

## VOORBEREIDING VAN DIE GEHOSPITALISEERDE DEPRESSIEWE PASIËNT VIR WERKSHERVATTING



**Abel J Pienaar**

M.A.-Psigiatriese Verpleegkunde

Lektor: Potchefstroomse Universiteit vir Christelike Hoër Onderwys



**Professor Dr Minrie Greeff**

D.Cur-Psigiatriese Verpleegkunde

Direkteur: Skool vir Verpleegkunde, PU vir CHO



**Engela du Plessis**

M.A.-Verpleegkunde

Lektor: Skool vir Verpleegkunde, PU vir CHO

### ABSTRACT

*Depression is one of the most common mental illnesses and it seems to be on the increase. Depression is also known as the common cold of mental disorders. Despite the fact that it is then apparently quite common, stigmatisation seems to increase the difficulty of the hospitalised depressed patient's work reintegration. In this research the depressed patients agree that they become more anxious because of the stigmatisation of the disorder by their colleagues. This situation leads to extended hospitalisation and to readmittance to hospital sooner than what would otherwise have been the case.*

*The above-mentioned problem led the researcher as a psychiatric nurse to explore and describe how the depressed patient experiences his work reintegration after discharge, as well as how the depressed patient experiences his preparation for work reintegration during hospitalisation. In-depth, unstructured, phenomenological interviews were used to collect data.*

*Guided by the findings, the researcher concluded that no preparation for work reintegration exists for the hospitalised depressed patient, and the depressed patient finds work reintegration more difficult.*

*From the conclusions the researcher formulated guidelines for the psychiatric nurse's quality preparation of the hospitalised depressed patient for work reintegration.*

### OPSOMMING

*Depressie is een van die algemeenste vorms van geestesongesteldheid en daar blyk 'n toename in die siekte te wees. Oor die algemeen staan depressie bekend as die verkoue van geestesongesteldhede. Ten spyte van hierdie algemene voorkoms van depressie, blyk dit dat etikettering daartoe bydra dat die gehospitaliseerde depressiewe pasiënt se werkhervatting bemoeilik word. In hierdie navorsing stem die depressiewe pasiënte saam dat hulle angsvlakke verhoog word as gevolg van etikettering deur hulle kollegas. Hierdie situasie lei daartoe dat pasiënte langer gehospitaliseer word of na ontslag gouer terugkeer na die hospitaal.*

*Die navorser, as psigiatriese verpleegkundige het, na aanleiding van die bogenoemde probleem, verken en beskryf hoe die depressiewe pasiënt na ontslag sy werks hervatting beleef, asook hoe die gehospitaliseerde depressiewe pasiënt sy voorbereiding vir werks hervatting gedurende hospitalisasie beleef. Indiepte, ongestruktureerde, fenomenologiese onderhoude is met respondente gevoer om data in te samel.*

*Gerig deur die resultate het die navorser tot die gevolgtrekking gekom dat daar geen voorbereiding vir die gehospitaliseerde depressiewe pasiënt bestaan nie en dat die depressiewe pasiënt se werks hervatting bemoeilik word as gevolg van hierdie gebrek aan voorbereiding.*

*Na aanleiding van die gevolgtrekking het die navorser riglyne vir die psigiatriese verpleegkundige se gehaltevoorbereiding van die gehospitaliseerde depressiewe pasiënt vir werks hervatting geformuleer.*

## **INLEIDING EN PROBLEEMSTELLING**

Depressie is een van die algemeenste vorms van geestesongesteldheid en word dikwels beskryf as die siekte van ons era (Evans, 1978:89; De Villiers, 1983:35-36; Botha, 1994:170). Louw en Van Jaarsveld (1990:4) is van mening dat depressie ook bekend staan as die verkoue van geestesongesteldhede. Freeman (1997) van die Geestesgesondheid en Substansiemisbruik Vereniging het op 7 April 1997 op "Focus in Business" op SABC gesê dat depressie in die jaar 2020 die hoogste voorkoms in ontwikkelende lande, waarvan Suid-Afrika een is, sal toon en daar is dus tans 'n toename in hierdie siekte. Hieruit kan afgelei word dat depressie tans algemeen voorkom.

Behalwe dat depressie algemeen voorkom, lei die simptome van depressie ook tot 'n versteuring van die dag-tot-dag funksionering van die depressiewe pasiënt (Kaplan, Sadock & Grebb, 1994:524; Karp, 1994:18). As gevolg van die etikettering deur die gemeenskap, verhoog die angsvlakke van die depressiewe pasiënt wat die simptome vererger en lei tot vrees om die toekoms aan te durf (Botha, 1994:7; Karp, 1994:18). Laasgenoemde reaksie lei tot probleme in die werksituasie, wat lei tot heropname in die hospitaal, wat 'n baie duur proses kan wees (Botha, 1994:7-9; McIntosh & Worley, 1994:26).

In hierdie navorsing is slegs op die werksituasie

gefokus. Botha (1994:7-9) sê dat die depressiewe pasiënt se angsvlakke by die werk verhoog en hy baie fyngvoelig is, as gevolg van sy hospitalisasie met 'n geestesongesteldheid, wat die interaksie met medewerkers kan benadeel.

Laasgenoemde ervaring lei daartoe dat die pasiënt vir lang periodes van die werk afwesig bly, wat vererger kan word met hospitalisasie (Karp, 1994:19; McIntosh & Worley, 1994:21-25; Botha, 1994:7-9).

Volgens McIntosh en Worley (1994:21-25) het hospitalisasie 'n tweeledige uitwerking op die pasiënt, naamlik 'n plek van veiligheid of waar afhanklikheid as gevolg van versorging ontstaan. Die ander sy van die saak is dat hospitalisasie die situasie kan vererger, aangesien die pasiënt na hospitalisasie die etiket van "depressie" dra. Karp (1994:21-25) beklemtoon verder dat voorbereiding vir ontslag van die psigiatriese pasiënt in die hospitaal swak is, wat dus ook die voorbereiding van die depressiewe pasiënt vir werks hervatting benadeel.

Die psigiatriese verpleegkundige, deel van die geestesgesondheidspan en werksaam in die hospitaal, maak die meeste kontak met die depressiewe pasiënt tydens hospitalisasie. Die psigiatriese verpleegkundige speel 'n belangrike rol as koördineerder (Wilson & Kneisl, 1991:37). Hieruit kan dus afgelei word dat die psigiatriese

verpleegkundige dus nou betrokke by die voorbereiding van depressiewe pasiënt vir ontslag is.

Uit die voorafgaande bespreking, sowel as sy subjektiewe belewenis, het die navorser ervaar dat pasiënte wat opgeneem is met depressie 'n vrees ontwikkel om terug te keer werk toe en dus langer gehospitaliseer word of gouer terugkeer na die hospitaal ná ontslag. Hierdie ervaring het die navorser krities laat kyk na die praktyk waaruit die doel van die navorsing spruit naamlik om:

- te verken en te beskryf hoe die depressiewe pasiënt na ontslag sy werks hervatting beleef;
- te verken en te beskryf hoe die gehospitaliseerde depressiewe pasiënt in 'n privaat hospitaal sy voorbereiding vir werks hervatting beleef het; en
- aan die hand van bevindinge riglyne vir die psigiatriese verpleegkundige te formuleer vir die gehaltevoorbereiding van die gehospitaliseerde depressiewe pasiënt vir werks hervatting.

## PARADIGMATIESE PERSPEKTIEF

Die paradigmatiese perspektief van hierdie navorsing is uit die Verplegingsteorie vir Mensheelheid, (Oral Roberts University, Anna Vaughn School of Nursing (ORU), 1990:136-142) begrond.

## NAVORSINGSONTWERP

'n Kwalitatiewe ontwerp is in hierdie navorsing gevolg en het die depressiewe pasiënt in 'n psigiatriese eenheid van 'n privaat hospitaal as konteks gehad. Die respondente is verkry deur van 'n nie-waarskynlikheids-, doelgerigte, vrywillige steekproefneming gebruik te maak (Burns en Grove, 1993:244). Die volgende insluitingskriteria is gebruik waarvolgens respondente geselekteer is naamlik:

- pasiënte moes 'n werk gehad het tot en met datum van opname,
- hulle moes depressief geraak het (volgens DSM IV kriteria),
- hulle moes vir minstens twee werksweke in die betrokke stedelike privaathospitaal gehospitaliseer gewees het,
- hulle moes weer werk hervat het na ontslag,
- hulle moes vrywillig aan die navorsing deelneem,
- die onderhoud moes binne drie maande na ontslag plaasvind,
- ouderdomsgroep moet tussen 18 jaar en 60 jaar wees (werkende mense),
- alle kulture en beide geslagte moes verteenwoordig word,
- pasiënte moes Engels en/of Afrikaans magtig wees.

Dataversadiging is na sewe onderhoude bereik.

Die navorser het van indiepte, ongestruktureerde, fenomenologiese onderhoude gebruik gemaak om data in te samel (Burns en Grove, 1993:579; Morse, 1995:149).

Die inleidende vrae wat gevra is tydens onderhoudvoering is:

"Hoe het u werks hervatting beleef na ontslag?" En "Hoe het u voorbereiding vir werks hervatting gedurende hospitalisasie beleef?"

Die navorser het verder van kommunikasietegnieke soos aangedui deur Okun (1992:78-93) gebruik gemaak. Die onderhoude is deur die navorser self in die konsultasiekamers by die hospitaal of by die respondente se huise gevoer. Na afloop van elke onderhoud is observasie-, teoretiese-, metodologiese- en persoonlike veldnotas soos deur Schatzman en Straus (in Wilson, 1989:434-436) beskryf, geneem.

Inhoudsontleding het plaasgevind deur die agt stappe van Tesch (in Creswell, 1994:154-155) in

kombinasie met dié van Giorgi (in Omery, 1993:75) te volg. Transkripsies, veldnotas sowel as 'n werksprotokol is aan twee psigiatriese verpleegspesialiste oorhandig vir kodering. Na afloop van die kodering is konsensusgesprekke na twee weke gevoer.

Kriteria vir vertrouenswaardigheid, soos deur Lincoln en Guba (1985:290) gestel, is met betroubaarheid en geldigheid soos deur Woods en Catanzaro (1988:246-258) gestel, gekombineer. Die kriteria het geloofwaardigheid, oordraagbaarheid, vertroubaarheid en bevestigbaarheid ingesluit. Die feit dat die navorser in die stedelike privaathospitaal werksaam was en reeds 'n vertrouensverhouding met respondente gedurende hulle hospitalisasie opgebou het, het voldoende betrokkenheid verseker. Voldoende betrokkenheid kan andersyds ook volgens Woods en Catanzaro (1988:136-137) 'n bedreiging as gevolg van die waarnemingseffek inhou, maar die effek is vermy deur respondente van anonimiteit te verseker en enige terughoudende effek tydens onderhoudvoering te bespreek.

Verder is kruisvalidasie toegepas deur respondente se belewenis teenoor die literatuur te verifieer. Om data op 'n onafhanklike wyse te analiseer, is gebruik gemaak van die tegniek van portuurgroepbespreking deur twee nie-betrokke portuurgroeplede, naamlik psigiatriese verpleegspesialiste.

Die bedreiging vir geldigheid en betroubaarheid soos deur Woods en Catanzaro (1988:137) bespreek, naamlik dat seleksie as bedreiging ervaar kan word, is in hierdie navorsing bekamp deur van 'n doelgerigte, gerieflikheids-, vrywillige steekproefneming gebruik te maak, waardeur respondente deur tussengangers volgens voorgeskrewe kriteria geselekteer is.

Aangesien die navorsing kwalitatief met 'n unieke konteks is, kon die navorser volgens Krefling (1991:20) nie verantwoordelikheid vir die

oordraagbaarheid van die navorsing aanvaar nie. Die navorser verskaf egter voldoende data in die navorsing vir enige beoordeling. Vertroubaarheid is dan ook verseker deurdat die navorsingsproses dig beskryf is.

Om die ouditbaarheid, dit wil sê die kontrole van rou data, analise van rou data en dokumentering te bewerkstellig, het die navorser onderhoude verbatim getranskribeer, twee mede-analiseerders betrek en resultate en gevolgtrekkings gedokumenteer.

## **ETIESE ASPEKTE**

Etiese aspekte soos gestel deur die Suid-Afrikaanse Verpleegstersvereniging (SAVV, 1991:1-7) en Brink (1996:37) is gerespekteer, naamlik vertroulikheid en anonimiteit, die reg op privaatheid, vryheid van keuse, ingeligte toestemming en die hantering van enige ongerief wat as gevolg van die onderhoud kon ontstaan.

## **RESULTATE EN LITERATUURKONTROLE TEN OPSIGTE VAN DIE BELEWENIS VAN DIE DEPRESSIEWE PASIËNT MET WERKSHERVATTING NA ONTSLAG, ASOOK DIE VOORBEREIDING VAN DIE GEHOSPITALISEERDE PASIËNT VIR WERKSHERVATTING**

Resultate was in twee groepe verdeel volgens die twee inleidende vrae, naamlik die belewenis van die depressiewe pasiënt met werkshervatting na ontslag asook die voorbereiding van die gehospitaliseerde depressiewe pasiënt vir werkshervatting.

### **Die resultate van die belewenis van die depressiewe pasiënt met werkshervatting na ontslag**

Die hoofkategorieë van die belewenisse van respondente in hierdie afdeling het gehandel oor

'n gebrek aan werkstevredenheid, uitsluiting uit verhoudinge en stigmatisering, intra- en interpersoonlike belewenisse en verlaagde selfbeeld asook verskeie ander belewenisse. Vervolgens 'n meer breedvoerige uiteensetting van hierdie hoofkategorieë.

**Tabel 1: Resultate van die belewenis van die depressiewe pasiënt met werks hervatting na ontslag**

Belewenis van respondente van 'n gebrek aan werkstevredenheid	Belewenis van respondente van uitsluiting uit verhoudinge en stigmatisering	Intra- en interpersoonlike belewenisse van die respondente en 'n verlaagde selfbeeld	Ander belewenisse van die respondente	Ander belewenisse (vervolg)
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Respondente beleef 'n gebrek aan uitdagings, want hulle werk word vervelig en stimulasie in hulle werk verlaag.</li> <li>- Respondente beleef 'n vermindering in werks-toewysing, wat ledige tyd verhoog.</li> <li>- Kollegas en werkgewers blyk minder vertrouwe in respondente by hulle terugkeer na hospitalisering te hê.</li> <li>- Werksledigheid lei tot verdere depressie vanweë meer geleentheid om te dink.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Respondente beleef uitgeslotenheid en voel onbenut.</li> <li>- Respondente beleef werksinskakeling baie moeilik vanweë hulle lang afwesigheid.</li> <li>- Respondente beleef 'n gebrek aan selfbetrokkenheid en is meer in hulle self gekeer.</li> <li>- Etikettering as gevolg van hospitalisasie met depressie word beleef.</li> <li>- Veelvuldige hospitalisasie lei tot moeilike aanvaarding van respondente deur kollegas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Interpersoonlike konflik:               <ul style="list-style-type: none"> <li>* Kollegas voel verontreg as gevolg van respondente se lang afwesigheid.</li> <li>* Herdefiniëring van verhoudings.</li> </ul> </li> <li>- Intrapersoonlike konflik:               <ul style="list-style-type: none"> <li>* Respondente beleef negatiewe evaluasie in die self, deurdat hulle voel hulle benut nie hulle volle potensiaal nie.</li> </ul> </li> <li>- Verdedigingsmeganismes:               <ul style="list-style-type: none"> <li>* Rasionalisasie</li> <li>* Isolاسie.</li> </ul> </li> <li>- Belewenis van verlaagde selfbeeld:               <ul style="list-style-type: none"> <li>* Respondente voel wonbevoeg en nutteloos.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Stresbelewenis:               <ul style="list-style-type: none"> <li>* Respondente beleef die multidimensionaliteit van hulle verskeie rolle as stresvol na ontslag.</li> </ul> </li> <li>- Respondente se belewenis van die invloed van medikasie:               <ul style="list-style-type: none"> <li>* Respondente beleef dat hulle:                   <ul style="list-style-type: none"> <li>• bewe</li> <li>• stadiger werk</li> <li>• nie kan konsentreer nie</li> <li>• moeg is</li> <li>• sleeptong praat</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>- Respondente se emosionele belewenisse:               <ul style="list-style-type: none"> <li>* Skuldgevoelens</li> <li>• As gevolg van afwesigheid</li> <li>• Vanweë verlies aan werksmotivering</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Emosionele belewenisse (vervolg):               <ul style="list-style-type: none"> <li>* Vrees</li> <li>• vir mislukking</li> <li>• vir stigmatisering</li> </ul> </li> <li>* Woede vir die self tydens onsuksesvolle selfevaluering</li> <li>* Onseker wanneer respondente dubbeld seker maak in alles wat hulle doen.</li> <li>* Moedeloosheid en magtelosheid</li> <li>* Aanvaarding.</li> </ul>

### **Belewenis van respondente van 'n gebrek aan werkstevredenheid**

Meeste respondente beleef 'n gebrek aan werkstevredenheid, omdat 'n gebrek aan uitdagings by die werk ontstaan. Volgens respondente vind hulle die werk vervelig en minder stimulerend. Werkstoewysing verminder ook en dit blyk asof die werkgewer en kollegas minder vertrouwe in die respondente se vermoëns het. Werksledigheid ontstaan dan wat lei tot verdere depressie omdat die depressiewe pasiënt geleentheid kry om te sit en dink. 'n Respondent druk haar soos volg uit: "hulle dink ek het heeltemal my brein verloor".

Hierdie gebrek aan werkstevredenheid word gerugsteun deur Botha (1994:7) waarin dié outeur sê dat die meeste kollegas van respondente nie regtig verstaan waaroor die depressie gaan nie, want

die meeste pasiënte het nie 'n probleem om die werk te doen nie, maar wel met die simptome en gevolge van depressie. McIntosh en Worley (1994:29) beklemtoon ook dat pasiënte wat met depressie opgeneem was en terugkeer werk toe die gevoel kry dat kollegas hulle werkslading oorneem.

### **Belewenis van die respondente van uitsluiting uit verhoudinge en stigmatisering**

Die meeste respondente beleef isolasie en 'n uitgeslotenheid by werks hervatting na ontslag. Respondente beleef die inskakeling moeilik omdat hulle so lank van die werk afwesig was. Ander respondente beleef ook stigmatisering en etikettering as die grootste struikelblok. Die belewenis word soos volg deur 'n respondent uitgedruk: "Dis moeilik om terug te gaan werk toe as gevolg van die stigma".

Volgens Karp (1994:13) is daar 'n algemene gevoel van ongemak by die depressiewe pasiënt om met mense om te gaan bespeur en Gilbert (1993:30-33) is van mening dat pasiënte dan geneig is om hulle self van andere af te sny. Volgens Ed Manos en Palmer-Erbs (1996:13-14) blyk dit dat stigmatisering en diskriminasie meer skade aanrig as die gevolge van die simptome van depressie of die gevolge van die nuwe-effekte van die medikasie.

### ***Intra- en interpersoonlike belewenisse van respondente en 'n verlaagde selfbeeld***

Interpersoonlike konflik ontstaan omdat kollegas verontreg voel teenoor respondente as gevolg van die lang afwesigheid, wat herdefiniëring van verhoudings by die werk tot gevolg het. Intrapersoonlike konflik ontstaan by die meeste respondente omdat hulle hulself negatief evalueer as gevolg van die gevoel dat hulle volle potensiaal nie benut word nie. 'n Verlaagde selfbeeld as gevolg van depressie is 'n algemene gevolg van die simptome van depressie wat deur respondente beleef word. Die depressiewe pasiënt ontwikkel vervolgens ongesonde verdedigingsmeganismes soos isolasie en rasionalisasie om hulself te beskerm. Respondente het hulle soos volg uitgedruk: *"I isolate myself at work". "Depressie takel jou selfbeeld af en stroop jou selfvertroue"*

Die gevoel van verontregtheid word gesuggerer deur Botha (1994:7) in sy opskrif, *"Ag shame, al weer bietjie tyd van die werk af."* Hoewel geen direkte literatuur oor die herdefiniëring van verhoudings tydens werkshefvatting gevind is nie, meld Karp (1994:25-27) wel dat met insig, kollegas meer ondersteuning verskaf. Gilbert (1993:141) sê dat depressiewe pasiënte geneig is om hulself negatief te evalueer, terwyl Milligan en Clare (1994:37) van mening is dat depressie met 'n lae selfbeeld gepaard gaan. Du Toit, Aronstan, Erasmus, Grobler en Van Vuuren (1990:29) sê dat verdedigingsmeganismes onbewustelik voorkom en dat die werklikheid ontken, vervals of verwerp word.

### **Ander belewenisse van die respondente**

Ander belewenisse soos stresbelewenis, belewenis van die invloed van medikasie en emosionele belewenisse, soos skuldgevoelens en woede is deur respondente uitgespreek. Respondente gee uiting aan hulle belewenisse soos volg: *"Ek het so skuldig gevoel"; "ek het vreeslik gebewe en raak gou moeg"; "Angry with myself... because I could not get it right."*

Uys (1994:11) beklemtoon dat psigo-opvoedkundige groepe moet byeenkom om onderrig met betrekking tot medikasie te handhaaf. Volgens Botha (1994:169) asook Louw en Van Jaarsveld (1990:4), ontstaan skuldgevoelens en woede as gevolg van vertwyfeling en verlies van belangstelling en lae selfwaarde.

Die resultate ten opsigte van die belewenis van die depressiewe pasiënt se voorbereiding vir werkshefvatting tydens hospitalisasie

'n Hoofkategorie wat gevind was, het gedui op die swak kwaliteit van werkshefvatting, 'n behoefte aan voorbereiding vir die depressiewe pasiënt met werkshefvatting, medikasiegerigtheid van personeel, swak spansamewerking en emosionele belewenisse.

Kyk na Tabel 2

### ***Die belewenis van die swak kwaliteit van voorbereiding vir werkshefvatting***

Die respondente is van mening dat die kwaliteit van voorbereiding tydens hospitalisasie swak was. Almal reken dat daar geen voorbereiding was nie en dat daar geen psigoterapeutiese insette deur die verpleegpersoneel gelewer is nie. Daar is geen spesifieke literatuur oor die kwaliteit van werksvoorbereiding gevind nie, maar hoofsaaklik oor swak rehabilitasie of voorbereiding vir ontslag, wat ook voorbereiding vir werkshefvatting insluit, wat tot gevolg het dat die pasiënt wat 'n werk gehad het, terugkeer na ontslag. 'n Respondent gee uiting

**Tabel 2: Resultate van die belewenis van die voorbereiding van die depressiewe pasiënt vir werkhervatting gedurende hospitalisasie**

Belewenis van die kwaliteit van voorbereiding vir werkhervatting as swak	Behoeftes aan voorbereiding van die depressiewe werkhervatting	Belewenis van medikasiegegerigheid van verpleegpersoneel	Beleef swak spansamerking	Emosionele belewenis
<p>Respondente beleef:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Geen voorbereiding nie.</li> <li>- Geen geleentheid vir werkintegrasie tydens hospitalisasie nie.</li> <li>- Verminderde terapeutiese insette deur personeel met kontak slegs tydens medikasie.</li> <li>- Meer onderlinge ondersteuning van mekaar as van personeel.</li> <li>- Waarde oordag deur personeel wat skuldgevoelers by hulle adiveer.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 'n Behoeftes aan voorbereiding vir werkhervatting word uitgespreek</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Respondente ontvang net medikasie met min terapeutiese insette van personeel.</li> <li>- Geen beraad of terapie is beskikbaar.</li> <li>- Beraad word as addisionele swak gesien.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Swak samewerking tussen dokter en verpleegkundige.</li> <li>- Swak kommunikasie tussen dokter en verpleegkundige.</li> <li>- Onbedikbaarheid van personeel.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Frustrasie: <ul style="list-style-type: none"> <li>* met onbedikbaarheid van personeel</li> <li>* met die hospitalisasie</li> <li>* Woede as gevolg van gebrek aan psigo-terapeutiese insette.</li> </ul> </li> </ul>

aan sy belewenisse soos volg: *“There was no preparation”*.

McIntosh en Worley (1994:21) meld dat daar nie aandag geskenk word aan die probleme wat aanpassing na ontslag beïnvloed nie. Shaw (1997:15) is dit eens dat depressie onderskat en onderbehandel word.

***Behoeftes aan voorbereiding van die depressiewe pasiënt vir werkhervatting***

Wat ook by die meeste respondente na vore gekom het is die behoefte aan voorbereiding vir werkhervatting. 'n Respondent druk hom soos volg uit: *“In daai opsig benodig jy voorbereiding en leiding”*.

Volgens Wasserbauer (1997:23) beklemtoon Amerikaners ook met hulle “Disability Act” (ADA) met betrekking tot geestesgesondheid dat pasiënte in die werksituasie geakkommodeer moet word en dus spesiale vaardighede benodig om hulle funksies te vervul. Shaw (1997:15) is dit eens dat depressie onderskat word en onderbehandel word en vervolgens lei tot 'n hoë morbiditeitsyfer en soms

ook tot mortaliteit.

***Belewenis van medikasiegegerigheid van personeel***

Meeste respondente was van mening dat die verpleegpersoneel medikasiegegerig is en dat daar geen beraad of psigo-terapie plaasvind nie. In die literatuur word daar gepraat van die historiese sowel as die hedendaagse psigososiale rehabilitasie gedurende hospitalisasie, wat deel van voorbereiding is. 'n Respondent gee uiting aan sy belewenisse soos volg: *“Nothing except medication”*.

Farrel en Deeds (1992:27) meld dat die historiese benadering gekenmerk word deur siektesimptoomgeoriënteerdheid waar die verpleegkundige medikasie op voorskrif toedien. Diè wat 'n breër rol speel, word gesien as terapeute, spanleiers en gesondheidskoördineerders, maar nie as psigiatriese verpleegkundiges nie.

***Beleef swak spansamerking***

Swak spansamerking is geverbaliseer deur respondente waarin hulle dit eens is dat daar geen

duidelike kommunikasie tussen psigiaters en verpleegkundiges is nie en elkeen die pasiënt op sy eie benader. Respondente druk hulle soos volg uit: "...there is really limited cooperation between the psychiatrist and the nurse".

Furlong-Norman, Palmer-Erbs en Jonikas (1997:35) meld dat verpleegkundiges deel van die multiprofessionele span is en vier-en-twintig uur per dag verantwoordelik is vir die handhawing van 'n terapeutiese omgewing, terwyl Palmer-Erbs (1996:35) meld dat die verskaffers van geestesgesondheid in 'n vennootskap moet saamwerk.

### ***Emosionele belewenis***

Respondente blyk gefrustreerd te wees oor die beskikbaarheid van personeel. Die volgende is in 'n onderhoud genoem: "*They are actually frustrating me...*"

Daar is nie literatuur gevind wat direk op die beskikbaarheid van personeel fokus nie, behalwe literatuur wat pasiënt-gesentreerde sorg beklemtoon soos, Palmer-Erb en Anthony (1995:36-39) en Ewart-Smith (1996:15-23). Die gefrustreerdheid blyk dus daarop te dui dat indien daar nie in die behoefte van die pasiënt voorsien word nie, hy gefrustreerd raak.

### **GEVOLGTREKKINGS**

Vanuit die voorafgaande bevindinge is tot die gevolgtrekking gekom dat daar 'n **gebrek aan 'n vertrouensverhouding** tussen die verpleegkundiges en die gehospitaliseerde depressiewe pasiënt ontstaan, wat spruit uit die medikasiegerigheid van die verpleegkundige, omdat daar slegs op die fisieke dimensie van die pasiënt gefokus word en geen psigoterapeutiese geleentheid deur die verpleegkundige geskep of benut word nie. Die pasiënt voel vervolgens uitgesluit uit sy behandeling en 'n afstand word tussen die verpleegkundige en die pasiënt geskep. Woede en frustrasie word deur

die pasiënt ervaar as gevolg van die onbetrokkenheid van die verpleegkundige wat verder veroorsaak dat die pasiënt *verwerping deur die verpleegkundige* ervaar.

**Swak spansamewerking** tussen die verpleegkundiges en psigiaters wat spruit uit 'n gebrek aan kommunikasie tussen hulle, het tot gevolg dat daar nie aan die behoeftes en verwagtinge ten opsigte van psigoterapeutiese interaksies voorsien word nie. Die psigiater konsulteer die pasiënt, skryf medikasie voor en oorhandig die voorskrif aan die verpleegkundige ten einde die voorskrifte uit te voer. Elkeen benader die pasiënt op sy eie manier en die optrede lei tot onvervulde behoeftes en verwagtinge ten opsigte van psigoterapeutiese interaksies.

'n Verdere gevolg is dat daar **geensins voorbereiding** vir werkhervatting volgens 'n formele program tydens hospitalisasie geskied nie. Sommige fasette mag wel op 'n informele wyse gedek word. In teenstelling hiermee is daar egter gevind dat indien die pasiënt depressie as 'n siektetoestand aanvaar, die pasiënt die gevolge van die siektetoestand beter kan hanteer en werkhervatting meer suksesvol ervaar.

Die afleiding is ook gemaak dat die pasiënt se inskakeling gedurende werkhervatting problematies is, omdat daar vanweë die proses van etikettering en stigmatisering 'n wanpersepsie ontstaan dat depressie 'n mens se werksvermoë beïnvloed en kollegas in die proses dan minder eise aan die depressiewe persoon stel.

Die depressiewe persoon isoleer hom as gevolg van etikettering en stigmatisering, terwyl sy kollegas hom vermy as gevolg van die wanpersepsie wat hulle oor die siektetoestand het. '**n Isolasi-vermydingsituasie ontstaan dus**. Gevolglik is daar 'n versteuring in interpersoonlike verhoudings wat spruit uit die wantroue van die depressiewe persoon se kollegas, asook die persepsie wat hulle oor die



depressiewe persoon huldig. As gevolg van laasgenoemde is daar 'n herdefiniëring van kollegiale verhoudings met werks hervatting as gevolg van die kollegiale harmonie wat dus versteur is en dit veroorsaak 'n afstand tussen hulle.

Die diagnose van depressie wat met simptome soos moegheid, min wilskrag en die proses van herhaalde hospitalisasie gepaard gaan, lei tot 'n *gevoel van mislukking* by die pasiënte omdat hulle hulself al hoe meer negatief evalueer. Hierdie mislukking bring mee dat pasiënte oormatig van verdedigingsmeganismes soos rasionalisasie en isolasie gebruik maak.

Verder is daar 'n hoë mate van emosionele belewenisse wat vanuit die volgende kontekste afgelei kan word:

- skuldgevoelens as gevolg van die lang afwesigheid van die werk;
- 'n gebrek aan werksmotivering;
- vrees vir mislukking; asook
- vrees vir stigmasering.

Die oorspoel van bogenoemde emosies kan bydra tot *moedeloosheid* en *magteloosheid* wat die depressiewe pasiënt ervaar.

Alhoewel die navorsing net op die pasiënt se werks hervatting fokus, is die behoefte ook tydens die onderhoude uitgespreek dat pasiënte nie net as werkende mense nie, maar ook mense met 'n multidimensionele rol in die samelewing, beskou moet word. Die gevolgtrekking kan dus gemaak word dat die stresbelewenis van die depressiewe persoon verhoog as gevolg van die *multidimensionaliteit van sy/haar rolle* na ontslag, onder andere dat hy/sy 'n ouer vir sy/haar kinders en 'n eggenoot is.

Daar kan ook afgelei word dat die *nuwe-effekte van medikasie* ook daartoe aanleiding gee dat dit vir die pasiënt moeilik is om werk te hervat omdat hy/sy nie ingelig of voorberei is daarop nie en dus

onkundig is ten opsigte van die nuwe-effekte van medikasie.

Uit hierdie navorsing blyk dit derhalwe dat daar 'n gebrek aan voorbereiding van die gehospitaliseerde depressiewe pasiënt vir werks hervatting bestaan, wat voortspruit uit 'n gebrek aan 'n vertrouensverhouding tussen die pasiënt en die verpleegkundige, swak spansamerking tussen die verpleegkundige en die psigiater, asook onbetrokkenheid van verpleegpersoneel wat op die fisiese dimensie van die pasiënt en medikasie fokus en sodoende die psigoterapeutiese aspek van die behandeling ignoreer.

Hierdie optrede van die verpleegkundige lei daartoe dat daar 'n gaping ontstaan tussen die voorbereiding deur die verpleegkundige en die verwagtinge van die pasiënt ten opsigte van voorbereiding vir werks hervatting. Dit is hierdie gebrek aan voorbereiding van die depressiewe pasiënt wat aanleiding gee tot probleme met aanpassing tydens werks hervatting.

## TOEPASSINGSMOONTLIKHEDE

Vanuit die resultate en die literatuur is toepassingsmoontlikhede daargestel vir verdere verpleegnavorsing, die verpleegonderwys asook vir die verpleegpraktyk, naamlik spesifieke riglyne vir die psigiatrisiese verpleegkundige se gehaltevoorbereiding van die gehospitaliseerde depressiewe pasiënt vir werks hervatting.

### *Toepassingsmoontlikhede ten opsigte van verpleegnavorsing*

- In die navorsing is gefokus op die voorbereiding van die gehospitaliseerde depressiewe pasiënt vir werks hervatting gedurende hospitalisasie, verdere navorsing kan fokus op die kollegas sowel as die werkgewer van die depressiewe pasiënt se ervaring van die gehospitaliseerde depressiewe pasiënt met

werkshervatting.

- Verdere navorsing oor hoe die depressiewe pasiënt sowel as die verpleegkundige gehalte voorbereiding sien.
- Probleemareas vir die pasiënt, sowel as sy kollegas, byvoorbeeld vermyding en isolasie kan in verdere navorsing verken word.
- Nadat die uiteensetting van riglyne en implementering daarvan plaasgevind het, kan verdere verkenning gedoen word om die effektiwiteit van die toepassing van die riglyne in programme te verbeter.
- Verdere navorsing kan ook gerig word op die totale ontslagvoorbereiding, wat nie net op werkshervatting fokus nie.

#### *Toepassingsmoontlikhede ten opsigte van verpleegonderwys*

- Riglyne beskryf in die navorsing kan in die kurrikula van die psigiatriese verpleegspesialis sowel as die basiese psigiatriese verpleegstudent ingesluit word.
- Riglyne kan vir onderrig gebruik word in formele en informele indiensopleidingsessies om die kennis van personeel in psigiatriese eenhede te verbreed.
- Die riglyne kan gebruik word om 'n onderrigprogram vir die depressiewe pasiënt sowel as sy kollegas daar te stel.

#### *Toepassingsmoontlikhede ten opsigte van die verpleegpraktyk*

In die lig van verpleegpraktyk kan die volgende riglyne gebruik word om die gehospitaliseerde depressiewe pasiënt voor te berei vir werkshervatting.

### **SPESIFIEKE RIGLYNE VIR DIE VOORBEREIDING VAN DIE GEHOSPITALISEERDE DEPRESSIEWE PASIËNT VIR WERKSHERVATTING DEUR DIE PSIGIATRIESE VERPLEEGKUNDIGE**

### **Riglyn een: Fokusverskuiwing van die psigiatriese verpleegkundige vanaf 'n mediese en fisieke versorgingsgerigtheid na 'n vertrouensverhoudingsgerigtheid**

Die riglyn kan verwesenlik word deur die volgende stappe te neem naamlik:

- Die uitklaring van 'n filosofiese benadering van die verpleegkundige ten einde die mens, of te wel die depressiewe pasiënt, op 'n holistiese wyse te benader deur filosofiese benaderings te ondersoek volgens Botes (1995:12-13), naamlik die deontologiese, utilitaristiese en die Christelike benaderings. Tweedens om uitklaring in die self te kry oor sekere teorieë soos in Wilson en Kneisl (1991:62-76). Die verpleegkundiges kies of hy/sy 'n enkelteorie, eklektiese of 'n kreatiewe sintese benadering wil volg in sy/haar keuse van 'n benadering of teorie (Brammer, Shostrom & Abrego, 1989:10-12).
- Die verpleegkundige kweek 'n groter bewustheid van die terapeutiese gebruikmaking van die self deur selfevaluasie, geleentheid vir gesprekvoering en deur die terapeutiese self te ontwikkel deur meer kennis (Perko & Kreigh, 1988:215-228).
- Die daarstelling van 'n vertrouensverhouding gaan gepaard met die vermoë om effektief te kommunikeer, volgens Okun (1992:78-93), naamlik binnetrede, uitklaring van huidige probleem, intensiewe verkenning en bepaling van prioriteite. Om laasgenoemde aksie uit te voer word die kommunikasietegnieke gebruik, naamlik refleksie, aansporing, "checking out", interpretering, konfrontering, inligtinggewing en opsomming (Okun, 1992:78-93).

## **Riglyn twee: Beter kommunikasie vir sinvolle spansamewerking**

Ter wille van beter kommunikasie en sinvolle spansamewerking sal die verpleegkundige die volgende stappe in ag neem:

- Geleentheid sal geskep word vir die verpleegkundige om homself/haarself met effektiewe kommunikasievaardighede volgens Johnson (1997:112-114) toe te rus, naamlik om duidelik in die eerste persoon te kommunikeer, verbale sowel as nie-verbale boodskappe kongruent te maak, boodskappe te herhaal en terugvoer te vra, toepaslike boodskappe te stuur, gevoelens akkuraat te beskryf en ander se gedrag te beskryf sonder om te evalueer of te interpreteer.
- Spansamewerking kan bevorder word deur verpleegspansamewerking te mobiliseer, multiprofessionele spansamewerking te onderhandel met die lede, minstens een keer 'n maand bymekaar te kom om die nuutste tendense van behandeling te bespreek en 'n interdisiplinêre dokument vir rekordhouding volgens Menenberg (1995:140-142) te ontwikkel.

## **Riglyn drie: Effektiewe voorbereiding vir werkshervatting**

Bogenoemde kan bereik word as die verpleegkundige die onderstaande stappe in ag neem:

- Die verpleegkundige sal die pasiënt ondersteun met die aanleer van interpersoonlike vaardighede om isolasie te voorkom volgens Johnson (1997:18-70), naamlik die blootlegging van die self, akkurate kommunikasie en die fasilitering van oplossingsmetodes vir konflikhantering.
- Die verpleegkundige fasiliteer effektiewe hanteringsmeganismes om die pasiënt te

bemagtig om oneffektiewe verdedigingsmeganismes op te hef (Kleinke, 1991:24-41).

Die verpleegkundige bevorder die pasiënt se geestesgesondheid deur hom te bemagtig met kennis oor sy siektetoestand (simptomatologie en patologie) asook met kennis van die nuwe-effekte van medikasie (Kaplan, Sadock & Grebb, 1994:561; WGO, 1990:27-80).

## **SLOT**

In hierdie navorsing het die navorser die belewenisse van die depressiewe pasiënt ten opsigte van voorbereiding gedurende hospitalisasie, asook werkshervatting, verken en beskryf om riglyne vir die psigiatriese verpleegkundige se gehaltevoorbereiding van die gehospitaliseerde depressiewe pasiënt vir werkshervatting te formuleer. Die navorser het bevind dat daar bykans geen voorbereiding van die gehospitaliseerde depressiewe pasiënt is nie as gevolg van 'n gebrek aan 'n vertrouensverhouding tussen die pasiënt en die verpleegkundige, asook swak spansamewerking tussen die psigiater en die verpleegkundige.

Uit hierdie bevindinge het die navorser vervolgens die riglyne geformuleer wat die verpleegkundige rig om 'n fokusverskuiwing weg van 'n mediese en fisieke versorgingsgerigtheid te maak, asook kommunikasie en spansamewerking te verbeter ten einde die pasiënt voor te berei vir werkshervatting na ontslag. Hieruit is dus afgelei dat die navorser in sy doel geslaag het om riglyne vir die voorbereiding van die gehospitaliseerde depressiewe pasiënt vir die psigiatriese pasiënt daar te stel.

## **BIBLIOGRAFIE**

BOTES, A 1995: 'n Model vir etiese besluitneming. Johannesburg: Randse Afrikaanse Universiteit.

- BOTHA, A 1994 Ag shame, al weer 'n bietjie tyd van die werk af. **Nexus Korrektiewe Dienste Tydskrif**, 5(Nov.): 7-9.
- BOTHA, PA 1994: Depressie en religie. **Koers**, 49(2):169-192.
- BRAMMER, LM; SHOSTROM, EL & ABREGO, PJ 1989: *Therapeutic Psychology. Fundamentals of counselling and psychotherapy*. USA: Prentice-Hall.
- BRINK, HI 1996: *Fundamentals of Research Methodology for Health Care Professionals*. Kaapstad: Juta & Company Ltd.
- BURNS, M & GROVE, SK 1993: *The practice of nursing research*. Philadelphia: WB Saunders Company.
- CRESWELL, J 1994: *Research design: qualitative and quantitative approaches*. London: Sage.
- DE VILLIERS, IL 1983: *Depressie: die siekte van ons era*. Kaapstad: Tafelberg Uitgewers Beperk.
- DU TOIT, SI; ARONSTAM, M; ERASMUS, JAK; GROBLER, E & VAN VUUREN, R 1991: *Perspektiewe van menswees*. Pretoria: Academia.
- ED MANOS, CW & PALMER-ERBS, V 1996: All in a day's work – exploring psychosocial rehabilitation ideas and programs in practice settings. **Journal of Psychosocial Nursing**, 34(9):13-14.
- EVANS, C 1978: *Psychology: a dictionary of the mind, brain and behaviour*. London: Arrow Books.
- EWART-SMITH, M 1996: Addressing mental health issues in a society in transition. **Psychiatry in Practice**, 3(6):15-23.
- FARREL, SP & DEEDS, ES 1997: The Clubhouse model as exemplar: merging psychiatric nursing and psychosocial rehabilitation. **Journal of Psychosocial Nursing**, 35(1):27-34.
- FURLONG-NORMAN, K; PALMER-ERBS, V & JONIKAS, J 1997: Strengthening psychiatric rehabilitation nursing practice with new information and ideas. **Journal of Psychosocial Nursing**, 35(1):35.
- FREEMAN, M 1997: Televisieonderhoud met spreker. Johannesburg. (Videoband is in besit van SABC, SABC2, **Focus in Business**, 7 April.)
- GILBERT, P 1993: *Counselling for depression*. London: Sage.
- JOHNSON, DW 1997: *Reaching out: interpersonal effectiveness and self-actualization*. London: Allyn & Bacon.
- KAPLAN, HI; SADOCK, BJ & GREBB, JA 1994: *Synopsis of psychiatry*. London: Williams & Wilkins.
- KARP, D 1994: Living with depression: illness and identifying points. **Status**, 4(1):6-30.
- KLEINKE, CL 1991: *Coping with life challenges*. USA: Brooks/Cole.
- KREFTING, L 1991: Rigor in qualitative research: the assessment of trustworthiness. **The American Journal of Occupational Therapy**, 45(3):214-222.
- LINCOLN, YS & GUBA, EG 1985: *Naturalistic inquiry*. London: Sage.
- LOUW, DA & VAN JAARSVELD, PE 1990: Psigologiese perspektiewe vir algemene praktisyns: gemoedsrusversteuring. **Geneeskunde**, 32(4):3.
- McINTOSH, J & WORLEY, N 1994: Beyond discharge: telephonic follow-up and after care. **Medical Journal**, 32(10):21-25.

MENENBERG, SR 1995: Standards of care in documentation of Psychiatric Nursing. **Clinical Nurse Specialist**, 9(3):140-142.

MILLIGAN, S & CLARE, A 1994: Depression and how to survive it. London: Cox & Wyman Ltd.

MORSE, JM 1995: The significance of saturation. **Qualitative Health Research**, 5(2):49-53.

OKUN, BF 1992: Effective helping, interviewing and counselling techniques. Monterey: Brookes/Cole.

OMERY, A 1983: Phenomenology: a method of nursing research. **Advances in Nursing Science**, 5(2):49-53.

ORAL ROBERTS UNIVERSITY. ANNA VAUGHN SCHOOL OF NURSING 1990: Self-study report submitted to the Council of Baccalaureate and Higher Degree Programs, National league for Nursing. August 1990, vol. 1-narrative by criteria. Tulsa, Oklahoma: 136-142.

PALMER-ERBS, V & ANTHONY, SA 1995: Incorporating psychiatric rehabilitation principles into mental health nursing. **Journal of Psychosocial Nursing**, 34(9):16-10.

PALMER-ERBS, V 1996: A breath of fresh air in a turbulent health care environment. **Journal of Psychosocial Nursing**, 34(9):16-10.

PERKO, JE & KREIGH, HZ 1988: Psychiatric and mental health nursing. Ohio: Prentice-Hall

SHAW, P 1997: Selling depression. **Psychiatry in Practice**, 4(6):15-17.

SUID-AFRIKAANSE VERPLEEGSTERS-VERENIGING (SAVV) 1991: Standpunte memorandum: etiese standaarde vir verpleegkundevorsers. Pretoria.

UYS, LR 1994: An evaluation of the implementation and effectiveness of two treatment and organizational strategies in the rehabilitation of long-term psychiatric outpatients. **Curatiosis**, 17(4):11-16.

WASSERBAUER, LI 1997: Mental illness and the Americans with Disabilities Act. Understanding the fundamentals. **Journal of Psychosocial Nursing**, 35(1):22-25.

WILSON, HS 1989: Research in Nursing. London: Chapman & Hall.

WORLD HEALTH ORGANISATION 1990: Education for Health. A manual on health education in primary health care. Geneva: World Health Organisation.

WILSON, HS & KNEISL, CR 1991: Psychiatric Nursing. California: Addison Wesley.

WOODS, NF & CATANZARO, M 1988: Nursing research: theory and practice. St Louis: CV Mosby.