DIE WETENSKAPLIKE VERPLEEGMETODE: 'N TRANSKULTURELE VERPLEGINGSBENADERING

Louise de Villiers MACur

Senior Dosent: Ann Latsky Verplegingskollege

ABSTRACT

*Application of the nursing process by means of a transcultural nursing approach, could lead to cultural congruent care. Cultural congruent care implies that nurses gather biopsychosocial and **cultural** data while assessing patients. A conceptual framework for sociocultural assessment is utilised to gather data regarding cultural characteristics and the cultural perspective regarding health and disease. Planning, implementation and evaluation are not merely focused on the biomedical, but also on the sociocultural perspective regarding health related matters. Cultural congruent care bridges the gap between the biomedical and sociocultural perspective.*

OPSOMMING

*Die toepassing van die wetenskaplike verpleegmetode volgens 'n transkulturele verplegingsbenadering kan 'n bydrae lewer tot kultureel kongruente verpleging. Kultureel kongruente verpleging impliseer dat biopsigososiale en **kulturele** data ingesamel word tydens beraming. 'n Konseptuele raamwerk vir sosiokulturele beraming word aangewend om data rakende kulturele kenmerke en die kulturele perspektief rakende gesondheid en siekte in te win. Beplanning, implementering en evaluering is gerig op die biomediese en sosiokulturele perspektief rakende gesondheid en gesondheidsorg. Kultureel*

INLEIDING

Verpleging geskied in 'n multikulturele samelewing wat meebring dat die wetenskaplike verpleegmetode, ook bekend as die verpleegproses, volgens 'n transkulturele verplegingsbenadering geïmplementeer behoort te word. Transkulturele verpleging impliseer die oorbrugging van belangrike verskille tussen kulture en het kultureel kongruente verpleging ten doel (Kavanah & Kennedy, 1992:11; Leininger, 1991a:11). Kultureel kongruente verpleging is ooreenkomstig kulturele waardes, gelowe en gebruike van die pasiënt. Hierdie artikel handel oor die toepassing van die wetenskaplike verpleegmetode ten einde kultureel kongruente verpleging te bevorder.

DIE WAARDE VAN TRANSKULTURELE VERPLEGING VIR DIE VERPLEGINGS-PRAKTYK

Verpleging realiseer hoofsaaklik volgens 'n Euro-Amerikaanse perspektief, wat gekenmerk word deur 'n biomediese benadering ten opsigte van gesondheid, siekte en gesondheidsorg. In teenstelling hiermee, beskou pasiënte die saak dikwels volgens 'n sosiokulturele benadering. Die biomediese benadering verteenwoordig die professionele gesondheidsorgstelsel. Die sosiokulturele benadering is verteenwoordigend van die tradisionele, kultureel-aangeleerde versorgingstelsel in die gemeenskap (Chrisman, 1991a:47). Kultuur beïnvloed gesondheid op drie hoofwyses, naamlik kulturele faktore wat gesondheid beïnvloed, persepsie van gesondheid en

siekte, asook kanale waarna die mens hom wend vir gesondheidsbevordering (Akinsola, 1983:25). Tydens ontmoeting tussen die verpleegkundige en die pasiënt, ontstaan daar 'n wisselwerking tussen hierdie, dikwels uiteenlopende, gesondheidsbenaderings. Die belangrikste rede vir kulturele konflik in die gesondheidsorgsituasie is 'n gebrek aan wedersydse begrip.

Om hoë gehalte verpleging te verseker, behoort die verpleegkundige te poog om die pasiënt binne sy kulturele konteks te benader en te verstaan. Dit is 'n voorvereiste vir die voorkoming van mediese etnosentrisme aan die kant van die verpleegkundige, asook vir die bevordering van kultureel kongruente verpleging (Chrisman, 1991a:47-48). Kultureel kongruente verpleging is onontbeerlik vir suksesvolle gesondheidsorglewering met primêre gesondheidsorg as basiese uitgangspunt, binne konteks van 'n multikulturele samelewing.

TEORETIESE FUNDERING VAN DIE BESPREKING

Konseptualisering van die wetenskaplike verpleegmetode volgens 'n transkulturele verplegingsbenadering, is gefundeer op Leininger se verpleegteorie "*Culture Care Diversity and Universality*" en Chrisman se Ekspansionistiese Benadering. Hierdie werke is tydens navorsing wat gemik was op die operasionalisering van Leininger se Verpleegteorie in die kurrikulum, geanaliseer. Die navorsing is by wyse van 'n nie-empiriese, verkennende, interpretatief-teoretiese navorsingsontwerp wat biblioteeknavorsing behels het, onderneem. Die metode van ondersoek was teoretiese besinning. Data-insameling en -analise is gelyktydig uitgevoer deur middel van 'n literatuurstudie.

Aspekte van Leininger se Verpleegteorie en Chrisman se Ekspansionistiese Benadering word kortliks beskryf.

Leininger se Verpleegteorie (1991b:49) het kulturele kongruente verpleging ten doel. Die teoretikus identifiseer wêreldsiening, asook sewe kulturele en sosiale struktuurdimensies wat die mens se siening rakende gesondheid, siekte en gesondheidsorg beïnvloed. Die kulturele en sosiale struktuurdimensies is kulturele waardes\lebenswyses, tegnologiese-, religieuse\filosofiese-, verwantskap\sosiale-, politieke\wetlike-, ekonomiese- en opvoedkundige faktore. Elke samelewing beskik oor 'n professionele gesondheidsorgstelsel en 'n tradisionele versorgingstelsel. Verpleegkundiges is by magte om kultureel kongruente verpleging te verseker deur die tradisionele versorgingstelsel kreatief met die professionele gesondheidsorgstelsel te kombineer. Dit behels aanwending van drie modaliteite van verpleegoordeel, naamlik bewaring of

instandhouding, akkommodasie of onderhandeling en herpatronering of herstrukturering. Bewaring of instandhouding is daarop gemik om skadelose praktyke te bewaar. Akkommodasie of onderhandeling behels onderhandeling om geringe aanpassings te maak in geval van potensieel nadelige kulturele gelowe en praktyke. Herpatronering of herstrukturering is gemoeid met grootskaalse aanpassings in geval van skadelike kulturele praktyke (Leininger, 1991b:37-54). Die saak word tydens bespreking van die beplanningsfase van die wetenskaplike verpleegmetode met voorbeelde toegelig.

Chrisman (1990:2-7) se ekspansionistiese, pasiëntgesentreerde benadering bevorder die holistiese hantering van die mens in die gesondheidsorgsituasie. Die pasiënt word kontekstueel benader. Daar word geleidelik vanaf 'n fokus op die pasiënt self en sy perspektief, uitgebrei na die relevante aspekte van sy konteks, naamlik die omgewing waarin hy hom bevind. Daarom is die sosiokulturele faktore wat 'n spesifieke gesondheidsorgsituasie beïnvloed, ook belangrik. Konteks word verdeel in kulturele-, sosiale- en sisteemkonteks. Kulturele konteks verwys na die invloed van kultuur op betekenisgewing en lewenswyses soos dit verband hou met gesondheid en siekte. Sosiale konteks is beïnvloedende sosiale faktore soos magstrukture binne die gesinstruktuur van die pasiënt. Sisteemkonteks is die faktore in die gesondheidsorgstelsel wat die verhouding tussen die verpleegkundige en pasiënt beïnvloed, byvoorbeeld mediese etnosentrisme.

Chrisman (1991a:13-14; 1991b:36-37) identifiseer ook drie beginsels van kultureel kongruente verpleging, naamlik kennis, respek en onderhandeling. Kennis is 'n voorvereiste vir respektering van kulturele verskille onder pasiënte en 'n gevolglike onbevooroordeelde benadering by die verpleegkundige. Onderhandeling is 'n aksiegeoriënteerde beginsel. Dit is 'n proses bestaande uit verskeie stappe. Tydens stap een word daar na die pasiënt se perspektief geluister. Die verpleegkundige perspektief word tydens stap twee verduidelik. Derdens word die twee sienings vergelyk en laastens word toegewings gemaak om 'n onderhandelde skikking tot gevolg te hê. Onderhandeling berus op kennis en respek.

TOEPASSING VAN DIE WETENSKAP-LIKE VERPLEEGMETODE

Beraming

Huidiglik is beraming hoofsaaklik gerig op die insameling van biopsigososiale data, terwyl verpleging binne multikulturele konteks ook sistematiese insameling van kulturele data noodsaak. Volgens Chrisman (1990a:12 & 1986:67) en Anderson (1987:9) is beraming aanvanklik gerig op biopsigososiale data, maar daar word spesifiek

geluister vir kulturele data wat sigself ontbloot. Nadat die biopsigososiale data ingewin is, kom kulturele data wat kortkom, aan die beurt. Volgens Leininger (1984:44) is kulturele beraming essensieel vir die verskaffing van holistiese, humanistiese en betekenisvolle verpleging aan die pasiënt. 'n Konseptuele raamwerk vir sosiokulturele beraming (Figuur 1) word vervolgens bespreek.

Figuur 1 : SOSIOKULTURELE BERAMING

Sosiokulturele beraming geskied in twee fases, naamlik bepaling van die kulturele kenmerke van die pasiënt en die kulturele perspektief op gesondheid en siekte.

Kulturele kenmerke

Gewoontes en gebruike

Tydens beraming van gewoontes en gebruike word kulturele voorskrifte, beperkinge en taboes bepaal ten opsigte van daaglikse verskynsels wat verpleging beïnvloed soos dieet, higiëniese praktyke en kleding (Akinsola, 1983:18-20; Anderson, 1987:12).

Kommunikasie

Beramingsdata ten opsigte van kommunikasie is gerig op die bepaling van die pasiënt se taal en kommunikasiestyl. Laasgenoemde inligting is belangrik aangesien "ja" byvoorbeeld, "ek het gehoor" of "ek verstaan" kan beteken. Die kulturele betekenis wat geheg word aan aanraking en die volume van spraak, word ook bepaal. Aanraking kan byvoorbeeld as belangrike kommunikasiemedium dien of kan aanstoot gee.

Verdere aspekte wat beraam word is:

- Die betekenis van en moontlike beperkinge op gebare en oogkontak tydens kommunikasie.
- Die konteks van spraak soos die verband tussen emosie en stemtoon of versuim om verandering van emosie in stemtoon te openbaar.
- Die waarde van interaksie-etiket soos 'n inleidende gesprek oor nietighede as voorloper tot meer persoonlike kommunikasie. Indien 'n inleidende gesprek van waarde is, word dit ter bevordering van 'n terapeutiese verhouding aangewend.
- Die toelaatbaarheid van direkte vrae oor persoonlike aangeleenthede, insluitend aangeleenthede wat kultureel vreemd is vir die verpleegkundige (Anderson, 1987:12; Giger & Davidhizar, 1990:199-200).

Ruimte

Ruimte verwys na die persoonlike ruimte van die pasiënt ten opsigte van intieme kontak, kontak wat vir die betekenisvolle ander gereserveer is en dit wat toelaatbaar is in die gesondheidsorgsituasie. Dié inligting stel die verpleegkundige in staat tot 'n terapeutiese verhouding sonder om die verbode persoonlike ruimte binne te dring. Persoonlike ruimte word kultureel bepaal (Giger & Davidhizar, 1990:201).

Sosiale organisasie

Tydens beraming van sosiale organisasie word veral gefokus op die kultuurgroepaffiliasies soos die aard en rol van die gesin of verwantskapsnetwerk (Chrisman, 1991a:52). Die aard van interpersoonlike verhoudings is ook ter sprake.

Gemeenskapslewe en 'n groepsbewussyn is 'n sterk determinant in tradisioneel Afrika samelewings en daarom kan die individu nie van sy verwantskapsnetwerk geskei word nie. Dit is in teenstelling met die individualistiese leefwyse wat Westerse kulture kenmerk (Coertze & Goba in Malan, 1988:63). Die verwantskapstelsel is dan ook die vernaamste steunstelsel, veral in kulture waar hierdie netwerk uitgebreid van aard is (Akinsola, 1983:79; Boyle, 1989:231-232). Daar behoort veral gelet te word op die verantwoordelikhede van familieleden soos van toepassing op gesondheidsorg, veral ten opsigte van steunwing (Capers, 1992:22; Chrisman, 1991b:38). Burrows (1983:479) wys byvoorbeeld

daarop dat in sommige kulture, 'n vroulike familielid eerder as die eggenoot 'n vrou tydens baring bystaan. Giger en Davidhizar (1990:201) voeg by dat die verwagtinge wat op familieledede geplaas word, bepaal moet word. Byvoorbeeld, by kulture waarin alleenlaat van die sieke as kwaadwillige verlating beskou word, dring lede daarop aan om hom self te versorg (Anderson, 1987:7 & 11). Die inligting kan veral van waarde wees tydens die voorsiening in die interpersoonlike behoefte van die mens of vir die identifisering van sosiale steunstelsels.

Die siening van interpersoonlike verhoudings word beraam om te bepaal of persone hiërargies of as gelykes teenoor mekaar staan. Daar word ook bepaal of waarde geheg word aan die belange en welsyn van die groep, of eiebelang en die bereiking van individuele doelstellings. Dié inligting gee veral insig in die konsultasieproses wanneer belangrike besluite geneem word, soos byvoorbeeld die verskaffing van toestemming vir chirurgie. In samelewings waarin die belange van die groep voorkeur geniet, is verskeie familieliede betrokke by die konsultasieproses (Anderson, 1987:11; Luna, 1989:24). Mulago (Malan, 1989:63) wys daarop dat afgestorwenes 'n onsigbare, maar integrale verwant is by tradisioneel Afrika kulture. Die konsultasieproses kan derhalwe ook die afgestorwene insluit. In kulture wat gekenmerk word deur 'n uitgebreide verwantskapsnetwerk en 'n sterk groeps-gebondenheid, word rang deur afkoms vasgelê en word gesagsfigure spontaan deur groepslede aanvaar. So 'n gesagsfiguur is dikwels die mees senior familielid (Malan, 1989:42-43; Anderson, 1987:11). Verhoudings is outoritêr van aard en finale besluitneming lê dikwels by 'n enkele, senior familielid. In teenstelling hiermee is besluitnemingsmagte meer gelyk versprei in Westerse samelewings gekenmerk deur die kerngesin (Anderson, 1987:11). Dit is dus duidelik dat finale besluitneming nie in alle kulture by die pasiënt self lê nie; 'n verskynsel wat die verpleegkundige deeglik in berekening behoort te bring.

Tyd

Tydens beraming van tyd word die betekenis wat aan tyd geheg word, bepaal aangesien dit insig verleen in welke mate die pasiënt betyds sal wees met terapeutiese maatreëls tydens selfsorg of ten opsigte van die nakoming van afsprake. Anderson (1987:12) wys daarop dat Westerse kulture tydgebonde is, maar dat persone van verskeie nie-Westerse kulture laat kan opdaag vir afsprake; 'n verskynsel wat nie noodwendig dui op 'n gebrek aan samewerking nie, maar eerder op 'n eiesoortige tyd-oriëntasie.

Oriëntasie tot die hede, verlede of toekoms verleen insig in die betekenis wat aan siekte en gepaardgaande simptome geheg word, veral ten opsigte van die implikasie daarvan vir onmiddellike behoeftebesteding of vir die toekoms (Anderson, 1987:12;

Germain, 1992:7; Giger & Davidhizar, 1990:201-202). Insig kan ook verkry word in die mate waarin gesondheidsbevorderend opgetree sal word. Waar 'n lineêre tydspersepsie heers, is lede van die kultuurgroep toekomsgerig en verbeter hul eie toekoms deur doelwitstelling en kreatiewe optrede. Kulture met 'n sikliese tydspersepsie, bly vasgevang tussen die hede en verlede met 'n gevolglike beperkte toekomspersepsie (Malan, 1989:40). Gesondheidsvoorligting gerig op gesondheidsbevordering deur middel van persoonlike verantwoordelike optrede, sal dus meer suksesvol wees indien die pasiënt oor 'n lineêre tydspersepsie beskik.

Verhouding met die natuur

Beraming gerig op verhouding met die natuur verleen insig in die mate waarin geglo word dat beheer oor die natuur uitgeoefen kan word en gevolglike geloof in die mag van die mediese wetenskap. Waar geglo word dat siekte en sterfte voorafbepaal is en veroorsaak word deur eksterne, bonatuurlike wesens, is vertroue in die mediese wetenskap beperk en heers 'n fatalistiese lewensuitkyk. Eie inisiatief en persoonlike verantwoordelikheid in die soeke na oplossings, word onderdruk en minder voorkomende gedrag en samewerking word tydens die verskaffing van gesondheidsorg verkry. Die lede van so 'n kultuurgroep raadpleeg divineerders in 'n poging om die versteurde ekwilibrium met die geesteswêreld te herstel. In teenstelling hiermee, maak die Westerse wêreldsiening voorsiening vir rasonale denke met 'n gepaardgaande geloof in menslike beheer deur middel van die wetenskap en wetenskaplik-beproefde geneeskundige maatreëls word aangewend om gesondheidsprobleme op te los. (Giger & Davidhizar, 1990:202; Malan 1989:41-42).

Biologiese variasie

Objektiewe beraming geskied op grond van deeglike kennis oor die biologiese verskille by die mens. Beraming van sianose by persone met swart en blanke velle kan nie op dieselfde wyse geskied nie (Gagnon, 1983:127). Dieselfde geld vir die beraming van liggaamsgroei aangesien norme hiervoor van kultuur tot kultuur verskil (Morse & English, 1986:73). Daar behoort ook gelet te word op gesondheidsprobleme eie aan 'n besondere kultuurgroep. Afrikaanssprekendes is geneig tot hiperlipemie met gevolglike verhoogde bloedcholesterol en isgemiese hartsiekte, terwyl die Swart bevolking geneties geneig is tot essensiële hipertensie. Karsinoom van die serviks kom weer veral voor by Joodse vroue (De Haan, 1988:56; 62 & 64; Giger & Davidhizar, 1990:202). Dit is dus duidelik dat die fisieke ondersoek in 'n multikulturele samelewing nie bloot op grond van gestandaardiseerde norme kan geskied nie.

Kulturele perspektief ten opsigte van gesondheid en siekte

Verklaringsmodel van siekte

Beraming van die verklaringsmodel van siekte is gerig op die pasiënt se eiesoortige siening van gesondheid en siekte vanuit 'n biomediese en/of sosiokulturele perspektief en sy gevolglike siening van die implikasies daarvan (Chrisman, 1991a:49-52). Die biomediese perspektief behels 'n beskouing van siekte en behandeling daarvan, gerig op wetenskaplike beginsels (Chrisman, 1991a:49). Die sosiokulturele perspektief sluit in die ekwilibrium teorie, die bonatuurlike en die toorkuns verklaring. Vanuit die ekwilibriumteorie word siekte beskou as 'n wanbalans tussen liggaamsvloeistowwe, die hitte en koue stelsels van die liggaam, of 'n gebrek aan harmonie tussen die mens en die heelal. Die bonatuurlike verklaring bring siekte in verband met straf deur God of 'n god. Siekte is volgens die toorkunsverklaring as gevolg van toordery deur 'n ontstoke gees wat wraak neem vanweë disrespek of verwaarloosning van tradisionele praktyke (Chrisman, 1991a:49-50; Van Rensburg, 1981:40).

Die verklaringsmodel van siekte hou verband met behoeftes in die gesondheidsorgsituasie. Wanneer siekte in terme van die biomediese perspektief verklaar word, verwag die pasiënt wetenskaplik beproefde gesondheidsorg. Sou die sosiokulturele perspektief oorheers, kan behoeftes die volgende insluit:

- Betrokkenheid van die tradisionele heler om kwaadwillige invloede te besweer, rituele beskerming aan persone te verleen en geluk te verseker.

- Beoefening van religieuse rituele, insluitend gebed en reiniging.

- Verdrywing van geeste (Chrisman, 1991a:50; Van Rensburg, 1981:40; Malan, 1989:42; SKA 100-V, Enigste studiegid, 1991:332).

Kanale vir gesondheidsbevordering

Die hoofkanale vir gesondheidsbevordering is die professionele gesondheidsorgstelsel en die tradisionele versorgingstelsel. Die professionele stelsel verteenwoordig Westerse geneeskundige kanale. Die tradisionele stelsel sluit in tradisionele helers, tuisversorging en selfmedikasie (Akinsola, 1983:23 & 24). Die sosiale netwerk van familieleden en vriende wat by die siekte-episode betrokke was en steeds is, is deel van die tradisionele versorgingstelsel.

Beraming gerig op die kanale vir gesondheidsbevordering verwys na die identifisering van die praktisyns en/of instansies in die professionele gesondheidsorgstelsel en die generiese versorgingstelsel, wat betrokke is by die siekte-episode en waarna verwysing kan geskied (Akinsola, 1983:22 & 23; Chrisman, 1991a:51). Germain (1992:7)

beskou sodanige verwysing as 'n belangrike element van holistiese verpleging en Akinsola (1983:23) wys daarop dat die waarde van die tradisionele heler, veral ten opsigte van psigologiese steungewing, nie onderskat kan word nie.

Behandelingstrategieë

Beraming gerig op behandelingstrategieë, sluit in strategieë eie aan die sosiokulturele versorgingstelsel en kulturele gelowe van toepassing op dié van die professionele gesondheidsorgstelsel.

Die aard van sosiokulturele behandelingstrategieë wat reeds deur die pasiënt benut is of wat hy glo, benut behoort te word, word bepaal (Chrisman, 1990:12; Fulton, 1985:30). Dit sluit in natuurlike, magies-religieuse en alternatiewe fisieke intervensies (Anderson, 1987:10; Chrisman, 1991a:51; Spector, 1991:29). Die natuurlike behandelingsbenadering behels aanwending van die natuurlike omgewing soos kruie, plante, wortels en diereprodukte om gesondheid te bevorder (SKA 100-V, Enigste studiegid, 1991:335-336). Dit sluit ook rus en dieet in (Spector, 1991:29; Germain, 1992:2). Magies-religieuse behandelingstrategieë is byvoorbeeld die dra van geluksbringers, heilige gebede en die uitvoer van rituele om gode te paai (Akinsola, 1983:21; Spector, 1991:29). Alternatiewe fisieke intervensies behels byvoorbeeld tradisionele chirurgiese ingrepe (Chrisman, 1991a:51). Germain (1992:2) wys op die gerusstellende waarde van voortgesette deelname aan skadelose tradisionele praktyke.

Data rakende gelowe wat verband hou met geneeskundige behandeling soos die weiering om chirurgie te ondergaan omdat die gevaar bestaan dat bose geeste die liggaam kan binnedring en die pasiënt se toestand kan vererger, word ingewin (Leininger, 1984:44).

Verwagtinge

Beraming van verwagtinge behels die eise wat die pasiënt op die gesondheidsorgsituasie plaas. Verwagtinge spruit uit kulturele gelowe en gebruike. 'n Voorbeeld van sodanige verwagtinge is die verskaffing van emosionele steun wat nie noodwendig van die verpleegkundige vereis word nie, maar soms eerder van familieleden. In laasgenoemde geval sal buigsame besoekure vereis word. By kulture met kulturele waardes soos individualisme en onafhanklikheid, word gesondheidsorg gerig op selfsorg en individuele verantwoordelikheid vir gesondheid, hooggeskat. Waar waardes soos interafhanklikheid en handhawing van volkspraktyke heers, word klem gelê op steungewing deur die verwantskapsnetwerk en die benutting van tradisionele middels en praktyke. 'n Verdere voorbeeld is die gebruik om voedsel van die huis af as simbool van besorgdheid te bring, wat verwagting op die verpleegkundige plaas om sodanige gebruik toe te laat.

Interpretering van beramingsdata

Interpretering van beramingsdata geskied vanuit die pasiënt eerder as die verpleegkundige se oriëntasie (Burrows, 1983:479). Dit bring mee dat die gebruik om verpleegkundig-gesentreerde verpleegdiagnoses resepmatig aan te wend, bevraagteken word.

Anderson (1987:12) waarsku teen stereotipering van pasiënte deur te meld dat lidmaatskap van 'n besondere kultuurgroep nie noodwendig beteken dat 'n individu alle kerngelowe van dié kultuur aanhang nie. As gevolg van kontak met ander kulture vind akkulturasie, naamlik kultuurveranderinge plaas deurdat elemente van die vreemde kultuur oorgeneem word (SKA 100-V, Enigste studiegids, 1991:549).

BEPLANNING

In die gesondheidsorgsituasie, is twee gesondheidsorgstelsels in wisselwerking naamlik, die professionele gesondheidsorgstelsel en die tradisionele versorgingstelsel. Verpleegkundiges is by magte om kultureel kongruente gesondheidsorg te verseker deur middel van 'n kreatiewe sintese tussen die bovermelde stelsels (Leininger, 1991b:37-38; Chrisman, 1991a:47-49). Beide die verpleegkundige en pasiënt se waardes is betrokke by die gesondheidsorgsituasie. 'n Voorvereiste vir kultureel kongruente verpleging, is bewustheid by die verpleegkundige dat haar persoonlike en professionele waardes nie noodwendig ooreenstem met dié van die pasiënt nie en die verpleegkundige behoort haar kennis nie as meer geloofwaardig te beskou nie (Anderson, 1987:7, 12 & 13). Gagnon (1983:127) wys daarop dat verskillende waarde-oriëntasies tussen verpleegkundige en pasiënt kan lei tot verskillende sienings van wat 'n probleem is in 'n gegewe gesondheidsorgsituasie. Beplanning geskied daarom soos beraming, nie bloot vanuit die verpleegkundige perspektief nie, maar wel vanuit 'n kreatiewe sintese van die biomediese en sosiokulturele perspektiewe wat 'n pasiëntgesentreerde benadering impliseer (Burrows, 1983:479; Chrisman, 1986:67).

Indien uiteenlopende sienings bestaan oor die verklaring van siekte tussen die verpleegkundige en pasiënt, word 'n onderhandelde verpleegsorgplan met die pasiënt beding (Chrisman, 1990:12-14). Die onderhandelde plan weerspieël enige van die volgende:

- Die bewaring van skadelose kulturele praktyke soos die dra van geluksbringers of die betrokkenheid van verwante.
- Die daarstelling van tydelike aanpassings om gesondheid te bevorder. Voorbeelde is die tydelike weerhouding van natuurlike middels tydens die inname van farmaseutiese geneesmiddels en die aanpassing van die verpleegkundige roetine om voorsiening te maak vir die uitvoering van rituele.
- Die herstrukturering van skadelike kulturele

praktyke byvoorbeeld chirurgiese ingrepe deur die tradisionele heler (Leininger, 1991b:41-44; Stasiak, 1991:196).

Chrisman (1991b:34) sê dat beplanning van toepassing op gemeenskapsverpleging aanpas by die pasiënt se alledaagse lewenswyse en dat beplanning vir ontslag uit die hospitaal die pasiënt in staat behoort te stel om mediese en kulturele eise te hanteer.

IMPLEMENTERING

Tydens die implementeringsfase word daar in die biomediese en sosiokulturele behoeftes van die pasiënt voorsien, met ander woorde kultureel kongruente verpleging word op grond van die onderhandelde plan voorsien (Chrisman, 1986:67; Chrisman, 1982:126). Dit sluit verwysing na die tradisionele versorgingstelsel in. In die geval van gemeenskapsverpleging geskied implementering in samehang met die tradisionele stelsel (Chrisman, 1986:68). Germain (1992:9) sê dat 'n gebrek aan samewerking by die pasiënt kan voorkom indien siekte nie vanuit die biomediese en sosiokulturele perspektief benader word nie.

EVALUERING

Tydens evaluering behoort die verpleegkundige en pasiënt se perspektiewe met betrekking tot die effek van verpleegtussentredes in ag geneem te word. Evaluering geskied dus vanuit die biomediese en sosiokulturele perspektief. Die saak word verder toegelig deur 'n onderskeid te tref tussen siekte, siektetoestand en ongesteldheid. Siekte is die kultureel universele gevoel by die mens dat hy ongesteld is, terwyl kulturele variasie ten opsigte van die verklaring daarvan vanuit 'n biomediese of sosiokulturele benadering, voorkom. Ongesteldheid is die persoonlike ervaring van siekte wat deur die mens vanuit die sosiokulturele perspektief verklaar word. Siektetoestand is die professionele siening van siekte vanuit 'n biomediese benadering en gaan gepaard met klassifikasie daarvan volgens wetenskaplik-biologiese bewyse (Chrisman, 1991a:47). Die pasiënt kan byvoorbeeld van mening wees dat hy uit die hospitaal ontslaan behoort word vanweë die feit dat hy baie beter voel as tydens opname, terwyl die verpleegkundige nie die mening deel nie op grond van fisieke simptome wat nog nie bevredigend opgehef is nie. 'n Verdere voorbeeld is dat die verpleegkundige van mening kan wees dat 'n pasiënt se toestand vererger op grond van laboratorium-verslae, terwyl die pasiënt van mening is dat hy beter voel en dus aansterk. Dit is dus duidelik dat die verpleegkundige se siening van die situasie nie noodwendig die pasiënt s'n weerspieël nie.

SLOT

Verpleging binne multikulturele konteks noodsaak toepassing van die wetenskaplike verpleegmetode volgens 'n transkulturele verplegingsbenadering. Dit behels die bou van 'n brug tussen die kultuur van die verpleegkundige en dié van die pasiënt. 'n Kreatiewe benadering tot die wetenskaplike verpleegmetode stel die verpleegkundige in staat om kultureel kongruente verpleging te verseker. Kultureel kongruente verpleging is gerig op biomediese en sosiokulturele beginsels wat van toepassing is op 'n besondere gesondheidsorgsituasie.

** Die inligting wat vervat is in hierdie artikel, spruit uit navorsing vir 'n Magistergraad by die Universiteit van Suid Afrika*

VERWYSINGS

AKINSOLA, HY 1983: Behavioural science for nurses. London: Churchill Livingstone.

ANDERSON, JM 1987: The cultural context of caring. Canadian Critical Care Nursing Journal, 4(4):7-13.

BOYLE, JS 1989: Alterations in lifestyle: transcultural concepts in chronic illness. (In: Boyle, JS & Andrews, MM eds. 1989: Transcultural concepts in nursing care. Philadelphia: Lippincott:223-241.)

BURROWS, A 1983: Patient-centered nursing care in a multi-racial society: the relevance of ethnographic perspectives in nursing curricula. Journal of Advanced Nursing, 8:477-485.

CAPERS, CF 1992: Teaching cultural content: a nursing imperative. Holistic Nurse Practice, 6(3):19-28.

CHRISMAN, NJ 1982: Anthropology in nursing: an exploration of adaptation. (In: Chrisman, NJ & Maretzki, TW eds. 1982: Clinical applied anthropology. Dordrecht: Reidel:117-140.)

CHRISMAN, NJ 1986: Transcultural care. (In: Zschoche, D ed. 1986: Mosby's comprehensive review of critical care. St.Louis: Mosby:58-69.)

CHRISMAN, NJ 1990: Expanding nursing practice with culture-sensitive care: a new approach to transcultural nursing. Unpublished: University of Washington.

CHRISMAN, NJ 1991a: Cultural systems. (In: Baird, S; McCorkle, R & Grant, M eds. 1991: Cancer nursing: a comprehensive textbook. Philadelphia: W.B. Saunders:45-54.)

CHRISMAN, NJ 1991b: Culture-sensitive nursing care. (In: Patrick, SL; Woods, RF; Craven, RF; Rokosky, JS & Bruno, PM eds. 1991: Medical-surgical nursing: pathophysiologic concepts; second edition. Philadelphia: Lippincott:34-47.)

DE HAAN, M 1988: Die gesondheid van Suider-Afrika; eerste uitgawe. Kaapstad: JUTA.

DE VILLIERS, L 1994: Operasionalisering van Leininger se Verpleegteorie "Culture Care Diversity and Universality" in die kurrikulum. Pretoria: Universiteit van Suid-Afrika: (M.A.Cur. Verhandeling).

FULTON, C 1985: Integrating cultural content into the nursing curriculum. Nurse Educator, January-February 1985:16-31.
GAGNON, AJ 1983: Transcultural nursing: including it in the curriculum. Nursing and Health Care, March 1983:127-131.

GERMAIN, CP 1992: Cultural care: a bridge between sickness, illness and disease. Holistic Nurse Practice, 6(3):1-9.

GIGER, JN & DAVIDHIZAR, R 1990: Transcultural nursing assessment: a method for advancing nursing practice. International Nursing Review, 37(1):199-202.

HERBERG, P 1989: Theoretical foundations of transcultural nursing. (In: Boyle, JS & Andrews, MM eds. 1989: Transcultural concepts in nursing care. Philadelphia: Lippincott:3-59.)

LEININGER, MM 1984: Transcultural nursing: an essential knowledge and practice field for today. Canadian Nurse, 80(11):41-45.)

LEININGER, MM 1991a: Celebration of nursing: a transcultural human care ethos with ethical considerations. Keynote centennial address for one hundred years of nursing in South Africa. Unpublished: UNISA.

LEININGER, MM ed. 1991b: Culture Care Diversity and Universality: a theory of nursing. New York: NLN.

LEININGER, MM 1994: Teaching and learning transcultural nursing. (In: Mashaba, TG & Brink, HIL eds. 1994: Nursing education: An international perspective. Kenwyn: Juta:207-225.)

LUNA, LJ 1989: Transcultural nursing care of Arab Muslims. Journal of Transcultural Nursing, 1(1):22-26.

MALAN, JS 1988: The cosmological factor in development programmes. Suid-Afrikaanse Tydskrif vir Etnologie, 11(2):61-66.

MALAN, JS 1989: Ontwikkelingsperspektief vanuit kognitiewe antropologie. Suid-Afrikaanse Tydskrif vir Etnologie, 12(2):39-49.

MORSE, JM & ENGLISH, J 1986: The incorporation of cultural concepts into basic nursing texts. Nursing Papers: Perspectives on Nursing, 18(2):69-76.

SKA 100-V 1991: Sosio-kulturele Antropologie: Enigste Studiegids vir SKA 100-V. Pretoria: Departement Antropologie en Inheemse Reg UNISA.

SPECTOR, RE 1991: Cultural diversity in health and illness. Norwalk: Appleton & Lange.

STASIAK, DB 1991: Culture Care Theory with Mexican Americans in an urban context. (In: Leininger, MM ed. 1991: Culture Care Diversity and Universality: a theory of nursing. New York: NLN:179-202.)

VAN RENSBURG, HCJ 1981: Die aard en stand van tradisionele Nie-Westerse of stammedisyne in Suid-Afrika. Curationis, 4(2):37-44.