

HOOFSTUK 3

DIE MIOKARDIALE-INFARKSIEPASIËNT: DIE IMPAK EN AANPASSING

3.1 Inleiding

Volgens Dreyer (1992) is miokardiale infarsie (MI) 'n fisiese trauma in terme van intensiteit en gepaardgaande pyn en word die gebeure rondom die MI verskillend deur pasiënte beleef. Hierdie verskillende belewenisse word beïnvloed deur die interaksie van 'n verskeidenheid sosiale, psigiese, omgewings- en fisiese faktore. Die skielike onverwagse aard van 'n MI, wat homself aankondig in die vorm van pyn, benoudheid en angs, veroorsaak 'n krisis by die meeste pasiënte; 'n krisis wat die fisiese, psigiese, sosiale en geestelike dimensie van hulle menswees beïnvloed. Alhoewel die siektetoestand 'n lewenslange werklikheid is, waarby aangepas moet word, bly die aanvanklike gebeure rondom die MI vir die meeste pasiënte 'n onwerklikheid (Gordon & Gibbons, 1991). Belewenisse van pasiënte verskil. Sommige pasiënte beleef MI as 'n "premature doodsvonnis", 'n vervroegde straf waarmee met jou lewe betaal moet word (Dreyer, 1992). Ander wat 'n MI oorleef het, beleef dit egter weer as 'n tweede kans wat aan hulle gegun is (Worby, Altrocchi, Veach, Crosby, 1991). Die aanvanklike impak van 'n MI manifesteer dikwels die duidelikste in die fisiese- en emosioneel/sielkundige funksionering van die pasiënt. Daar sal vervolgens aan dië aspekte aandag geskenk word.

3.2 Fisiese impak van en aanpassing by 'n MI

Die mens is sy liggaam. Normaalweg dink hy nie aan homself as 'n liggaam nie, behalwe as sy liggaam deur siekte vir hom 'n objek word. Hierdie vanselfsprekende liggaam van hom verhinder nou dat hy take uitvoer en behoeftes bevredig. Deur sy liggaam is die pasiënt in die wêreld en staan hy in 'n verhouding met sy egmaat en die omgewing. As gevolg van sy siek liggaam word sy bestaan in die wêreld verander, asook sy verhouding met dié wat sy wêreld met hom deel (Kruger, 1988; Versluis, 1982).

Waar simptome voorkom in 'n liggaamsarea soos die hart, kan die impak van en aanpassing by die siektetoestand soveel meer gekompliseerd wees, aangesien die hart

nie slegs as 'n orgaan gesien word nie, maar daar deur die eeue heen 'n mistieke menswees-konnotasie aan die hart gekoppel is. Deur die eeue heen is die hart simbolies beskou as die sentrum van alle fisiese en geestelike aktiwiteit. Die hart word vandag nog universeel in ons daaglikse taal gebruik om ons emosionele ervarings en die mens se persoonlikheid te beskryf. Waar die hart so dikwels ter sprake kom in die taal van die gevoelswêreld, en die gewone spreektaal ons kort-kort aan die hart herinner, maak dit die mens besonder bewus van dié orgaan en mag die hart 'n sielkundige waarde hê wat min te doen het met die biologiese faktore van belang in oorlewing (Moos, 1977).

Navorsing gee erkenning aan die impak wat 'n kroniese siekte op die fisiese funksionering van die pasiënt mag hê (Johnson & Morse, 1990; Moos, 1977; Taylor, 1991). Fisiese probleme wat geassosieer word met 'n kroniese siekte kan ingedeel word in probleme wat voorkom as gevolg van die siektetoestand self en probleme wat ontstaan as gevolg van die behandelingsproses.

Ten eerste moet die pasiënt leer om die uiters stresvolle simptome wat die siektetoestand meebring te hanteer. Hy moet ook konstant ingestel wees op die simptome wat tot 'n verdere gesondheidskrisis kan lei. Indien die pasiënt in staat is om effektiewe simptomebeheer aan te leer, is dit vir hom die herbevestiging van sy persoonlike vermoëns en effektiwiteit in 'n tyd wanneer geleentheid vir onafhanklikheid en betekenisvolle optrede skaars is (Moos, 1977).

Daar word egter nie net van die pasiënt verwag om die simptome wat gepaard gaan met die siektetoestand self te hanteer nie, maar die pasiënt moet ook die behandelingsproses en die behandelingsomgewing hanteer (Moos, 1977). Volgens Taylor (1991) mag die behandeling van die primêre simptome en die onderliggende siektetoestand tot heelwat probleme in fisiese funksionering lei. Die gebruik van medikasie kan tot 'n verskeidenheid onaangename newe-effekte lei, onder andere, lomerigheid, 'n gewigstoename en impotensie.

Pasiënte is ook verder geneig om toepaslike inligting oor die siektetoestand, behandelingsmetodes en die moontlike uitkomst daarvan in te win. Pasiënte wat hulpeloos voel, mag vind dat toereikende inligting hulle angs, wat spruit uit onsekerheid of wanopvatting, verlig en 'n gevoel van beheer herstel (Moos, 1977). Johnson en

Morse (1990) sluit by Moos (1977) in dië verband aan en postuleer dat pasiënte van 'n verskeidenheid strategieë gebruik maak in 'n poging om hulle angs en onsekerheid te minimaliseer. Bo en behalwe die inwin van kennis oor hulle gesondheid, is pasiënte geneig om versigtig te wees in hulle optrede, hulle vordering te monitor en by ander versekering te soek, in 'n poging om 'n gevoel van beheer te herwin. Kennis omtrent komplikasies mag egter deur sommige pasiënte as oorweldigend en uiters stresvol beleef word, wat daartoe lei dat hulle oorsensitief raak vir onbekende sensasies in hulle liggame.

In baie gevalle kan die fisiese gevolge van 'n kroniese siekte ernstige beperkings op die lewe van 'n individu plaas. Beperkings op die aktiwiteite van pasiënte wat 'n MI gehad het - insluitende dieetveranderings, die staak van die rookgewoonte en oefeningvereistes - mag 'n invloed hê op hulle totale leefwyse. In baie gevalle mag pasiënte voel dat, in terme van die ongemak en beperkings wat op hulle geplaas word, die behandeling net so erg as die siektetoestand self is. Dit is egter belangrik vir die MI-pasiënt om gereelde roetines te handhaaf en vir homself konkrete, realistiese doelwitte te stel. Sulke aksies verskaf dikwels aan die pasiënt iets om na uit te sien en bied aan hom 'n realistiese kans om 'n doelwit te bereik wat hy as betekenisvol beskou (Taylor, 1991).

Die pasiënt se kognitiewe evaluering van sy eie fisiese toestand, en sy gepaardgaande nuwe liggaamsbeeld, speel 'n belangrike rol in die bepaling van die aktiwiteite en die kwaliteit van sy lewe na 'n MI. Sommige pasiënte vertrou egter nie hulle eie oordeelsvermoë rakende toepaslike aktiwiteite nie en verkies om liever versigtig te wees. Die toepassing hiervan sal egter verskil van die een pasiënt tot die ander. Sommige pasiënte is slegs versigtig wanneer hulle met 'n nuwe taak gekonfronteer word, terwyl ander oorversigtig is en dit tot passiwiteit lei. Hierdie kliniese beeld stem baie ooreen met dië van kardiaal invaliditeit, 'n toestand waar die pasiënt 'n onvermoë toon om fisiese aktiwiteit te handhaaf en waar swakheid en uitputting dikwels oorheersend is. Enige pyn of ongemak in die bors veroorsaak intense angs, waarvan die pasiënt gedurig bewus is. Hierdie reaksie van 'n pasiënt op sy siektetoestand en die aanpassings wat volg, hou nie slegs vir hom komplikasies in nie, maar ook vir die res van sy gesin (Brink, 1982; Johnson & Morse, 1990; Riegel, Dracup & Glaser, 1998).

3.3 Emosionele/sielkundige impak van MI

3.3.1 Angs

Angs is een van die vroegste en mees intense sielkundige reaksies op MI. Angs word nie net tydens die akute en hospitaalfases waargeneem nie, maar dikwels ook tydens rehabilitasie. Daar is verskeie redes hiervoor. Volgens Moser en Dracup (1996) vrees die pasiënt 'n herhaling van die MI en die moontlikheid van die dood, en is hy ook bang dat hy nie sy funksies as egmaat, broodwinner en werknemer soos voorheen sal kan verrig nie. Die betekenis wat hy vir homself as mens geskep het, verander en leef hy nou met gedagtes van betekenisloosheid, wat op sigself baie angers veroorsaak (Gordon & Gibbons, 1991). Die pasiënt is bewus daarvan dat hy naelskraap aan die dood ontkom het en dat sy liggaamlike toestand uiters kwesbaar is. Volgens verskeie navorsers (Dreyer, 1992; Gordon & Gibbons, 1991; Lespérance, Frasure-Smith, Talajic, 1996; Versluis, 1982) dra veral die beleefde fisiese verlies, energieverlies en verlies aan onafhanklikheid, by tot die angers wat die pasiënt in die akute stadium na sy MI ervaar. Volgens Cay (1982) verminder die pasiënt se fisiese simptome na vier of vyf dae en hou sy angers, vrees en onsekerheid verband met probleme in die omgewing wat hy na sy ontslag sal moet hanteer (American Psychological Association, 1997; Carter, 1984; Cay, 1982; Croog, 1984; Fullard, 1990; Gordon & Gibbons, 1991; Hackett, 1978; Lespérance, et al, 1996; Mayo Foundation 1998, Maart 31; Moser & Dracup, 1996).

3.3.2 Depressie

Die meerderheid studies in die literatuur dui op die aanwesigheid van depressie na 'n MI (Bradford, 1981; Centre for Cardiovascular Education 1997, Januarie 14; Cobb, 1976; Fullard, 1990; Gordon & Gibbons, 1991; Lespérance et al, 1996; Rudge & Baldwin, 1995; Seiner & Mallya, 1999). Alhoewel die redes vir depressie talryk is en van die een pasiënt tot die ander verskil, hou dit hoofsaaklik verband met die pasiënt se beleefde fisiese verlies, en sy verlies aan energie en onafhanklikheid (Fullard, 1990; Gordon & Gibbons, 1991; Lespérance et al., 1996). Verskeie navorsers (Fullard, 1990; Gordon & Gibbons, 1991; Sullivan, LaCroix, Russo, Swords, Sornson & Katon, 1999; Versluis, 1982) is van mening dat depressie ook dikwels gepaard gaan met 'n rouproses, waartydens die

pasiënt rou oor die verlies van 'n gedeelte van homself - sy energie, lewenslus en onafhanklikheid.

Volgens Brink (1982) is die belangrikste redes vir depressie waarskynlik gesetel in die pasiënt se eie interpretasie van die erns van sy siekte. Waltz et al. (1988) sluit by Brink (1982) aan in dië verband, en is ook van mening dat 'n pasiënt se subjektiewe kennis aangaande sy gesondheidstatus 'n impak mag hê op sy sielkundige funksionering oor die lang termyn. Volgens Waltz et al. (1988) moet die premorbiede aanwesigheid van angs en depressie egter ook in gedagte gehou word, aangesien dit 'n rol mag speel in die pasiënt se sielkundige funksionering na 'n MI.

3.3.3 Ontkenning

Ontkenning as verdedigingsmeganisme kom algemeen onder hartpasiënte voor en is die wyse waarop angs en onsekerheid, veral in die akute stadium, hanteer word (Brink, 1982; Cay, 1982; Fullard, 1990; Gordon & Gibbons, 1991; Hackett, 1978; van Elderen, Maes & Dusseldorp, 1999). Moos (1977), Taylor (1991) en Johnson en Morse (1990) gee almal erkenning aan die belangrikheid en waarde van ontkenning as verdedigingsmeganisme, maar gebruik verskillende terme vir die beskrywing daarvan. Moos (1977) verwys na ontkenning as minimalisering terwyl Johnson en Morse (1990) die term distansiëring gebruik.

Die primêre doel van ontkenning by die hartpasiënt is om angs en spanning te verminder en om sy eiewaarde te beskerm. Deur primêre feite, soos die diagnose van 'n MI te ontken, beskerm die pasiënt sy eiewaarde teen die vernederende of belemmerende implikasies wat hy meen sy siekte vir hom inhou (Brink, 1982; Fullard, 1990). Ander pasiënte aanvaar miskien die siektetoestand, maar ontken die implikasies daarvan. Op dië wyse minimaliseer hulle hul siekte en die gevolge daarvan (Brink, 1982; Fullard, 1990; Johnson & Morse, 1990). Johnson en Morse (1990) sluit hierby aan en postuleer dat pasiënte geneig is om hulle te distansieer van gebeure in 'n poging om hulle te beskerm en 'n gevoel van beheer te behou. Pasiënte behou 'n gevoel van beheer deur hulle pogings om aan ander "te bewys" dat hulle nie ernstig siek is nie. Hulle gebruik ook humor as wyse om die erns van hulle situasie te minimaliseer, verontagsaam opdragte en steek die verdere voorkoms van borskaspyn vir die hospitaalpersoneel weg.

Denollet, et al. (1995) sluit by Johnson en Morse (1990) aan en postuleer dat bewuste selfbeheer deur die pasiënt, gegrond op insig in sy toestand en die verbalisering van sy angs en vrees, 'n gunstige uitwerking op die verloop van die siektetoestand het. Waar dit egter aan die repressie van gevoelens grens en tot rigiditeit lei, of 'n obsessie gemoeidheid met sy fisiese toestand volg, vererger dit die siektetoestand en verhoog dit mortaliteit sesvoudig.

Ontkenning in die vroeë stadium van die siektetoestand kan dus as 'n beskermingsmeganisme gesien word. Ten opsigte van die aanvaarding en toepassing van noodsaaklike gesondheidsmaatreëls kan ontkenning egter oor die lang termyn die toestand ernstig benadeel. Risikofaktore wat ontken word hou die gevaar in dat die pasiënt nie wil erken dat sy lewenstyl 'n aandeel het in die ontstaan van sy MI nie. Sodoende hoef hy nie sy lewenstyl te verander nie (Fullard, 1990; Gordon & Gibbons, 1991; Hackett, 1978; Johnson & Morse, 1990; Shaw, 1985; Taylor, 1991; van Elderen et al., 1999).

Volgens Taylor (1991) is emosionele reaksies soos ontkenning, angs en depressie algemeen en heeltemal verstaanbaar. Trouens, die afwesigheid van emosionele reaksies op 'n ernstige bedreiging kan geassosieer word met swak aanpassing en herstel. Alhoewel emosionele response ten opsigte van 'n kroniese siekte verwag word, mag sulke reaksies egter nie altyd voordelig wees vir behandelingsdoelstellings nie. Ontkenning kan 'n pasiënt beskerm teen sy angs, maar kan ook verhoed dat hy behandeling kry vir simptome en behandelingsdoelstellings benadeel. Alhoewel 'n mate van depressie verwag word, word langtermyndepressie geassosieer met swak aanpassing en herstel.

3.3.4 Selfbeeld en eiewaarde

Die verlies aan fisiese gesondheid tas ook dikwels die pasiënt se selfbeeld en gevoelens van eiewaarde aan. Die pasiënt wat nie meer soos voorheen kan presteer nie, beleef 'n daling in eiewaarde en intense gevoelens van skaamte, ontoereikendheid en mislukking. 'n Poging om eiewaarde te behou deur aan homself en ander te bewys dat hy nog net

so bevoeg is soos voorheen, kom dikwels voor by die MI-pasiënt (Adsett & Bruhn, 1968; Brink, 1982; Gordon & Gibbons, 1991; Moos, 1977; Taylor, 1991).

Volgens Brink (1982) lei diè onbevredigende gevoel van eiewaarde dikwels tot selfevaluering by die MI-pasiënt, maar ontbreek aanvaarding van die veranderde self veral ten opsigte van sy verlaagde aktiwiteitspeil en die beperkings wat dit inhou. Die aanvaarding en integrasie van die veranderde liggaamlike self kan deur die pasiënt as baie stresvol beleef word, wat dikwels gepaard gaan met emosionele reaksies soos angs, spanning en depressie.

Cassem en Hackett (1977) verwys ook na 'n MI as 'n ego-infarksie. Die pasiënt voel dat hy fisies en psigies gefaal het en nie aan die lewenseise kon voldoen nie. Hy twyfel oor sy beroepsvermoëns, fisiese krag, seksuele toereikendheid en sosiale aanvaarbaarheid. Hy word in 'n groot mate beperk en is afhanklik van die ondersteuning van ander. Die pasiënt word nou gedwing om sy vermoëns te herdefiniëer en hulp te aanvaar met take wat hy voorheen self verrig het, wat sy selfbeeld en gevoelens van eiewaarde ernstig skaad (Moos, 1977). Volgens Moos (1977) is die behoefte om 'n bevredigende selfbeeld te bewaar, nou verwant aan 'n sin vir beheer en bemeestering.

Verskeie navorsers (Brink, 1982; Byrne, 1982; Denollet et al., 1995; Doehrman, 1977; Erdman, 1981; Moser en Dracup, 1996; Sullivan et al., 1999) is van mening dat die vlakke van sielkundige funksionering van die MI-pasiënt van die belangrikste faktore in rehabilitasie en oorlewing is, en dat die goed geïntegreerde persoon beslis beter sal aanpas by die nuwe omstandighede waarin hy hom bevind as die angstige en depressiewe persoon. Volgens diè navorsers kan die sielkundige funksionering van die pasiënt 'n belangrike beperkende faktor op sy pad na volkome herstel wees en moet emosionele aanpassings volgens Taylor (1991), dus sorgvuldig gemoniteer word gedurende die herstel en aanpassingsproses. Fullard (1990) sluit by bogenoemde navorsers in diè verband aan, en is van mening dat dit belangrik is om te onthou dat die pasiënt se reaksie op 'n MI nie staties is nie, maar dat dit eerder 'n voortdurende proses van sielkundige aanpassing vir beide die pasiënt en die gesin behels.

Uit die voorafgaande bespreking blyk dit duidelik dat, alhoewel miokardiale infarksie (MI) beskou word as 'n kroniese siektetoestand, dit 'n siektetoestand is wat aanvanklik

gepaard gaan met 'n geweldige krisis. Om vir die leser 'n raamwerk te gee waarbinne die impak en aanpassing van 'n MI op die pasiënt begryp kan word, word die modelle van Moos (1977), Taylor (1991) en Johnson en Morse (1990) voorgehou. Moos (1977) spreek in sy model verskeie aspekte aan soos agtergrond- en persoonlike faktore. Hy fokus ook op siekteverwante faktore, fisiese en sosiale omgewingsfaktore en die aanpassingstake en hanteringsvaardighede wat die pasiënt moet ontwikkel in die aanvanklike hantering van die krisis. Taylor (1991) fokus in haar model meer op die kroniese aspekte van die siektetoestand en die aanpassings wat oor die lang termyn gemaak moet word. Sy sluit aspekte soos die pasiënt se kwaliteit van lewe na sy MI, asook die rehabilitasieproses in. Die Johnson en Morse-model (1990) vul eersgenoemde twee modelle aan in diè sin dat dit 'n spesifieke raamwerk gee waarbinne die MI-pasiënt en sy belewenis beskryf en verstaan kan word. Eersgenoemde twee modelle gee weer 'n breër perspektief waarbinne Johnson en Morse (1990) se model verstaan kan word.

Bogenoemde modelle sal geïntegreer word ten einde faktore aan die leser voor te hou wat as belangrik presenteer in die aanpassing van die pasiënt na sy MI. Modelle wat fokus op aanpassing by 'n kroniese siekte sal vervolgens bespreek word.

3.4 Modelle wat fokus op die impak van en aanpassing by 'n kroniese siekte

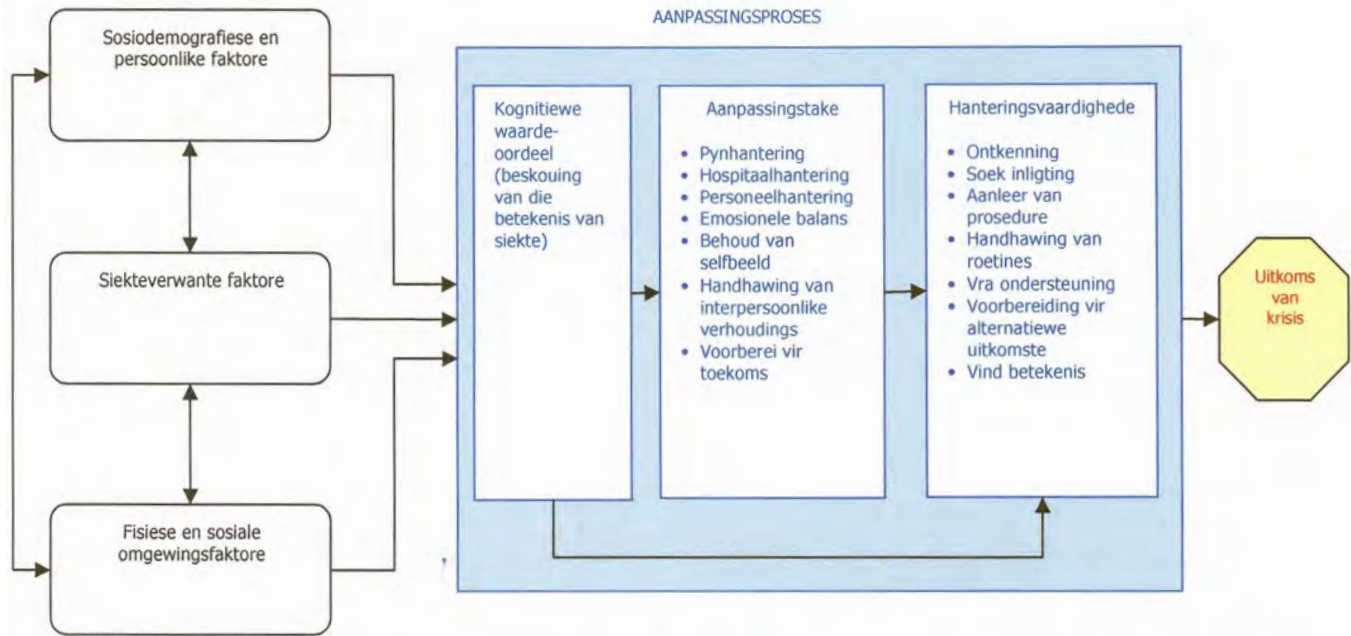
3.4.1 Moos (1977) se krisismodel

Rudolf Moos (1977) is van mening dat die reaksie op 'n kroniese siekte die beste begryp kan word in terme van 'n krisis. Individue wat voor 'n stresvolle situasie te staan kom, hanteer so 'n situasie deur gebruik te maak van alle beskikbare hanteringsvaardighede en hulpbronne ten einde hulle gevoel van normaliteit te herwin. 'n Krisis ontstaan wanneer 'n individu met 'n situasie gekonfronteer word wat totaal nuut of so oorweldigend is dat hy sy gewone metodes van hantering as onvoldoende beleef. Hierdie omstandighede lei tot gevoelens van onsekerheid en ontoereikendheid en die individu beleef 'n toestand van sielkundige, sosiale en fisiese wanbalans of disekwilibrium. In 'n staat van disekwilibrium reageer 'n individu gewoonlik op situasies in 'n ongeorganiseerde of verwarde wyse, en kan hy uiterste gevoelens van vrees, skuld of ander onaangename emosies ervaar.

So 'n situasie kan egter nie onbeperk voortduur nie as gevolg van die intense stres wat met 'n toestand van disekwalibrium gepaard gaan en die een of ander oplossing moet bereik word, al is dit ook net tydelik. Dus kan 'n krisis beskou word as 'n oorgangperiode met belangrike implikasies vir die individu se langtermynaanpassing. Die individu moet nou nuwe vaardighede ontwikkel om die drasties veranderde omstandighede te kan hanteer. Volgens Moos (1977) is die kritieke vraag nou of dié nuwe hanteringsvaardighede, oor die lang termyn, tot suksesvolle aanpassing of wanaanpassing sal lei. Indien die individu, in reaksie op hierdie krisis, hanteringsvaardighede ontwikkel wat die nuwe uitdagings wat gestel word, doeltreffend die hoof kan bied, sal die nuwe ekwilibrium of ewewig wat bereik word waarskynlik 'n gesonde en gebalanseerde een wees. As die individu egter nie in staat is om gestelde uitdagings effektief en doeltreffend te hanteer nie, sal dit 'n ongesonde nuwe ekwilibrium, sielkundige deteriorasie en agteruitgang tot gevolg hê.

'n Kognitiewe waardeoordeel van die betekenis en belang van die gesondheidsprobleme in die persoon se lewe lei tot die formulering van basiese aanpassingstake waarin verskeie hanteringsvaardighede toegepas kan word (Moos, 1977). Die individu se kognitiewe waardeoordeel, definisie van die betrokke aanpassingstake, en die keuse en effektiwiteit van tersaaklike en toepaslike hanteringsvaardighede word deur die volgende drie faktore beïnvloed: (a) sosiodemografiese en persoonlike eienskappe, (b) aspekte van die siektetoestand self, asook (c) die fisiese en sosiale omgewing van die pasiënt.

Daar bestaan 'n noue verwantskap en interaksie tussen die verskillende faktore wat by die hanteringsproses betrokke is (sien figuur 3.1). Agtergrond, siekteverwante aspekte en omgewingsfaktore vorm die oorkoepelende basis van dié proses. In die hanteringsproses self word die betekenis wat aan die siekte geheg word, deur beide die aanpassingstake wat vereis word en die hanteringsvaardighede wat gebruik word, beïnvloed. Hierdie vaardighede het weer 'n sterk invloed op die uitkoms van die krisis. Net soos in ander hanteringsituasies, sal die beskikbare vaardighede en die uitkoms van die krisis, 'n sterk invloed hê op die betekenis wat aan die siektetoestand geheg word.



Figuur 3.1: 'n Konseptuele model om die krisis van 'n fisiese siekte te verstaan (Moos, 1977, p.132)

Die onderskeie faktore, soos uiteengesit in figuur 3.1, en die invloed daarvan op die aanpassingsproses, sal vervolgens bespreek word.

3.4.1.1 Faktore wat die impak en aanpassingsproses beïnvloed

(a) Sosiodemografiese en persoonlike faktore

Demografiese en persoonlike faktore word gekenmerk deur aspekte soos ouderdom, geslag, sosio-ekonomiese status, intelligensie, kognitiewe en emosionele ontwikkeling, ego-sterkte en selfbeeld, filosofiese en godsdienstige oortuigings, asook vorige siekte- en hanteringservarings (Moos, 1977).

(b) Siekteverwante faktore

Siekteverwante faktore sluit die tipe en plekbepaling van die simptome in, dit wil sê of dit pynlik, verminkend, stremmend of in 'n liggaamsarea

voorkom wat van besondere belang is, byvoorbeeld die hart en voortplantingsorgane. Hierdie faktore vorm 'n belangrike komponent in die definiëring van die presiese aard van die take waarvoor die pasiënt en ander te staan kom, en gevolglik dan ook hulle aanpassingsresponse daarop (Moos, 1977).

(c) Fisiese en sosiale omgewingsfaktore

Die fisiese en sosiale omgewing kan ook 'n beduidende invloed op die aanpassingsproses hê. Die estetiese kwaliteit van die omgewing, die hoeveelheid persoonlike ruimte en die hoeveelheid sensoriese stimulasie mag 'n invloed hê op die individu se kognitiewe funksionering, gemoedstoestand en algemene moreel. Die menslike omgewing sluit ook verhoudings van die pasiënt en hul gesinne, werksomgewing, sosiale ondersteuning in die breë gemeenskap en sosio-kulturele norme en verwagtings in. Die verloop van 'n siektetoestand is geneig om meer stormagtig en die herstel stadiger te wees indien dit plaasvind in die konteks van ernstige interpersoonlike konflik of onlangse verlies. Aspekte in die pasiënt se werksomgewing sal verder ook van besondere belang wees vir die verloop van die pasiënt se herstel (Moos, 1977).

3.4.1.2 Belangrike aanpassingstake

In die verloop van die aanpassingsproses word die individu gekonfronteer met belangrike aanpassingstake. Hierdie take kan in sewe kategorieë ingedeel word, waarvan drie verband hou met die siektetoestand self, terwyl die ander vier meer algemeen van aard is en verband hou met verskeie tipes lewenskrisisse.

1. 'n Voor-die-hand-liggende aanpassingstaak is die hantering van die simptome en ongeskiktheid wat die siektetoestand meebring. Daarby moet individue ook konstant ingestel wees op die simptome wat tot 'n verdere gesondheidskrisis kan lei.

2. Bo en behalwe die invloed wat die siektetoestand self op die individu het, moet die individu ook die behandelingsproses en -omgewing hanteer.
3. Die ontwikkeling, vestiging en handhawing van gepaste verhoudings met die gesondheidspersoneel is 'n verdere belangrike aanpassingstaak waarmee die pasiënt gekonfronteer word.
4. Die vierde belangrike aanpassingstaak vir die individu, is die handhawing van 'n emosionele balans te midde van die siektetoestand. 'n Kerntaak in gesonde hantering is die behoud van 'n mate van hoop en optimisme te midde van oënskynlik oorweldigende omstandighede.
5. Die behoefte om 'n bevredigende eiewaarde te bewaar, is nou verwant aan 'n sin vir beheer en bemeestering. Die fisiese veranderings wat dikwels met die siekte gepaard gaan, kan skadelik wees vir die selfbeeld en gevoelens van eiewaarde van die individu. Veranderings in die fisiese funksionering of voorkoms van die pasiënt moet geïntegreer word in die veranderde selfbeeld. Hierdie "identiteitskrisis" kan lei tot 'n verandering in die persoonlike waardes en lewenstyl van die pasiënt.
6. Verhoudings met familie en vriende stel ook belangrike uitdagings aan die individu. Studies van pasiënte wat aan 'n kroniese siektetoestand ly, het bevind dat die diagnose van 'n ernstige siekte as 'n struikelblok kan dien in kommunikasie en interaksie juis op 'n tydstip wanneer daar by die individu 'n sterk behoefte aan die ondersteuning van ander bestaan. Verder kan die etiket "pasiënt" of "ernstig siek" verhoudings uiteenskeur. Dit gebeur veral waar die siektetoestand self 'n stigma dra, soos byvoorbeeld vigs.
7. Laastens moet individue met 'n kroniese of lewensbedreigende siekte hulle self ook voorberei vir 'n onsekere toekoms. Talle siektetoestande sluit fases in wanneer die siekte aktief is, gevolg deur 'n toestand van remissie. Verder is daar ook 'n voortdurende ontwikkeling van nuwe mediese prosedures sodat voorheen ongeneeslike siektes nou behandel

kan word. Laasgenoemde mag, ironies genoeg, aanpassing bemoeilik, aangesien die individu hom daarop moet voorberei dat die toestand onomkeerbaar is, maar ook tegelykertyd hoop dat toekomstige mediese vooruitgang alles mag verander. Bykomend is die ernstige finansiële druk wat spruit uit hoë mediese kostes en 'n verlaging in besoldigingsbekwaamheid van die individu (Moos, 1977).

3.4.1.3 Belangrike hanteringsmeganismes

Die doeltreffende hantering van hierdie aanpassingstake vereis dat die pasiënt en die gesin verskeie hanteringsmeganismes moet ontwikkel. Volgens Moos (1977) mag enige respons op 'n gesondheidskrisis as 'n aanpassingsfunksie dien. Daar sal dus vervolgens oorsigtelik gefokus word op die sewe algemene hanteringsmeganismes wat gebruik word ter hantering van die aanpassingstake wat so pas bespreek is. Hierdie vaardighede mag individueel, opeenvolgend, of - meer waarskynlik - in verskeie kombinasies gebruik word. Meganismes wat toepaslik is in die een situasie, is nie noodwendig toepaslik in 'n ander situasie nie. Meganismes wat voordelig mag wees op 'n tydelike basis, mag skadelik wees indien daar uitsluitlik daarop staat gemaak word op 'n langtermyn- of permanente basis.

1. Die eerste kategorie sluit 'n verskeidenheid meganismes in wat gebaseer is op die ontkenning of minimalisering van 'n ernstige krisis. Dit mag gerig wees op die siektetoestand self, byvoorbeeld wanneer die MI-pasiënt volhou dat "dit maar net slegte spysvertering is". Hierdie tipe meganisme is 'n selfbeskermingsrespons op stres en word dikwels beskryf as 'n "verdedigingsmeganisme". Die term gee egter nie erkenning aan die konstruktiewe waarde van so 'n meganisme nie.
2. 'n Tweede stel hanteringsmeganismes is gerig op die soeke na toepaslike inligting oor die siektetoestand en alternatiewe behandelingsmetodes en die moontlike uitkomst daarvan in.

3. Die beheer van spesifieke siekteverwante prosedures deur aktiewe, probleem-gefokusde pogings maak deel uit van die derde stel hanteringsmeganismes.
4. Die vierde stel hanteringsmeganismes bestaan uit die handhawing, indien moontlik van gereelde roetines asook die stel van konkrete, realistiese doelwitte.
5. Verder het die individu ook die emosionele ondersteuning en versekering van familie en vriende nodig, sonder om vasgevang te word in 'n passief-afhanklike rol. Pasiënte wat hulle gevoelens opkrop of hulle aan sosiale situasies onttrek, sny hulself af van diè tipe ondersteuning. Emosionele ondersteuning is 'n belangrike bron van krag in moeilike tye.
6. Emosionele/sielkundige voorbereiding vir moontlike alternatiewe uitkomst en die bespreking daarvan met familie en vriende word ook as 'n hanteringsmeganisme beskou. Dit word dikwels gebruik in kombinasie met inligtinginsameling.
7. Wanneer lewensgebeure as onseker en onbeheerbaar ervaar word, soos gedurende 'n gesondheidskrisis, kan dit dikwels makliker hanteer word as 'n doel of betekenis aan die gebeurtenis geheg word. Deur die ervaring binne 'n langtermynperspektief te plaas (met of sonder 'n godsdienstige oriëntasie) kan individuele gebeure dikwels makliker hanteer word (Moos, 1977).

3.4.1.4 Kognitiewe waardeoordeel

Moos (1977) beklemtoon die rol van kognitiewe waardeoordeel en is van mening dat die individu se kognitiewe oordeel, met ander woorde die wyse waarop die potensiële stressor begryp word, gewoonlik maar nie altyd nie, 'n kritieke bemiddelingsfaktor is. Beide die omgewingsstelsel en die persoonlike stelsel kan gesondheidsuitkomst direk beïnvloed sonder dat sodanige invloed noodwendig deur kognitiewe oordeel bemiddel word.

Aktivering vind gewoonlik plaas wanneer die omgewing op so 'n wyse beoordeel word dat dit 'n noodsaaklike respons vereis. Dit stimuleer aanpassings- en hanteringspogings wat gerig is op die begrepe aanpassingstake. Die aard van die take word beïnvloed deur die betekenis wat aan die siekte geheg word (byvoorbeeld, as die siektetoestand as lewensbedreigend beleef word, mag die pasiënt voel dat dit noodsaaklik is om 'n testament op te stel), persoonlike faktore, asook omgewingsfaktore. Die resultaat van aanpassing en hantering kan die uitkoms van die krisis moontlik beïnvloed (Moos, 1977).

Aspekte soos agtergrond-, siekte-, fisiese en sosiale faktore is tot dusver behandel; daar is ook gefokus op die aanpassingstake en hanteringsmeganismes wat die pasiënt in die krisisstadium van aanpassing gebruik. Dit is duidelik dat aspekte soos kwaliteit van lewe, emosionele respons en rehabilitasie nie 'n rol speel in Moos (1977) se model nie. Hierdie aspekte word egter in Taylor (1991) se model gehanteer en laasgenoemde word vervolgens aangebied ten einde 'n meer volledige oorsig te gee van die impak en die aanpassingstake waarmee die MI-pasiënt oor die langtermyn gekonfronteer word.

3.4.2 Taylor (1991) se model van aanpassing by 'n kroniese siektetoestand

3.4.2.1 Kwaliteit van lewe

Tot redelik onlangs is kwaliteit van lewe nie as 'n saak van besondere sielkundige belang vir die kroniese siek persoon beskou nie. Vir baie jare is kwaliteit van lewe uitsluitlik gemeet in terme van die oorlewings tydperk of sigbare tekens van ongemak, en is daar baie min oorweging geskenk aan die psigososiale implikasies van die siekte en behandeling.

Tot en met die vorige dekade is die kwaliteit van lewe hoofsaaklik deur mediese dokters beoordeel, en het hulle primêr op die mediese model as kriterium vir die bepaling van kwaliteit van 'n individu se lewe gesteun. Die afgelope paar jaar was daar egter 'n verskuiwing in die bepaling van die kwaliteit van lewe. Daar word wegbeweeg van die objektiewe aanduidings van die fisiese funksionering

van die pasiënt en meer oorweging word geskenk aan die sielkundige, sosiale en ekonomiese faktore. Daar word toenemend erkenning gegee aan die feit dat kwaliteit van lewe 'n subjektiewe ervaring is wat deur die pasiënt self die beste beoordeel kan word. Die pasiënt se subjektiewe beleving van die kwaliteit van sy lewe presenteer dus as 'n belangrike faktor in sy aanpassing by sy kroniese siekte (Taylor, 1991).

3.4.2.2 Die emosionele respons op 'n kroniese siektetoestand

Baie kroniese siektes beïnvloed alle aspekte van 'n persoon se lewe en die pasiënt is dikwels verplig om permanente veranderings in sy fisiese, beroeps- en sosiale aktiwiteite te maak. Verder moet die pasiënt ook sy rol as sieke sielkundig in sy lewe integreer indien hy daarby wil aanpas. Na afloop van die aanvanklike krisisfase begin die pasiënt 'n begrip vorm van hoe die siektetoestand sy lewe gaan verander en op watter wyse die siekte in sy lewe geïntegreer kan word. In hierdie stadium mag meer langtermynprobleme ontstaan wat langtermynrehabilitasie verg.

Soos reeds genoem toon pasiënte 'n verskeidenheid emosionele response op 'n kroniese siekte en is angs en depressie baie algemeen. Die afwesigheid van emosionele reaksies op 'n ernstige bedreiging kan geassosieer word met swak aanpassing en herstel. Alhoewel emosionele response op 'n kroniese siekte verwag word, mag dië reaksies nie altyd bevorderlik wees vir behandelingsdoelstellings nie. Ontkenning kan 'n pasiënt beskerm teen sy angs, maar mag ook verhoed dat behandeling vir simptome verkry word en behandelingsdoelstellings benadeel. Hoewel 'n mate van depressie verwag word, word langtermyndepressie geassosieer met swak herstel en aanpassing (Taylor, 1991).

3.4.2.3 Die hantering van 'n kroniese siekte

Ten spyte van die feit dat die meeste pasiënte met 'n kroniese siekte die een of ander sielkundige reaksie toon as gevolg van die siekte, soek baie min pasiënte formele of informele sielkundige behandeling vir sulke simptome. In plaas

daarvan maak die pasiënt staat op sy eie interne en sosiale hulpbronne vir die oplos van sy probleme en die verligting van sielkundige stres. Volgens Taylor (1991) maak die pasiënt gebruik van verskeie hanteringstrategieë en ontwikkel hy ook bepaalde kognisies omtrent sy toestand as 'n manier om die situasie te hanteer. Die voorafgaande sal vervolgens bespreek word.

3.4.2.3.1 Hanteringstrategieë en kroniese siektes

Sodra 'n kroniese siekte as bedreigend of as 'n uitdaging beoordeel word, tree hanteringspogings in werking. Taylor (1991) identifiseer vyf hanteringstrategieë naamlik; (a) sosiale ondersteuning/direkte probleemoplossing (bv., "Ek het met iemand gesels om meer uit te vind omtrent die situasie"), (b) distansiering (bv. "Ek het nie toegelaat dat dit my onderkry nie"), (c) positiewe fokus (bv., "Ek is beter daaraan toe na die ervaring as voorheen"), (d) kognitiewe ontvlugting/vermyding (bv., "Ek wens die situasie wil net verdwyn"), en (e) gedragsontvlugting/vermyding (bv. pogings om die situasie te vermy deur te eet, te drink of te slaap). Dit is belangrik om daarop te let dat die geïdentifiseerde hanteringstrategieë min direkte aksie faktore soos planmatige probleemoplossing of konfronterende hantering insluit. Dit is waarskynlik omdat sekere kroniese siektes tot talle onbeheerbare probleme lei en pasiënte verkies om die situasies deur afleiding, vermyding en emosionele beheer te hanteer (Taylor, 1991).

Dit is volgens Taylor (1991) belangrik om die strategieë te identifiseer wat bevorderlik is vir sielkundige aanpassing. Vermyding, pogings om die siekte te vergeet, passiewe aanvaarding, onttrekking aan ander, die blamering van ander en/of die self, asook 'n fatalistiese ingesteldheid, is hanteringswyses wat geassosieer word met verhoogde sielkundige stres en wanaanpassing. Volgens Taylor (1991) het navorsing bevind dat laer vlakke van sielkundige stres geassosieer kan word met 'n positiewe, konfronterende reaksie tot die hantering van stres, 'n hoë interne lokus van beheer, en die geloof dat jy persoonlik direkte beheer het oor die siekte.

Volgens Taylor (1991) bestaan daar ook bewyse daarvoor dat pasiënte wat 'n verskeidenheid strategieë toepas, die stres wat met 'n kroniese siekte gepaard

gaan, beter kan hanteer as diè wat hoofsaaklik net van 'n enkele strategie gebruik maak. Aktiewe hanteringspogings blyk meer dikwels geassosieer te word met positiewe aanpassings as vermydende strategieë, mits daar aspekte van die siekte is wat behandel kan word deur aktiewe hanteringspogings.

3.4.2.3.2 Pasiënte se oortuigings omtrent hulle siektetoestand

Om suksesvol aan te pas by sy kroniese siekte moet die pasiënt dit op die een of ander wyse in sy lewe integreer. Feitlik alle kroniese siektes vereis die een of ander wysiging in aktiwiteite en 'n sekere mate van beheer. Pasiënte wat nie in staat is om hulle siekte in hulle lewens te inkorporeer nie, se prognose is swak. Hulle is geneig om te volhard met gedrag wat 'n risiko vir hulle gesondheid mag inhou, of om te misluk in gesondheidsgedrag wat die herhaling of komplisering van die siekte kan verminder. Die ontwikkeling van 'n realistiese siening van die siekte, die beperkings wat dit stel en die gereelde behandeling wat dit vereis, is 'n baie belangrike proses in die hantering van 'n kroniese siekte. Volgens Taylor (1991) vorm die pasiënt oortuigings omtrent die aard, oorsaak en beheerbaarheid van sy siektetoestand. Dit sal vervolgens bespreek word.

(a) Die pasiënt se oortuiging omtrent die aard van sy siekte

Een van die grootste probleme wat dikwels na vore tree in die aanpassing by 'n kroniese siekte, is dat pasiënte 'n ontoepaslike model kies vir hulle siekte, dikwels die akute model. Pasiënte sal byvoorbeeld ophou om hulle medikasie te gebruik sodra simptome verdwyn, aangesien hulle glo dat dit nie meer nodig is nie omdat hulle siektetoestand onder beheer is (Taylor, 1991).

(b) Die pasiënt se oortuiging omtrent die oorsaak van die siektetoestand

Van die baie menings wat pasiënte omtrent hul aanpassing huldig hou twee verband met langtermynaanpassing: persepsies oor die oorsaak van die siektetoestand en die oortuiging dat die siekte beheer kan word al

dan nie. Belangrik hier is of die pasiënt die blaam vir sy siekte op homself, op ander persone, die omgewing of op die noodlot plaas.

Selfblaaam kom baie algemeen voor. Volgens Taylor (1991) is sommige navorsers van mening dat dit kan lei tot skuldgevoelens, selfverwyte, of depressie. Sulke pasiënte pas dikwels swak aan by hulle siekte, aangesien hulle fokus op dit wat hulle moes gedoen het om die siekte te voorkom. Sekere navorsers (Bulman & Wortman, 1977 soos aangehaal deur Taylor, 1991) is weer van mening dat selfblaaam aanpassing bevorder. Pasiënte wat glo dat hulle hulle siekte self veroorsaak het, mag 'n aktiewe poging aanwend om beheer te neem oor die toestand, en sulke gevoelens kan aanpassing by, en aanvaarding van die siektetoestand bevorder. Ander navorsers (Miller & Porter, 1983; Schultz & Decker, 1985; Silver, 1982 soos aangehaal deur Taylor, 1991) is weer die mening gedaan dat selfblaaam nie aanpassing of wanaanpassing bevorder nie. Dit mag wees dat selfblaaam aanpassing in sekere omstandighede bevorder, maar nie in ander nie. Taylor (1991) bevind egter dat om ander vir die siektetoestand te blameer, tot wanaanpassing lei. Die blamering van ander hou verband met onopgeloste vyandigheid, wat 'n invloed mag hê op die pasiënt se pogings om aan te pas by die siektetoestand.

(c) Die pasiënt se oortuiging omtrent die beheerbaarheid van sy siektetoestand

Individue wat voel dat hulle 'n mate van beheer oor hulle lewens het, mag beter aangepas wees as dié wat voel dat hulle geen beheer het nie (Taylor, 1991). Intervensies wat poog om gevoelens van beheer by die pasiënt te wek, is dikwels baie suksesvol. Dit bevorder goeie aanpassing by die siektetoestand en die behandeling daarvan en verminder die sielkundige en emosionele stres wat deur sodanige siektetoestand en behandelingsproses veroorsaak word.

Samevattend blyk dit dus dat kognisies beide 'n positiewe en negatiewe gevolg mag hê; dit hang af van die tipe kognisie. Terwyl sommige kognisies tot beter gesondheidsgedrag en groter gewilligheid om te voldoen aan die eise wat gestel word deur die siekte en 'n gepaardgaande beter kwaliteit van lewe kan lei, is dit egter ook duidelik dat sommige kognisies aanleiding kan gee tot wanaanpassing. In gevalle waar suksesvolle spontane aanpassing nie moontlik is nie, word die rol van rehabilitasie belangrik en daar sal vervolgens gefokus word op die rol van rehabilitasie in die aanpassing by 'n kroniese siekte.

3.4.2.4 Rehabilitasie en kroniese siektes

Alhoewel pasiënte spontaan pogings aanwend om hulle siekte te hanteer en kognisies ontwikkel wat hulle in staat stel om dit te doen, kom hulle ook dikwels te staan voor spesifieke probleemhanteringstake op hulle pad na herstel. Dit sluit fisiese probleme in wat verband hou met die siekte, beroepsprobleme, probleme in sosiale verhoudings, en persoonlike sake wat verband hou met die siekte (Taylor, 1991).

3.4.2.4.1 Fisiese probleme wat verband hou met kroniese siektes

Soos voorheen genoem, kan fisiese probleme wat geassosieer kan word met 'n kroniese siekte hoofsaaklik in twee groepe ingedeel word: eerstens die probleme wat voorkom as gevolg van die siektetoestand self, en tweedens probleme wat ontstaan as gevolg van die behandelingsproses (Taylor, 1991).

Fisiese probleme wat voortspruit uit die siektetoestand self, is onder andere fisiese pyn, asemnood, metaboliese veranderings, motoriese probleme en kognitiewe verswakking. In baie gevalle mag die fisiese gevolge van 'n kroniese siekte dus ernstige beperkings op die lewe van 'n individu plaas. Behandeling van die primêre simptome en die onderliggende siektetoestand mag ook tot heelwat probleme in fisiese funksionering lei. Die gebruik van medikasie mag lei tot 'n verskeidenheid onaangename newe-effekte en kan beperkings plaas op die aktiwiteite van pasiënte wat MI gehad het en 'n invloed op hulle totale leefwyse.

In baie gevalle mag pasiënte voel dat in terme van die ongemak en beperkings wat op hulle geplaas word, die behandeling net so erg as die siektetoestand self is (Taylor, 1991).

3.4.2.4.2 Beroepsaangeleenthede en kroniese siektes

Baie kroniese siektes skep probleme vir pasiënte in hulle beroepsaktiwiteite en werkstatus. Sommige pasiënte moet hulle beroepsaktiwiteite inkort of veranderings maak, wat soms heropleiding noodsaak. Sommige kroniese siek pasiënte soos hartpasiënte, kankerpasiënte en vigspasiënte kom dikwels voor beroepsdiskriminasie te staan. Gevolglik moet die potensiële beroepsprobleme waarmee die pasiënt gekonfronteer kan word, reeds vroeg in die herstelproses geïdentifiseer word. Daar kan dan vroegtydig begin word met beroepsvoorligting, heropleidingsprogramme en raad oor hoe om diskriminasie te vermy.

Die finansiële impak wat 'n kroniese siekte op die pasiënt en die gesin het, is nog 'n aspek wat verband hou met die beroepsprobleme wat deur 'n kroniese siekte veroorsaak word. Die kronies siek pasiënt bevind hom dikwels in dië dilemma dat sy vermoë om 'n inkomste te genereer afneem, en terselfdertyd ook die voordele wat kan help om die uitgawes te bestry (Taylor, 1991).

3.4.2.4.3 Sosiale-interaksieprobleme en kroniese siektes

Die ontwikkeling van 'n kroniese siekte kan dikwels lei tot probleme met sosiale interaksie (Taylor, 1991). Na diagnose mag baie pasiënte dit moeilik vind om normale sosiale verhoudings te hervat. Hulle mag kla oor sommige mense se bejammering en ander se verwerping, maar tree dikwels, bewustelik en/of onbewustelik, op 'n wyse op wat sulke gedrag van ander ontlok.

Volgens Taylor (1991) is pasiënte egter nie alleen verantwoordelik vir die probleme met interkasie wat mag ontstaan nie. Vriende en familie vind dit ook moeilik om by die pasiënt se veranderde toestand aan te pas. Uitgebreide navorsing oor die reaksies van mense teenoor gestremdes toon dat gestremdes dikwels ambivalensie ontlok. Kennisse mag woorde van warmte en

toegeneentheid teenoor sulke individue gebruik, maar deur hulle houding, kontak en nie-verbale gedrag afkeur of verwerping suggereer.

'n Kroniese siekte lei dikwels tot vrees en aversie by familie en vriende, tesame met 'n bewustheid van die behoefte om sosiale ondersteuning te verskaf. Hierdie spanning kan daartoe lei dat die pasiënt fisies vermy word, dat kommunikasie oor die siekte vermy word, dat die impak van die siektetoestand geminimaliseer word, of dat daar op geforseerd opgewekte wyse teenoor die pasiënt opgetree word. In diè omstandighede mag effektiewe ondersteuning verminder (Taylor, 1991).

Persone wat intiem by die pasiënt betrokke is beleef egter ook stres as gevolg van die pasiënt se toestand en mag dus minder effektief wees in die verskaffing van ondersteuning vanweë hulle eie behoefte aan ondersteuning. Taylor (1991) is van mening dat die deurwerk van probleme met familie dikwels die grondslag vir die hervestiging van sosiale kontak lê. Deur te leer om familie en vriende effektief te hanteer, leer die pasiënt ook die nodige vaardighede aan om in 'n verskeidenheid van sosiale situasies met ander om te gaan.

Een van die groot veranderings wat teweeggebring word deur 'n kroniese siekte is die toenemende afhanklikheid van die kronies siek persoon van die ander gesinslede. Indien die persoon getroud is, veroorsaak die siekte noodwendig dat meer verantwoordelikhede op die egmaat geplaas word. Meer verantwoordelikhede mag baie moeilik wees om te hanteer. Indien die gesinslede se hulpbronne alreeds tot die maksimum benut word, maak dit die inpas en akkommodering van nuwe take baie moeilik (Taylor, 1991).

Talle kroniese siektes lei tot 'n afname in seksuele aktiwiteit. In sommige gevalle stel die siektetoestand self tydelike beperkings op seksuele aktiwiteit. Dikwels kan hierdie afname in seksuele aktiwiteit egter teruggevoer word na 'n sielkundige oorsprong (soos die verlies aan seksuele begeerte, die vrees dat die siektetoestand mag versleg, of impotensie). Kronies siek pasiënte beleef dikwels veranderings in hulle gemoedstoestand soos 'n toename van angs of depressie, wat weer die ander lede van die gesin ongunstig kan beïnvloed (Taylor, 1991).

Volgens Taylor (1991) het navorsing bevind dat kronies siek vroue 'n groter gebrek aan sosiale ondersteuning beleef as kronies siek mans weens die feit dat vroue dikwels onderhewig is aan weduweenskap. Siek en/of ouer vroue beleef 'n verlaging in lewenskwaliteit wat te wyte is aan ander faktore as die siektetoestand, soos 'n verlaagde inkomste en 'n groter mate van gestremdheid, en probleme met sosiale ondersteuning kan diè reeds bestaande verskille net vergroot.

3.4.2.4.4 Persoonlike aangeleenthede en kroniese siektes

Taylor (1991) is van mening dat kroniese siektes kan bydra tot positiewe sowel as negatiewe resultate. 'n Studie van kankerpatiënte het getoon dat 90% van die pasiënte 'n gunstige verandering in hul lewens ervaar. Volgens hulle het hulle meer waardering vir elke dag, en die inspirasie om dinge nou te doen en nie uit te stel tot later nie. Ook doen hulle meer moeite met hulle interpersoonlike verhoudings en glo hulle dat hulle meer bewus is van ander se gevoelens en meer simpatiek is teenoor ander. Waltz (1986, soos aangehaal deur Taylor, 1991) kom tot 'n soortgelyke gevolgtrekking en bevind in sy studie met MI-pasiënte dat drie en dertig persent van die pasiënte voel dat hulle lewenskwaliteit oor die algemeen verbeter het en vyftig persent sê dat hulle meer genot uit die lewe put en meer waardering vir familie, stokperdjies en hulle gesondheid het.

Taylor (1991) is van mening dat wanneer 'n pasiënt so 'n ongunstige gebeurtenis soos 'n kroniese siekte beleef, hy aktief daarna streef om die negatiewe impak daarvan te minimaliseer. Wanneer dit nie vir die pasiënt moontlik is om van ontkenning as verdedigingsmeganisme gebruik te maak nie, mag hy geneig wees om betekenis te soek in die gebeurtenis, of te glo dat hy (die self) 'n beter mens is omdat hy die gebeurtenis kon deurstaan het. Kort gestel, mense is geneig om hulle prioriteite en oortuigings op so 'n wyse te herrangskik dat hulle die een of ander voordeel en betekenis in die gebeure kan sien. Om dit werklik te kan verstaan, is 'n beter begrip van die konsep van die self nodig.

Die self is 'n sentrale konsep in die sielkunde en daar word na die selfbeeld verwys as 'n stabiele stel oortuigings oor jou kwaliteite en eienskappe. Eiewaarde verwys na die evaluering van die selfbeeld - naamlik, of 'n persoon oor die algemeen goed of sleg voel oor sy kwaliteite en eienskappe. 'n Gebeurtenis soos 'n kroniese siekte kan drastiese veranderings in die selfbeeld en gevoel van eiewaarde van die persoon teweegbring. Dit is egter belangrik om in gedagte te hou dat die selfbeeld 'n samestelling van selfevaluasies is met betrekking tot verskeie aspekte van die lewe. Sommige van dië aspekte is betrokke by die siekteproses en sluit liggaamsbeeld, prestasie, sosiale funksionering en selfidentifikasie in.

(a) Die fisiese self

Liggaamsbeeld is die persepsie en evaluasie van jou eie fisiese funksionering en voorkoms. Die liggaamsbeeldkomponent van die selfbeeld word uit die aard van saak deur die siekte beïnvloed. Vir die akute siek pasiënt is verandering in liggaamsbeeld kortstondig, maar vir die kronies siek pasiënt mag negatiewe evaluasies heelwat langer duur. Die meeste navorsers is dit eens dat aanpassings by veranderings uiteindelik plaasvind, hoewel die proses 'n jaar of selfs langer kan duur.

In watter mate die liggaamsbeeld bedreig word, word bepaal deur 'n verskeidenheid faktore, waaronder die pasiënt se premorbiede liggaamsbeeld, die hoeveelheid skade of skending aan die liggaam, en die mate van aktiwiteit wat moontlik is na die siekte (Taylor, 1991).

(b) Die prestasiegerigte self

Prestasie deur beroeps- en nie-beroepsgerigte aktiwiteite is ook 'n belangrike aspek van 'n gevoel van eiewaarde en die selfbeeld. Sommige mense put primêr genot uit hulle beroep of loopbaan, terwyl ander weer plesier put uit hulle stokperdjies en ontspanningsaktiwiteite. Indien 'n kroniese siekte dië gewaardeerde aspekte van die self bedreig, mag die selfbeeld skade ly. Dit is veral 'n probleem wat onder hartpasiënte

voorkom, aangesien hulle hul lewenstyl moet verander deur die vermindering van 'n aantal stresvolle aktiwiteite waaraan hulle deelneem.

Alhoewel die bedreiging van werks- en ontspanningsaktiwiteite as gevolg van 'n kroniese siekte tot probleme vir die selfbeeld en eiewaarde kan lei, kan die vermoë om betekenis te vind deur persoonlike prestasie die stres wat deur 'n kroniese siekte veroorsaak word, verminder. Indien werkverwante aktiwiteite nie bedreig word deur die siekte nie, het die pasiënt dië bronne beskikbaar waaruit hy eiewaarde kan put. Werk en stokperdjies kan 'n ander betekenis aanneem vir die pasiënt. In sommige gevalle kan 'n kroniese siekte mense aanmoedig om hulle lewens te herevalueer en hoër prioriteit te gee aan die aktiwiteite wat vir hulle werklik betekenisvol is. Sodoende word meer tyd daaraan afgestaan, wat lei tot 'n verbetering in beide die pasiënt se moreel en sy selftevreedenheid.

Pasiënte wie se werks- en vryetydsaktiwiteite bedreig word, mag ander belangstellings ontwikkel wat as nuwe bronne van selftevreedenheid dien. Werks- en vryetydsaktiwiteite dien dus 'n beskermings- en kreatiewe funksie, wat balans bring in die pasiënt se lewe (Taylor, 1991).

(c) Die sosiale self

Soos reeds genoem, is die opbou van die sosiale self 'n belangrike aspek van aanpassing na 'n kroniese siekte. Die interaksie met familie en vriende kan dien as 'n kritieke bron van eiewaarde. Sosiale bronne voorsien die kronies siek pasiënt van noodsaaklike inligting, goedere en dienste, asook emosionele ondersteuning. 'n Onderbreking in die ondersteuningsstelsel het 'n invloed op die logistieke funksionering, emosionele ondersteuning en langtermynaanpassing van die pasiënt (Taylor, 1991).

(d) Die privaat self/Die eie-ek

Die oorblywende kern van 'n pasiënt se identiteit – ambisies, doelstellings, en begeertes vir die toekoms - sal ook 'n invloed hê op die individu se aanpassing by 'n kroniese siekte. Dit is belangrik dat die pasiënt moet besef dat planne en drome vir die toekoms nou miskien nie meer moontlik is nie as gevolg van die beperkings wat die siekte of die behandeling daarvan stel. Soms mag die aanpassing by 'n kroniese siekte belemmer word deur die pasiënt se onrealistiese geheime drome wat nou aan skerwe lê, of lyk asof dit aan skerwe lê (Taylor, 1991).

Dit is dus duidelik dat die selfbeeld en al sy fasette deur 'n kroniese siekte beïnvloed word. Nietemin sal baie van dié invloede slegs tydelik wees. Die mate waarin die pasiënt in staat is om bevrediging te put uit aspekte wat nie deur die siekte bedreig word nie, mag kompenseer vir die verliese wat op ander gebiede beleef word (Taylor, 1991).

3.4.3 'n Geïntegreerde beskouing van die aanpassing by 'n kroniese siektetoestand

Uit die gegewe inligting is dit opmerklik dat die modelle van Taylor (1991) en Moos (1977) mekaar goed aanvul en daarin slaag om 'n breër beskouing te gee van die aanpassings wat 'n individu moet maak wat 'n kroniese fisiese siekte, ontwikkel het.

Waar Moos (1982) in sy model fokus op die aanpassings wat die individu in die krisisstadium van 'n kroniese siektetoestand moet maak, is Taylor (1991) se model meer gerig op die langtermynaanpassings wat gemaak moet word en fokus sy op die emosionele, kognitiewe, fisiese, sosiale en persoonlike aanpassings wat nodig is as die krisisstadium verby is.

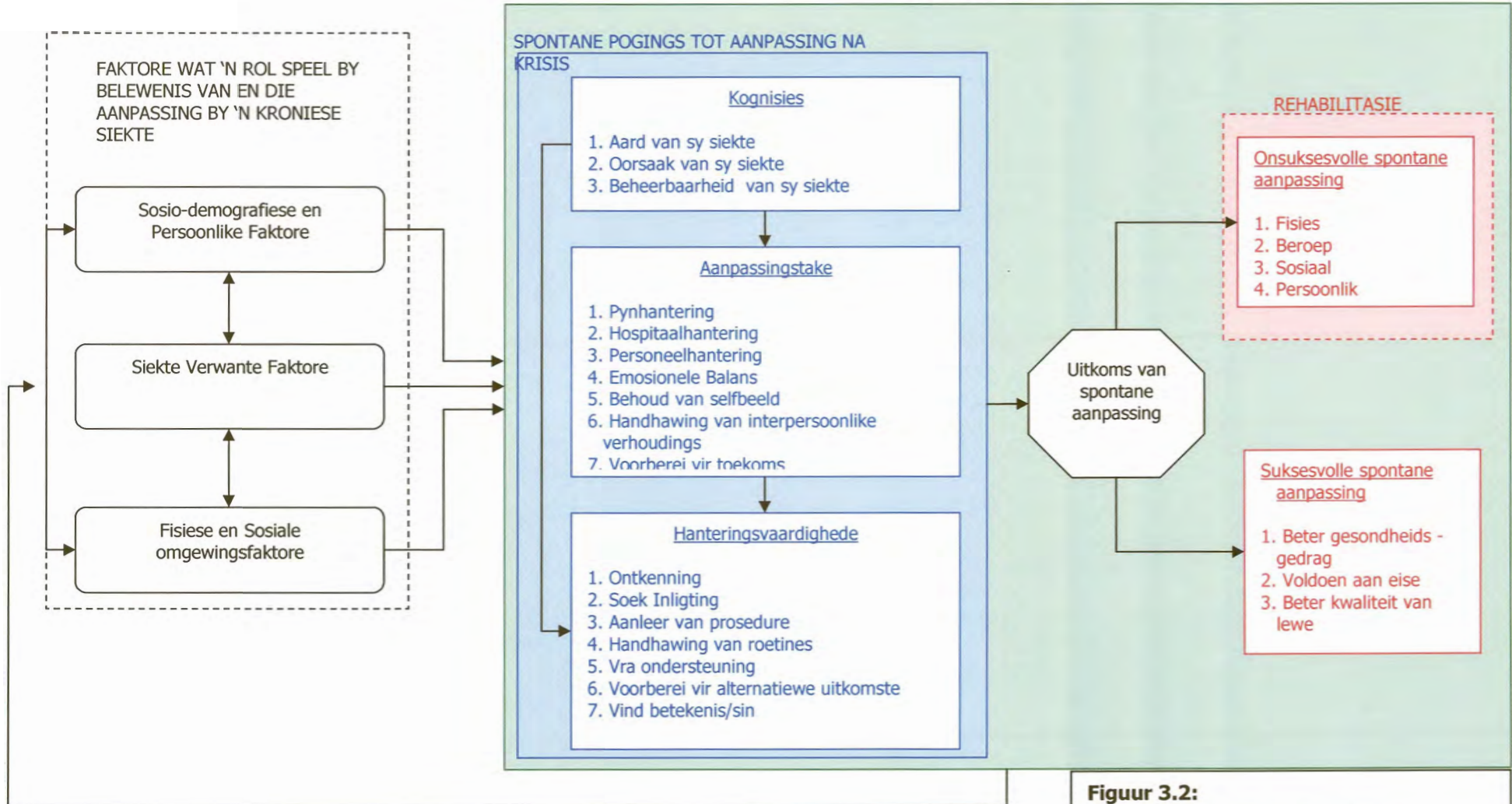
Alhoewel Taylor (1991) aandag skenk aan siekteverwante faktore en die aanpassings wat die pasiënt in sy sosiale omgewing moet maak, skenk sy min aandag aan faktore soos geslag, sosio-ekonomiese status, die tydsfase van die siekte en persoonlikheid. Moos (1977), daarenteen, lewer 'n belangrike bydrae tot die ontwikkeling van 'n geïntegreerde beskouing in sy beklemtoning van dié individuele verskille in so 'n

aanpassing. Taylor (1991) lewer egter weer 'n belangrike bydrae deur die fokus wat sy plaas op die kwaliteit van lewe en die belangrike plek wat dit in die aanpassing by 'n kroniese siektetoestand beklee.

Taylor (1991) onderskei in haar model tussen die pasiënt se spontane pogings om aan te pas by 'n kroniese siekte en faktore wat so kompleks is dat sodanige aanpassing nie moontlik is nie. Haar beskouing van spontane aanpassing deur kognisies te ontwikkel en hanteringstrategieë te gebruik, sluit aan by Moos (1977) se beskouing dat aanpassing by 'n kroniese siekte in wese spontaan is. Taylor (1991) voer die proses van aanpassing egter verder deur ook rehabilitasie in te sluit.

Deur die modelle van Moos (1977) en Taylor (1991) te integreer kan 'n breër beskouing geformuleer word van die aanpassing by 'n kroniese fisiese siekte. Die geïntegreerde model sluit sowel sosiodemografiese en persoonlike faktore as gesondheidsverwante, fisiese en sosiale omgewingsfaktore in, soos gepostuleer deur Moos (1977) in sy krisismodel. Die aanpassingsproses word egter verder uitgebrei en onderskeid word in die proses getref tussen spontane pogings wat die pasiënt aanwend om aan te pas en rehabilitasie (sien figuur 3.2).

AANPASSINGSPROES



Figuur 3.2:
Geïntegreerde model oor die
aanpassing by 'n kroniese siekte

Uit die voorafgaande bespreking is dit duidelik dat sowel agtergronds- en siekteverwante as intra- en interpersoonlike faktore, 'n belangrike rol speel in die pasiënt se aanpassing by 'n kroniese siektetoestand. Alhoewel die modelle van Moos (1977) en Taylor (1991) van groot waarde is vir die opstel van 'n raamwerk waarbinne die pasiënt se aanpassing by MI begryp kan word, fokus diè modelle op kroniese siektes in die algemeen en neem dit nie die uniekheid van die MI-pasiënt se situasie in ag nie. Begrip vir dit wat die MI-pasiënt beleef en deurleef het in 'n poging om aan te pas by sy nuwe situasie, kan lei tot 'n beter begrip van die wyse waarop die MI sy lewe en sy verhoudings met ander en veral vir die doel van hierdie studie, sy egmaat, beïnvloed het. In die volgende bespreking wat spesifiek handel oor die aanpassing van die MI-pasiënt, sal die breë raamwerk van Moos (1977) en Taylor (1991) benut word om op 'n meer geïntegreerde en sistematiese wyse sin te maak van navorsing in verband met MI.

3.5 Aanpassing by 'n Miokardiale Infarksie (MI)

Ondanks uitgebreide navorsing op die gebied van kardiaale rehabilitasie, word die aanpassingsproses en dit wat die individu na 'n miokardiale infarksie (MI) beleef nog baie swak begryp (Johnson 1991). Volgens Johnson en Morse (1990) is dit egter net so belangrik om kennis te dra van die proses van aanpassing en die pasiënt se belewing daarvan na sy MI, as van die aspekte wat 'n invloed het op sy aanpassing, ten einde realistiese doelwitte vir die pasiënt te kan stel en effektiewe intervensie te verseker. Johnson en Morse (1990) wys daarop dat daar ongelukkig in navorsingsliteratuur baie min erkenning gegee word aan die belangrikheid van die individu se persepsie van sy eie herstel na 'n MI. Alhoewel uitgebreide studies waardevolle inligting verskaf oor aspekte van die aanpassingsproses, verteenwoordig dit nie 'n geheelbeeld van kennis nie en bestaan daar gevolglik 'n gefragmenteerde begrip van die proses van aanpassing na 'n MI.

Johnson (1991) en Thompson, Ersser en Webster (1995) is van mening dat hierdie beperkte begrip van die aanpassing by 'n MI te wyte is aan die min kwalitatiewe navorsing wat op die terrein gedoen is. Volgens Thompson et al. (1995) is daar te lank te veel klem gelê op die fisiese en biologiese prosesse van KHS en te min aandag geskenk aan die sielkundige reaksies op die siekte, asook die sosiale prosesse en gevolge daarvan. Ten einde MI beter te kan verstaan, sal daar vervolgens gefokus word op

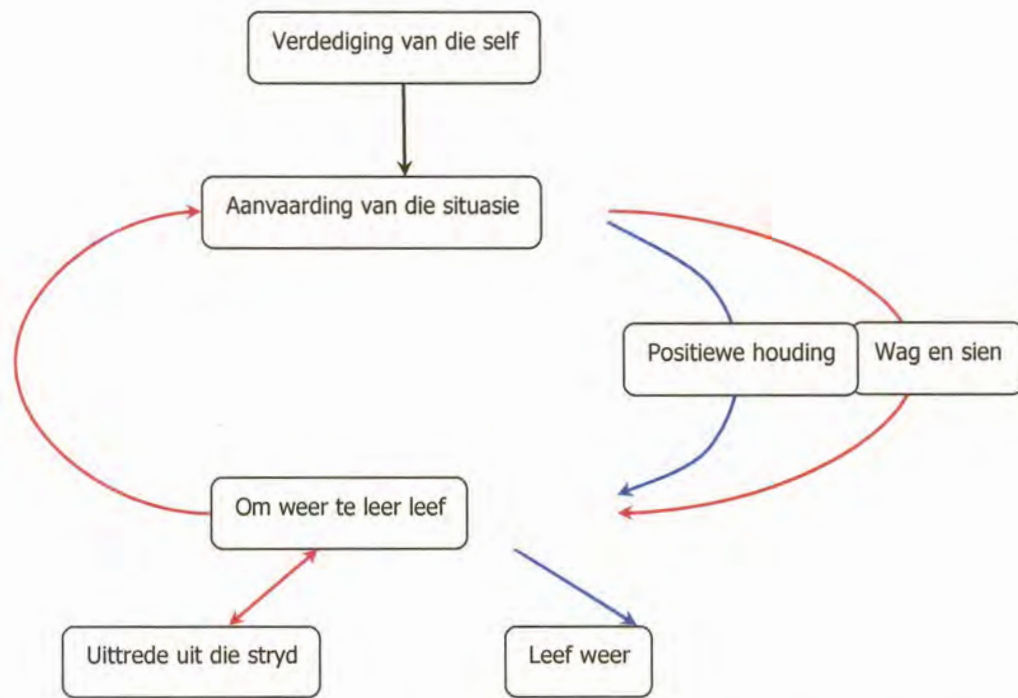
Johnson en Morse (1990) se model van die pasiënt se beleving van die aanpassingsproses na 'n MI.

3.5.1 Johnson en Morse (1990) se model van aanpassing by 'n MI

Nolan en Nolan (1998) is van mening dat Johnson en Morse (1990) se model die omvattendste beskrywing bied van die aanpassing by MI. Volgens Johnson en Morse (1990) is die belangrikste proses in die aanpassing na MI die pasiënt se stryd om beheer oor sy lewe te herwin.

Die kernveranderlike van beheer oor die lewe omvat drie dimensies naamlik, (a) dié van voorspelbaarheid (die persoon se vermoë om die uitkoms van 'n aksie te voorspel), (b) selfoordeel (die persoon se vermoë om ingeligte besluite te neem), en (c) onafhanklikheid (die persoon se vermoë om op besluite te reageer). Nie voordat 'n persoon hierdie drie dimensies herwin het, en dus weer beheer oor sy lewe verkry het, kan so 'n persoon die aanpassingsproses as volkome beskou nie. Al die aksies en strategieë wat die aanpassingsproses kenmerk, is gerig op die herwinning van 'n gevoel van beheer.

Volgens Johnson en Morse (1990) bestaan die stryd om na MI beheer te herwin, uit vier stadiums, soos in figuur 3.3 uiteengesit. Die eerste stadium, *verdediging van die self*, kom voor tydens die akute fase van die siekte en die sleuteltaak tydens dié fase is die handhawing van 'n gevoel van beheer. Gedurende die tweede stadium, naamlik *aanvaarding van die situasie*, is pasiënte in 'n stryd gewikkel met die beleefde verlies aan beheer. Die derde stadium, *om weer te leer leef*, omvat die pasiënt se stryd om die hervestiging van 'n gevoel van beheer. Indien die pasiënt daartoe in staat is om weer 'n gevoel van beheer te ontwikkel, betree hy die vierde stadium en *lééf hy weer*. Pasiënte wat nie daarin slaag om weer 'n gevoel van beheer te vestig nie, "verloor die stryd" en bly in 'n invaliderol vasgevang.



Figuur 3.3: Die proses van aanpassing na 'n MI (Johnson en Morse, 1990, p.127)

Die onderskeie fases, soos uiteengesit in figuur 3.3, sal vervolgens bespreek word.

3.5.1.1 Stadium een: Verdediging van die self

'n MI gebeur onverwags en sonder veel waarskuwing en die persoon is dikwels verward en onseker oor die aard van die aanvanklike simptome. Laasgenoemde is dikwels lig en stem nie altyd ooreen met die verwagte simptome van 'n MI nie. Pasiënte is dikwels geneig om te rasionaliseer en poog om beheer te behou deur die simptome aan algemene, minder belangrike siektetoestande soos griep of voedselvergiftiging toe te skryf. Pasiënte poog om die *status quo* te handhaaf deur voort te gaan met hulle daaglikse aktiwiteite.

Wanneer die pasiënt uiteindelik kennis maak met die mediese personeel, is hy geneig om hom te distansieer van die gebeure wat volg in 'n poging om homself te beskerm en 'n gevoel van beheer te behou. Die pasiënt poog dikwels

gedurende die tyd om "te bewys" dat hy nie ernstig siek is nie. Sulke pasiënte maak dikwels gebruik van humor as 'n manier om die erns van die situasie te minimaliseer of sal opdragte om in die bed te bly, verontagsaam.

3.5.1.2 Stadium twee: Aanvaarding van die situasie

"Aanvaarding van die situasie" dui die proses aan waarin die pasiënt die realiteit en werklikheid van die MI moet aanvaar, moet begryp waarom die MI gebeur het en bepaal watter belang die gebeure vir die toekoms inhou. Hierdie stadium bestaan uit vier fases. Die duur van die stadium varieer tussen drie en agt dae na die MI. Na gelang van die verloop van hulle aanpassing, mag sommige pasiënte terugkeer na dié stadium. Laasgenoemde gebeur wanneer die pasiënt 'n terugslag beleef of wanneer hy gedwing word om sy verwagtinge rakende sy herstel te wysig, en hy op nuut moet aanvaar dat hy 'n MI gehad het (sien figuur 3.3).

3.5.1.2.1 Die pasiënt word gekonfronteer met sy eie sterflikheid

Die oorlewing van 'n lewensbedreigende gebeurtenis word dikwels deur pasiënte as 'n diepgaande ervaring beskryf, aangesien dit hulle dwing om die moontlikheid van hulle eie dood te oorweeg. Die reaksies van die pasiënte is dikwels tweërlei van aard. Sommige pasiënte beleef gevoelens van dankbaarheid omdat hulle oorleef het en ervaar 'n nuwe waardering vir die lewe. Ander pasiënte is weer uiters negatief, koester 'n vrees om dood te gaan, beleef die lewe as broos en is pessimisties oor die moontlikheid van herstel (Johnson en Morse, 1990).

3.5.1.2.2 Die pasiënt moet sin maak van die MI

Die skok van die aanvanklike gebeurtenis dwing die pasiënt om sin te maak van dit wat met hom gebeur het. Hy doen dit deur sy eie lewe in oënskou te neem en na redes te soek waarom die MI gebeur het. Oor die algemeen stel die identifisering van die probleem die pasiënt in staat om die rigting vir rehabilitasie te bepaal (Johnson en Morse, 1990).

3.5.1.2.3 Aanvaarding van beperkings

Voor die pasiënt sy MI kan aanvaar, moet hy eers die implikasies oorweeg van wat die MI vir hom in die toekoms inhou, die struikelblokke wat voorlê, en die planne wat hy sal moet beraam om toekomstige fisiese beperkings te akkommodeer. Alhoewel baie van die beperkings wat die pasiënt vir homself aanvanklik voorhou, nie in die toekoms realiseer nie, is die bekommernis daaroor in daardie stadium vir hom werklik, en word dit beleef as struikelblokke wat te bowe gekom moet word (Johnson en Morse, 1990).

3.5.1.2.4 Toekomsgerigtheid

Die wyse waarop die pasiënt sy toekoms visualiseer, is baie belangrik vir sy daaropvolgende aanpassing. Dië faktor beïnvloed ook in groot mate die pasiënt se keuse van 'n aanpassingstrategie. Pasiënte wat 'n positiewe houding openbaar, (a) voel seker dat hulle sal herstel, (b) is dankbaar vir die tweede kans wat hulle gegun is, (c) glo dat hulle weet wat hulle MI veroorsaak het, (d) beskik oor bepaalde planne om te verander, (e) aanvaar beperkings en (f) is optimisties oor die toekoms.

Pasiënte met 'n pessimistiese houding (a) koester 'n vrees om permanent gestremd of sterwend te wees, (b) is kwaad en kan nie begryp waarom juis hulle 'n MI moes kry nie, (c) is onseker oor die toekoms en teësinnig om hulle tot 'n plan te verbind en (d) beleef hulle beperkings as onoorkomlik. Sulke pasiënte ontwikkel 'n wag-en-sienhouding.

Die wyse waarop pasiënte hulle toekoms visualiseer, verander deurentyd gedurende die aanpassingsproses. Namate hulle verbetering ervaar en onsekerhede verdwyn, gaan sommige negatiewe pasiënte die toekoms met meer selfvertroue tegemoet. Aan die ander kant is daar weer pasiënte wat dit moeilik vind om hulle aanvanklike positiewe houding voort te sit as gevolg van komplikasies, stadige herstel of mislukte doelwitte (Johnson en Morse, 1990).

3.5.1.3 Stadium drie: Leer om te leef

Om te leer om weer te leef, moet die pasiënt deur 'n proses werk wat besaai is met onsekerhede, twyfel, en terugslae. Pasiënte poog om 'n draaglike lewenstyl te ontwikkel en te handhaaf, en om van voor af te leer om hulle eie vermoëns te vertrou. Die stadium omvat drie fases: selfbehoud, vermindering van onsekerheid, en die vasstel van riglyne vir hulle lewe. 'n Wederkerige verhouding bestaan tussen die tweede en derde stadiums van die aanpassingsproses. Die vermoë van die pasiënt om die gebeurtenis te aanvaar, beïnvloed die strategieë wat hy in die derde stadium sal gebruik, en op sy beurt sal die effektiwiteit van die strategieë weer die proses van aanvaarding beïnvloed (Johnson en Morse, 1990). (Sien figuur 3.3.)

3.5.1.3.1 Die behoud van 'n sin van die self

'n MI ondermyn 'n persoon se selfvertroue en gevoel van eiewaarde en bedreig sy onafhanklikheid en gevolglik ook sy beleving van wie en wat hy is (sy sin van self). Die belangrikste wyse waardeur 'n sin van self behou kan word, is deur die bestuur en beheer van rolveranderings. Die pasiënt word deurgaans in die proses van aanpassing gekonfronteer met rolveranderings. Pasiënte voel dikwels dat die rolle wat hulle na hulle MI vervul, nooit weer dieselfde is of kan wees as die rolle wat hulle voor hulle MI vervul het nie. Hulle beleef dat die beperkings op sekere take wat na die MI ontstaan het, die waarde van hulle bestaan verminder in terme van die kwaliteit van die bydrae wat hulle daarna in hulle onderskeie rolle kan lewer.

'n Tweede meganisme waarvan pasiënte gebruik maak om 'n gevoel van eiewaarde te behou, is deur 'n balans te skep tussen hulle behoeftes en die ondersteuning wat hulle ontvang (Sien figuur 3.4). Pasiënte word dikwels oorweldig deur die ondersteuning van ander met hulle tuiskoms. Om 'n gevoel van eiewaarde te behou, poog die pasiënt om sy behoeftes met die beskikbare ondersteuning te balanseer. Soms is dit selfs nodig om oorgretige helpers af te weer in 'n poging om onafhanklikheid te herwin.

Beleefde Behoeftes

		Positief	Negatief
Beleefde Ondersteuning	Positief	Beleef self as "invalide" A	Beleef self as "oorbeskermd" B
	Negatief	Beleef self as "verstote" C	Beleef self as "amper normaal" D

Figuur 3.4: Die balansering van beleefde behoeftes en ondersteuning (Johnson en Morse, 1990, p. 129)

Konstante ondersteuning laat die pasiënt dikwels met gevoelens van ontoereikendheid en skuld teenoor ander. Die konstante behoefte aan en aanvaarding van ondersteuning verhoog die pasiënt se gevoel van nutteloosheid en versterk sy *invalidestatus* (Sien figuur 3.4). In situasies waar die pasiënt meen dat hy meer ondersteuning ontvang as wat nodig is, lei dit tot 'n gevoel dat hy *oorbeskerm* word en dat daar passief vir hom gesorg word soos vir 'n "pop" of "baba", sonder enige inagneming van sy eie behoeftes en begeertes. Pasiënte hanteer sulke situasies deur òf selfgeldend op te tree en hulpverleners weg te stoot òf hulle ondersteuning te aanvaar.

Pasiënte wat meen dat hulle nie genoeg ondersteuning ontvang om in hulle behoeftes te voorsien nie, voel geïsoleerd en *verstote*. Hulle vrees dat hulle gebrandmerk sal word as "malingerers" en is dan geneig om hulleself oormatig te dryf om te wys waartoe hulle in staat is.

Laastens is daar ook die pasiënte wat beleef dat hulle min ondersteuning ontvang en ook min behoeftes het. Sulke pasiënte beskou hulleself dan ook as "*amper normaal*". (Sien figuur 3.4). Hierdie uitstekende verhouding tussen die pasiënt en die gesinslede maak die vrye verloop van "hulpverlener-hulpontvanger"-verhouding moontlik sonder 'n beleefde verpligting aan enige kant. Behoeftes word dus nie as onafhanklik van ondersteuning beskou nie, maar daar bestaan eerder 'n wedersydse uitruiling van ondersteuning (Johnson & Morse, 1990).

3.5.1.3.2 Die vermindering van onsekerheid

Die aanvanklike onsekerheid wat MI-pasiënte beleef, is oorweldigend. Hulle voel onseker "oor wat hulle moet doen en oor hoe hulle dit moet doen". Pasiënte gebruik dikwels 'n verskeidenheid strategieë, soos om byvoorbeeld kennis in te win oor hulle gesondheid, versigtig te wees in hulle optrede, hulle vordering te monitor en versekering by ander te soek, in 'n poging om 'n gevoel van beheer te herwin.

Die pasiënt se persepsie van mediese personeel se oordeel van sy vordering

		Positief	Negatief
Die pasiënt se persepsie van sy eie vordering	Positief	"vaar goed" A	"verslae" B
	Negatief	"misverstaan" C	D "hopeloos"

Figuur 3.5: Persepsie van vordering (Johnson & Morse, 1990, p.131)

In figuur 3.5 word die pasiënt se persepsie van sy vordering, en die invloed van gesondheidspersoneel daarop, uiteengesit. Indien pasiënte onseker voel oor hulle vordering, vermoëns, of die toekoms, poog hulle om hierdie gevoelens van onsekerheid te verlig deur na versekering te soek by die gesondheidspersoneel. Indien daar teenstrydighede bestaan tussen die pasiënt se eie persepsie van sy vordering en sy interpretasie van die gesondheidspersoneel se raming van sy vordering, voel die pasiënt dikwels òf *verslae* òf dat hy *verkeerd verstaan word*. Waar daar wel eenstemmigheid bestaan en beide ramings as positief beleef word, glo die pasiënt dat hy *goed vaar* en bevredigend vorder. As beide beramings negatief is, voel pasiënte gewoonlik *hopeloos*.

3.5.1.3.3 Die vasstel van riglyne om volgens te leef

Die meeste MI-pasiënte glo dat hulle riglyne nodig het waarvolgens hulle moet leef. Alhoewel hierdie riglyne nie noodwendig formeel hoef te wees nie, verskaf dit aan die pasiënt 'n gevoel van beheer. Die vasstel van riglyne skep orde in die pasiënt se lewe en verhoog sy gevoel van voorspelbaarheid, onafhanklikheid en selfbeslissing. Drie strategieë word vir die vasstel van sulke riglyne gebruik naamlik: die toets van beperkings, leer om die liggaam te lees, en verandering in lewenstyl.

Namate die pasiënt meer vertrou in sy eie vermoëns ontwikkel is hy ook geneig om sy eie perke te toets ten einde vas te stel wat gedoen en nie gedoen kan word nie. Elke nuwe aktiwiteit word benader met 'n gevoel van angstigheid. Wat voorheen beskou was as "normale roetines", word nou gesien as uitdagings. Alhoewel sommige pasiënte geneig is om te veel druk op hulleself te plaas, is hierdie toets vir hulle die bewys dat hulle wel bevoegde mense is.

Alvorens perke egter getoets kan word, moet die pasiënt 'n maatstaf ontwikkel waaraan hy moontlike resultate kan meet. Pasiënte moet leer hoe om somatiese boodskappe te dekodeer as 'n manier om struikelblokke te bowe te kom. Dit gebeur wanneer pasiënte 'n sensitiwiteit vir hulle liggaam se behoeftes en eise ontwikkel en leer om die fisiese "wenke" te vertrou.

Die laaste strategie wat pasiënte gebruik om riglyne vir hulle lewe vas te stel, is 'n veranderde lewenstyl. Dië strategie is kompleks en bestaan uit ernstige oorwegings aangaande lewenstylveranderings, pogings om die veranderings te implementeer en te evalueer, en indien die resultate positief is, die toepassing van sulke veranderings in die daaglikse lewe. Besluite rakende lewenstylveranderings word sterk beïnvloed deur die wyse waarop die pasiënt sin maak van sy MI.

3.5.1.4 Stadium vier: Leef weer

In die loop van aanpassing word pasiënte dikwels gekonfronteer met die feit dat hulle nie voluit leef nie. Al hulle pogings gedurende die beginstadiums van aanpassing word gerig op die herwinning van beheer. Die finale stadium van aanpassing word geleidelik betree. Namate die pasiënt voel dat hy beheer herwin, begin hy ook weer aandag gee aan ander aspekte van die lewe. Alhoewel die pasiënt nooit vergeet dat hy 'n MI gehad het nie, is dit nou moontlik, met die bereiking van die finale stadium in sy aanpassing, om die gebeurtenis opsy te skuif en toe te laat dat ander aspekte van die lewe weer voorrang geniet.

Vier reaksies kenmerk hierdie finale stadium: (a) Die aanvaarding van eie beperkinge; (b) die herfokus op ander aangeleenthede en sake; (c) die bereiking van 'n gevoel van bemeestering of (d) 'n uittrede uit die stryd.

3.5.1.4.1 Aanvaarding van perke

Nadat die pasiënt sy perke getoets het, word hy nou gekonfronteer met die taak om die beperkings wat hy nie kon verander nie, te aanvaar. Pasiënte sal dikwels hulle verwagtings verander ten einde dië beperkinge in hulle lewens te integreer. Deur sy verwagtings te verlaag of te wysig, is die pasiënt in staat om beperkings uit te skakel.

3.5.1.4.2 Verskuiwing van fokus

Sodra die pasiënt sy beperkings aanvaar het, begin hy sy aandag weer op ander aspekte van die lewe toespits. Die MI is nou nie meer sy primêre bekommernis nie. Die pasiënt se vermoë om sy aandag te herfokus word verhoog deur sy fisiese verbetering. Namate sy fisiese beperkings afneem, neem sy gevoel van beheer toe.

3.5.1.4.3 Die bereiking van 'n gevoel van bemeestering

Die finale respons, wat daarop dui dat die finale stadium in die aanpassingsproses suksesvol bereik is, is die gevoel van bemeestering wat die pasiënt beleef. 'n Gevoel van bemeestering sluit die vermoë in om take sonder veel inspanning af handel. Pasiënte beskryf dikwels die gevoel van bemeestering wat hulle beleef in terme van die gevoelens wat dit by hulle wek en gebruik woorde soos: "tevredenheid", "'n gevoel van prestasie", "krag" en "trots." Pasiënte het nou minder ondersteuning nodig en vereis nie meer die konstante versekering van ander nie.

3.5.1.4.4 Uittrede uit die stryd

Vir sommige pasiënte is dit egter nie moontlik om aan te pas na hulle MI nie. Sulke pasiënte is vasgevang in 'n ewigdurende kringloop van pogings om dit wat met hulle gebeur het, te aanvaar en te leer om weer te leef. Hulle vind dit soms noodsaaklik om die "stryd" te laat vaar en sodoende weer 'n mate van beheer te herwin. Alhoewel dit ietwat teenstrydig is, is dit dikwels die enigste wyse waarop dié pasiënte 'n skyn van beheer kan bereik. Deur die verantwoordelikhede oor te gee waarmee hy gekonfronteer word, is die pasiënt in staat om herhaalde teleurstellings te voorkom.

Volgens Johnson en Morse (1990) bied die model soos hierbo bespreek, 'n basis vir die ontwikkeling van 'n teorie van aanpassing na 'n MI. Hulle is van mening dat die pasiënt se persepsie van sy MI nouliks oorbeklemtoon kan word. 'n Begrip vir die konteks waarin iemand sy lewe gedurende die kritieke tydperk na 'n MI

leef is noodsaaklik, nie net vir die beplanning van die rehabilitasieprogram nie, maar ook vir die formulering van realistiese verwagtings en doelstellings en vir effektiewe intervensie (Johnson & Morse, 1990).

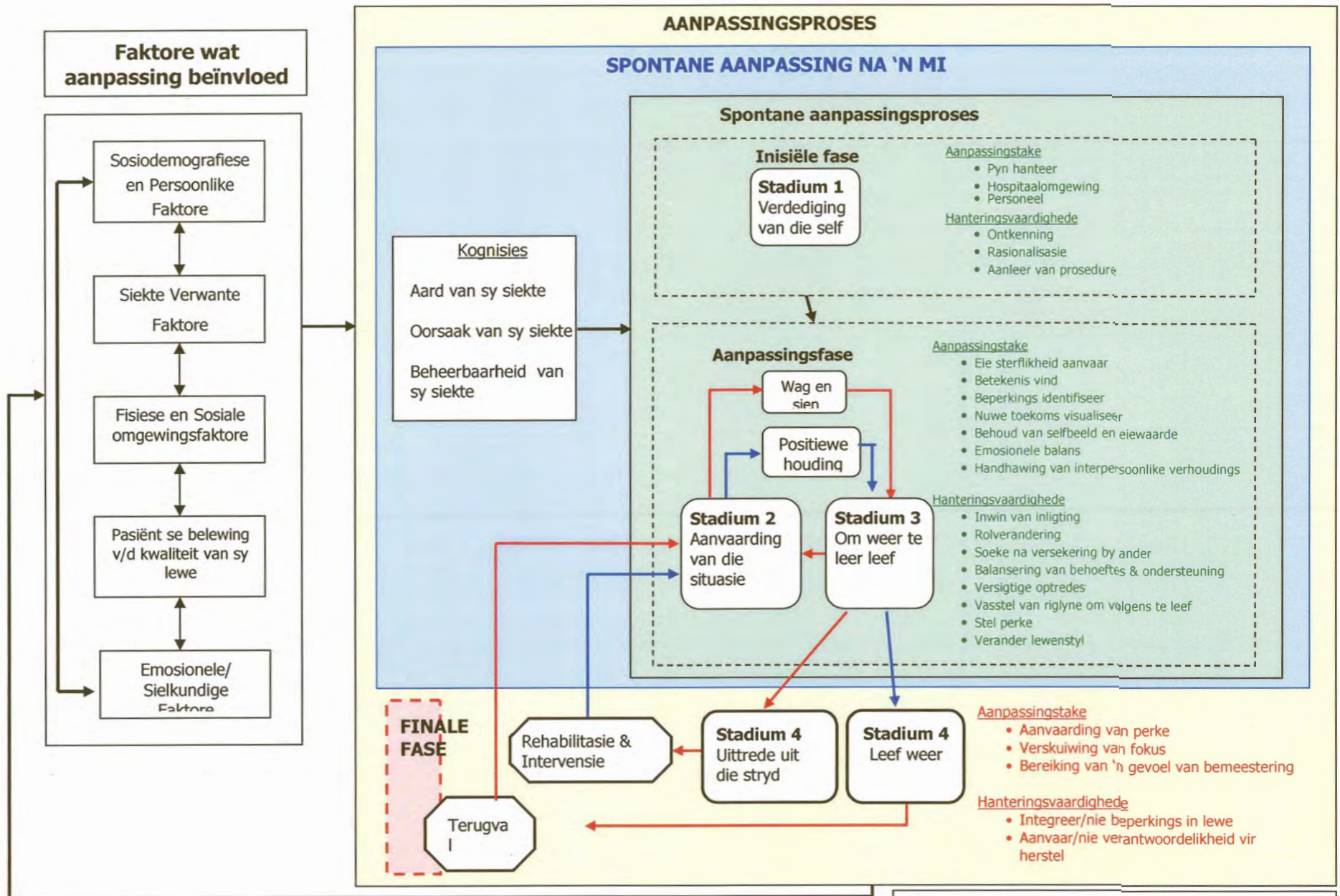
Geïntegreerd bied Moos (1977), Taylor (1991) en Johnson en Morse (1990) nie net 'n oorsig aan die leser van die aanpassingstake waarmee die pasiënt gekonfronteer word vanaf die krisisstadium van sy siekte tot en met rehabilitasie nie, maar werp hulle ook lig op die pasiënt se belewenis van die aanpassingsproses. Vervolgens bied die navorser 'n geïntegreerde beskouing van die aanpassing by 'n MI deur die modelle van Moos (1977), Taylor (1991) en Johnson en Morse (1990) te integreer.

3.5.2 'n Geïntegreerde beskouing van die aanpassing by 'n MI

Met hierdie omvattende model poog die navorser om die aanpassing by 'n MI, vanaf die krisisstadium tot en met rehabilitasie, binne 'n breë raamwerk te plaas ten einde aan die leser 'n meer geïntegreerde beskouing van sodanige aanpassing en van die faktore wat 'n rol in die proses speel te gee.

Johnson en Morse (1990) se model van aanpassing vind sy aansluiting by die kognitiewe elemente vervat in die modelle van beide Moos (1977) en Taylor (1991). Alhoewel Moos (1977) erkenning gee aan die belangriheid van kognisies en die rol wat dit speel in die aanpassingsproses, skenk Taylor (1991) meer omvattend aandag aan die kognitiewe prosesse as deel van die aanpassingsproses. Johnson en Morse (1990) se model vind aansluiting hierby en bied 'n uitbreiding op Taylor (1991) se beskouing, naamlik dat die pasiënt se stryd om weer beheer oor sy lewe te herwin, op kognitiewe prosesse berus.

Vir beide Taylor (1991) en Johnson en Morse (1990) lê die kern van suksesvolle aanpassing in die pasiënt se vermoëns en pogings om weer 'n gevoel van beheer oor sy lewe te verkry. Sy vermoëns en pogings word sterk beïnvloed deur die kognisies wat hy huldig ten opsigte van sy siektetoestand. Geïntegreerd kan die modelle van Moos (1977), Taylor (1991) en Johnson en Morse (1990) as volg voorgestel word:



Figuur 3. 6: 'n Geïntegreerde model oor die aanpassing by MI

Sosio-demografiese, persoonlike, siekte-, fisiese en sosiale omgewingsfaktore (soos gepostuleer deur Moos (1977) in sy krisismodel) en die pasiënt se belewing van sy kwaliteit van lewe asook sy emosionele respons op sy siektetoestand (volgens Taylor (1991)), blyk belangrike faktore te wees. Nie net beïnvloed genoemde faktore die aanpassingsproses nie, maar het die aanpassingsproses ook 'n invloed op dié faktore. Verder bied hierdie faktore ook 'n breë raamwerk waarbinne die MI-pasiënt se belewing van die aanpassingsproses gesien kan word, ten einde 'n meer geïntegreerde beskouing te formuleer.

In die aanpassingsproses onderskei die navorser tussen die spontane pogings wat die pasiënt aanwend om sy siekte te hanteer daarby aan te pas en die belangrikheid van intervensie in geval van 'n insinking of waar spontane aanpassing nie moontlik is nie. Alhoewel die navorser tussen fases onderskei, kan die fases nie geskei word nie. Die pasiënt moet gedurende elke fase persoonlike aanpassings asook aanpassings by die omgewing maak, waarvoor hy verskeie hanteringstrategieë nodig het en gebruik. Gedurende die beginfase, "verdediging van die self" (stadium 1), poog die pasiënt om 'n gevoel van beheer te behou deur gebruik te maak van hanteringstrategieë soos ontkenning en rasionalisasie. Die pasiënt moet tydens hierdie fase ook leer om benewens die pyn en prosedures wat uit sy siekte voortspruit, hospitaalomgewing en personeel te hanteer. In die aanpassingsfase, wat "aanvaarding van die situasie" (stadium 2) en "om weer te leer leef" (stadium 3) insluit, word die pasiënt gekonfronteer met sy eie sterflikheid, moet hy sin maak van dit wat met hom gebeur het, sy beperkings aanvaar en vir homself 'n nuwe toekoms visualiseer.

Die betekenis wat die pasiënt aan sy siekte heg ten opsigte van die aard, oorsaak en beheerbaarheid daarvan speel 'n baie belangrike rol in dié fase en beïnvloed 'n groot mate die pasiënt se keuse van aanpassingstrategieë. Die pasiënt wat 'n positiewe en optimistiese houding ten opsigte van sy herstel openbaar, aanvaar sy situasie en kan die volgende stadium, "om weer te leer leef", betree. Die pasiënt met 'n pessimistiese ingesteldheid neem egter 'n "wag en sien"-houding in. Hierdie gebrekkige aanvaarding van die situasie dwing hom terug na stadium 2, "aanvaarding van die situasie", ten einde na meer effektiewe hanteringstrategieë te soek.

Die pasiënt se beleving van wie en wat hy is (sy sin van die self), is belangrik en speel ook 'n rol in sy te poging om te leer om weer te leef. Hy bereik eersgenoemde deur rolverandering te maak, asook deur die balansering van sy eie behoeftes met die ondersteuning wat hy van ander ontvang. In hierdie stadium verminder die pasiënt die gevoel van onsekerheid wat hy beleef deur kennis in te win oor sy gesondheid, versigtig te wees in sy optrede en by ander na versekering te soek. Die vasstel van riglyne waarvolgens hy kan leef, verskaf ook 'n gevoel van beheer by die pasiënt en hy bereik laasgenoemde deur beperkings te stel, somatiesse boodskappe te "lees" en sy lewenstyl te verander.

Namate die pasiënt sy gevoel van beheer terugkry, betree hy geleidelik die finale fase en "leef hy weer" (stadium 4). Die aanvaarding van sy perke stel hom in staat om weer op ander aspekte van sy lewe te fokus. Die finale respons, wat daarop dui dat die finale stadium in die aanpassingsproses bereik is, is die gevoel van bemeestering wat die pasiënt beleef. Vir sommige pasiënte is dit egter nie moontlik om aan te pas na 'n MI nie. Volgens Johnson en Morse (1990) word die pasiënt vasgevang in 'n ewigdurende kringloop van pogings om dit wat met hom gebeur het te aanvaar en om te leer om weer te leef (stadium 2 en 3). In 'n poging om 'n mate van beheer te verkry, vind pasiënte dit soms noodsaaklik om "uit die stryd te tree" (stadium 4).

Die bespreking van die model tot dusver fokus op die pasiënt se spontane pogings om sy siekte te hanteer en daarby aan te pas. Taylor (1991) is egter van mening dat dit nie altyd vir pasiënte moontlik is om op 'n spontane wyse weer 'n gevoel van beheer in hulle lewens te vestig nie en dat intervensie dikwels noodsaaklik is. Johnson en Morse (1990) se model erken egter glad nie die belangrikheid van intervensie en rehabilitasie in die aanpassingsproses nie. Taylor (1991) se model lewer 'n belangrike bydrae tot die ontwikkeling van 'n geïntegreerde beskouing in die fokus wat sy plaas op intervensie en rehabilitasie in gevalle waar spontane aanpassing nie meer moontlik is nie. Vir die navorser lê groot kritiek teenoor die model van Johnson en Morse (1990) in die feit dat die moontlikheid van intervensie glad nie gestel word nie en dat die finale fase van aanpassing slegs as positief of negatief beoordeel word. Johnson en Morse (1990) antisipeer nie die moontlikheid dat goed aangepaste pasiënte, as gevolg van omstandighede, weer mag terugval na 'n vorige stadium nie. Ook nie dat die pasiënt wat

uit die stryd uit getree het, deur intervensie weer teruggeplaas kan word in die aanpassingsproses en weer kan leer om te leef nie.

Verder skenk Johnson en Morse (1990) ook min aandag aan die belangrikheid van sosiale interaksie en die invloed daarvan op die aanpassing van die pasiënt. Beide die modelle van Moos (1977) en Taylor (1991) vul Johnson en Morse (1990) se model in dië verband aan. Nie net fokus Moos (1977) en Taylor (1991) op die belangrikheid van gesonde interaksie vir die pasiënt se aanpassing nie, maar dek dië modelle ook die interpersoonlike probleme wat mag ontstaan as gevolg van die siektetoestand. Die handhawing van gesonde interpersoonlike verhoudings presenteer dus as 'n belangrike aanpassingstaak waarmee die pasiënt gekonfronteer word. Moos (1977) en Taylor (1991) vul Johnson en Morse (1990) se model ook verder aan deur die fokus wat hulle plaas op die emosioneel/sielkundige aanpassings wat die pasiënt moet maak. Volgens Taylor (1991) is dit belangrik dat die pasiënt sy siekte sielkundig in sy lewe moet integreer ten einde suksesvol daarby aan te pas.

Samevattend blyk dit dus dat (a) faktore soos geslag, sosio-ekonomiese status, tydswaai van die siekte en persoonlikheid 'n invloed het op die aanpassing van die individu by 'n kroniese fisiese siekte soos MI. Moos (1977) lewer veral 'n belangrike bydra tot die ontwikkeling van 'n geïntegreerde beskouing in sy beklemtoning van dié individuele verskille. Verder blyk dit ook dat (b) aanpassing 'n sterk kognitiewe proses is en dat die pasiënt se kognisies omtrent sy siekte 'n belangrike rol speel by die definiëring van aanpassingstake asook by die pasiënt se keuse van hanteringstrategieë. Die pasiënt se belewing van die aanpassingsproses, asook die sukses wat hy in die opsig behaal, word deur bogenoemde beïnvloed. Dit is ook duidelik dat (c) die proses van aanpassing nie 'n lineêre verloop met 'n permanente positiewe of negatiewe uitkoms het nie, maar dat dit eerder sirkulêr van aard is. Verder blyk dit ook dat (d) intervensie en rehabilitasie belangrik is in gevalle waar spontane aanpassing nie moontlik is nie. Taylor (1991) lewer 'n belangrike bydrae deur die fokus wat sy plaas op intervensie en rehabilitasie.

Uit die voorafgaande bespreking blyk dit duidelik dat die aanpassing by 'n kroniese siekte 'n komplekse proses is waarby talle faktore 'n rol speel en wat die pasiënt se uiteindelijke aanpassing by sy siektetoestand beïnvloed. Geïntegreerd beskou, blyk dit dat die volgende faktore van belang is: (a) Demografiese faktore, (b) sosiale faktore, (c) fisiese

faktore, (d) sielkundige faktore, (e) geestelike faktore (f) persoonlikheidsfaktore en (g) kognitiewe faktore. Genoemde faktore sal vervolgens bespreek word.

3.6 Faktore wat die pasiënt se aanpassing by 'n MI beïnvloed

3.6.1 Demografiese faktore

Soos reeds genoem, is daar verskeie demografiese faktore wat die pasiënt se beleving van sy MI beïnvloed, en 'n rol speel in die pasiënt se aanpassing daarna. Alhoewel nie Taylor (1991) of Johnson en Morse (1990) veel aandag skenk aan die belangrikheid van demografiese faktore in die aanpassing van die pasiënt nie, lewer Moos (1977) 'n belangrike bydrae in die verband. Soos vroeër vermeld, is Moos (1977) van mening dat hierdie faktore 'n invloed mag hê op sowel die betekenis wat die individu aan sy siektetoestand heg as op die hulpbronne wat hy beskikbaar het vir sy hantering van die krisis. Vervolgens sal daar aandag geskenk word aan die volgende faktore: (a) Ouderdom, (b) geslag, (c) sosio-ekonomiese status, en (d) die tydsfase van die siekte in die lewensfase van die pasiënt.

3.6.1.1 Ouderdom

Ouderdom presenteer as 'n belangrike faktor in die pasiënt se aanpassing na sy MI (Bishop, 1994). Volgens Bishop (1994) blyk dit dat sielkundige probleme soos depressie meer algemeen voorkom by jonger as ouer pasiënte. Alhoewel hierdie bevinding nie ten volle begryp word nie, wil dit voorkom asof ouer mense siekte, wat ook MI insluit, meer geredelik verwag en aanvaar en dus minder geskok is oor die voorkoms daarvan. 'n Ander moontlikheid vir die ouer pasiënt se beter hantering van sy siektetoestand, lê in die feit dat hy meer ervare is in die ontwikkeling van effektiewe hanteringsvaardighede. Die ouer persoon moes alreeds verskeie aanpassings maak, en sy aanpassing na MI is dus dikwels minder dramaties as die van 'n jonger persoon.

Volgens Conn, Taylor en Abele (1991), daal veral die ouer pasiënt se beleving van sy lewenskwaliteit na 'n MI. Hierdie bevinding kan gedeeltelik toegeskryf word aan die feit dat die ouer pasiënt ook dikwels aan ander kroniese siektes

soos artritis, ly, wat aanpassing en herstel na 'n MI aansienlik beïnvloed. Taylor (1991) postuleer dat die voorgaande veral betrekking het op die ouer vroulike MI-pasiënt.

3.6.1.2 Geslag

Moos (1977), Taylor (1991) asook Johnson en Morse (1990), fokus op geslagsverskille en die belangrikheid en invloed daarvan op die aanpassing van die pasiënt. Ten spyte van navorsing wat op die teendeel dui, bestaan die wanopvatting steeds dat meer mans as vroue aan KHS sterf. Statistiek verskaf deur die Mediese Navorsingsraad toon dat 22,98% van alle sterftes onder vroue in 1994 toegeskryf kon word aan KHS, vergeleke met 16,39% van alle sterftes onder mans gedurende dieselfde tydperk (Heart Foundation, 2000; Medical Cronicle, Februarie 2001b).

As gevolg van dié wanopvatting, is en word daar minder aandag geskenk aan die kliniese simptome by vroulike MI-pasiënte. Laasgenoemde het daartoe gelei dat minder diagnostiese prosedures uitgevoer en laboratoriumtoetse gedoen is, wat medici sou kon help met die vroeëre diagnoseering en meer doeltreffende beheer van KHS by vrouens (Rankin, 1995). Hierdie situasie word vererger deur die feit dat vrouens dikwels, as gevolg van dié wanopvatting, hulle risiko vir die ontwikkeling van KHS mag onderskat en dus ander siektes soos byvoorbeeld borskanker, as 'n groter bedreiging beskou. Gevolglik doen hulle nie die nodige stappe om hulle te beskerm teen die ontwikkeling en beheer van dié dodelike siekte nie (American Heart Association 2000c).

Vrouens is ook verder geneig om simptome aanduidend van KHS te ignoreer, as gevolg van die wanopvatting dat hulle immuun is hierteen. Teen die tyd wat hulle wel gaan vir behandeling, is die siekte so ver gevorder dat die behandeling daarvan meer gekompliseerd en dikwels ook minder suksesvol is (Mayo Foundation 1993, Augustus). Die feit dat vrouens ongeveer 10 jaar later as mans 'n MI ontwikkel, vanweë die beskerming wat estrogeen hulle bied, verklein hulle kans op die oorlewing van MI verder. Omdat die vroulike pasiënt heelwat ouer

is, veroorsaak dit dat hulle dikwels ook nie so goed reageer op prosedures soos angioplastie en vatomleidingsoperasies nie (Mayo Foundation 1996, Januarie 24).

Nog 'n faktor wat 'n invloed het op die vroulike MI-pasiënt se aanpassing en herstel na die MI is die swakker sosio-ekonomiese posisie waarin die vrou haar dikwels bevind as weduwee. Haar laer inkomste en beperkte toegang tot mediese sorg na die afsterwe van haar egmaat kan 'n groot bron van stres vir die vroulike MI-pasiënt wees.

Baie min is bekend oor die behoeftes van vroulike post-MI-pasiënte. Dit kan waarskynlik toegeskryf word aan die feit dat die meeste studies wat in die verband met herstel na MI gedoen is, betrekking het op mans en intervensies op dië bevindings gebaseer word. Volgens die studie van Rankin (1995), toon vrouens 'n baie groter behoefte aan emosionele ondersteuning na 'n MI as manlike pasiënte. Hierdie behoefte word egter dikwels nie bevredig nie, veral in die geval van pasiënte wat weduwees is en dus, in teenstelling met die meeste manlike pasiënte, nie die ondersteuning, en veral dan emosionele ondersteuning, van 'n egmaat het nie. Taylor (1991) maak in dië verband meer spesifiek melding van die verlaging in kwaliteit van die vroulike pasiënt se lewe wat voortspruit uit 'n daling in inkomste, asook van die gebrek aan ondersteuning wat gepaard gaan met weduweeskap.

Mosca, McGillen en Rubenfire (1998) asook Johnson en Morse (1990) behandel geslagsverskille ten opsigte van lewenstylveranderinge. Johnson en Morse (1990) noem die belangrike kontras wat bestaan tussen die wyse waarop manlike en vroulike MI-pasiënte lewenstylveranderinge maak. Volgens hulle beskou die oorgrote meerderheid manlike pasiënte lewenstylveranderinge as 'n gesamentlike onderneming tussen hulle en hulle egmaats. Die vroulike pasiënt, daarenteen, poog om haar lewenstyl onafhanklik te verander, sonder om die huishouding te veel te ontwrig. Mosca, McGillen en Rubenfire (1998) fokus weer op die aansienlike verskille wat daar tussen die geslagte bestaan rakende die struikelblokke wat hulle na hulle mening kortwiek in hul pogings om hul lewenstyl te verander en dus hulle aanpassing by MI. Volgens hulle was die algemeenste struikelblok in die geval van vrouens 'n gebrek aan selfbeheer om te hou by

voorgeskrewe diëte en oefenprogramme. Mans meen egter dat beperkte tyd en die hoë stresvlakke wat hulle beleef, asook gevoelens van lae eiewaarde, hulle kortwiek in hulle pogings om hulle lewenstyl te verander. KHS-programme wat dié geslagsverskille nie in aanmerking neem nie en slegs fokus op kennis en vaardighede, mag dus beperk wees in die hulp wat hulle aan pasiënte bied om struikelblokke wat suksesvolle verandering verhoed, te bowe te kom.

Johnson en Morse (1990) lewer 'n belangrike bydrae deur hulle vermelding van die belangrikheid van kulturele oortuigings in die stereotipering van geslagte en die invloed daarvan op die aanpassing van die pasiënt. Die kultuuroortuiging dat dit onaanvaarbaar vir moeders is om "siek" te wees, kan tot baie stres by vroulike post-MI-pasiënt lei, en hulle vind dit dikwels uiters moeilik om terug te keer na hulle gesinne sonder om die werkrol voort te sit. Vir manlike MI-pasiënte is die bedreiging wat hulle rol as pasiënt vir hulle broodwinnersrol inhou, weer uiters stresvol.

3.6.1.3 Sosio-ekonomiese status

Navorsing bewys dat 'n daling in sosio-ekonomiese status gepaard gaan met 'n styging in die voorkoms van KHS, asook 'n verswakking in die prognose vir die pasiënt (American Psychological Association, 1997; Centre for Cardiovascular Education 1998, September 2). Volgens Carroll (1992) en Poduri & Grisso (1998) kom sommige gedragsrisiko's, en meer spesifiek dié wat verband hou met 'n ongesonde dieet en die rookgewoonte, meer algemeen onder laer sosio-ekonomiese groepe voor, wat onteenseglik bydra tot die swakker prognose van die MI-pasiënt. Carroll (1992) is verder van mening dat dit foutief is om die aanname te maak dat 'n persoon se dieet en rookgewoontes slegs die resultaat is van sy persoonlike voorkeure. Volgens hom is daar magtige sosiale druk en dwang hier aanwesig, en ontwikkel mense nie hulle dieet en rookgewoontes in 'n vakuum nie (Carroll, 1992). Swak finansiële omstandighede en beperkte toegang tot vervoer lei tot 'n beperkte keuse van dieet. Sigarette en ander dwelms van vertroosting is beslis meer aantreklik vir dié wat, vanweë hulle swak sosiale en materiële omstandighede, 'n groter behoefte aan vertroosting het. Alhoewel Taylor (1991) en Johnson en Morse (1990), nie aandag skenk aan

sosio-ekonomiese faktore nie, is die navorser van mening dat die pasiënt se sosio-ekonomiese status van groot belang is aangesien dit so 'n beduidende rol speel in die prognose en behandeling van die pasiënt.

3.6.1.4 Tydsfase van siekte in die ontwikkelingsfase van die pasiënt

Die spesifieke tydsfase van die siekte (krisis, kronies of terminaal) in die ontwikkelingsfase van die pasiënt is ook van besondere belang in die pasiënt se aanpassing na sy MI. Indien MI in die sentrifugale periode van 'n gesin plaasvind ('n periode van laer gesinskohesie) kan dit die doelstellings van die pasiënt sowel as die individuele gesinslede beïnvloed. Die egpaar in hierdie fase sien uit na 'n nuwe lewe waar hulle eie belangstellings en langtermyn doelstellings bereik kan word, sonder die afhanklikheid van en verantwoordelikheid vir die kinders. Die egpaar word dikwels nou, as gevolg van die MI, teruggedwing in 'n sentripetale fase ('n periode van hoër gesinskohesie) wat tot teleurstelling, frustrasie en onderliggende woede by die egpaar kan lei.

Waar MI gedurende laat volwassenheid voorkom, word dit as deel van die aanpassingstake binne 'n volgende lewensfase beskou, aangesien die hantering van kroniese siektes en dood as normale verwagte take beskou word. Waar 'n MI egter vroeër manifesteer, in die twintiger- of vroeë dertigerjare, moet baie groter aanpassings gemaak word wat eintlik by 'n latere fase hoort (Rolland, 1987).

Erikson (1982, soos aangehaal deur Meyer, Moore & Viljoen 1988) bied met sy ontwikkelingsteorie 'n raamwerk waarbinne bogenoemde begryp kan word. Hy onderskei in die ontwikkeling van die individu tussen agt ontwikkelingsstadiums wat gekenmerk word deur 'n sogenaamde ontwikkelingskrisis. 'n Ontwikkelingskrisis ontstaan wanneer die ontwikkelende individu in 'n situasie verkeer waar hy tussen twee teenoorgestelde ontwikkelingsmoontlikhede moet kies. Die ideale oplossing van elke ontwikkelingskrisis is dan ook telkens geleë in die vind van 'n gesonde balans tussen die twee moontlikhede. Volgens Erikson (1982, soos aangehaal deur Meyer et. al., 1988) tree daar uit die oplossing van elke ontwikkelingskrisis 'n ego-kwaliteit (psigososiale sterkte of

ontwikkelingswins) na vore, wat gesamentlik beskou kan word as die positiewe persoonlikheidseienskappe wat die mens as spesie kan ontwikkel.

STADIUM									EGO-KWALITEITE
Bejaardheid								Integriteit vs. Wanhoop	Wysheid
Volwassenheid							Generatiewe vs Stagnasie		Sorgsaamheid
Vroeë volwassenheid	Vertroue vs Wantroue mbt die egmaat	Outonomie teenoor maat handhaaf	Nuwe rolle in gesin bemeester	Nuwe take aanleer, in gesin en beroep	Herformulering van identiteit as getroude persoon	Intimiteit vs Isolasië	Beplanning van gesin; begin beroepsloopbaan	Uitwerk van gemeenskaplike lewensfilosofieë en waardes	Liefde
Adolessensie					Identiteit vs Verwarring				Betroubaarheid
Skooljare				Arbeidsaamheid vs Minderwaardigheid					Bekwaamheid
Speelstadium			Inisiatief vs Skuld						Doelgerigtheid
Vroeë kinderjare		Outonomie vs Twyfel							Wilskrag
Babastadium	Vertroue vs Wantroue								Hoop

Tabel 3.1 'n Epigenetiese kaart volgens Erikson

Die diagonaal van links onder na regs bo dui op die ontwikkeling deur die lewensloop aan, met die name van die agt stadia. Die stadium van vroeë volwassenheid word in meer besonderhede verduidelik; die krisis van die ander stadia word weer deurgewerk, hoewel intimiteit teenoor isolasie op die voorgrond staan (Meyer, Moore & Viljoen, 1988, p. 162).

Volgens Erikson (1982, soos aangehaal deur Meyer et. al., 1988) moet elke ontwikkelingskrisis tydens elke stadium opnuut deurgewerk word in die lig van die individu se totale ontwikkeling in daardie stadium. Hierdie totaliteiskarakter van ontwikkeling bring eerstens mee dat die onsuksesvolle hantering van een krisis die hantering van die volgende krisis moeiliker maak en dat die suksesvolle oplossing van elke ontwikkelingskrisis die hantering van latere krisisse vergemaklik. Tweedens bring dit mee dat die individu die geleentheid kry om krisisse wat in die een of ander stadium nie bevredigend opgelos kon word nie, in 'n latere stadium opnuut en met meer sukses te hanteer. Hierdeur maak Erikson (1982, soos aangehaal deur Meyer et. al., 1988) se teorie voorsiening vir 'n mate van spontane herstel.

As MI in die stadiums van vroeë volwassenheid of volwassenheid manifesteer, word die pasiënt binne ure in die laaste ontwikkelingstadium van sy lewe ingedwing. Hy word nou gekonfronteer met krisisse (integriteit vs wanhoop) in 'n lewenstadium (bejaardheid) waarvoor hy nie gereed is nie. Die pasiënt word nou gedwing om na te dink oor 'n lewe wat hy waarskynlik voel hy nog nie eens ten volle geleef het nie. Hy word ook nou gekonfronteer met sy eie sterflikheid. Indien die pasiënt daarin slaag om met sukses deur al die vorige ontwikkelingskrisisse te werk, voel hy dat hy "ryker en wyser" is. Slaag hy nie daarin nie, ervaar hy volgens Erikson (1982, soos aangehaal deur Meyer et. al., 1988) gevoelens van vertwyfeling wat gekenmerk word deur 'n vrees vir die dood en wanhoop. Belangrik om te onthou is dat die egmaat haar nog in die vorige ontwikkelingsfase bevind - 'n situasie wat potensieel problematies kan wees, vanweë die gebrek aan meelewing en begrip wat tussen die egpaar mag bestaan. Daar word in hoofstuk 4 verder na hierdie aspek verwys.

3.6.2 Sosiale faktore

3.6.2.1 Sosiale interaksie

Die ontwikkeling van 'n kroniese siekte kan dikwels tot probleme met sosiale interaksie lei. Na diagnose mag baie pasiënte dit moeilik vind om normale sosiale verhoudings te hervat, aangesien 'n ernstige siekte 'n struikelblok in kommunikasie en interaksie kan wees. 'n Siektetoestand is geneig om meer stormagtig en die hersteltydperk stadiger te wees as dit plaasvind in die konteks van ernstige interpersoonlike konflik of onlangse verlies (Moos, 1977; Taylor, 1991).

In sy interpersoonlike kontak met ander blyk nie net die pasiënt se beleving en reaksie op sy MI van belang te wees nie, maar ook die reaksies van ander belangrike persone (egmaat, kinders, vriende, kollegas) wat sy lewe met hom deel. Vriende en familie vind dit dikwels ook moeilik om by die pasiënt se veranderde toestand aan te pas en mag soms op 'n ambivalente wyse teenoor die pasiënt optree (Taylor, 1991). Alhoewel daar 'n sterk behoefte by hulle bestaan om die pasiënt te beskerm en te ondersteun, wek 'n kroniese siekte dikwels ook vrees en aversie. Dit mag daartoe aanleiding gee dat kommunikasie oor die siekte vermy word, die impak van die siektetoestand geminimaliseer word, of dat daar op geforseerd opgewekte wyse teenoor die pasiënt opgetree word. Laasgenoemde lei dikwels tot òf woede òf oormatige hulpeloosheid en afhanklikheid by die pasiënt wat gepaard gaan met gevoelens van minderwaardigheid en ontoereikendheid. Onder diè omstandighede mag effektiewe ondersteuning vir die pasiënt verminder (Croog & Fritzgerald, 1978; Skelton & Dominion 1973; Taylor, 1991; Theobald, 1997).

Taylor (1991) postuleer ook verder dat pasiënte mag kla oor sommige familie en vriende se bejammering en ander se verwerping, maar dikwels, bewustelik en/of onbewustelik juis op 'n wyse optree wat diè tipe gedrag van ander ontlok.

Taylor (1991) se mening, dat die deurwerk van probleme met familie dikwels die grondslag lê vir hervestiging van sosiale kontak, lewer 'n belangrike bydrae. Deur

effektiewe wyses aan te leer om familie en vriende te hanteer, leer die pasiënt ook vaardighede aan om ander in 'n verskeidenheid van sosiale situasies te hanteer.

3.6.2.2 Sosiale ondersteuning

Die verskaffing van inligting en raad, materiële ondersteuning, emosionele ondersteuning en kameraadskap, is belangrike vorms van ondersteuning vir die MI-pasiënt. Die belangrikste vorm van sosiale steun wat aan 'n pasiënt verleen kan word, om sy sielkundige welsyn te bevorder, blyk egter die versterking van sy gevoel van eiewaarde te wees. Volgens King, Reis, Porter en Norsen (1993) word dit bereik deur die pasiënt in sy interaksie met ander te laat voel dat hy as mens gerespekteer en steeds deur ander waardeer word. Johnson en Morse (1990) sluit hierby aan en postuleer dat die pasiënt self ook poog om 'n gevoel van eiewaarde te behou deur sy behoeftes met beskikbare ondersteuningsbronne te balanseer. Waar die pasiënt so 'n balans kan bereik, kan die "hulpverlener-ontvanger"-verhouding gemaklik verloop, sonder 'n beleefde verpligting teenoor enigeen van die partye. Behoeftes word dus nie as onafhanklik van ondersteuning beskou nie; dit is eerder 'n geval van die wedersydse uitruiling van ondersteuning.

Larsson en Frindlund (1991) is van mening dat die stres wat deur die MI-pasiënt beleef word in sy poging om by 'n nuwe lewenstyl aan te pas langdurig van aard is, en die pasiënt 'n voortdurende subjektiewe behoefte aan die sosiale ondersteuning van ander toon. 'n Beleefde gebrek aan ondersteuning lei tot 'n afname in die pasiënt se hanteringsvermoëns en 'n gebrekkige aanpassing by sy nuwe lewenstyl. Larsson en Frindlund (1991) baseer dié mening op 'n studie waarin hulle bevind het dat die emosionele stres wat pasiënte twee jaar na die MI ondervind, selfs hoër is as 'n jaar na die MI (1ste jaar - 62%; 2de jaar - 80%). Hierdie toename in emosionele stres kan volgens hulle hoofsaaklik toegeskryf word aan die verminderde sosiale ondersteuning wat die pasiënt twee jaar ná die MI ontvang het ('n daling in ondersteuning vanaf 81% tot 36%). Volgens Johnson en Morse (1990) beskou sommige pasiënte hulleself as geïsoleerd en verwerp, indien hulle beleef dat hulle nie genoeg ondersteuning

ontvang om in hulle behoeftes te voorsien nie. Aan die ander kant lei die konstante ondersteuning wat ontvang word, dikwels tot gevoelens van ontoereikendheid en skuld teenoor ander by die pasiënt.

3.6.2.3 Huweliksverhouding

Om die situasie verder te kompliseer, beleef die egmaat dikwels gevoelens van ambivalensie. Aan die een kant gaan sy gebuk onder gevoelens van skuld oor haar aandeel in die pasiënt se siektetoestand (Fullard, 1990; Gordon & Gibbons, 1991; Versluis, 1986), maar aan die ander kant koester sy gevoelens van blaam en woede teenoor die pasiënt oor finansiële en ander probleme wat die siektetoestand meebring. Hierdie ambivalente gevoelens weerspieël dikwels onderliggende probleme wat reeds voor die MI in die verhouding aanwesig was. Sulke onderliggende probleme kan dan tot huwelikskonflik, verwydering tussen die egpaar en selfs egskeiding lei (Degré-Coustry & Grevisse, 1982; Gordon & Gibbons, 1991; Nieboer, Schultz, Matthews, Scheier, Ormel & Lindenberg, 1998).

Die siektetoestand skep dikwels ook verdere probleme in dié sin dat die pasiënt meer afhanklik van die egmaat is en daar meer en groter verantwoordelikhede op die egmaat geplaas word. Laasgenoemde lei tot verhoogde stres by die egmaat. Sy mag daarom minder effektief wees in die verlening van ondersteuning as gevolg van haar eie behoefte aan ondersteuning. Veral as haar bronne reeds tot die maksimum benut word, maak dit die onderneming en akkommodering van nuwe take baie moeilik (Taylor, 1991).

Melding word dikwels in die literatuur gemaak van probleme in die seksuele verhouding (American Heart Association, 2000d; Degré-Coustry & Grevisse, 1982; Fullard, 1990; Gordon & Gibbons, 1991; Hackett, 1978; Taylor, 1991). In sommige gevalle stel die siektetoestand self tydelike beperkings op seksuele aktiwiteit. Dikwels kan hierdie afname in seksuele aktiwiteit egter teruggevoer word na 'n sielkundige oorsprong (soos die verlies aan seksuele begeerte, die vrees dat die siektetoestand mag versleg, 'n verswakte selfbeeld of impotensie) (American Heart Association, 2000d; Taylor, 1991). In hoofstuk vier sal daar

breedvoerig aandag geskenk word aan die impak van 'n MI op die huweliksverhouding.

3.6.2.4 Beroepsaspekte

'n Aspek van die pasiënt se lewe wat ook dikwels deur 'n MI geraak word is sy beroepsaktiwiteite en werkstatus. Alhoewel navorsing daarop dui dat ongeveer 85% van alle MI-pasiënte kan terugkeer na hulle vorige beroepe sonder veel verandering in verantwoordelikhede, blyk dit dat slegs een derde van hierdie groep weer optimaal funksioneer. Verskeie faktore blyk 'n bydrae te lewer tot die MI-pasiënt se swak beroepsfunksionering. Bekommernisse wat dikwels op wanopvattinge berus, asook die pasiënt se eie persepsie van die erns van sy siekte, beïnvloed dikwels sy funksionering en sy besluit om terug te keer na sy beroep al dan nie (Shanfield, 1990; Smith, 1992). Volgens Shanfield (1990) hou die pasiënt se werksvermoë nou verband met sy interpretasie van en houding teenoor die fisiese implikasies van sy siekte.

Emosionaliteit in die vorm van veral angs en bedruktheid, slapeloosheid, 'n verlaagde gevoel van eiewaarde en selfopgelegde fisiese en sosiale beperkings, is kenmerkend van pasiënte wat die hervatting van werk uitstel (Bernard & Krupat, 1993; Shanfield, 1990). Sulke pasiënte is geneig om enige fisiese simptome as rede aan te voer om nie te werk nie, of om dit as 'n belemmerende faktor by 'n beroepskeuse voor te hou.

Daar word egter van sommige MI-pasiënte verwag om hulle beroepsaktiwiteite in te kort om veranderinge te maak in terme van hul beroepsaktiwiteite, wat soms heropleiding noodsaak. Volgens Taylor (1991) moet die beroepsprobleme waarmee die pasiënt gekonfronteer kan word, reeds vroeg in die herstelproses geïdentifiseer word. Daar kan dan vroegtydig begin word met beroepsvoorligting en heropleidingsprogramme (Taylor, 1991).

Die finansiële impak wat 'n kroniese siekte op die pasiënt en die gesin het is nog 'n aspek wat verband hou met die beroepsprobleme wat deur 'n kroniese siekte veroorsaak word (Taylor, 1991).

3.6.2.5 Rolaanpassing

Veranderings in rolle kom noodwendig voor na MI, wat voortspruit uit die aard van die siektetoestand (Carter, 1984; Degré-Coustry & Grevisse, 1982, Fullard, 1990; Rombouts & Kraaimaat, 1984; Shanfield, 1990; Sikorski, 1985). Johnson en Morse (1990) is van mening dat die pasiënt deurlopend tydens die proses van aanpassing gekonfronteer word met rolveranderings.

Dit is egter nie net die egmaat en die gesin wat moet aanpas in hulle nuwe rolle nie, maar ook die pasiënt, wie se rol binne sy gesinsverband en in sy verhouding met sy egmaat deur die MI verander is. Baie van die pasiënt se eiewaarde hou verband met dit wat hulle gedoen het as moeders, vaders, egmaats, werkers, mans en vrouens. Nou ervaar hulle dat die nuwe beperkings op sekere take die waarde van hulle bestaan verminder (Johnson & Morse, 1990).

3.6.2.6 Lewenstylveranderings

Vir suksesvolle aanpassing na 'n MI is dit belangrik dat die pasiënt moet beseft dat veranderings in terme van sy lewenstyl nodig is. Verandering in lewenstyl na 'n MI lei egter dikwels tot 'n verhoging in stres by die pasiënt (Fullard, 1990). Volgens Hackett (1978) hou die pasiënt se vermoë om 'n nuwe liggaamsbeeld te vorm, verband met sy aanvaarding al dan nie van die lewenstylveranderings wat hy moet maak. Deur nie erkenning te gee aan aanpassings in lewenstyl nie, hoef die pasiënt ook nie erkenning te gee aan sy veranderde liggaamlike self nie.

Die vasstel van nuwe riglyne waarvolgens geleef moet word, is egter kompleks en behels onder andere: Ernstige oorweging aangaande lewenstylveranderings; pogings om die lewenstylveranderings te implementeer en te evalueer; en, indien die resultaat positief is, die toepassing van sulke veranderings in die daaglikse lewe. Besluite aangaande lewenstylveranderings word sterk beïnvloed deur die wyse waarop die pasiënt sin maak van sy MI (Johnson & Morse, 1990).

3.6.3 Eksistensiële en metafisiese dimensies

Eksistensiële vrees vir doodgaan, om nie meer te wees nie, kom normaalweg by alle mense voor, maar is gewoonlik nie deel van die bewuste leefwêreld nie. Konfrontasie met die dood, deur siekte van die self of 'n ander belangrike persoon, bring die besef dat die lewe wel permanent beëindig kan word, na die bewuste leefwêreld, en dan word hierdie eksistensiële bedreiging van die dood realiteit (Stedeford, 1984 soos aangehaal deur Versluis, 1986). Die aanvanklike ang wat die pasiënt na sy MI beleef, spruit voort uit hierdie realiteit wanneer hy met sy eie mortaliteit gekonfronteer word (Gordon & Gibbons, 1991; Woods & Ironson, 1999).

Alhoewel die meeste pasiënte 'n gevoel van dankbaarheid ervaar dat hulle die MI oorleef het, blyk dit dat kroniese siektes tot positiewe sowel as negatiewe uitkomst kan bydra. Volgens sommige pasiënte het hulle meer waardering vir elke dag, asook met 'n toename in lewensgenot en 'n verhoogde waardering vir familie, stokperdjies en gesondheid. Ander pasiënte, daarenteen, beleef gevoelens van bitterheid en opstand oor dit wat met hulle gebeur het en die veranderde lewenswyse waarby hulle nou moet aanpas (American Psychological Association, 1996; Croog & Levine, 1977; Taylor, 1991). Brink (1982) is egter van mening dat hierdie gebeure juis 'n geleentheid vir groei skep in dië sin dat die kosbaarheid van die lewe en die verantwoordelikheid ten opsigte daarvan, weer eens beklemtoon word.

Taylor (1991) postuleer dat, wanneer 'n pasiënt so 'n ongunstige gebeurtenis soos 'n kroniese siekte beleef, hy aktief daarna streef om die negatiewe impak daarvan te minimaliseer deur betekenis te soek in die gebeurtenis, of glo dat hy (die self) 'n beter mens is omdat hy die gebeurtenis kon deurstaan het. Moos (1977) sluit by Taylor (1991) in dië verband aan en is van mening dat die pasiënt die onsekerheid, kwesbaarheid en gebrek aan beheer wat hy beleef, makliker kan hanteer, indien hy 'n doel of betekenis in die gebeurtenis kan vind.

Volgens Dreyer (1992) is die religieuse MI-pasiënt geneig om nou die sin van sy lewe te meet in terme van sy verhouding met God en sy gesin. Oorlewing bring die pasiënt dikwels tot ander waardes en insigte en daar kan 'n verskuiwing in belangrikheid plaasvind vanaf sy beroep (ekstern) na die gesin en geloof (intern).

3.6.4 Persoonlikheidsfaktore

Alhoewel nie Moos (1977), Taylor (1991) of Johnson en Morse (1990) veel aandag skenk aan persoonlikheidstyl as faktor by aanpassing nie, is die navorser van mening dat die pasiënt se persoonlikheidstyl 'n belangrike rol speel in die pasiënt se aanpassing na 'n MI. Navorsing bewys dat veral pasiënte wat tipe A-gedrag openbaar dit moeilik vind om aan te pas na 'n MI. Sommige navorsers is selfs die mening toegedaan dat 'n verandering in persoonlikheidstyl byna onmoontlik is, selfs na 'n MI (Friedman & Rosenman, 1977; Suinn, 1978, soos aangehaal uit Millon et al., 1982). Tipe A-gedrag word as so uiters belonend beskou dat selfs dreigende lewensverlies die persoon nie kan motiveer tot verandering nie.

Suinn (1978, soos aangehaal deur Millon et al., 1982) is van mening dat tipe A-individue glo dat tipe A-gedrag die enigste wyse is waarop hulle produktiwiteit kan handhaaf en beheer oor die onsekere wêreld kan behou. Alhoewel daar minder stresvolle wyses van handhawing is, toon tipe A-persone 'n weerstand teen enige poging om nuwe wyses van handhawing wat nog nie met beloning geassosieer kan word nie, op die proef te stel.

Navorsingsbewyse dui daarop dat die emosionele stres, angs en depressie wat deur sommige KHS-pasiënte beleef word, grootliks die funksie van persoonlikheidseienskappe is en dat daar geen verwantskap tussen dit wat 'n pasiënt beleef en die erns van sy MI bestaan nie (Denollet et al., 1995; Fullard, 1990; Lespérance, 1996). Volgens Denollet et al. (1995) lê die antwoord hiervoor waarskynlik in die persoonlikheidstyl van die pasiënt. Pasiënte wat 'n angstige persoonlikheidstyl het, is geneig om angstig te wees ongeag die erns van die siekte.

Denollet et al. (1995) postuleer verder dat die angstige-persoonlikheidstyl veral geassosieer kan word met swakker aanpassing en 'n hoër sterftesyfer na 'n MI as ander persoonlikheidstipes. Die feit dat sulke persone tegelyketyd stres beleef en die uitdrukking van emosies onderdruk, het 'n ongunstige invloed op hulle prognose. Denollet et al. (1995) bevind in hulle navorsing dat persone met dié persoonlikheidstyl meer geneig is tot gevoelens van depressie, sosiale vervreemding en somatisering, wat die pasiënt se aanpassing na sy MI aansienlik kan kompliseer.

3.6.5 Kognitiewe styl

Moos (1977), Taylor (1991) en Johnson en Morse (1990) is van mening dat die kognisies wat die pasiënt huldig ten opsigte van die aard, oorsaak en beheerbaarheid van sy siekte, 'n groot invloed het op sy aanpassing by sy siektetoestand. Volgens Taylor (1991) is dit duidelik dat sommige kognisies wat die pasiënt ten opsigte van sy siektetoestand huldig, tot beter gesondheidsgedrag, 'n groter gewilligheid om te voldoen aan die eise wat die siekte stel en 'n beter kwaliteit van lewe lei. Dit is egter ook duidelik volgens Taylor (1991), dat ander kognisies oor die aard, oorsaak en beheerbaarheid van die siektetoestand tot wanaanpassing mag lei.

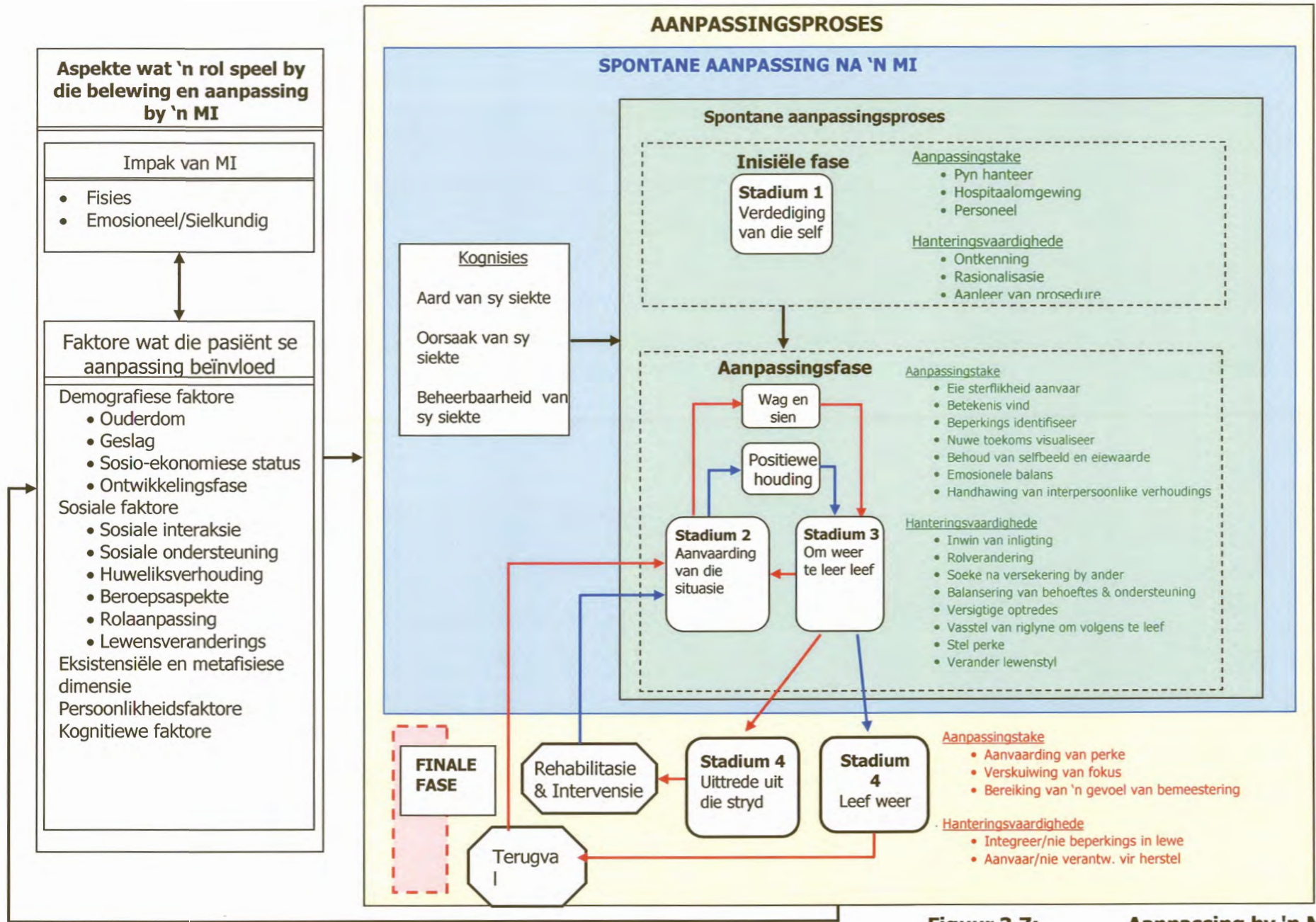
Volgens Johnson en Morse (1990) asook Helgeson & Fritz (1999), is die aanpassing by 'n MI 'n kognitiewe proses wat gerig is op die verkryging van 'n gevoel van beheer. Volgens hulle kan dit slegs bereik word indien die pasiënt sy vermoë herwin om die resultaat van 'n aksie te voorspel, ingeligte besluite te neem en op sulke besluite te reageer. Eers dán kan die aanpassingsproses as afgehandel beskou word.

3.7 Samevatting

Uit die literatuur, soos in hierdie hoofstuk uiteengesit en bespreek, is daar 'n deeglike bewuswording by die leser geskep dat 'n MI nie net bloot 'n fisiologiese versteuring is nie, maar dat die aanpassing daarby 'n komplekse proses is wat beïnvloed word deur verskeie faktore. Skematies kan dit soos volg voorgestel word (vgl. figuur 3.7):

Uit die model blyk dit duidelik dat 'n MI nie net al die dimensies van 'n pasiënt se menswees beïnvloed nie, maar dat die pasiënt terselfdertyd gewikkel is in 'n verbete stryd om beheer oor sy lewe te herwin. Sowel die fisiese as emosioneel/sielkundige impak van 'n MI is omvangryk en het 'n groot invloed op die aanpassingsproses. 'n Afname in die MI-pasiënt se fisiese vermoëns lei dikwels tot 'n verandering in sy selfbeeld en 'n verlaging in eiewaarde. Die pasiënt het dan dikwels konstant die versekering nodig dat hy nog as mens iets werd is en wel nog lewe. Om aan te pas by sy veranderde liggaamsbeeld en sosiale rolle is herwaardering van identiteit nou dikwels noodsaaklik. Demografiese, sosiale, eksistensiële en persoonlikheidsfaktore het ook 'n invloed op die fisiese en emosioneel/sielkundige impak van die siekte op die pasiënt. So byvoorbeeld sal die jonger MI-pasiënt die afname in sy fisiese vermoëns as heelwat meer traumaties en ontwrigtend beleef as die ouer MI-pasiënt, en dit kan beslis 'n invloed op sy aanpassing hê.

Dit is egter nie altyd vir 'n pasiënt moontlik om by sy veranderde omstandighede aan te pas nie en dan speel rehabilitasie en intervensie 'n al hoe belangriker rol. Dat die sielkundige as 'n belangrike fasiliteerder kan optree ten einde die pasiënt se kans op suksesvolle herstel te verhoog, blyk duidelik te wees. Die pasiënt se verhouding met sy/haar eggenoot is egter ook 'n baie belangrike fasiliteerder van gesondheid en sielkundige welsyn, en die invloed en waarde van dié bron moet nie onderskat word nie (Theobald, 1997). In die volgende hoofstuk sal daar gefokus word op die MI-pasiënt se verhouding met sy egmaat. Dat daar aanpassings en probleme in die huweliksverhouding aanwesig mag wees, kan waarskynlik reeds deur die leser geantisipeer word, gesien in die lig van die impak wat 'n MI op die pasiënt het.



Figuur 3.7: Aanpassing by 'n MI