

# Die Verpleegproses

R.H. van den Berg

Lektrise, Departement Verpleegkunde U.O.V.S.

## SUMMARY

The nursing process, which is always dynamic, relates essentially to the needs of the situation to which it must be applied, and for its meaningful implementation it calls for the nurse's intellectual, interpersonal and technological abilities. It is fundamental to the nursing philosophy which the nurse develops for herself.

## INLEIDING

VIRGINIA HENDERSON definieer verpleging as "the unique function of the nurse is to assist the individual, sick and well, in the performance of those activities contributing to health or its recovery (or to peaceful death) that he would perform unaided if he had the necessary strength, will or knowledge" (Yura, et al., 1973, p.13). Die uitvoering van hierdie funksies kan in 'n breë sin vertolk word om die verpleegkundige se intellektuele interpersoonlike (tussenmenslike) en tegnologiese vermoëns in te sluit en die totaliteit van die verpleegproses berus op hierdie breë vertolking. Dit lê ook fundamenteel die basis vir die verpleegfilosofie wat die verpleegkundige vir haarself ontwikkel.

Yura en Walsh (1973, p.23) definieer die verpleegproses as "The nursing process is an orderly, systematic manner of determining the client's problems, making plans to solve them, initiating the plan or assigning others to implement it and evaluating the extent to which the plan was effective in resolving the problems identified." Newton en Burger (1978, Gids 1, p.109) beskryf die verpleegproses as "The process of nursing is action of a special type in the interest of a person or a family with a special health problem. It is part of the medical process. The process is always dynamic, being effected by the needs and the situation in which it has to be applied. It has emotional, physical, medical and social aspects. It is **for** the person, **with** the person, to the person **where** he finds himself." Beide Yura *et al* en Newton en Burger beskryf die basiese vyf elemente van die verpleegsituasie naamlik:

- (1) die kliënt en die kliënt se behoeftes.
- (2) identifisering van die behoeftes se aard en die besondere hulp wat verleen moet word,

- (3) die daadwerklike tussenkoms van die verpleegkundige,
- (4) die verpleegkundige se beoordeling van die resultate van haar tussenkoms.
- (5) aantekening van stappe 1 tot 4. (Gids 1, 1978, p.109).

Die verpleegproses omvat die basiese elemente van die verpleegsituasie. Die verpleegproses verseker dat logiese weldeurdagte verpleegsorg aan die kliënt gelewer word aangesien beplande verpleegsorg die fundamentele verpleegfilosofie en doelstellinge vir verpleging verwesenlik.

## DIE VERPLEEGPROSES

Die verpleegproses berus op 'n grondige toeretiese raamwerk wat die sisteem, teorie, informasieteorie, kommunikasieteorie, die besluitnemingsteorie en die persepsieteorie insluit (Yura et al, 1973, p.35—66). Die verpleegproses kan kunsmatig in verskillende komponente verdeel word, wat in die praktyk nie van mekaar geskei kan word nie. Die inengestremde komponente is

1. die verpleegsorgberaming of behoeftebepaling,
2. die verpleegsorgdiagnose en verpleegsorgbeplanning,
3. verpleegsorgtussenkoms en implementasie,
4. verpleegsorgevaluasie.

Die komponente volg 'n logiese volgorde en twee of meer komponente word gelyktydig aangewend. Die tydsduur vir die aanwending van die verpleegproses varieer van kliënt tot kliënt.

### Verpleegsorgberaming of behoeftebepaling (Assessment)

Die verpleegsorgberaming begin met die neem van die

verpleegsorggeskiedenis en eindig met die verpleegsorgdiagnose. Hierdie komponent bestaan uit die versameling van data uit verskeie bronne wat dan geklassifiseer, geanaliseer en opgesom word om die pasiënt se behoeftes en probleme te bepaal. (Yura et al 1973, p.72 en Bower, 1972, p.10). Die verpleegsorggeskiedenis het ten doel om die probleemareas aan te dui en om die sorg te individualiseer.

Die geskiedenis gee sistematiese data en word afgeneem tydens 'n onderhoud met die kliënt, familieledede en vriende wat op 'n voorafbepaalde tyd bepaal is of vraelyste kan voltooi word. Die volgende data word vir 'n verpleegsorggeskiedenis verlang:

1. Die kliënt se vorige belewenis van siekte en hospitalisasie en die betekenis daarvan vir die individu. 'n Aangename of onaangename belewenis asook die verwagtinge van die individu beïnvloed sy vermoë om die plan te aanvaar of te verwerp. Terselfdertyd help dit om oop kommunikasie en vertroue tussen die kliënt en die verpleegkundige daar te stel en te bevorder (Bower, 1972, p.46—47 en Yura et al, 1973, p.88—90).
  2. Vlak van kennis en die interpretasie van die kliënt van sy gesondheidsprobleem, diagnose en terapeutiese plan. Indien die kliënt nie sy probleem verstaan nie, is die doelstellinge onrealisties en die kliënt kan nie die terapeutiese plan aanvaar nie. (Bower, 1972, p.47 en 48).
  3. Beroeps- en sosiale rol. Siekte en hospitalisasie verander die sosiale en beroepsrolle. Vrees vir verlies van beroep en sosiale eensaamheid is probleme wat die kliënt beleef. (Bower, 1972, p.48 en 49).
- Opvoedkundige en intellektuele vermoëns. Dit toon die kliënt se vermoë om te begryp, die probleme te konseptualiseer en te hanteer. Dit toon ook die verpleegkundige benadering tot die kliënt aan (Bower, 1972, p.49 en 50 en Yura, 1973, p.80).
5. Ontspannings, religieuse en gesondheidspraktyke. Kennis van die kliënt se geloof en rituele is deel van die verpleegsorgplan. Ontspanningspraktyke kan meehelp om die kliënt se gesondheid te bevorder. Die verpleegkundige moet terselfdertyd die kliënt se sterkpunte i.s. alledaagse gesondheidspraktyke uitlig en dit deel van die versorgingsplan maak. (Bower, 1972, p.50 en Yura et al, 1973, p.81).
  6. Taalgebruik. Die verpleegkundige moet verhoed dat kommunikasie-afbraak plaasvind weens misverstande. Data insake die vermoë van die kliënt om boodskappe uit te stuur, te ontvang en te interpreteer is noodsaaklik om die verpleegsorgplan sinvol te maak. (Bower, 1972, p.51-52 en Yura et al, 1973, p.81 en 87).
  7. Ekonomiese status en werkspatroom. Die ekonomiese status van die kliënt toon vir die verpleegkundige sy lewensstyl en kennis van ekonomiese sekuriteit aan. (Bower, 1972, p.51 en Yura, 1973, p.82).

8. Vlak van persoonlikheids groei en gedrag. Maturasiekrisisse word deur die verpleegkundige in ag geneem asook die kliënt se eie beeld van homself. (Bower, 1972, p.51-52 en Yura, 1973, pp.75-81).
9. Teenswoordige en huidige gedrag om stremmingsvolle situasies te verwerk. Data insake kliënt se vorige hanteling van "stress" is noodsaaklik om die versorgingsplan op te stel. Die sterkpunte van die kliënt, sy hanteringsvaardighede en sy innerlike en uiterlike krag — en hulpbronne moet aangedui word. Die verpleegkundige tussentrede berus op die kliënt se hanteringsvermoë. (Bower, 1972, pp 52-53 en Yura, 1973, pp 83-84).
10. Kulturele leefwyse. Alledaagse leefwyse soos voeding, slaappatroon, persoonlike higiëne, eliminasieroetine speel 'n belangrike rol in die lewe van die kliënt. Soms is dit nodig om die leefwyse te verander of aan te pas. (Bower, 1972, pp 53-56 en Yura, p.82).
11. Geslag en ouderdom. Dit dui die behoeftes, rolgedrag, verwagtinge van die kliënt aan en terselfdertyd beïnvloed dit alle ander faktore van die verpleegsorgplan. (Yura, 1973, p.81).
12. Verhoudinge met ander belangrike persone. Die belangrike persone in die kliënt se lewe kan hom die nodige steun verleen en kan betrek word by die verpleegsorgplan. (Bower, 1972, p.56).
13. Inligting insake die familieledede van die kliënt. Ouderdom, geslag, beroep, gesondheidstatus, die rol van die gesinslede, die hulp wat die familieledede kan verleen is noodsaaklik om die terapie sinvol te beplan. (Lewis, 1970, p.36).
14. Algemene inligting insake die omgewing waarin die pasiënt hom bevind byvoorbeeld behuising, voorstad, plaas, kleinhoewe, sanitasie ens.
15. Pasiënt se vrese, begeertes, gevoelens en vrae.

Die doel van die verpleegsorggeskiedenis is om die probleemareas uit te wys en om behoeftes, gewoontes en begeertes van die kliënt vas te stel sodat persoonlike verpleegsorg aan die kliënt gegee kan word. (Lewis, 1970, p.33). Verdere inligting kan verkry word vanaf die kliënt se familieledede, vriende en werkskollegas. Die verpleegsorggeskiedenis dien terselfdertyd as basislyn van die geheelbeeld van die kliënt as mens.

Bo en behalwe die verpleegsorggeskiedenis moet die verpleegkundige die kliënt fisies evalueer. Die fisiese ondersoek wat die verpleegkundige uitvoer, help die verpleegkundige om die abnormale van die normale te skei, om ongemak wat die kliënt verduur, vas te stel en om enige verandering wat voorkom wat dui op verbetering of verslegting, waar te neem. Die fisiese ondersoek dui die basislyn aan vir die fisiese versorging van die kliënt en dien as die indikatort van veranderinge. Die fisiese status van die kliënt dui ook die

risiko van sekere komplikasies aan en die moontlike effek wat die probleem op die emosionele en sosiale status van die kliënt uitoeven. (Lewis, 1970, pp 46-54 en Yura, 1973, pp 82-83).

Die fisiese ondersoek word sistematies uitgevoer. Alle fisiologiese sisteme word ondersoek en die vitale tekens word geneem.

Massa en lengte

Algemene voorkoms

Vel, slymvliesmembrane, hare en naels

Sintuie: gehoor, gesig, reuk, smaak, tas

Sirkulatoriese sisteem

Respiratoriese sisteem

Neurologiese sisteem

Spysverteringsstelsel en voedingstaat

Urinêre sisteem

Skelet en spierstelsel

Voortplantingsstelsel

Endokriene sisteem

Retikulo-endoteale sisteem

Vitale tekens: Bloeddruk, temperatuur, pols, asemhaling

Psigologiese beraming:

geesteswakkerheid

lyftaal (body language) (nie-verbale kommunikasie).

gedrag

tussenmenslike interaksies

emosionele toestand (gemoedstoestand)

kommunikasievermoë.

Ander inligting wat die verpleegkundige moet in ag neem om die behoeftes van die kliënt te bepaal, is die mediese geskiedenis en fisiese ondersoek, laboratoriumverslae, diagnostiese resultate en inligting verkry vanaf die ander lede van die multidissiplinêre span. Die verpleegkundige moet ook literêre navorsing doen insake die kliënt se probleem sodat sy die kliënt kan verstaan en sy probleme met insig kan oplos. (Lewis, 1970, pp 54-72 en Yura, 1973, pp 83).

Hoe breër die data-basis, hoe groter is die kans dat verpleegsorgbeplanning die nodige inpak op die gesondheid van die kliënt uitoeven.

Sodra alle inligting verkry is, kan die verpleegsorgdiagnose gemaak word. Die verpleegsorgdiagnose kan soos volg wees:

1. Geen probleme bestaan nie.
2. Geen probleme bestaan tans nie, dog moontlike probleme kan ontwikkel.
3. 'n Probleem bestaan, dog die pasiënt kan dit suksesvol hanteer.
4. 'n Probleem bestaan, en die pasiënt benodig hulp.
5. 'n Probleem bestaan, dog verdere inligting word benodig.

6. Probleme bestaan wat langtermyn en permanent is. (Yura, et al, 1973, pp 90-92).

### Verpleegsorgdiagnose en verpleegsorgbeplanning

Hierdie fase neem 'n aanvang met die maak van die verpleegsorgdiagnose en eindig wanneer die verpleegkundige haar beplande tussentrede in werking stel.

Die doel van die beplanningsfase is:

- (1) Om die probleme soos gediagnoseer, in prioriteit te plaas.
- (2) om die probleme vas te stel wat opgelos sal word deur of verpleegkundige tussenkoms of deur die hantering daarvan en oplossing deur die kliënt self of sy gesinslede of deur verwysing na ander lede van die gesondheidsspan wat opgelos word in samewerking met hulle,
- (3) om die spesifieke tussenkomsaksie te spesifiseer en die onmiddellike, intermediêre en langtermyn doelstellings van die optredes asook die verwagte gedragresultate of gedragverandering van die kliënt te bepaal, en
- (4) om die probleme, tussentrede en verwagte resultate op die verpleegsorgplan aan te teken. Die beplanningsfase eindig met die opstel van die verpleegsorgplan aangesien dit die optrede, rigting van implementasie en die raamwerk vir evaluasie daarstel. (Yura, et al, 1973, p.90-93).

Die data verkry tydens die beramingsfase moet nou geanaliseer word om die probleme van die pasiënt te diagnoseer. Die verpleegkundige moet voortdurend die probleme wat sy diagnoseer in die geheelsverband sien sodat sy die betrokke effek van een probleem op die integriteit van die kliënt en onderliggende verband tussen probleme kan bepaal. Die probleme wat die kliënt ervaar mag werklike (actual), potensiële en/of waarskynlike probleme wees. Dit mag ook gewone of ongewone probleme wees wat die kliënt moet hanteer. Nadat die probleme geïdentifiseer is, moet dit in 'n prioriteitslys geplaas word. Lewensbedreigende probleme word altyd as die belangrikste prioriteit beskou. Maslow se behoeftehiërargie kan as 'n basis gebruik word om hoë-, medium- en lae prioriteite te bepaal. Die kliënt moet by die prioriteitslys betrek word aangesien hy die hulp moet ontvang en sy prioriteite mag verskil van dié van die verpleegkundige. Die prioriteitslys dien om:

- (1) lewe te bewaar en in stand te hou
- (2) dat in basiese behoeftes voorsien word en dat ontwikkelingstake bemeester word. (Bower, 1970, pp 76-102, Yura, 1973, pp 93-95 en 1972, pp 27-32).

Sodra die prioriteitslys bepaal is, moet oplossings vir die probleme gevind word. Die oplossings dui die optrede sowel as die korttermyn-, intermediêre en langtermyn doelstellings

van die optrede aan. Die doelstellings sluit die voorkomende en rehabilitatiewe aspekte in en verseker terselfdertyd dat kontinuë verpleegsorg verleen word. Terselfdertyd moet bepaal word watter probleme deur verpleegkundige tussentrede opgelos moet word, watter probleme die kliënt in staat is om self op te los en watter probleme moet verwys word na die lede van die multidissiplinêre span om gesamentlik op te los. (Yura, et al. 1973, pp 95-97).

Wanneer die probleemoplossing beplan word, moet die verpleegkundige optrede, dit wil sê die aanbevole, geïndividualiseerde verpleegkundige aksie om die pasiënt se probleem op 'n vasgestelde tydstip te gehanteer het, uitkristaliseer en aangeteken word. Indien nodig moet alternatiewe tussentredes aangeteken word aangesien verskeie oplossings vir een spesifieke probleem moontlik is.

Daar moet daarteen gewaak word dat tussentredes gedupliseer word byvoorbeeld verpleegkundige en mediese tussentredes wat dieselfde probleem oplos. Die kliënt moet so ver moontlik betrek word by die beplanning van die tussentredes aangesien dit die kliënt is wat dit moet ontvang. (Mayer, 1972, pp 81-82).

Indien die kliënt geen probleme ervaar nie, moet daar nogtans gereelde beraming van die kliënt se status plaasvind. (Yura, 1973, p.90). Waar die kliënt geen ongewone probleme ervaar nie, moet die gestandaardiseerde roetine verpleging ook gereeld herberaam word om sodoende die voortgesette vermoë van die kliënt om probleme te hanteer, te handhaaf. Waar ongewone probleme deur die kliënt ervaar word, moet met gereelde tussenposes herberaming gedoen word. (Mayers, 1972, pp 82-90).

Mayers (1972, pp 27-116) toon aan dat alle probleme duidelik, kort, kragtig en spesifiek, omskryf moet word met verwysing na die oorsaak van die probleem soos die verpleegkundige dit begryp. Ongewone probleme moet alleenlik aangeteken word soos gekategoriseer onder werklike, potensieel en moontlike probleme. Hierna moet die verwagte resultate aangeteken word in terme van die verwagte gedragsmanifestasie van die kliënt, dit wil sê die doelstelling van die verpleegkundige se tussentrede. Terselfdertyd moet die tyd weergegee word vir evaluasie van die verwagte resultate sodat korreksies, indien nodig, aangebring kan word. Hierdeur word voortgesette pasiëntsorg verseker. Die verwagte resultate en die evaluasietydperk moet in beide gewone en ongewone probleme aangeteken word.

Laastens besluit die verpleegkundige op die spesifieke verpleegaksie (verpleegtussentrede) wat uitgevoer moet word.

Gelyktydig word die betrokke verpleegkundige uitgewys wat die tussentrede sal uitvoer en wanneer opvolging van haar tussentrede sal plaasvind. (Ook Yura, 1973, pp 96-107).

Bogenoemde gegewens word skriftelik op 'n verpleegsorgplan weergegee. Mayers (1972, pp 14-15) toon aan dat die volgende elemente op die verpleegsorgplan aangeteken moet word:

1. Die geneesheer se verwagtinge, doelstellinge en terapeutiese program.
2. Die verpleegkundige kriteria vir ontslag of handhawing van bestaande vermoëns van die kliënt. (Die verpleegkundige doelstellinge vir die tussentredes).
3. Die geneesheer se opdragte.
4. Gewone probleme, werklik, potensieel en moontlik —
5. Ongewone probleme, werklik, potensieel en moontlik — Duidelik en bondig asook die oorsaak van probleem.
6. Die verwagte resultate in terme van die gedragsmanifestasie van die kliënt en tydsbepaling vir evaluasie as teken van doelmatige optrede en die toestand waaronder dit moet voorkom.
7. Die voorgeskrewe verpleegkundige tussentredes en die tyd van evaluasie. Dit moet spesifiek en uitdruklik wees. Dui alle moontlike alternatiewe tussentredes ook aan asook die persoon wat die tussentrede moet uitvoer en die tyd wanneer dit uitgevoer moet word.
8. Die pasiënt se werklike respons op die verpleegkundige en gesondheidsspanlede se tussentredes. (Dit word op die verpleegkundige vorderingsverslag (Kardex) aange-teken).
9. Standaard roetine verpleegsorg.

Bower (1972, pp 112 en 116) toon aan dat die volgende inligting ook op die verpleegsorgplan moet verskyn.

1. Persoonlike data van die kliënt.
2. Skedule van die kliënt se daaglikse versorging.
3. Aanduiding van die hulp wat die kliënt van die verpleegkundige benodig byvoorbeeld afgehele sorg, gedeeltelike sorg of geen hulp nie.
4. Pasiënt-onderrig as deel van die tussentredes.

Die verpleegsorgplan sluit twee aspekte van beplanning in:

- (1) horisontale beplanning — probleemoplossing, doelstellinge en verpleegsorgtussentredes.
- (2) vertikale beplanning — die roetine verpleegsorgtussentredes op 'n 24 uur basis. Dit sluit die kliënt se 24 uur bioritme (slaap, wakker, hongerte, urinering, ontlasting ens) (circasiah rythme) in, voorsiening in die basiese behoeftes en spesifieke interaksies op spesifieke tye byvoorbeeld medisyne toedien, verpleegkundige rondtes ens.

Die verpleegsorgplan is 'n geskrewe plan wat ten doel het: geïndividualiseerde sorg, die kontinuïteit van sorg, bevordering van die kommunikasie van verpleegsorg, die evaluasie,

die koördinasie van verpleegsorg en die bevordering van spangees.

Die verpleegsorgplan bestaan uit drie komponente naamlik

- (1) mediese sorg deur die geneesheer voorgeskryf.
- (2) roetine algemene verpleegsorg en
- (3) spesifieke verpleegsorg. (Bower, 1972, pp 104-120).

### **Die verpleegsorgimplementasie of verpleegkundige tussentrede**

Sodra die verpleegsorgplan ontwikkel is, begin die implementasiefase. Die verpleegtussentrede moet aan die volgende vereistes voldoen:

- (1) om op die mees doeltreffendste, veiligste en vinnigste wyse die beplande doelstelling te bereik.
- (2) tussentredes om langtermyn en korttermyn doelstellings te bereik, verskil van mekaar en
- (3) tussentredes om maksimale terapeutiese effek te bereik, verkry voorkeur. (Bower, 1972, p.93). Die doel van die tussentrede is om gesondheid te bevorder en siekte verminder en berus op wetenskaplike gronde. (Yura, 1973, p.120).

Afhangende van die aard van die probleem, die toestand, vermoëns en kragbronne van die kliënt en die aard van die beplande verpleegtussentrede, sal die verpleegsorgplan deur die verpleegkundige en die kliënt, die verpleegkundige alleen, of die verpleegkundige spanlede wat optree onder verpleegkundige supervisie, of in samewerking met die multi-dissiplinêre gesondheidsspan, geïmplementeer word, tydens die implementasiefase versamel die verpleegkundige nog voortdurend inligting aangaande die kliënt. (Yura, 1973, pp.107-108).

Elke interaksie van die verpleegkundige moet doelstelling-geïntereerd en betekenisvol wees. Die verpleegkundige moet voortdurend van haar intellektuele, interpersoonlike en tegniese vermoëns gebruik maak om die tussentrede sinvol en doelgerig te laat verloop. Die tussentrede van die verpleegkundige behels die onafhanklike, afhanklike, instrumentele en ekspressiewe funksies en sy mag bygestaan word deur ander lede van die verpleegspan. Die verpleegkundige moet voortdurend in haar tussentrede die kliënt se reaksie waarneem en data versamel om ander probleme wat mag bestaan of bestaan uit te wys. (Yura, 1973, pp.110-114).

Die verpleegkundige in haar tussentrede leer meer insake haar kliënt: sy persoonlikheid, sy reaksies, sy gevoelens, sy sterkpunte en swakpunte, sy hanteringsvermoëns, sy voorkeure, sy behoefte aan bevrediging en sy ontevredenheid. Sy neem sy respons op die beplande verpleegtussentredes waar

asook ander wyses waarop die verpleegtussentredes uitgevoer kan word om die kliënt te bevredig, beplan enige verdere tussentredes en evalueer enige onbevredigende respons op die beplande tussentrede. Hierdie data word gebruik om die verpleegsorgplan verder te evalueer en dien as basis vir verslaggewing. (Yura, 1973, p.114).

Die implementasiefase, hoewel dit op die aktiewe optrede fokus, sluit beraming, beplanning en evaluering in. Hierdie fase word voltooi met die beëindiging van die tussentrede en die aantekening van die tussentrede en reaksie van die kliënt daarop. (Yura, 1973, p.114-120).

### **Verpleegsorgevaluasie**

Evaluasie is die vierde komponent van die verpleegproses en volg op die toepassing van die tussentredes soos beplan in die verpleegsorgplan. Evaluasie geskied altyd in terme van die verwagte kliëntrespons op die beplande verpleegkundige tussentrede. Hierdeur word bepaal of die korttermyn-, intermedieë en langtermyn-doelstellinge bereik is. Evaluasie is altyd doelgerig en sinvol. (Yura, et al, 1973, p.120).

Mayers (1972, pp.56-71), toon dat die verwagte respons van die kliënt binne die vier kategorieë val, naamlik:

- (1) Die kliënt verbaliseer sy gevoelens, kennis en begrip insake die situasie.
- (2) Die kliënt se gedragpatrone in 'n betrokke situasie.
- (3) Die kliënt se persoonlikheidstrekke, algemene gedrag en simptome insake siekte, siekteproses of emosionele problematiek.
- (4) Die omgewing waarin die pasiënt hom bevind.

Die verwagte respons van die kliënt moet aangeteken word vir alle doelstellinge, gewone en ongewone — werklike, potensiële en moontlike-probleme. Essensieel aan evaluasie is die tydstop wat bepaal word om die beplande tussentredes te beoordeel.

Yura, et al. (1973, pp.121-133) verklaar dat evaluasie die weglatings gedurende die beramings-, beplannings- en implementasiefase uitwys. Bronne vir moontlike redes dat die verwagte respons of doelstelling nie bereik is nie, is geleë in die kliënt, die verpleegkundige, ander belangrike persone vir die kliënt, die verpleegkundige spanlede en die gesondheidsspanlede.

Die resultaat van die evaluasie, kan volgens Yura (1973, p.122) die volgende wees:

- (1) Die kliënt het reageer soos verwag en die probleem is opgelos.
- (2) Die gedragmanifestasie van die kliënt toon aan dat die probleem nog nie opgelos is nie, dog dat die korttermyn-doelstellings bereik is, maar nie die intermedieë en langtermyn-doelstellings nie.

- (3) Die gedragsmanifestasie van die kliënt is soortgelyk tydens die beramingsfase en daar is geen aanduidings dat die probleem opgelos is nie.
- (4) Die gedragsmanifestasie van die kliënt dui op verdere probleme. In al vier gevalle moet verdere beraming, beplanning en evaluasie plaasvind.

Die resultate van die evaluasie dui die rigting van die verpleegproses vir die toekoms aan.

Evaluasie vind nie alleen op die spesifieke tydperke soos aangedui, plaas nie, maar ook tydens die verpleegsorgtussentredes. Evaluasie moet ook gedoen word tydens die verpleegkundige konferensies, kliënt-toelatings-konferensie, die verpleegkundige konferensie met die wisseling van skofte, die verpleegkundige werkstoewysingskonferensie, die verpleegkundige kliënt-gesentreerde gevallekonferensie en die verpleegkundige saalrondte asook tydens die mediese saalrondte en multidissiplinêre mediese konferensie. Tydens hierdie konferensies en rondtes word:

- (1) Enige verandering in die kliënt se toestand bepaal
- (2) die prioriteite van dié pasiënt se probleme en behoeftes word bepaal
- (3) die kliënt se vermoë om die probleme te hanteer word in oënskou geneem
- (4) die doelstellinge wat bereik is, word uitgewys
- (5) die verpleegsorg wat nog nie voltooi is nie, word aangedui. Waar nodig, word die veranderinge aan die verpleegsorgplan aangebring.

Die evaluasie van die tussentredes, dit wil sê die werklike respons van die pasiënt op die tussentredes, word in die vorderingsverslag aangedui. Enige grafiese rekordhouding is deel van die vorderingsverslag.

Lewis (1970, pp.187-202) toon aan dat die evaluasiefase in die verpleegproses, 'n effektiewe middel is vir die verpleegkundige om self-evaluasie toe te pas om sodoende haar verpleegsorg en tussentredes te verbeter. Bower, (1972, pp.120-123) toon aan dat die self-evaluasie gedurende die kliënt-gesentreerde verpleegkundige en multidissiplinêre spankonferensie, tydens die konferensie wanneer die personeel mekaar aflos en tydens die werkstoewysingskonferensie voordat die verpleegkundiges hul pligte begin uitvoer, kan plaasvind.

#### SLOT

Die verpleegproses kan enige plek waar iemand verpleegkundige sorg benodig, in institusionele en nie-institusionele omgewings, toegepas word. Dit vind plaas in ooreenstemming met die pasiënt se behoeftes op 'n voorkomende, bevorderde, kuratiewe en rehabilitatiewe vlak plaas.

Om die verpleegproses doeltreffend uit te voer, moet die verpleegkundige goed in die wetenskappe waarop haar praktyk berus, onderlê wees; sy moet bedrewe wees in geskiedenis-aantekening, waarneming, ondersoek, analise en sintese, beplanning van tussentrede, daadwerklike tussen-

trede en evaluering van die resultate daarvan; haar interpersoonlike verhoudings met die kliënt moet bevredigend van aard wees, sy moet haar handeling noudeset uitvoer en sorgvuldig daarvan aantekening hou. Die verpleegkundige moet haar verstandelike, interpersoonlike en tegnologiese vermoëns gebruik tydens die beramings-, diagnostiese en beplannings-, implementasie- en evaluasiefase. Die kliënt en die verpleegkundige is vennote in die verpleegproses en die kliënt moet in elke fase betrek word aangesien hy die een is wat die probleem ervaar en ook sy deel moet bydra tot die oplossing daarvan. (Gids 1, 1978, p.112; Yura, 1973, pp.68-135; Mayers, 1972, pp.5-8).

Die verpleegkundige moet die teorieë onderliggend aan die verpleegproses asook die verwante teorieë, ken en sinvol aanwend. Indien dit nie gebeur nie, kan sy nie die verpleegproses aanwend nie. (Yura, 1973, pp.35-66 en 73-79; Bower, 1972, pp.25-42). Die verpleegproses sal dus ondoeltreffend wees indien die verpleegkundige nie in staat is om

- (1) in die fundamentele behoeftes van die kliënt te voorsien nie
- (2) die samewerking van die kliënt en sy gesinslede te verkry nie
- (3) die proses deur oorwegings soos kultuur, ras, geloof ens. beïnvloed word
- (4) in gebreke bly om hulp van die ander lede van die multidissiplinêre span in te roep en
- (5) om verpleegterapie te verleen nie. (Gids 1, 1978, pp.112-113).

Essensieel aan die verpleegproses is die nodige verslaggewing van elke stap in die verpleegproses. Verslagdoening bring mee dat die professionele verpleegkundige antwoordbaarheid aanvaar vir haar verpleegterapie wat sy verleen het, dat sy die kliënt se reg op veiligheid van sy persoon, naam en eiendom eerbiedig het en dat sy ooreenkomstig haar professionele etiese kodes verpleegsorg verleen het. (Gids 1, p.978, p.109).

Die verpleegproses verseker dat die kliënt geïndividualiseerde, gekoördineerde, persoonlike en komprehensiewe verpleegsorg ontvang. Die verpleegsorgplan bestaande uit verskillende komponente dien as skriftelike basis vir die verpleegproses. Die evaluasie van die verpleegproses lei verder tot verpleegoudit. Verpleegoudit kan op die verpleegsorgplan, die kliënt se wetlike mediese rekord en die toegepaste verpleegterapie uitgevoer word.

Die verpleegoudit is tot 'n sistematiese metode om die kliënt se verpleegsorg te evalueer en die kwaliteit van die verpleegproses te bepaal.

#### BIBLIOGRAFIE

1. Bower, F.L. (1972): *The process of planning nursing care*. C.V. Mosby Comp. Saint Louis, 2de uitgawe.
2. Little D.E., Carnevali D.L. (1969): *Nursing care planning*. J.B. Lippencott Company, Toronto.
3. Kelly, N. (1966): *Nursing plans*. *Nursing Outlook* 14(5):61.
4. Mayers, M.G. (1972): *A Systematic Approach to the Nursing Care Plan*. Appleton — Century Crofts, New York.
5. Yura, H. en Walsh, M.B. (1973): *The Nursing Process*. Appleton — Century Crofts, New York.
6. Unisa, Gids 1. Verpleegadministrasie 1.