evaluering. *Maatskaplike werk*, 25(2): 111-121.
17. De Vos, A.S. 1990. 'n Voorbeeld van progamevaluering. *Die Maatskaplikewerk-Navorser-Praktisyn*, 3(3): 31-34.
18. De Vos, A.S. 1991. *The development and evaluation of a situation-specific parent-training programme*. Ongepubliseerde referaat by die R.G.N.
19. Drower, S. 1990. Health care in social work practice, in McKendrick, B.W. (red.). *Social Work in action*. Pretoria: HAUM.
20. Egan, G. 1990. *The skilled helper - a systematic approach to effective helping*. 4<sup>de</sup> Uitgawe. Pacific Grove, Kalifornië: Brooks/Cole Publishing Company.
21. Falcon, C.J. 1988. *Family transitions: continuity and change over the life cycle*. New York: The Guildford Press.
22. Funnell, V., Levin, T. & Hochstadter, S. 1990. A systems approach to working with individuals, families and teams: a training course for social workers in Provincial hospital settings. *Maatskaplike werk*, 26(4): 367-371.
23. Gambriel, E. 1983. *Casework: a competency-based approach*. New Jersey: Prentice-Hall.
24. Gelfand, B. 1988. *The creative practitioner: creative theory and method for helping services*. New York: Haworth Press.
25. Germain, C.B. 1984. *Social Work practice in Health Care: an ecological perspective*. New York: The Free Press.
26. Grinnell, R.M. 1981. *Social Work research and evaluation*. Itasca: F.E. Peacock.

27. Grinnell, R.M. 1988. *Social Work research and evaluation*. 3<sup>de</sup> Uitgawe. Itasca: F.E. Peacock.
28. Grinnell, R.M. 1993. *Social Work reserach and evaluation*. 4<sup>de</sup> Uitgawe. Itasca: F.E. Peacock.
29. Grotevant, H.D. & Carlson, C.J. 1989. *Family assessment*. New York: Guildford Press.
30. Hartman, A.E. & Laird, J. 1983. *Family-centered social work practice*. New York: The Free Press.
31. Hepworth, D.H. & Larsen, L.S. 1990. *Direct Social Work Practice: theory and skills*. 3<sup>de</sup> Uitgawe. Belmont, Kalifornië: Wadsworth Publishing Company.
32. Hobfoll, S.E. 1992. Assessment of social support, in Veiel, H.O.F. & Bauman, U. *The meaning and measurement of social support*. New York: Hemisphere Publishing Corporation.
33. Hoffmann, W. 1990. *Field practice education: a Social Work course model*. Pretoria: HAUM.
34. Hornick, J.P. & Burrows, B. 1988. Program evaluation, in Grinnell, R.M. (red.). *Social Work research and evaluation*. 3<sup>de</sup> Uitgawe. Itasca: F.E. Peacock.
35. Hudson, W.N. 1982. *The clinical measurement package*. Homewood, Illinois: The Dorsey Press.
36. Johnson, G.E., Hannah, K.J. & Zerr, S.R. 1992. *Pharmacology and the nursing process*. 3<sup>de</sup> Uitgawe. Canada: Webcomb Limited.
37. Johnson, L.C. 1983. *Social Work practice: a generalist approach*. 3<sup>de</sup> Uitgawe. Boston: Allyn & Bacon.
38. Kadushin, A. 1983. *The Social Work interview*. 2<sup>de</sup> Uitgawe. Columbia: University Press.
39. Kaplan, H.I. & Sadock, B. 1991. *Synopsis of psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*. 6<sup>de</sup> Uitgawe. Baltimore: Williams & Wilkens.
40. Kaufman, D.M. 1990. *Clinical neurology for psychiatrists*. 3<sup>de</sup> Uitgawe. Philadelphia: W.B. Saunders.

41. Keen, A.W. 1990. Patients' emotional reactions to hospitalization. *Maatskaplike werk*, 26(4): 367-371.
42. Laurence-Carbonatto, C. & Du Preez, M.S.E. 1990. The roles and tasks of the medical social worker regarding the infertile couple. *Maatskaplike werk*, 26(4): 316-323.
43. Lilliston, B.A. 1990. Psychosocial responses to traumatic physical disability, in Davidson, K.W. & Clarke, S.S. (red.). *Social Work in Health Care - a handbook for practice*, London: Haworth Press.
44. Longo, D.C. & Williams, R.A. 1986. *Clinical practice in psychosocial nursing assessment and intervention*. 2<sup>de</sup> Uitgawe. Norwalk, Connecticut: Apple-Century Crofts.
45. Lutz, M.E. & Flory, M.J. 1993. Instruments and Psychometrics: a response to Mattavi & Kirk. *Social Work*, 38(2): 229-230.
46. MacElveen-Hoehn, P.M. 1986. Social networks, in Longo, D.C. & Williams, R.A. *Clinical Practice in Psychosocial nursing assessment and intervention*. 2<sup>de</sup> Uitgawe. Norwalk, Connecticut: Appleton Century-Crofts.
47. Martin, E.A. (red.). 1993. *Mediese woordeboek*. Kaapstad: Oxford University Press, Southern Africa.
48. Mattaini, M.A. & Kirk, A.S. 1991. Assessing assessment in Social Work. *Social Work*, 36(1): 260-264.
49. Mattaini, M.A. & Kirk, A.S. 1993. Misdiagnosing assessment. *Social Work*, 38(2): 229-232.
50. Mouton, J. & Marais, H.C. 1990. *Basic concepts in the methodology of the social sciences*. 2<sup>de</sup> Uitgawe. Human Sciences Research Council.
51. Nadler, L. 1988. *Designing training programs: the critical events model*. George Washington University: Addison-Wesley Publishing Company.
52. Nel, J.B.S. 1992. *'n Laboratoriumopleidingsprogram vir gemeenskapswerk in die Maatskaplike Werk*. Ongepubliseerde proefskrif, Johannesburg: RAU.
53. Nel, J.B.S. 1993. Gemeenskapswerk: 'n praktykmodel asook rol- en vaardigheidsrepertoire vir die praktisyn. *Die Maatskaplikewerk-Navorsing-Praktisyn*. 6(3): 12-22.

54. Nel, J.B.S.  
1993. Impakevaluering van 'n laboratoriumprogram vir gemeenskapswerk in die Maatskaplike Werk, *Die Maatskaplikewerk-Navorser-Praktisyn*. 6(1): 15-23.
55. Nel, J.B.S. & Nel, Z.J.  
1992. 'n Geïntegreerde Ontwikkelingnavorsingsmodel, *Die Maatskaplikewerk-Navorser-Praktisyn*. 5(3): 12-18.
56. Powers, G.T.,  
Meenaghan, T.M.  
& Toomey, B.G.  
1985. *Practice focussed research, integrating human service practice and research*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
57. Raymond, F.B.  
1981. Program evaluation, in Grinnell, R.M. (red.). *Social Work research and evaluation*. Itasca: F.E. Peacock.
58. Ritter, G.A.  
1992. *Maatskaplike werk supervisie met spesifieke verwysing na die toepassing van die personeelfunksie in Provinsiale hospitale*. Ongepubliseerde M.A. verhandeling, Stellenbosch: Universiteit van Stellenbosch.
59. Rolland, J.S.  
1990. Anticipatory loss: a family systems development framework. *Family Process*, 29(3): 229-243.
60. Rossi, P.H. &  
Freeman, H.E.  
1989. *Evaluation - a systematic approach*. 4<sup>th</sup> Uitgawe. London: Sage Publications.
61. Rothman, J.  
1980. *Social R&D Research and Development in the Human Sciences*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
62. Rubin, A. &  
Babbie, E.  
1989. *Research methods for social work*. Belmont, Kalifornië: Wadsworth Publishing Company.
63. Sarafino, E.P.  
1990. *Health Psychology: Biopsychosocial Interactions*. New York: John Wiley & Sons.
64. Schneier *et al.*  
1986. *Personnel Human Resources management today*. New Jersey, USA: Addison Wesley Publishers.
65. Schroeder, H.E.  
1991. *New directions in Health Psychology assessment*. New York: Hemisphere Publishing Corporation.
66. Snyman, H.F.  
1988. *Geneeskunde woordeboek*. 3<sup>th</sup> Uitgawe. Durban: Butterworths.
67. Thomas, E.J.  
1981. Developmental Research: a model for interventional innovation, in Grinnell, R.M. (red.). *Social Work research and evaluation*. Itasca: F.E. Peacock.

68. Thomas, E.J.  
1984. *Designing interventions for helping professions*. Beverley-Hills: Sage Publications.
69. Thompson, E.A.  
1986. A mental health vital sign, in Longo, D.C. and Williams, R.A. (red.). *Clinical practice in psychosocial nursing assessment and intervention*. 2<sup>de</sup> Uitgawe. Norwalk, Connecticut: Appleton-Century Crofts.
70. Tracey, E.M. & Whittaker, J.K.  
1990. The Social Network Map: assessing social support in clinical practice. *Families in society, Journal of Contemporary Human Services*, 71(8): 461-470.
71. Tripodi, T.  
1981. Research designs, in Grinnell, R.M. (red.). *Social Work research and evaluation*. Itasca: F.E. Peacock.
72. Vandvik, I.H. & Eckblad, G.F.  
1993. Faces III and the Kueback Family Sculpture Technique as Measures of Cohesion and Closeness. *Family Process*, 32(2): 221-231.
73. Van Zyl, M.A.  
1988. Die benutting van meetinstrumente in die evaluering van welsynsprogramme. *Welsynsfokus*, 23(1): 37-40.
74. Veiel, H.O.F. & Bauman, U.  
1992. *The meaning and measurement of social support*. New York: Hemisphere Publishing Corporation.
75. Volland, P.  
1990. Social work information and accountability systems in a hospital setting, in Davidson, K.W. & Clarke, S.S. (red.). *Social Work in Health Care - a handbook for practice*. London: Haworth Press.
76. Washington, R.O.  
1980. *Program evaluation in human services*. Washington: University Press of America.
77. Weston, T.  
1992. *Atlas of anatomy*. 6<sup>de</sup> Uitgawe. London: Marshall Cavendish.
78. Williams, C.C. & Holmes, T.H.  
1990. Life change, human adaptation, and onset of illness, in Davidson, K.W. & Clarke, S.S. (red.). *Social Work in Health Care - a handbook for practice*. London: Haworth Press.
79. Werkgroep vir geneeskundige en psigiatriese maatskaplike werk.  
1993. *Maatskaplike werk in die Gesondheidsveld: 'n voorlegging aan die komitee vir gesondheidsaangeleenthede*. Pretoria: T.P.A., Tak: Gesondheidsdienste.



80. Wincze, J.P. & De Lange, J.D. 1981. Assessment of sexual behaviour, in Barlow, D.H. (red.). *Behavioral assessment and adult disorders*. New York: The Guildford Press.



# **BYLAE A**

The logo of the University of Johannesburg, featuring a stylized sunburst or fan shape above an open book.

**TOESTEMMING VIR**  
**UITVOERING VAN**  
**OPLEIDINGSPROGRAM**

UNIVERSITY  
JOHANNESBURG

Posbus 22237  
Helderkruin  
1733  
8 Desember 1992

Die Adjunk-Direkteur Generaal  
Tak: Gesondheidsdienste, Transvaal  
Privaatsak X221  
Pretoria

I/s: Aanbieding van opknappingskursus vir maatskaplike werkers in diens van Gesondheidsdienste, Transvaal, as deel van M.A. Skripsie.

**1. Agtergrond**

- 1.1 Betrokkene is werksaam by J.G. Strijdom hospitaal, maatskaplike werk departement, as Assistent Direkteur. Sy doen tans haar M.A. Generiese maatskaplike werk graad aan R.A.U.
- 1.2 Gedurende 1992 het maatskaplike werkers van Oos-randse hospitale betrokke genooi om personeelontwikkeling aan hulle groep aan te bied. Gedurende hierdie sessie het die groep 'n leemte t.o.v. kennis en vaardigheid in assessering, gevorderde intervensietegnieke en evaluering ervaar en betrokke gevra om verdere opleiding hieroor aan te bied.
- 1.3 Maatskaplike werkers van J.G. Strijdom hospitaal het ook hierdie behoefte geïdentifiseer. N.a.v. aanstelling van hoof maatskaplike werker by Coronation hospitaal, Mnr. Pearce, wat eers by J.G. Strijdom hospitaal personeellid was, het Coronation en Lenasia hospitale se maatskaplike werkers ook die behoefte uitgespreek en is die onderwerp as wenslik vir personeelontwikkeling beskou.
- 1.4 Mev. R. Benjamin, Assistent Direkteur, maatskaplike werk van Hillbrow hospitaal het tydens 'n telefoniese gesprek met betrokke ook aangetoon dat sy graag hierdie kursus met haar maatskaplike werkers wil bespreek vir personeelontwikkeling, aangesien dit noodsaaklik is vir senior maatskaplike werkers om gevorderde tegnieke toe te pas.
- 1.5 Mevv. S.J. Olivier en M. van Wyk, Assistent Direkteure van die sub-direktoraat Maatskaplike Dienste, Gesondheidsdienste, was betrokke by bogenoemde maatskaplike werkers en was ook van mening dat hierdie onderwerp 'n leemte sou vul.
- 1.6 Die aspek is met Prof. de Vos en Dr Nel van R.A.U. bespreek en hulle was van mening dat dit 'n goeie onderwerp vir 'n M.A. skripsie sal wees.
- 1.7 Die aspek is ook met Dr C. Visagie, Senior Superintendent van J.G. Strijdom hospitaal bespreek, wat in beginsel goedkeuring gegee het dat hierdie kursus aangebied kan word by J.G. Strijdom hospitaal deur betrokke.

## **2. Moontlike samestelling van kursus**

- 2.1 **Assessering sal aangebied word n.a.v. 'n geïntegreerde model. Betrokkene het alreeds waardevolle inligting uit Hepworth en Larsen, asook vanuit skale versamel.**
- 2.2 **'n Volledige behoeftebepaling sal egter gedoen word in Januarie, nadat toestemming van u verkry is om die kursus aan te bied. Dit kan dus die samestelling van die kursus beïnvloed.**

## **3. Aanbieding van die kursus**

- 3.1 **Die kursus sal aangebied word in die vorm van werkswinkels waar kennis en vaardighede ontwikkel sal word. Groepe met fasiliteerders sal dus ook bystaan.**
  - 3.2 **Dit sal van kursusgangers verwag word om alle dae by te woon en praktikum te doen tussen kursusdae in hulle werksopset. Dit sal verkieslik wees dat hoof maatskaplike werkers hierdie praktikum sal monitor. Kontraktering sal tydens die eerste sessie gedoen word.**
  - 3.3 **Alle sessies sal by J.G. Strijdom hospitaal aangebied word.**
  - 3.4 **Indien die behoefte bestaan, kan die kursus aan alle belangstellende maatskaplike werkers aangebied word in die toekoms.**
  - 3.5 **Die enigste kostes verbonde aan die kursus sal vervoer en etes van kursusgangers insluit.**
- ## **4. Aanbeveling**
- 4.1 **Dit sal waardeer word indien u goedkeuring kan verleen vir aanbieding van die kursus en gepaardgaande navorsing ten opsigte daarvan. Hierdie kursus is 'n voorvereiste vir wetenskaplike hulpverlening.**



**(Mej.) A. Beytell.  
Assistent Direkteur Maatskaplike werk  
J.G. Strijdom Hospitaal**

**J.G. Strijdom**

**Privaatsak X47**

**Aucklandpark**

**2006**

**Vir Aandag: Mev. G.A. Ritter  
Adjunk-Direkteur: Maatskaplike Werk  
Die Adjunk Direkteur Generaal  
Tak: Gesondheidsdienste  
Privaatsak X47  
PRETORIA**



UNIVERSITY  
OF  
JOHANNESBURG

**I/s goedkeuring: Aanbieding van opknappingskursus vir maatskaplike werkers in diens van gesondheidsdienste, Transvaal, as deel van M.A. Skripsie**

1. Ons gesprek van 11/10/93 het betrekking.
2. Nog geen antwoord is ontvang vanaf Gesondheidsdienste t.o.v. navrae nie.
3. Ingesluit vorige memorandum en goedkeuring van Superintendent.
4. Die volgende verandering t.o.v. die memorandum word aangetoon:
  - 4.1 Datums sal vir 1994 vanaf Januarie bepaal word na behoeftebepaling met hoof maatskaplike werkers deur 'n onderhoudskedule en met maatskaplike werkers deur vraelyste.
  - 4.2 Alhoewel beplan word om kursus te doen soos uiteengesit, sal slegs assessering vir skripsie doeleindes gedoen word.

Dit sal waardeer word indien u die saak kan opvolg.

**A. BEYTELL  
ASST. DIREKTEUR (W/W)**



SAVRAE ENQUIRIES

VERW REF

TEL

Mev. G.A. Ritter

201-2806

1993

Die Superintendent  
J.G. Strijdom Hospitaal  
Privaatsak X 47  
AUCKLAND PARK  
2006

AANDAG MEJ. A. BEYTELL

- UNIVERSITY OF  
OF  
BURG
1. AANBIED VAN KURSUS VIR MAATSKAPLIKE WERKERS
  2. OM KURSUS AS NAVORSINGSPROJEK TE GEBRUIK

U skrywe gedateer 13 Oktober 1993 het betrekking.

Goedkeuring word verleen dat mej. A. Beytell 'n kursus vir Maatskaplike Werkers in hospitale mag aanbied om dit as 'n navorsingsprojek te gebruik ter verkryging van haar MA-graad.

Wnd ADJUNK-DIREKTEUR-GENERAAL (GESONDHEIDSDIENSTE)

446 DvdM (80)

# BYLAE B



TRANVAALSE PROVINSIALE HOSPITALE

Telegrafiese Adres  
Telegraphic Address \_\_\_\_\_

Telefoon Nr. 489-0426  
Telephone No. \_\_\_\_\_



TRANVAAL PROVINCIAL HOSPITALS

J G STRIJDOM HOSPITAAL  
HOSPITAL

DEPARTEMENT MAATSKAPLIKE WERK

PRIVAATSAK X47

AUCKLANDPARK

22 DESEMBER 1993

IN ANTWOORD VERMELD ASB.  
IN REPLY PLEASE QUOTE

No. \_\_\_\_\_

Alle korrespondensie moet aan die  
Superintendent gerig word.

All communications to be addressed to  
the Superintendent.

MEJ A BEYTELL

VIR AANDAG: \_\_\_\_\_

HOOF MAATSKAPLIKE WERKER/ASSISTENT DIREKTEUR  
DIE SUPERINTENDENT

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

UNIVERSITY  
OF  
JOHANNESBURG

I/S: OPKNAPPINGSKURSUS VIR GENEESKUNDIGE MAATSKAPLIKE WERKERS TEN OPSIGTE VAN ASSESSERING:

1. Verskeie versoeke is aan Assistent Direkteur gerig ten opsigte van bo-genoemde opleiding.
2. Goedkeuring is van die Sub - Direktoraat: Maatskaplike Dienste: Gesondheidsdienste verkry om voort te gaan met die opstel van so 'n kursus.
3. Gevorderde teoretiese kennis en vaardighede is 'n voorvereiste vir Senior Maatskaplike Werkers in Gesondheidsdienste. Dië kursus sal Geneeskundige Maatskaplike Werkers toerus met gevorderde kennis en vaardighede in assessering. Geneeskundige Maatskaplike Werkers en die Geneeskundige maatskaplikewerk departement sal dus baat by die kursus.
4. Hierdie kursus kan egter nie ontwikkel word sonder insette van Maatskaplike Werkers, maar veral van u as Hoof Maatskaplike Werkers nie.
  - 4.1. Onderrigbehoefte moet bepaal word deur u, sowel as Maatskaplike Werkers.
  - 4.2. Monitering en uitset-evaluering sal deur Hoof Maatskaplike Werkers gedoen moet word na afloop van opleidingsessies.



5. Dit sal derhalwe waardeer word indien u my voor 12 Januarie 1994 van die volgende inligting telefonies by telefoonnommer: 489-0426 of 489-0420 of skriftelik in kennis kan stel:
- 5.1. Hoeveel Maatskaplike Werkers sal belangstel in die kursus?
- 5.2. Voorsien name, vanne, rang en taal (Engels/Afrikaans) waarin Maatskaplike Werkers die kursus wil doen.
- 5.3. Sal u as Hoof Maatskaplike Werker bereid wees om deel te neem aan die kursus naamlik. behoeftebepaling, monitering en uitsetevaluering?
- 5.4. Let wel: Persone wat deelneem (Hoofde sowel as Maatskaplike Werkers) moet kontrakteer dat hulle sessies sal bywoon.
- 5.5. Sal u asseblief as Hoofde of Assistent Direkteure op 19 Januarie 1994 om 9:00 h behoeftebepalingsessie by die Maatskaplike Werk Departement te J G Strijdom Hospitaal bywoon?
- 5.6. Sal u bereid wees om toestemming te verleen vir gebruik van 'n bandopnemer tydens hierdie geleentheid?
- 5.7. U word versoek om die volgende statistiek asseblief saam te bring na die sessies:

Dienste gelewer in Oktober, November en Desember 1993 ten opsigte van assessering, beraad, krisisintervensie, omgewingsverandering, gesinsterapie, groepwerk, speltherapie, verwysing na gemeenskapsbronne, tuisbesoeke, huweliksberaad en ander (gespesifiseerd.)

6. Tref asseblief self reëlings met u Superintendent.

Dankie vir u samewerking.

Vriendelike groete.

*A. Bayell*

ANNA-MARIE BEYELL  
ASSISTENT DIREKTEUR: MAATSKAPLIKE WERK  
AB/ik  
29.12.1993.

TRANSVAALSE PROVINSIALE HOSPITALE



TRANSVAAL PROVINCIAL HOSPITALS

Telegrafiese Adres  
Telegraphic Address \_\_\_\_\_

HOSPITAAL  
HOSPITAL

Telefoon Nr.  
Telephone No. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

IN ANTWOORD VERMELD ASB.  
IN REPLY PLEASE QUOTE  
  
No. \_\_\_\_\_

Alle korrespondensie moet aan die  
Superintendent gerig word.

All communications to be addressed to  
the Superintendent.

VIR AANDAG: MEJ A BEYTELL  
ASSISTENT DIREKTEUR: MAATSKAPLIKE WERK  
DIE SUPERINTENDENT  
J G STRIJDOM HOSPITAAL  
PRIVAATSAK X47  
AUCKLANDPARK  
2006

I/S: ANTWOORD OP VRAE TEN OPSIGTE VAN OPKNAPPINGSKURSUS VIR GENEESKUNDIGE  
MAATSKAPLIKE WERKERS TEN OPSIGTE VAN ASSESSERING:

Die skrywe van 22/12/1993 het betrekking.

1. Aantal Maatskaplike Werkers wat belangstel in die kursus \_\_\_\_\_.
2. Name, vanne, rang en taal (Engels/Afrikaans) waarin die Maatskaplike Werkers die kursus wil doen.

NAME/VANNE	RANG	ENGELS	AFRIKAANS

3. Is u as Hoof Maatskaplike Werker bereid om deel te neem aan die kursus ten opsigte van behoeftebepaling, monitering en uitsevaluering? (Merk toepaslike antwoord met 'n X)

JA		
-----		
NEE		
-----		

4. Gee u toestemming vir gebruik van 'n bandopnemer tydens behoeftebepalingssessie, sodat inligting later gebruik kan word vir opstel van die kursus?

JA		
-----		
NEE		
-----		

5. Reëlins sal met die Superintendent getref word vir bywoning van behoeftebepaling en kursusse.

JA		
-----		
NEE		
-----		



UNIVERSITY  
OF  
JOHANNESBURG

\_\_\_\_\_  
HOOF MAATSKAPLIKE WERKER

\_\_\_\_\_  
ASSISTENT DIREKTEUR: MAATSKAPLIKE WERK

\_\_\_\_\_  
HOSPITAAL

\_\_\_\_\_  
DATUM

AB/1k  
1993.12.29.

## ONDERHOUDSKEDULE

BEPALING VAN ONDERRIGBEHOEFTE BY GENEESKUNDIGE MAATSKAPLIKE WERKERS: T.P.A GESONDHEIDSDIENSTE T.O.V. KENNIS/VAARDIGHEDE IN ASSESSERING DEUR 'N ONDERHOUD MET HOOF MAATSKAPLIKE WERKERS (SUPERVISORS) VAN SEKERE HOSPITALE TE VOER.

1. **Bewerkstellig Rapport:** Verwelkoming en toon aan hoe belangrik insette van hoof Maatskaplike Werkers as supervisors is, aangesien:
  - 1.1 Hulle deur korrekte behoeftes aan te toon die opleidingsprogram sinvol kan maak vir hulle maatskaplike werkers.
  - 1.2 Hulle kennis dra van onderrigbehoefte van maatskaplike werkers t.o.v. kennis/vaardighede in veral die werksopset.
  - 1.3 Hulle die persone is wat monitering en uitsetevaluering, na die kursus, in die werksopset kan bepaal.
  
2. **Demografiese besonderhede (Gee vrae vir elke respondent om in te vul.)**
  - 2.1 Hoeveel maatskaplike werkers het elke hoof Maatskaplike Werker vir supervisie?
  - 2.2 Hoeveel is toetreerang en hoeveel is senior maatskaplike werkers?
  - 2.3 Hoeveel maatskaplike werkers is op konsultasie?
  - 2.4 Indien maatskaplike werkers op konsultasie is, hoe dink u sal monitering en uitsetevaluering die beste gedoen kan word na die kursus?  
(Gee voorstelle, maak stellings, vra vrae indien persone nie reageer nie.)  
Bespreek die belang van monitering en uitsetevaluering na voltooiing van die kursus, sodat pasiënte werklik daarby kan baat en die kwaliteit/standaard van professionele dienslewering kan verbeter.
  
3. **Het u maatskaplike werkers enige opleiding in assessering ontvang in die afgelope drie jaar? Indien wel - gee asseblief u insette en dui aan op watter manier opleiding gegee is en waaroor die opleiding gegaan het. (Vra detail indien dit nie verskaf kan word nie.)**

4. In die assesseringsonderhoud word sekere aspekte geassesseer. Watter aspekte assesseer u personeel gereeld t.o.v. die volgende?

(Gee rigting n.a.v. moontlike assesseringsinligting wat ingesluit kan word en rangskik onder die volgende: Skryf neer wat respondente sê op 'n witbord en vra persoon wat hulp met navorsing verleen, om dit neer te skryf en aantekeninge te hou.)

- Dui weer aan dat die doel van die vraag is om onderrigbehoefes uit te wys en nie om maatskaplike werkers te evalueer nie.

- 4.1 Agtergrondsgebeure
- 4.2 Identifiserende inligting
- 4.3 Bio-fisiese funksionering
- 4.4 Kognitief/perseptuele funksionering
- 4.5 Emosionele funksionering
- 4.6 Gedragfunksionering
- 4.7 Verhoudingsfunksionering
- 4.8 Omgewingsisteme
- 4.9 Kulturele aspekte

5. Sou u sê dat daar aspekte is waaraan u maatskaplike werkers nie gereeld aandag gee nie? (Gee volledige inligting oor moontlikhede, sodat hoof Maatskaplike Werkers leemtes kan uitwys.)

6. Word daar in die assesseringsonderhoude *altyd* aandag gegee aan die volgende:

(Vra dat respondente uitbrei indien van toepassing.)

- 6.1 Vrae is operasioneel (meetbaar).
- 6.2 Alle assesseringsdata hou funksioneel verband met die probleem in so 'n mate dat dit beheer oor die probleem uitoefen.
- 6.3 Verskillende dele van die probleem hou verband met mekaar.
- 6.4 Die individu se gedrag word beïnvloed deur of hou verband met sekere gebeure.
- 6.5 Identifisering van antesedente (voorafgebeure) en gevolge wat funksioneel verband hou met die probleem is belangrik.
- 6.6 Elke probleem het gewoonlik meer as een komponent.

- 6.7 Die frekwensie van die probleem is belangrik.
  - 6.8 Die duur van die probleem is belangrik.
7. Watter van die onderstaande bronne van assessering gebruik u maatskaplike werkers op gereelde basis (dus nie net soms nie).
- 7.1 Agtergrondsinsigting soos deur pasiënte oorgedra.
  - 7.2 Insigting deur die professionele span oorgedra.
  - 7.3 Direkte waarneming van nie-verbale gedrag deur die maatskaplike werker.
  - 7.4 Direkte waarneming van interaksie tussen egpaar.
  - 7.5 Direkte waarneming van interaksie in die gesin.
  - 7.6 Gestandaardiseerde toetse vir maatskaplike werkers. Watter? (Noem voorbeelde indien respondente nie seker is nie: Hudson skaal, Heimler skaal, Beck skaal.)
  - 7.7 Self-rapporterende lys deur pasiënte ingevul (bv. selfhandhawende gedragslys: verduidelik indien nodig.) Selfgeankerde skaal, Lazarus vraelys.
  - 7.8 Waarneming deur ander in die gesin.
  - 7.9 Rollespel.
  - 7.10 Beskrywende aantekeninge deur pasiënt self ingevul. (Noem voorbeelde indien respondente nie seker is nie: dagboek, kliëntjoernale.)
  - 7.11 Persoonlike ervaring van die maatskaplike werker gebaseer op direkte interaksie met pasiënte en belangrike ander persone.
  - 7.12 Agtergrondsinsigting van belangrike ander persone.
  - 7.13 Mediese lêer van pasiënt.
  - 7.14 Sielkundige toetse van pasiënt.
  - 7.15 Direkte onderhoudsvoering waarin pasiënt en maatskaplike werker probleme identifiseer.
  - 7.16 Genogram.
  - 7.17 Ekokaart.
  - 7.18 DSM III R.

**8. Onderhoudsvoeringstegnieke**

8.1 Is u van mening dat u maatskaplike werkers oor genoegsame onderhoudsvoeringstegnieke beskik om 'n wetenskaplik gefundeerde assesseringsonderhoud te voer?

8.2 Watter leemtes dink u bestaan daar t.o.v. watter tegnieke?

(Noem tegnieke en bepaal of dit kennis of vaardighede of beide is wat ontbreek.)

9. Word enige modelle vir assessering in u hospitaal gebruik? Watter?

10. Is u van mening dat die maatskaplike werkers in u hospitaal oor genoegsame kennis en vaardighede beskik om wetenskaplik korrek en volledig te assesseer?

(Dui aan watter hospitale wel van mening is dat dit gedoen word en watter nie.)

11. Verskaf asseblief statistiek soos aangevra in brief.

Dienste gelewer '93	Okt.	Nov.	Des.	Totaal
Assessering (SASS)				
Beraad/Terapie (SCOU)				
Krisisingryping (SCRI)				
Omgewingsmanipulasie (SENM)				
Gesinsterapie (SFAT)				
Groepwerk (SGWO)				
Speltherapie (SPLT)				
Verwysing na gemeenskapsbronne (SRCR)				
Tuisbesoeke (SOUV)				
Huweliksberaad (SMAT)				
Ander (SOTH) spesifiseer				

- 12. Bedank hoof Maatskaplike Werkers vir hulle insette. Vra dat hulle vraelyste sal verskaf aan maatskaplike werkers om self in te vul. Maatskaplike werkers moet dit hulle teruggee voor 26 Januarie 1994, en hulle moet dit asseblief aan navorser terugbesorg voor 2 Februarie 1994 by die volgende adres: Mej. A. Beytell, Posbus 22237, Helderkruin 1733.**





## TAK: GESONDHEIDSDIENSTE, TRANSVAAL

INLICHTING TEN OPSIGTE VAN STATISTIEK VAN DIENSTE GELEWER, 1993

DIENSTE GELEWER '93	OKT.	NOV.	DES.	TOTAAL
Assessering (SASS)				
Beraad/terapie (SCOU)				
Krisisingryping (SCRI)				
Omgewingsmanipulasie (SENM)				
Gesinsterapie (SFAT)				
Groepwerk (SGWO)				
Spel terapie (SPLT)				
Verwysing na gemeenskapsbronne (SRCR)				
Tuisbesoeke (SOUV)				
Huweliksberaad (SMAT)				
Ander (SOTH) spesifiseer				

---

HOOF MAATSKAPLIKE WERKER

---

HOSPITAAL

## TAK GESONDHEIDSDIENSTE, TRANSVAAL

### DEMOGRAFIESE BESONDERHEDE TYDENS BEHOEFTEBEPALING MET HOOF MAATSKAPLIKE WERKERS

1. Hoeveel maatskaplike werkers is werksaam by u hospitaal? \_\_\_\_\_
2. Hoeveel is toetreerang? \_\_\_\_\_
3. Hoeveel is senior maatskaplike werkers? \_\_\_\_\_
4. Hoeveel maatskaplike werkers is op konsultasie? \_\_\_\_\_
5. Indien maatskaplike werkers op konsultasie is, hoe dink u sal monitering en uitsevaluering die beste gedoen kan word na die kursus?



UNIVERSITY  
OF  
JOHANNESBURG

---

HOOF MAATSKAPLIKE WERKER

---

HOSPITAAL

**BYLAE C**



UNIVERSITY  
OF  
JOHANNESBURG

**VRAELYS**

**Vir aandag:** \_\_\_\_\_

---

---

---

---



UNIVERSITY  
OF

LIMPOPO

**I/s Vraelys ten einde onderrigbehoefte ten opsigte van assessering te bepaal.**

- 1. Ingesluit is 'n vraelys wat deur u beantwoord moet word. Hierdie vraelys het ten doel om u onderrigbehoefte ten opsigte van kennis en vaardigheid in assessering in die geneeskundig-maatskaplike werk opset te bepaal.**
- 2. Ten einde 'n opleidingsprogram daar te stel sodat in u behoeftes voorsien kan word, is dit belangrik dat u alle vrae volledig en eerlik sal beantwoord.**
- 3. Die opleidingsprogram vir geneeskundige maatskaplike werkers in diens van T.P.A. Gesondheidsdienste sal opgestel word nadat alle betrokkenes se eie behoeftes verkry is, sodat die opleiding relevant kan wees. U het dus 'n verantwoordelikheid ten opsigte van bogenoemde, aangesien u by die studie betrek is.**
- 4. Konfidensialiteit sal gehandhaaf word.**

5. U kan u vraelys aan u Hoof Maatskaplike Werker verskaf voor 26 Januarie 1994, wat dit dan aan my sal oorhandig voor 2 Februarie 1994. U hoef nie u naam op die vraelys te plaas nie.

**Dankie vir u samewerking**

**Anna-Marie Beytell (Asst-Dir)**



## ALGEMENE INSTRUKSIES

Beantwoord asseblief alle toepaslike vrae na die beste van u vermoë. Die vraelyste is anoniem, en u hoef nie u naam te verskaf nie. Bestudeer asseblief alle instruksies deeglik voordat u die vrae beantwoord. Laat die kolom regs oop. Die doel van die vraelys is om opleidingsbehoefes te bepaal, nie om u kennis te toets nie.

1. Toon aan watter aspekte u gedurende u assessering in geneeskundige maatskaplike werk gebruik. Omkring die antwoord wat u verkies, ten opsigte van elke aspek. Byvoorbeeld, indien u agtergrondsgebeure altyd assesseeer, sal u antwoord as volg daar uitsien:

ASSESSERINGASPEK	NOOIT	SELDE	SOMS	ALTYD
Achtergrondsgebeure	1	2	3	4

- 1 : Assesseeer *nooit* hierdie aspek nie;  
 2 : Assesseeer hierdie aspek *selde*;  
 3 : Assesseeer hierdie aspek *soms*;  
 4 : Assesseeer hierdie aspek *altyd*;

ASSESSERINGASPEK	NOOIT (1)	SELDE (2)	SOMS (3)	ALTYD (4)
1.1 Agtergrondsgebeure	1	2	3	4
1.2 Identifiserende inligting	1	2	3	4
1.3 Bio-fisiese funksionering	1	2	3	4
1.4 Kognitief/perseptuele funksionering	1	2	3	4
1.5 Emosionele funksionering	1	2	3	4
1.6 Gedragfunksionering	1	2	3	4
1.7 Verhoudingsfunksionering	1	2	3	4
1.8 Omgewingsisteme	1	2	3	4
1.9 Kulturele aspekte	1	2	3	4

Vir  
kantoor-  
gebruik

--	--

(1 - 7)

Kaart

1
---

(8)

(4)

(5)

(6)

(7)

(8)

(9)

(10)

(11)

(12)











--	--

(1 - 2)

**Kaart**

2
---

3

--

4

--

5

--

6

--

7

--

8

--

9

--

10

--

11

--

12

--

13

--

14

--

15

--

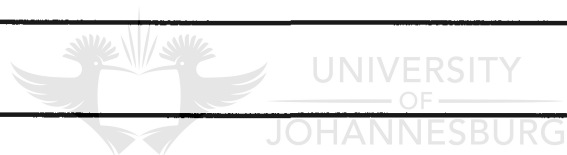
16

--

17

--

18

















37

38

## 2.8 Omgewingsisteme

39

40

41

42

43

44



UNIVERSITY  
OF  
JOHANNESBURG

45

46

47

48

49

50

51

52

53

37

38

## 2.8 Omgewingsisteme

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53





3. In hierdie vraag word sekere stellings gemaak. Dui aan of u met die stellings: *Ten volle saamstem* (1); *saamstem* (2); *nie saamstem nie* (3); of *algeheel verskil* (4). Omkring die nommer, by elke stelling, wat u mening staaf.

STELLING	TEN VOLLE SAAM-STEM	SAAM-STEM	NIE SAAM-STEM	ALGEHEEL VERSKIL
3.1 Die vrae moet operasioneel (meetbaar) wees tydens assessering	1	2	3	4
3.2 Alle assesseringsdata hou funksioneel verband met die probleem, in so 'n mate dat dit beheer oor die probleem uitoefen	1	2	3	4
3.3 Verskillende dele van die probleem hou verband met mekaar	1	2	3	4
3.4 'n Individu se gedrag word direk beïnvloed deur, of hou verband met sekere gebeure	1	2	3	4
3.5 Identifisering van antesedente (voorafgebeure) en gevolge wat funksioneel verband hou met die probleem is belangrik	1	2	3	4
3.6 Elke probleem het gewoonlik meer as een komponent	1	2	3	4
3.7 Die frekwensie van die probleem is belangrik	1	2	3	4
3.8 Die duur van die probleem is belangrik	1	2	3	4

(70)

(71)

(72)

(73)

(74)

(75)

(76)

(77)



(1 - 2)

Kaart



(3)

4. Tydens assessering word van verskeie bronne gebruik gemaak. Vervolgens word verskeie bronne genoem. (Dui aan hoe gereeld u elke bron gebruik deur die nommer te omring.)

- : 1 = *nooit*
- : 2 = *selde*
- : 3 = *soms*
- : 4 = *dikwels*

BRON	NOOIT	SELDE	SOMS	DIKWELS
4.1 Agtergrondsinligting	1	2	3	4
4.2 Inligting deur die multi-professionele span oorgedra	1	2	3	4
4.3 Direkte waarneming van nie-verbale gedrag deur maatskaplike werker	1	2	3	4
4.4 Direkte waarneming van interaksie tussen egpaar	1	2	3	4
4.5 Direkte waarneming van interaksie in die gesin	1	2	3	4
4.6 Gestandaardiseerde toetse vir maatskaplike werkers	1	2	3	4
4.7 Self-rapporterende lys deur pasiënt ingevul, bv. 'n lys waarop selfhandhawende gedrag aangetoon word	1	2	3	4
4.8 Waarneming deur ander lede van die gesin of omgewing	1	2	3	4
4.9 Rollespel	1	2	3	4
4.10 Beskrywende aantekeninge deur pasiënt self ingevul, bv. dagboek	1	2	3	4
4.11 Persoonlike ervaring van maatskaplike werker gebaseer op direkte interaksie met pasiënte en belangrike ander persone	1	2	3	4

(4)

(5)

(6)

(7)

(8)

(9)

(10)

(11)

(12)

(13)

(14)

BRON	NOOIT	SELDE	SOMS	DIK- WELS
4.12 Agtergrondsinsligting van belangrike ander persone	1	2	3	4
4.13 Mediese lêer van pasiënt	1	2	3	4
4.14 Sielkundige toetse van pasiënt	1	2	3	4
4.15 Direkte onderhoudvoering waarin maatskaplike werker en pasiënt probleme identifiseer	1	2	3	4
4.16 Genogram	1	2	3	4
4.17 Ekokaart	1	2	3	4
4.18 DSM III R	1	2	3	4

(15)

(16)

(17)

(18)

(19)

(20)

(21)

5. Indien u van *gestandaardiseerde toetse vir maatskaplike werkers* gebruik maak, toon asseblief in die onderstaande spasie aan watter u gebruik.

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



22

23

24

6. Indien u van *self-rapporterende lys* wat deur die pasiënt ingevul word, gebruik maak, toon asseblief in die onderstaande spasie aan watter u gebruik.

---

---

---

25

26

27

7. Indien u van *beskrywende aantekeninge*, deur die pasiënt self ingevul, gebruik maak, toon asseblief in die onderstaande spasie aan watter u gebruik.

---

---

28

29

8. Gebruik u enige modelle vir u assessering? (Dui asseblief aan deur die regte nommer te omkring).

- : 1 = *nooit*
- : 2 = *selde*
- : 3 = *soms*
- : 4 = *altyd*

1	2	3	4
---	---	---	---

(30)

9. Indien u 3 of 4 by die bogenoemde vraag beantwoord het, noem asseblief die modelle in die onderstaande ruimte.

---

---

---

31

32

33





11. Laastens word sekere demografiese data van u persoonlike omstandig- hede verlang ten einde die kursus in geneeskundige maatskaplike werk assessering op te stel.

11.1 Aan watter opleidingsinrigting het u u voorgraadse studies voltooi? (Merk met 'n X in die toepaslike blokkie.)

1. Universiteit van Kaapstad	01
2. Universiteit van Wes-Kaapland	02
3. Universiteit van Stellenbosch	03
4. Hugenote kollege: Wellington	04
5. Universiteit van Port Elizabeth	05
6. Universiteit van Grahamstad	06
7. Universiteit van Fort Hare	07
8. Universiteit van Oranje Vrystaat	08
9. Universiteit van Bophuthatswana	09
10. Randse Afrikaanse Universiteit	10
11. Universiteit van Witwatersrand	11
12. Potchefstroomse Universiteit vir CHO	12
13. Universiteit van die Noorde	13
14. Universiteit van Durban Westville	14
15. Universiteit van Zululand	15
16. Universiteit van Natal	16
17. Ander	

(51-52)

Indien ander: Watter? Spesifiseer in onderstaande spasie
_____
_____
_____
_____

11.2 Hoe lank gelede het u u voorgraadse studies voltooi? (Omkring die tydperk wat op u van toepassing is.)

1. 0 - 1 jaar	1
2. 2 - 5 jaar	2
3. 6 - 10 jaar	3
4. 11 - 15 jaar	4
5. 16 - 20 jaar	5
6. 21 jaar en langer	6

(53)

11.3 Het u enige na-gradse kwalifikasies? (Omkring antwoord, en beantwoord verder indien van toepassing.)

1. Ja	1
2. Nee	2

(54)

Indien ja: Watter?

	JA	NEE
Honneursgraad	1	2
Nagraadse diploma	1	2
Meestersgraad	1	2
Doktorsgraad	1	2

(55)

(56)

(57)

(58)

**11.4** Het u enige modelle van assessering in u opleiding gedoen?  
(Omkring die antwoord en antwoord verder indien van toepassing.)

1. Ja

1
---

2. Nee

2
---

(59)

**Indien ja - Watter? Spesifiseer in  
onderstaande spasie**


--

60

--

61

--

62

--

63

--

64

--

65

--

66

--

67

**11.5 Hoe lank is u in diens van T.P.A. Gesondheidsdienste?  
(Omkring waar op u van toepassing.)**

- |                      |   |
|----------------------|---|
| 1. 0 - 1 jaar        | 1 |
| 2. 2 - 5 jaar        | 2 |
| 3. 6 - 10 jaar       | 3 |
| 4. 11 - 15 jaar      | 4 |
| 5. 16 - 20 jaar      | 5 |
| 6. 21 - 25 jaar      | 6 |
| 7. 26 jaar en langer | 7 |

(68)

**11.6 In watter rang is u? (Omkring die regte antwoord.)**

- |                |   |
|----------------|---|
| 1. Toetreerang | 1 |
| 2. Senior rang | 2 |

(69)

**11.7 Hoe lank is u in die rang? (Omkring waar van toepassing.)**

- |                      |   |
|----------------------|---|
| 1. 0 - 1 jaar        | 1 |
| 2. 2 - 5 jaar        | 2 |
| 3. 6 - 10 jaar       | 3 |
| 4. 11 - 15 jaar      | 4 |
| 5. 16 jaar en langer | 5 |

(70)

**11.8** Watter een van die volgende stellings het op u betrekking?  
(Omkring die regte nommer.)

- |   |   |
|---|---|
| 1. Ek is 'n maatskaplike werker wat nog maandeliks onderrigsupervisie ontvang | 1 |
| 2. Ek ontvang onderrigsupervisie minder as een maal per maand                 | 2 |
| 3. Ek is op konsultasie   | 3 |
| 4. Ek bied onderrigsupervisie aan   | 4 |

(71)

**11.9** Indien u 2 gemerk het by vraag 11.8, dui aan hoe dikwels u onderrigsupervisie ontvang.

- |                         |   |
|-------------------------|---|
| 1. Elke tweede maand    | 1 |
| 2. Elke derde maand     | 2 |
| 3. Minder as bogenoemde | 3 |

(72)

**11.10** Indien u 4 gemerk het by vraag 11.8, dui vervolgens aan aan wie u onderrigsupervisie aanbied. (Beantwoord elke vraag.)

- |                                     | JA | NEE |
|-------------------------------------|----|-----|
| 1. Studente                         | 1  | 2   |
| 2. Toetreerang maatskaplike werkers | 1  | 2   |
| 3. Senior maatskaplike werkers      | 1  | 2   |

(73)

(74)

(75)

11.11 Het u die afgelope drie (3) jaar enige opleiding ontvang in assessering? (Omkring en beantwoord verder indien van toepassing.)

1. Ja

1

2. Nee

2

Indien ja, dui in die onderstaande spatie die aard daarvan aan.

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

--	--

(1 - 2)

Kaart

5
---

(3)

(4)

--

5

--

6

--

7

--

8

--

9

--

10

--

11

--

12

--

13

12. Sou u meer wou weet ten opsigte van assessering in geneeskundige maatskaplike werk?

1. Ja

1

2. Nee

2

(14)

BAIE DANKIE VIR U TYD EN INSETTE MET DIE INVUL VAN  
DIE VRAELYS

**BYLAE D**



UNIVERSITY  
OF  
JOHANNESBURG

**EVALUERING-**

**BEOORDELINGSVRAELYS**



**EVALUERINGSVRAELYS VAN KURSUS IN GENEESKUNDIGE  
MAATSKAPLIKWERK ASSESSERING**

NAAM \_\_\_\_\_

GROEP \_\_\_\_\_

DATUM \_\_\_\_\_

Beantwoord asseblief alle vrae na die beste van u vermoë. Bestudeer asseblief alle instruksies deeglik voordat u die vrae beantwoord. Laat die kolom regs oop. Die doel van die vraelys is om die kursus te evalueer ten einde vas te stel of u kennis en vaardighede in geneeskundige maatskaplikewerk-assessering verbeter het. Leemtes sal ook aangedui word ten einde toekomstige kursusse aan te pas.

Die vrae word op 'n vyfpunt-skaal deur u beantwoord, waar 1 die laagste punt aandui, 3 gemiddeld is, en 5 die hoogste punt aandui.



Vir  
kantoor-  
gebruik

--	--

(1 - 2)

Gevalnommer

--

(3)

Kaartnommer

**SESSIE EEN: ORIËNTERING TOT DIE PROGRAM. GEREEDHEID TOT  
DEELNAME**

1. In watter mate was die doelwitte van die program aan u uitgespel?

Geringe mate	1	2	3	4	5	Hoë mate
-----------------	---	---	---	---	---	-------------

(4)

2. In watter mate was die programaanbieder doelgerig gedurende die kursus?

Geringe mate	1	2	3	4	5	Hoë mate
-----------------	---	---	---	---	---	-------------

(5)

3. Is daarin geslaag om jou vrese en onsekerhede ten opsigte van die kursus aan te spreek?

1	2	3	4	5
Glad nie	Effens	Redelik	Goed	Baie goed

(6)

4. Tot watter mate het jy aan die groepe deelgeneem?

1	2	3	4	5
Glad nie	Effens	Redelik	Goed	Baie goed

(7)

5. Tot watter mate het *ander groeplede* aan die groepe deelgeneem?

1	2	3	4	5
Glad nie	Effens	Redelik	Goed	Baie goed

(8)

6. Hoe sal jy die onderlinge ondersteunende verhoudings van die kursusgangers gedurende die kursus beskryf?

1	2	3	4	5
Swak	Redelik	Gemiddeld	Goed	Baie goed

(9)

7. Hoe sal jy die verhouding tussen die kursusgangers en die aanbieder beskryf?

1	2	3	4	5
Swak	Redelik	Gemiddeld	Goed	Baie goed

(10)

8. In watter mate was jy *gemotiveerd* om deel te neem aan die kursus?

Geringe mate	1	2	3	4	5	Hoë mate
--------------	---	---	---	---	---	----------

(11)

**SESSIE TWEE: DEFINIËRING VAN ASSESSERING EN MODELLE TEN OPSIGTE VAN ASSESSERING**

9. In watter mate verstaan jy die konsep *assessering*?

Geringe mate	1	2	3	4	5	Hoë mate
-----------------	---	---	---	---	---	-------------

(12)

10. Plaas op 'n vyfpunt skaal die mate waarin u kennis ten opsigte van modelle in assessering toegeneem het.

1	2	3	4	5
Glad nie	Effens	Redelik	Goed	Baie goed

(13)

**SESSIE DRIE: AGTERGRONDSGEBEURE**

11. Het jy meer bewus geword van die aard van aspekte wat as agtergrondsgebeure geassesseer word?

1	2	3	4	5
Glad nie	Effens	Redelik	Goed	Baie goed

(14)

12. In watter mate is kennis opgeskerp ten opsigte van die metodes wat gebruik kan word vir assessering van agtergrondsgebeure?

1	2	3	4	5
Glad nie	Effens	Redelik	Goed	Baie goed

(15)

**SESSIE VIER: ASSESSERING VAN DIE BIO-FISIESE FUNKSIONERING**

13. Hoe belangrik dink jy is assessering van die bio-fisiese funksionering in die geneeskundige maatskaplikewerk opset?

Glad nie belangrik nie	1	2	3	4	5	Baie belangrik
------------------------	---	---	---	---	---	----------------

(16)

14. In watter mate was kennis van die anatomie, fisiologie en kliniese beeld van 'n siektetoestand vir jou belangrik voor die aanvang van die kursus?

Glad nie belangrik nie	1	2	3	4	5	Baie belangrik
------------------------	---	---	---	---	---	----------------

(17)

15. In watter mate sou jy sê het jou kennis ten opsigte van die assessering van die bio-fisiese funksionering van die pasiënt toeneem?

1	2	3	4	5
Baie swak	Swak	Redelik	Goed	Baie goed

(18)

16. In watter mate sou jy sê het jou vaardighede ten opsigte van assessering van die bio-fisiese funksionering van die pasiënt toeneem?

1	2	3	4	5
Baie swak	Swak	Redelik	Goed	Baie goed

(19)

17. Noem kortliks watter teoretiese aspekte jy die nuttigste gevind het, en hoekom.

---



---



---



---



---

**SESSIE VYF: ASSESSERING VAN DIE KOGNITIEF-PERSEPTUELE FUNKSIONERING VAN DIE PASIËNT**

18. Beskryf jou kennis voor die aanvang van die kursus ten opsigte van die assessering van die kognitief-perseptuele funksionering van die pasiënt.

1	2	3	4	5
Baie swak	Swak	Redelik	Goed	Baie goed

(20)

19. Hoe sou jy jou kennis van aspekte wat geassesseer behoort te word ten opsigte van die kognitief-perseptuele funksionering van die pasiënt na die kursus beskryf?

1	2	3	4	5
Baie swak	Swak	Redelik	Goed	Baie goed

(21)

20. In watter mate het die gevallestudie en kliniese beeld van die breinbeseerde pasiënt daartoe bygedra dat jy die invloed daarvan op die pasiënt se kognitief-perseptuele funksionering begryp?

Geringe mate	1	2	3	4	5	Hoë mate
--------------	---	---	---	---	---	----------

(22)

**SESSIE SES: ASSESSERING VAN DIE EMOSIONELE FUNKSIONERING VAN DIE PASIËNT/NAASBESTAANDES**

21. In watter mate het jou kennis ten opsigte van die emosionele assesseringsaspekte verbreed?

1	2	3	4	5
Glad nie	Effens	Redelik	Goed	Baie goed

(23)

22. Sekere vraelyste en skale is tydens die sessie gedoen. In watter mate was jy bekend daarmee?

Baie swak	1	2	3	4	5	Baie goed
-----------	---	---	---	---	---	-----------

(24)

23. In watter mate sal hierdie vraelyste jou assessering van die emosionele funksionering van die pasiënt in die toekoms kan verbeter?

Geringe mate	1	2	3	4	5	Hoë mate
--------------	---	---	---	---	---	----------

(25)

24. Watter aspekte het jy die nuttigste gevind in die sessie? Waarom?

---

---

---

---

---



25. Watter aspekte in die sessie het jy nie sinvol gevind nie? Hoekom nie?

---

---

---

---

---

**SESSIE SEWE: DIE ASSESSERING VAN GEDRAGSFUNKSIONERING VAN DIE PASIËNT EN NAASBESTAANDES**

26. In watter mate was die teoretiese aspekte van gedragsassessering vir jou relevant?

1	2	3	4	5
Glad nie	Effens	Redelik	Baie	Geweldig baie

(26)

27. In watter mate het die gebruik van die Tipe A persoonlikheidsgedrag en gedrag van die Anorexia Nervosa pasiënt daartoe bygedra dat jou insig in die assessering van gedrag in die geneeskundige maatskaplikewerkveld verbreed het?

Geringe mate	1	2	3	4	5	Hoë mate
-----------------	---	---	---	---	---	-------------

(27)

28. Sekere metodes van gedragsassessering is in die sessie gebruik. In watter mate sou jy sê is jou vaardigheid in gedragsassessering verhoog deur hierdie metodes?

1	2	3	4	5
Glad nie	Effens	Redelik	Baie	Geweldig baie

(28)

29. Watter aspekte van die kursus ten opsigte van gedragsassessering in die geneeskundige maatskaplikewerkveld was vir jou die nuttigste? Waarom?



UNIVERSITY  
OF  
JOHANNESBURG

---



---



---



---



---

30. Watter aspekte van die kursus ten opsigte van gedragsassessering was nie vir jou nuttig nie? Waarom nie?

---



---



---



---



---

**SESSIE AGT: ASSESSERING VAN VERHOUDINGSFUNKSIONERING**  
**SESSIE 8A: HUWELIKSVERHOUDING**

31. In watter mate het jou kennis ten opsigte van assessering van die huweliksverhouding as geneeskundige maatskaplike werker toegeneem?

Geringe mate	1	2	3	4	5	Hoë mate
-----------------	---	---	---	---	---	-------------

(29)

32. Sekere modelle en skale is tydens die sessie gebruik. In hoe 'n mate het jy hiervan gebruik gemaak voor die kursus?

1	2	3	4	5
Nooit	Selde	Soms	Gereeld	Altyd

(30)

33. In hoe 'n mate sal die gebruik van hierdie modelle en skale jou vaardigheid in die assessering van die huweliksverhouding verhoog?

Geringe mate	1	2	3	4	5	Hoë mate
-----------------	---	---	---	---	---	-------------

(31)

34. Watter aspekte van die sessie was vir jou die nuttigste? Waarom?

---



---



---



---



---

35. Watter aspekte van die sessie was nie vir jou van waarde nie? Waarom?

---



---



---



---



---



**SESSIE 8B: ASSESSERING VAN DIE SEKSUELE FUNKSIONERING**

36. Hoe gereeld het jy die seksuele funksionering van die pasiënt voor die kursus geassesseer?

1	2	3	4	5
Nooit	Selde	Soms	Gereeld	Altyd

(32)

37. Hoe gemaklik het jy voor die kursus gevoel om die seksuele funksionering van die pasiënt te assesseer?

Glad nie 

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

 Baie

(33)

38. In watter mate dink jy sal jy in staat wees om die assessering van die seksuele funksionering van die pasiënt te kan doen na die kursus?

Geringe mate 

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

 Hoë mate

(34)

39. Watter teorie was vir jou die nuttigste in die kursus? Waarom?

---

---

---

---

---

40. Sekere skale en praktiese voorbeelde is tydens die kursus gebruik. In watter mate was hulle vir jou nuttig?

Van geen nut 

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

 Baie nuttig

(35)

41. Wat het jy *nie nuttig* gevind in die sessie nie? **Waarom?**

---

---

---

---

---

**SESSIE 8C: GESINSVERHOUDINGE**

42. In watter mate was die teorie wat tydens die sessie gebruik is, relevant?

Geensins relevant	1	2	3	4	5	Baie relevant
-------------------	---	---	---	---	---	---------------

(36)

43. In watter mate sou jy *sê* het jou vaardighede verbeter in die assessering van gesinsverhoudinge?

Geringe mate	1	2	3	4	5	Hoë mate
--------------	---	---	---	---	---	----------

(37)

44. Watter aspekte in die sessie was *nie vir jou relevant nie*? **Waarom?**

---

---

---

---

---

45. Watter aspekte van die sessie het jy as *relevant vir jou* beskou? **Waarom?**

---

---

---

---

---

**SESSIE NEGE: ASSESSERING VAN OMGEWINGSISTEME**

46. In watter mate het jou kennis toegeneem ten opsigte van die assessering van omgewingsisteme in die geneeskundige maatskaplikewerk-veld?

1	2	3	4	5
Glad nie	Effens	Redelik	Baie	Geweldig baie

(38)

47. Dink jy jy sal nou beter in staat wees om die pasiënt se omgewingsisteme te assesseer?

1	2	3	4	5
Glad nie	Effens beter	Redelik beter	Baie beter	Geweldig baie beter

(39)

48. Watter aspekte van die sessie was vir jou die nuttigste? Waarom

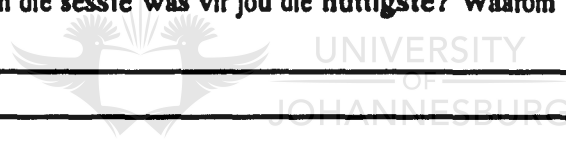
---

---

---

---

---



49. Watter aspekte van die sessie was nie vir jou van nut nie? Waarom?

---

---

---

---

---

## SESSIE 10: ASSESSERING VAN KULTURELE FAKTORE

50. In watter mate het jou kennis verbreed ten opsigte van die assessering van kulturele aspekte in geneeskundige maatskaplike werk?

Geringe mate	1	2	3	4	5	Hoë mate
-----------------	---	---	---	---	---	-------------

(40)

51. Wat het jy nuttig gevind in hierdie sessie, en waarom?

---

---

---

---

---

52. Wat het jy nie nuttig gevind in hierdie sessie nie? Waarom?

---

---

---

---

---

## SESSIE 11: ONDERHOUDSVOERINGTEGNIKE WAT TYDENS ASSESSERING GEBRUIK WORD

53. In watter mate was die teorie relevant?

1	2	3	4	5
Glad nie	Effens	Redelik	Baie	Geweldig baie

(41)

54. In watter mate het jou vaardighede in onderhoudsvoeringtegnieke tydens assessering verbeter?

1	2	3	4	5
Glad nie	Effens	Redelik	Baie	Geweldig baie

(42)

55. Watter aspekte het jy *positief* ervaar tydens die sessie? Waarom?

---

---

---

---

---

56. Watter aspekte het jy *negatief* ervaar tydens die sessie? Waarom?

---

---

---

---

---

## 12. ALGEMENE EVALUERINGSASPEKTE

57. Hoe nuttig was die kursus vir jou?

1	2	3	4	5
Glad nie	Effens	Redelik	Baie	Geweldig baie

(43)

58. Sal jy geneeskundige maatskaplike werkers aanbeveel om hierdie kursus te volg?

Glad nie 

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

 Sterk aanbeveel

(44)

59. Hoe goed was die aanbieding van die sessies?

1	2	3	4	5
Baie swak	Swak	Redelik	Goed	Baie goed

(45)

60. In watter mate was die teoretiese aspekte vir jou bruikbaar?

Glad nie	1	2	3	4	5	Uiters bruikbaar	(46)
----------	---	---	---	---	---	---------------------	------

61. In watter mate het jy geleentheid gehad om jou vaardighede toe te pas?

1	2	3	4	5	(47)
Nooit	Selde	Soms	Gereld	Altyd	

62. Het jy die teenwoordigheid van die fasiliteerder, saam met die aanbieder, waardevol gevind?

Glad nie waardevol	1	2	3	4	5	Baie waardevol	(48)
-----------------------	---	---	---	---	---	-------------------	------

63. Hoe was die tydsindeling van die kursus?

1	2	3	4	5	(49)
Baie swak	Swak	Redelik	Goed	Baie goed	

64. Dien die feit dat kursusgangers 'n sertifikaat na afloop van die kursus gaan kry, as aansporing vir die voltooiing van die kursus?

Geringe mate	1	2	3	4	5	Hoë mate	(50)
-----------------	---	---	---	---	---	----------	------

65. Hoe tevrede was jy met die inhoud van die kursus? Omskryf.

---

---

---

---

---

66. Hoe sal jy voorstel dat die aanbieder die kwaliteit van die kursus verhoog?

---

---

---

---

---



UNIVERSITY  
OF  
JOHANNESBURG