

DIE VERPLEEGSTER SE TERAPEUTIESE FUNKSIE

deur

D.C. Harrington,

B.A. (Verp.) M.Cur. (Int. Alg. Verpl.) Pretoria

M.E.C. Potgieter,

B.Cur., M.Cur., (Int. Alg. Verp.) Pretoria

Oorgedruk uit *Geneeskunde*, Maart 1979, welwillend afgestaan deur die Redakteur.

Ons sou hierdie praatjie graag wou inlei met Virginia Henderson se definisie van verpleging: "The unique function of the nurse is to assist the individual, sick or well, in the performance of those activities contributing to health or its recovery (or to a peaceful death) that he would perform unaided if he had the necessary will, strength or knowledge. And to do this in such a way as to help him gain independence as rapidly as possible."¹

By verpleging val die klem op die ondersteuning van die individu eerder as op behandeling van die siektetoestand as sodanig. Volgens Moidel moet pasiëntsorg bereik word d.m.v. doelbewuste sistematiese en geïndividualiseerde verplegingsoptrede. Hierdie optrede kan verdeel word in verskeie basiese komponente, nl.:

- sorg ('care')
- herstel ('cure')
- koördinasie ('co-ordination')
- raadgewing ('counselling')

Die **versorgingsfunksie** is daardie onafhanklike verplegingshandeling wat lei tot 'n afname in fisiese en psigiese spanning by die pasiënt en die bevordering van gemak.

Die **herstelfunksie**, vanweë die feit dat dit 'n mediesvoorgeskrewe of gedelegeerde funksie is, omvat die afhanklike funksies van die verpleegster, bv. bystand met die uitvoer van 'n omvattende mediese ondersoek. In verskillende situasies kan die verpleegster se funksie wissel van afhanklik na onafhanklik.²

Die **derde funksie is die koördinasie van pasiëntsorg** wat op sy beurt drieledig onderverdeel word, nl.:

- (a) sinkronisering van verskillende terapieë, toetse en dienste om sodoende kontinuïteit van sorg te verseker;
- (b) samewerking met ander lede van die gesondheidspan, wat 'n invloed kan hê op die manier waarop hulle die pasiënt in hul onderskeie afdelings versorg;
- (c) samewerking met andere in onderrig aan sowel pasiënt as naasbestaendes en in die beplanning en uitvoering van behandeling.³

Om goeie koördinasie tussen die verskeie aspekte van pasiëntsorg te verkry, is kommunikasie essensieel. Uit kommunikasie wat op skrif gestel en vir die onderskeie lede van die gesondheidspan toeganklik is, sal beter kontinuïteit vir dienslewering voortvloei. Omdat die verpleegster vergelykenderwys vir lang periodes by die pasiënt is en verpleegsorg 24 uur per dag gelewer word, oorvleuel die rol van die verpleegster onvermydelik en dikwels met dié van ander professies.

Soos dr. J.A.M. Gray⁴ dit stel: dokters het te doen met siektetoestande in mense, en maatskaplike werkers met verhoudingsprobleme 'om' mense. Die verpleegster, egter, behandel siektetoestande by mense, versorg hulle tydens siekte en het die bepaalde rol om die persoon te help om die veranderde verhouding wat hy vanweë die siektetoestand met homself het, te verwerk.⁴

Vierdens behels verpleging **raadgewing en onderrig** aan pasiënte. Jean Crow⁵ sê in 'n bespreking van Henderson se definisie van verpleging dat die woorde "krag", "wil" en "kennis" die verpleegster se drievoudige rol as fisiese helper, emosionele ondersteuner en onderriggeefster dek. Die definisie beklemtoon onafhanklikheid eerder as herstel, wat die realistiese siening behels dat die mens, hoewel onbekwaam om alles te genees, nog sy onvermoë kan oorbrug en onafhanklik kan bly.⁵

Verpleegsters moet dus aanspreeklik wees nie net vir wat hulle doen nie, maar ook vir hoe hulle dit doen. Die verpleegster moet die pasiënt se emosionele, geestelike en fisiese behoeftes bepaal, bv. hoe hy sy siekte, die behandeling en die prognose ervaar. Toegerus met hierdie inligting en die vermoë om met mense in voeling te tree, is die verpleegster in staat om aan die pasiënt raad en onderrig te gee.

Vervolgens 'n uiteensetting van hoe die verpleegster hierdie funksies sinvol en wetenskaplik d.m.v. die verpleegproses kan verrig:

- eerstens moet sy die pasiënt se behoeftes bepaal;
- tweedens moet sy ooreenkomstig haar bevinde doelstellings formuleer, prioriteite stel en optrede beplan;
- derdens moet sy die plan implementeer;
- laastens moet sy haar optrede n.a.v. die uitwerking wat dit op die pasiënt se behoeftes gehad het, evalueer.

Nancy Kelly⁶ het in 1966 gesê: "Nurses have always planned patient care but today when a hospitalised patient is transferred through a series of specialised departments in the course of his treatment, and his daily care is divided between both professional and auxiliary nursing personnel, continuity of care is possible only when a patient's needs are first analyzed and then written down in detail in a nursing care plan."⁶

Vir elke pasiënt behoort daar 'n verpleegsorgplan te wees, gebaseer op sy persoonlike voorkeure, verwagtings, behoeftes en probleme. So 'n plan sal verpleegoptrede wat op die bepaalde individuele

behoefte afgestem is, aanbeveel, en sal skriftelike evaluering van die effektiwiteit van die verpleegaksie insluit.

Behoeftes kan biologies, psigies of sosiaalkultureel wees. 'n Vorm met standaardopskrifte soos die volgende sal verseker dat al die aspekte van pasiëntsorg sistematies gedek is:⁷

1. Persoonlike gegewens
2. Die pasiënt se waarnemings en verwagtings met betrekking tot sy siektetoestand en hospitalisasie
3. Spesifieke basiese behoeftes:
Volgens Crow⁵ is die doel van die vrae onder hierdie opskrif die volgende:
 - (a) om die pasiënt se normale daaglikse lewensaktiwiteite vas te stel;
 - (b) om enige veranderinge wat nodig is in die bg. aktiwiteite te beperk;
 - (c) om die pasiënt te onderrig en ondersteun met die implementering van enige permanente veranderinge;
 - (d) om die pasiënt se veiligheid te verseker, sowel in die hospitaal as tuis.

- Basiese behoeftes wat in ag geneem behoort te word is:
- i gemak, insluitend rus en slaap, persoonlike higiëne, kleredrag en bekamping van pyn
 - ii veiligheid, muskuloskeletale beperkings, visuele of gehoorafwykings, en gewoontes soos rook, wat 'n potensiële medies-geregtelike risiko kan wees, moet aandag kry
 - iii voeding
 - iv eliminasië-gewoontes
 - v vitale funksies

4. Sosiale en interpersoonlike gegewens
5. Geestelike behoeftes

Die verpleegsorgplan behoort ook 'n raamwerk van die beplande mediese sorg in te sluit omdat baie verpleegaktiwiteite op mediese behandeling gebaseer is.⁸

Naas kommunikasie met die pasiënt word waarneming en diagnostiese tegnieke soos elektrokardiografie, röntgenografie ens. gebruik om gegewens te verkry. Daarna moet die gegewens geanaliseer word en die pasiënt se verplegingsbehoefte geïdentifiseer word.⁹

Dit bring ons by die tweede stap in die verpleegproses, nl. die formulering van die verpleegdoelwit en die beplanning van verplegingsoptrede. Little en Carnavali¹⁰ beweer dat, nadat die pasiënt se behoeftes bepaal is, die volgende stap is om prioriteite vir aandag en sorg te stel. Hier kan Maslow se hierargie van die mens se fundamentele behoeftes in berekening gebring word, nl.:¹⁰

(self-actualization)
5 selfverwesening

(esteem)
4 agting

(beloning)
3 liefde

(safety)
2 veiligheid

(physiological needs)
1 fisiese behoeftes

Mayers (1972) verdeel probleme in 3 kategorieë:

1. Werklike probleme nl. dié wat op 'n gegewe tyd geïdentifiseer kan word.
2. Potensiële probleme nl. dié wat maklik kan voorkom maar wat verhoed kan word deur voorafbeplande verplegingsoptrede.
3. Moontlike probleme nl. dié wat nie d.m.v. die beskikbare gegewens duidelik geïdentifiseer kan word nie. Verdere inligting word benodig voordat besluit kan word of dit werklike of potensiële probleme is.¹¹

Deur bepaling van 'n pasiënt se behoeftes word die nodige data bekom om die beplanning van die verpleegsorg te verpersoonlik. Erkenning van die pasiënt se voorkeure gedurende die beplanning is een metode om die verlies van identiteit wat met hospitalisasie gepaard gaan, te beperk.¹² As 'n pasiënt bv. in staat is om homself te bad, behoort hy aangemoedig en toegelaat word om te besluit of hy sogenaamd of saans wil bad.

Nadat die verplegingsdoelwit gestel is, is die volgende stap die implementering van die plan om hierdie doelwit te bereik. Volgens Eckelberry sluit implementering van die verpleegsorgplan keuring en gebruik van beide menslike en materiële hulpbronne in wat sal help om die doelwit te bereik. Die menslike hulpbronne sluit die gesin, maatskaplike werker, geestelike raadgewer en so meer in. Dit is belangrik dat sowel die pasiënt as sy gesin betrek word by die keuse van daardie hulpbronne.¹³

Die bg. optrede omvat al die dienste wat die pasiënt help om te voorsien in die behoeftes wat geïdentifiseer is en wat hy nie sonder hulp kan bevredig nie. Terwyl sy sorg verleen, verkry die verpleegster bykomende gegewens wat haar help om vas te stel of die optrede werklik die pasiënt se behoeftes bevredig. Dit kan ook lei tot 'n herbepaling van die pasiënt se behoeftes.

Alhoewel evaluering beskou word as die laaste stap in die verpleegproses moet dit deurlopend gedoen word om foute onmiddellik of so gou moontlik reg te stel en herhaling daarvan te voorkom. Fisiese veranderinge en verbetering is relatief maklik om te evalueer, bv. daling van liggaamstemperatuur na afsporsing met lou water. Probleme ontstaan egter wanneer daar gepoog word om te bepaal wat die oorsaak van veranderde psigososiale gedrag is. Verskeie skrywers, insluitend Eckelberry,¹⁴ stel voor dat pasiënte se gedra eerder in detail beskryf word as dat nikssegende veralgemenings soos 'verbetering in houding' óf 'minder angstig' gebruik word.

Die pasiënt behoort ook betrek te word by die evaluering van die verpleegsorg. Die effek van optrede om pyn te verlig kan die beste deur die pasiënt self bevestig word. Soms kan gesinslede en ander lede van die gesondheidspan hul bydrae tot die evaluering van die verplegingsoptrede lewer, bv. wanneer die pasiënt vir behandeling verwys word na ander afdelings waar die verpleegster self nie vir observasie teenwoordig is nie.

Vervolgens 'n kort samevatting van hoe die verpleegproses in die geval van 'n pasiënt met miokardiale infarsie geïmplementeer kan word.

Tabel 1: Implementering van die Verpleegproses by 'n Pasiënt met Miokardiale Infarkisie

	<i>Verpleegdiagnose</i>	<i>Verpleegsorgplan</i>	<i>Implementering</i>	<i>Evaluering</i>
<i>Pyn</i>	<i>Geskiedenis:</i> Klagtes van pyn in bors	Pynverligting Voorkoming van uitputting	Toediening van morfien 7,5 mg binnears	Pasiënt blyk meer gemaklik te wees
	<i>Observasies:</i> Effense tagikardie Vinnige, oppervlakkige asemhaling Bleekheid Sweet + +	Toediening van suurstof om hipoksie van miokard op te hef	Nasale suurstof teen 2 liter per minuut Bedrus	Polstempo keer terug na normaal Asemhaling is gemakliker
<i>Angstigheid en vrees</i>	<i>Geskiedenis:</i> Kan vrees toon vir die onbekende asook vrees vir die dood Is bang om alleen te wees	Verligting van angs en vrees deur verskaffing van inligting omtrent die afdeling en sy siekte toestand	Verduidelik die doel en gebruik van die monitor, saalroetine, ens.	Pasiënt kom meer ontspanne voor Meer op sy gemak
	<i>Observasies:</i> Rusteloos Werk nie saam nie Skrik wanneer 'n verpleegster binnekom Tagikardie	Die verpleegster moet dadelik beskikbaar wees Vra die geneesheer om 'n kalmeermiddel voor te skryf Laat eggenoot toe om te bly	Dien Valium 5 mg per mond toe — 3 maal per dag soos voorgeskryf Maak seker dat die klokke binne sy bereik is	Polstempo keer terug na normaal Werk beter saam

Samevattend wil ons dit graag beklemtoon dat die bg. benadering gebruik kan word as instrument om verpleegsorg te verbeter en dat dit so ook groter werkbevrediging vir die verpleegster kan lei; meer nog, dat dit die pasiënt in staat stel om beter toegerus van sy siekte te herstel tot so 'n vol lewe as moontlik, of om die dood met kalmte en vrede tegemoet te gaan.¹⁵

VERWYSINGS

1. Henderson, V. *Basic Principles of Nursing Care*, bl.4, New York, S. Karger Basal, 1969.

2. Moidel, H. et al *Nursing Care of the Patient with Medical Surgical Disorders*, 2e uitgawe, bl.7, McGraw Hill, 1976.
3. Little, D. en Carnevali, D.L. *Nursing Care Planning*, bl.8, Philadelphia, Lippincott, 1969.
4. Gray, J.A.M. *Nursing Mirror*, 1977, 145, 12
5. Crow, J. *Nursing Times*, 1977, 73, 895
6. Kelly, N.C. *Nursing Outlook*, 1966, 14, 61
7. Henderson, V. Op. cit., bl.63 Garant, C. McPhetridge, L.M. *Amer. Journ. of Nurs.*, 1968, 68, 71. *Amer. Journ. of Nurs.*, 1968, 68, 71
8. Kelly, N.C. Op. cit., bl. 956
9. Lewis, L. *Nursing Outlook*, 1968, 16, 28
10. Little, D.E. en Carnevali, D.L. Op. cit., bl. 54
11. Crow, J. Op. cit., bl. 892
12. McPhetridge, L.M. Op. cit., bl.71
13. Eckelberry, G. *Administration of Comprehensive Nursing Care*, bl. 101, New York, Appleton Century Crofts, 1971.
14. *Ibid.*, bl. 86, 107
15. Lewis, L. Op. cit., bl.29