



Janice M Morse

PhD, FAAN

Professor en Direkteur, International Institute for Qualitative Methodology, University of Alberta

**OPSOMMING**

Die sentraliteit van gemak in verpleging word in hierdie artikel bespreek, en die rol van die verpleegkundige ten opsigte daarvan word beskryf aan die hand van voorbeeld van pasiënte in die traumasaal wat uiterst ontsteld is. Gemak word as 'n relatiewe toestand beskou en die doel van verpleging is om die pasiënt te help om ongemak te verduur en om die pasiënt gerus te stel. Die pasiënt se toestand word deur verpleegkundiges beraam aangesien die pasiënt binne sy gemaksvlak gerus gestel moet word, en dit is kenmerkend en spesifiek tot die pasiënt se gemaksvlak. Wanneer 'n pasiënt gerus gestel word, reageer verpleegkundiges op tekens en situasionele tekens van die pasiënt af, en pas hulle verpleegkundige vaardighede ten opsigte van verpleegkundige beraming toe. Die verpleegkundiges selekteer 'n toepaslike gerusstelingsstrategie, en pas dit dan toe, herberaam die pasiënt se toestand, pas 'n alternatiewe strategie toe, totdat die pasiënt uiteindelik gerus gestel is.

**ABSTRACT**

The centrality of comfort in nursing is discussed in this article and the role of the nurse in terms of comfort is described at the hand of examples of patients who are very upset in the trauma unit. Comfort can be seen as a relative condition and the goal of nursing is to help the patient to endure discomfort and to reassure the patient. The patient's condition is projected by the nurse because the patient must be assured within his comfort level, and it's characteristic and specific to the patient's comfort level. When a patient needs to be reassured, the nurses reacts to signs and situational signs from the patients, and they apply their nursing skills in regard of nursing planning. The nurses choose an appropriate comforting strategy and apply it, replan the patient's condition, and apply an alternative strategy, until the patient is comforted.

**KONSEPTUALISERING VAN 'N GEMAKSTEORIE**

Once, several years ago, I sat in the Faculty Club, and a very elderly woman joined us. She was distressed for among other reasons, one of our group had scratched her car while parking, and she was forced to wait while the cars were disentangled. But she relaxed immediately - and we were partly forgiven - when she learned we were nurses. "Well," she said, "if a flock of geese is called a gaggle, what do you call a group of nurses?" We looked blank. With the four or more decades between us, we had not had the advantage of growing up with word games of wit. We had no idea of the answer. The lady paused, waiting for her moment. "A comfort!" she said "A group of nurses is called a comfort!"

Sedert die dae van Florence Nightingale - en waarskynlik nog voor haar tyd - was dit die "goeie" verpleegkundige se taak om "die pasiënt gemaklik te maak". Soos bostaande vertelling egter illustreer, het die integrale rol van gemak in verpleegkunde met verloop van tyd verander sodat dit deesdae bykans vergete is. (Vir 'n oorsig van die veranderde rol van gemak in die huidige eeu, sien McIlveen & Morse (1995)). In die hedendaagse kliniese praktyk is gemak 'n outydse term wat beelde oproep van "kussings wat reggeskud word" en ander bykomende take, wat nie verband hou met verpleegkunde wanneer die pasiënt in 'n hoë-tegnologie kliniese opset versorg word nie. Vir die pasiënt maak die idee van gemak as 'n pynvrye proses, min sin, en dit word moontlik net verkry wanneer die pasiënt met rukke aan die slaap raak nadat die een of ander pynstiller toegedien is. Een

verpleegkundige het vertel van die gevval waar 'n pasiënt van skok gebewe het toe haar bloeddruk 'n absolute laagtepunt bereik het. 'n Ander verpleegkundige, wat na die pasiënt se gemaksbehoeftes omgesien het, het ontoepaslik opgetree deur 'n warm kombers te gryp eerder as om met IV te begin.

Die navorser sal in hierdie artikel die begrip gemak, soos dit in die 1990's van toepassing is, bespreek. Die benutting van gemak in die kliniese opset is met behulp van navorsing verken. Hier word geargumenteer dat gemak nie net direk met verpleegsgorg verband hou nie, maar dat dit steeds die primêre doelwit van verpleegkunde is. Die skrywer argumeert verder dat gemak so 'n integrale deel van pasiëntsorg is, dat die doeltreffendheid van gemak mettertyd gedemonstreer sal kan word deur die afname in morbiditeit en mortaliteit. Gemak is noodsaklik vir die pasiënt se veiligheid.

Die afgelope 15 jaar het pogings in verpleegkunde op sorg as paradigma gefokus, in 'n poging om verpleegkundige kennis en praktyk saam te snoer en te lei. Geweldige pogings is aangewend om sorg as die kern van verpleegkunde te vestig en 'n groot aantal filosofiese-, teoretiese-en navorsingsartikels oor hierdie onderwerp het in verpleegkundige literatuur verskyn. Die navorser het in 1992 geskryf dat sorg om verskeie redes nie 'n toereikende paradigma vir verpleegkunde is nie. Dit is belangrik om te onthou dat sorg as konsep op die verpleegkundige fokus, met die verpleegkundige en sommige, alhoewel nie alle verpleegaksies nie, as teiken. Navorsing oor sorg kan dus die verpleegkundige, die verpleegsaffek en die verpleegkundige

se reaksie op die pasiënt ondersoek. Die pasiënt word in hierdie raamwerk ingesluit bloot as die persoon wat sorg benodig en ontvang. Wanneer gemak as die fokus van verpleging gekies word - en sorg by die konseptualisering van gemak geïnkorporeer word - word die model meer gebalanseerd. Die model word pasiëntgesentreerd en pragmatis, en verpleegaksies word as ingrypings gekonseptualiseer. Sorg bly die motivering vir verpleegsorg in die modelle, en is die konsep wat die prosedure humanisties hou. Met gemak as die fokus van die navorsing, word die fokus van die navorsingsprogram dus van die verpleegkundige na die pasiënt verplaas en die verpleegingtussentredes word meetbaar in die vorm van uitkomstes. Binne hierdie raamwerk is die gebruik van aanraking en praat deur die verpleegkundiges nie as sulks aanwysers van sorg nie, maar eerder aanwysers van sorg wat die pasiënt op sy gemak stel. Dit bly strategieë vir die daarstelling van gemak (Morse, 1995a:199-200).

Die navorser omskryf gemak as 'n toestand van welbehae wat tydens enige fase van die siekte-gesondheid kontinuum mag voorkom. Twee toestande is geïdentifiseer: 'n tydelike toestand wat vergemaklik, ongemak verlig en die pasiënt help om ongemak te verduur; en die bereiking van 'n meer konstante, langtermyntoestand, soos byvoorbeeld die verkryging van optimale gesondheid.

## WAT BEHELS GEMAK?

Die navorser is van mening dat die pasiënt se ongemak of ontsteltenis daartoe lei dat die individu die probleem wil identifiseer, hulp wil vra, of tekens wil gee wat die ongemak of ontsteltenis vir ander kan aandui. Versorgers reageer op verskillende maniere op die pasiënt se tekens van angs. Empatie en sorg dien as motiveerders vir hulpverskaffing en die verpleegkundige kan intuisie of 'n kompatetiese reaksie gebruik om die pasiënt se behoeftes te beraam. Daar is natuurlik ook beramingsprosedures wat verplegingsvaardighede aanwend in die beraming van die pasiënt, die familie en die omgewing. Let daarop dat hierdie model deur die pasiënt gedikteer word, met die verpleegkundige wat op die pasiënt se behoeftes reageer. Gemak kan egter ook daargestel word in die afwesigheid van tekens, leidrade of versoek. Gemak /gerusstelling kan bewerkstellig word omdat verpleegkennis daarop dui dat sulke procedures uitgevoer kan word. Hierdie procedures mag aanvanklik ongemak bied of ontsteltenis veroorsaak, maar bring oor die langtermyn gemak en verligting mee. 'n Voorbeeld van laasgenoemde is waar die verpleegkundige 'n pasiënt kort na afloop van 'n operasie uit die bed laat klim ten spye van die pasiënt se besware. Beweging kort na 'n operasie kan die pasiënt se onmiddellike ontsteltenis verhoog, maar dit dra by tot die spoedige herstel van die pasiënt en kan komplikasies voorkom.

Die onmiddellike, korttermyndoelwit van gemak, om die pasiënt op sy gemak te stel of om die pasiënt te help om ongemak te verduur tydens 'n prosedure, stem ooreen met die woordeboekomskrywing van gemak: om te vergemaklik of te verlig of om "sterk te maak". Wanneer pasiënte gemaklik is - dit is wanneer gemak verkry word - het hulle nie 'n ver-

pleegkundige nodig nie. Die langtermyndoelwit van gemak is die bereiking van verligting of optimale gesondheid.

## VERSKAFFING VAN GEMAK

Die navorser is van mening dat gemaksprosedures daaruit bestaan dat die verpleegkundige 'n leidraad van die pasiënt (wat 'n behoeftie van die pasiënt aandui), herken, die situasie beraam en sodoende 'n gerusstellende strategie of prosedure toepas. Die uitkomste of pasiëntreaksie word dan deur die verpleegkundige geëvalueer, 'n strategie word geïmplementeer en so meer. Dit klink baie eenvoudig, maar dit is uiter moeilik om die doeltreffendheid van gemakstrategieë na te vors en te dokumenteer. Die navorsing fokus tans op gedragsleidrade en verpleegkundige reaksies, wat ondersoek sal word deur middel van waarneming (hoofsaaklik data op video-band) en pasiëntverslae (gebruik van onderhoude met behulp van bandopnames).

## WAT IS 'N LEIDRAAD VAN 'N PASIËNT?

Gemak word dikwels aangebied in reaksie op 'n leidraad van die pasiënt ontvang. Die leidraad is die manifestering van die pasiënt se nood of behoeftie. Dit kan die vorm van 'n pynreaksie, rusteloosheid, 'n teken van nood, iets wat die pasiënt uiter, 'n uitdrukking of selfs 'n versoek aanneem. In 'n vroeëre studie van die maniere waarop neonate na afloop van 'n operasie gerus gestel is, is waargeneem dat die verpleegkundige se gerusstellende aanraking gewoonlik deur die baba geïnisieer is (Morse, Solberg & Edwards, 1993; Solberg & Morse, 1991). Omdat hierdie babas geïntubeer was, was hulle hulproep geluidloos. Ten spye van die gesig-uitdrukings, trane en tekens van trane, het die gebrek aan geluide daartoe gelei dat daar baie min tekens van hoorbare vertroosting deur die verpleegkundige was. Verpleegkundiges vertroos eerder vir 'n paar oomblikke deur middel van aanraking, soos strel of saggies klop.

Die verpleegkundiges het die babas bewustelik of onbewustelik dopgehou vir 'n positiewe reaksie. Wanneer die gemakstrategie nie 'n positiewe reaksie teweeg bring het nie, het die tipe aanraking verander (van sagte kloppies na strel). Wanneer die reaksie negatief was (wanneer die baba byvoorbeeld meer gehuil of ontrek het) het die verpleegkundige 'n ander gemakstrategie toegepas, soos om vir die baba 'n fopspeen te gee of te wieg. Wanneer die baba egter, ongeag verskillende strategieë deur die verpleegkundige aangewend, nie gereageer het nie, het die verpleegkundige die pogings om gemak daar te stel laat vaar en kartering hervat, of watter taak ookal aandag vereis het. Hierdie studie word later bespreek.

## DIE GEMAKSVLAK

Gemak is 'n relatiewe term en daar word na die mate van gemak wat 'n persoon ervaar (of die ongemak wat verduur word) verwys as die *gemaksvlak*. Die gemaksvlak het betrekking op beide die verpleegkundige se gemak met verpleegsorg, en die huidige toestand van die pasiënt.

Vir die verpleegkundige word die gemaksvlak deur sy of haar persepsie van die pasiënt as 'n persoon<sup>1</sup>, die mate van pasiëntlyding<sup>2</sup>, as gevolg van siekte of besering, die aard van die prosedure, die hoeveelheid pyn wat versorging by die pasiënt sal veroorsaak en die doeltreffendheid van die behandeling, die verwagte voordeel van verpleegsorg en die mate waartoe gemakstrategieë as buffer daartoe dien, bepaal.

Vanuit die pasiënt se perspektief sluit die verkryging van gemak die vermoë in om te vertrou; ondersteun te word; te hoop; om bekwame, gereelde en gesynchroniseerde sorg te ontvang; en 'n deeglike mediese beheer oor die besering of siekte; die simptome wat ondervind word; en behandeling wat verduur kan word. In die noodgevalle-afdeling word die pasiënt nie gerus gestel voordat hy veilig voel nie. Ten einde die pasiënt veilig te laat voel moet die verpleegkundige bekwaamheid, sorgsaamheid en wakkerheid toon deur daar te wees; die pasiënt mag die verpleegkundige toets, leer om die verpleegkundige te vertrou en homself dan "oorgee" aan die versorging van die verpleegkundige. Om *veilig te voel* verander egter nie die pyn en nood nie.

In die kliniese opset, waar Nightingale moontlik gevoel het dat hulle nie behoeftes het nie, is pasiënte selde gemaklik, hulle ondervind gewoonlik die een of ander vorm van ongemak wat fluktueer ooreenkomsdig die tyd sedert medisyne toegedien is, vlak van aktiwiteit, ensovoorts. Die pasiënt se gemaksvlak is die mate van ongemak ondervind wat draaglik is en die doel van verpleging is altyd om die pasiënt se ongemak te minimaliseer en gemak te maksimaliseer. Die gemaksvlak kan dus gesien word as 'n kontinuum wat wissel van algehele gemak tot uiterste ongemak, en die pasiënt se gemaksvlak is dinamies en fluktueer voortdurend op hierdie kontinuum. Pasiënte is bewus van hullevlak van gemak en probeer voortdurend gemak verkry en ongemak verminder. Terselfdertyd is die doel van verpleging om te verseker dat die pasiënt se nood minimaal is. Daar word na hierdie konteks-gebonden toestand van relatiewe maksimum gemak verwys as die *pasiënt se gemaksvlak*.

- 1 Een strategie wat versorgers gebruik om die gemaksvlak tydens die verskaffing van sorg te verlaag, is om die pasiënt as 'n voorwerp te sien (sien Morse, Mitcham en Van der Steen, *in oorsig*; Morse & Mitcham, *in pressa*).
- 2 Kompatie is die vermoë van 'n persoon om 'n ander se pyn "te voel" (sien Morse, 1995b; Morse & Mitcham, *in pressa*; Morse, Mitcham & Van der Steen, *in oor sig*).

## HOE EVALUEER VERPLEEGKUNDIGES DIE PASIËNT SE GEMAKSVLAK?

Verpleegkundiges evalueer voortdurend, bewustelik of onbewustelik die pasiënt se gemaksvlak. Daar is twee tipes verpleegkundige evaluering. Die eerste tipe is in die basiese opleiding van verpleegkundiges ingesluit en duur voort regdeur hulle loopbaan; dit is die evaluering en vertolking

van fisiese tekens en simptome. Verpleegkundiges leer hoe om na pasiënte se klages oor ongemak te luister, 'n pasiënt se fisiese toestand te monitor en om in te gryp waar nodig.

Minder is bekend oor die tweede tipe verpleegkundige evaluering. Dit vereis persepsie, insig en ervaring van die verpleegkundige. Alhoewel dit noodsaklik is vir die pasiënt se veiligheid, is dit minder nagevors, word dit nie goed verstaan nie en is dit nie werklik deel van 'n verpleegkundige se formele opleiding nie.

Die meeste is oor empatie geskryf en empatie is 'n formele deel van die psigososiale komponente van verpleegsorg. 'n Goeie verpleegkundige moet empaties wees met minder klem op simpatie, medelye en jammerhartigheid. Dit is elders gestel dat die repertoire van psigososiale reaksies van verpleegkundiges, in die verskaffing van gemak, verken en uitgebrei kan word (Morse, Anderson, Bottorff, Yone, O'Brien, Solberg & McIlveen, 1992).

Daar verskyn ook al hoe meer literatuur oor verpleegkundige intuisie. Verpleegkundige intuisie maak dit moontlik om 'n pasiënt se toestand te evaluer en selfs om moontlike veranderings te voorsien. Daar bestaan talte gedokumenteerde gevalle waar verpleegkundiges 'n krisis voorspel en die kodespan ontbied het, voordat die pasiënt werklik kodeer het.

Die navorsers het hierdie navorsing elders gekritiseer omdat navorsers slegs gevallen gedokumenteer of gerapporteer het waar die intuisie korrek was - geen inligting is beskikbaar oor verkeerde intuisie nie (waar die kodespan ontbied was en die pasiënt nie kodeer het nie) of gevallen waar die verpleegkundige nie intuïtief opgetree het nie en die pasiënt se toestand nie daarna verander het nie. Die literatuur is nietemin belangrik en moet verder nagevors word, moontlik met behulp van nuwe benaderings ten einde die verskynsel te verstaan, soos die gebruik van onderbewussynsteorie om die pasiënt se leidrade te identifiseer in daardie spesiale "voorkoms" van hierdie pasiënte (Morse, Miles, Clark & Doberneck, 1994).

Ten spyte van die aanwending van intuisie in intensiewesorg en noodgeval situasies, beskik ons nie oor veel inligting omtrent die gebruik van intuisie in daaglikske verpleegsorg nie. Verpleegkundige intuisie sal baie nuttig wees in die identifisering, vertolking en reaksie op pasiënte se leidrade wat dui op ongemak, byvoorbeeld deur die pasiënt van posisie te verander, medikasie vir pyn aan te bied of toe te dien, en so meer. Met ander woorde, die belangrikste rol behoort te wees om die verpleegkundige te motiveer om gemakstrategieë toe te pas, selfs al het die pasiënt dit nie versoek nie.

Die derde konsep wat insig in die pasiënt se toestand verskaf is kompatie (Morse, 1995b; Morse & Mitcham, *in pressa*; Morse, Mitcham & Van der Steen *in oorsig*). Kompatie is die vermoë van die versorger om die pasiënt se pyn "aan te voel". Terwyl die kompatiese reaksie so sensitief mag wees en daarna so erg dat dit die versorger mettertyd immobiliseer en versorging inhibeer, leer versorgers om die reaksie te

blokkeer sodat met versorging voortgegaan kan word. 'n Geblokkeerde kompatiese reaksie kan egter ook skadelik wees omdat humanistiese besorgdheid deur aggressiewe behandelingsdoelwitte vervang kan word (Morse, Mitcham & Van der Steen, *in oorsig*).

Dit is gepas dat ervare versorgers die kompatiese reaksie beheer, dit blokkeer en toepaslik gebruik, ten einde uitmuntende sorg, morele sorg, sorg wat in die pasiënt se beste belang is, te kan verskaf.

## WAT IS 'N GEMAKSTRATEGIE?

Gemakstrategieë is metodes of tegnieke om die persoon in nood op sy gemak te stel. Alhoewel dit nie uniek tot verpleging is nie, is dit die rol - en voorreg - van die verpleegkundige om gemakstrategieë te gebruik wanneer die persoon versorg word. Gemakstrategieë kan direk wees; dit is strategieë wat direk op die pasiënt uitgevoer word; of indirek; dit is strategieë wat die handelinge van ander kontroleer of die omgewing manipuleer. Direkte strategieë is patronen van aanraking, praat en luister, wat gebruik kan word om die pasiënt te beheer deur oogkontak, stemtoon en aanraking, soos wanneer met die pasiënt gepraat word tydens pynlike procedures, die responsieve gebruik van aanraking, die gee van gepaste verduidelikings, sowel as die verskaffing van bekwame sorg. Indirekte strategieë sluit handelinge in soos die verskaffing van warmte, stilte of donkerte, en word gebruik om die pasiënt te beskerm, om versorging te reël, om nood te minimaliseer en om die omgewing te manipuleer ten einde rus vir die pasiënt te maksimaliseer en uitputting te voorkom.

Direkte strategieë sluit universele patronen van aanraking, praat en luister in, wat daarop gerig is om die pasiënt se gemaksvlak te maksimaliseer en die persoon te help om in beheer te bly tydens buitengewoon pynlike situasies. Terwyl gemakstrategieë 'n patroon vorm, is hulle ook spesifiek tot die pasiënt se toestand.

Wanneer die pasiënt byvoorbeeld vreesbevange is, moet aanrakings- en praatpatrone spesifiek tot 'n vreesbevange toestand gebruik word om die pasiënt op sy gemak te stel; insgeelyks is daar toepaslike patronen vir bang, angstige en histriiese pasiënte, of vir pasiënte met besondere reaksies op siekte of pyn. Patronen van aanraking (strel, klop, vashou en meer) en praat - of verbalisering - is spesifiek tot elke toestand en word skynbaar intuïtief en deur rolmodelle, deur verpleegkundiges in die kliniese opset, aangeleer. Dit is belangrik dat die gemakstrategieë pas by die pasiënt se gemaksvlak omdat die gebruik van gemakstrategieë wat vir 'n ander toestand bedoel is, die pasiënt se ongemak sal verhoog. Om byvoorbeeld gemakstrategieë vir 'n bang pasiënt op 'n pasiënt toe te pas wat werklik angstig is, sal die angst verhoog. In hierdie opsig word die model deur die pasiënt bepaal. Gemakstrategieë is veranderlik. Die ervare verpleegkundige het 'n groot repertoire en verander die strategieë afhangende van die pasiënt se toestand. Terwyl die gemakstrategieë dus deur die verpleegkundige beheer word, bepaal die pasiënt die strategie.

Gemakstrategieë wissel wat kompleksiteit betref. Dit kan so eenvoudig wees soos om 'n hand op die pasiënt se skouer te plaas; en kan so tegnies wees soos om doeltreffend, vinnig en bekwaam op 'n kode te reageer. 'n Gemakstrategie kan toesighoudende waaksamheid wees terwyl die pasiënt "slaap", of dit kan die pasiënt dwing om uit die bed op te staan ten spyte van besware soos: "Dit is seer!", "Nie vandag nie!" en "Wag - ek is nog nie gereed nie."

Die verpleegkundige se gemakstrategieë dien as buffer vir die ervaring van besering / siekte en verlig die pasiënt se simptome. Omdat gemakstrategieë veranderlik en konteksafhanklik is, kan dit nie geformuleer word nie. Die kundige verpleegkundige het 'n enorme repertoire van gemakstrategieë en is veelsydig met die toepassing daarvan.

Die kundige verpleegkundige "lees die pasiënt" deur situasieleidrade en pasiëntleidrade te evalueer en op snellers in die situasie te reageer. Die kundige verpleegkundige is veelsydig sodat, wanneer gemakstrategieë nie werk nie, ondoeltreffend is of ongemak veroorsaak, 'n ander gemakstrategie toegepas word. Evaluering van die bereiking van die optimale gemaksvlak vind voortdurend plaas.

## DIE TERUGSLAG- OF GEMAKSTRATEGIEË

Daar is voorheen waargeneem dat gemakstrategieë verskil en veelsydig is en dat die verpleegkundige bewustelik of onbewustelik 'n gemakstrategie kies wat by die pasiënt se gemaksvlak pas. Wat gebeur wanneer 'n ontoepaslike gemakstrategie toegepas word?

Die "wanbestuur" van gemak word "terugslag" genoem omdat die pasiënt se ongemaksvlak verhoog. Die volgende probleme is tot dusver geïdentifiseer:

*Alhoewel goed bedoel, is die strategie nie gerusstellend nie (sien Stem & Kerr, 1996).* Voorbeeld van verbale nie-gerusstellende strategieë - en ons is almal skuldig - is stellings soos: "Natuurlik gaan jy nie vomeer nie", "Ontspan net" en "Wat! Jy het al voorheen 'n baba gehad en weet nie hoe om te druk nie?"

Aanraking kan ook nie-gerusstellend wees en kan gebeur wanneer die deel van die liggaam wat aangeraak word, teer of seer is, wanneer die aanraking op die verkeerde tyd of onverwags plaasvind, of kultureel ontoepaslik is.

### *Herhaling van 'n strategie, alhoewel dit die eerste keer onsuksesvol was*

Gemakstrategieë moet veelsydig wees omdat gemaksbehoeftes geïndividualiseerd is; 'n strategie wat suksesvol vir een persoon is, mag ongemak by 'n ander persoon meebring - soos enige moeder wat 'n baba gehad het wat "bedaar" wanneer sy rug gekielie word, en 'n ander baba vir wie dit nie help nie. Herhaling van 'n mislukte strategie kom voor as die blamering van die slagoffer; dit lyk asof daar gesê word: "Wat is verkeerd met jou dat jy nie reageer nie..." Sulke

optrede is nutteloos, tydverkwistend en frustreer almal.

#### **Weiering om te antwoord of 'n antwoord te gee**

Wanneer 'n pasiënt met 'n kopbesering herhaaldelik inligting vra, is die "nimmereindigende ketting" van vrae en antwoorde, of herhaling soos: "Jy is in die hospitaal" of "Dit gaan goed met jou gesin" onvermydelik. Die pasiënt kan nie die inligting wat gegee is herroep nie - die voortdurende herhaling van versoek is nie doelbewus nie. Die verpleegkundige wat, ongeag hoe vriendelik, sê, "Ek het jou dit reeds gesê", vererger net die pasiënt se nood.

#### **Praat bo die pasiënt se begrip**

Verduidelikings wat bedoel is om die pasiënt voor te berei vir 'n pynlike prosedure verskaf nie gemak as dit nie verstaan word nie. 'n Mens sal byvoorbeeld nie vir 'n 11-jarige seun sê: "Nou gaan ek jou kateteriseer" nie.

#### **Sorg wat nie tred hou nie**

Verduidelikings moet vroeg genoeg voor die prosedure gegee word sodat die pasiënt die inligting kan verwerk en sielkundig voorberei kan word om dit "te kan hanteer". Inligting wat gesamentlik met die prosedure gegee word, is nutteloos. Sorg moet tred hou sodat een prosedure op 'n keer gevolg word.

Veelvoudige prosedures wat gelyktydig gevolg word, lei tot aanvallende sorg en die pasiënt verloor beheer.

#### **Inkonsekwenthed ten opsigte van gemakstrategieë**

Indien die pasiënt 'n persoon het wat hom ondersteun, moet daardie persoon by die pasiënt bly totdat hy versorg is. Die ideaal is dat daardie persoon nie by versorging betrokke moet wees of ander verantwoordelikhede moet hê nie, soos om die pasiënt op hoogte van sake te hou deur pynlike procedures aan hom te verduidelik, hom vas te hou, aan te raak en daar te wees; want dit sal die verpleegkundige se aandag aflei. Verwaarloos of geen reaksie sal daartoe lei dat angs vererger word, veral by kinders.

Bostaande strategieë, wat daarop gerig is om die pasiënt op sy gemak te stel, maar intendeel ongemak veroorsaak, laat die pasiënt sy gevoel van vertroue en veiligheid verloor. Sodra die pasiënt se nood vererger en hy afgetrokke raak, word versorging gestrem en die pasiënt se toestand verswak. Wanneer die pasiënt op sy gemak gestel word, neem die verpleegkundige dus voortdurend die pasiënt waar vir leidrade dat 'n gemakstrategie effektief is of dat die strategie verander word. In die geval van traumasorg is die verpleegkundige se gemakstrategie daarop gerig om pasiënte in beheer en responsief, samewerkend en ontvanklik vir sorg, te hou. Ten spyte van die pyn probeer hulle hulle stil hou, ongemak te verduur, dit "hanteer", "verdra" en om nie uit te roep nie. Hierdie pasiënte werk saam met die personeel - die pasiënt wat homself heeltemal oorgegee het, besef dat sorg nodig is en onderwerp hom aan "wat ookal gedoen moet word". Die gevolg is dat sorg vinnig en veilig geskied. Die gemaksvlak is egter 'n dinamiese kontinuum en die pasiënt se gemaksvlak kan vinnig verander. Verpleegkundige evaluering is voortdurend en gemakstrategie verander ook

gedurig.

## **DIE VEELSYDIGHEID VAN GEMAK**

In die boek *Nursing for Life* wat in Australië gepubliseer is, skryf Knepfer en Johns (1989) "the public health nurse was like a chameleon, fitting herself into each unique situation, knowing how to handle an array of people. I (the observer) was tired, hungry and fascinated."

Verpleegkundiges pas hulle versorgingstyl onbewustelik by die pasiënte aan. Hulle affek is dieselfde as die van die pasiënt, hulle groet pasiënte soos hulle gegroet behoort te word, of het die teenoorgestelde affek, waar die depressiewe pasiënt omgehaal moet word, of streng teenoor hom opgetree moet word. Die interaksie tussen verpleegkundige en pasiënt is in elke geval verskillend. Dit is merkbaar in die intermediäre versorgingsvlak, die mediese-chirurgiese eenheid van die noodafdeling: hier kan die verpleegkundige waargeneem word waar sy van bed tot bed beweeg, saggies met die pasiënt praat, haar kop sentimeters van die pasiënt se oor af; sy terg die responsiewe, angstige pasiënte ten einde die situasie te normaliseer, sy benader kinders baie versigtig en wag totdat sy 'n leidraad kry dat die kind haar opgesom het en haar sal toelaat om nader te beweeg. Hierdie verskillende benaderings, of "versorgingstyle" is kompleks versamelings van gemakstrategieë, met inbegrip van omgewingsmanipulering vir die "gemaksrol van die verpleegkundige". Hierdie rolle voldoen aan die pasiënt se behoeftes, werk teen, absorbeer en verlig die pasiënt se nood.

## **OORGawe VIR VERSORGING**

Wanneer sorg verskaf word - veral aan 'n pasiënt in nood - is die doel om pasiënte die sorg te laat aanvaar en nie daarteen te veg nie. Verpleegkundiges doen dit deur binne die pasiënt se gemaksvlak te werk. Sodra pasiënte die maksimum gemaksvlak bereik het, voel hulle veilig, vertrou hulle die personeel, voel hulle in beheer en sal hulle hulself oorgee aan versorging.

Oorgawe is egter nie "die een of ander" proses nie - daar is vlakke en tipes oorgawe, kortliks soos volg:

#### **Volkome oorgawe**

Die pasiënt is bewusteloos of gee homself geheel en al oor aan die verpleegkundige met die versoek dat die verpleegkundige doen "wat ook al nodig is."

#### **Ontspanne oorgawe**

Die pasiënt lê passief of sluimer in terwyl die verpleegkundige hom versorg. Die pasiënt vertrou die verpleegkundige en voel haar waaksamheid aan terwyl sy "waak" en die pasiënt se toestand monitor.

#### **Versigtige oorgawe**

Die pasiënt hou die verpleegkundige dop en sy/haar oë volg elke beweging. Die pasiënt lê stil en laat die verpleegkundige toe om hom/haar te versorg, maar vertrou nie die verpleegkundige nie, of vertrou haar net tot 'n beperkte mate.

### **Voorwaardelike oorgawe**

Die pasiënt en die versorger onderhandel - die pasiënt dring aan op inligting oor die prosedure - soms in groot besonderhede. Hierdie gedrag word dikwels by kinders gesien.

### **Teësinnige oorgawe**

Na onderhandeling gaan die pasiënt voort om regdeur die prosedure beswaar te maak. Die pasiënt moet dikwels omgekoop word.

### **Gedwonge oorgawe**

Die pasiënt maak beswaar, weier versorging en moet in bedwang gehou word. Hy of sy wil voortdurend wegruk of skree, of soebat die verpleegkundige om gou te maak.

In die geval van traumasorg, is daar oorgawe by pasiënte wat in beheer is; hulle is responsief, samewerkend en ontvanklik vir sorg. Ten spyte van die pyn probeer hulle passief bly en nie beweeg nie, om "dit te vat", te verduur" en nie uit te roep nie. Hulle werk saam met die personeel - die pasiënt wat volkome oorgawe toon, besef dat sorg noodsaaklik is en onderwerp hom of haar aan "wat ook al gedoen moet word." Die resultaat is dat sorg vinnig en veilig plaasvind. Die gemaksvlak is 'n dinamiese kontinuum en pasiënte val gewoonlik tussen hierdie twee uiterstes.

## **VERSKAFFING VAN GEMAK TYDENS NOODVERSORGING**

In noodgevalle geniet die pasiënt se fisiese toestand prioriteit. Tyd is belangrik, daarom vind versorging vinnig plaas; twee procedures word soms gelyktydig toegepas, dikwels sonder om die "gereeheidstoestand" van die pasiënt in ag te neem. Vanuit die pasiënt se perspektief kom sommige procedures as aanvallend en onnodig voor. Baie pasiënte rapporteer byvoorbeeld dat hulle dit as onnodig beskou dat hulle klere afgesny word. Ander voel kwaad oor die aanvallende aard van oënskynlik nie-tersaaklike diagnostiese procedures wat die dele van die liggaam wat "nie beseer is nie" skend, byvoorbeeld 'n ondersoek van die rektum of die invoeging van 'n kateter. Die behandeling te midde van die geraas, die haas en die pyn word maklik verkeerd vertolk as mishandeling - of soos een klein kindjie by haar ma gekla het, "Niemand hier is lief vir my nie."

Die rol van gemak in traumasorg is om die pasiënt te beheer of om die pasiënt te help om beheer te handhaaf of te herwin. Dokters, wat by die dringendheid van diagnose betrokke is, verloor dit dikwels uit die oog dat die pasiënt 'n wese is, en dit is ironies genoeg nodig, omdat 'n dokter in hierdie situasie nie humanistiese sorg kan verskaf as die pasiënt as 'n wese beskou word nie.

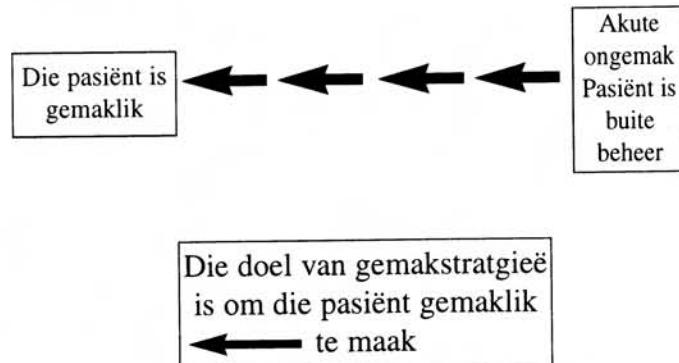
Aan die ander kant is dit bekend dat die tegniese take van verpleging outomatis uitgevoer kan word terwyl die verpleegkundige op die pasiënt fokus en hierdie verskynsel is dikwels merkbaar op die bande. Verpleegkundiges het dikwels tydens onderhoude gerapporteer dat verpleging is om "die groter prent te sien", dus om dokters se sorg "op die spoor te hou" (Morse, 1992). Dit is bevestig deur die

waarnemings en data op band.

## **DIE VERKRYGING VAN GEMAK IN TRAUMASORG**

Die navorser redeneer dat sorg ooreenkomsdig die pasiënt se gemaksvlak verskaf word. Die konsep gemaksvlak, soos van toepassing op traumasorg, word in Figuur 1 aangedui. Aan die een punt van die kontinuum word die pasiënt beskou as buite beheer. Pasiënte wat buite beheer is, is nie ontvanklik vir sorg nie - hulle vokaliseer, skree, maak beswaar, wil nie versorg word nie en word strydslustig; sorg word gestrem en moet afgedwing word. Personeel se reaksie op die pasiënt is reaktief. Pasiënte word fisies of meganies in bedwang gehou. Die navorser is onbewus van fisiologiese vertakkings van woede as gevolg van kritieke beserings, maar is van mening dat die pasiënt se fisiese inspanning, pogings om homself te beskerm en om die personeel te beveg, nie die prognose verbeter namate die pasiënt se toestand verswak nie. Pasiënte wat nie in beheer is nie, het dikwels 'n hoë bloedalkoholvlak of het dwelms gebruik, vloek en kan nie mee geredeneer word nie. Hierdie pasiënte mag egter moontlik aan kopbeserings ly of oorweldige pyn en skokervaar. Dit is duidelik dat "buite beheer" 'n gevarelike toestand is, en hierdie pasiënte wat in 'n kritieke toestand verkeer, word dikwels sedear sodat hulle versorg kan word.

**Figuur 1: Skematiese voorstelling van die gemaksvlak**



Wanneer die pasiënt dus in 'n vreesbevange toestand verkeer, moet die verpleegkundige op die pasiënt as vreesbevange reageer, om teenoor die pasiënt as 'n bang pasiënt te reageer, sal byvoorbeeld die pasiënt se nood vererger. Erkenning hiervan neem verskeie vorms aan. Dit beteken eerstens dat verpleegkundiges in staat moet wees om die pasiënt se toestand onmiddellik te evalueer. In traumasorg moet die verpleegkundige kan besef en onderskei wanneer 'n pasiënt 'in beheer' of 'buite beheer' is en 'hysterics, paniekbevange, vreesbevange of bang' is. Tweedens, is sorg wat aan die pasiënte in hierdie toestande verskaf word, kenmerkend omdat dit implisiet van bekware verpleegkundiges op die perseel geleer word. Patrone van aanraking en praat is kenmerkend van elke toestand en word volgens die tekens van die pasiënt gesynchroniseer. Wanneer sorg nie by die pasiënt se toestand pas nie, of verskaf word sonder waarskuwing voordat die pasiënt gereed is, vererger die pasiënt se toe-

stand. Toepaslike sorg word dus deur die pasiënt gerig. Om byvoorbeeld 'n vreesbevange pasiënt as 'n bang pasiënt te hanteer, sal die pasiënt se vrees vererger. Wanneer die sorg gepas is vir die pasiënt se toestand, gesynchroniseer word met die pasiënt se erkenning van daardie sorg en deur die pasiënt as bekwaam en nodig te ag, sal die pasiënt homself aan versorging oorgee. Terwyl steeds op toepaslike pynresponse gereageer word, sal die pasiënt die personeel toelaat om hom so vinnig en doeltreffend moontlik te behandel. Gemak in hierdie opset help dus die pasiënt om beheer te herwin en te handhaaf.

Een toestand waarin 'n pasiënt mag verkeer en wat as buite beheer geklassifiseer word, word deur verpleegkundiges as 'histeries' bestempel. Die duidelikste teken van histeriese gedrag is om verbaal 'beheer te verloor'. Histeriese pasiënte kan gil en skree, maar reageer nie wanneer met hulle gepraat word nie, of hulle is moontlik nie in staat daar toe om 'n woord te uiter nie. Hulle ontrek wanneer hulle aangeraak word, of stoot die versorger weg.

Onderhoude met pasiënte lank ná die gebeurtenis duï daarop dat hulle beswaarlik bewus was van die omgewing van die noodafdeling, of van hulle eie liggame, alhoewel 'n mate van "dialoog" in hulle koppe sou voortduur:

*"Ek het gedink, 'waarom skree daardie vrou?' ... en toe het ek dit in my keel gevoel en besef dit was ek". (Morse & Mitchan, in pressa).*

Daar bestaan 'n dun lyn, bekend as 'oorboord' waar die pasiënte kan voel dat hulle 'beheer verloor'. Die data sluit 'n bandopname in van 'n 11-jarige kind wat 'n steekwond in sy maag opgedoen het, nadat hy met sy fiets in 'n botsing met 'n motor betrokke was. Hy het in 'n bewende stem gesê: "Ek kan nie meer praat nie." Die verpleegkundige was onmiddelik aan sy sy: "Waarom nie? Weet jy waar jy is?" Die verpleegkundige het vinnig 'n neuro-beraming gedoen, blykbaar besluit dat die pasiënt beheer sou verloor en het met hom begin praat oor die skool en sodoende afleiding as strategie gebruik, die situasie 'genormaliseer', die fokus van sy aandag verander en sodoende sy nood verlig en sy gemaksvlak gemaksimaliseer. Praat is dus 'n belangrike strategie wat pasiënte help om in beheer te bly.

## **ANALISERING VAN GEMAKSTRATEGIEË IN VERPLEGING**

Die gemaksrol wat deur die verpleegkundige aanvaar word, word deur die pasiënt se respons op die situasie bepaal en word deur die pasiënt se gemaksvlak weerspieël. Die verpleegkundige reageer onmiddelik op die pasiënt se gemaksvlak en neem die rol van verpleegkundige, of ver-

pleegstyl, aan deur die pasiënt se tekens te lees, deur te beraam en deur refleksief op pasiëntleidrade te reageer, met ander woorde, ingryping. Die sikliese proses van gemak verskaffing word herhaal totdat die pasiënt gemaklik is. Die proses word beskryf soos dit in die traumasaal plaasvind.

Wanneer traumasorg waargeneem word, kom dit voor asof almal gelyk praat (of skree). Nogtans slaag diegene wat praat daarin om met ander te kommunikeer in 'n duidelike stemtoon en volume. Dit word "kommunikasiekanale" genoem (Proctor & Morse, 1996) en alle versorgers skakel by 'n kanaal in wat gebruik word om die inligting wat hulle benodig, te verskaf. Ten spyte daarvan dat die verpleegkundige naby die pasiënt is (dikwels slegs 10 sentimeter van mekaar af), kommunikeer die verpleegkundige met die pasiënt op die hoogste en luidste van alle kanale en hulle albei se stemme kan bo dié van ander stemme gehoor word. Die verpleegkundige praat in 'n sangstem wat onmiddelik responsief is vir enigiets wat die pasiënt mag sê. Sy gebruik 'n sangstem wat die pasiënt dikwels onderbreek, byvoorbeeld wanneer die pasiënt op pyn reageer en die verpleegkundige onmiddelik met: "Ek weet. Ek weet, skat." reageer. Na hierdie besondere spraakstyl word as die "Comfort Talk Register" verwys (Proctor & Morse, 1996).

Wanneer die dialoog tussen die verpleegkundige en die pasiënt woord-vir-woord getranskribeer word, met inbegrip van die pasiënt se uitinge, is 'n onmiddelike respons by die verpleegkundige sigbaar. Die volle dialoog van die pasiënt word deur die verpleegkundige gekommunikeer, wat ook die verpleegspan se sorg aan die pasiënt interpreteer, die pasiënt oor behandeling waarsku, opdragte gee en inligting en terugvoer verskaf. Om die pasiënt op sy gemak te stel, behels dus nie net om die pasiënt oor procedures in te lig en die pasiënt te help om dit te verduur nie, dit behels ook die pas van die span se sorg sodat die span nooddwendige moet wag totdat die pasiënt gereed is, eerder as om eenvoudig voort te gaan. Sodoende is versorging reëlmagtig.

Wanneer die pasiënt in nood op sy gemak gestel word, neem die verpleegkundige 'n bepaalde houding aan. Sy buk oor die pasiënt en neem 'n *en face*-houding aan, waar haar gesig parallel is met dié van die pasiënt op 'n afstand van ongeveer 10 sentimeter. As die pasiënt se oë oop is, kyk die verpleegkundige in sy oë en die pasiënt reageer. Die verpleegkundige se aanraking is ferm, met haar palm op die pasiënt se arm of bors. Aanraking is voortdurend. Op een van die videobande beweeg die verpleegkundige weg van die pasiënt af om na iets uit te reik en mediese studente beweeg tussen die verpleegkundige en pasiënt in. Die verpleegkundige handhaaf steeds tasbare kontak met die pasiënt en sit haar gesprek te midde van die studente voort.

Met behulp van direkte strategieë soos praat, houding en aanraking, stel die verpleegkundige die pasiënt in sy akute toestand in staat om ongemak te verduur en beheer te behou. Die gemakstrategieë is voortdurend en help die pasiënt om elke prosedure van die pynlike ervaring te 'deurstaan'. Gemak in die trauma-opset is om die pasiënt te help om beheer te verkry en te handhaaf.

## **FOMULERING VAN 'N GEMAKSTEORIE**

Die talle komponente van gemak wat hier ter sprake is, is geïdentifiseer uit 'n sistematiese program van kwalitatiewe navorsing. Gemak is op verskillende abstrakte vlakke

bestudeer, vanaf mikro-analitiese strategieë van aanraking en praat, tot 'n meer makro-gedragstoestand. Abstrakte konsepte wat inherent is tot die konsep gemak, is verken en hierdie navorsing duur steeds voort.

Tot dusver kan 'n gemaksteorie as volg omskryf word: Gemak kom voor as 'n normale en roetine-aspek van verpleegsorg soos bepaal deur die pasiënt se situasie of in reaksie op 'n uitgesproke behoefté. Die verpleegkundige beraam die pasiënt, en in reaksie op die pasiënt se tekens, situasionele tekens of uitdruklike behoefté, word 'n gepaste gemakstrategie geïdentifiseer. Die verpleegingsbenadering kan 'n enkele strategie behels of 'n kombinasie van strategieë vir 'n versorgingstyl. Die verpleegkundige bepaal ook bewustelik of intuïtief wat geïdentifiseer is, spesifiek tot en ooreenkomsdig met die pasiënt se gemaksvlak. Gemakstrategieë kan indirek wees, soos manipulasie van die omgewing, of direk, soos verpleegingsprosedures en patronen van gemaksgedrag, soos aanraking en gerusstelling om verligting vir die pasiënt mee te bring. Gemakstrategieë word met die pasiënt se tekens gesynchroniseer, dus word versorging deur die pasiënt gerig. Indien die versorging wat by die pasiënt se toestand pas, met die pasiënt se besef van daardie versorging gesynchroniseer word en deur die pasiënt gesien word as bekwaam en noodaakklik, sal die pasiënt oorgawe tot versorging toon. Terwyl die pasiënt steeds op toepaslike pynresponse reageer, sal hy of sy die personeel toelaat om so vinnig en effektiel as moontlik behandeling toe te pas. Die verpleegkundige beraam die pasiënt voortdurend en indien gemak nie verkry is nie, identifiseer en pas hy of sy 'n ander strategie toe, herberaam en so meer, totdat die pasiënt gemaklik is.

## VERWYSINGS

- Knepfer, G & Johns, C 1989: Nursing for life. Sydney: Pan Books.
- McIlveen, KM & Morse, JM 1995: The role of comfort in nursing care: 1900-1980. **Clinical Nursing Research**, 4(92), 1995:127-148.
- Morse, JM 1992: Comfort: The refocusing of nursing care. **Clinical Nursing Research**, 1, 1992:91-113.
- Morse, JM 1995a: Defining comfort for the improvement of patient care. (In: JM Morse & PA Field eds. 1995: Qualitative research methods for health professionals.

Newbury Park, CA: Sage Publ. pp. 194-205).

Morse, JM 1995b: Exploring the theoretical basis of nursing using advanced techniques of concept analysis. **Advances in Nursing Science**, 17(3), 1995:31-46.

Morse, JM; Anderson, G; Bottorff, J; Yonge, O; O'Brien, B; Solberg, S & McIlveen, K 1992: Exploring empathy: A conceptual fit for nursing practice. **Image: Journal of Nursing Scholarship**, 24(4), 1992:274-280.

Morse, JM; Miles, MW; Clark, DA & Doberneck, BM 1994: "Sensing" patient needs: Exploring concepts of nursing insight and receptivity used in nursing assessment. **Scholarly Inquiry for Nursing Practice**, 8(3), 1994:233-254.

Morse, JM & Mitcham, C (*in pressa*). Compathy: The contagion of physical distress. **Journal of Advanced Nursing**.

Morse, JM & Mitcham, C (*in pressa*). The experience of agony and signals of disembodiment. **Journal of Psychosomatic Research**.

Morse, JM; Mitcham, C & Van Der Steen, WJ (*In Oorsig*). Compathy or physical empathy: Implications for the caregiver relationship.

Morse, JM; Solberg, S & Edwards, J 1993: Caregiver-infant interaction: Comforting the postoperative infant. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, 7, 1993:105-111.

Morse JM; Whitaker, H & Tasön, M 1996: The caretakers of suffering. (In: J Chesworth ed. 1996: Transpersonal healing: Essays on the ecology of health. Newbury Park, CA: Sage Publ. pp. 91-104).

Proctor, A & Morse, JM 1996: Sounds of comfort in the trauma center: How nurses talk to patients in pain. **Social Sciences & Medicine**, 42(12), 1996:1669-1680.

Solberg, S & Morse, JM 1991: The comforting behaviours of caregivers toward distresses post-operative neonates. **Issues in Comprehensive Pediatric Nursing**, 14(2), 1991:77-92.

Stern, PN & Keffer, J 1996: Restructuring life after home loss fire. **Image: Journal of Nursing Scholarship**, 28, 1996:11-16.