

HOE BELEEF PASIËNTE HUL VERPLEEGSORG?

UITTREKSELS UIT 'N VERHANDELING GOEDGEKEUR VIR DIE GRAAD M.SOC. SC. (VERPLEEGKUNDE) AAN DIE UNIVERSITEIT VAN DIE ORANJE-VRYSTAAT

M. V. VERMAAK

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

SUMMARY

A descriptive survey was undertaken to find out whether nurses in five training schools for general nurses fulfilled the needs of their patients in regard to physical care, orientation and teaching and emotional support. The findings suggest that there is room for improvement especially in orientation, patient teaching and emotional support. Recommendations to facilitate improvement are made.

INLEIDING

Die verbruiker van verpleegdienste het die reg op die hoogs moontlike kwaliteit diens, en die verpleegberoep moet rekenskap kan gee van die diens wat gelewer word. Die enigste manier om dit te doen is om verpleegsorg te meet aan wetenskaplike standaarde wat die beroep self moet stel. Een aspek van die navorsing wat nodig is om inligting te verkry vir die bepaling van sulke standaarde, is om vas te stel in watter mate die verbruiker voel dat die verpleegsorg wat hy ontvang in sy behoeftes voorsien.

DOEL VAN DIE STUDIE

Die doel van die studie was om vas te stel hoe pasiënte in sekere algemene hospitale die verpleegsorg wat hulle ontvang, beleef. Die volgende navorsingsvrae is gestel:

- Voorsien verpleegkundiges, volgens die oordeel van hul pasiënte, doeltreffend in die basiese fisiese behoeftes van daardie pasiënte, byvoorbeeld in hulle gemak en higiëniese behoeftes?
- Voorsien verpleegkundiges in hul pasiënte se behoeftes aan inligting en voorligting oor hulle siekte en behandeling? Dit sluit inligting aangaande die hospitaalomgewing en -roetine en diagnostiese toetse in, asook voorligting oor aanpassings wat weens hulle siektetoestand nodig mag wees.
- Voorsien verpleegkundiges in hul pasiënte se psigo-sosiale behoeftes, byvoorbeeld hulle behoefte aan die verligting van angs?

DIE LITERATUURSTUDIE

Die verpleegkundige se siening van haar rol en dié van haar pasiënt

In die dae van Florence Nightingale was professionele verpleegkundiges in 'n groot mate onafhanklike praktisyns en het hulle hul pasiënt as totale mens, met fisiese en psigiese behoeftes waarin hulle moes voorsien, benader. (Dolan, 1968; Nightingale 1970). Gedurende die 20ste eeu het daar 'n klemverskuiwing in die praktyk van die verpleegkundige plaasgevind. Veral in die algemene hospitaal het haar rol verander van 'n groot mate van onafhanklikheid van die geneesheer en die verskaffing van pasiëntgesentreerde fisiese en emosionele versorging, tot byna algehele afhanklikheid van die geneesheer en taak-georiënteerde fisiese versorging, met weinig aandag aan die emosionele behoeftes van die pasiënt.

Verpleegkundige leiers in die V.S.A. het reeds in die laat veertigerjare hierdie vervlakking in die verpleegkunde begin bestry. (Dolan, 1968; Peplau, 1952). Vandag is 'n holistiese benadering tot die pasiënt weer eens in ere herstel en word dit in alle toonaangewende opleidingskole toegepas, alhoewel verskeie navorsers gevind het dat verpleegkundige praktyk in die meeste algemene hospitale steeds taak-georiënteerd bly. (Collins en Joel, 1971; Mauksch en David, 1974; Zind, 1974).

Britse verpleegkundige leiers het eers in die jare sewentig in alle erns die fokus op die menswees van die pasiënt begin plaas en daar is getuienis dat dit nog min uitwerking op die praktyk

gehad het. (Nuttall, 1975). In Suid-Afrika word pogings aangewend om 'n pasiënt-gesentreerde benadering in die opleiding van verpleegkundiges te beklemtoon, maar die vraag ontstaan of dit in die praktyk verwesenlik word.

Die pasiënt: Fokus van verpleegsorg

Die rol van die sieke

Parsons (in Jaco, 1972) het gevind dat die sieke in die Westerse samelewing sekere regte en verpligtinge het. Hy word byvoorbeeld tydelik van sy normale verpligtinge vrygestel, maar daar word van hom verwag om bevoegde hulp te soek om gesond te word en om sy samewerking te gee aan diegene wat hom help.

Die rol van die pasiënt

Sodra die sieke terapeutiese hulp soek en aanvaar, gaan die rol van die sieke oor in dié van die pasiënt. Dit is 'n voortsetting van die rol van die sieke en is om verskeie redes 'n afhanklike rol. Suchman (1972) het gevind dat die meeste mense, ongeag hulle sosiale agtergrond, dit moeilik vind om in die eerste stadium van die rol van die pasiënt hul onafhanklikheid prys te gee. Die afhanklikheid van die pasiënt word egter op verskillende maniere in die hospitaal beklemtoon: vir die hospitaaladministrasie is hy 'n produk wat verwerk moet word, en om sy manipulerende te bevorder, word die meganisme van *stropping* gebruik. Die pasiënt word van sy identiteit gestroop deur 'n nommer aan hom toe te ken vir administratiewe doeleindes (Coe, 1970) en deurdat hy in die hospitaal uitgeken word, nie aan sy naam, status en rol

buite die hospitaal nie, maar as geval met 'n spesifieke diagnose wat 'n bepaalde bed beset.

In die moderne algemene hospitaal word fisiese onafhanklikheid in die meeste gevalle by pasiënte aangemoedig as deel van hulle terapie, soos byvoorbeeld vroeë beweeglikheid en selfversorging na chirurgiese ingrepe. In teenstelling hiermee is die benadering van terapeutiese spanlede tot die pasiënt sodanig dat dit psigiese onafhanklikheid teëwerk, byvoorbeeld, hulle weerhou tersaaklike inligting omtrent sy toestand van hom.

Rolgedrag van die pasiënt

Nadat 'n sieke die rol van die pasiënt aanvaar het, onttrek hy hom tydelik van sy verpligtinge as volwassene sodat hy al sy kragte en aandag aan sy herstel kan wy. Die struktuur van sy wêreld raak nou eenvoudiger, meer soos in sy kinderdae. Hy is meer afhanklik van ander en in hierdie sosiale situasie regresseer sy gedrag ook. Hy stel net belang in homself en die bevrediging van sy onmiddellike behoeftes. Lederer (1965), King (1972) en McGregor (1960) skryf hierdie regressie toe aan angs, vrees en 'n gebrek aan sekuriteit. McGregor (ibid.) konstateer dat die vrees spruit uit die feit dat die pasiënt hom skielik in 'n situasie en in 'n omgewing bevind waarvoor hy geen beheer het nie. 'n Ander rede, volgens King, is die bedreiging wat die siekte vir hom inhou. King kom verder tot die gevolgtrekking dat pasiënte in hul pogings om sekuriteit te vind en sodoende hul angs te verlig, onbewustelik die roleienskappe van vader en moeder onderskeidelik aan die geneesheer en verpleegkundiges toeken. Hulle behoefte aan aandag en liefde maak hulle baie subjektief in hul beoordeling van die gedrag van diegene wat vir hulle sorg: as 'n verpleegkundige frons, is hulle bang dat sy vir hulle kwaad is. Hulle is dankbaar vir enige optrede wat op toegeneentheid van die geneesheer of verpleegkundiges dui.

Alhoewel emosionele regressie en afhanklikheid by die pasiënt in die akute stadium van die siekte nodig is om sy herstel te bevorder (Lederer, op.cit.), kan oormatige regressiewe gedrag op 'n hoë angsvlak dui. (Aiken, 1970; Chamings, 1969; Mooney, 1976).

Die pasiënt se belewenis van sy verpleegsorg

Studies oor tevredenheid van die pasiënt

Volgens Skipper (1965) en Tagliacozzo (1965) is die grootste leemte wat pasiënte ervaar in hulle kontak met verpleegkundiges, die gebrek aan inligting oor hulle siekte, oor prosedures waaraan hulle onderwerp word, oor medikasies, en, oor die algemeen, oor wat met hulle gaan

gebeur. Long (1974) skryf van die *mamma knows best* rol waarin baie verpleegkundiges die pasiënt plaas. Sy voel dat 'n pasiënt die reg het om te weet wat mense aan hom doen en hoe-kom.

Studies wat pasiënte se tevredenheid met hulle verpleegsorg probeer bepaal, toon uiteenlopende resultate soos blyk uit die volgende persentasies van pasiënte wat heeltemal tevrede was:

Ewell	84%
Raphael	75%
Buckley	62%
Abdellah en Levine	33%

Op grond van die nie-beslissende aard van die resultate van sulke studies het Wessler probeer vasstel of daar 'n bepaalde patroon van ontevredenheid by pasiënte onderskei kan word. Hy het geen patroon gevind nie.

'n Algemene gevolgtrekking wat gemaak kan word uit studies oor pasiënte se tevredenheid met hulle verpleegsorg al dan nie, is dat min pasiënte ernstige ontevredenheid uitspreek. Die volgende redes word onder meer deur navorsers vir hierdie verskynsel gegee:

- pasiënte voel dat hulle nie die reg het om te kla nie, want hulle is nie so siek soos sommige ander pasiënte wat meer aandag nodig het nie (Duff en Hollingshead, 1968; Tagliacozzo en Mauksch, 1972);
- hulle wil nie kla nie, want die verpleegkundiges is te besig om beter versorging te gee (Nehring en Geach, 1973; Tagliacozzo, op. cit.; New, et al., 1965);
- hulle is bang vir verwerping deur verpleegkundiges, hulle probeer om te konformeer aan hulle idee van die verpleegkundige se verwagtinge van 'n *goeie pasiënt* (Skipper, op.cit.; Tagliacozzo, ibid.; Nehring en Geach, ibid.);
- hulle vrees vergelding (Tagliacozzo en Mauksch, op.cit.).

Studies oor die emosionele behoeftes van pasiënte

Hay en Anderson (1963) het gevind dat die meeste behoeftes van pasiënte emosioneel van aard is en hierdie gevolgtrekking word deur verskeie ander navorsers gestaaf. Putt (1970) sowel as Elms en Dier (1963) het gevind dat saalpersoneel nie voorsien in die emosionele behoeftes van pasiënte nie, omdat hulle nie daarop ingestel is nie. Daar is ook aangetoon dat 'n verpleegkundige benadering wat op emosionele ondersteuning gemik is tot 'n merkbare daling in die angsvlak van pasiënte lei. Dye (1963) en Newman (1966) se studies bevestig hierdie bevindinge. Hulle toon ook aan dat doeltreffende voorsiening in die emosionele behoeftes van pasiënte bepaal word deur die verpleegkundige be-

nadering en dat dit geen verband hou met die getal beskikbare personelede of die tyd wat aan pasiënt-verpleegkundige kontakte bestee word nie.

Uit die literatuur blyk dit duidelik dat hospitalisasie gepaard gaan met angs, dat pasiënte nie altyd hulle behoeftes aan onderskraging aan verpleegkundiges bekend maak nie en dat verpleegkundiges dit nie altyd agterkom en in die behoefte voorsien nie.

DIE METODE

Die ontwerp van die studie NO aanleiding van die literatuurstudie en 'n vooronderzoek is 'n vraelys van 64 vroeë opgestel. Dit is gebruik om gestruktureerde onderhoude te voer met 192 pasiënte in mediese en chirurgiese sale van vyf algemene opleidingshospitale vir Blanke verpleegkundiges.

Die statistiese bevolking het bestaan uit Blanke pasiënte wat ouer as 13 jaar was; wat langer as drie dae gehospitaliseer was op die dag van die onderhoud; wat op daardie dag, volgens die oordeel van die saalsuster, nie te siek was om 'n onderhoud te voer nie; wat ook nie 'n uitputtende toets of behandeling ondergaan het nie en wat gehospitaliseer was vir 'n akute fisiese toestand, 'n akute episode van 'n chroniese fisiese toestand of vir diagnostiese ondersoeke.

Die steekproef. 'n Beraming is gemaak van die grootte van die statistiese bevolking wat voldoen het aan die kriteria en 'n 50%-steekproef is, volgens veelkansige seleksiebeginsels getrek.

Die response is statisties verwerk en die beduidendheid van verskille vir al die korrelasies is op die 5%-peil bereken.

RESULTATE

Die vraelys is in vyf afdelings verdeel. Afdeling A het biografiese data bevat.

Afdeling B: Identiteit en oriëntering

Omtrent 90% van die respondente het gevoel dat hulle selfbeeld en identiteit gehandhaaf is deur die optrede van die verpleegpersoneel. Daar was beduidende verskille tussen response vanuit stedelike en plattelandse hospitale wat betref vroeë wat gehandel het oor tuisvoel in die hospitaal en kennis van die identiteit van die hoof-suster.

Respondente in die plattelandse hospitale het meer tuis gevoel en meer van hulle het geweet wie die hoof-suster van hulle sale was, hoewel slegs 32% van al die respondente oor hierdie inligting beskik het. Sewe persent van al die respondente kon glad nie 'n suster tussen die lede van die verpleegpersoneel uitken nie en slegs 38% het haar rol as leier van die span verstaan.

Van die 32% van die respondente wat erken het dat hulle angs beleef het by die vooruitsig op hospitalisering, was 'n beduidend groter persentasie, naamlik 24%, in die stedelike hospitale.

'n Relatief groter aantal respondente in die stedelike hospitale het inligting oor hospitaalfasiliteite nodig gehad en relatief minder van hulle het die benodigde inligting verkry. Wat die behoefte aan oriëntering tot die saalomgewing betref, het dieselfde tendens na vore gekom, hoewel daar geen beduidende verskil ten opsigte van voorsiening in die behoefte deur verpleegkundiges was nie.

Afdeling C: Basiese fisiese behoeftes

Van die respondente wat nie selfversorgend ten opsigte van hul *persoonlike higiëne* was nie, het 15% gesê dat hulle nie altyd die nodige hulp gekry het nie. Dit was veral die geval waar hulle hul graag na die middagete wou opknip.

Byna die helfte (47%) van die respondente het probleme met *slaap* ondervind en 39% van hulle het geen verpleegkundige hulp i.v.m. die probleem gekry nie. (Sien Tabel 1) Slegs 35% van al die respondente sou soggens graag 'n bietjie later wou geslaap het.

TABEL 1: WAT DOEN DIE VERPLEEGKUNDIGES AS U NIE KAN SLAAP NIE?

Verpleegprosedure	Getal	%
Gee medikasie	43	48%
Doen niks	20	22%
Hulle weet dit nie	15	17%
Pas verpleegprosedure toe	12	13%
TOTAAL	90	100%

TABEL 2: WEET VERPLEEG-PERSONEEL VAN SWAK EETLUS?

Respons	Getal	%
Ja	30	68%
Ek weet nie	8	19%
Nee	6	13%
TOTAAL	44	100%

TABEL 3: WIE HET VOORLIGTING OOR DIEET GEGEE?

Respons	Getal	%
Verpleegkundige	5	12%
Dieetkundige	10	22%
Ander	17	39%
Niemand	12	27%
TOTAAL	44	100%

Tabel 2 toon aan in hoe 'n mate verpleegkundiges bewus was van swak *eetlus*. Van die 30 respondente wat gesê het dat die verpleegpersoneel weet dat hulle eetlus swak is, het slegs 12 (46%) gesê dat daar iets aan gedoen word. Alhoewel 83% van diegene op *spesiale diëte* voorligting daaromtrent gehad het, het slegs 66% aan die navorser bewys gelewer dat hulle dit verstaan. Tabel 3 toon wie voorligting oor die diëet gegee het.

TABEL 4: BEGRYP VEILIGE HANTERING VAN KATETER

Respons	Getal	%
Verstaan	4	15%
Verstaan nie	23	85%
TOTAAL	27	100%

TABEL 5: BEGRYP VOGBALANSREKORD

Respons	Getal	%
Goed	30	63%
Vaag	5	10%
Geen begrip	13	27%
TOTAAL	48	100%

TABEL 6: HELP VERPLEEG-PROSEDURES VIR PYN?

Respons	Getal	%
Ja	18	69%
In 'n mate	8	31%
Nee	0	0
TOTAAL	26	100%

Die volgende belangrike resultate met betrekking tot voorligting in verband met *uitskeidings* is verkry:

Slegs 15% van diegene met inblywende kateters wat self van posisie kon verander, het verstaan hoe om die kateter te hanteer terwyl hulle opstaan of in die bed omdraai. (Sien Tabel 4) Die toepaslike voorligting is slegs aan 7% van die respondente wat dit nodig gehad het, deur verpleegkundiges gegee.

Hierteenoor het 62% van die respondente van wie vogbalansrekords gehou is, verstaan hoe om die verpleegkundiges te help om die rekords akkuraat te hou. (Sien Tabel 5)

Vyftien persent van die respondente wat gesê het dat hulle hardlywig is, het ook gesê dat die verpleegpersoneel nie daarvan bewus was nie, en in slegs 12% van die gevalle het die verpleegpersoneel eenvoudige verpleegprosedures verrig om die toestand te verlig voordat daar oorgegaan is tot die toediening van lakseermiddels. In 15% van dié gevalle is geen behandeling hoegenaamd toegedien nie.

Ten opsigte van *pyn* het slegs een persent van die respondente wat pyn ervaar het, uitgesproke ongevoeligheid van verpleegkundiges in dié verband gerapporteer. Die verpleegpersoneel het egter min verbeelding aan die dag gelê wat betref ander metodes, behalwe pynstillers, om pyn te verlig. In die paar gevalle waar verpleegkundige metodes aangewend is, het dit altyd verligting gebring, al was dit nie altyd volkome verligting nie. (Sien Tabel 6)

Afdeling D: Tegniese versorging

Van die 74 respondente wat *wonde* gehad het, was 87% heeltemal tevrede met die versorging daarvan.

Wat betref die toediening van *medikasies* is daar volgens die waarneming van respondente min foute gemaak. Volgens die gegewens is dit egter duidelik dat min verpleegkundiges hulle funksie as voorligter uitgevoer het en dat min van hulle bewus was van die feit dat hulle pasiënte 'n behoefte gehad het aan inligting oor en begrip van hulle medikasies. (Sien Tabelle 7 en 8)

TABEL 7: KENNIS EN BEGRIP VAN MEDIKASIES

Respons	Getal	%
Ja	69	44%
Kennis onvolledig	48	32%
Nee	36	24%
TOTAAL	153	100%

TABEL 8: WIE HET MEDIKASIES VERDUIDELIK?

Respons	Getal	%
Verpleegkundige	12	8%
Ander	58	38%
Eie inisiatief	36	23%
Niemand	47	31%
TOTAAL	153	100%

Afdeling E: Psigiese behoeftes

Min respondente (6%) is deur 'n verpleegkundige ingelig oor wat by diagnostiese en terapeutiese prosedures verwag kon word. 'n Nog kleiner aantal het 'n verduideliking van 'n verpleegkundige ontvang oor die rede vir so 'n prosedure. (Sien Tabela 9 en 10) Die vraesteller het die indruk gekry dat die respondente hierdie soort inligting en verduidelikings nie van verpleegkundiges verwag nie, want waar hulle onseker was, het dit nie by hulle opgekom om 'n verpleegkundige om 'n verduideliking te vra nie.

Emosionele ondersteuning is deur 'n bietjie minder as die helfte (46%) van die respondente wat dit nodig gehad het, as 'n funksie van die verpleegkundige gesien, maar slegs 20% van diene wat onseker oor hulle toestand was, het haar as die aangewese persoon beskou om die behoefte mee te bespreek. (Sien Tabela 11 en 12) Slegs een respondent het 'n geestelike probleem met 'n verpleegkundige bespreek.

GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS

Die algemene beeld wat uit die resultate van hierdie opname na vore tree, is dat 'n groot meerderheid van die respondente tevrede was met hul verpleegsorg en dat hul ervaring in die hospitaal met min angs of psigiese trauma gepaard gegaan het. Respondente se beoordeling van hulle sorg was, op enkele uitsonderings na, gunstig, en die meeste van hulle het met waardering daarvan gepraat. Waar hulle kritiek gehad het of ongelukkig was, was dit oor spesifieke insidente of spesifieke aspekte van versorging.

Navorsingsvraag 1

Die meeste van die vrae oor fisiese versorging het bloot die respondente se tevredeheid met spesifieke verpleegprosedures getoets, en geen patroon van ontevredeheid het te voorskyn getree nie. Volgens hierdie response het ondoeltreffende verpleegprosedures, soos deur die respondente beleef, gewissel van 0 tot 20%, met 'n gemiddeld van sewe persent. Ander vrae in hierdie afdeling van die vraelys is so bewoerd dat respondente die verpleegprosedures moes spesifiseer en nie bloot hul ervaring daarvan moes verklaar nie. Volgens die oordeel van die navorser sou die response op hierdie vrae 'n meer akkurate beeld van die kwaliteit van die versorging gee, omdat die response waargenome gedrag, of die afwesigheid daarvan, sou gee. Die negatiewe response op hierdie vrae wissel tussen een persent en 60%, met 'n gemiddeld van 23%.

Die eerste groep vrae het in die meeste gevalle gehandel oor tussentredes wat slegs motoriese vaardighede vereis, terwyl die tweede groep

TABEL 9: WIE HET VERDUIDELIK WAT OM TE VERWAG TEN OPSIGTE VAN PROSEDURE?

Respons	Getal	%
Verpleegkundige	10	6%
Ander spanlid	35	21%
Leek	17	10%
Niemand	93	56%
Het vorige ervaring	11	7%
TOTAAL	166	100%

TABEL 10: WIE HET REDE VIR PROSEDURE VERDUIDELIK?

Respons	Getal	%
Verpleegkundige	3	2%
Ander spanlid	134	80%
Niemand	29	18%
TOTAAL	166	100%

TABEL 11: HOEKOM BESPREEK U NIE ONSTELLEND E ERVARING MET SUSTER NIE?

Respons	Getal	%
Geen vrymoedigheid nie	8	16%
Nooit daaraan gedink nie	14	28%
Het ander vertroueling	11	22%
Bespreek nooit ontsteltenis nie	17	34%
TOTAAL	50	100%

TABEL 12: HOEKOM BESPREEK U ONSEKERHEID OOR TOESTAND NIE MET SUSTER NIE?

Respons	Getal	%
Weet nie met watter een nie	2	3%
Geen vrymoedigheid nie	3	5%
Nooit daaraan gedink nie	25	42%
Ek het dit met haar bespreek	12	20%
Bespreek dit met dokter	18	30%
TOTAAL	60	100%

gehandel het oor tussentredes wat meer kognitiewe vaardighede, byvoorbeeld die beplanning en individualisering van verpleegsorg vereis.

Die formele onderrig van verpleegkundestudente in die kliniese situasie word hoofsaaklik toegespits op die aanleer van motoriese vaardighede, wat ook makliker is om te oefen en te bemeester as die minder konkrete vaardighede. Laasgenoemde stel hoër eise aan die kognitiewe vermoëns van die student en die geregistreerde verpleegkundige wat die onderrig gee. Dit is ook moeiliker om die kognitiewe vaardighede te evalueer omdat hulle nie altyd ooglopend of sigbaar is nie en gespesialiseerde evaluasietegnieke vereis. Omdat hierdie vaardighede so 'n klein deel (indien enige) uitmaak van die formele kliniese onderrigprogram in die meeste hospitale wat betrek is by die ondersoek, word dit aan individuele saalsusters oorgelaat om die vaardighede op informele wyse aan te studente oor te dra. Dit spreek vanself dat die kwaliteit informele onderrig sal wissel omdat dit ongekontroleerd is. Dit spreek ook vanself dat onderrig wat op 'n lukraak basis gegee word, 'n laer prioriteit sal geniet as die formele onderrig waarvan rekenskap gegee moet word.

Navorsingsvraag 2

Die vrae oor oriëntering, voorligting en onderrig is ontwerp om vas te stel of die respondente die nodige inligting ontvang het, indien wel, wie dit verskaf het, en indien nie, of die gebrek daaraan hulle onrustig gestem het.

'n Mens se gevoel van onveiligheid in 'n vreemde omgewing en in vreemde situasies word verlig namate hy meer bekend raak met die omgewing en sy mense en namate hy beheer oor die situasie begin kry. Daar kan aanvaar word dat dit vir die pasiënt 'n bron van veiligheid sal wees om te weet wie die persoon in beheer is van die eenheid waarin hy hom bevind. Die feit dat 68% van al die respondente nie geweet het wie die hoofster was nie, gee aanleiding tot 'n paar vrae. Is die meeste saalsusters so min betrokke by hulle pasiënte dat hulle dit nie nodig ag om hulself aan hulle voor te stel en hulle uit te nooi om probleme met hulle te bespreek nie? Hoekom kan die pasiënte nie uit die saalsusters se optrede of uit die verhouding tussen hulle en hul personeel aflei dat hulle in beheer is nie?

Die respondente wat nie geweet het wie die hoofster was nie, het nie die indruk geskep dat hulle dit as 'n leemte beskou het nie. Moontlik was dit nie deel van hulle verwagting van die suster nie. Daar was meer respondente in die stedelike as in die plattelandse hospitale wat in hierdie en ander opsigte swak georiënteer was ten opsigte

van die hospitaalomgewing en -situasie en wat minder tuis gevoel het. Die gevolgtrekking wat uit hierdie gegewens gemaak word, is dat diegene wat die grootste behoefte aan 'n hartlike ontvangs en oriëntering gehad het om hulle angs te verlig, dit nie gekry het nie. Dit mag een rede wees waarom sommige respondente nooit die verpleegkundiges beskou het as die aangewese persone om probleme mee te bespreek nie.

Aanbeveling 1

- *Dat ondersoek ingestel word na die redes vir die gebrek aan leierskap wat deur hoofusters openbaar word.*
- *Dat die belangrikheid van 'n opregte verwelkoming en volledige oriëntering met opname, veral in die stedelike hospitale, by alle verpleegpersoneel tuisgebring word.*

Die vrae oor voorligting en onderrig aan respondente toon leemtes in die vervulling van hierdie aspek van die verpleegkundige se taak. Dit hou gevaar vir haar pasiënte in. Die feit dat die meeste respondente wat 'n gebrek aan kennis en begrip van hulle behandeling gehad het òf onbewus was van die gebrek òf hul onkunde nie as 'n leemte beskou het nie, dui op 'n verdere versuim aan die kant van die verpleegkundiges. Een van die doelwitte van verpleegsorg is om die pasiënt te help om so gou moontlik selfversorgend en onafhanklik op te tree, en een manier om dit te doen, is om hom by sy behandeling te betrek. Hoe beter hy sy behandeling verstaan, hoe beter sal hy kan saamwerk om sy herstel te bevorder. In die geval van 'n spesiale dieet, en dikwels ook in die geval van medikasies, moet hy ná ontslag daarmee voortgaan. 'n Pasiënt met 'n inblywende kateter kan homself skade berokken as hy daarmee rondbeweeg sonder dat hy verstaan hoe om dit veilig te hanteer.

In teenstelling met die bevindinge van Hay en Anderson (ibid.) was min respondente volgens hierdie studie ongelukkig met hul gebrek aan kennis en begrip van hul behandeling. Opmerkings soos "ag nee wat, die suster weet mos wat sy doen" dui op afhanklike rolgedrag en 'n beskouing van die suster as 'n moeder-surrogaat. Verskeie navorsers wat reeds aangehaal is, skryf hierdie regressiewe gedrag toe aan angs, vrees en 'n gebrek aan sekuriteit. Tensy 'n verpleegkundige van die werklike rede vir die pasiënt se gebrek aan belangstelling in sy behandeling bewus is, mag sy dit as vanselfsprekend aanvaar, veral as sy haar rol óók as dié van moeder-surrogaat sien. In so 'n geval sal sy nie sterk gemotiveerd wees om haar pasiënt so gou moontlik met behulp van die nodige onderrig tot onafhanklikheid te lei nie.

Die klein rol wat verpleegkundiges by die oriëntering, voorligting en onderrig van die respondente gespeel het, laat twyfel ontstaan of hulle dit hoegenaamd as deel van hul taak beskou. Geen verklaring kan vir hierdie verskynsel gegee word nie, aangesien gesondheidsvoorligting en pasiëntonderrig jare lank reeds by die leerplanne van alle verpleegkundiges ingesluit word.

Aanbeveling 2

- *Dat ondersoek ingestel word na geregistreerde verpleegkundiges se siening van hul pasiënt-onderrigfunksie, met die oog op heroriëntering en motivering deur middel van indiensopleiding.*
- *Dat ondersoek ingestel word na die behoefte aan formele pasiëntonderrigprogramme in algemene hospitale met die oog op die aanvulling van leemtes in die verband.*

Navorsingsvraag 3

Volgens die data wat met hierdie studie ingewin is, het 'n groot groep respondente nie veel emosionele ondersteuning nodig gehad nie en was die verpleegsorg wat hulle ontvang het in alle opsigte bevredigend. Daar was egter respondente in wie se emosionele behoeftes daar nie voorsien is nie. Sommige van hierdie respondente was bewus van die leemte en ander het dit nie as 'n leemte in verpleegsorg beskou nie – dit was nie deel van hul rolverwagting van verpleegkundiges nie.

Die oorgrote meerderheid respondente het gevind dat die verpleegkundiges vriendelik was en 'n mooi gesindheid openbaar het. Hul optrede het egter nie die verwagting dat hulle persone was met wie 'n mens jou vrees en angs kon bespreek laat posvat nie. 'n Paar voorbeelde om hierdie stelling te staaf, sal vervolgens bespreek word.

Verskeie respondente wat in 'n groot mate van die verpleegpersoneel vir fisiese versorging afhanklik was, het getuig dat die personeel 'n gebrek aan sensitiwiteit i.v.m. hul behoeftes openbaar het. Een van hulle was 'n vrou wat bedlêend was na 'n spinale fusie. Sy het gesê dat sy *pap* gevoel en nie die moed of lus gehad het om te kla as sy te lank vir 'n ondersteek moes wag, of as sy nie genoeg hulp om te was of te eet gekry het nie. Haar algemene gevoel was dat die personeel nie ingestel was om haar behoeftes raak te sien of te antisipeer nie, hoewel hulle almal vriendelik was en 'n mooi gesindheid openbaar het. Onder dié omstandighede sou sy nie die vrymoedigheid hê om enige probleme met 'n lid van die verpleegpersoneel te bespreek nie.

Een jong meisie wat 'n jaar ná 'n motorongeluk nog in 'n rolstoel was, en totaal afhanklik van verpleegpersoneel vir die voorsiening in haar fisiese

behoefte was, het ernstige leemtes ervaar. Sy het gesê dat die personeel hulle min gesteur het aan haar versoeke om haar deegliker te was en om haar te voer voordat haar kos koud geword het. Sy het 'n behoefte gehad aan geloofsversterking, maar gesien haar ervaring van hulle houding, het sy nie gedink dat 'n verpleegkundige in staat was om haar hiermee te help nie.

In die voorbeelde wat hierbo aangehaal is, het die respondente se gebrek aan vertroue in die verpleegkundiges voortgespruit uit leemtes in hul fisiese versorging. Hieruit kan afgelei word dat die instrumentele en ekspressiewe funksies van die verpleegkundige strengel is en dat swak fisiese versorging aanleiding tot emosionele skade aan die pasiënt kan gee. Die vrae wat spesifiek oor angs en emosionele ondersteuning handel, kan dus nie as die enigste maatstawe van die respondente se belewenisse in dié verband beskou word nie. Laasgenoemde vrae is egter die enigstes wat statistieke oor dié aspek verskaf.

Daar was min getuieis dat respondente emosionele ondersteuning van verpleegkundiges verwag het. Sekere getuieis het wel daarop gedui dat hulle dit nié verwag het nie. Dit kan uit response soos *Ek het nooit daaraan gedink nie*, afgelei word.

Wanneer 'n mens hom in 'n vreemde situasie bevind, word sy persepsie van sy nuwe rol beïnvloed deur die rolgedrag van diegene wat in die situasie teenoor hom optree. So word 'n hospitaalpasiënt se rolpersepsie deur, onder andere, die verpleegpersoneel beïnvloed.

Te oordeel na response en opmerkings deur respondente, het 'n aansienlike aantal van hulle gevoel dat 'n *goeie pasiënt* een is wat nie eise stel nie en dat hulle graag as *goeie pasiënte* beskou wou word. Dit het gebluk uit opmerkings soos *Ek wou nie pla nie, want hulle is so besig*. Dit het ook gebluk uit response wat daarop gedui het dat die verpleegpersoneel onbewus was van hul behoeftes en probleme, byvoorbeeld van die feit dat respondente snags nie kon slaap nie of 'n swak eetlus gehad het. Hierdie respondente het hul ongerief in stilte verduur om hul siening van die pasiënt se rol uit te leef. Ander response en opmerkings wat hierdie stelling staaf, was *Mag ek dan so iets vra? Ek weet mos nie wat my regte is nie*. Uit sulke opmerkings is dit duidelik dat niks gedoen is deur die verpleegpersoneel om pasiënte aan te moedig om hul behoeftes uit te spreek nie.

Aanbeveling 3

- *Dat dit onder die aandag van verpleegkundiges in die kliniese situasie gebring word dat die afwesigheid van klagtes nie noodwendig beteken dat pasiënte nie dieperliggende probleme en angs het nie.*

Aanbeveling 4

- Die navorser doen graag Zind (1974) se aanbeveling aan die hand, dat kliniese verpleegspecialiste in gesestesgesondheid in algemene hospitale aangestel word om met indiensopleidingsprogramme te help en om as verpleegkundige rolmodelle op te tree in die hantering van pasiënte met emosionele probleme.
- 'n Ander naam vir so 'n verpleegkundige is 'n psigiatriese verpleegkonsultant en sy is iemand wat beskik oor 'n magistergraad in psigiatriese verpleegkunde.

SLOT

Benewens die voorsiening van basiese fisiese versorging, is onderrig en emosionele ondersteuning aan pasiënte jare lank reeds deel van alle leerplanne vir verpleegkundiges in Suid-Afrika. Tog blyk dit uit die bevindinge van hierdie studie dat min van veral laasgenoemde twee aspekte teregkom by dié pasiënte wat die grootste behoefte daaraan het.

BIBLIOGRAFIE

1. Abdellah, Faye, G.; Levine, Eugene. What patients say about their nursing care: Polling patients and person-

- nel Part I. *Hospitals: Journal of the American Hospitals Association*. Vol. 31. Nov. 1, 1957. pp. 44-48.
2. Aiken, L. H. Patient problems are problems in learning. *The American Journal of Nursing*. Vol. 7 No. 9. pp. 1916-1918.
3. Chamings, P. A. Need a little help... *The American Journal of Nursing*. Vol. 69 No. 9 pp. 1918-1920.
4. Coe, Rodney M. *Sociology of medicine*. McGraw Hill. New York. 1970.
5. Collins, D. L.; Joel, L. A. The image of nursing is not changing. *Nursing Outlook*. Vol. 19 No. 7. pp. 457 - 459.
6. Dolan, Josephine A. *History of nursing*. W.B. Saunders Company. Philadelphia 1968.
7. Duff, R.S.; Hollingshead, A.B. *Sickness and Society*. Harper and Row. New York. 1968.
8. Dye, Mary C. Clarifying patients' communications. *The American Journal of Nursing*, Vol. 63 No. 8. pp. 56-59.
9. Elms, R.R.; Dier, D.K. The patient comes to the hospital. *Nursing Forum*. Vol. 2 No. 3. pp. 89-97.
10. Ewell, Charles M. Jr. What patients really think about their nursing care. *Modern Hospital*. Vol. 109. Dec. 1967. pp. 106-108.
11. Hay, S. I.; Anderson, H. C. Are nurses meeting patients' needs? *American Journal of Nursing*, Vol. 63 No. 12. pp. 96-96.
12. King, Stanley H. Social-psychological factors in illness. In Freeman, H. E. et al. eds. *Handbook of medical sociology*. Prentice-Hall. Englewood Cliffs. 1972. pp. 129-147. 2nd Ed.
13. Lederer, Henry D. How the sick view their world, in Skipper, J.K. Jr.; Leonard, R. C. *Social interaction and patient care*. J.B. Lippincott Company. Philadelphia. 1965. pp. 155-167.
14. Long, E. S. How to survive hospitalization. *The American Journal of Nursing*. Vol. 74 No. 3. pp. 486-488.
15. Mauksch, I. G.; David, M. L. Prescription for survival. In Browning, M. H. ed. *The nursing process in practice*. The American Journal of Nursing Company. New York. 1974. pp. 1-11.
16. McGregor, Frances C. *Social science in nursing*. Russell Sage Foundation. New York 1960.
17. Mooney, Judith. Attachment/separation in the nurse-patient relationship. *Nursing Forum*. Vol. 15 No. 3. pp. 259-264.
18. Nehring, V.; Geach, B. Patients evaluation of their care: Why they don't complain. *Nursing Outlook*. Vol. 21 No. 5. pp. 317-321.

19. New, Peter, K-M. et al. Too many nurses may be worse than too few. In Skipper, J. K. Jr.; Leonard, R. C. eds. *Social interaction and patient care*. J. B. Lippincott Company. Philadelphia 1965. pp. 29-39.
20. Newman, M. A. Identifying and meeting patients' needs in short-span nurse-patient relationships. *Nursing Forum*. Vol. 5 No. 1. pp. 76-86.
21. Nightingale, Florence. *Notes on nursing: What it is and what it is not*. Brandon Systems Press, Inc. Princeton. 1970. (First published 1859).
22. Nuttall, Peggy. Nursing in the year 2000. *Nursing Mirror and Midwives' Journal*. Vol. 141 No. 19. pp. 41-42. Summary of first Battersea Memorial lecture delivered to Association of Integrated and Degree courses in Nursing, on Nov. 7, 1975.
23. Parsons, Talcott. Definitions of health and illness in the light of American values and social structure. In Jaco, E. Gartley ed. *Patients, physicians and illness*. The Free Press. New York 1972. 2nd Ed. pp. 97-117.
24. Peplau, Hildegard E. *Interpersonal relations in nursing: A conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*. G.P. Putnam's Sons. New York, 1952.
25. Putt, A. M. One experiment in nursing patients with peptic ulcers. *Nursing Research*, Vol. 19 No. 6. pp. 484-494.
26. Raphael, Winifred. *Patients and their hospitals: A survey of patients' views of life in general hospitals*. King Edward's Hospital Fund for London. London 1973. Revised Ed.
27. Skipper, J. K. Jr. Communication and the hospitalized patient. In Skipper, J. K. Jr.; Leonard, R. C. Eds. *Social interaction and patient care*. J.B. Lippincott Company. Philadelphia. 1965. pp. 61-82.
28. Suchman, Edward A. Stages of illness and medical care. In Jaco, E. Gartley, Ed. *Patients, physicians and illness*. The Free Press. New York. 1972. 2nd Ed. pp. 145-161.
29. Tagliacozzo, Daisy. The nurse ^{from} the patient's point of view. In Skipper, J. K. Jr.; Leonard, R. C. eds. *Social interaction and patient care*. J. B. Lippincott Company. Philadelphia 1965. pp. 219-227.
30. Tagliacozzo, Daisy, Mauksch, H. D. The patient's view of the patients role. In Jaco, E. Gartley, Ed. *Patients, physicians and illness*. The Free Press. New York, 1972. 2nd Ed. pp. 162-175.
31. Zind, R. K. Deterrents to crisis intervention in the hospital unit. *Nursing Clinics of North America*, Vol. 9 No. 1. pp. 27-36.

SYMPOSIUM PAPERS

SIMPOSIUM REFERATE

The papers delivered at the symposia held in celebration of the 25th anniversary of the degree course in Nursing at the University of Pretoria, will soon be available from the publication section of the S.A. Nursing Association (Private Bag X105, Pretoria, 0001). These addresses are recommended for stimulating ideas on nursing in the South African context.

The papers will be published in the language in which they were delivered and will appear in three parts:

NURSING PREPAREDNESS – R3,95

Includes preparedness in the home such as home accidents and emergency nutrition as well as preparedness during disaster situations which deals with the clinical evaluation and transportation of patients and how to handle various types of injuries.

CREATIVITY IN NURSING EDUCATION – R3,00

These papers deal with creativity in giving and evaluating nursing education. They were written by prominent South African nurses.

THE QUALITY OF PATIENT CARE – R3,15

The importance of the following in providing quality patient care are discussed: educational objectives, standards of patient care, measuring quality, job satisfaction, creative nursing administration and research.

The price of a complete set of papers is R10,00.

DIE referate van die simposia, wat gehou is ter viering van die 25ste verjaardag van die graadkursus in verpleegkunde aan die Universiteit van Pretoria, sal binnekort by die publikasieafdeling van die S.A. Verpleegstersvereniging, (Privaatsak X105, Pretoria, 0001), beskikbaar wees.

Die referate word gepubliseer in die taal waarin hul gelewer is en sal in drie dele verskyn:

VERPLEEGKUNDIGE PARAAATHEID – R3,95

Sluit paraatheid in die huis soos tuisongelukke en noodvoeding in, asook paraatheid tydens 'n noodsituasie wat handel oor die kliniese evaluering en vervoer van pasiënte sowel as die hantering van verskillende tipes beserings.

KREATIWITEIT IN VERPLEEGONDERWYS – R3,00

Die referate handel oor vindingrykheid in die gee en evaluering van verpleegonderrig en is gelewer deur vooraanstaande Suid-Afrikaanse verpleegopvoedkundiges.

DIE GEHALTE VAN PASIENTSORG – R3,15

Die belang van die volgende vir die lewering van 'n goeie gehalte van pasiëntersorg is bespreek: opvoedkundige doelwitte; pasiëntersorg-standaarde; kwaliteitsmeting; werksbevrediging; vindingryke verpleegadministrasie en navorsing.

Die prys vir 'n volledige stel van die referate is R10,00.