



WETENSKAPLIKE BYDRAES VAN DIE PU VIR CHO
Reeks H: Inougurele Rede nr. 82

KONSEPTUALISERING IN VERPLEGING

Fredrika M.J. de Villiers

Rede uitgespreek by die aanvaarding van die amp as Hoogleraar in die Departement Verpleegkunde aan die Potchefstroomse Universiteit vir Christelike Hoër Onderwys op 1 Augustus 1980.

Potchefstroomse Universiteit vir CHO
Potchefstroom
1981

KONSEPTUALISERING IN VERPLEGING

Fredrika M. J. de Villiers

1. EKSPOSISIE

Om alles in perspektief te stel is dit nodig om so 'n bietjie geskiedenis te konstrueer.

Wanneer 'n terugblik gewerp word, blyk dit duidelik dat die gedying van die verpleegberoep moeilik van dié van die mediese beroep onderskei kan word.

Medisyne en verpleging is die oudste van die gesondheidsprofessies. Later het die aptekerswese bygekom, en vandag word die drie as die hoekpilare van die gesondheidsdienste gesien. Al drie het hulle ontstaan aan die nood van die mens te danke, en reeds deur baie eeue gee al drie die professies eendragtig antwoord op hierdie roep van die mens.

Verpleging is so soud soos die mens self. Dit het die genesing voorafgegaan, en met die ontplooiing van die mediese praktyk om die pas aan te gee het verpleging saam met die mediese diens vooruitgegaan. Met die verloop van tyd het di verpleegberoep hom op 'n subtile wyse van sy medeganger, die mediese beroep, differensieer maar bly in die proses nie onaangeraak nie, en mettertyd word 'n stempel van die geneeskunde daarop al hoe duideliker (Kotze, 1969, p. 34), selfs inso 'n mate dat sommige verpleegkundiges na verpleging as 'n mediese model verwys het — 'n model wat op siekte en behandeling daarvan toegespits is. Met die verloop van die emansipasieproses van verpleging het verpleegkundiges gepoog om die verpleegpraktyk as 'n entiteit in sy eie reg te konseptualiseer. Daar is verskeie voorbeelde van die konseptualiseringsmodelle onder andere:

1. Die sisteemmodel van aanpassings of gedragsmodel van Dorothy Johnson;
2. die ontwikkelingsmodel of die gesondheid/siektekontinuum van Erikson;
3. die lewensprosesmodel van Rogers;
4. die holistiese model van Levine;
5. die selfsorgmodel van Orem en
6. die interaksie-transaksie-model van King.

Die verskyning van hierdie verskillende modelle demonstreer die behoefte om die praktyk van verpleging te konseptualiseer in die vorm van 'n verplegingsmodel wat al die dimensies van omvattende sorg insluit. Die aanvaarding van die verpleegproses as metodologie van ons praktyk bevestig vordering in die rigting. Dit identifiseer verpleging as 'n probleem-oplossingsproses teenoor die vorige siening dat verpleegsters net op dokters-bevele gereageer het. Die feit dat ons oor 'n gespesialiseerde metodologie beskik wat binne 'n konseptuele raamwerk van praktyk opereer, bied die outoriteit aan verpleging wat nodig is om gesondheidsdienste kwalitatief te beïnvloed.

Tereg wys Searle (1975, p. 25) daarop dat die verpleegkundige praktyk 'n basiese komponent van die beoefening van die geneeskundige praktyk in die konteks van gesondheidsdienste is en nie 'n aanvullende diens daartoe nie. Verpleging is vandag nog die onmisbare arm van die geneeskunde — in so 'n mate selfs dat die funksie van die verpleegster gekwalifiseer word as beide 'n instrumentele en ekspressiewe arm van die geneeskunde. Die geneesheer en verpleegster het albei dieselfde funksie van totale omvattende sorg op voorkomende, bevorderende, genesende en rehabiliterende vlak, behalwe dat die klem op voortreflikheid, diepte en breedte in die samestellende faktore van hulle funksies wissel.

Dit is ongetwyfeld waar dat alle wetenskaplike, tegnologiese en sosiale ontwikkelinge wat met die polsslag van die tyd aan die genesing vorm gegee en dit in so 'n mate beïnvloed het dat daar met reg van 'n revolusie op mediese gebied gepraat kan word, 'n diep spoor op die wese van verpleging as diens aan die medemens sou laat (Kotze, 1969, p. 34).

2. KONSEPTUALISERING IN VERPLEGING

2.1 Die konsep verpleging

Verpleging as 'n unieke diens in die samelewing is in 'n periode van oorgang, en in die huidige staat van ontwikkeling is dit van kardinale belang om opnuut na die wetenskaplike fundering van die verpleegpraktyk te kyk. Hiervoor is teoretiese formulerings essensieel. Konsepte is die basiese boublokke van teorieë en moet daarom presies en eksplisiet gedefinieer wees om wetenskaplikes in staat te stel om die betekenis tussen verskillende konsepte te onderskei (Fawcett, 1978, p. 50).

Konsepte kan volgens die Komitee van Concept formalization in Nursing (1973, p. 2) beskryf word as “extensions of percepts, as a grasp of overall

structure obtained by the isolation and identification of relevant factors and relationships in orderly array. Conceptualization about nursing, then, enables us to cast the complex phenomena observed in nursing cases and situations into manageable models or simplified approximations of the real world of nursing”.

’n Konsep van verpleging is dus “a necessary tool to look at this reality differently in the fields of theory development, research, practice, and education. A concept of nursing will identify the elements and relationships upon which the nurse should focus in nursing situations” (King, 1971, p. 22).

Daar is talle konseptualiseringsmodelle van verpleging wat wissel van Florence Nightingale tot die mees hedendaagse.

2.1.1 In Florence Nightingale se konseptualisering van verpleging word die volgende dimensies onderskei:

- (a) Sy onderskei tussen die begrippe gesondheid, siekte en goeie gesondheidspraktyke en bring dit met verpleging in verband.
- (b) Sy onderskei ook tussen twee tipes verpleging en heg simboliese konnotasies daaraan — die een noem s die “art of nursing proper”, en dit is die kuns om die sieke te verpleeg; en die ander “health nursing or general nursing” (Concept formalization in nursing, 1973, p. 35).

“The two types of nursing are conceptualized as having a common general purpose and each type as having a specific purpose” (p. 38).
“Both kinds of nursing are to put us in the best possible position for nature to restore or to preserve health — to prevent or to cure disease or injury” (p. 35).

- (c) Verpleging word met medisyne in verband gebring met die spesifisering dat die doel van verpleging dieselfde is afgesien van die vorm van behandeling (medies of chirurgies) wat die pasiënt ontvang.
- (c) Geneeshere en snykundiges word gespesifiseer as “partly to mainly dependent upon nursing proper for ‘natures’ success or failure in ‘her attempt to cure by sickness’ ” (p. 38).
- (e) “Nursing is conceptualized as an art and as a body of knowledge. Knowledge essential for nursing the sick includes medicine, surgery and hygiene”.

2.1.2 Virginia Henderson se konsep van verpleging — wat internasionaal erken word — behels dat “Nursing is primarily assisting the individual (sick or well) in the performance of those activities contributing to health, or its recovery (or to a peaceful death) that he

would perform unaided if he had the necessary strength, will or knowledge. It is likewise the unique contribution of nursing to help the individual to be independent of such assistance as soon as possible" (Henderson, 1966, p. 5).

- 2.1.3 Resenter konseptualiseringsmodelle van verpleging sluit konsepte soos aksie, reaksie, interaksie en transaksie in die verplegingsproses in (King, 1968). Bevordering en instandhouding van optimale gesondheid en selfsorg word ook deur verskillende verpleegkundiges in 'n konsep van verpleging geïnkorporeer (Johnson, 1959; Orem, 1971; Rogers, 1970; Travelbee, 1971; Yura & Walsch, 1973).

Tans word daar geneig na 'n sistematiese bepaling van die essensie van verpleging, na suiwer definiering van konsepte, na 'n etimologiese fundering van die konsep verpleging en na die uitbouing van die wetenskap van verpleging (Yura & Walsch, 1973, p. 10).

Inherent in die konseptuele modelle van verpleging is 'n konstellasie van handelinge, bestem om die doel van verpleging te vervul, bekend as die verpleegproses. Die verpleegproses het ontplooi as 'n verwysingsraamwerk vir navorsing (Andreoli & Thompson, 1977, p. 37). Die verpleegproses word geïdentifiseer as die spesifieke aktiwiteit wat verpleging van ander gesondheidsorgdissiplines onderskei. Yura & Walsch (1973, p. 23) konseptualiseer die verpleegproses as "an orderly, systematic manner of determining the client's problems, making plans to solve them, initiating the plan or assigning others to implement it, and evaluating the extent to which the plan was effective in resolving the problems identified".

Fundamenteel aan die ontwikkeling van die verpleegproses is die verpleegster se vermoë om 'n verplegingsdiagnose te maak en verplegingstrategieë voor te skryf. Verplegingsdiagnose is 'n bepaling van die aard en omvang van verpleegprobleme wat die pasiënt verbeeld. Dit is 'n onafhanklike funksie van die professionele verpleegpraktisyn.

Andreolie & Thompson (1977, p. 37) konstateer dat "nursing continues to move forward in its search for knowledge and validation of current knowledge — true qualities of a scientific discipline".

2.2 Die konsep 'Teorie van verpleging'

Die sisteem van kennis wat as die rasionaal vir die verpleegpraktyk dien, het die konseptuele en sintaktiese strukture wat as horisone van verwagtinge en voorbeelde van kenmerke denkwyses oor die verpleegfenomeen dien.

Begrip van hierdie ontwerpe is essensieel vir verpleegonderwys, -praktyk en -navorsing (Carper, 1978, p. 13-14). Want in 'n kliniese dissipline, soos verpleging, is teorie, navorsing en praktyk onderling verwant en onderling afhanklik. "Theory is born in practice, refined in research, and returned to practice in a continuing cycle. To theorize is to invent a conceptual framework to some purpose" (King, 1971, p. 23).

'n Teorie is meer as 'n beskrywing van gebeure. Dit word gekonseptualiseer as "a set of interrelated (concepts), definitions, and propositions that present a systematic view of phenomena by specifying relations among variables" (Fawcett, 1978, p. 59). Met ander woorde, die konsep 'teorie' verwys na 'n stel geverifieerde, onderlingverwante konsepte en stelling wat toetsbaar is (Hardy, 1978, p. 40).

In resente jare het verpleging as dissipline baie tyd en aandag bestee aan die ontwikkeling van kennis omtrent teorieë, modelle en begripsraamwerke ten einde die verpleegpraktyk te rig en die grense van sy terrein te bepaal. Verpleegkongresse, joernale en curriculums reflekteer hierdie belangstelling en besorgheid.

Ten einde 'n teorie van verpleging te ontwerp is dit noodsaaklik om van die stadiums van wetenskaplike ontwikkeling bewus te wees. Kuhn (1970) verwys na die verskillende ontwikkelingsstadiums van wetenskaplike kennis in sy model: "The structure of scientific revolutions", naamlik

Die preparadigmastadium is die vroeë fase van wetenskaplike ontwikkeling wat deur verskillende gedagtestrominge gekenmerk word. Alhoewel dieselfde fenomeen onder die loep is, word dit gewoonlik op verskillende wyses beskryf en geïnterpreteer.

Kuhn is van mening dat die vooruitgang van wetenskaplike kennis as gevolg van 'n wetenskaplike revolusie geskied. In elke revolusie word 'n bestaande paradigma met sy geassosieerde teorieë, konsepte en navorsingsmetodes omvergewerp, wanneer anomalieë in die geakkumuleerde gegewens nie verantwoord kan word nie. Dan word dit deur 'n nuwe paradigma met sy teorieë, konsepte en metodes wat die anomalieë volledig kan verantwoord, vervang.

Die metaparadigma in hierdie model is van groot belang: dit is 'n gestalt binne 'n dissipline, en "it provides a map which guides the scientist through the vast, generally incomprehensible world. It gives scientific endeavour which would not be present if scientists were to explore randomly. The metaparadigm is the broadest consensus within a discipline. It provides the

general parameters of the field and gives scientists a broad orientation from which to work" (Kuhn, 1970, p. 19).

'n Meer beperkte tipe van paradigma is die eksemplaar. Dit is konkreter en spesifieker as die metaparadigma (*ibid.*, p. 175). 'n Dissipline kan verskeie eksemplaarparadigmas hê wat die aktiwiteite van die wetenskap rig. Hierdie twee paradigmas word primêr op hulle vlak van abstraksie onderskei. 'n Metaparadigma mag verskeie eksemplaarparadigmas insluit.

Met ander woorde die metaparadigma of bestaande paradigmas in 'n dissipline verteenwoordig 'n algemene oriëntering of 'n gestalt wat die wetenskaplike in 'n partikuliere dissipline hou.

Wat het paradigmas nou met 'n verplegingsteorie te doen?

Indien Kuhn se konseptualisering van wetenskaplike ontwikkeling korrek is en indien verpleging wel in 'n preparadigma- of transisiestadium is, dan is die tyd en aandag wat aan die bestaande verplegingskonseptualiserings bestee word, die huidige besorgdheid oor konseptuele raamwerke, modelle, teoriekonstruksie en navorsingsmetodes alles deel van 'n evolusionêre proses wat ander dissiplines al ervaar het en wat verpleegkundiges nog in die gesig moet staar.

"The preparadigm stage of science is one of confusion and frustration, with much dispute over theory research and frequent factional power struggles. Nurse scientists who realize this may be able to raise themselves above the battleground and focus their efforts and skill on developing sound nursing knowledge. Their work to solve very specific nursing care problems may contribute significantly to developing sound nursing knowledge. Their work to solve very specific nursing care problems may contribute significantly to developing exemplar paradigms and a predominant nursing paradigm, when developed, will make it possible for nurses to define more clearly their own subject matter. While working on knowledge for practice, nurse scientists must at present tolerate loosely constructed theoretical notions" (Hardy, 1978, p. 40).

Verpleging as 'n gesondheidsprofessie het drie basiese verantwoordelikhede:

1. Die samelewing se gesondheidsbehoefte wat die basiese rede vir die bestaan van die beroep is, moet bevredig word;
2. voldoende personeel wat voorberei en gemotiveerd is om aan hierdie behoeftes te voldoen, moet geworf, opgelei en behou word, en
3. 'n sisteem van wetenskaplike kennis wat as onderbou vir die praktyk dien, moet ontwikkel en uitgebou word, want sonder 'n onderbou van

kennis van wetenskaplike kwaliteit kan die verpleegpraktisyne nie op 'n professionele vlak funksioneer nie.

Die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging (Records: SARV, 1979) konseptualiseer verpleegkunde as "a human clinical health science that constitutes the body of knowledge for the practice of persons registered or enrolled under the Nursing Act, as nurses or midwives. Within the parameters of nursing philosophy and ethics, it is concerned with the development of knowledge for the nursing diagnosis, treatment and personalized health care of persons exposed to, or suffering, or recovering from physical or mental health. It encompasses the study of preventive, promotive, curative, and rehabilitative health care for individuals, families, groups and communities, and covers man's lifespan before birth".

Hierdie definisie van verpleging as 'n wetenskap is omvattend en eksplisiet, en tog is 'n enkele definisie van verpleging of wetenskap veel meer as die eindtotaal van die dele; dit kan nie die totale omvang van verpleegpraktyk, verpleegproses of verpleegnavorsing en verpleegonderwys omvat nie.

3. VERANDERLIKES WAT DIE GESONDHEIDSDIENSTE BEÏNVLOED EN GEVOLGLIK KONSEPTUALISERING IN VERPLEGING NOODSAK — 'N TOEKOMSPERSPEKTIEF

Daar is talle veranderlikes wat die eise vir gesondheidsdienste beïnvloed, en van die belangrikstes sal kortliks bespreek word.

3.1 Demografiese groei

Vanuit Meadows *et al* (1972) se konsepsuele model van wêreldproblematiek blyk dit duidelik dat deur die verloop van die geskiedenis talle parameters, onder andere bevolking, voedselbehoefte, energieverbruik, ekologiese uitputting ensovoorts, eksponensieel groei. Die wêreldbevolking is tans ongeveer 3 800 miljoen. Dit het in die afgelope 38 jaar verdubbel. Die voorspelling is dat dit binne die volgende 33 jaar weer sal verdubbel. Indien die wêreldbevolking eksponensieel moet groei, sal dit ongeveer 7 000 miljoen in die jaar 2000, 14 000 miljoen in 2030 en so voort bereik. Hulle het tot die skokkende ontdekking gekom dat die wêreldbevolking teen selfs 'n vinniger tempo toeneem. Let wel! Dit is nie net 'n teorie nie; die wêreld is alreeds in hierdie toestand. Die bevolkingsontploffing het veral betrekking op die Derde Wereld.

'These countries already house more than 70% of the total population of the world and are responsible for 90% of the increase in world population; yet they produce only 16% of total world production, as apposed to the 83% contribution of the industrialized world which house 26% of the worlds' population' (De Villiers, 1976, p. 52).

Hierteenoor is die aantal geboortes dwarsdeur die hele Westerse wêreld aan die afneem. Die rede bly nog steeds onbekend, ten spyte van 'n aantal teorieë wat die lig gesien het. Dit sal heeltemal foutief wees om te veronderstel dat die moderne metodes van kontrasepsie en aborsie alleen daarvoor verantwoordelik is. Baie dieper redes moet gesoek word waarom mense verkies om wel kinders of geen kinders te hê nie (Nuttal, 1975, p. 41).

Nuttal (1975, p. 42) wys ook daarop dat daar teen die jaar 2 000 nie net 'n groter bevolking as tans sal wees nie, maar dat die bevolkingsvoorkoms ongewoon sou wees omdat "it is starting to resemble not a pyramid but a mushroom with burgeoning elderly population". Met bejaardheid kom daar ook 'n toename in chroniese siektes, wat met verbetering in simptomaties mediese behandeling die bejaardes se lewensomstandighede verbeter en verleng in siektetoestande wat vroeër fataal sou wees. Dit is egter ook 'n bydraende faktor dat verpleegsters en geneeshere nie net in geriatryse sale nie maar ook mediese sale groot getalle bejaardes versorg.

Daar is verskillende konseptualiseringsmodelle wat die gevolge van oorbevolking tipeer. Green (1977, p. 24) gebruik die term *megaramp*, wat hy gemunt het om die waarskynlike katastrofes van die 1980-erjare saam te vat. Volgens hom is daar verskeie redes wat daarop dui dat die erns van rampe in terme van hulle menslike invloed in die jaar 2 000 sal toeneem. "What is not often appreciated is that even within the group of LDC's (less developed countries) the least developed worst-disaster-prone countries have a yet higher population growth rate, so that the 1980's will see many more poor, hungry, or near-hungry people crowded into the very areas of the globe, where historically, disasters have occured most often". Die president van die Wêreldbank, mn. McNamara (1973) wys daarop dat die helfte van die mense van die Derde Wêreld aan hongersnood of wanvoeding ly, dat tussen 20 en 25% van hulle kinders sterf voor vyfjarige leeftyd, dat miljoene van die kinders wat dit oorleef, aan fisieke en onomkeerbare breinbeskadiging as gevolg van wanvoeding ly. Die lewensverwachting is 20 jaar laer as in die ontwikkelde wêreld. Daar is oor die 3 miljoen kinders in die krisis vasgevang. Chroniese onder- en wanvoeding sal op sy beurt weer 'n toename in epidemiese toestande tot gevolg hê — siektes wat ook in 'n gegewe gebied as uitgewis beskou is, byvoorbeeld pokke en cholera, wat gedurende 1973 in Etiopië versprei (p. 27).

Bevolkingstoename is nie die enigste rede vir die komende 'megarampe' nie. Die inkorting van dringende ontwikkelingsprogramme in sommige lande het tot 'n agteruitgang van die sosiale ontwikkelingsproses gely — minder mense verkry die nodige onderwys, inenting, opleiding, voeding ensovoorts.

As gevolg van stygende energiekoste, voedselpryse, water- en lugerosie van lande, politieke krisisse, etniese konflikte in sommige gevalle, 'n agteruitgang van die ekonomiese en sosiale ontwikkelingsprosesse in verskeie van die wêreld se armste en mees digbevolkte gebiede, "a substantial number of countries have become so marginal economically that they simply cannot afford to have a disaster. They have no defenses left" (Green, 1977, p. 25).

Nog 'n veranderlike — die weer — kan die rampe wat die lande nie kan bekostig nie, verhaas. Die CIA voorspel toekomstige wêreldklimaatveranderinge wat die groeiseisoen oor feitlik die hele aarde sal verkort en wat geweldige droogtes en oorstromings in baie dele sal veroorsaak. "The result, according to its report, will be famine and starvations on a scale yet unknown and a period in which the politics of food will become the central issue of every government" (Green, 1977, p. 25).

Green (1977, p. 27) is van mening dat "these factors may have such adverse consequences that disaster relief coordination activities will be more prominent, that efforts at disaster prevention in the next two decades ... My fear is that the multiple crises we will have to face in the next 15 years may distract us from preventive measures".

Nog 'n kritieke veranderlike wat ons toekomstige samelewing en gesondheid sal beïnvloed, is die beperkte hoeveelheid grond wat vir lewe en werk beskikbaar is. Die beperktheid van beskikbare lewensruimte, gepaard met die versnelde tendens tot verstedeliking, sal horisontale uitbreiding bemoeilik, indien nie onmoontlik maak nie. Dit is belangrik om in hierdie verband te besef dat met toenemende kompleksiteit (en engheid) van organisasies die getal van tussenpersoonlike verhoudinge van individue geometries vermeerder.

Deur sosioëkonomiese en politieke magte sal ons toekomstige samelewing waarskynlik toenemend groepgeoriënteerd en hoogs georganiseerd word. Groeporiëntering ontplooi geleidelik maar teen 'n toenemende momentum in die vorm van groot ondernemings, groot industrieë, massa-arbeid en groot regerings. Psigososiale studies toon dat die progressiewe groei van groot hiërargies geordende inrigtings tot gevolg het dat werkgewers meer tot groepdoelstellings neig. In groepgeoriënteerde milieus word eendragtigheid beklemtoon en individuele verwagtings verflou.

Psigososiale spanninge sal in die toekoms ander oorsake hê as vandag, as gevolg van die groep-ego wat belangriker as die individuele ego sal wees. In plaas dat die individu net met homself behep is, sal hy dit toenemend nodig vind om sy oriëntasie te verander om as deel van die groep in te pas ten einde deur sy gemeenskap aanvaar te word of om inderdaad te oorleef.

Die toekomstige mens kan selfs sy siekte as skeiding van die groep beleef en gesondheid as integrasie in die groep ervaar. Een van die toekommens se grootste besorgthede kan die bedreiging van fisieke en psigologiese afskeiding van die groep word. Psigiaters identifiseer tans reeds so 'n 'skeidingsangs' met toenemende frekwensie onder mense wat in groot inrigtings werk (Lesse, 1978, p. 75).

3.2 Die veranderde gesondheidsprofiel van die Suid-Afrikaanse bevolking

Met die industrialisasie van die RSA na die Tweede Wêreldoorlog en die ontwikkeling van groot stedelike gemeenskappe het aansteeklike siektes in die agtergrond verdwyn, terwyl beroepsrisiko's al hoe meer voorgekom het. Verbeterings in lewensstandaarde het die onvermydelike siektes van welvaartsgemeenskappe meegebring, en koronêre hartsiektes het epidemiese afmetings aangeneem. Met die veroudering van die bevolking het degeneratiewe siektes soos chroniese bronchitis, kongestiewe hartsiektes, artritiese toestande, metaboliese kwale soos diabetes en kanker al hoe meer voorgekom (Departement Gesondheid, 1976, p. 6).

Verder is daar ook 'n toename in die aantal pasiënte wat psigiatriese behandeling ontvang. Vergelyk ook die hoë ongeluksyfer op die paaie, in die huise en aan die grense van ons land, as gevolg waarvan groot getalle pasiënte in ortopediese hospitale, neurochirurgiese sale en ander intensiewe verpleeg-eenhede lê.

Verder is daar ook 'n toename in alkoholisme, dwelmverslawing en veneriese siektes as gevolg van die toenemende permissiwiteit van die samelewing (Searle, 1975, p. 37). Onkunde van die gemeenskap ten opsigte van die voorkoming van siekte en positiewe bevordering van gesondheid lei tot algemene gesondheidsverval, met gevolglike eise vir uitgebreide gesondheidsdienste (Searle, 1975, p. 37).

3.3 Die vraag na voorkeure, wat die laaste helfte van die sewentigerjare van die huidige eeu domineer (vergelyk die keuse van pasiënte vir hemodialise en hartoorplanting) sal steeds 'n probleem vir die gesondheidsbeplanner bly. Tereg wys Nuttal (1975, p. 42) daarop dat teen die einde van die eeu

“there will have to be acknowledgement of rationing — rationing of health care ... heart transplants versus the care of the mentally subnormal, renal dialysis versus chronic geriatric care”.

3.4 Demografiese uitbreiding sowel as demokratisering bring mee dat die vraag na gesondheidsdienste al groter word. Die konsep dat elke mens die reg op 'n omvattende gesondheidsorgdiens het, het geweldige sosiopolitieke en ekonomiese implikasies ten einde die gesondheidsdienste beskikbaar te stel. Dit is alreeds genoem dat die Suid-Afrikaanse bevolking ongeveer die 42 miljoenvlak teen die jaar 2 000 sal bereik. Dit is ook die beleid van ons Suid-Afrikaanse regering dat elke landsburger selfs in die afgesonderdste dele van ons land toegang tot gesondheidsorgfasiliteite moet hê. As instrument daartoe is die Wet op Gesondheid, nr. 63 van 1977 ontwerp. Dit is wat ons op die oomblik besig is om te voorsien en uit te brei. Die belangrikheid van 'n omvattende gesondheidsdiens in teenstelling met 'n suiwer geneesdiens word nou algemeen aanvaar. Daar is 'n toenemende bewustheid dat die oorbeklemtoning van die genesingsaspekte van 'n gesondheidsdiens gekoppel aan die betreklike gebrek aan belangstelling in die voorkomende en bevorderende aspekte van gesondheid nou beslis anachronisties is. Nieteenstaande hierdie tendense is daar nog 'n merkbare verskil tussen die uitgawes op genesings- en voorkomingsdienste. Slegs 2% van die betrokke uitgawes word aan laasgenoemde bestee (Departement Gesondheid, 1976, p. 6).

Geneeshere sal nie in staat wees om al hierdie gesondheidsdienste te voorsien nie. Dit is nie alleen onmoontlik nie maar ook onprakties en sal ook baie onekonomies wees (Searle, 1976, p. 11). Bodenstein, wat selfs 'n geneesheer is, konstateer dat die geneeshere self die onmoontlikheid besef om al die vereiste dienste te lewer, en sien as oplossing die opleiding van mediese assistente in groot getalle (1975, p. 21).

Wat die geneeshere egter vergeet het, is die feit dat die RSA oor 47 527 geregistreerde verpleegsters beskik, asook oor duisende ingeskrewe verpleegsters, om nie eers van die groot getalle hulpverpleegsters te praat nie (Statistieke van SAVV, 1978). Meer nog, die verpleegprofessie is sterk gekommitteer tot uitbreiding van die verpleegster se rol. Die volhardende propaganda vir die mediese assistent het die verpleegsters tot 'n eenparige protes asook kreatiewe denke en vooruitbeplanning aangespoor. Die uitbreiding van die verpleegster se rol in die veld van primêre gesondheidsorg is bedreig, en dit is 'n belangrike dimensie waarin die verpleegster se toekomspraak en roeping lê. Dit verg egter noukeurige konseptualisering en opleiding. Die toepassing van die omvattende gesondheidsstelsel in die selfregerende Swart state met gevolglike uitbreiding van primêre gesondheidsorg dra by tot die toekomstige voorbereiding om hierdie uitdaging die hoof te bied.

Daar is tans 'n toenemende erkenning van die belangrikheid van die rol van die verpleegster asook die geneesheer-verpleegstersamewerking in uitbreiding van gesondheidsdienste om in die toenemende vraag te voorsien. "Another growing concept is that of joint practice. Joint practice is nurses and doctors collaborating as colleagues to provide patient care. The perspective is that the expansion of knowledge requires a reordering of the division of labour. Functions formerly under the jurisdiction of medicine only, are now commonly performed by nurses". In Amerika is dit al praktyk dat geneeshere verpleegstes as vennote in diens neem. Verpleegsters doen rondtes by die geneesheer se pasiënte, skryf voorskrifte uit en dien behandelings onder sy leiding toe (Krauss, 1979, p. 134-5). Dit is ook nie vreemd dat sommige geneeshere deur die emansipering van die moderne verpleegster bedreig voel nie.

Die verplegingsprofessie het lank gelede al besef dat die radius waaroor die geneesheer sy onmiddellike toesig kan uitoefen, geleidelik begin verminder, en namate die ontwikkeling in die biomediese wetenskappe floreer, sal die aantal pasiënte wat regstreekse persoonlike sorg van die geneesheer verkry, verminder weens die kompleksiteit van die werk van die geneesheer wat tydwonder word (Searle, 1976, p. 12). Searle (*ibid.*) konseptualiseer dit soos volg saam: "To an ever greater extent the doctor will become a resource person, a preceptor, a leader of a multi-disciplinary team who will delegate health care functions to members of this team. Longdistance guidance and the provision of standing orders enable many doctors to provide a health service, through their nursing personpel, to large sections of the community".

Duisende pasiënte word jaarliks op hierdie wyse versorg. Honderde verpleegsters voorsien hierdie dienste in klinieke, woonhuise, mobiele klinieke, buitepasiënt- en ongevalle dienste en daghospitale. Hierdie verpleegstes voorsien 'n siftingsdiens vir geneeshere en primêre gesondheidsorgfasiliteite asook vroeë behandeling van die siekes. Hulle voorsien ook 'n verwysingsdiens afhangende van die graad van akuutheid van die pasiënt se gesondheidstoestand. Hulle voorsien ook 'n ekstensiewe netwerk van verloskundige en gesondheidsvoorligtingsdiens (Searle, 1976, p. 12-3).

Bordenstein (1975, p. 21) vat dit soos volg saam: "The South African nurse, by virtue of the high standards she has achieved, by virtue of her closer contact and identification with the grassroots levels of health care problems and by virtue of her sincerity and flexibility in adjusting and expanding both formal and ongoing training, as well as the scope of her service, is destined to play a significant and essential role in developing the health services we need".

3.5 Die behandeling van latente siektes

Stanley Lesse (1978, p. 76) is van oordeel dat die tradisionele oorbeklemtoning van kuratiewe dienste aan die siekte-georiënteerde mediese en psigiatriese dienste te wyte is. Ons wag vir die mens om siek te word voordat ons hom behandel. So 'n benadering is ondoeltreffend en beslis anachronisties.

In die jaar 2 000 sal so 'n benadering waarskynlik ondenkbaar wees. "In the world of not-too-distant future, it wil probably be socially and economically unthinkable to relegate psychiatric techniques purely to the repair of psychologically disturbed persons rather than to the prevention of psychological disturbances" (Lesse, 1978, p. 76).

Die siekteoriëntering van die mediese wetenskappe is 'n voortsetting van primitiewe konsepte met betrekking tot die oorsaak van siekte, veral psigiatriese sieketoeestande. Hopelik sal hierdie siekteoriëntering verdwyn wanneer die gesondheidswetenskappe met hulle 'gesondheids'-oriëntering in die toekoms veld wen.

Lesse (1978, p. 78) wys ook daarop dat die konsep *profilakse* in ander vorm kan aanneem, naamlik die van aktiewe terapie wat in sekere gevalle 'n aanvang kan neem alvorens die siekte waarneembaar word.

Hierdie profilaktiese tipe terapie kan moontlik gemaak word deur gesondheidswetenskapsgeheuebanke. In die dekades wat voorlê, sal alle individue in alle lande 'n gerekenariseerde gesondheidsrekord hê. Elke kontak wat 'n pasiënt met 'n gesondheidsstelsel het, sal elektronies in 'n streeksgeheuebank genoteer word. Die rekords sal onmiddellik beskikbaar wees wanneer die pasiënt 'n mediese ondersoek moet ondergaan. "In addition, they will be screened periodically by computers, and those individuals whose records are interpreted by a computer analyst as demonstrating adverse psycho-, physio-, sociological problems will be automatically called up for early therapy". Indien een pasiënt van een deel van 'n land na 'n ander verhuis, kan sy gesondheidsrekord gelyktydig elektronies oorgeplaas word na 'n ander gesondheidsgeheuebank in die gebied waar hy gaan woon. "In keeping with this administrative-technological likelihood, most psychophysiological, psychosocial or psychological problems are likely to be diagnosed and treated in a subliminal a barely discernable phase" (Lesse, 1978, p. 79).

Psigiaters, psigiatriese verpleegsters en psigoterapeute bestee 'n aansienlike deel van hulle tyd as diagnostici. Die geoutomatiseerde sisteme sal 'n meer gedetailleerde geskiedenis verstrek en die paslike diagnose en terapeutiese

program aandui.

Die bewaring van geestesgesondheid sal in die toekoms die terapeute se belangrikste doelstelling wees. Profilaktiese maatreëls van 'n psigologiese aard moet deel en verantwoordlikheid van die sosiopolitieke struktuur wees. In die toekoms moet die psigiaters, verpleegsters en psigoterapeute en inderdaad die politieke wetenskaplike "be profoundly concerned with the influence of economic and political institutions on the psychological well-being of the individual. For example, the new breed of mental health scientists will seek to have positive support to the individual's ego structures automatically built into the political systems and attempt to eliminate or modify economic or political systems that may place one's adaptive mechanisms under stress" (Lesse, 1978, p. 78).

Die huidige Psigologie en sosiale wetenskappe kan moontlik deur 'n geheel nuwe wetenskap, naamli psigobiososiologie vervang word. "The new science will not be a summation of pssychodynamic, biodynamic and sociodynamic factors, but will reflect the indivisible interrelationships between the individual and his society" (Lesse, 1978, p. 78). In die toekoms kan die psigobiososioloë aktief betrokke wees in die ontwikkeling en evaluering van die sosiopolitieke sisteme wat optimaal met menslike aanpassing verenigbaar sal wees.

Hierdie voorspellings noodsaak konseptualisering van rolle, tegnieke en opleiding van psigiaters, psigiatrisse verpleegsters en psigoterapeute.

3.6 Die wetenskaplike en tegnologiese karakter van die moderne hospitaal

'n Studie van verpleging as 'n professie bring mens van aangesig tot aangesig met een van die vernaamste aspekte van die moderne hospitaal, naamlik sy tegnologiese karakter. Die huidige pasiëntsorg omsluit 'n omvangryke orde van tegnologiese toerusting en gespesialiseerde werkers, elk met sy eie koninkryk van wetenskaplike en eie toerusting en tegniese bedrewenhede. Dit alles "have been brought together, housed and supported, and organized in the hospital ... this great modern work institution with its vast numbers of employees, its almost infinitely fine division of labour, its off-times, incredible machines, and its capacity to transform all these into a going concern" (Innis, 1970, p. 3-4).

Die ontwikkeling op wetenskaplike en veral tegnologiese gebied het geweldige nuwe perspektiewe vir die mens oopgedek. Orgaanoorplanting, hart-longmasjiene en talle ander mediese praktyke en toerusting het in enkele

dekades ook 'n revolusie op mediese gebied veroorsaak. Hierdie revolusie het tot gevolg gehad dat daar nie net op die behoud van die normale lewe gekonsentreer word nie maar dat daar selfs heengegryp word na die oorspronge en die einde van die aardse lewe (Buys, 1975, p. 3). Kunsmatige bevrugting is lankal 'n werklikheid, die moontlikheid van proefbuisbabas het alreeds 'n werklikheid geword; daar word selfs gedroom van die toestand bring van 'n hoogs intelligente menseras deur genetiese manipulasie (Dunlop, 1976, p. 169-71). Net soos by die oorspronge van die lewe is die mens ook druk besig by die beëindiging van die aardse lewe — vergelyk die aborsie- en eutanasiëvraagstukke (Buys, 1975, p. 3).

Daar is proefnemings aan die orde van die dag om mense se lewe te verleng. Dit word in die vooruitsig gestel dat dit voor die einde van die eeu deur middel van onder andere seldelingstimulering tot enigiets van 120 tot 150 jaar verhoog kan word. Om so oud te word sal glad nie iets besonder wees nie.

Dr. James Fries, 'n navorser aan die mediese sentrum van die Stanford-universiteit, sê dat die gehalte van die lewe op so 'n hoë ouderdom ook sal verbeter. Uitgerekte, ongeneeslike siektes sal nie meer voorkom nie — chroniese siektes sal vinniger genees word —, bejaardes sal eenvoudig skielik van ouderdom doodgaan. Want daar is 'n perk aan hoe oud 'n mens kan word. Selfs gesonde mense sal doodgaan, omdat hulle organe sal 'slyt' tensy dit deur orgaanoorplanting vervang word (*Rapport*, 27 Julie 1980, p. 7).

Jacson en andere (1974, p. 38) is van mening dat die rekenaartegnologie een van die wonderlikste ontwikkelings van die moderne tegnologie is. Dit het ruimteise 'n werklikheid gemaak, telekommunikasie dwarsdeur die wêreld 'n omwenteling laat ondergaan en die prosesse in handel en nywerhede op honderdtalle verskillende maniere getransformeer om groter doeltreffendheid te bereik, stygende koste te stuit en beter gebruik van skaars, geskoolde mannekrag te verseker. Rekenaartegnologie het ook 'n wye veld van innovasie in die biomediese ingenieurskap geopen. Die geantisipeerde vermoë om die genetiese materiaal te manipuleer, 'n kunsmatige plasenta te skep en die klonering van supermense illustreer dat die tegnologie op die mens se reproduksieprosesse kan verbeter. "Eventual, human machine chimerans may be able to exceed man's physical powers, emotional functions, and intellectual capacities" (in Maxmen, 1976, p. 82).

Hierdie innovasies lyk angswekkend weens die voltooiing van die potensiele dehumaniseringseffek van die gesondheidsdienste en die aanslag op die mens se ontplooiende toekoms.

Bioïmediese manipulasie het ook die weg geopen vir die aanwending van onder andere die rekenaar in kliniese laboratoriums, in inligtingversameling en bestuursisteme, pasiëntmonitorsisteme en multifasegesondheidstoetse (Jackson, 1974, p. 36-8).

Jerrold Maxmen beweer in 'n artikel "Medicine in the post-physician era" (in Carnish, 1978, p. 81) dat die geneesheer en verpleegster binne vyftig jaar oorbodig sal wees en deur rekenaars en 'n nuwe tipe professionele gesondheidspersoon genoem die 'medic' vervang sal word.

Die rekenaar van die toekoms sal, as gevolg van sy reusagtige bergvermoë, toegang tot die kollektiewe wysheid van alle geneeshere en verpleegsters hê. Die geneeshere en verpleegsters se geheue is beperk, die rekenaar vergeet nooit. Die grootste onopgeloste probleem in die maak van betroubare rekenaardiagnose is om 'n noukeurige program vir die rekenaar te hê. Maxmen glo egter in die lig van die huidige spoed en ontwikkeling van die rekenaartegnologie dat al hierdie probleme gedurende die 21ste eeu oorkom kan word. Hy is ook van mening dat indien al die kliniese waarnemings "were automated and stored in the computer's memory banks, researchers would be better able to 'advance' our medical knowledge and significantly improve patient care".

As rekenaars die instrumentele funksie van die huidige geneeshere en verpleegsters sal oorneem, impliseer dit dat 'n nuwe tipe professionele gesondheidspersoneel opgelei sal moet word om die ondersteunende en psigoterapeutiese (ekspressiewe) funksies te verrig. Tussenpersoonlike talente sal wetenskaplike gesofistikeerdheid as hooftoelatingskriterium vervang. Die sogenaamde 'medics' sal gekeur word op die basis van hulle vermoë om te empatiseer, sensitief en verraagsaam te wees ten opsigte van mense met fisieke en emosionele verstourings. Die hoofdoel sal wees om hulle voor te berei om binne 'n 'medic-computer-model' te funksioneer (Carnish, 1978, p. 81).

Konseptualisering van die implikasies van die tegnologiese hoogkonjunktuur vir die verpleegprofessie

Die akuutste uitdaging wat die verpleegprofessie vandag konfronteer, is aanpassing van die kliniese verpleegpraktyk by die wetenskaplike vereistes van 'n tegnologiese tydperk waarin die rekenaartegnologie die grootste beweegkrag vir verandering in die organisasie en tegnieke van gesondheidsorgdienste is (Parsons, 1976, p. 1).

Toepassing van tegnologie op pasiëntsorg het alreeds op terreine soos intensiewe sorg en koronêre eenhede 'n diepgaande aanslag gemaak.

“While not underestimating the demands placed on clinical nurse specialists working constantly with physiological monitoring devices, the more fundamental demand of converting nursing knowledge and practice into nursing science for computer applications challenges all areas of clinical nursing practice” (Parsons, 1976, p. 26).

Die voorbereiding van rekenaarprogramme vereis 'n doeltreffende werksverhouding tussen verpleegpersoneel, rekenaarsistemonterers en -programmeerders asook ander gesondheidsorgwetenskaplikes. Dit verg van die verpleegster om hulle praktyk sistematies te ondersoek en 'n metodologie van pasiëntsorg voor te berei wat voldoende wetenskaplike akkuraatheid vir die rekenaarspan het om dit by die tegniese vereistes vir die rekenaarsistemonter en sy program aan te pas; met ander woorde hulle moet verpleegpraktykkennis na verpleegkunde transformeer om as basis vir 'n partikuliere rekenaarprogram te dien.

Presiese konseptualisering in verpleging is van kardinale belang. Die verpleegster sal op 'n logiese en wetenskaplike wyse met 'n woordeskat gestroop van clichés en binnekringretoriek haar kliniese praktyk moet verduidelik. Daar is reeds vordering te bespeur — vergelyk byvoorbeeld die verpleegproses, wat die professie universeel erken en wat in wetenskaplike terme verduidelik en kommunikeerbaar gemaak kon word.

Die eerste stap in hierdie proses is om inligting te versamel omtrent individuele pasiënte wat in die verpleegster se sorg is. Hierdie inligting moet sistematies ontleed en gesintetiseer word en dien om die verpleegster te rig om 'n verplegingsoordeel te vel en dan toepaslik klinies op te tree.

Die gegewens wat die verpleegster omtrent haar pasiënt versamel het, beslaan die diskrete kliniese fenomene van die pasiënt se probleme wat sy waargeneem het. Dit is hierdie kliniese fenomene wat wetenskaplik benoem moet word. Hierdie stel name verwoord 'n diagnostiese taksonomie of klassifikasiesistemonter. Hierdie sistemonter moet die totale omvang van kliniese fenomene van belang vir verpleegsters in al hulle besondere gesondheidsorgdimensies omsluit. Dit sal die professie van 'n wetenskaplike taal voorsien en *ipso facto* 'n wetenskaplike metode om probleme van pasiënte die hoof te bied. Hierdie taksonomie moet met die mediese diagnostiese klassifikasiesistemonter asook met die vereistes van rekenarising verenigbaar wees (Roy, 1975, p. 90-8).

Hierdie taak stel hoë eise aan kliniese verpleegpraktisyns. Daar kan egter nie van die algemene verpleegpraktisyns verwag word om gespesialiseerde take te verrig nie. Die verskyning van die kliniese verpleegkundige impliseer ook

nie die verdwyning van die algemene verpleegpraktisyn nie (Searle, 1976); sy kan in die gerekenariseerde gebiede onder begeleiding van die kliniese verpleegkundige werk. Ashworth sê (1975, p. 574-7): "The specialists are a corps of appropriately educated nurses committed primarily to patient care and capable of providing clinical leadership. It is their role in consultation with generalist nurses to define nursing needs, identify and analyze nursing problems and priorities and seek solutions using any relevant knowledge available in nursing or other sciences. Specialists must be prepared to offer nursing advice to all who seek it and to develop, formulate and disseminate new knowledge in the clinical area". Searle (1976, p. 10-1) se konseptualisering van die kliniese verpleegkundige beklemtoon die verpleegprofessie se verhouding met die mediese professie. Aan elke mediese spesialis moet 'n kliniese verpleegkundige toegewys word. Sy moet as skakel dien tussen die mediese spesialistespan, verpleegsters en ander gesondheidsorgpraktisyns. Sy moet die algemene verpleegpraktisyn bystaan en die nodige tipe spesialistediens voorsien om verplegingstandaarde te handhaaf. Die kliniese verpleegkundige sal onvermydelik 'n spesialis in tegnologiese sin word, terwyl die algemene verpleegpraktisyn se deskundigheid sal wentel om die totale ondersteuning van die pasiënt, die organisasie van die pasiënt se milieu, die basiese versorging van die pasiënt, die uitvoering van spesialistedienste onder begeleiding en die onderrig van studentverpleegsters in die kliniese situasie. Sy sal ook bystaan om op hoogte van al die wetenskaplike en tegnologiese ontwikkeling te bly.

Gordon (1970, p. 14) sien haar as 'n "change-agent", en Christman (1970, p. 21) beskryf haar as 'n rolmodel vir die verpleegpraktisyn. Albei konseptualiseer die "clinical nurse-specialist with her combination of advanced professional education, clinical orientation and technical expertise, represents a new role model for clinical leadership and practice from which the entire health team can learn and benefit to the ultimate advantage of patient care" (Searle, 1976, p. 11).

'n Aantal geselekteerde, behoorlik opgeleide kliniese verpleegkundiges behoort ook vir die rekenaartegnologie opgelei te word wat as vernuwings- en veranderingsbewaterkers kan dien om die kliniese verpleegpraktyk vir inskakeling by die vereistes van die rekenaartegnologie voor te berei.

3.7 Die kommunikasierevolusie

Die kommunikasierevolusie sal in die toekoms 'n hoofrol in die voorsiening van mediese dienste speel. Die beskikbaarheid van videotelefone en tweerigtingvideorekenaarpunte in wonings kan pasiënte in staat stel om 'n groot deel van hulle mediese sorg te ontvang sonder om na hospitale of klinieke te

gaan. 'Wireless sensing devices' kan pasiënte se fisiologiese toestand verken en inligting onmiddellik na 'n klinikus versend. Nadat die inligting deur 'n sentrale rekenaar ontleed is, kan die klinikus die resultate met die pasiënt bespreek en die nodige behandeling meedeel. Slegs wanneer sekere aspekte van die fisieke ondersoek nie deur verwyderde kontrole (remote controll) gedoen kan word of indien geselekteerde bykomende toetse nodig is, sal pasiënte na 'n streeksentrum gaan. Groepterapie kan deur videofone gevoer word. Psigiatriese buitepasiëntklinieke kan deur gevorderde kommunikasietegnologie vervang word. Die gebruik van verfynde telekommunikasietegnologie om die pasiënt se gedrag tuis waar te neem kan die behoefte aan psigiatriese hospitale en verpleeginrigtings grootliks verminder (Carnish, 1978, p. 82).

3.8 Die toenemende dehumanisering van die gesondheidsdienste

Daar is 'n bewustheid van 'n "mounting disillusionment on the part of the consumer — and not the consumer alone — with a health care delivery system which is felt in many respects, to have outlasted its usefulness" (Bodenstein, 1975, p. 22). Daar is geen twyfel omtrent die gety van publieke sinisme in verband met die stygende kostespiraal van gesondheidsdienste nie. Illich (1977, p. 58) verwys daarna as nie net medikalisering van die nasionale begroting nie maar medikalisering van die totale lewe en progressiewe ontpersoonliking van die huidige gesondheidsdienste.

Baie verbruikers begin wonder of hulle die ontvangers van weldade of die prooi van die sisteem is. In die dampkring van die verwetenskaplikte hospitaalmilieu is dit hoofsaaklik spesialisering en die ontwikkeling van wetenskap en tegnologie wat tot die erosie van kwalitatiewe pasiëntversorging bygedra het.

Die neiging tot spesialisering en institusionalisering in die gesondheidsprofessies het tot 'n verbysterende verdeling en onderverdeling van take en eise gelei. "The vast superstructure of highly institutionalized bureaucracy is inherently depersonalizing. The individual easily becomes lost in the maze of rigid and uniform regulations applied to all with an impersonal and many times apathetic hand" (Carper, 1978, p. 11).

Die sosiale milieu van die meeste groot akademiese hospitale en klinieke reflekteer wat Goldsbrough (1966, p. 66) as 'n 'no care society' karakteriseer. Pasiënte is aan die genade van vreemdelinge wies se rolle hulle nie kan of mag verstaan nie en aan onbekende masjiene en veemde roetines oorgelaat wat totaal buite hulle eie gewoontes lê. "The patient becomes just another patient, another disease, another medication order, another name on the daily

operating room schedule. He is required to discard his identity as a person and become a patient". Carper (1978, p. 12) verwys na McWilliams, wat beweer dat "few people have a hospital experience without feeling to some degree depersonalized and deprived of basic human rights and dignities".

Die ontdekkings van mediese en biologiese wetenskappe en die gevolglike tegnologiese toepassings is prestasies waarop die gesondheidsprofessie met reg trots kan wees. Onderliggend aan hierdie trots op wetenskaplike prestasie is sekere gebeure wat veronrustend is. Carper (1979, p. 13) tipeer dit soos volg: "Health care providers are in danger of generalizing scientific and technical expertise into the realm of individual patients' values and beliefs. The exercise of authority by health professionals, conferred by the power of clinical science and technology, carries with it the frightening potential of overshadowing individuals, reducing them to objects or abstractions, and of becoming an instrument of tyranny — when untempered by a humanistic value system" (vergelyk in dié verband genetiese manipulاسie, gedragstkontrole en orgaanoorplantings). Pellingro (in Carper 1979, p. 14) waarsku tereg dat die gesondheidsprofessie nie mag "use the awesome powers of medicine humanly without rethinking our idea and image of man, and the value and purpose of his existence".

Daar is al baie oor die gemengde seën van die wetenskap besin. Die Frankensteinmite is 'n onomstootlike metafoor wat beskryf hoe wetenskaplike en tegnologiese prestasies ons menslikheid eerder verminder as bevoordeel.

3.9 Daar is beslis 'n behoefte aan verpleegdeskundiges wat as futuroloë moet praktiseer. Hulle moet die veranderende sosiale, ekonomiese en politieke tendense bestudeer en die nodige voorspellings vir vernuwing in die gesondheidsdienste en verpleegprofessie maak.

Die wegbreek van ou denkbeelde en verstarde begripsraamwerke is nie 'n maklike taak nie. Dit is presies hierdie verwysingsraamwerk van grense en beperkings wat die verpleegster te bowe moet kom as ons beteknisvolle teorieë wil konseptualiseer om die ekspansionerende horisonne van die verpleegpraktyk te rig. Dit verg 'n sprong wat nuut, onbekend en dikwels angswekkend is, maar wat ook stimulerend kan wees. Hierdie sprong verg 'kreatiwiteit'. Kreatiwiteit is tradisioneel nie as 'n doel van verpleegonderwys of -praktyk gesien nie. Dit is tyd dat kreatiwiteit as 'n doelstelling in verpleegonderwys, -praktyk en -navorsing beplan word.

Konseptualisering van die toekoms is 'n integrerende deel van die verpleegprofessie. Ons konsepsie van die toekoms sal nie net ons gedrag in die huidige situاسie beïnvloed nie maar ook help om ons toekoms te ontwerp (Little, 1978, p. 12).

“Therefore, a new vision for education is needed that will help us direct learning toward the important frontiers of the future. Indeed, because of the rapid pace of change, our survival as a society demands it.

“As educators, we must begin to develop new curriculums in the area of emerging issues... Along with the curriculum, new methods are needed to test time perspectives and for sight ability... There must also be greater emphasis on creating educational environments which encourage experimentation with information and theories about the future as institutional changes” (Allen & Plante, 1979, p. 32).

Dit is goed vir dosente wat poog om hulle studente se belangstelling in die toekoms te wek, om te onthou dat “a man’s mind stretched by a new idea, never returns to its original dimensions” (Oliver Hannes — aangehaal deur Kraus, 1979, p. 135).

4. SLOTGEDAGTES

’n Terugblik oor die totale spektrum van veranderlikes wat die gesondheidsdienste beïnvloed, die uitdagings wat dit aan die verpleegprofessie stel, en die verpleegsters se bereidwilligheid om die uitdagings tot hervorming te aanvaar, dui daarop dat die verpleegberoep in die jaar 2 000 nie oorbodig sal wees nie. Dit verg egter dat ons doelbewuste en doelgerigte pogings tot hervorming sal aanwend, wat impliseer

1. die bepaling van behoeftes, norme en kriteria;
2. die ontwerp van doelstellings, mikpunte en strategieë en
3. opleiding en navorsing.

Die vinnig veranderende ‘verwetenskaplikte’ gesondheidsdiens met ’n toeneemende humanitêre filosofie as oplossing vir die ontmensliking van die dienste noodsaak verpleegsters om die godsdienstige grondslag van hulle verpleegfilosofie onder die soeklig te stel, dit verder uit te bou en hulle geloof in die ewige Woord waaruit daardie filosofie gebore is, opnuut te bevestig en te bely.

Verpleging het ’n diep religieuse wortel, wat veral op die Tien Gebooe en Bergpredikasie gegrond is. Verpleging as arbeid is roeping van God. Die verpleegster is geroep tot profeet, priester en koning en tot ’n besondere taak. Haar arbeid word vir haar ’n Goddelike roeping en is nie ’n harde lot wat haar te beurt geval het nie. Verpleging is dus roepingsarbeid in diens van God en sy koninkryk. Die seën van haar arbeid lê in die feit dat dit haar ten diepste aan die nood van haar naaste bind en dan uitgroei tot konkrete

naasteliefde. Die verpleegster moet as 'n voorganger 'n voorbeeld van Christelike liefde, altruïsme en naastediens wees wat in alle opsigte haar Christelike geloof en liefde in haar werke openbaar. In die dampkring van liefde van 1 Korintiërs 13 lê een van die geheime van verpleging opgesluit. Verpleging berus in sy wese op die liefdesgebod van Christus (Matt. 22:37-40) en op die voorbeeld van Christus. In die liefdesgebod word allereers liefde tot God geverg, waardeur ook die liefde tot die naaste in 'n nuwe lig gestel word... "vir sover julle dit gedoen het aan een van die geringstes van hierdie broeders van My, het julle dit aan My gedoen".

Indien die gestalte van liefde in die verpleegberoep gekonseptualiseer word en in verpleegonderwys en -praktyk vergestaltung kry, sal ons nie verder gaan soek na konseptualisering van neutrale begrippe soos 'kwalitatiewe' versorging, empatie ensovoorts nie.

In die Nuwe Testament is liefde en diens onafskeidelik verbonde. Dien mekaar deur die liefde (Gal. 5:13); met ander woorde, die bereidheid tot diens is onmoontlik sonder liefde. Christus is self die voorbeeld daarvan — vergelyk Lukas 22:27: "Maar ek is onder julle soos een wat dien". Jesus het die verband tussen die twee begrippe gelê waarmee verpleging in die besonder te doen het, naamlik diens en liefde. Tereg wys Brillenburg Wurth (1953, p. 93-7) daarop dat die liefde as 'n stimulant vir liefdevolle dienslewering dien — en dit vorm juis die adel van menswees.

Die medelye, erbarming en deernis van die verpleegster moet uit egter Christelike liefde voortspruit, dan sal agter die medelye die liefde en agter die liefde die drywende en besielende krag van die geloof wees. Eintlik sal die verpleegster eers haar pasiënt as mens leer ken wanneer sy haar gaan inlewe en meelewe en die sorg, die leed, die las, die lyding, die verdriet, die angs van die ander help dra. Die verpleegster word opgeroep om mee-te-ly en dat medelye daarna in diens van die liefde, 'n egte Christelike liefdadigheid getransformeer sal word.

Ek as verpleegster aanvaar die appèl tot die uitbreiding en hervorming van ons verpleegprofessie wat aan ons gerig word. Ek wil in die eerste plek met myself begin Ek sal my steeds beywer om ten beste as 'n verpleegopvoedkundige voorbereid te wees. Daarvan getuig my *curriculum vitae* soos deur ons Dekaan uitgespel.

My innige dank aan die Rektor en die Raad van die Universiteit vir die vertroue in my gestel met my benoeming as professor in die Departement Verpleegkunde. Dit is in hierdie konteks van die Potchefstroomse Universiteit vir Christelike Hoër Onderwys dat ek ons wetenskap, Verpleegkunde,

in die lig van die ewige Woord met soveel vreugde beoefen. Ek sal my in die besonder beywer vir die uitbouing en dinamiese gestaltegewing aan ons Christelike lewensbeskouing in ons verpleegonderwys.

My dank ook aan al my kollegas, administratiewe en ander personeel, met wic dit 'n voorreg is om saam te werk. Hulle goedgesindheid en vormende invloed het my lewe verryk. Professor Preller in die besonder, wat as my promotor saam met my aan my proefskrif gebou het.

Ek kan nie nalaat om my dank aan my hemelse Vader te betuig, wat my as verpleegster geroep het en dit so beskik het dat ek die roeping aan ons Universiteit kan beoefen. As ek so 'n terugblik oor my lewe werp, besef ek dat alles uit Hom, deur Hom en tot Hom is. Al die eer, lof en aanbidding van my lewe kom Hom toe. Wat my beroep betref, het ek in die hawe van my begeerte gekom.

Geagte Meneer die Dekaan, ek onderneem om my werk nie net tot bevrediging van u verwagtinge te doen nie maar ook tot eer van God.

BIBLIOGRAFIE

1. ABDELLA, Fay, S. 1969. The nature of nursing science. *Nursing research*, 18(5):390-393.
2. ALLEN, D.W. & PLANTE, J. 1979. Looking at the future in education. *World future society Bulletin*, 13(2):27-33, March-April.
3. ANDREOLI, K.G. & THOMPSON, C.E. 1977. The nature of science in nursing. *Image*, 9(2):226, April.
4. ANON. *Rapport*, 1980. 27 Julie, p. 7.
5. ASHLY, Jo Ann. 1978. Foundations for scholarship. *Historical research in nursing. Advance nursing science*, 1(1):25-36, October.
6. ASHWORTH, P. 1975. The clinical nurse consultant. *Nursing times*, 6(2):574-577, April.
7. BODENSTEIN, J.W. 1975. Primary health care: its principles and some of its implications in our South African development context. *SA Verpleegsterstydskrif*, 42(11):20-24, Nov.
8. BRILLENBURGH WURTH, G. 1953. Gestalten der liefde. Kampen, Kok.
9. BUYS, P.W. 1975. Vraagstukke rondom die lewe. Referaat gelewer aan die PU vir CHO. Potchefstroom.

10. CORNISH, E. ed. 1978. 1999: the world of tomorrow: selections from the Futurist: a journal of forecasts, trends and ideas about the future. Washington: World future society.
11. CARPER, Barbara A. 1978. Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advances in nursing science*, 1(1):13-23 October.
12. DE VILLIERS, C. 1976. Economic affairs in Africa (*In Brink, A.J. ed. Mankind in the third millennium*. Cape Town: Tygerberg Hospital, p. 52-59).
13. DUNLOP, J.M. 1975. Genetic engineering. *Nursing times*, 72(5):169-171, Feb.
14. FAWCETT, Jacqueline. 1978. The relationship between theory and research: a double Helix. *Advanced nursing science*, 1(1):49-61, Oct.
15. GREEN, S. 1977. International disaster relief: towards a responsive system. New York: McGraw-Hill.
17. HANLON, J.J. 1974. Public health administration. Saint Louise: Mosby.
18. HARDY, Margaret, E. 1978. Perspectives on nursing theory. *Advanced nursing science*, 1(1):37-48, Oct.
19. HENDERSON, Virginia. 1966. The nature of nursing. New York: McMillan.
20. ILLICH, I.D. 1977. Limits to medicine: medical nemesis, the expropriation of health. Harmondsworth: Penquin.
21. INNIS, Mary, Q. ed. 1970. Nursing education in a changing society. Toronto: University of Toronto Press.
22. JACKSON, B.S. 1974. The biomedical engineer: new member of the health team. *Supervisor nurse*, 5(1):36-8, May.
23. KING, Imokeng. M. 1971. Towards a theory of nursing. PUK: Wiley.
24. KOTZE, Wilhelmina J. 1969. Die betekenis van die fenomenologie vir verpleging. Universiteit van Pretoria. (Ongepubliseerde verhandeling — M. Cur.).
25. KRAUS, Irene. 1979. The role of the nurse in the hospitalsetting of the 1980's. *World hospitals*, 15(2):132-135. May.
26. KUHN, T. 1970. The structure of scientific revolution. Chicago: University of Chicago Press.
27. LESSE, S. 1978. The preventive psychiatry of the future. *World future society bulletin*, XII(6), Nov. Dec.
28. LITTLE, G.R. 1978. Problems and process, a philosophy of the future. *World future society bulletin*, 12(6):26; 33, Nov./Dec.
29. McNAMARA, R.S. 1969. President van die wêreld Bank Groep. Referaat gelewer te Universiteit van Notre Dame. Indiana.
30. MAXMEN, J.S. 1976. The post-physicians era: medicine in the 21st century. New York: Wiley.

31. MEADOWS, D.H., *et al.* 1972. The limits of growth. New York: Universe Books.
32. NURSING DEVELOPMENT CONFERENCE GROUP. 1973. Concept formalization in nursing: process and product. Boston. Little, Brown.
33. NUTTAL, P. 1975. Nursing in the year A.D. 2000. *Nursing mirror*, 141(20):41-42, Nov.
34. PARSONS, R. 1976. The future of the nursing profession: Computer technology and clinical nursing practice. (Referaat gelewer te Grootte Schuur-hospitaal).
35. RAWNSLEY, Marilyn M. 1980. Towards a conceptual base for affective nursing. *Nursing outlook*, ():244-249, April.
36. REILLY, Dorothy E. 1975. Why a conceptual framework? *Nursing outlook*, 23(8):566-569.
37. RODGERS, M.E. 1970. An introduction to the theoretical basis of nursing. Philadelphia: Davis.
38. ROY, C. 1975. A diagnostic classification system for nurses. *Nursing outlook*, 23(2):465-479. Feb.
39. SEARLE, Charlotte. 1975. Nursing education: the future. SA Verpleegsterstydskrif, 92(8):24 Aug.
40. SEARLE, Charlotte. 1976. The future of nursing. (Referaat gelewer Grootte Schuur hospitaal.)
41. SUID-AFRIKA (Republic). Departement van Gesondheid. 1976 of 1977. Wet op gesondheid, nr. 63 van 1977. Pretoria: Staatsdrukker.
42. TRAVELBEE, Joyce. 1971. Interpersonal aspects of nursing. Philadelphia: Davis.
43. WILSON, J. 1963. Thinking with concepts. London: Cambridge University Press.
44. YWA, Helen & WALSCH Mary. 1973. The nursing process. 2nd ed. New York: Appleton.