

VERPLEEGKUNDIGE-PASIËNT KOMMUNIKASIE

L.R. Uys,

Senior Lektrise, Departement Verpleegkunde, Universiteit van die Oranje-Vrystaat

SUMMARY

In communication between nurse and patient two types of interaction are often not fully utilised, namely emotionally supportive conversations and patient-teaching. When these performance problems are analysed, their multicausal nature is discovered and possible remedial steps proposed.

Daar word allerweë erken dat kommunikasie tussen verpleegkundige en pasiënt een van die kardinale aspekte van die verpleegproses is. King (1973, p. 513) definieer dan ook verpleging as 'n "ongoing interpersonal process in which two or more persons interact over time in a nursing situation to achieve a goal". Kommunikasie, ook dié tussen verpleegkundige en pasiënt/kliënt, dien vele doele. Du Gas stel dit as volg: "Communication is the process by which one person conveys thoughts, feelings and ideas to another. It is a tool which provides a means for one person to understand another, to accept and be accepted to convey and receive information, to give and accept directions, to teach and to learn." (1977, p. 127).

Tog bestaan daar twyfel of kommunikasie tussen verpleegkundige en pasiënt doeltreffend is ten opsigte van al bogenoemde doelstellings. Interaksie is dikwels baie beperk; tot so min as: "Hoe gaan dit?", "Goed dankie". Sosiale gesprekke waar sosiale afstand behou word en oor algemene onderwerpe gesels word (Uys, 1979, p. 112) kom redelik algemeen voor. Ook die gee van minimale inligting of opdragte is algemeen, byvoorbeeld "U word môre-oggend om 10h00 gedoen. Moet dus asseblief nie vanaand na 22h00 iets eet of drink nie". Maar meer intieme gesprekke waar die verpleegkundige die mens in sy nood leer ken en bystaan, is skaars (Vermaak, 1979). Werklike stelselmatige gesondheidsonderrig aan die pasiënt volgens sy/haar behoeftes, blyk ook 'n leemte te wees (Vermaak, 1979). Waarom word hierdie twee aspekte, wat ek hier terapeutiese gesprekke en pasiënt-onderrig onderskeidelik sal noem, afgeskeep? Daar is waarskynlik 'n hele paar faktore wat saamwerk om hierdie situasie te skep.

Mager en Pipe (1973) noem so 'n verskil tussen wat persone doen en wat hulle veronderstel is om te doen, 'n **tekortkoming in taakverrigting** of 'n **taakverrigtingsprobleem** en stel 'n ordelike ondersoek na die oorsake en oplossings daarvan voor (sien vloeiagram). Die analise begin met 'n beskrywing van die tekortkominge in taakverrigting. Dit is reeds hierbo uiteengesit.

Daarna volg 'n analise volgens agt opeenvolgende vrae waarna ons nou sal kyk.

Vraag 1: Is die taakverrigtingsprobleem belangrik? Vanuit die filosofie en aard van verpleging moet terapeutiese gesprekvoering en deeglike pasiënt-onderrig as belangrike aspekte van die verpleegkundige se werk gesien word.

Vraag 2: Bestaan daar 'n gebrek aan vaardigheid? Ek dink wel so. Die interpersoonlike vaardighede wat nodig is om 'n baie angstige of 'n aggressiewe pasiënt te help of om 'n pasiënt wat onttrek, te bereik, is moeilik om aan te leer en is **nie** deel van gewone sosiale toerusting nie.

Vraag 3: Tog kry verpleegkundiges gedurende hul opleiding min hulp hiermee. Dosente wat self deeglike opleiding hierin en supervisie van hul eie interpersoonlike funksionering gehad het, is uiters skaars en leerondervindinge vir studente dus eweneens karig. Dit sal waarskynlik lank duur voordat hierdie tekort aangevul word. Intussen mag dit help om verpleegspesialiste wat oor spesiale vaardighede op hierdie gebied beskik (byvoorbeeld verpleegkundiges met Meestersgrade in psigiatriese verpleegkunde) aan te stel in hospitale en ander inrigtings om deur konsultasie en indiensopleiding verpleegkundiges hiermee te help.

Vraag 4: Dit is natuurlik ook vir verpleegkundiges moontlik om te probeer om self op hierdie gebied te ontwikkel. Eerstens moet die verpleegkundige dan bewus word van haar eie sterk- en swakpunte in hierdie vaardighede deur self-evaluasie of evaluasie deur kollegas. Hatton se *Kontroleerlys vir Interpersoonlike Vaardighede* (1977) is maar een van 'n groot aantal instrumente wat gebruik kan word om hierdie evaluasie te vergemaklik. Wanneer die verpleegkundige begin werk aan nuwe vaardighede, kan geprogrammeerde stukke baie help, byvoorbeeld:

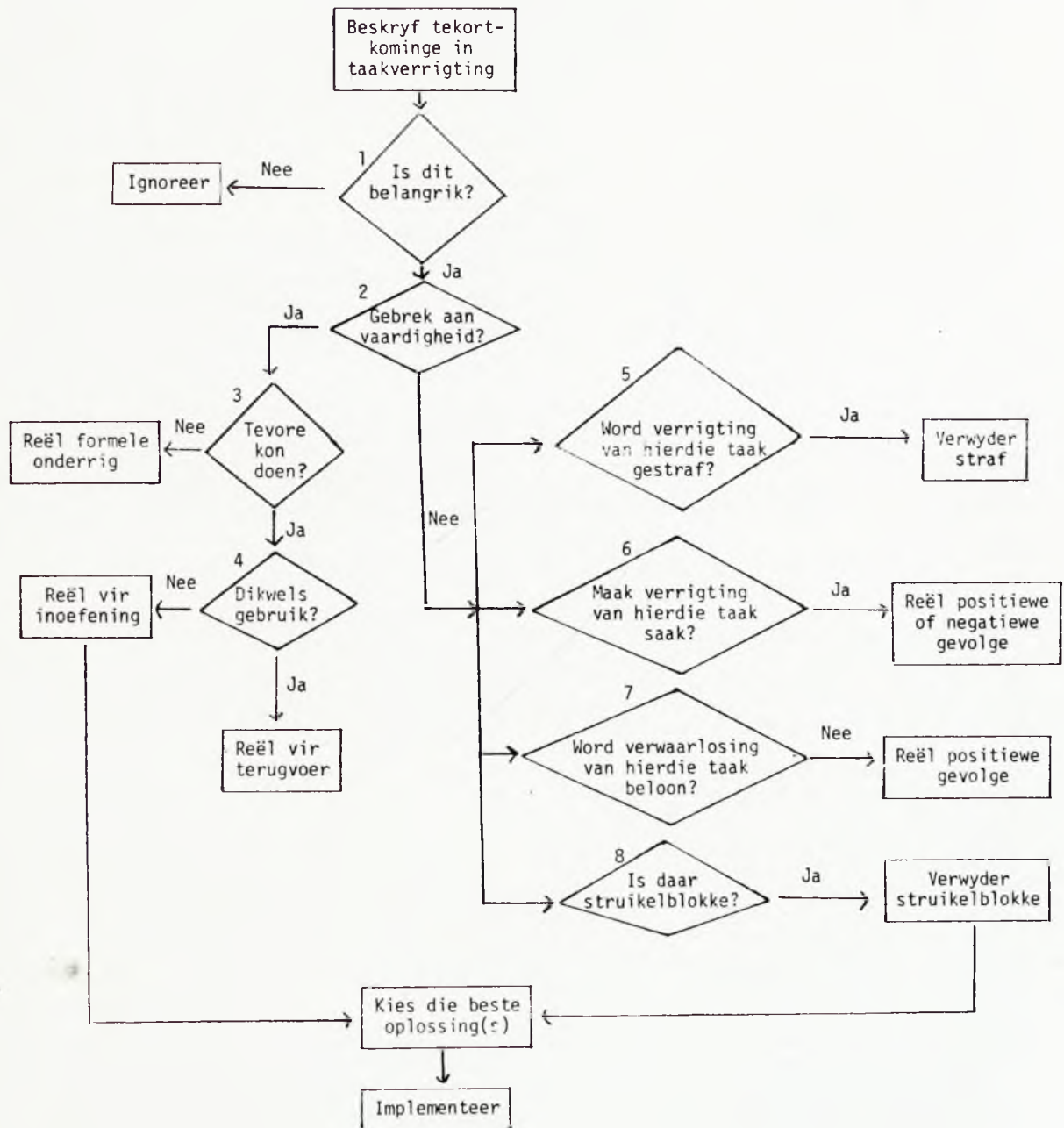
"Understanding Hostility", September 1968, *American Journal of Nursing*.

"Helping depressed patients in general nursing practice". June 1977, *American Journal of Nursing*.

VLOEIDIAGRAM : IDENTIFIKASIE EN ANALISE

VAN TAAKVERRIGTINGSPROBLEME

(Mager en Pipe, 1973, p.3)



HATTON SE KONTROLEERLYS VIR INTERPERSOONLIKE VAARDIGHEDE VAN VERPLEEGKUNDIGE
(Supervisor Nurse, July, 1977)

POSITIEF (+ 1)		NEGATIEF (- 1)	
1.	Gee persoonlike erkenning.	1.	Gee nie persoonlike erkenning nie
1.1	Noem pasiënt op sy/haar naam.	1.1	Noem pasiënt nie op naam nie.
1.2	Kan persoonlike gebeure of persone wat vir die pasiënt belangrik is, ingelig bespreek met pasiënt.	2.2	Noem pasiënt op algemene byname, bv. "Oupatjie" of "Tannie".
2.	Toon respek vir die individu.	2.	Toon min respek vir individu.
2.1	Kyk pasiënt in die oë gedurende interaksie.	2.1	Kyk nie na pasiënt gedurende interaksie nie.
2.2	In 'n groepsinteraksie, erken pasiënt se teenwoordigheid met ten minste 'n groet, kopknik of 'n ander teken van herkenning.	2.2	Toon geen erkenning van pasiënt se teenwoordigheid gedurende groepsinteraksie nie.
3.	Reageer verbaal op pasiënt se woorde of gedrag.	3.	Toon min verbale reaksie op pasiënt se woorde of gedrag.
3.1	Erken pasiënt se gevoelens met opmerkings soos: "Ek weet u hou nie daarvan om die pan te gebruik nie", of "Kry u koud?" as die pasiënt opgekrul lê en koud lyk.	3.1	Gee nie erkenning aan 'n pasiënt se opsigtelike gevoelens nie, bv. ignoreer 'n angstige, verwarde pasiënt se vrae oor wat om te doen.
3.2	Erken pasiënt se gedrag met opmerkings soos: "Dit is goed om jou te sien loop, mev. Smit".	3.2	Sit kos voor 'n pasiënt neer, komposisioneer 'n trollie by die bed sonder om 'n woord te sê.
4.	Gesigsuitdrukking reageer op pasiënt se woorde of gedrag.	4.	Toon min gesigsuitdrukkingreaksie op pasiënt se woorde of gedrag.
4.1	Reflekteer stemming van pasiënt se interaksies, byvoorbeeld lyk besadig wanneer pasiënt ernstig praat of lag saam met pasiënt.	4.1	Glimlag of lag wanneer pasiënt opsigtelik in nood verkeer byvoorbeeld pasiënt is angstig of in pyn.
4.2	Kyk belangstellend na pasiënt en luister aandagtig terwyl pasiënt praat.	4.2	Handhaaf 'n uitdrukkingslose, belanglose gesigsuitdrukking gedurende interaksies.
5.	Reageer met handeling op die pasiënt se woorde, gedrag of behoeftes.	5.	Toon min gedragsreaksie op die pasiënt se woorde, gedrag of behoeftes.
5.1	Voorsien so gou as moontlik in behoeftes. As uitstel noodsaaklik is, word dit aan die pasiënt verduidelik.	5.1	Kom kyk nie of pasiënt pyn- of slaapmedikasie nodig het nie, of reageer nie binne 'n redelike tyd op so 'n versoek nie.
5.2	Lei behoeftes af van pasiëntgedrag of ander waarnemings, valideer en reageer.	5.2	Vergeet of ignoreer uitgesproke behoeftes.
6.	Ruil inligting met die pasiënt uit.	6.	Ruil nie inligting met die pasiënt uit nie.
6.1	Antwoord vrae wat die pasiënt vra byvoorbeeld oor saalreëls.	6.1	Gee stereotipe inligting as gevolg van gebrek aan behoefteberaming.
6.2	Verduidelik prosedures en roetines volgens die pasiënt se behoeftes.	6.2	Gee nie inligting nie.
7.	Luister na en stel alternatiewe oplossings aan die pasiënt voor en laat die pasiënt self besluit.	7.	Laat nie die pasiënt toe om eie besluite te neem nie.
7.1	Pasiënt weier om fisioterapie by te woon as gevolg van pyn wat dit veroorsaak. Die verpleegkundige stel voor dat pynmedikasie vóór die besoek gegee word en laat die pasiënt self besluit.	7.1	Doen dinge vir die pasiënt byvoorbeeld vee gesig af, sonder om te vra of die pasiënt dit gedoen wil hê of dit self wil doen.
7.2		7.2	Sê pasiënt moet glimlag of net op die dokter vertrou wanneer die pasiënt ontsteld is of meer inligting wil hê.
8.	Moedig beter waarneming en interaksie aan of bevorder dit.	8.	Moedig nie beter waarneming en interaksie aan nie.
8.1	Praat stadiger en effens harder met hardhorende pasiënte en behou oogkontak.	8.1	Pas liggaamsposisie nie aan by pasiëntse waarnemingsveld nie.

POSITIEF	NEGATIEF	OPMERKINGS

- 8.2 Staan só dat pasiënt die verpleegkundige gedurende interaksie kan sien.
- 9. Respekteer persoonlike ruimte.
 - 9.1 Klop voor vertrek binnegegaan word.
 - 9.2 Verduidelik of maak inleidende opmerkings voordat pasiënt aangeraak word.
- 10. Toon betrokkenheid by en aanvaarding van pasiënt en bevorder betrokkenheid van pasiënt by verpleegkundige.
 - 10.1 Inisier of reageer op humor met pasiënt byvoorbeeld lag vir sy grappe.
 - 10.2 Reageer op die pasiënt se belangstelligings deur byvoorbeeld in gesprekke oor sy herinneringe betrokke te raak.

- 8.2 Pas afstand vanaf pasiënt nie aan by sensoriese defekte van pasiënt nie.
- 9. Respekteer nie persoonlike ruimte nie.
 - 9.1 Klop nie aan deur voor vertrek binnegegaan word nie.
 - 9.1 Raak pasiënt aan sonder verduideliking of inleidende opmerkings.
- 10. Toon of bevorder nie betrokkenheid by of aanvaarding van die pasiënt nie.
 - 10.1 Reageer nie op pasiënt se pogings tot humor nie.
 - 10.2 Reageer nie wanneer pasiënt sy verlede noem nie.

--	--	--

Behalwe vir die interpersoonlike vaardighede wat die verpleegkundige nodig het vir terapeutiese kommunikasie en pasiënt-onderrig, is dit ook noodsaaklik dat die verpleegkundige vaardig is in die beraming van pasiënt-behoefte. Pasiënte is dikwels onbewus van hul behoeftes of hulle kan nie verbaliseer nie. So byvoorbeeld is baie angstige pasiënte nie in staat om te sê, "Ek is bekommerd/angstig". Of 'n pasiënt wat met 'n chroniese toestand ontslaan word, weet nie watter

probleme hy tuis gaan ondervind sodat hy die verpleegkundige met vrae kan nader nie. Dit is dus noodsaaklik dat die verpleegkundige nie bloot reageer op die "Goed dankie" van die pasiënt nie, maar alle pasiënte evalueer ten opsigte van die belangrikste emosionele reaksies op stremming, naamlik angs, aggressie, onttrekking en aanhanklikheid. Die volgende kontroleerlyste kan byvoorbeeld as roetine gebruik word om angs by pasiënte te identifiseer:

KONTROLEERLYS 1 (Opsigtelik) TEENWOORDIG

- Skrik maklik
- Dilatasie of konstriksie van pupille
- Rusteloosheid
- Vinnige en veranderde aard van asemhaling
- Droogheid van mond of verhoogde speekselafskieding
- Spraakpatroon verander bv. baie vinnig, aanmekaar hakkel
- Perseptuele veld vernou
- Spierspanning veral van nek, gesig en rug
- Verhoogde sweetafskieding
- Bleekheid
- Tremore
- Koördinasie swak
- Outomatiese verligtingsgedrag bv. naels byt

Ja Nee

--	--

KONTROLEERLYS 2 (Verdere ondersoek nodig)

- Verhoogde of verlaagde bloeddruk, pols vinnig of stadig
- Urinêre frekwensie
- Droë mond of verhoogde speekselafskieding
- Somatisasie soos hoofpyn, diaree, of opvlamming van simptome van psigofisiologiese reaksies bv. peptiese ulkus, kolitis, artritis
- Insomnia
- Anoreksie
- Naarheid
- Ongeluksvatbaar

Teenwoordig
Ja Nee

--	--

Nadat die gedragsmanifestasies van sekere emosionele reaksies dan identifiseer is, kan dit in 'n terapeutiese gesprek (d.w.s. 'n doelgerigte gesprek om die persoon se gesondheid te bevorder) bespreek word en verpleegsorg daarvolgens beplan word.

Vraag 5: Word verrigting van hierdie taak gestraf? Al lyk dit hoe onmoontlik mag dit tog wees dat byvoorbeeld terapeutiese gesprekke met pasiënte gestraf word. Die student-verpleegster wat in 'n ernstige gesprek met 'n pasiënt gewikkel is en deur die suster

aangespreek word met 'n "Het jy nie werk nie?", word bepaald gestraf. 'n Jong geregistreerde verpleegkundige het met besondere sorg en moeite 'n pasiënt wat sterwend was aan kanker en sy gesin deur die sterwensproses begelei, net om deur die saalsuster ingeroep te word omdat sy dan "te emosioneel betrokke" sou wees! In dié verband sê Mager en Pipe: "People learn to avoid the things they are hit with! It doesn't matter whether they are hit with a club, an insult, humiliation, repeated failure, frustration, or boredom". (1973, p. 53).

Vraag 6: Maak verrigting van hierdie taak saak? In die huidige onderrig en praktyk word hierdie aspekte van die rol van die verpleegkundige nie beklemtoon nie. Tydens evaluasie van studente kry dit nie die primêre aandag wat byvoorbeeld gegee word aan die vaardige uitvoer van 'n praktiese prosedure nie. Dit is ook nie iets wat die matrone raak sien as sy op rondte kom nie — nie soos sy vaardighede in saaladministrasie raak sien nie. Ook geneeshere heg blykbaar nie besondere waarde daaraan nie — hulle wil eerder 'n suster hê wat altyd beskikbaar is vir 'n pasiëntronde of wat sorg dat inname- en uitskeidingsrekords altyd reg is. En selfs pasiënte kla selde as hierdie aspekte ontbreek! Vermaak het gevind dat alhoewel 'n gemiddeld van 45 persent van pasiënte op verskillende gebiede van niemand emosionele ondersteuning gekry het toe hulle dit nodig gehad het nie (1979, p. 207) en by sommige aspekte so veel as 85 persent van pasiënte nie noodsaaklike inligting gekry het nie (p. 150), die meeste nie daarvoor gekla het nie.

Dit is dus duidelik dat dit blykbaar vir niemand saak maak of die verpleegkundige terapeuties met pasiënte kommunikeer en hulle onderrig of nie. Dit het belangrike implikasies vir haar motivering. Mager en Pipe stel dit as volg: "Nothing happens if (she) takes the trouble to perform as someone wants; nothing happens if (she) doesn't. The law of behavior tells us that when a performance is not followed at least periodically by an event considered favourable by the performer, that performance will tend to disappear". (1973, p. 71).

'n Belangrike stap in die regstelling van hierdie probleem sal dus wees om evalueringsinstrumente te gebruik in die evaluasie van studente en geregistreerde verpleegkundiges wat wel deeglik toon dat terapeutiese kommunikasie en pasiënt-onderrig belangrike aspekte van die verpleegkundige se funksionering is en gevolg vir haar inhoud.

Vraag 7: Word verwaarlosing van hierdie taak beloon? Ek twyfel — ek kan nie dink aan enige beloning hiervan nie, behalwe miskien die aanvaarding deur mede-

kollegas wat op dieselfde manier praktiseer en die feit dat hierdie tipe funksionering minder gekompliseerd is en minder verantwoordelikhede meebring.

Vraag 8: Is daar struikelblokke? Tyd is waarskynlik die belangrikste struikelblok wat dadelik by verpleegkundiges opkom. En dit is ook 'n probleem, veral met huidige tekorte aan personeel. Tog neem hierdie verpleegaksies nie altyd baie tyd nie en dikwels kan 'n gesprek plaasvind tydens roetine versorging van die pasiënte. Dit is tog soms nog beter benutting van professionele tyd wat die deurslag gee en nie bloot net meer personeel nie.

Die funksionele verdeling van werk kan waarskynlik ook as 'n struikelblok vir die voer van terapeutiese gesprekke gesien word. Met hierdie tipe werksindeling is die verpleegkundige en pasiënt in kontak met soveel persone dat intiëmer kennis van mekaar en 'n vertrouensverhouding moeiliker is om te bewerkstellig.

Die gebrek aan sistematiese verpleegsorgbeplanning is op sy beurt weer 'n struikelblok in die weg van deeglike pasiënt-onderrig. Leerbehoefte word nie vroeg genoeg en deeglik genoeg beraam en verpleegkundige tussen-trede daarvoor beplan en geïmplementeer nie.

Volgens Mager en Pipe se vloei-diagram is daar heelwat wat individuele verpleegkundiges, veral die organiseerders van verpleegdienste en verpleegopvoedkundiges, kan doen om die twee belangrike leemtes in die kommunikasie tussen verpleegkundige en pasiënt te oorbrug. Alle verpleegkundiges wat glo dat die mens as geheel versorg moet word; liggaam, siel en gees, weet dat pogings op hierdie gebied die moeite werd sal wees.

BIBLIOGRAFIE

1. Daubenmire, M.J. and King, I.M.: Nursing process models: a systems approach. *Nursing Outlook* 21 (8): 512-517, Aug. 1973.
2. Du Gas, B.W.: *Introduction to patient care*. Third Edition, Philadelphia, W.B. Saunders Co., 1977.
3. Mager R.F. and Pipe, P.: *Analyzing performance problems*, Belmont Ca., Fearon Publ. Inc., 1973.
4. Uys, L.R.: *Fundamentele psigiatrisie verpleegkunde*, Bloemfontein, P.J. de Villiers, 1979.
5. Vermaak, M.V.: Die kwaliteit van sekere aspekte van verpleegsorg vanuit die oogpunt van sekere pasiënte in die blanke algemene verpleegopleidingshospitale in die Oranje-Vrystaat, Bloemfontein U.O.V.S. Ongepubliseerde M.Soc.Sc.-verhandeling, 1979.

WHOLE GUT IRRIGATION

Whole gut irrigation has been used for years to prepare the large bowel for surgery. It was tried in a geriatric unit on patients with constipation and faecal impaction (confirmed by radiograph) who were resistant to conventional treatment with enemas and laxatives. The patient is prepared by giving a softening agent such as dioctyl sodium sulphosuccinate 200 mg three times a day for up to five days before irrigation. A strong laxative (X-Prep) is given the evening before. The technique is explained to the patient before starting and diazepam (Valium) 5-10 mg is given intramuscularly half-an-hour before the procedure to relax the patient. Dentures are removed, the patient is weighed and a nasogastric tube is passed. Venous blood is taken for estimations. Intravenous frusemide (Lasix) 40 mg and metoclopramide (Maxolom) 10 mg are given. Normal saline (2,5 - 3 L per hour) is infused using an infusion set connected to the nasogastric tube. The patient is seated in a chair, but is moved to a commode with a rubber

ring when bowel movement is expected (usually within 40-60 minutes). The infusion is stopped when the effluent becomes clear. Blood is again withdrawn, the patient is weighed, reassured and settled in bed. Radiography is repeated the following day. The technique was used in eighty patients. Mean age was eighty, average volume used was nine litres and the mean length of procedure was three to four hours. Failure occurred in eight patients. In one there was no motion (kidneys dealt with the fluid), one tube could not be passed, and in six there was excessive vomiting. Three suffered vasovagal attacks, but recovered on assuming a horizontal position. There was no significant alteration in blood estimations. Although the procedure appears drastic, the discomfort is forgotten and patients feel much better. Advice on prevention of recurrence (diet, etc.) is important. (Currie, J.E.J., *Nursing Times*, 13 September 1979:1570).

(Derryn Nieman)