

HOOFSTUK 3

DIE EMOSIONELE IMPAK VAN 'N BEENMURGOORPLANTING OP DIE PASIËNT, EGGENOOT EN GESIN

3.1. INLEIDING

Alhoewel kanker nie aansteeklik is nie en die ontstaan daarvan onbekend is, rus daar tog 'n verantwoordelikheid op persone om bepaalde risikofaktore te vermy. Uiteindelik lê die keuse egter nie by die persoon of hy gaan kanker kry al dan nie.

As 'n pasiënt met kanker gediagnoseer word, word die persoon in meeste gevalle met fisiese simptome gepresenteer, maar nie verwag dat hy kanker het nie. Een aspek wat egter belangrik is, dat die diagnose van kanker 'n skok is. As 'n pasiënt vir 'n groot prosedure soos 'n beenmurgoorplanting moet gaan kan dit weereens 'n skokreaksie veroorsaak, omrede dit so geweldige groot besluit is om vir die prosedure te gaan.

Vandat die persoon gediagnoseer is en vir 'n beenmurgoorplanting aanbeveel word gaan die pasiënt en persone betrokke by die pasiënt deur trauma, fases van beplanning, aanpassings en ervaar verskeie vrese. Die samelewing se siening teenoor kanker verskil van persoon tot persoon.

In hierdie hoofstuk sal daar breedvoerig aandag gegee word aan die definisies wat belangrik is by die emosionele impak van die pasiënt, die pasiënt se psigososiale belewenis van kanker, fases, emosionele reaksies en werking van 'n kanker diagnose. Die

spanning , stres, hanteringsmeganismes en verantwoordelikheid van die pasiënt wat 'n BMT prosedure ondergaan. Die navorser sal ook klem lê op die ontstaan van Post Traumatiese Stres Sindroom (PTSD), die simptome en riglyne vir die hantering van die sindroom. Die navorser sal ook fokus op die huweliksverhouding, die impak van die siekte op die verhouding, die verantwoordelikhede en rolle van die eggenoot wat kan verander, asook die BMT prosedure. Die BMT prosedure het 'n emosionele impak op die kinders, gesin, familie en vriende. Riglyne, voorstelle en praktykserwing sal deur die navorser breedvoerig bespreek word.

3.2 DEFINISIES VAN HOOFKONSEPTE

Vir die doeleindes van hierdie navorsing word die volgende begrippe omskryf:

3.2.1. BEHOEFTE

Volgens Gouws, Louw, Meyer & Plug (1984:31) kan 'n behoefte gedefinieer word as: " 'n Toestand van gebrek aan iets wat die welsyn of goeie funksionering of geluk van 'n organisasie bevordelik kan wees." In hierdie navorsing word daar spesifiek gekyk na die behoeftes van die beenmurgoorplantingspasiënt.

3.2.2. BELEWENIS

Volgens Gouws et al., (1984:32) kan 'n belewenis gedefinieer word as: " 'n Erwing van 'n besondere aard wat met heelwat emosie gepaard gaan". Die beenmurgoorplantings-pasiënt beleef dus die oorplantingsprosedure op 'n fisiese en emosionele wyse. In die

praktik het die navorser ervaar dat meeste BMT pasiënte deur die fases van rou en verwerking gaan tydens die hospitalisasie stadium.

3.2.3. EMOSIES

Volgens Gouws et al., (1984:73) kan emosie gedefinieer word as: “ ‘n Komplekse toestand van ‘n organisme wat gekenmerk word as die aktivering van die sentrale en outome sensuweestelsels, ingewandreaksies en gevoelens soos vrees, woede, vreugde, angs, medelye en afkeer.” Emosies is een van die aspekte wat in hierdie navorsing ondersoek word.

3.2.4. FAMILIE

Die Nuwe Woordeboek vir Maatskaplike Werk (1995: 20) definieer familie soos volg:” Enkelinge en gesinne wat deur bloed of huwelik verwant is.”

3.2.5. MAATSKAPLIKE WERK IN GESONDHEIDSORGANISASIE

Die Nuwe Woordeboek vir Maatskaplike Werk (1995:20) definieer die begrip soos volg:” Maatskaplike werk wat meer bepaald op die maatskaplike probleme en gevolge van siekte gerig is en in ‘n kliniek of hospitaal of ander mediese omgewing of in oorleg met die geneesheer verrig word.” Encyclopedia of Social Work (1995:2249) voeg verder by deur te vermeld dat:” ... (the social worker has) an enlarged understanding of any psychic or social conditions which may cause the patient distress of mind or body.’ Die rol van die geneeskundige maatskaplike werker in ‘n gesondheidsorganisasie, spesifiek in ‘n beenmurgoorplantings-eenheid word in hierdie

navorser ondersoek. In hierdie hoofstuk word daar verwys na die maatskaplike werker, maar dit is die geneeskundige maatskaplike werker in 'n gesondheids-organisasie.

3.2.6. GESIN

Die Nuwe Woordeboek vir Maatskaplike Werk (1995:20) definieer gesin soos volg: “ Kleinste maatskaplike eenheid in die samelewing bestaande uit 'n man en sy vrou, 'n man en sy vrou en kinders, 'n vrou met kinders of man met kinders, gewoonlik onder een dak. ”Die gesin bly dus in meeste gevalle saam met die pasiënt en is indirek met die pasiënt betrokke. Dus het die siekte ook 'n impak op alle gesinslede.

3.2.7. MULTI-DISSIPLINÊRE SPAN

In hierdie ondersoek word multi-dissiplinêre- en die multi-profesionele span as een en dieselfde begrip gesien. Skidmore & Trakeray (1982:136) definieer die multi-profesionele span as volg: “ A close co-operative democratic, multi-professional union devoted to purpose the best treatment for the fundametnal needs of the individual.” Die multi-dissiplinêre span bestaan dus uit verkseie dissiplinêr wat om 'n gesamentlike doel werk.

3.2.8. PASIËNT

Volgens Gouws et al., (1984:225) kan 'n pasiënt gedefineer word as: “ 'n Persoon wat aan 'n fisiese of psigiese siekte, kwaal, versteuring, wanfunksionering of afwyking ly en wat weens ongerief wat dit meebring behandeling of terapie van 'n geneesheer of kliniese psigoloog ontvang.” Barker (1987:117) vermeld dat :” (The

patient) those who are receiving the care and treatment of physician and health care personel.” Daar kan dus uit bogenoemde definisies afgelei word dat siekte ‘n impak het op die fisiese, maar ook op die emosionele funksionering van ‘n pasiënt.

Navorser sal deurentyd na die pasiënt verwys omrede meeste van die pasiënte in die hospitaal opgeneem is en in die Mary Potter Onkologie Eenheid bekend staan enige persoon wat behandel of opgevolg word bekend as ‘n pasiënt.

3.2.9. PERSOONLIKHEID

Volgens Gouw et al., (1984:231) dui die term op:” ‘n Geïntegreerde en dinamiese organisasie van ‘n individu se psigiese, sosiale, morele en fisiese eienskappe, soos dit in sy wisselwerking met die omgewing en veral met ander persone, tot uiting , en soos bepaal deur die interaksie tussen konstitusionele en omgewingsfaktore.” Die navorser sal poog om deur haar navorsing aan te dui, dat daar tog persoonlikheidsveranderinge intree by ‘n beenmurg-oorplantingspasiënt.

3.2.10. PERSOONLIKHEIDSVERANDERING WEENS ‘N MEDIESE TOESTAND.

Die “Diagnostic Criteria From DSM IV (1994:99) omskryf die begrip as:” A persistent disturbance that represents a change from the individual’s previous characteristic personality pattern.” Omrede die meeste pasiënte onder groot druk is om hulle hospitiasie, simptome en emosies te hanteer, kom persoonlikheidsveranderinge soms voor as gevolg van die

spanning en abnormale omstandighede (hospitalisasie) waaronder die pasiënt verkeer.1

3.2.11. PROBLEEMOPLOSSING

Volgens Gouws et al., (1984: 241) kan probleem-oplossing omskryf word as: “ Denk aktiwiteit waardeur ‘n organisme sekere gegewe inligting verwerk ten einde ‘n doel (oplossing van ‘n probleem) te bereik. Die studie van probleemoplossing in mense verteenwoordig ‘n poging om inligting oor denke in te win.” Die pasiënt, eggonoot en gesin word betrek by die proses, veral as die pasiënt ontslaan word uit die hospitaal. Die Nuwe Woordeboek van Maatskaplike Werk (1995:40) omskryf die begrip as:” Omskrywing van die verskynsel waarvoor navorsing gedoen word.” In hierdie navorsing word die pasiënt se belewenis van ‘n BMT prosedure ondersoek. Sodoende kan probleme vroeg geïdentifiseer word en gehanteer word.

3.2.12. REAKSIE

Volgens Gouws, Louw, Meyer & Plug (1984: 255) kan die begrip omskryf word as:” ‘n respons op ‘n stimulus.” Die maatskaplike werker in ‘n BMT Eenheid moet in gedagte hou dat daar fisiese – en emosionele reaksies is. Die maatskaplike werker moet egter ‘n sinvolle evaluasie kan maak en dit is waarop dit uiters belangrik is dat die maatskaplike werker die fisiese reaksies en – newe-effekte sal verstaan, begryp, kan identifiseer en in ‘n muti-dissiplinêre span die fisiese en/of emosionele reaksie sinvol kan oplos.

3.3. PSIGO-SOSIALE BELEWENIS VAN 'N PASIËNT MET KANKER

In hoofstuk 2 is daar omskryf dat die pasiënt deur verskeie fisiese simptome, newe-effekte en komplikasies gaan. In hierdie hoofstuk word daar gefokus op die emosionele impak van die BMT proses op 'n pasiënt wat insluit emosies, fases van werking, hanteringsmeganismes, simptome van post traumatiese stres sindroom en die pasiënt se verantwoordelikheid ten opsigte van die BMT proses.

Die psigo-sosiale implikasies van die BMT proses op die pasiënt se sisteme wat insluit eggenote, kinders, ouers, familie, vriende en werkollegas word ook bespreek. Die totale emosionele impak van 'n BMT word dus ondersoek.

In hierdie hoofstuk sal die navorser dus verskeie voorbeelde noem van haar ervaring, mening en sienings.

3.3.1. DIE EMOSIONELE BELEWENIS VAN 'N PASIËNT MET KANKER.

Elke persoon is uniek en dit is belangrik dat die uniekheid van die pasiënt nie vernietig word deur slegs die mediese toestand van die pasiënt raak te sien nie. 'n Pasiënt beskryf haar ervaring as: " Die aarde het stil gestaan die dag toe my dokter my vertel dat ek kanker het. Ek onthou die hospitaalkamer was sieklike pienk. Dit was 'n emosionele skok vir my en my gesin soos geen ander wat ons al ervaar het nie... Ek kon nuttelose simpatie nie verduur nie – so asof ek op 'n manier anders was, verwyderd van die res van die samelewing – soos 'n melaatse." (Vergelyk Dessin, 1978:13.) Die

diagnose van kanker of enige terminale siekte is 'n skok vir die pasiënt, sowel as die pasiënt se gesin. Die persoon word dadelik gekonfronteer met aspekte wat meeste mense in die samelewing probeer vermy. Verskeie vrae word geopper waarvoor daar nie antwoorde is nie. Schaefer & Beelen (1996:96) vermeld egter dat navorsing oor die impak van 'n BMT prosedure op die pasiënt nog nie veel ondersoek is nie, : "... BMT patients have not yet been the subject of scientific investigation."

3.3.1.1. EMOSIONELE REAKSIES EN FASES VAN VERWERKING VAN KANKER

As 'n persoon verneem dat hy kanker het is dit 'n krisis wat gevoelens van skok ontlok en is dit 'n trauma waardeur die persoon beweeg. Die navorser is van mening dat die persoon sal reageer, soos hy op trauma sal reageer. Trauma het twee kenmerke wat aan voldoen moet word voordat dit 'n trauma genoem kan word. Eerstens, behels trauma die impak van die gebeure en die ervaring van moontlike verlies aan lewe, ernstige emosionele en/of fisiese skade. Tweedens watter invloed die gebeure het op die "slagoffer" of die persoon wat dit ervaar. Uit bostaande kan duidelik gesien word dat die diagnose met kanker en/of die oorweging van BMT 'n traumagebeurtenis in 'n persoon se lewe is, want die persoon se lewe en psigo-sosiale funksionering word bedreig.

Volgens Kübler-Ross (1980:77-81) is daar 5 fases waardeur 'n persoon gaan vandat die persoon met 'n kanker siektetoestand gediagnoseer is. Hierdie fases ervaar die eggenoot en gesinslede ook. Die rede vir gesinskonflik kan soms toegeskryf word aan die verskillende fases waardeur die persone gaan en konflik wat dan

ontstaan as gevolg van die verskillende fases waarin persone van hul verwerking is. Die vyf fases kan soos volg uiteen gesit word;

- **Ontkenning**

Die pasiënt is ontnugter oor wat gebeur het en sommige pasiënte ontken dat dit gebeur het. Volgens Pervan, Cohen & Jaftha (1995:649) is ontkenning: "... (the) most primitive defence mechanisms used in life...". Die navorser is van mening dat dit grootliks 'n verdedigingsmeganisme is wat gereaktiveer word as 'n pasiënt hoor dat hy kanker het.

- **Woede/ Aggressie**

Die pasiënt kan nie glo dat dit gebeur nie. Die vraag "hoe kan dit met my gebeur" kom gereeld navore. Volgens Pervan, Cohen & Jaftha (1995:650) is dit van uiterste belang dat die pasiënt uiting gee aan sy gevoelens anders kan dit die pasiënt se stresvlakke laat styg.

- **Onderhandeling**

Die pasiënt begin onderhandel met verskeie aspekte in sy lewe. Volgens Pervan et al. (1995:650) vrae pasiënte die vraag: "If ..., perhaps then ...". Die skrywers is ook van mening dat pasiënte in sommige gevalle onderhandel oor die mediese wetenskap en wat die mediese wetenskap kan doen. Die navorser is van mening dat in baie gevalle is dit oor godsdiens en lewensuitkyke.

- **Depressie**

Volgens Pervan et al.(1995:650) is dit uiters noodsaaklik dat die pasiënt uiting gee aan sy depressie en gevoelens van bedruktheid, verder vermeld die skrywers dat:” A patient or family member must be allowed to express his sorrow at his impending loss, and this will enable him to move towards acceptance more easily.” Die navorser is van mening dat sommige pasiënte soms medikasie, soos anti-depressante nodig het as die akute depressie, omsit in chroniese depressie. Dit moet egter ‘n spanbenadering wees en as medikasie voorgeskryf word is dit van uiterste belang dat terapie en medikasie in kombinasie met mekaar gebruik moet word. Volgens Nel (2000:15) kan depressie egter op verskeie maniere manifesteer en omdat elke persoon uniek is sal elke pasiënt nie met dieselfde simptome presenteer nie. Die span moet dus op die uniekheid van die pasiënt en sy unieke simptome fokus.

Die navorser is ook van mening dat daar verwarring bestaan tussen depressie en moegheid. Volgens Portenoy & Epoiëtin (2000:1) kan moegheid omskryf word as:” ... (‘n) gevoel van baie moeg en dus gedefinieer as uitputting. Beide kanker en die behandelings vir kanker kan uitputting veroorsaak. Een van die mees algemene newe-effekte van kankerbehandeling, en doen hom voor op die een of ander tydstip tydens behandeling.” Die navorser is van mening dat die pasiënt voortdurend deur die maatskaplike werker geëvalueer moet word om sodoende emosionele reaksies te evalueer en herevalueer.

Aanvaarding en aanpassing

Volgens Pervan et al., (1995:650) kan aanvaarding net gebeur as daar deur al die bogenoemde emosies en fases gewerk is. Die navoser is van mening dat tyd gegee moet word aan elke persoon om op sy tyd deur die fases te werk. Die navorsers is egter ook van mening dat meeste pasiënte net voortdurend aanpas by hul omstandighede en min tot totale aanvaarding kom.

'n Pasiënt wat vir 'n beenmurgoorplanting oorweeg word het in meeste gevalle al chemoterapie behandeling gehad. Die pasiënt is dus in sy verwerkingsfase van sy diagnose en sommige pasiënte is al by die laaste fases, naamlik aanvaarding en aanpassing. As 'n pasiënt dan hoor dat hy vir 'n BMT prosedure moet gaan ervaar sommige pasiënte en families dit as 'n "nuwe" diagnose. Ruimte en tyd vir die verwerking van die "nuwe diagnose" moet veral deur die multi dissiplinêre span toe gelaat word. Sommige skrywers vermeld ook dat angs 'n faktor is wat nie uit die oog gelaat moet word nie. Angs is 'n normale reaksie en word ook soms verwar met aggressie of woede. (Vergelyk Pervan et al., 1995:611-612.)

Die navorsers verskil van Kübler-Ross se laaste fases, wat sy as aanvaarding identifiseer, deur dat die navorsers in die praktyk ervaar het, dat dit 'n voortdurende aanpassing is. Die aanpassing kan insluit die pasiënt se fisiese kragte, emosionele belewenis waardeur die pasiënt werk en die aanpassing in die gesin. Stearns, Lauria, Hermann & Fogelberg (1993:47) bevestig hierdie siening van die

navorser deurdat hulle vermeld:" ... (there are) three important variables in adapting to cancer, (1) severity of illness, (2) psychological stability and (3) social supports".

Die navorser is van mening dat min tot geen aandag gegee word aan hoop. Hoop is 'n relatiewe begrip, maar die navorser is van mening dat 'n BMT pasiënt 'n mate van hoop het om deur die BMT prosedure te gaan. Daar is egter 'n fyn lyn tussen hoop en valse hoop. Die navoser fokus altyd saam met die BMT pasiënt op positiewe punte en die werklike hoop wat bestaan. (Vergelyk Babcock,1997:16.)

Die multi-dissiplinêre spanlede speel 'n belangrike rol om aan die eggenote en gesin van die pasiënt te verduidelik dat die verwerkingsproses van voor af aan die gang is. Daar moet egter in aggeneem word dat persone nie kronologies die fases van rou sal ervaar nie, maar kan dalk die een dag in depressie wees, die volgende dag in skok en 'n week daarna in aanpassing.

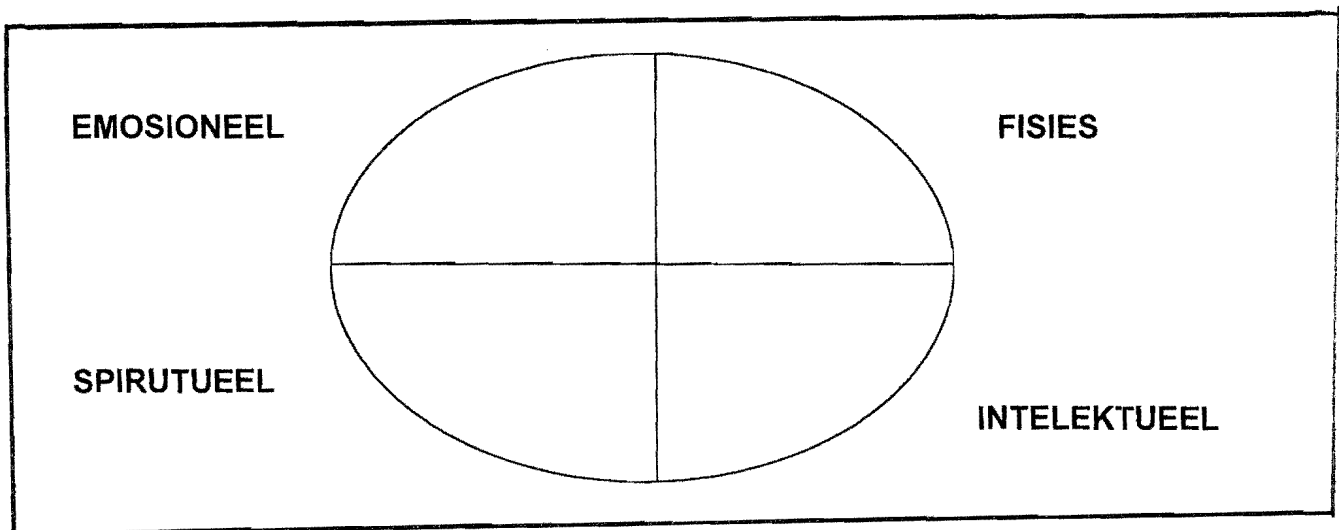
Elke persoon is egter uniek en sal dus 'n unieke reaksie en emosie toon. Volgens Rosenbloom & Williams (1999:18) speel die volgende faktore 'n rol in die manier hoe 'n persoon sal reageer en deur die fases van verwerking gaan:

- Persoonlikheid
- Verhoudinge met gesin, familie en ander
- Ouderdom
- Sosiale en kulturele persepsies
- Hanteringsmeganismes
- Ondersteuningstrukture

Die navorser is van mening dat persepsie en die ervaring van traumatiese tye ook 'n invloed het op die reaksie van die pasiënt. Bogenoemde faktore lê die grondslag hoe die pasiënt sal reageer.

Kübler-Ross(1995:42) bevestig dat bogenoemde ontwikkel deur die volgende 4 kwadrante waaruit 'n persoon bestaan.

Figuur 3 : DIE VIER KWADRANTE WAARUIT 'N MENS BESTAAN



(Vergelyk Kübler-Ross, 1995:42)

Die verlede, hede en toekoms speel ook 'n belangrike rol in die sienings en persepsies wat 'n persoon ervaar. Al bogenoemde faktore moet in aggeneem word as 'n maatskaplike werker in 'n terapeutiese verhouding met die pasiënt en sy familie is. Die emosionele reaksies en fases van verwerking word dus grootliks deur bogenoemde faktore bepaal.

Die navorser kan die gedrags-, emosionele reaksies en fases van verwerking soos volg voorstel.

Tabel 7: Die gedrags-, emosionele reaksies en fases van verwerking

EMOSIONELE REAKSIE	FASE VAN WERKING
Skok	Skok
Aggressie	Aggressie
Vrese	Skok
Hulploosheid	Depressie
Gevoel van verlies aan kontrole	Depressie
Gevoel van verlies van vertroue in jouself en ander	Depressie
Gevoel van "leegheid"	Depressie
Akute rou gevoel	Depressie
Skuldgevoelens	Onderhandeling
Angstigheid	Depressie
Onsekerheid oor persepsies en sienings	Onderhandeling
Behoeftte om te onderhandel oor uitkoms	Onderhandeling
Hoop	Aanvaarding en aanpassing
Isolasie van ander	Depressie
Vermydning van plekke en/of situasies	Depressie
Geïrriteerdheid	Woede/Aggressie
Veranderinge in slaap en/of eetgewwontes	Depressie

(Vergelyk Rosenbloom & Williams ,1999:18- 22 en Babcock, 1997:7-16.)

Uit bostaande tabel is dit duidelik dat depressie aan die orde van die dag is. Teeley & Bashe (1998:818-820) vermeld egter dat die meeste kanker pasiënte nie soseer depressie ervaar nie, maar eerder aanpassingsprobleme en aanpassingssindroom. Daar is

egter teenstellings in die literatuur oor die pasiënte se moontlike depressie. Schaefer & Beelen (1996: 93) vermeld dat 70 % van pasiënte depressie ervaar, veral as hulle uit 'n hegte gesinsopset kom. Die skrywers is van mening dat multi-dissiplinêre spanlede dikwels die twee emosies verwar. Depressie en angs kom egter voor by die pasiënte en moet behandel word met medikasie en terapie.

Die navorser het in die praktyk ervaar dat die regte medikasie en intensiewe terapie 'n pasiënt kan help om weer optimaal te funksioneer. Die multi-dissiplinêre span moet egter in gedagte hou dat sommige pasiënte psigiatriese simptome kan toon. Volgens die "Diagnostic Criteria from DSM IV" (1994: 211) word 'n gedragpatroon kronies as dit langer as 3 maande duur. Sindrome waarna opgelet kan word is die Post Traumatiese Stres Sindroom, (PTSD) aanpassingsindroom en depressie. Die moontlike ontstaan dat pasiënte PTSD, aanpassing en akute depressie kan ontwikkel. PTSD word breedvoerig in 3.5. bespreek. Die navorser het ook in haar vraelyste PTSD ondersoek en resultate sal breedvoerig in hoofstuk 5 bespreek word. Daar moet egter ook onthou word dat medikasies 'n rol kan speel by die beïnvloeding van die pasiënt se gemoedstoestand. Lauria, Clark, Hermann & Stearns (2001:34) vermeld dat: "Mood swings and emotional lability (can be) caused by steroids and hormonal medications." Die bogenoemde skrywers vermeld dat angs, depressie en ongegronde vrese, kan voorkom tydens behandeling en in sommige gevalle speel die medikasie wat gebruik word in die behandeling 'n groot rol om die emosionele toestand te verander of te vererger.

3.3.2. HANTERINGSMEGANISMES VAN DIE VERWERKING VAN DIE DIAGNOSE VAN KANKER EN BMT

Daar moet onthou word dat elke persoon uniek is en dat elkeen op 'n unieke manier sal reageer. Coetzee (1998:23) beskryf 'n gevoel/emosie as: " 'n "Wekker", 'n soort "wakker-word-sein" na jou hart en verstand wat nie verontagsaam behoort te word nie."

Die hantering van die diagnose met kanker en die oorweging van 'n beenmurgoorplanting is kompleks, maar moet gehanteer word om toekomstige probleme (soos depressie) te vermy. Volgens Stewart (1994:39) beleef die pasiënt die volgende : " When a patient faces the prospect of an autologous transplant the news can be devastating. Many will not yet have come to grips with the fact that they're suffering from a life-threatening disease before being asked to decide whatever or not to undergo a transplant.." Die navorser stem saam met die skrywer en stel graag die volgende aspekte voor wat aangewend kan word om die verwerking makliker te maak.

- **Kry soveel inligting as moontlik**

Eerlike, korrekte en verstaanbare inligting is nodig om die pasiënt en sy familie betekenis te help. Deesdae kry pasiënte uit verskeie bronne inligting, byvoorbeeld boeke en die internet. Die regte inligting moet egter gekry word, anders word wanpersepsies en verkeerde inligting ontvang. Die beste keuse wat die pasiënt kan maak is om inligting van die BMT multi-dissiplinêre span te kry. Sodoende word die regte inligting en verwysingsbronne gekry. Die Mary Potter

Onkologie Eenheid het 'n inligtingsbrosjyre wat hulle uitgee wat in diepte die proses van die BMT prosedure, emosionele impak (deur die maatskaplike werker opgestel) en ontslag bespreek word. Hierdie inligtingsbrosjyre dien as 'n belangrike deel in die besluitneming van die pasiënt om vir die prosedure te gaan al dan nie. Schaefer & Beelen (1996:93) noem bogenoemde mening van die navoser saam deur te vermeld: "... to undergo a BMT (must be) made with the knowledge that it offers the best possibility of a cure, but at the same time carrier with it a high risk of mortality."

Plaas die hele situasie in konteks

Die gedagte aan 'n lewensbedreigende siekte en mediese prosedure sal by enige persoon vrese, angs en vrae laat ontstaan. Die BMT multi-dissiplinêre span speel 'n belangrike rol om hierdie vrese en angs aan te spreek. Die pasiënt moet bewus wees van newe-effekte en komplikasies, maar as dit in die regte konteks geplaas word, sal die pasiënte besef dat meeste newe-effekte en komplikasies suksesvol gehanteer kan word.

Die maatskaplike werker speel 'n belangrike rol om die voordele, nadele en gevolge wat die BMT prosedure inhou vir die pasiënt op 'n objektiewe wyse aan die pasiënt en sy familie oor te dra. Die navorsers is van mening dat die familievoorbereidingsproses wat die navorsers met die pasiënt en sy betrokkenes hou, 'n kardinale rol speel om die pasiënt en sy familie voor te berei, maar ook voor te berei vir die newe-effekte en moontlik langtermyn implikasies. Die

navorser doen ook die psigo-sosiale evaluasie vir 'n BMT om die totale geskiedenis van die pasiënt se sisteme, ondersteuningstelsels, vorige psigiatriese geskiedenis, hanteringsmeganismes, depressie en siening oor die behandeling en nuwe-effekte te evalueer.

Die navorser het in VSA by die Tausing Cancer Center in Cleveland en by die New York Presbyterian Hospitaal in New York opleiding ontvang in die gebruik van hierdie evaluasie metodiek, onder andere ook by Pam Murph van die MD Anderson BMT eenheid by die AOSW – kongres in Cleveland. Dit is vir die navorser van uiterse belang dat die pasiënt die BMT proses ook vir sy gesondheid wil ontvang en dat hy /sy nie deur “druk” van sy eggenoot en familie die proses wil deurmaak nie. Die regte motivering is dus van uiterste belang en dit kan ook vasgestel word uit die psigo-sosiale BMT evaluasie. Die maatskaplike werker kan vroegtydig sisteme soos psigiatriese kundiges, uitbou van ondersteuningstrukture motiveer en spesifieke probleme aanspreek goeie evaluasie en voorbereiding gedoen word. Die navorser het die psigo-sosiale BMT evaluasie met goeie resultate gebruik. In die praktyk het die navorser twee pasiënte geëvalueer wat psigiatriese probleme getoon het en dus aanbeveel dat die pasiënte heroorweeg word ten opsigte van hulle fisiese toestand, sowel as hulle emosionele toestand. Hierdie psigo-sosiale BMT evaluasie kon konkrete bewyse opper waarom die pasiënt 'n risiko sal wees vir 'n BMT prosedure.

- **Pasiënte en hulle ondersteuningstrukture moet haalbare doelstellings daar stel.**

Die navorser beveel graag aan dat die doelstellings met die BMT multi-dissiplêre span bepreek moet word en dat die span die leiding moet neem om die pasiënt in die regte rigting aan te spoor. Soos alreeds in die vorige punt bespreek is, is voorbereiding van die familie en hulle motiewe om ondersteuning van uiters noodsaaklikheid. Die navorser vermeld aan families dat die intensiewe ondersteuning van die pasiënt vir ongeveer 1 jaar sal duur, wat die BMT prosedure insluit, nasorg na ontslag, gereelde geneesheer besoeke, moontlike verdere opname in die hospitaal en versorging tuis. Dit plaas baie spanning op die ondersteuningstrukture en 'n realistiese prentjie moet aan die ondersteuningstrukture geskets word, sodat hulle bewus is van die impliasies.

- **Die pasiënt moet self die keuse maak.**

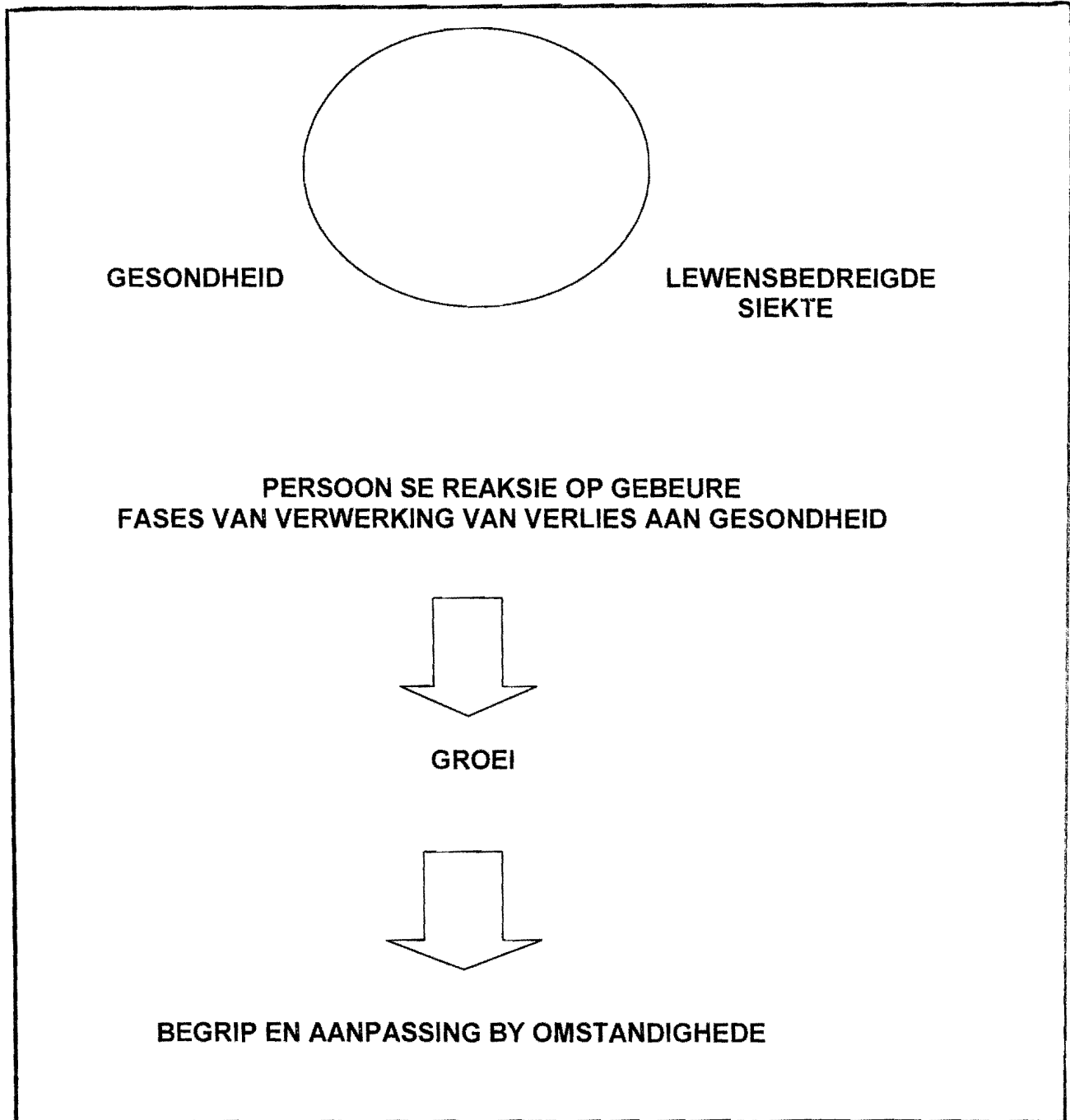
Die pasiënt alleen kan die keuse maak, hoe het hy emosionele- en gedragsreaksies hanteer en te verander, indien nodig. Die navorser wat self in die helpende professie staan, weet dat die span geneig is om totale verantwoordelikheid vir die pasiënte te neem. Alle verantwoordelikheid en besluitname moet aan die pasiënt oorgelaat word, met die nodige ondersteuning van die span. Sodoende bemagtig jy die pasiënt. Die navorser voel baie sterk oor die bemagtigingproses as deel van die berading

wat gegee word.

(Vergelyk Rosenbloom & Williams, 1999:33-41; Coetzee, 1998:22-40 ; Stewart, 1994:39-44; Teeley & Bashe, 2000:815-822 en Babcock, 1997:1-21.)

Om suksesvolle verwerking en hantering van die lewensbedreigde toestand te bewerkstellig, moet die pasiënt en sy familie nie net elke dag bly en gelukkig moet wees nie, maar ook poog om 'n 'n balans tussen emosies en hanteringsmeganismes te bewerkstellig. Die navorser gebruik die volgende skematiese voorstelling om die hantering van siekte voor te stel.

Figuur 4 : VOORSTELLING VAN POSITIEWE EN OPBOUENDE HANTERINGSMEGANISMES, SOSIALE SISTEME ,ONDERSTEUNINGSISTEME EN KONTEKS



(Vergelyk Louw, 1994:30.)

Bogenoemde figuur stel egter die idiliese manier van positiewe en opbouende hanteringsmeganismes voor. Hierdie skema kan egter gerbuik word om aan pasiënte die verloop van positiewe hanteringsmeganismes voor te stel. Daar moet ingedagte gehou word dat die verwerkingsproses tyd neem en dat ruimte gelaat moet word vir verwerkings en die ervaring van emosies

3.4. DIE PASIËNT SE VERANTWOORDELIKHEID IN DIE BMT PROSEDURE

Die pasiënt is die middelpunt waarom alles draai. Indien die pasiënt se ingesteldheid, gemoedstoestand en toekomsiening negatief is skep dit probleme. Die maatskaplike werker speel 'n belangrike rol in die voorbereiding van die pasiënt en ontdekking van betrokke sisteme by die pasiënt. Die navorser is ook van mening dat die pasiënt 'n realistiese doelbewuste besluit moet neem of hy vir 'n BMT wil gaan al dan nie. Die navorser het op verskeie kere gesien dat die multi-dissiplêre span die pasiënt "druk" in die rigting wat "hulle" dink is die beste. Baie multi-professionele spanlede neem die rol oor van "resucer". Die navorser se siening word ondersteun deur Kübler-Ross (1995:150) deurdat sy vermeld:" You cannot rescue people, because if you do that, they will still have learnt the lesson that you rescued them from." Maar Kübler-Ross (1995:151) vermeld verder dat:"There is a very thin line between being a rescuer and being a real helper..."

Die "Blood and marrow stemcell transplantation " (2000:34) vermeld dat die besluit wat geneem word om vir 'n BMT prosedure te ondergaan gewoonlik gepaard gaan met intense spanning en in meeste gevalle onder spanning van 'n dringende mediese besluit wat geneem moet word. Die navorser is van mening dat die

maatskaplike werker 'n belangrike rol kan speel om die pasiënt en familie tog geleentheid te gee om die keuse van 'n BMT te bespreek. Verder is die navorser van mening dat die pasiënt en sy familie gemaklik moet wees met die keuse wat hulle maak. Die pasiënt en familie moet ook bereid wees om aan te pas by die BMT proses en die probleme (newe-effekte, infeksies) wat die proses veroorsaak.

In hoofstuk 4 sal die multi-professionele span en hulle insette by die BMT pasiënte bespreek word. Die navorser is egter van mening dat BMT pasiënte bemagtig moet word om self oplossings te kry vir probleme, met die nodige hulp. Indien daar nie voldoende sisteme ingeskakel is by die pasiënt nie, kan daar vroegtydig die nodige sisteme ingeskakel word.

Die evaluasie proses vind plaas volgens die erkende BMT Psigo-Sosiale Bloed (Bylaag E) - en BMT oorplantingsevaluasievorm waarin die navorser opleiding gekry het met haar besoek aan Amerika.

Die evaluasie vorm fokus hoofsaaklik op:

- Die pasiënt se algemene fisiese geskiedenis
- Die pasiënt se psigiatriese geskiedenis
- Die betrokke ondersteuningsisteme by die pasiënt.
- Die verhoudinge met die ondersteuningsisteme soos eggenoot, inders, skoonouers, ouers, vriende, kerk
- Die afhanklikes onder die pasiënt se sorg en hulle ouerdomme
- Die pasiënt se werkgewer, implikasie op afwesigheid by die werk (siekteverlof, verlof, onbetaalde verlof)

- Pasiënt se ingesteldheid teenoor die BMT prosedure
- Die pasiënt se betekenisvolle ander (hetsy eggenoot, ouers met 'n kind wat die BMT prosedure ondergaan of vriend/in, verloofde) se gesindheid teenoor die BMT prosedure
- Die mate van ingeligtheid oor die BMT prosedure van die pasiënt en die betrokke sisteme.
- Die pasiënt se alkohol, rook- en/of dwelmgebruik (indien van toepassing)

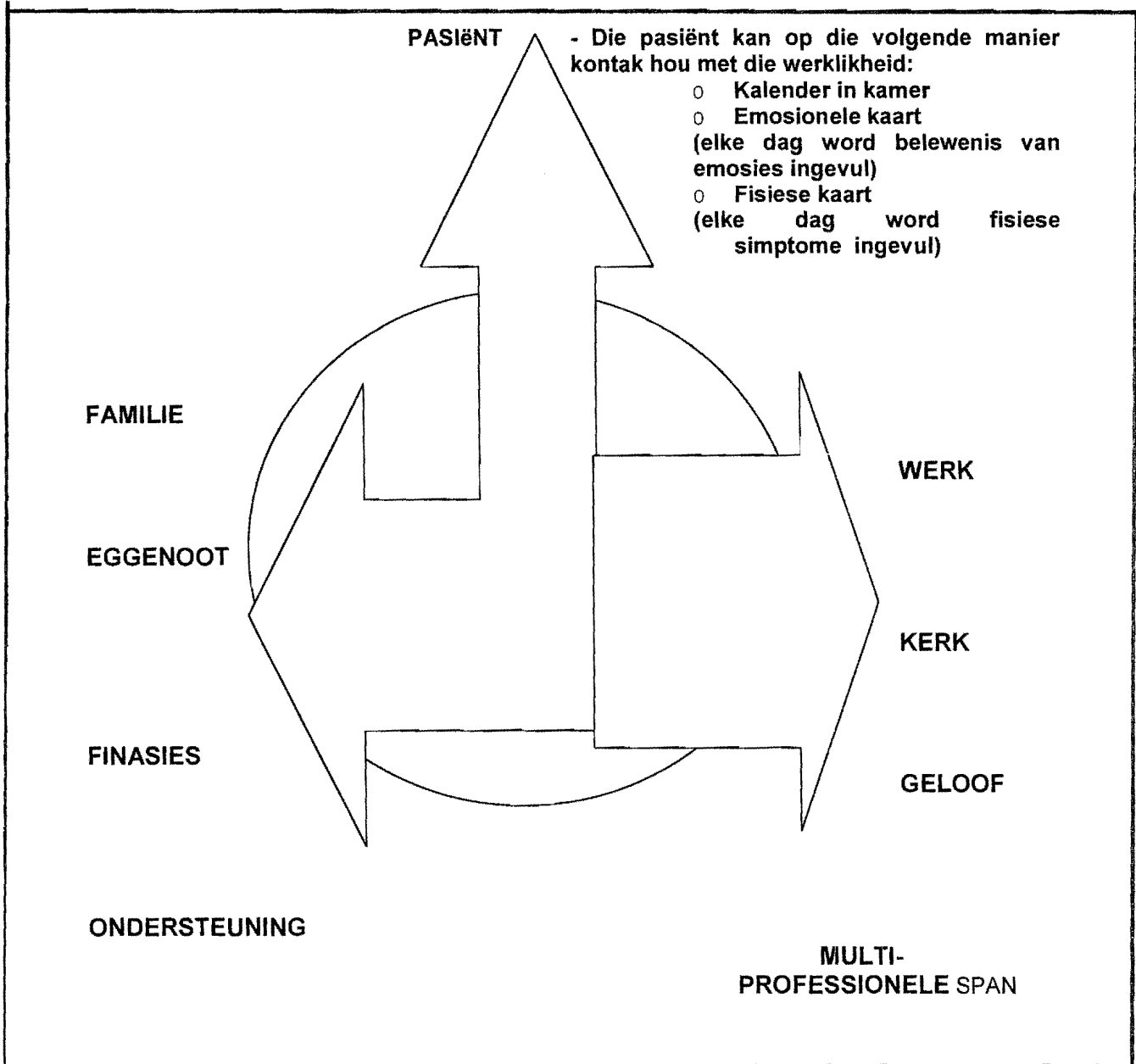
Die BMT psigo-sosiale evaluasievorm sal in detail in hoofstuk 4 bespreek word in die maatskaplike werk se rol in die BMT eenheid.

Die navorser gebruik die volgende skematiese voorstel vir die pasiënt om hulle rol in die BMT prosedure te verduidelik.

Die navorser moedig die pasiënte aan om betrokke te wees by die behandeling deur 'n kalender, bloedtellings, emosies en fisiese simptome in interaksie met mekaar te sien en te beleef. Sodoende verstaan die pasiënte en betrokke sisteme die interaksie met mekaar en die invloed op mekaar. Die pasiënt is die belangrikste lid van die span en hy/sy moet die rigtingaanduidings gee oor hoe hy voel, hoe hy dit beleef en simptome wat ervaar word. As die pasiënt bogenoemde doen kan optimale behandeling gegee word vir die pasiënt en sy sisteme betrokke. Die navorser is ook van mening dat die pasiënt 'n verantwoordelikheid het teenoor sy behandeling. Die navorser doen in haar voorbereiding 'n belangrike komponent van verantwoordelikheid. In sommige gevalle voel pasiënte dat hulle " een van die sisteem is" Die navoser fokus daarop dat die pasiënt die belangrikste verantwoordelikheid het en die belangrikste multi-professionele spanlid is. Die pasiënt het die inligting oor hoe hy voel, of hy pyn het, of hy hartseer of depressief is. Die multi-dissiplêre span is daar om die probleme in samewerking met die pasiënt aan te spreek en te hanteer. Sommige van die die pasiënt se verantwoordelikhede sluit in :

- agtergrondsgeskiedenis bekend te maak wat 'n impak gaan hê op die behandeling ,
- fisiese simptome wat ervaar word bekend te maak aan die dokter, omrede dit verrykende implikasies kan hê as sekere simptome nie dadelik behandel word nie,
- tekort het aan ondersteuningstrukture en iets daadwerklik gedoen kan word,
- probleme met nasorg ervaar, veral tuis,

Figuur 5: PASIËNT IS DIE MIDDELPUNT WAAROM DIE SISTEME FUNKSIONEER IN 'N BMT PROSEDURE.



INGESTELDHEID TENOOR DIE BMT PROSEDURE

(Skematiese voorstelling deur Alberts, 1993:98-108 en vanuit navoser se eie ervaring)

- die verantwoordelikheid om om te sien na homself/haarself en passief reageer ,
- indien die pasiënt nie oor die voldoende hanteringsmeganismes beskik nie moet dit aangespreek word.

Die navorser is ook van mening dat die pasiënt se persoonlikheid beïnvloed word deur die BMT prosedure. Volgens Gouws, Meyer, Louw & Plug (1984:230) kan persoonlikheid omskryf word as: " 'n Term wat in sy wydste betekenis dui op die geïntegreerde en dinamiese organisasie van die individu se psigiese, sosiale, morele en fisiese eienskappe." Die navorser is van mening dat daar tot persoonlikheidsveranderinge plaasvind. Sommige skrywers beskryf dit as "habits changes", maar die navorser het ook al waargeneem dat sommige pasiënte wat ekstroverte was, sieklik introverte raak en basis hulle self isoleer. Die navoser is egter van mening dat daar soveel "stres" op die pasiënte se hanteringsmeganismes geplaas word dat 'n veranderinge tog plaasvind. Dit kan toegeskryf word aan die lang hospitalisasie, newe-effekte en stres op die pasiënt se sisteem. Soms in 'n positiewe sin, maar sommige tye kan dit negatiewe implikasies veroorsaak. Veral as die pasiënte chroniese GVHD (soos bespreek in hoofstuk 2) ontwikkel wat geweldige spanning op die pasiënt en sy sisteem plaas.

Die impak van 'n BMT op die fisiese voorkoms, chroniese GVHD, selfbeeld en intimiteit word breedvoerig in paragraaf 3.2.2 , die impak van 'n BMT op die huweliksverhouding, bespreek.

3.5. ALLOGENE BMT PROSEDURE : DIE SKENKER

In Suid-Afrika word daar grootliks gebruik van skenker wat aan familieledede stamselle kan skenk. Die navoser het met haar oorsese besoek aan die VSA ervaar dat hulle skenker BMT – register een uit 1duisende bestaan. In Suid-Afrika is so 'n register egter nog nie in plek nie, 'n HLA-tipering sal gedoen word van familieledede, soos broers, susters, moeder en vader. As een van die skenkers geskik is kan 'n allogene oorplanting gedoen word. Die prosedure is egter soveel meer intens omdat daar 'n familielid is wat die stamselle oes en skenk. Schaefer & Beelen (1996:95) omskryf die impak van 'n familiedonor as:” ... (a) donor can sometimes result in resolution of conflicts- for example the donor who felt responsible for the accidental death of a sibling ... revive psychological conflicts.”

Die maatskaplike werker kan 'n belangrike rol speel om die skenker voor te berei op die nodige prosedure soos oesing en voorbereiding, maar ook 'n realistiese siening oor wat kan gebeur.

3.6. SPANNING EN DIE INVLOED VAN SPANNING OP DIE LANTERMYN OP DIE PASIËNTE

Dit is lank reeds bekend dat kanker 'n impak het op die fisiologiese en die psigologiese reaksies van die pasiënt. Volgens Teeley & Bashe (1998: 645, 650, 655, 660, 665) het die chemoterapie 'n uitwerking op psigologiese vlakke wat insluit geïrriteerheid, angs, gedragsveranderinge, depressie en gemoedsveranderinge. Die navorsers stem saam met bogenoemde skrywer en is van mening dat die pasiënte onder enorme druk en spanning is as gevolg van

die diagnose van kanker, die behandeling, die nuwe-effekte en die impak op die pasiënt se totale sisteem.

Volgens Gouws, Meyer, Louw & Plug (1984:287) kan spanning omskryf word as: " 'n Toestand wat spruit uit die mobilisering van psigobiologiese bronne ten einde 'n bedreiging die hoof te bied. Psigologies word dit gekenmerk deur gevoelens soos rusteloosheid, prikkelbaarheid en angs.' Verskeie van bogenoemde simptome kan by die BMT pasiënte waargeneem word.

3.7. POST TRAUMATIESE STRES SINDROOM (PTSD)

3.7.1. INLEIDING

Post Traumatiese Stres Sindroom word meer en meer aan aandag geskenk in die onkologie kringe. Die rede daarvoor is dat meer en meer pasiënte kanker oorleef en genees word. Die emosionele impak wat kanker op 'n persoon het kan egter nie weg geredeneer word nie. Daar is egter nog min navorsing gedoen oor die oorlewendes ("survivors") van kanker en lewensbedreigde siektes.

3.7.2. ALGEMENE ASPEKTE IN VERBAND MET POST TRAUMATIESE STRES SINDROOM (PTSD)

In die 1980's is die konsep Post Traumatiese Stres Sindroom (PTSD) gedefinieër deur die DSM –III en later die DSM –IV. Volgens McGrath (1999:17) is van mening dat dit in erkende nuwe beweging en denkwysse word dat PTSD alreeds vooraf gegaan word deur akute stres sindroom en as gevolg van die langdurige stres ontstaan PTSD by pasiënte wat met kanker gediagnoseer is en behandeling ontvang. Die akute stres sindroom word beskryf

as: “ The person has been exposed to a traumatic event in which both of the following were present: “

- the person experienced, witnessed, or was confronted with an event or events that involved actual or threatened death or serious injury or threat to the physical integrity of self or others
- the person’s response involved intense fear, helplessness or horror.” Pasiënte wat met kanker gediagnoseer word ervaar die bedreiging van hulle lewe , veskeie vrese, angs en gaan deur die fases van verwerking soos in die hoofstuk 3 .1. bespreek Die fases kan egter gekenmerk word deur angs, vrese, frustrasie en ‘n verskeidenheid van emosies.

Die DSM-IV verklaar dat as die akute stres sindroom langer as 3 maande duur dit omsit in PTSD. Die volgende simptome word dan ervaar: (1) “ ... recurrent distressing and intrusive distressing recollections of the event, images, thoughts or perceptions. (2) recurrent distressing dreams of the event. (3) acting or feeling or as the traumatic event recurring.”

Die navorser het ervaar dat herhaalde bloedtoetse, chemoterapie, beenmurgbiopsies en mediese prosedures die pasiënte ‘n “herlewing” ervaar wat gebeur het. Sommige pasiënte het al aan die navorser vermeld dat net die gebou of die ruik aan die geboue hulle naar, senuwee-agtig, prikkelbaar en gespanne laat voel. Die navoser het ook ervaar dat ‘n BMT pasiënt se vrou nooit weer verby die hospitaal wou ry nie, al moes sy ver ompaaie ry, maar sy het elke keer as sy in die straat verby die hospitaal gery het senuwee-agtig, huilerig en ‘n herbelewing van die situasie gehad, sodoende vermy sy nogsteeds die pad.

Met die ontwikkeling van PTSD vermeld McGrath (1999:17) dat daar veral op natuurlike rampe en PTSD gefokus is. Dit is egter van belang om:” Understanding cancer patients and their families’ response to trauma through the new theoretical lens of PTSD...”

Die navorsers het ervaar in die praktyk dat verskeie pasiënte deur hulle behandeling gaan en die situasie en behandeling goed hanteer, maar sodra die behandeling klaar is, dan toon hulle die fases van verwerking soos reeds bespreek. Die navorsers het ook ervaar dat ‘n paar maande na behandeling klaar is, sommige pasiënte dan PTSD simptome presenteer. Een aspek waarvan terapeute nie moet vergeet nie, volgens Williams & Paojula (2002:8), is die akute stres sindroom (ASD). Dit kom gewoonlik die eerste paar dae of ‘n week na traumatiese gebeurtenis voor. Die navorsers het al in praktyk ervaar dat die pasiënte “geskok” is as die nuwe-effekte begin, alhoewel hulle voorberei is, sê meeste pasiënte dat hulle nie geweet het dit is “so erg” nie. Die navorsers kan egter net weereens die voorbereiding van die multi-dissiplinêre span beklemtoon.

3.7.3. TRAUMA, KANKER EN DIE VERBAND MET PTSD

Die navorsers is van mening dat die pasiënte wat met kanker gediagnoseer word en later dan vir ‘n BMT oorweeg word deur ‘n traumatiese tyd gaan. Trauma volgens Rosenblom & Williams (1999:17) word gekenmerk deur twee eienskappe. Eerstens moet die aard van die gebeurtenis ‘n bedreiging vir ‘n lewe of die ernstige skade-aandoening betrokke wees. Tweedens hang hoe die “slagoffer” op die trauma gaan reageer. Vir die oorgrote meerderheid van pasiënte sal die diagnose met kanker en die BMT

proses dus traumaties wees. Die navorser het ook al in die praktyk waargeneem dat haarverlies en die verlies aan 'n voorkoms (mastektomie) traumatiese gebeurtenis kan wees. Die skrywers Widows, Jacobsen & Fields het 'n studie onder 102 BMT pasiënte in 2000 gedoen en bevind dat :” ... confirm and extend prior research regarding the prevalence of PTSD and PTSD symptoms among patients treated for cancer. ...(there is) psychological characteristics that seem to place BMT patients at greater risk.” Die BMT pasiënte het dus 'n groter kans om van die akute stres sindroom na die PTSD te beweeg. Die Cancer Weekly Editors vermeld dat 'n voorlopige studies toon aan dat die kans dat 'n persoon tussen 19 – 40 jaar, wat 'n BMT ondergaan, se kans om PTSD te kry ongeveer 4 keer groter is as 'n persoon tussen 9 –17 jaar.

Die navorser is van mening dat die spanning alreeds by die diagnose begin, maar net vererger as die onkoloog op 'n BMT besluit. Schaefer & Beelen (1996:94) bevestig navorser se siening deur te vermeld dat: “ The waiting period after the decision, for many patients, a time of inner tension, in the nature of a double ambivalence conflict: On the one side, there is hope that the illness will be controlled and on the other (side) fear of relapse or crisis...). Die navorser het ervaar dat die tydperk waaraan die pasiënte en hul families blootgestel word aan die spanning vanaf 1 maand tot in met die BMT en dan ongeveer 1 jaar van hantering van akute simptome en nuwe-effekte. Dit blyk dus dat spanning 'n belangrike aspek is wat hanteer moet word deur die multi- multi-dissiplêre span. Schaefer & Beelen (1996:95) vermeld dat na twee jaar na 'n BMT die meeste pasiënte goed aangepas het, maar 'n hoër insidensie van PTSD toon.

3.7.4. SIMPTOME VAN PTSD

Dit is belangrik om die simptome van PTSD te identifiseer. Volgens Coleman, Butcher & Carson (1984:157-168) kan PTSD in drie kategorieë verdeel word, naamlik akute, chroniese en vertraagde (“delayed”) PTSD. Die navorser is van mening dat kankerpatiënte veral in laaste kategorieë val. Volgens Coleman, Butcher & Carson (1984:157-168) word die vertraagde PTSD gekenmerk aan :

- Angs en/of angsaanvalle,
- Geïrriteerdheid,
- Pyn en/of kardio-vaskulêre simptome,
- Slaaploosheid is een van die belangrikste steurnisse wat plaas vind na trauma. Die navorser het in die praktyk ervaar dat die pasiënte veral slaapprobleme ontwikkel as hulle in isolasie geplaas word. Die navorser is van mening dat dit veroorsaak word aan die algehele moegheid en beperkte ruimte waaraan die pasiënt bloodgestel word.
- Gebrek aan vermoë om te ontspan,
- Nagmerries van gebeure of prosedures,
- Gebrek aan konsentrasie en /of geheue,
- Gevoel van depressie en in sommige gevalle sosiale-isolasie,
- Skielike verandering in hanteringsmeganismes,
- Selfmoordgedagtes,
- Drastiese veranderinge in verhoudings met ander.

(Vergelyk Williams & Poijula, 2002:12)

Die navorser het waargeneem in die praktyk dat meeste simptome ervaar word deur die pasiënte en dat hulle hul sterk hou om ontslaan te word uit die hospitaal of aan die anderkant 'n lae

motiveringsvlak het om huis toe te gaan. Die lae motiveringsvlak kan ook in sommige gevalle omskryf word as die hospitaalsindroom soos omskryf deur Coleman, Butcher & Carson (1984:682) wat gekenmerk word deur lae selfkonsep, gemaksonne in die "siekrol", ambiwelensie om weer te gaan werk of te sosialiseer en in sommige gevalle ontwikkeling van 'n chroniese siek rol. Die navorser stem saam met die skrywers, maar vermeld dat dit soms moeilik is om die pasiënte te kategoriseer in 'n chroniese siek rol, omrede hulle simptome van so ernstige aard kan wees. Aan die anderkant moet die pasiënte geëvalueer word in 'n multi-dissiplêre span opset omsodoende die regte keuse te maak.

Met die navorser se besoek aan Amerika het sy waargeneem hoe die volgende stappe van Lauria, Clark, Hermann & Stearns (2001:49-51) soos omskryf in die eerste Onkologiese Maatskaplike Werk handboek in die praktyk prakties toegepas word. Eerstens doen die onkologiese maatskaplike werker 'n evaluasie om die behoeftes van die pasiënt en familie te bepaal. Vrae waarop gelet kan word is: wat is die probeleem (siekte), hoe hanteer jy dit, hoe hanteer jy gewoonlik moeilike situasies en watter situasies is vir jou te veel om te hanteer?

Tweedens is dit belangrik om die pasiënt se begrip oor sy/haar siekte te evalueer. Dit is ook belangrik dat die pasiënt die behandeling, nuwe-effekte en prognose verstaan. Derdens kan die onkologiese maatskaplike werker die beskikbaarheid van dienste evalueer en sodoende die nodige hulpbronne inskakel, indien dit beskikbaar is. Die bekende HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) metingstoestel wat algemeen bekend is kan ook gebruik word om pasiënte te evalueer.

Met die navorser se besoek aan die VSA het sy waargeneem dat daar 'n groot aantal dienste aan die kanker pasiënte verskaf word wat insluit om die pasiënt holisties behulpsaam te wees. Organisasies wat die navorser interessant gevind het was die BMT netwerk organisasie, die BMT organisasie wat help om die nodige fondse te kry vir 'n pasiënte, die Leukemie & Limfoom vereniging, die Nasionale Brein Tumor organisasie, die nasionale palliatiewe pyn organisasie en verskeie organisasies vir borskanker. Die netwerk van hulpbronne waarby pasiënte in geskakel word is ongelooflik. In Suid-Afrika is die uitdaging egter om met beperkte hulpbronne die beste diens aan die pasiënte te lewer. Die navorser is van mening dat onkologiese maatskaplike werkers moet poog om hulpbronne en netwerke uit te bou en sodoende duplisering te voorkom en geleenthede aan pasiënte en hul families te verskaf.

3.8. DIE EMOSIONELE IMPLIKASIES VAN DIE SIEKTETOESTAND

3.8.1. DIE EMOSIONELE IMPLIKASIES VAN DIE SIEKTETOESTAND OP DIE HUWELIKSVERHOUDING

Die diagnose van kanker bring verskeie veranderinge navore en dit sluit die huwelik in. Volgens Van Staden (1992:3) is die huwelik: "... die intiemste menseverhouding..." As een van die eggenote gediagnoseer word kan dit geweldige implikasies inhou vir die huweliksverhouding en ook vir ander verhoudinge binne die gesin.

In hedendaagse tye beleef meeste mense stres as gevolg van werkspanning, finansiële druk en die gejaagde lewe. Volgens Alberts (1993:109) beleef: "... sommige huwelike alreeds meer as die normale stres, voordat kanker gediagnoseer word." Van Zyl sluit hierby aan deur te vermeld: "dat die impak op die huweliksverhouding sal afhang van hoe die verhouding was voor diagnose. As die pasiënt gediagnoseer word bestaan die kans dat

die huwelikspanning sal vererger. Dit ly tot huwelikskonflik. In die geval van 'n BMT is die pasiënt tussen 4 – 6 weke in die hospitaal en benodig ondersteuning wat ook die huwelikspanning kan vererger.

Die huweliksverhouding bestaan uit veertien (14) komponente, soos deur Alpaslan(1994:19) beskryf. Die navorser integreer graag sommige van die komponente en die implikasies van 'n BMT op die huwelik as volg:

- **Gesin van herkoms**

Die gesin van herkoms speel 'n belangrike rol in die persepsie en siening wat die pasiënt van sy siekte het. As die pasiënt ervaring het van ander familieledes wat oorlede is of kanker oorleef het sal dit die siening van die pasiënt beïnvloed. Verder is dit van belang om die rol wat siekte en versorger van iemand wat siek is, in sy gesin van herkoms te definieër. Indien dit taboe is in die gesin van herkoms om siek te wees sal dit geweldige implikasies op die siening van die pasiënt hê.

- **Selfbeeld**

Die pasiënt se selfbeeld kom ook in gedrang omdat fisiese voorkoms verander in sommige gevalle.

Die mees algemeenste korttermyn newe-effekte wat 'n invloed het op die selfbeeld kan soos volg genoem word.

Tabel 8 : NEWE-EFFEKTE VAN BEHANDELING OP DIE SELFBEELD

NEWE-EFFEK	IMPLIKASIE OP VERHOUDING EN/OF SELFBEELD
Naarheid en braking	Lusteloos en gebrek aan kommunikasie
Mondsere	Gebrek aan kommunikasie
Verlies aan eetlus	Gewigsverlies, implikasie op selfbeeld
Haarverlies	Implikasie op selfbeeld en gemoedstoestand
Moegheid	Gebrek aan kommunikasie as gevolg van moegheid.
Graft-versus-host-disease (GVHD) (akuut of chroniese)	Die verwerping kan in verskeie organe plaasvind, maar kom veral ook voor op die vel. Dit beïnvloed die pasiënt se voorkoms dramaties en het 'n impak op die pasiënt se selfbeeld. Sommige pasiënte ontwikkel ook chroniese GVHD in die dikterm wat chroniese diarree tot gevolg het. Dit het 'n impak op die pasiënt se totale funksionering, selfbeeld en bring soms isolasie mee. (Vergelyk hoofstuk 2)
Bloeding	Vergerger die moegheid en lusteloosheid. Verleng verblyf in hospitaal.
Hospitaliasie	Afwesigheid by die huis. Verandering van rolle, veral as daar kinders is. Die impak van veranderinge in rolle kan ook 'n invloed hê op die pasiënt se selfbeeld, omrede hy nutteloos mag voel as gevolg van afwesigheid tuis.

(Deur navorser se ervaring in praktyk saamgestel)

- **Sekstualiteit**

As gevolg van die lang hospitalisasie tydperk is daar 'n impak op die egpaar se sekstualiteit. Verdere aspekte wat 'n rol speel is moegheid, swakheid, lusteloosheid en verandering in selfbeeld.

- **Huwelikskeuse en huweliksmotief**

By jong getroude egpare kan hierdie komponent 'n probleem wees, maar die langer getroude pare het gewoonlik al sekerheid waarheen hulle op pad is met die huwelik. Die navoser is van mening dat die huwelikskeuse en huweliksmotief nie 'n rol speel in die BMT proses nie. In sommige gevalle waar die pasiënt egter verloof is of in 'n ernstige verhouding is, kan die huweliksmotief en huwelikskeuse egter beïnvloed word.

- **Kommunikasie**

Kommunikasie is vir die navoser die belangrikste aspek wat die BMT proses makliker hanteerbaar maak. Indien die kommunikasie nie voldoende is nie skep dit onnodige probleme en spanning. Effektiewe kommunikasie stryk probleme vroegtydig uit. Kommunikasie word beïnvloed deur die fisiese simptome en newe-effekte van die BMT behandeling. Dus speel nie-verbale gedrag 'n belangrike rol en die interpretering van die nie-verbale kommunikasie. Die navorser het al waargeneem en gesien dat egpare wat mekaar verstaan en begryp soms net op nie-verbale kommunikasie funksioneer, tydens die isolasie-tydperk van die

pasiënt en as die mondseer van so 'n aard is dat nie gepraat of geëet kan word nie.

- **Konflikhantering**

Die omstandighede waarin die pasiënt en sy eggenoot hul bevind is 'n bron van spanning en kan maklik ly tot konflik. Die navorser het al gesien dat konflik veral ontstaan in die isolasietydperk as die pasiënt nie wil eet nie en lusteloos en moeg voorkom, na so 'n mate dat hulle soms nie uit die bed wil klim nie. Konstruktiewe konflikhantering is van uiterste noodsaaklikheid.

In sommige gevalle beskerm eggenoot die pasiënt van probleme by die huis. In meeste gevalle "voel" die pasiënt dit aan dat daar spanning is en in menigte gevalle ly dit tot konflik.

- **Potensiële groeiruumte**

Die besluit om deur 'n BMT prosedure te gaan moet 'n familiebesluit wees. Sodoende kan motivering en ondersteuning onderling plaasvind. Die keuse of dit 'n groeipunt of 'n knooppunt gaan wees hang egter grootliks af van die pasiënt. Die navorser is egter van mening dat groeiruumte nie in die hospitaal kan plaasvind nie as gevolg van die "abnormale situasie" waarin die pasiënte hul bevind. Die navoser is van mening dat daar liewers agteruitgang as groei is, as gevolg van fisiese-, emosionele- en totale sisteem implikasies.

- **Rolverdeling**

Die navorser het in die praktyk gesien dat rolle vir ongeveer 9 maande tot 'n jaar verander. Dit plaas spanning op die hele gesin, asook die pasiënt. Die pasiënt kan nutteloos en waardeloos voel as sy take en rolle voortdurend vir hom gedoen word, maar die ander kant van die saak is dat BMT pasiënt lank in die hospitaal bly en gereelde opname in die eerste jaar voortdurend plaasvind. Elke gesin het egter aanpassings om te maak en dit kan bydrae tot spanning, soos klein kinders wat nog gehelp moet word met skoolwerk en as die pasiënt ver van die behandelingseenheid bly moet eggenoot soms oorslaap wat 'n implikasie op die kinders se roetine en sekuriteit het. Louw (1994:10) bevestig dat die feit dat die veranderinge op 'n krisis kan uitloop deur te vermeld dat: " ...illness upsets our normal programmes as well as our sense of regular routine, order, habits and security."

Effektiewe en oop kommunikasie deur die egpaar en ook inligting van die multi-professionele span kan egter hierdie probleem vroegtydig oplos. In die vraelys wat die navorser uitgee word die rolle ondersoek en sal in hoofstuk 5 bespreek word.

- **Beroepsbeoefing en finasies**

Vir 'n tydperk van 6-9 maande kan die pasiënt nie sy werk ten volle verrig nie. Vir die eerste 3 maande sal die pasiënt glad nie werk nie en gewoonlik daarna kan die pasiënt nie 'n hele dag se werk volhou nie. Dit het implikasies op die pasiënt se selfbeeld, rolle en toekoms.

Sommige pasiënte word medies ongeskik verklaar, wat finansiële implikasies het. Die feit dat daar 'n verlies aan inkomste is, plaas spanning op die hele huishouding, soms moet die tuishulp gekennis gegee moet word, omrede die finansiële implikasies te groot is. In die praktyk het die navorser die volgende uitgawes waargeneem:

- Vervoerkostes van gesin na pasiënt. In sommige gevalle van ander dorpe en stede.
- Aankoop van spesiale voedsel en suplimente wat pasiënt kan eet en kan opbou.
- Verblyfkostes as pasiënt se eggenoot van ver af kom.
- Bybetalings, as mediese fonds nie alle kostes drae nie.
- Uitgawes aan ondersteuningsisteme soos huishulp, oppassers vir kinders as eggenoot nie tuis is nie.
- Sommige werkgewers gee 'n aantal siekteverlof dae en menigte pasiënte moes op onbetaalde verlof gaan wat 'n groot implikasies het op die huwelik en funksionering van die gesin.
- Sommige pasiënte het hulle eie besighede en die eggenoot moet dan die besigheid bestuur en die pasiënt ondersteun.

Dus het die hospitalisasie 'n groot invloed op die finasies van die gesin. Al sou die mediese fonds al die mediese kostes dra, is daar verskeie ander kostes wat 'n invloed kan hê.

- **Skoonouers**

Na welke mate die egpaar met hul ouers en/of skoonouers oor die weg kom speel 'n belangrike rol. In baie gevalle het die navorser gesien dat die ouers 'n belangrike rol speel in ondersteuning van die egpaar en behulpsaam te wees met praktiese reëlings soos kinders oppas.

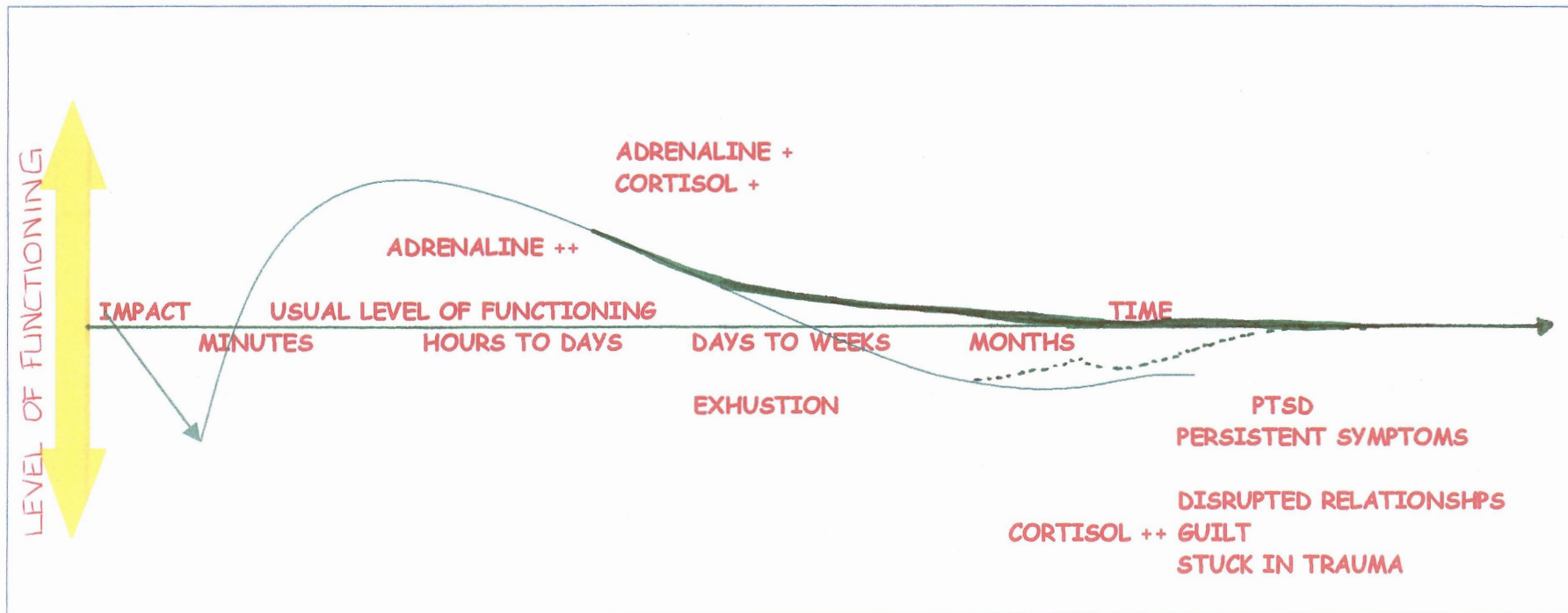
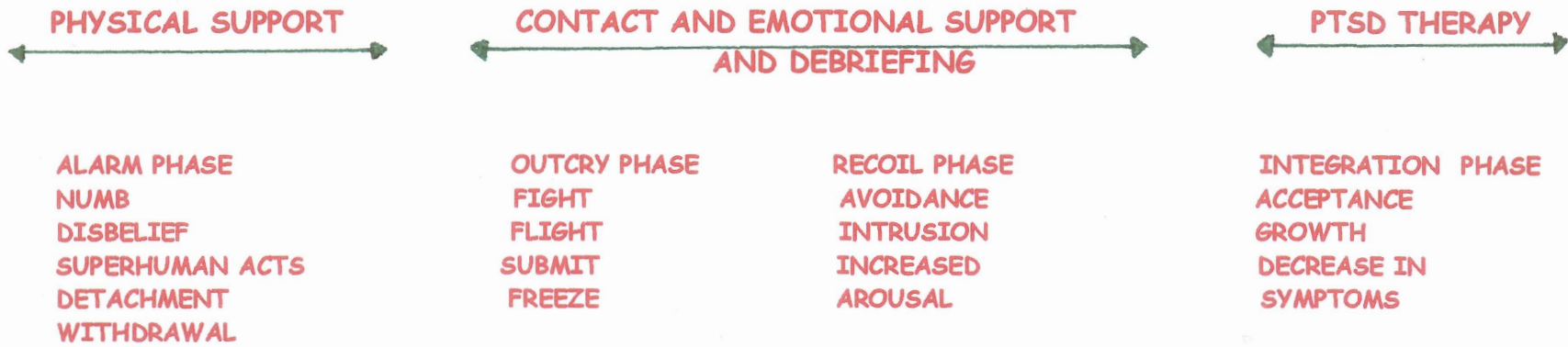
- **Geloofsgroei**

Volgens Louw (1994:45) kan siekte 'n positiewe of 'n negatiewe uitkoms veroorsaak:" On the one hand it could paralyse man completely, causing his disintegration... on the other hand a crisis could bring a turning-point by which the crisis becomes a challenge to grow." Die maatskaplike werker en die multi-dissiplêre span kan 'n belangrike rol speel om rigting aanwysers vir die pasiënt en sy eggenoot te gee dat hulle dit as 'n groeipunt aanpak van die begin af en sodoende met die "regte" houding die BMT prosedure aanpak.

'n BMT prosedure is 'n spanpoging waarvan die pasiënt en sy sisteme die middelpunt is. Indien alle sisteme voldoende funksioneer kan die BMT prosedure op 'n positiewe wyse aangepak word en sodoende ondersteuning van die sisteem vergemaklik.

Die navorser wil egter graag melding maak van die trauma proses wat deur die pasiënt en/of eggenoot ervaar kan word. In sommige gevalle ervaar familieledede ook trauma soos ouers en kinders. Dit is egter van belang om die trauma wat die

persone ervaar te verstaan. Trauma is 'n gebeurtenis wat 'n impak het op die brein en emosies. Volgens die teorie van James-Lange sien die persoon die “bedreiging” en dan gebeur daar 'n fisiese reaksie. Volgens die teorie van Cannon-Bard ervaar die pasiënt eers die emosionele reaksie en dan reageer die fisiese reaksie. In die emosionele – en fisiese reaksie, by altwee gevalle, word daar sekere hormone afgeskei. (Vergelyk Do Amaral & De Oliveira, 2002: 1-11) In die volgende skets word daar voorgestel wat gebeur fisiologies en emosioneel gebeur. Indien die emosionele probleme nie gehanteer word nie, kan PTSD ontwikkel en ernstige emosionele gevolge hê indien dit nie terapeuties gehanteer word nie.



Figuur 6 : Die grafiese voorstelling van die Post-Traumatiese Stres Sindroom (PTSD)

3.8.2. DIE EMOSIONELE IMPLIKASIES VAN 'N BMT PROSEDURE OP DIE GESIN.

Die impak van 'n BMT plaas nie net geweldige druk op die pasiënt nie, maar ook op alle sisteme betrokke by die persoon. Alberts (1993:106) is van mening : “ ... dat die patroon van ons verhoudings buite sowel as binne die familie beïnvloed word. Vriende reageer anders onder moeilike omstandighede.” Elke persoon reageer dus op sy spesifieke manier, soms is dit ondersteunend , soms, passief en ander kere vermy die persoon die situasie. As vermyding plaasvind, kan dit grootliks toegeskryf word aan vorige ervarings van die persoon , perspepsies en sienings oor 'n siek persoon.

3.8.3. DIE EMOSIONELE IMPAK OP DIE NAASTE FAMILIE

Die mate van gebondenheid en ondersteuning speel 'n belangrike rol in die beleving van die BMT vir die gesin en nabye familieledede. “Schaefer & Beelen (1996: 96) vermeld dat : The stress a patient experiences is particularly high when he or she comes from an intact family context.”

Sommige skrywers is van mening dat die grootste druk op die pasiënt is. Die navorser wil egter hiermee verskil. Die druk kan net soveel wees op die primêre versorger, wat in meeste gevalle die eggenoot is. Soos Teeley & Bashe (2000:839) skryf dat :” Cancer

is a family disease." Die navorser stem saam met die aanhaling maar voeg ook by dat BMT 'n "familiekeuse" moet wees. Die emosies soos in vroeër in hoofstuk 3 bespreek, geld nie net vir die pasiënt nie, maar ook vir die gesin en familie. Kübler-Ross (1995:49) vermeld dat nie net die pasiënt deur 'n vewerkingsitiasie gaan nie, maar ook alle betrokke persone. Die skrywer vermeld dat die emosies waardeur elkeen gaan is, vrees, skuld, anger, jealousy and love." Schaefer & Beelen (1996:96) vermeld dat: "psychosocial problems of significant others of adults have not yet been the subject of scientific investigation."

Die navorser het in die praktyk beleef dat bogenoemde emosies, soos deur Kübler-Ross (1995:49) beskryf, nie net op die pasiënt toepas nie, maar ook op die eggenoot, gesin en vriende.

Die navorser was by ongeveer 70 BMT betrokke en kan uit haar ervaring die oorplantingsfases soos volg beskryf:

Tabel 9 : EMOSIONELE BELEWENIS VAN GESIN EN NABYE FAMILIE

FASE VAN OORPLANTING	BELEWENIS VAN DIE GESIN
Pre-oorplantingsfase	<ul style="list-style-type: none"> • Vrees vir wat mag gebeur. • Skuld, die eggenoot dit kon voorkom het. Byvoorbeeld gesonder geëet het. • Aggressie teenoor die siekte en al die rolverskuiwings wat plaasvind. (Vergelyk Hoofstuk 3 – Die impak op die huwelik)
Oorplantingsfase	<ul style="list-style-type: none"> • Liefde en ondersteuning, veral in die “siek” stadium van die pasiënt • Jaloesie, oor ander se gesondheid en lewe wat aangaan. • Aggressie teenoor die siekte en al die rolverskuiwings wat plaasvind. • Die vrees of “alles” sal regkom.
Post oorplantingsfase	<ul style="list-style-type: none"> • Vrees word veral deur die pasiënt en primêre versorgers ervaar of hulle sal regkom by die huis. • Aggressie word hoofsaaklik ervaar as die gesondheid nie namate vorder nie en gereelde opname in hospitaal nog nodig is.

(Saamgestel deur J A Opperman)

Volgens Stearns, Lauria, Hermann & Fogelberg (1993:53 -58) is daar vyf hoofkomponente wat 'n rol speel as dit kom by die aanpassing en vewerking van 'n kanker diagnose.

- Ouderdom (Hoe oud die pasiënt is?)
- Sosio-ekonomiese status (Is die pasiënt dalk die broodwinner?)
- Hanteringsmeganismes (Hoe hanteer die gesin probleme en terugslae?)
- Familie funksionering skaal.
- Kultuur en godsdiens (Sekere leefwyses en begiinsels waar volgens geleef word.)

Alle bogenoemde komponente moet in gedagte gehou word om die pasiënt optimaal te kan help. As dit in multi-dissiplinêre spanverband gehanteer word, kan alle aspekte (fisies en emosioneel) voldoende geëvalueer word en sodoende 'n effektiewe behandelingsplan saamgestel word.

3.8.4. **EMOSIONELE IMPAK OP DIE KINDERS IN 'N GESIN WAAR 'N OUER 'N BMT ONDERGAAN**

Soos alreeds vermeld raak kanker en 'n BMT prosedure nie net die pasiënt, maar ook die sisteem in totaliteit. Moster (1979:49) vat dit soos volg saam: "Cancer does not strike in a vacuum. Not only is the patient affected, but also every of the family, children, parents, brothers, sisters, husband, or wife." Die rol van die multi-professionele span is van onskatbare waarde ten opsigte van inligting verskaffing, ondersteuning en opvoeding.

By die Wilgers Onkologie Eenheid waar die maatskaplike werker tans werksaam is en die Mary Potter Onkologie Eenheid waar sy werksaam was, het die navorser 'n spesifieke metode ontwikkel

om kinders van die BMT pasiënt voor te berei. Die navorser gaan van die uitgangspunt dat kennis, inligting, vrese en bekommernisse vroegtydig aan gesprek en sodoende 'n ingeligte pasiënt en gesin ontwikkel. Die voorbereidingsgesprek vir kinders sluit in die deurwerk van , 'n boekie: "I am getting a BMT". Die boek kan vir voorbereiding dien vir 'n kinderpasiënt wat self 'n BMT kry of waar 'n familielid as die skenker gaan optree. Die boek fokus op: wat is 'n BMT, wat gebeur met die oes van stamselle (is dit pynlik), die chemoterapie en sy werking, die isolasie tydperk, prosedure tydens isolasie, as die pasiënt siek is hoe om op te tree en as die pasiënt eers by die huis is. Die basiese aspekte word dus met die kinders uitgepraat en verduidelik. Die gesprek word afgerond met 'n toer na die pasiënt se kamer, die ontmoet van die verpleegpersoneel. Die navorser beskou dit ook van belang dat die kinders die dokter wat die pasiënt gaan behandel ontmoet.

Voortdurende kontak word egter gehou om probleme te voorkom. Die navorser beveel die volgende aspekte in die voorbereiding aan die versorgers van die kinders. In baie gevalle kom help grootouers om die primêre versorger kans te gee om by die pasiënt se wees.

Die navoser stel die volgende as 'n maatskaplike werk riglyn vir ouers vir een van die ouers wat vir 'n BMT prosedure moet gaan:

Vorbereiding sessie saam met die maatskaplike werker is van uiterste noodsaaklikheid. Daarna kan evaluering op daaglikse basis plaasvind.

- Evalueer kinders se gevoelens oor die siekte.

- Antwoord vrae gesamentlik of indien nodig met inagneming van kinders se ouderdomme en emosionele volwasenheid.
- Voordat die pasiënt opgeneem word word aanbeveel dat 'n oop, eerlike, realistiese gesprek gevoer moet word deur die betrokke pasiënt, gesinslede en familie. Sodoende is daar geen misverstande nie.
- Smoor miskonsepsies soos kanker kan aansteek in die smoor deur daaroor te praat.
- Die kinders moet weet dat dit normaal is om gevoelens te wys en die regte maniere hoe om aggressie uit te kry byvoorbeeld soos die boks van 'n kussing is reg, maar die kind mag nie homself of ander seermaak nie.
- In die eenheid waar die navoser werk moedig sy voortdurende gesinsvergaderings of terugvoervergadering aan. Sodoende weet almal presis wat aangaan en wat om te verwag.
- Dissipline is belangrik en daar moet probeer word om daarby te hou.
- Gereelde besoeke van die kinders aan die pasiënt is van belangrike aarde. Voorbereiding moet egter net gedoen word, byvoorbeeld: "Al pappa se hare het uitgeval".
- Die gesin moet altyd die humor behou en nog tyd maak vir ontspanning vir die kinders.

Vergelyk Babcock, 1997: 152-198)

In hoofstuk 4 sal die rol van die maatskaplike werker bespreek word, met betrekking tot die voorbereiding van die pasiënt, eggenoot, familie en vriende.

3.8.5. **DIE EMOSIONELE IMPAK OP OUER/S AS 'N KIND 'N BMT ONDERGAAN**

In die praktyk waar die navorser haar navorsing gedoen het, word daar nie kinders deur middel van 'n BMT behandel nie. Die jongste pasiënt was 17 jaar oud. Die oorgrote meerderheid pasiënte was alreeds getroud en het kinders gehad. In hoofstuk 5 word die effek van verskillende ouderdoms groepe en die probleme wat te weeg bring bespreek. 'n Aspek wat egter nie uit die oog verloor moet word nie is, dat die meeste pasiënte se ouer/s nog lewend is en nog 'n groot deel van hulle lewe uitmaak. In sommige gevalle waar pasiënte getroud is, speel die skoonfamilie ook 'n belangrike rol. Die navorser het ook opgemerk dat die ouer/s, hetsy biologiese ouer/s en/of skoonouers 'n belangrike rol speel in die versorging van die pasiënte tuis na ontslag.

Stewart (1994:58-60) omskryf die ouers se gevoelens deur te vermeld: "The time in the hospital is difficult for parents as well. It's hard to watch your child undergo difficult medical procedures, particularly when you have so little control over her/his care." Die navorser is van mening dat enige ouer so sal voel oor hulle kind of die kind oud of jonk is. Die navorser is van mening dat die BMT as 'n familie-aangeleentheid gesien word en sodoende almal betrek wat 'n belangrike rol gaan speel. (Vergelyk Stewart, 1994:53). Die multi-professionele span moet die pasiënte bedag maak op al die rolspelers by die BMT en die aangetroude en biologiese familie is een van die belangrike rolspelers.

3.8.6. DIE EMOSIONELE IMPAK VAN 'N BMT OP VRIENDE

Die navoser het al in die praktyk ervaar dat vriende van 'n BMT pasiënt die pasiënt vermy of vir die pasiënt ondersteun op hulle spesifiekte manier. Die manier waarop mense reageer hang af van vorige ervarings met siekte, persepsies en die bereikbaarheid van die pasiënt.

Ireland & Ireland (1993:119-120) vermeld dat daar verskeie soorte vriende is. Die pasiënt en sy gesin moet besluit watter vriende 'n belangrike rol speel in hul lewens en hulle aanwend in die regte rigtings. Ireland & Ireland (1993:119) vermeld die volgende soorte vriende:

- Die vertrouelinge en ondersteuners

Met die soorte vriende kom jy al 'n lang pad saam en het al jou vertrouwe gewen. Die vriende het al baie sakke sout saam met jou opgeëet.

- "Companion" vriende

Hierdie soort vriende gaan doen gewoonlik opwindende en uitdagende aktiwiteite saam met jou. Hulle aanvaar jou net soos jy is en laat lag jou gewoonlik.

- "Cronies" (chroniese) vriende

Hierdie soort vriende ken jou goeie en slegte eienskappe en stap al jare saam met jou. Jy het alreeds hulle vertrouwe en lojaliteit.

Die navorser het egter in die praktyk al gesien dat daar “vriende” is wat kennis van die gesin is en dan ‘n besoek kom aflê net om te sien wat aangaan en in sommige gevalle die “nuutste nuus” te kan oorvertel. Sulke vriende moet vermy word, omdat pasiënte net ontstel word deur die tipe vriende. In die voorbereiding van die pasiënte beveel die navorser die gesin aan om net sekere persone te kies wat hulle by die hospitaal besoek en ook vir die eerste tyd na ontslag van die pasiënt by die huis.

3.8.7. DIE EMOSIONELE IMPAK VAN ‘N BMT OP DIE WERK EN WERKKOLLEGAS

Die navoser het alreeds die impak van ‘n BMT op die huweliksverhouding en die werk bespreek wat direk ‘n verband het met die finansiële posisie van die pasiënt. Die navorser is van mening dat die volgende aspekte ‘n belangrike rol speel by die pasiënt se werk:

- Die tipe werk (administrasie, ambag, bestuurspos)
- Of die tipe werk deur iemand anders gedoen kan word.
- Die finansiële implikasie as ‘n persoon tydelik in diens geneem moet word. (Byvoorbeeld ‘n dokter wat ‘n tydelike locum moet aanstel.)
- Die voordele wat die werkgewer geniet soos verlof, siekteverlof, spesiale verlof.
- Die finansiële implikasies wat verband hou met bogenoemde verlof, soos een-derde betaling, medies ongeskik of pensioen.

Die navorser beveel aan dat die werkgewer betrokke moet wees by sekere besluite omrede dit die finansiële impak van die pasiënt, en sy gesin sal beïnvloed.

Volgens Babcock (1997:107 – 110) kan die bestuur, eienaar of hoof die volgende riglyne gebruik om 'n sinvolle bydrae te lewer tot die pasiënt.

- Bespreek die omstandighede openlik en eerlik met die werknemer. Verduidelik beleide en prosedures.
- Herevalueer die werknemer se verantwoordelikhede en druk waaronder hy/sy verkeer. Bespreek moontlike vermindering van verantwoordelikhede en/of take.
- Betrek die hele span in die werksopset om die werkslading te verdeel of te delegeer.
- Neem 'n besluit oor fleksietyd.

Die navorser is egter van mening dat bogenoemde met empatie en sensitiewiteit benader en gehanteer moet word. Die navoser het ervaar dat verskeie pasiënte sensitief is as gevolg van die siektetoestand en maklik kan voel dat hulle uitgesluit of niks meer werd is nie.

3.9. DIE VERANTWOORDELIKHEID VAN DIE EGGENOOT IN DIE BMT PROSEDURE

In die praktyk het die navorser waargeneem dat die rol van die versorger ("caregiver") hoofsaaklik deur die eggenoot vertolk word. In gevalle waar pasiënte ongetroud / geskei / weduwee/ wewenaar is kan familieledede of in sommige gevalle die multi-professionele span die rol van versorger vertolk. In die oorgrote meerderheid word dit egter deur die eggenoot vertolk.

Volgens A Stem Cell Transplant : A Companion Guide for breast patients (1999:6) is die rol van die versorger as volg:

- Verskaffing van emosionele ondersteuning
- Behulpzaam te wees met sommige versorging (byvoorbeeld sommige pasiënte verkies dat die eggenoot hulle help bad/stort en nie die verpleegpersoneel nie).
- Verskaffing van versorging nadat pasiënte ontslaan word. (In meeste gevalle is pasiënte nog swak , lae mobilisasie en benodig hulp met meeste take, soos bad.
- Deurlopende kommunikasie met multi-professionele span oor behoeftes en partye onderling soos ander familieledede.
- Verskaffing van informasie
- Terugvoer van belangrike inligting, veral as pasiënt eers tuis is (byvoorbeeld naarheid, koors)
- Verskaffing van vervoer na en van behandelingsarea.

Die navorser is van mening dat 'n ekstra komponent by die huweliksverhouding geplaas moet word. Die vyftiende komponent impliseer die siekte. Die navoser het al in soveel gevalle gesien dat siekte 'n huwelik kan vernietig. Die navoser het dit nie net in

kanker ervaar nie, maar ook in chroniese ander siektes soos diabetes, niersiektes en depressie.

**3.10. DIE VERANTWOORDELIKHEID VAN DIE GESIN, FAMILIE ,
VRIENDE EN WERKKOLLEGAS IN 'N PASIËNT WAT 'N BMT
ONTVANG**

Die is belangrik dat elke gesin sy situasie / krisis op hulle eie manier hanteer en dus hanteringsmeganismes wat vir hulle as gesin werk te implementeer. Dit mag dalk vir die multi-professionele span nie in orde lyk nie, maar ruimte vir hantering op hulle manier is belangrik. Blitzler, Kutscher, Klagbrun, de Bellis, Selder & Siegel (1990:8) ondersteun die navorser se siening deurdat hulle vermeld:"... family members must be allowed to exercise such coping skills as seeking information, talking to others and initiating positive constructive action if they are began living with the diagnosis."

Die kinders, familie en vriende kan op die volgende aspekte fokus om direk en/of indirek hulp te gee aan die pasiënt.

- Dit is belangrik dat die pasiënt se komeertry moontlik gehou word, soveel ondersteuning moontlik kry en insig hê waardeur die pasiënt gaan. Deur bogenoemde te bewerkstelling moet die totale sisteem aangepak word , dit sluit in die pasiënt, eggenoot, kinders en familie.
- In sommige gevalle is finansiële implikasies 'n groot bekommernis en familie en vriende kan dalk help met kos en vervoer.

- Behulpsaam met versorging, vervoer, oppas van die kinders.
- Die gesin en familie kan help kan met praktiese probleme soos vervoer.
- Voortdurende ondersteuning is nodig vir die pasiënt, gesin, kinders en familie. As die gesin nog goed funksioneer gaan dit in menigte gevalle ook goed met die pasiënt. Vriende kan in menigte gevalle die rol vertolk.
- Die kerk en skool in ook in gevalle voedsel voorberei of help met vervoer.
- As die kerk betrokke is kan beurte gemaak word om die pasiënt te besoek en sodoende spanning van die primêre versorger verlig.

(Vergelyk Autologous en Allogous Peripheral Stem Cell Transplantation: A patient guide, 2000: 22-26.)

Voortdurende beplanning en aanpassings sal egter gemaak moet word wat grootliks bepaal word deur die toestand van die pasiënt.

3.11. **DIE KEUSE VAN 'N VERSORGER – TYDENS HOSPITALISASIE EN NA ONTSLAG UIT DIE HOSPITAAL**

Die navorser is van mening dat die keuse van 'n versorger of versorgers alreeds tydens die voorbereiding vir BMT prosedure en hospitalisasie bespreek moet word. Volgens Fraidon, Glajhen & Portenoy (2000:1) kan 'n versorger omskryf word as :” ... anyone who provides any type of physical and/or emotional care for an ill or disabled loved one at home.” Die bogenoemde skrywers vermeld dat dit belangrik is dat die versorger die behoeftes van die pasiënt

kan evalueer. Die multi-dissiplinêre span moet die versorger bystaan om 'n effektiewe, funksioneerende plan te maak. Die pasiënt moet geëvalueer word op:

- Emosionele behoeftes,
- Kognitiewe behoeftes,
- Gedragsbehoefte,
- Geestelike behoeftes en
- Sosiale behoeftes.

Die navorser is van mening dat daar egter in gedagte gehou moet word dat die versorger ook deur 'n verwerkingsfase gaan oor die prosedure en/of die kanker, die versorger ook deur trauma gaan met die oorplanting en in meeste gevalle professionele hulp benodig (Vergelyk Fraiden, Glajhen & Portenoy, 2000:55 - 79) Die trauma waardeur die versorger gaan tydens die pasiënt moet ook nooit uit die oog verloor word nie. Die versorger is dikwels betrokke by die pasiënt se emosies en newe-effekte (soos naarheid, moegheid, lusteloosheid en GVHD).

Die maatskaplike werker speel 'n belangrike rol om die versorger voor die BMT te evalueer en behoeftes van die versorger te bepaal (Bylaag F). Die maatskaplike werker gebruik die aangehegde bylaag F om die versorger volledig te evalueer. Die maatskaplike werker speel 'n belangrike rol om die versorger te monitor. Die versorger moet voorberei word op tekens van uitputting en uitbranding.

3.12. MAATSKAPLIKE WERK INTERVENSIË

Die maatskaplike werker speel dus 'n noodsaaklike rol, om die BMT pasiënt te assessee, evalueer en die nodige hulpbronne in te skakel. Verder is dit van uiterste belang dat die maatskaplike werker sal betrokke wees by die voorbereiding vir die BMT prosedure. Die maatskaplike werker kan die pasiënt, eggenoot, familieledede en kinders voorberei op die prosedure. In hoofstuk 4 sal die navorser volledig beskryf watter rol die maatskaplike werker vervul, tipes intervensies, verskillende tipes werkswyses, verskillende evaluasie – en assesseringskale en die funksionering van die multi-dissiplêre span.

3.13. SAMEVATTING

Kanker het 'n impak op die totale persoon, eggenoot, familie en vriende. As 'n BMT prosedure beplan word het dit ook 'n impak. Die navorser het ervaar dat dit soms 'n groter impak het as 'n pasiënt aangeraai word vir 'n BMT omdat die herstel soveel langer is en die prosedure so ingrypend is. Die navorser berei altyd die pasiënte vir ongeveer 'n 1 jaar voor wat dan behels die van aanpassing by langtermyn nuwe-effekte, herstel en aanpassings soos byvoorbeeld by die werk medies ongeskik verklaar word.

Hierdie prosedure is 'n lewensbedreigde prosedure en dit moet so aan die pasiënte en hul families verduidelik word. Die vooruitsig op totale genesing motiveer egter pasiënte en families. Die prosedure het ook 'n emosionele impak. Hierdie emosionele impak is op die pasiënt, sy eggenote, kinders, gesin, familie, werkkollegas en vriende. Die versorger/s moet alreeds voor die oorplanting

geïdentifiseer word, sodoende kan hulpbronne vroegtydig aangespreek word.

Sommige pasiënte ervaar langtermyn emosionele simptome toon, wat kan lei tot Post Traumatiese Stres Sindroom (PTSD). Die multi-dissiplêre span die pasiënt deurlopend evalueer vir die simptome en sodoende behandeling toepas, hetsy medikasie en/of terapeuties. Die navorser is egter van mening dat die twee behandelingsmetodes (medikasie en terapeutiese metodes) doeltreffend is as dit saam gebruik word.

Die multi-professionele span moet ook 'n positiewe, realistiese vooruitsig aan die pasiënte en hul families verskaf. Die inset van die BMT multi-professionele span moet nooit uit die ook verloor word nie. 'n BMT prosedure kan nie sonder 'n goed funksionerende multi-professionele span aangepak word nie. Die funksionering van die span, spanlede en spanbenaderings word bespreek in hoofstuk 4.