

HOOFSTUK 4

DIE HUWELIK EN DIE MIOKARDIALE INFARKSIE PASIËNT

4.1 Inleiding

Uit die literatuur bespreek in hoofstuk 3, is dit duidelik dat 'n MI 'n impak het op (a) die fisies liggaamlike, (b) sielkundig emosionele en (c) interpersoonlike aspekte van die pasiënt. Daar is ook 'n deeglike bewustheid by die leser geskep van die kompleksiteit van die aanpassingsproses na 'n MI, en die pasiënt se belewing daarvan. Verder is aanpassing by 'n siektetoestand gewoonlik nie net 'n individuele aangeleentheid nie, maar wel 'n aaneenlopende proses wat veranderings in die lewens van 'n aantal interafhanklike mense tot gevolg het. Nie net moet die pasiënt nie, maar ook die egmaat en gesin van die pasiënt die onstabiliteit wat die siektetoestand tot gevolg het hanteer, terwyl hulle poog om 'n balans te bereik tussen hulle eie welsyn en die welsyn van ander lede van die gesin. Die belewenis van die gesin, en veral die egmaat, is dikwels in vroeëre navorsing oor aanpassing by 'n MI geïgnoreer, ondanks die belangrike rol in die aanpassingsproses wat die egmaat dikwels speel (Teobald, 1997).

In dié hoofstuk baken die navorser die terrein af en word daar gefokus op die pasiënt se verhouding met sy egmaat. 'n MI se impak op interpersoonlike vlak manifesteer dikwels die duidelikste in die pasiënt se verhouding met die egmaat vanweë die intieme wyse waarop die egpaar saamleef. Die omvang van die druk wat op dié verhouding geplaas word, kan moeilik oorskat word en is 'n aanduiding van die komplekse en moeilike aanpassing wat in die verhouding gemaak moet word. Daar kan dus geen twyfel bestaan dat aanpassing in die huweliksverhouding na 'n MI van die uiterste belang is vir die heropbou van die pasiënt se gevoel van eiewaarde en selfvertroue en die hernuwing van 'n gevoel van beheer (Pistrang, Clare & Baker, 1999).

Soos reeds vroeër gesê, is daar verskeie faktore wat 'n invloed op die egpaar se aanpassing na 'n MI kan hê, byvoorbeeld siekteverwante faktore, beroepsaspekte, die kwaliteit van die egpaar se verhouding asook huweliksaspekte soos seksualiteit, kommunikasie, rolveranderings en konflikhantering. Dit blyk ook uit die literatuur dat die egpaar se sielkundige funksionering voor en ná die MI 'n belangrike rol speel in hulle

hantering van, en aanpassing by, 'n MI. Die egpaar se keuse van hanteringstrategieë word dus ook bespreek. Ter afsluiting van die hoofstuk word die egpaar se aanpassing by 'n kroniese siekte, soos gepostuleer deur Rolland (1994) se gesinsisteem-siektemodel, bespreek en word daar ook verwys na die uitkoms van die aanpassingsproses, wat positief of negatief kan wees. Aspekte wat 'n invloed mag hê op die egpaar se aanpassing na 'n MI, sal vervolgens bespreek word.

4.2 Aspekte wat 'n invloed mag hê op die egpaar se aanpassing na 'n miokardiale infarksie (MI)

4.2.1 Siekteverwante faktore

Die akute ontstaan van 'n MI, die wyse waarop die siektetoestand verloop, die egpaar se verwagting ten opsigte van die uiteinde van die siektetoestand, asook die funksionele belemmering van die pasiënt, speel alles 'n rol in die egpaar se aanpassing na 'n MI. Wat ook verder van belang is, is die tydsfase van die siekte. Soos reeds in hoofstuk 3 genoem word MI gekenmerk as 'n siektetoestand met 'n aanvanklike krisifase wat gevolg word deur 'n kroniese verloop. Elke fase stel sy eie psigososiale eise en ontwikkelingstake waarmee die egpaar gekonfronteer word. Die wyse waarop, en sukses waarmee die egpaar dië eise en take hanteer, het 'n invloed op die geslaagdheid van hulle aanpassing (Taylor, 1991; Moos, 1977; Rolland, 1994). Hierdie aspek sal egter later in die hoofstuk meer omvattend behandel word.

4.2.2 Die kwaliteit van die huweliksverhouding

Uit die literatuur blyk dit dat die impak wat 'n MI op die huweliksverhouding het, grootliks afhang van die kwaliteit van die betrokke huwelik. Volgens verskeie studies (Badger, 1990; Coyne en Smith, 1991; Revenson, 1994; Waltz et al., 1988) bestaan daar 'n hoë korrelasie tussen verbeterde emosionele aanpassing na 'n MI by beide die egmaats, en 'n stabiele intieme huweliksverhouding. Dit blyk dat hoë-intimiteitshuwelike meer steun aan beide egmaats verleen en die egmaats dan slegs die stres wat met die siekte self, gepaard gaan hoef te hanteer.

Volgens Waltz (1986) bied 'n emosioneel intieme huweliksverhouding aan die pasiënt en egmaat 'n veilige omgewing waarbinne beide hulle beskouing omtrent hulself en hulle wêreld geleidelik kan herstruktureer. Hulle kan hulleself heroriënteer en 'n toekoms ontwikkel wat in ooreenstemming is met hulle veranderde leefwêreld. Daarteenoor blyk die sosiale stres en afwesigheid van 'n intieme verbintenis wat met huweliksprobleme gepaard gaan 'n aansienlike impak te hê op die egpaar, veral wat betref die pasiënt se oordeel van sy vermoëns en eiewaarde.

Volgens Speedling (1982) word verhoogde gevoelens van intimiteit gerapporteer in veral die vroeë herstelfase van die pasiënt, selfs by lae-intimiteitshuwelike. Dit spruit moontlik voort uit die noodwendig verhoogde kontak en kommunikasie tussen die egpaar. Die fase word dikwels die wittebroodsfase genoem en is nie altyd 'n goeie aanduiding van latere aanpassingspatrone nie. Teobald (1997) is van mening dat veral in lae-intimiteitshuwelike, waar die egpaar nie so na aanmekaar is nie, die egmaat die moeilik kan vind om die afhanklikheid van die pasiënt te hanteer, wat dan daartoe kan lei dat die egmaat gefrustreerd en ietwat vyandig raak.

4.2.3 Die sielkundige funksionering van die egpaar

Verskeie skrywers gee te kenne dat die skok van 'n onverwagse konfrontasie met die "verlies van gesondheid", sonder voorbereiding vir die nuwe "siekrol", tot 'n reeks sielkundige en gedragsresponse by die pasiënt kan lei wat aanpassing mag beïnvloed. Die premorbiede teenwoordigheid van ang en depressie by beide die egmaats moet egter ook in gedagte gehou word, aangesien dit 'n rol mag speel in die egpaar se sielkundige funksionering en aanpassing na 'n MI.

Soos reeds genoem, beïnvloed veral gevoelens van ang en vrees die emosionele funksionering van die pasiënt na sy MI. Vrees vir die dood, 'n herhaling van die MI, die verlies van werk en onafhanklikheid, asook seksuele ontoereikendheid kom dikwels voor by die pasiënt. Die gevoelens van ang en stres wat die egmaat beleef, sentreer grootliks rondom die moontlike verlies van haar egmaat, asook haar vrees vir 'n veranderde toekoms (Dickerson, 1998; Thompson, Ersser & Webster, 1995). Die egmaat is dikwels geneig om dië vrese en gevoelens vir die pasiënt weg te steek omdat sy nie wil hê hy moet weet hoe sy voel nie. Dit lei dan dikwels tot verwydering tussen die egpaar en

gevoelens van stres, oorlading en skuld by die egmaat (Arefjord, Hallaraker & Havik, 1998).

Ander egmaats poog weer om die gevoelens van onsekerheid, angs, vrees, vyandigheid en depressie wat hulle beleef, te hanteer deur oorbeskermend teenoor die pasiënt op te tree (luister of sy hart nog klop, maak die pasiënt wakker om seker te maak hy leef nog), wat sy gevoelens van afhanklikheid en hulpeloosheid mag vererger en/of versterk. Die pasiënt reageer daarop deur òf kwaad te word òf uitermate hulpeloos en afhanklik te raak, met gepaardgaande gevoelens van magteloosheid en 'n daling in eiewaarde (Fiske, Coyne & Smith, 1991).

Fiske, Coyne en Smith (1991) wys daarop dat die oorbeskermende gedrag van die egmaat nie altyd as negatief geëvalueer moet word nie, aangesien oorbeskerming van die pasiënt 'n wyse mag wees waarop die egmaat poog om haar eie gevoelens omtrent die dreigende verlies van haar egmaat te hanteer. Indien die oorbeskerming egter gepaard gaan met 'n gevoel van vyandigheid, lei dit tot 'n gevoel van ontoereikendheid by die pasiënt (Theobald, 1997). (Oorbeskerming as hanteringstrategie word later in die hoofstuk meer breedvoerig bespreek).

Patterson (1989) bevind in haar studie dat die oormatige betrokkenheid van die egmaat by die herstel van die pasiënt 'n situasie mag skep waar sy verantwoordelik voel vir die uitkoms van haar maat se siekte, maar geen beheer het oor sy gedrag nie. Dit lei tot intense stres by die egmaat wat nou 'n groter aandeel het in die verandering van die pasiënt se lewenstyl as hyself. In hierdie patroon van interaksie wat na vore tree voel die egmaat oormatig verantwoordelik vir die pasiënt se gesondheid en is dit 'n manier om haar eie stres te verlig. Die pasiënt komplementeer haar deur minder verantwoordelik te wees en nie beheer te neem van die situasie nie. Hoe minder verantwoordelikheid hy aanvaar, hoe meer probeer sy op haar neem, wat tot aansienlike huwelikskonflik en stres kan lei.

Dat die gevoelens van onsekerheid, angs, depressie en stres wat beide egmaats na die MI beleef, asook die wyse waarop hulle sulke gevoelens hanteer, 'n invloed op hulle verhouding en aanpassing na 'n MI kan hê, is duidelik. Die sterk interaktiewe aard van

die verhouding wat bestaan tussen die pasiënt en egmaat en die effek daarvan binne die konteks van 'n MI, word ook duidelik uitgebeeld.

4.2.4 Aspekte van die huweliksverhouding wat 'n rol mag speel in aanpassing

Ten spyte van egpare se verwagting dat die MI nie 'n invloed op hulle huweliksverhouding sal hê nie, blyk dit dat 'n MI verskeie blywende veranderings in baie aspekte van die huweliksfunksionering teweegbring, wat die egpaar se funksionering beduidend beïnvloed (Arefjord, Hallaraker & Havik, 1998; Shanfield, 1990). Uit die literatuur blyk dit dat aspekte soos seksualiteit, kommunikasie, konflikhantering en rolverandering potensiële probleemgebiede op die egpaar se lang pad na herstel en aanpassing is. As probleme reeds voor die tyd aanwesig was, kan dit nie geïgnoreer word nie. Premorbiede probleme rakende seksualiteit, konflikhantering en kommunikasie sal na die MI deurgedra word in die huweliksverhouding, en kan selfs intensifiseer. Genoemde aspekte sal vervolgens bespreek word.

4.2.4.1 Seksualiteit

Seksuele aktiwiteit maak op enige ouderdom deel uit van 'n gesonde huweliksverhouding en indien dié aspek deterioreer, mag dit 'n normale huwelikslawe na 'n MI aansienlik kompliseer. Uit die literatuur (Parker, 1993; Croog, 1984; Dégre-Coustry & Grevisse, 1982; Bramoweth, 1983) blyk dit dat die meeste egpare veranderings in hulle fisiese verhouding beleef na 'n MI, wat toegeskryf kan word aan verskeie biologiese asook sielkundige oorsake.

Hoewel seksuele problematiek na 'n MI heelwat aandag geniet in die literatuur, blyk egpare in die algemeen nog betreklik oningelig te wees oor die impak wat 'n MI op hulle seksuele verhouding mag hê. Vanweë die misverstande, wanopvattinge en stereotipes oor MI is egpare geneig om onseker, angstig en bang te wees om seksueel te verkeer. In die lig hiervan is dit duidelik dat die relevante inligting onduidelik en ontoereikend is. (American Heart Association, 2000d; Gentry, 1979, Gullede, 1979; Harding & Morefield, 1976; Lynch, 1977; Nolan et al, 1998; Shanfield, 1990).

Angs oor seksuele aktiwiteit by een van die egmaats, ontlok ook dikwels ang by die ander egmaat. Die wanopvatting dat seksuele aktiwiteit tot 'n verdere infarksie kan lei, bestaan dikwels by egmaats en weerhou hulle van seksuele omgang (Mayo Foundation 1996, September 24; Papadopoulos, 1992; Shanfield, 1990). Die egmaat bereik dus as't ware 'n kompromie - die voortgesette stabiliteit van haar maat se toestand in ruil vir die verlies aan seksuele aktiwiteit (Parker, 1993).

Verskeie navorsers (Gentry, 1979; Papadopoulos, 1992) is dit eens dat te min aandag aan die impak van medikasie op seksuele funksionering geskenk word, deurdat dit nie aan die egpaar verduidelik word nie. Min egpare word ingelig oor die nuwe-effekte van die medikasie, wat soms impotensie, asook 'n verlaagde libido, ejakulasie en orgasmiese probleme tot gevolg kan hê. Oningeligte egpare soek dan dikwels na 'n verklaring vir dié verskynsels binne die huweliksverhouding, wat mag lei tot 'n verdere verlaging van die alreeds problematiese selfbeeld van die pasiënt.

Om te kan kommunikeer oor die seksuele sy van die verhouding is baie belangrik by die hantering van probleme wat na 'n MI mag ontstaan (Parker, 1993). By sommige egpare mag daar alreeds voor die MI 'n onvermoë in dié verband bestaan het, maar in baie gevalle word kommunikasie na MI belemmer, wat die toedrag van sake net vererger. In sekere gevalle kan die teendeel egter gebeur. Shanfield (1990) bevind in sy studie dat daar by ongeveer 10% van die egpare 'n toename in seksuele aktiwiteit was na die MI. Volgens hom kan dié verhoging in seksuele aktiwiteit beskou word as 'n "nuwe-produk" van 'n verrykte verhouding as gevolg van die krisis van die siekte.

Die aard van die hulp wat die egmaat aan die pasiënt verleen, mag seksuele verhoudings bemoeilik, aangesien dit in 'n mate die romanse uit so 'n verhouding neem. Volgens Parker (1993) blyk die pasiënt se bekommernis oor dié verlies groter te wees as dié van sy egmaat en ontwikkel hy ook dikwels 'n skuldgevoel teenoor haar. Fisiese intimiteit word egter deur sommige egpare behou deur

liefkosing wanneer geslagsomgang nie meer moontlik is nie. Inligting in verband met alternatiewe metodes vir die behoud van intimiteit binne die huwelikslewe is baie belangrik en word dikwels agterweë gelaat (Parker, 1993).

Volgens Papadopoulos (1992) lei seksuele probleme dikwels tot 'n verswakking van die selfbeeld en 'n verlies aan eiewaarde by die pasiënt. Hierdie gevoelens intensifiseer indien daar ook 'n verlies aan ander rolle, soos die beroepsrol is.

4.2.4.2 Rolveranderings

Die egmaat vind dit dikwels baie moeilik om, terwyl sy die toeskouer by 'n ernstige siekte is, nog steeds haar normale rol te vervul (Degrè-Coustry & Grevisse, 1982). Huishoudelike en ander take wat voorheen deur beide egmaats gedeel is, moet dikwels na die MI deur die egmaat alleen gehanteer word. Gesamentlike besluitneming oor sommige take soos die hantering van geldsake, die koop van kruideniersware en die dissiplinerende van die kinders, verander dikwels na alleenbesluitneming (Sikorski, 1985). Dië situasie lei tot baie stres by die egmaat. Volgens Sikorski (1985) word die stres wat die egmaat beleef, nie soseer deur die rolverandering veroorsaak nie, maar eerder deur die roloerlading wat beleef word. Arefjord et al. (1998) bevind egter in hulle studie dat die egmaat oor die lang termyn min verandering beleef in die verantwoordelikhede met betrekking tot individuele huishoudelike aktiwiteite. Dit impliseer dat die impak wat die MI op die huweliksverhouding het met betrekking tot genoemde aktiwiteite hoofsaaklik tot die vroeë rehabilitasie fase beperk is en nie permanent van aard is nie.

Uit 'n ander perspektief gesien, beskryf Rombouts en Kraaimaat (1984) die pasiënt se belewing van hoe drasties en skielik sy rol binne sy gesin en teenoor sy egmaat verander. Take word sonder sy toestemming van hom weggeneem en weerhou, terwyl hy gedurig verslag moet lewer oor hoe hy voel. Toediening van sy medikasie en ander daaglikse aktiwiteite vind nou dikwels onder die toesig van sy egmaat plaas. Dië optrede van die egmaat laat die pasiënt met die gevoel van nutteloosheid. Die teendeel kan egter ook gebeur as die pasiënt beskuldig word

dat hy die gesin in finansiële moeilikheid gedompel, of in die steek gelaat het, wat weer tot 'n skuldgevoel by die pasiënt lei (Degrè-Coustry & Grevisse, 1985).

Carter (1984) bevind dat waar dit nie moontlik is vir die broodwinner om terug te keer werk toe nie, ander gesinslede gedwing mag word om hulle rolle dienoooreenkomstig te verander. Hoe groter die veranderings en verskuiwings wat die gesin moet maak as gevolg van die MI, hoe groter word die stressituasie in die gesin. Hierdie tipe stressore is nie net ekonomies van aard nie, maar ook interpersoonlik.

Soos reeds genoem, is dit nie net die egpaar wat geraak word deur die verandering in rolle nie, maar ook die res van die gesin. Tydens die akute fase van MI kry jonger kinders aansienlik minder aandag van hulle ouers, terwyl speelaktiwiteite met hulle vader dikwels ophou na sy MI. Die stres wat die moeder beleef en haar betrokkenheid by noodsaaklike aktiwiteite soos hospitaalbesoek en die oorneem van die pasiënt se take, bring ook mee dat minder tyd aan kleiner kinders bestee kan word.

4.2.4.3 Konflikhantering

Na 'n MI mag die pasiënt dikwels die middelpunt word waarom die gesin draai. Sommige pasiënte beheer die gesin dan ook vanuit diè posisie, wat tot 'n gespanne gesinsatmosfeer en konfliktsituasies kan lei (Adsett & Bruhn, 1968). Die egmaat en ander gesinslede is egter so bang dat die pasiënt weer 'n MI sal kry, as hulle hom ontstel, dat hulle potensiële konfliktsituasies vermy, al is dit ook ten koste van hulle eie gevoelens en behoeftes (Arefjord et al., 1998; Shanfield, 1990; Skelton & Dominian, 1973). Arefjord et al. (1998) bevind in hulle studie dat die gebruik van passiewe hanteringstrategieë nie net oor die kort termyn tot huweliksprobleme gedurende die aanpassing by die siektetoestand kan lei nie, maar dat dit nog jare na die krisis voortgesit kan word, wat langtermynproblematiek impliseer.

Volgens Wishne et al. (1971) sentreer huwelikskonflik hoofsaaklik rondom mediese voorskrifte vir die pasiënt, dieet en angstigtheid. Misverstande

aangaande die implikasies van die siekte kom ook dikwels voor. Die hoeveelheid toelaatbare fisiese aktiwiteit en die egpaar se onderskeie sienings daaromtrent kan ook dikwels tot huwelikskonflik lei.

Volgens Speedling (1982) kies die miokardiale egpaar nie bewustelik 'n manier om konflik te hanteer nie, maar hanteer hulle dit eenvoudig op 'n manier wat ooreenstem met hulle reeds gevestigde waardes, kommunikasiepatroon en wyse van interaksie. Hy vind in sy studie van tien gesinne dat miokardiale egpare hoofsaaklik van die volgende drie maniere van konflikhantering gebruik maak:

- (a) In gesinne waar die egpaar individuele outonomie van waarde ag, en huweliksrolle buigsaam en uitruilbaar is, is die mees algemene strategie 'n losmaking of ontkoppeling van die egpaar. Wanneer die egmaat bewus raak daarvan dat haar man vasbeslote is om nuwe take aan te pak, sal sy aanvanklik daarteen skop, maar gou daarvan afsien en hom toelaat om sy eie besluite te neem. Sy sal ook begin om die hoeveelheid tyd wat sy saam met haar man deurbring, te verminder en meer van haar eie vorige belangstellings en aktiwiteite opneem. Hierdie respons help om konflik te minimaliseer, en stem ooreen met die egpaar se vorige lewenstyl. Egpare in diè tipe verhouding is egter geneig om hulle gevoelens van vrees, onsekerheid, en bekommernis van mekaar te weerhou, wat die aanpassingsproses mag kompliseer (Speedling, 1982).
- (b) Ander egpare poog weer om hulle lewens tydelik te herorganiseer. Daar word wedersyds ooreengekom dat die vrou die dominante en beskermende rol gedurende die herstelfase sal vertolk. Hierdie ooreenkoms mag aanvanklik 'n verhoogde gevoel van nabyheid skep, veral by egpare waar daar voor die MI huwelikskonflik aanwesig was. Wanneer die pasiënt egter, met verloop van tyd, sy normale aktiwiteite hervat, mag ernstige huwelikskonflik weer na vore tree (Speedling, 1982).
- (c) Sommige van die egmaats sal hulle mans dwing om beperkings wat gestel word, te aanvaar. Hierdie respons veroorsaak dikwels by die

pasiënt gevoelens van isolasie, woede en depressie. 'n Stryd tot behoud ontstaan by beide die egmaats, waar die vrou se stryd om die beskerming van haar man wentel, en haar man se stryd om die handhawing van sy gevoel van eiewaarde. Hierdie wyse van hantering moet noodwendig tot ernstige konflik lei (Speedling, 1982).

Croog (1984) beklemtoon dat huweliks- en gesinskonflik wat na die MI voorkom, dikwels voor die infarksie al bestaan het en nou slegs vererger en op die voorgrond tree. Dit kan selfs tot 'n egskedding lei.

4.2.4.4 Kommunikasie

Oop en eerlike kommunikasie binne die egpaarverhouding oor gevoelens en vrese is belangrik vir die behoud van die verhouding na 'n MI. Uit die aard van die pasiënt se behandeling in die intensiewesorgeenheid, vind die egpaar dit dikwels moeilik om te kommunikeer. Gebrekkige of beperkte dialoog gedurende hierdie akute traumatiese periode mag by beide egmaats tot 'n gevoel van eensaamheid en isolasie lei (American Psychological Association, 1996a; Kuyper & Webster, 1998; Lynch, 1977).

Die wyse waarop, en met wie in dialoog getree word gedurende die akute fase, blyk die grondslag te lê vir verdere kommunikasie binne die gesin. Indien die pasiënt aanvanklik deur die mediese personeel uitgesluit word van belangrike gesprekvoering oor sy toestand en behandeling, is die boodskap wat die res van die gesin ontvang dat dit die beste so is. Oop en eerlike kommunikasie tussen die gesin, dokter en verpleegpersoneel in terme van inligtingverskaffing en die opklaar van wanopvattinge aangaande die siekte, is van kardinale belang (Rolland, 1994a). Nolan en Nolan (1998) sluit by Rolland (1994a) in dié verband aan en is ook van mening dat die verpleegpersoneel, veral gedurende die akute fase, 'n belangrike rol kan speel in die vermindering van stres op die huweliksverhouding deur kommunikasie tussen die egpaar, en die bespreking van moontlike probleme aan te moedig.

Probleme met die oplos van verskille en die onvermoë van egmaats om uitdrukking te gee aan hulle gevoel of om probleme te deel, vererger binne die huweliksituasie as beide egmaats dit moeilik vind om hulle vrese openlik te deel. Harding en Morefield (1976) is van mening dat gebrekkige kommunikasie en 'n onvermoë om gevoelens te deel, baie algemeen by miokardiale egpare voorkom. Die egmaat sal dikwels 'n positiewe gesindheid en front voorhou, en die bespreking van aangeleenthede wat sy glo haar man mag ontstel, vermy. Diè abnormale optrede kan daartoe lei dat die pasiënt sy gevoel van eiewaarde en beheer verloor. Volgens Singer (1987) mag die MI-pasiënt, uit die aard van sy spesifieke persoonlikheidsstruktuur en samestelling, dit baie moeilik vind om te kommunikeer oor probleme, persoonlike vertwyfeling en onsekerhede. Die egmaat voel dan dikwels dat, haar man nie oop en eerlik is in sy kommunikasie nie en dinge vir homself hou. Diè gebrek aan kommunikasie lei tot die opbou van onderdrukte gevoelens en woede by die egpaar, wat negatief inwerk op rehabilitasie en tot die verbrokkeling van die verhouding kan lei. Volgens Dickerson (1998) mag egmaats dit baie moeilik vind om hulle behoeftes te verbaliseer, veral die behoefte aan ondersteuning, aangesien hulle skuldig voel om in die omstandighede self hulp te soek. Dikwels verhinder dit dan dat die egmaat emosionele ondersteuning vra of ontvang.

Volgens Pistrang et al. (1999) word die miokardiale egpaar se kommunikasie dikwels gekenmerk deur lae vlakke van empatie, asook beperkte eksplorering van gevoelens, en redelik hoë vlakke van onthullings en advies in verband met hulpverlening. Die pasiënt is dikwels so vasgevang in sy eie probleme met sy siektetoestand dat hy min empatie kan toon met die bekommernis van sy egmaat en die gesprek telkemale na sy eie probleme terugvoer. Die egmaat is dikwels weer meer geneig om advies aan die pasiënt te gee as om sy behoeftes aan te spreek. 'n Optrede wat waarskynlik voortspruit uit die egmaat se eie behoefte om haar angs oor die pasiënt se siektetoestand te hanteer. Sulke pogings tot kommunikasie blyk van min hulp en waarde vir beide die pasiënt en die egmaat te wees.

4.2.5 Beroepsaspek

Die pasiënt se vermoë om weer te kan werk, het vele werklike en simboliese betekenis vir beide die egmaats (Croog, 1984). Die implikasies van die pasiënt se onvermoë om terug te keer werk toe, is legio (Harding & Morefield, 1976). Nie net verhoog dit die finansiële druk op die gesin nie, maar rolverandering word soms noodsaaklik. In baie gevalle word die egmaat gedwing om terug te keer tot die arbeidsmark ten einde die finansiële druk op die gesin te verlig. Die verandering in rolle sal daartoe bydra dat die pasiënt homself as nutteloos beleef, wat lei tot 'n verswakking van die selfbeeld en 'n daling in die gevoel van eiewaarde.

Alhoewel ongeveer 85% van alle MI-pasiënte fisies in staat is om terug te keer na hulle vorige beroep, sonder veel verandering in hul verantwoordelikhede, slaag slegs 'n klein persentasie daarin om terug te keer na die arbeidsmark. Volgens Bernard en Krupat (1993) blyk dit dat emosionele faktore soos angs en depressie, eerder as die fisiese toestand van die pasiënt, 'n positief korrelerende voorspelbare maatstaf vir die pasiënt se terugkeer na die werksituasie is.

Die egmaat se reaksie op haar man se terugkeer na sy beroep, of sy poging om terug te keer, verskil aansienlik. Skelton en Dominion (1973) bevind in hulle studie dat 'n egmaat se angsvlak meestal aansienlik daal sodra haar man terugkeer werk toe. Sy beleef hierdie stap as 'n konkrete bewys van beterskap en dat hulle op pad na normalisering is.

Wanneer die egmaat egter van oordeel is dat die werksituasie die oorsaak was van die MI, kan dit tot verskille in sienings en huwelikskonflik lei. 'n Gevoel van magteloosheid oor die situasie ontstaan by die pasiënt, wat aggressie by die egmaat kan ontlok. Hierdie misplaaste aggressie en die feit dat sy min daaraan kan doen, kan tot neerslagtigheid lei of dieperliggende frustrasies blootlê. Die betekenis wat die egpaar dus aan die term "werk" heg, blyk baie belangrik te wees in hul houding teenoor die pasiënt se terugkeer na sy beroep. Alhoewel werk belangrik mag wees in hulle lewens, kan dit ook beskou word as 'n bedreiging vir gesondheid, wat weer die kwaliteit van die werkservaring self verander.

4.2.6 Medikasie

Die daaglikse gebruik van medikasie is 'n belangrike deel van die MI-pasiënt se behandeling en rehabilitasie. Sommige medikasie mag egter 'n negatiewe impak op die pasiënt se kwaliteit van lewe hê as gevolg van die nuwe-effekte daarvan. Hierdie impak manifesteer nie net op seksuele gebied nie, maar het ook 'n uitwerking op die fisiese toestand, emosionele welsyn, en sosiale en kognitiewe funksionering van die pasiënt (Papadopoulos, 1992).

Nog 'n probleem wat geïdentifiseer is, is die verkeerde gebruik, misbruik en die nie-gebruik van medikasie. Dit blyk dat pasiënte met afhanklike trekke in hul persoonlikheid veral geneig is tot die misbruik van medikasie, wat nie net meer druk op die egmaat en hulle huwelik plaas nie, maar ook op die funksionering van die gesin as 'n geheel (Papadopoulos, 1992).

In gevalle waar ontkenning sterk op die voorgrond is, kan pasiënte nie by hulle toestand aanpas nie en blyk hulle meer geneig te wees tot die nie-gebruik van medikasie omdat hulle dit as onnodig beskou. Hierdie ingesteldheid van die pasiënt kan sy egmaat se gevoel van magteloosheid, frustrasie en angste oor dit wat kan gebeur vererger (Gulledge, 1979).

Ten slotte is dit egter belangrik om Croog (1984) se siening, dat 'n MI ook positiewe effekte vir die gesin kan hê, voor te hou:

- Dit kan 'n geleentheid skep vir gesinslede om nader aan mekaar te beweeg en om mekaar beter te leer ken en te verstaan. Sodoende kan dit 'n verrykende ervaring wees.
- Dit kan aanleiding gee tot 'n gesonder lewenstyl en die gesinslede toerus met meer en beter hanteringsvaardighede vir die toekoms.

Uit die voorafgaande bespreking is dit duidelik dat verskeie aspekte van die egpaar se funksionering die aanpassing na 'n MI mag beïnvloed. Alhoewel sommige egpare moontlik reeds voor die MI probleme ervaar het, wil dit voorkom asof die MI

veranderinge in baie aspekte van die huweliksfunksionering teweegbring, wat 'n invloed op die egpaar se funksionering en aanpassing mag hê. Die wyse waarop die egpaar die MI hanteer, speel 'n belangrik rol in hulle aanpassing na die MI. Daar sal vervolgens aandag aan dié aspek gegee word.

4.3 Aanpassing van die egpaar na 'n miokardiale infarksie (MI)

In die egpaar se poging om aan te pas by die nuwe situasie waarin hulle hul bevind, mobiliseer hulle verskeie vaardighede wat vervolgens bespreek sal word.

4.3.1 Hanteringsvaardighede

Volgens Coyne en Smith (1991) is die hantering van die pasiënt se MI 'n aangeleentheid waarby beide egmaats intens betrokke is. Die feit dat die egmaat, selfs 'n jaar na die MI, net soveel stres as die pasiënt beleef, is 'n bewys daarvan dat egpare in eenhede of sisteme funksioneer, en dan ook in interaksie met mekaar op die stressore wat met 'n MI gepaard gaan, reageer. Dit wat vereis word in die hantering van die infarksie, die take en aangeleenthede wat hantering behels, word geformuleer deur dit wat elke egmaat doen en hoe die ander egmaat daarop reageer. In 'n groot mate bepaal nie net die egpaar se persepsie van die gebeurtenis nie, maar ook hierdie wederkerige sirkulêre interaksie tussen die egpaar, hoe die MI gebeur in hulle lewe sal ontvou. Beide pasiënt en egmaat moet hulle eie stres, die veranderinge in hulle lewenstyl en die probleme en ontwirting wat die MI in hulle lewens veroorsaak het, hanteer. Benewens laasgenoemde is 'n belangrike taak van die egpaar die aanvaarding van die teenwoordigheid van die ander egmaat, teenoor wie daar 'n mate van verantwoordelikheid is, wat ook 'n mening het oor wat gedoen behoort te word, en wat 'n invloed op die situasie het (Coyne & Smith, 1991).

Miokardiale egpare presenteer dikwels as uiters interafhanklik in dié sin dat egpare gemotiveer word om op te tree in belang van mekaar se behoeftes. Die hantering van 'n MI kan dus gesien word as bestaande uit drie potensiële kompeterende funksies naamlik die hantering van jou eie stres (emosie-gefokusde hantering), aandag gee aan verskeie instrumentele take (probleem-gefokusde hantering), en die aanvaarding van

mekaar se teenwoordigheid en emosionele behoeftes (verhouding-gefokusde hantering) (Coyne & Smith, 1991).

Alhoewel 'n verskeidenheid strategieë en meganismes waarskynlik nodig is om die egmaat na 'n MI te hanteer, spits Coyne en Smith (1991) hulle toe op verhouding-gefokusde hanteringstrategieë, wat aktiewe betrokkenheid en beskermende buffering insluit. Volgens hulle beteken *aktiewe betrokkenheid* dat die egmaat deelneem aan besprekings, navrae doen oor hoe die egmaat voel en 'n bydrae lewer tot konstruktiewe probleemoplossings. *Beskermende buffering* dek weer die hantering van die uitdrukking van emosies, asook pogings om jou egmaat sover moontlik nie te ontstel nie. Die feit dat hantering 'n verhouding-gefokusde funksie het, dui op 'n potensiële bron van konflik wanneer iemand met 'n probleem gekonfronteer word. In 'n poging om hulle eie angs te hanteer sal egmaats dikwels die pasiënt ontmoedig om noodsaaklike inisiatiewe te neem. Aan die ander kant mag egmaats, ten spyte van hulle behoefte om die pasiënt te beskerm, die pasiënt selfs aanmoedig om betrokke te raak by aktiwiteite ten koste van 'n verhoging in hulle eie stresvlak.

Volgens Coyne en Smith (1991) is die egmaat van die MI-pasiënt geneig om meestal van beskermende buffering as hanteringsmeganisme gebruik te maak, ten spyte van die hoë stresvlakke waartoe dit mag lei, omdat dit die pasiënt 'n sterker gevoel van selfgenoegsaamheid gee. Die egmaat mag laasgenoemde beskou as 'n kompromie tussen die hantering van haar eie stres en die bydrae wat sy lewer tot die pasiënt se herstel. As die pasiënt gebruik maak van beskermende buffering as hanteringstrategie, lei dit egter tot 'n verhoging in die stresvlak van die egmaat. Laasgenoemde word veral waargeneem by lae-intimiteitshuwelike en kan op 'n proses van antagonistiese samewerking dui, waar individue ontevrede is met mekaar en geneig is tot konflik of verskille, maar nietemin moet saamspan om die huidige situasie, wat albei se welsyn bedreig, die hoof te bied.

Ter aanvulling van Coyne en Smith (1991), wat hoofsaaklik op verhouding-gefokusde hanteringstrategieë klem lê, konsentreer Badger (1990) in sy navorsing in verband met egpare se keuse van hanteringswyses na 'n MI, op emosie- en probleemgesentreerde hanteringstrategieë. Volgens Badger (1990) het hanteringsaksies twee belangrike funksies, naamlik (1) die regulering van emosies (emosie-gefokusde hantering) en (2)

die hantering van probleme deur aksies (probleem-gefokusde hantering). Die hantering van 'n kroniese siekte sluit konstante heronderhandelings oor hanteringstrategieë in, aangesien hanteringskeuses met verloop van tyd disfunksioneel of selfvernietigend mag raak. Wanaangepaste en teenproduktiewe gesondheidsgedrag mag die gesondheid negatief beïnvloed in die sin dat dit neuro-chemiese stresreaksies tot gevolg kan hê, wat die risiko van mortaliteit en swakker gesondheid verhoog.

Badger (1990) bevind in sy navorsing dat daar 'n sterk ooreenkoms bestaan tussen die egmaats se keuse van hanteringstrategieë ten spyte van die afwesigheid van kroniese siekte by die een. Alhoewel egpare van sowel emosie- as probleem-gefokusde hanteringstrategieë gebruik maak, word eersgenoemde volgens Badger (1990) meer dikwels aangewend, dit wil sê die egpaar is geneig om hulle emosioneel te distansieer van die siektetoestand en/of die egmaat, of om selfbeheer toe te pas. Badger (1990) is verder ook van mening dat dit nie die mediese diagnose of die graad van gestremdheid is wat die egpaar se keuse van 'n hanteringstrategie beïnvloed nie, maar eerder hulle eie subjektiewe gesondheidsbeskouing.

Soos vroeër reeds genoem, word oorbeskerming van die pasiënt dikwels deur die egmaat as hanteringstrategie gebruik na 'n MI. Oorbeskerming word egter byna uitsluitlik beskou as 'n afbrekende invloed op die ontvanger daarvan, in plaas van 'n aanpassingsrespons of verkeerde hanteringstrategie van die kant van die oorbeskermer.

Fiske, Coyne en Smith (1991) onderskei in hulle navorsing tussen 'n vyandig-kritiese houding en 'n oormatig betrokke houding as onafhanklike konstrukte van oorbeskerming. Hulle bevind in hulle navorsing dat dit slegs die element van vyandigheid is wat 'n negatiewe invloed op die pasiënt se hantering en aanpassing na 'n MI het. Oormatige betrokkenheid as konstruk hou verband met 'n verhoging in die egpaar se nabyheid aan mekaar na 'n MI terwyl vyandigheid as konstruk geassosieer word met gebrekkige kommunikasie tussen die egpaar oor die wyse waarop die MI gehanteer moet word en 'n verlaging in intimiteit.

Volgens Fiske, Coyne en Smith (1991) blyk dit dat beide die eienskappe van vyandigheid en oormatige betrokkenheid verband hou met die gevoel van las wat die egmaat beleef na die MI en verder ook 'n reaksie op 'n moeilike situasie mag wees. Indien die situasie

na die MI daartoe lei dat die egpaar nader aan mekaar beweeg en sinvolle kommunikasie rakende die probleem aanwesig is, is dit moontlik dat die egmaat oorbeskermend mag raak as wyse om die situasie te hanteer. In laer-intimiteitshuwelike waar daar ook gebrekkige kommunikasie bestaan aangaande die hantering van probleme, beleef die egmaat probleme as uiters frustrerend en mag dit lei tot gevoelens van vyandigheid.

Volgens Fiske, Coyne en Smith (1991) bestaan daar ook 'n sterk verwantskap tussen vyandigheid en 'n gebrek aan selfgenoegsaamheid by die pasiënt. Laasgenoemde mag 'n aanduiding wees dat die egmaat se vyandigheid tot 'n afname in selfgenoegsaamheid by die pasiënt lei of dat die groter las wat die egmaat moet dra as gevolg van die pasiënt se gebrek aan selfgenoegsaamheid, frustrasie by die egmaat veroorsaak, wat tot vyandigheid lei.

Indien take wat die pasiënt eintlik self kan doen, met toegeneentheid vir hom verrig word of indien die pasiënt teen emosionele ontsteltenis beskerm word, het dit volgens dié navorsers nie 'n negatiewe invloed op die pasiënt of egpaar se funksionering nie. Volgens Fiske, Coyne en Smith (1991) word oorbeskerming meestal nie uit haat en afsydigheid gebore nie, maar moet oorbeskerming van die MI-pasiënt gesien word as wyse waarop die egmaat die ampse en steeds dreigende verlies aan 'n intieme verhouding probeer hanteer.

Uit die voorafgaande bespreking blyk dit duidelik dat die impak van, en aanpassing by MI, nie slegs beperk is tot die fisiese van die pasiënt nie, maar deur die hele gesin as 'n krisis beleef word. Dié krisis lei dikwels tot verskeie probleme vir almal, maar veral vir die egmaat van die pasiënt. Die wyse waarop die egmaat en die pasiënt die krisis beleef en hanteer, is baie belangrik in die aanpassing van beide die egmaats. Uit die literatuur blyk dit dat egmaats nie altyd so suksesvol is in hulle keuse van hanteringstrategieë nie, wat interaksie tussen hulle, en dus ook hulle aanpassing by MI, mag belemmer.

Alhoewel die navorser saamstem met die beskouing van Coyne en Smith (1991) dat egpare gemotiveer word om op te tree in belang van mekaar se behoeftes, is die navorser ook van mening dat egmaats nie altyd genoeg kennis dra of voldoende ingestel is op die behoeftes van hulle maat nie en dus onbewustelik van verkeerde hanteringstrategieë gebruik mag maak. Die oorbeskermende egmaat is moontlik nie

bewus van haar maat se intense behoefte aan onafhanklikheid nie en eweneens is die pasiënt nie bewus van sy egmaat se intense behoefte aan ondersteuning nie. Egmaats word dus gemotiveer om vanuit hulle eie persepsie op te tree in belang van behoeftes wat nie altyd 'n ware weerspieëling van die behoeftes van die egmaat is nie. Die afleiding kan dus gemaak word dat daar by beide egmaats onbevredigde behoeftes aanwesig mag wees, wat egpaar-interaksie en aanpassing by 'n MI mag kompliseer.

Tot dusver is daar aandag geskenk aan aspekte wat moontlik 'n invloed kan hê op die egpaar se aanpassing na 'n MI. Die egpaar se keuse van hanteringstrategieë en die invloed daarvan op die aanpassingsproses is ook bespreek. Dit is egter belangrik om te beklemtoon dat die verskillende hanteringstrategieë 'n aspek is van 'n dinamiese proses binne die huweliks/gesinsverhouding. Binne hierdie verhouding word die ewilibrum omvergewerp deur die MI en word die egpaar/gesin gedwing om nuwe hanteringstrategieë aan te wend of om aanpassings te maak ten opsigte van vorige strategieë in 'n poging om die huwelik/gesinsverhouding te stabiliseer. Dit is egter 'n baie komplekse proses omdat so baie veranderlikes betrokke is wat mekaar voortdurend wedersyds beïnvloed. Rolland (1994) se gesinsisteen-siektemodel is 'n poging om dié komplekse proses te beskryf en sodoende lig te werp op die aanpassingsproses na 'n MI. Vervolgens val die klem van die verdere bespreking op die aanpassingsproses soos gepostuleer deur Rolland (1994).

4.3.2 Die aanpassingsproses

Die gesinsisteen-siektemodel (Family Systems - Illness Model) van Rolland (1994) het uit die literatuur na vore getree as die mees toepaslike en omvattende model van 'n breër beskouing waarbinne die egpaar se aanpassing by 'n MI begryp kan word. Met hierdie model verskaf Rolland (1994) 'n bruikbare sistemiese beskouing tot suksesvolle gesin/egpaaraanpassing by 'n kroniese of lewensbedreigende siekte as 'n ontwikkelingsproses met 'n tydsverloop. Rolland (1994) onderskei in sy model tussen drie dimensies, naamlik die psigososiale tipologie van 'n siekte, die tydsfases van 'n siekte en as derde dimensie van die model sluit hy die gesin/egpaar in. Alhoewel al drie dimensies van belang is en 'n integrerende rol speel in die egpaar se aanpassing, word daar slegs kortliks na eersgenoemde twee dimensies verwys. Die derde dimensie van die model, wat die gesin/egpaar insluit, sal egter meer omvattend bespreek word.

4.3.2.1 Die psigososiale tipologie van 'n siekte

Volgens Rolland (1994) is sy tipering van siektes nie ontwerp vir tradisionele mediese behandeling of diagnostiese doeleindes nie, maar het dit ten doel om die verhouding te bestudeer wat bestaan tussen kroniese siektes en gesins- of individuele dinamika. Hierdie tipering konseptualiseer breë verskille in die (1) ontstaan, (2) verloop, (3) uitkoms en (4) graad van gestremdheid van 'n siekte. Die verskille sal vervolgens bespreek word.

Volgens Rolland (1994) kan die patroon van 'n siekte verskil wat sy ontstaan betref, wat akute of geleidelik mag wees (Sien tabel 4.1). By die akute ontstaan van 'n siekte soos MI moet effektiewe en praktiese veranderings vinnig plaasvind en vereis dit van die gesin/egpaar 'n vinnige mobilisering van krisishanteringsvaardighede. Die egpaar wat in staat is tot die hantering van hoogs belaaide emosionele situasies, wat kan aanpas by rolveranderings, probleme effektief kan oplos, en eksterne bronne kan gebruik, sal 'n voordeel hê in die hantering van siektes met 'n akute ontstaan.

Die wyse waarop 'n kroniese siekte verloop, kan ook volgens Rolland (1994) verskil in diè sin dat 'n verloop progressief, konstant of terugvallend kan wees (Sien tabel 4.1). Miokardiale infarsie kan beskou word as 'n siekte met 'n konstante verloop; die aanvanklike voorval word gevolg deur 'n stabiele biologiese verloop. Na 'n aanvanklike periode van herstel word die kroniese fase gekenmerk deur duidelike beperkings of gebreke. Die egpaar word gekonfronteer met 'n semi-permanente verandering wat stabiel en voorspelbaar is oor 'n aansienlike tydperk.

Die mate waarin 'n kroniese siekte tot die dood kan lei of die pasiënt se lewensverwagting kan verkort, het 'n diepgaande psigososiale impak op die egpaar. Belangrik hier is die aanvanklike verwagting dat die siekte tot die dood mag lei. Op die een punt van die kontinuum lê siektes wat waarskynlik nie die lewensverwagting verkort nie en op die ander uiterste van die kontinuum die siektes wat noodwendig tot die dood sal lei. Tussen diè uiterstes lê die meer onvoorspelbare kategorie van siektes wat die lewensverwagting mag verkort of

tot die dood mag lei (Sien tabel 4.1). Miokardiale infarksie val noodwendig in laasgenoemde kategorie. Volgens Rolland (1994) beïnvloed die intensiteit waarmee die gesin/egpaar verwagte verlies beleef, die uitkoms van die siekte.

Die mate waarin 'n siekte 'n persoon se funksionering kan belemmer, wissel van geensins, gering, matig tot ernstig (Sien tabel 4.1). Die omvang van die siekte, die tipe siekte en die tyd van belemmering dui op sterk verskille in die hoeveelheid stres wat die gesin/egpaar beleef. By miokardiale infarksie is funksionele belemmering, en dus ook die egpaar se stres dikwels die ergste net na die infarksie. Volgens Rolland (1994) oorskadu die onvoorspelbaarheid van 'n siekte, en die graad van onsekerheid oor die wyse waarop, of tempo waarteen, die siekte mag verloop, alle ander veranderlikes. By MI vererger die onvoorspelbaarheid van die siekte, in terme van die uitkoms daarvan, die pasiënt se belewenis van die siektetoestand in 'n hoë mate. Dit kan die pasiënt se aanpassing na 'n MI kompliseer.

		BELEMMERING		NIE-BELEMMERING	
		AKUUT	GELEIDELIK	AKUUT	GELEIDELIK
PROGRESSIEF TERUGVALLEND	FATAAL		Longkanker VIGS Beenmurgsiekte	Akute leukemie Pankreaskanker Borskanker Kwaadaardige melanoom	Sistiese fibrose
				Kankers in remissie	
PROGRESSIEF TERUGVAL KONSTANT	MOONTLIK FATAAL VERKORTE LEWENS VERWAGTING		Emfiseem Alzheimer se siekte Kroniese alkoholisme Veelvoudige sklerose (laat)		Jeugdiabetes Kwaadaardige Hipertensie Insulienafhanklike Volwassediabetes
		Angina	Vroeë veelvoudige sklerose Episodiese alkoholisme	Seksel siekte Hemofilie	Sistemiese lupus
		Beroerte Matige/Ernstige MI	Genetiese metaboliese versteurings	Ligte MI Kardiale Arteritmieë	Hodgkin se siekte
PROGRESSIEF TERUGAL KONSTANT	NIE-FATAAL		Parkinson se siekte Artritis Osteo-artritis		Nie-insulien afhanklike volwasse diabete
		Lumbosakrale diskussiete		Nierstene Migraine Epilepsie	Peptiese maagsweer Kroniese brongitis Psoriasis
		Kongenitale malformasies Spinale beserings Akute blindheid	Nie-proressiewe verstandelike gestremdheid Serebrale gestremdheid	Kongenitale hartsiekte	Gekontroleerde hipertensie Oor/Onder-aktiewe skildklier

Tabel 4.1: Die kategorisering van Kroniese Siektes deur Psigososiale Tipe (Rolland, 1994)

4.3.2.2 Die fases van siekteverloop

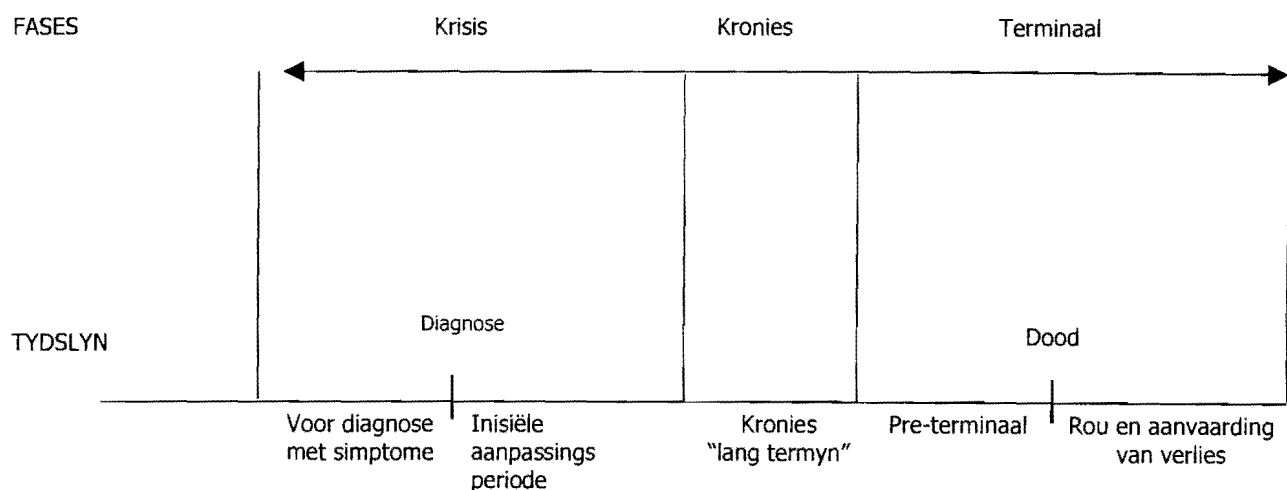
Volgens Rolland (1994) verskaf die konsep van tydsfases 'n wyse aan die egpaar/gesin om longitudinaal te dink en om kroniese siektes te verstaan as 'n aaneenlopende proses met normatiewe landmerke, oorgangstadiums en veranderde eise. Elke fase van 'n siekte stel sy eie psigososiale eise en ontwikkelingstake wat aansienlike houdingsveranderinge, energie of aanpassings van 'n egpaar/gesin vereis. Die kern-psigososiale temas in die natuurlike geskiedenis van 'n kroniese siekte kan as drie hoof fases beskryf word, naamlik die krisis-, kroniese en terminale fase, wat almal met kritieke veranderinge gepaard gaan (sien figuur 4.1).

Die krisistydperk (sien figuur 4.1) omvat die simptomatiese tydperk voor diagnose, die aanvanklike aanpassingsperiode na diagnose en die insisiële behandelingsprogram. Dié fase sluit 'n aantal sleuteltake vir die pasiënt en sy gesin in. Die pasiënt moet leer om enige simptome en beperkings te hanteer, asook by die hospitaalomgewing en behandelingsprogramme aanpas. Hy moet ook 'n werkbare verhouding met die gesondheidspan ontwikkel en handhaaf. Die gesin moet betekenis gee aan die siekte op 'n wyse wat hulle laat voel dat hulle in beheer is en bevoeg is om dit te hanteer. Hulle moet ook treur oor die verlies van 'n "lewe voor die siekte" en moet geleidelik die siekte as permanent aanvaar, terwyl kontinuïteit behou word tussen die verlede en die toekoms. Gesinslede moet saamstaan in 'n poging om die onmiddellike krisis te hanteer en moet ook te midde van die onsekerheid, 'n buigsaamheid ten opsigte van toekomstige doelwitte ontwikkel. Die egpaar/gesin is in hierdie fase uiters kwesbaar.

Die volgende fase is die kroniese fase (sien figuur 4.1) en strek vanaf die aanvanklike diagnose tot die tydperk wanneer aangeleenthede rakende die dood en terminale siektes oorheersend word. Rolland (1994) verwys na dié fase as die "dag-tot-dag leef met 'n kroniese siekte". Die vermoë van die gesin om 'n skynbaar normale lewe te midde van 'n kroniese siekte en verhoogde onsekerheid te handhaaf, is 'n sleutel taak gedurende dié tydperk. Langtermynversteurings kan daartoe lei dat gebruikelike patrone van intimiteit by egpare versteur word as gevolg van diskrepansies wat ontstaan tussen die siek

lid en die gesonde egmaat. Gevoelens van ambivalensie en ontsnapping in fantasieë bly dikwels onderliggend en dra by tot die oorlewingskuldgevoel wat die gesonde egmaat beleef.

Gedurende die terminale fase (sien figuur 4.1) van 'n siekte raak die onvermydelikheid van die dood sigbaar en oorheers dit die egpaar/gesin se lewens. Die egpaar/gesin moet sake rakende skeiding, dood, rou, en die hervatting van 'n "normale" gesinslewe na die verlies hanteer. Alhoewel die oorgrote meerderheid pasiënte hulle MI oorleef, is die skade aan die hartspier van sommige pasiënte so groot dat dit hulle lewensverwagting aansienlik verkort. Laasgenoemde dwing die gesin dan dikwels om die onvermydelike te aanvaar. Volgens Rolland (1994) verbind kritiese oorgangsperiodes die drie tydsfases. 'n Oorgangsperiode in die lewensiklus van 'n siekte word gekenmerk deur tye wanneer 'n egpaar/gesin die toepaslikheid van hulle vorige lewenstruktuur in die lig van nuwe siekteverwante ontwikkelingseise moet herevalueer. Onvoltooide/onafgehandelde sake vanuit 'n vorige fase kan die beweeg na 'n volgende fase kompliseer of selfs blokkeer.



Figuur 4.1: Die Tydslyn en Fases van Siekte (Rolland, 1994)

4.3.2.3 Die gesin/egpaar

As derde dimensie van die model sluit Rolland (1994) die egpaar/gesin in. Sodra 'n kroniese siekte deel word van 'n gesinsisteem, word die gesin se hantering daarvan beïnvloed deur siekte-geïntereerde gesinsdinamika wat oortuigingsisteme en die dimensie van tyd insluit.

'n Egpaar se huidige gedrag, en dus ook hulle respons tot 'n siekte, kan slegs voldoende begryp word teen die agtergrond van die egpaar se geskiedenis. Deur hulle hantering van, en aanpassing by vorige siektesituasies te bestudeer, kan die egpaar se huidige wyse van hantering en aanpassing verduidelik en voorspel word. So 'n multi-generasie-onderzoek kan lig werp op die egpaar se kwesbare en sterk areas, asook hoërisiko-egpare identifiseer, wat gebuk gaan onder onopgeloste aangeleenthede van die verlede en disfunksionele hanteringspatrone wat huidige hantering beïnvloed.

'n Egpaar mag moontlik 'n standaardwyse of -manier hê waarop siekte oor die algemeen deur hulle gehanteer word, maar daar kan kritieke verskille bestaan in hulle styl en sukses van aanpassing by verskillende "tipes" siektes. Dit is dus belangrik om die wyse waarop vorige familiesiektes gehanteer is, te ondersoek. Die terapeut mag vind dat die egpaar nie-lewensbedreigende siektes met sukses kon hanteer, terwyl hulle hantering van, en aanpassing by, lewensbedreigende siektes minder suksesvol was.

Dit blyk ook belangrik te wees om die egpaar se geskiedenis van krisishantering te eksploreer, aangesien dit kan lig werp op die egpaar se krisis mobiliseringsvaardighede en die wyse waarop hulle kan herorganiseer en aanpas. Samevattend kan dus gesê word dat dit belangrik is dat die terapeut kennis moet dra van die individu se beleving van sy hantering (as suksesvol of onsuksesvol) van vorige en huidige gesinskrisisse en -siektes, aangesien dié beleving oorgedra word na die gesin en die egpaarverhouding en verdere hantering en aanpassing beïnvloed.

4.3.2.3.1 Die wisselwerking tussen die siekte, die individu, en die gesin/egpaar se lewensiklusse

Rolland (1994) plaas die ontplooiing van 'n kroniese siekte binne 'n ontwikkelingskonteks en is van mening dat dit belangrik is om die wisselwerking tussen die siekte, die individue en die gesin/egpaar se lewensiklusse te verstaan.

Die lewensiklus is 'n sentrale konsep vir beide gesins- en individuele ontwikkeling en dui op 'n basiese verloop en ontplooiing van die lewe, waarin daar unieke individuele, gesins- of siektegebeure plaasvind. Siektes, individuele- en gesinsontwikkeling verloop in fases, elk met sy eie ontwikkelingstake. Dië fases word gekenmerk deur periodes van wisselwerking waarin die egpaar/gesin hulle lewenstruktuur opbou of handhaaf, en oorgangsperiodes waarin lewenstruktuur veranderings plaasvind. Hierdie oorgangsperiodes verbind die ontwikkelingsfases. Die primêre doel van 'n struktuurbo- en-handhawingsperiode, is om 'n lewenstruktuur te skep en die lewe daarin te verryk, gebaseer op die sleutelkeuses wat 'n individu of gesin gedurende die voorafgaande oorgangsperiode maak. Die oorgangsperiodes is potensieel die kwesbaarste, aangesien daar, te midde van nuwe ontwikkelingstake wat geweldige veranderings mag vra, 'n herevaluering is van voorafgaande individuele, gesins-, en siekte lewenstrukture.

In die integrering van siekte, individuele, en gesinsontwikkeling is die konsepte van sentrifugale en sentripetale gesinstyle baie bruikbaar. Die gesin blyk tussen periodes van hoër (sentripetale) en laer (sentrifugale) gesinskohesie te ossileer. Gedurende 'n sentripetale periode beklemtoon die lewenstruktuur van sowel individuele lede as die gesin, 'n interne gesinslewe. Eksterne grense rondom die gesin word verstewig, terwyl persoonlike grense tussen lede vervaag, wat gesinspanwerk verhoog. In die oorgang na 'n sentrifugale periode vind daar 'n verskuiwing in die gesin se lewenstruktuur plaas om die doelstellings van die individuele gesinslede se lewe buite die gesin te akkommodeer.

Die graad van sentripetale/sentrifugale trekkrag varieer aansienlik by verskillende tipes siektes en in verskillende fases van 'n siekte. Die neiging van 'n siekte om

'n gesin na binne te rig verhoog met die vlak van gestremdheid waartoe die siekte mag lei of die risiko van progressie en die dood. Dus is progressiewe siektes inherent meer sentripetaal as die met 'n konstante verloop soos MI. Die voortdurende hantering van nuwe eise in die progressie van 'n siekte hou die gesin se energie na binne gefokus en dit kan die natuurlike lewensiklusontwikkeling van ander lede beïnvloed. Indien 'n siekte in 'n sentrifugale periode van 'n gesin se ontwikkeling ontstaan (byvoorbeeld tydens jong volwassenheid) kan dit die gesin uit sy natuurlike momentum ontspoor. Die voorkoms van 'n siekte in die sentripetale periode van 'n gesin se lewensiklus (byvoorbeeld die kindgrootmaakfase) kan lei tot 'n verlenging van hierdie periode.

Vanuit 'n sistemiese perspektief gesien, is dit volgens Rolland (1994) belangrik om met die diagnose van siekte, kennis te dra van die fase van die gesin se lewensiklus, asook die stadiums van individuele ontwikkeling van al die gesinslede, en nie net die pasiënt nie. 'n Kroniese siekte by een gesinslid kan die ontwikkelingsdoelstellings van ander lede drasties beïnvloed.

Rolland (1994) postuleer verder dat die tyd waarin 'n kroniese siekte in die lewensiklus van die gesin manifesteer, beleef kan word as normaal (byvoorbeeld dat dit aanvaarbaar is in verhouding tot chronologiese en sosiale tyd) of abnormaal ("off-time"). Die hantering van 'n kroniese siekte soos MI en die dood word beskou as normale verwagte take in laat volwassenheid. Die vroeër voorkoms daarvan vroeër word egter gesien as buite fase ("out of phase") en is ontwikkelingsgewys meer ontwrigtend. Wanneer 'n gesin dus geraak word deur 'n kroniese siekte soos MI, is die oorkoepelende doel van die gesin die hantering van ontwikkelingseise wat deur die siekte gestel word, sonder dat gesinslede hulle eie of die gesin se ontwikkeling as 'n sisteem prysgee.

Probleme wat gepaard gaan met 'n kroniese siekte intensifiseer aansienlik gedurende enige oorgangperiode in die lewensiklus van die egpaar of individu, aangesien die normale ontwikkelingstake van die volgende fase binne hierdie konteks oorweeg moet word. Vir die jong egpaar is 'n kroniese siekte "ontydig" en beleef hulle oorweldigende gevoelens van verlies.

4.3.2.3.2 Die gesondheid/siekte-geloofsisteem

Die mens ontwikkel individueel en as deel van 'n gesin en ander sisteme 'n geloofsisteem of filosofie wat gedragspatrone teenoor algemene uitdagings van die lewe vorm (Kluckhohn, 1960 soos aangehaal deur Rolland, 1990). Gesinslede se geloofsisteme verskaf kohesie aan die gesinslewe, wat kontinuïteit fasiliteer tussen die verlede, hede en toekoms, en bied ook 'n wyse waarop nuwe en teenstrydige situasies, soos ernstige siekte, benader kan word. Geloofsisteme dien dus as 'n kognitiewe kaart wat besluite en aksies lei.

Volgens Reiss (1981 soos aangehaal deur Rolland, 1990) ontwikkel gesinne as 'n eenheid paradigmas oor hoe die wêreld werk. Een komponent van die gesin se oorkoepelende konstruksie van realiteit is 'n stel gesondheid/siektebeskouings wat 'n invloed het op die wyse waarop hulle siektegebeurtenisse interpreteer, en rigting gee aan hulle soeke na gesondheidsgedrag. Alhoewel individuele gesinslede verskillende geloofsisteme mag handhaaf, blyk die waardes wat deur die gesin as 'n eenheid behou word, die belangrikste te wees.

By die aanhoor van 'n mediese diagnose, is die primêre ontwikkelingsuitdaging vir die gesin om betekenis aan die siekte te gee. Hulle moet dit op so 'n wyse doen dat daar 'n gevoel van bevoegdheid en beheer is binne die konteks van gedeeltelike verlies, moontlike verdere fisiese agteruitgang, en/of die dood.

Dit blyk dus belangrik te wees om kennis te dra van dit wat 'n gesin as normaal en abnormaal beskou en van die belangrikheid wat gesinslede aan konformiteit en uitnemendheid heg. Gesinswaardes wat 'n "probleem" toelaat sonder verswakking van die selfbeeld bied 'n besliste voordeel ten opsigte van die gebruik van eksterne hulp en die behoud van 'n positiewe identiteit te midde van 'n kroniese siekte. Indien die soeke na hulp gedefinieer word as 'n skande en 'n swakheid, word die krag van die proses ondermyn. Belangrik hier is die vermoë tot 'n buigsame definisie van normaliteit.

Dit is egter volgens Rolland (1994) van kardinale belang om te bepaal hoe 'n egpaar/gesin bemeestering of kontrole oor die algemeen definieer en hoe hulle hierdie beskouing oordra na die siektesituasie. Bemeestering stem ooreen met die konsep van gesondheid lokus van beheer, wat gedefinieer kan word as die beskouing van die beïnvloedbaarheid van die verloop of uitkoms van 'n siekte. Dit is belangrik om te onderskei of 'n gesin se beskouingsstelsel gebaseer is op die stelling van interne beheer, eksterne beheer deur verandering, of eksterne beheer deur invloedryke ander.

'n Interne lokus van beheer oriëntasie noodsaak 'n beskouing dat 'n individu of gesin die uitkoms van die situasie kan beïnvloed. In geval van siekte glo so 'n gesin dat hulle direk verantwoordelik is vir hulle gesondheid en oor die mag beskik om van die siekte te herstel. 'n Eksterne oriëntasie noodsaak die beskouing dat uitkomst deur die toeval bepaal word en dat die individu of gesin se gedrag nie 'n rol speel nie. 'n Gesin wat siekte in dië lig beskou, glo dat wanneer 'n siekte ontstaan, herstel net 'n kwessie van geluk is en deur die noodlot bepaal word. Die wat gesondheidsbeheer sien as in die hande van invloedryke ander, beskou mediese personeel, God, of self "invloedryke" familieledes as in beheer van hulle liggeme en die siekteverloop.

'n Egpaar se beskouing ten opsigte van bemeestering het 'n groot invloed op hulle houding teenoor die siekte en gesondheidsorgstelsel. 'n Egpaar wat gelei word deur 'n interne lokus van beheer kan dit baie moeilik vind om die krisisfase van 'n siekte te hanteer, aangesien versorging gewoonlik buite hulle direkte beheer val. Die egpaar se beskouing omtrent die oorsaak van die siekte moet afsonderlik van hulle beskouing oor siekte-uitkomst ondersoek word. Dit is veral belangrik om kennis te dra van oorsake wat gevoelens van blaam, skande of skuld ontlok. Hierdie beskouings maak funksionele hantering van, en aanpassing by, die siekte uiters moeilik vir 'n egpaar. Volgens Rolland (1994) moet 'n konseptuele raamwerk van egpaarfunksionering die unieke impak wat kroniese siektes op intimiteits- en kommunikasiepatrone het en die eise wat dit daaraan stel, inkorporeer, aangesien dit weer op sy beurt 'n impak het op die beskikbaarheid van verhoudingshulpbronne wat aangewend moet word in die hantering van probleme wat noodwendig in dië omstandighede ontstaan.

Wanneer 'n ernstige siekte gediagnoseer word, kan gevoelens wat geassosieer word met verlies so intensifiseer dat egpare daarop reageer deur òf van mekaar af weg te beweeg òf desperaat aan mekaar vas te klou. Beide egmaats mag probeer om hulle te distansieer van die ander indien die verhouding konstant herinner aan universele aangeleenthede rakende verlies. Om 'n versorger te wees, versorg te word, of om die siekte of emosionele spanning te aanskou, kan tot 'n intense bewustheid van verlies lei. Die sleutel tot gesonde hantering van, en aanpassing by, kroniese siektes lê hoofsaaklik in 'n egpaar se bereidwilligheid om hierdie basiese aangeleenthede aan te spreek. Gestremdheid en dreigende verlies moet dus eerder aangespreek as vermy word. Egpare beskik nou oor die geleentheid om weer na te dink oor dit wat werklik belangrik is in die lewe.

Navorsing het bevind dat kommunikasie uiters belangrik is vir die gesonde funksionering van egpare. 'n Langtermyngeondheidsprobleem is 'n kragtige uitdaging vir 'n egpaar se kommunikasievaardighede, en daar is vroeër in hierdie hoofstuk melding gemaak van die probleme wat die miokardiale egpaar in diè verband mag beleef. Sensitiewe, oop en direkte kommunikasie oor verskeie sake is noodsaaklik. Die identifisering en aanvaarding van moeilike gevoelens, die vasstel van duidelike siektengrense, en die herbalansering van verhoudingsprobleme vereis alles effektiewe kommunikasie. Daar moet volgens Rolland (1994) gekommunikeer word oor die siekte en die psigososiale eise wat dit oor 'n tydperk mag stel; wat die siekte veroorsaak het en wat die verloop daarvan kan beïnvloed; hoe daar met 'n dreigende verlies saamgeleef kan word; persoonlike en verhoudingsprioriteite; die rol van die pasiënt en die van versorger; en hoe om 'n gebalanseerde, wedersydse verhouding te handhaaf.

Kommunikasie word oor die algemeen geblokkeer deur huiwerigheid om nuwe areas te eksploreer, die egmaat emosionele leed aan te doen of die toestand te vererger, of deur die vrees dat die verhouding nie openlikheid in sekere areas sal kan deurstaan nie. Dit is egter volgens Rolland (1994) nie nodig dat alle gedagtes oorgedra moet word nie, maar 'n funksionele balans is nodig.

Gedagtes en gevoelens wat skaamte wek by die egpaar, blyk veral openlikheid in die verhouding te belemmer. Dit is belangrik dat die gesonde egmaat gevoelens soos intense woede, ambivalensie en doodswense wat sy teenoor die pasiënt koester, moet aanvaar. Die aanvaarding van sulke gevoelens verlig dikwels die gevoel van skaamte en skuld wat by die gesonde of oorlewende egmaat mag bestaan. Egpare moet vooraf gewaarsku word dat intense en skynbaar irrasionele emosies natuurlik is in situasies van siekte en gestremdheid. Beide egmaats moet voel dat hulle geregtig is op die belewing van en uitdrukking aan hulle eie intense emosies. 'n Klemverskuiwing in die woede van die egmaat na die siekte is baie belangrik.

By die herkonstruksie van die verhouding is daar verskeie aspekte wat 'n rol mag speel. Egpaarverhoudings kan belemmer word deur "die probleem" te definieer as iets waaroor net die pasiënt 'n sê het. As gevolg hiervan word kwessies wat normaalweg/gewoonlik onderhandelbaar is, soos mag en beheer, toenemend disfunksioneel, wat op sy beurt tot gevoelens van wrok, skuld, isolasie en 'n afname in intimiteit lei. Indien die siektetoestand egter beleef word as 'n gemeenskaplike aangeleentheid, word die psigososiale impak dienooreenkomstig gedefinieer, wat dan erkenning gee aan gesamentlike en interafhanklike fisiese en psigososiale laste en dit sluit ook die siekteverwante rolle van beide die egmaats, naamlik as die pasiënt en versorger, in. Egmaats voel meer in beheer wanneer hulle die moeilike posisie waarin hulle verkeer, in 'n meer gebalanseerd wyse beskou; naamlik as 'n verhoudingsaangeleentheid wat deur beide gedeel word. Dit help ook om te voorkom dat die siek persoon of die versorger die siekte teen die ander persoon gebruik in aangeleenthede rakende beheer of opoffering.

Die vasstel van gesonde grense binne die verhouding is baie belangrik. 'n Groot risiko vir die egpaar, volgens Rolland (1994), is die totale verswelging van hulle verhouding deur die kroniese siekte. Egpare is geneig om perspektief te verloor wat die hoe en waar van toepaslike grense betref. Om die verwydering tussen die egpaar-siekte-agteruitgang-dood binne die verhouding en die wêreld van gesondheid en normaliteit buite die verhouding teen te werk, moet die egpaar leer hoe om die tyd en ruimte wat die siekte in hulle verhoudingstransaksies in beslag neem, te beperk.

Funksionele grense word bevorder wanneer 'n kroniese siekte behoorlik in perspektief gesien word. White en Epston (1990 soos aangehaal deur Rolland, 1994) is van mering dat die eksternalisering van 'n versteuring of simptoem waardevol en bruikbaar kan wees in dié geval, aangesien dit help om 'n grens te stel tussen die toestand en die egpaar. Eksternalisering bind ook die egpaar saam in 'n "ons"-posisie teenoor die siekte, wat laasgenoemde dan 'n gedeelde dilemma maak. Dit herinner hulle ook dat die persoon nie die siekte is nie en dat hy/sy en die verhouding meer is as net die siekte. Die gesonde gebruik van eksternalisering moet egter onderskei word van ontkenning of 'n "nie ek"-verdediging, wat tot wanaanpassing kan lei. 'n Kroniese siekte kan egter 'n magtige derde lid word in 'n egpaar se verhouding. In 'n stryd om beheer kan 'n kroniese siekte 'n magtige bondgenoot word. Wanneer 'n siekte gebruik word as rasionaal vir verandering, blyk verandering dikwels afhanklik te wees van voortgesette simptome of dreigende verlies.

Die egpaar moet besef dat die handhawing van intimiteit hoofsaaklik berus op die skep van werkbare versorgingsgrense, welke grense bereik kan word deur openhartige gesprekvoering. Dit blyk belangrik te wees om 'n pasiënt-versorger rol daar te stel, wat in pas is met die realiteit van die siekte. Egpare mag dikwels, afhange van die siekte, in 'n aantal verwronge funksioneringspatrone verval, wat siek versus gesond, in-pyn versus pyn-vry, afhanklik versus onafhanklik, en ingeperk versus die buite wêreld, insluit. Gevoelens van wrok en skuld kan hierdeur bevorder word, en die egmaat kan moontlik 'n patroon van "terughouding" ontwikkel, waar persoonlike behoeftes en doelstellings op die agtergrond geskuif word om sodoende ontsteltenis by die siek egmaat te vermy. So 'n langtermynpatroon sal waarskynlik tot wedersydse gevoelens van wrok en skuld lei, waar die pasiënt sy siekte en sy maat se gesondheid verafsku. Terselfdertyd voel die pasiënt skuldig omdat hy 'n las vir sy maat is en dié beperk in die leef van 'n "normale" lewe. Op gesprekvoering aangaande versorgingsgrense is dikwels baie pynlik (Rolland, 1994).

Binne "gesonde verhoudings" bestaan daar 'n balans tussen saamwees en geskei/apart wees. Vir die egpaar wat gekonfronteer word met 'n kroniese siekte

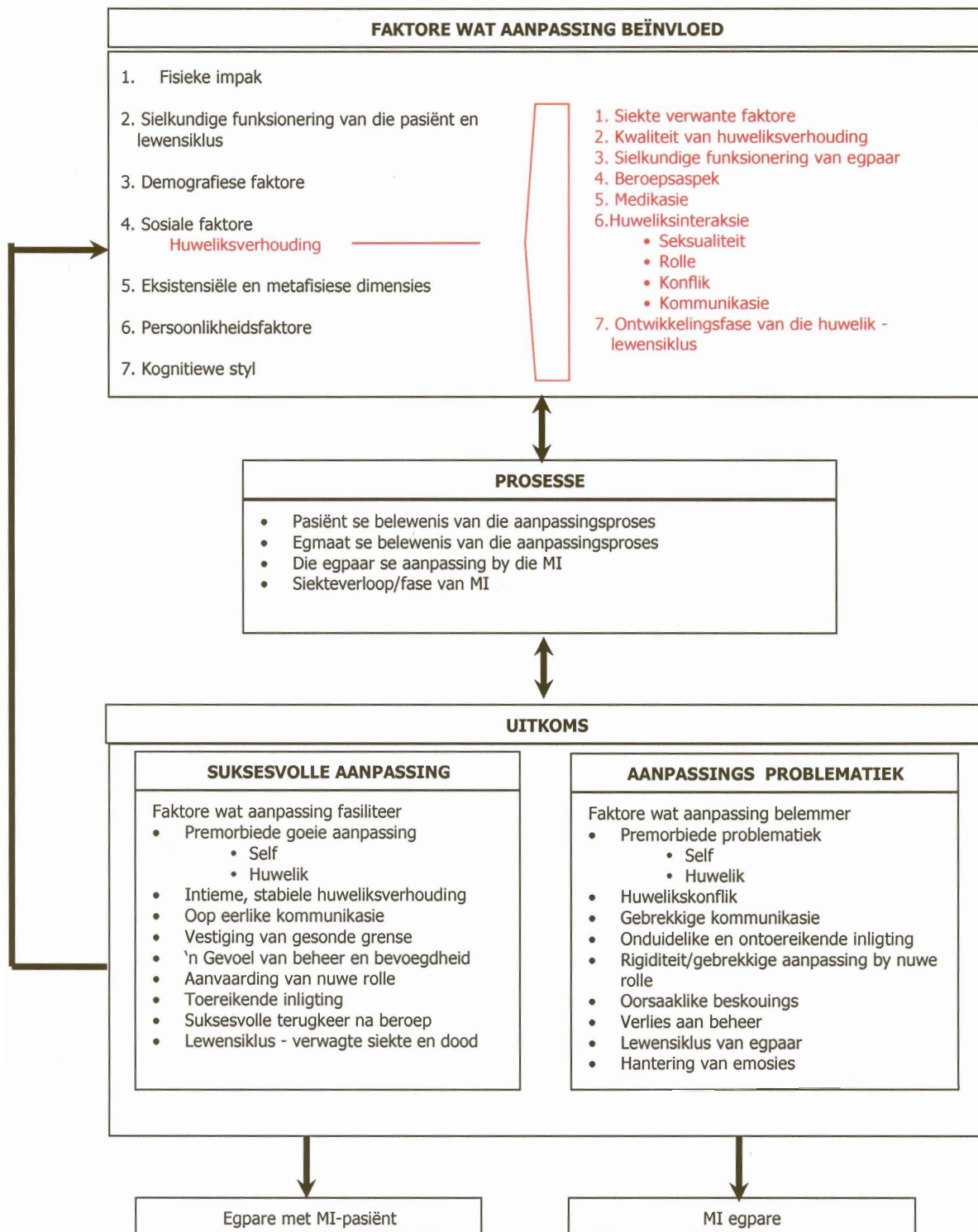
mag die bereiking van 'n werkbare balans 'n groot uitdaging wees. Aanpassing by 'n kroniese siekte sal meer geslaagd wees as die egpaar hulle begrip van "ons-wees" kan transformeer tot 'n nuwe siening van "geskei/apart wees", wat verskillende behoeftes en realiteite erken en insluit. Dis belangrik om te onderskei tussen elke egmaat se behoefte aan gesonde alleen wees binne intimiteit, en van situasies waar vrees distansiering veroorsaak. Vrees word dikwels deur egmaats gedeel; 'n gebrek aan kommunikasie verhinder egter wedersydse ondersteuning. Dit is belangrik om in gedagte te hou dat die egmaat se tempo van aanpassing by 'n siekediagnose of krisis dikwels verskil en dus tot misverstande en konflik kan lei (Rolland, 1994). 'n Kroniese siekte kan ook 'n egpaar se seksualiteit op verskeie wyses beïnvloed. Daar is vroeër in die hoofstuk melding gemaak van die impak van MI op dië komponent van hulle verhouding en die belangrikheid van duidelike en eksplisiete inligting in dië aspek aan die egpaar. Volgens Rolland (1994) kan egpare suksesvol aanpas by verliese in die seksuele komponent van hulle verhouding indien hulle intimiteit en versorging in breër terme as net bloot die seksuele kan herdefinieer. Hierdie herdefiniëring sluit die waardering van, en 'n wedersydse omgee vir jou metgesel in ander dimensies in.

Dat die egpaar en gesin gekonfronteer word met groot uitdagings rakende hulle aanpassing na 'n MI is duidelik. Rolland se model, wat die psigososiale sieketipologie en fases van siektes integreer met gesinsveranderlikes, soos ontwikkelingspatrone en oortuigingsisteme, verskaf 'n basis vir die heroorweging en uitbou van 'n benadering tot kroniese siektes en die impak daarvan op die gesin en egpaar. Dit stel die sielkundige in staat om die praktiese en emosionele eise van 'n siekte, in verhouding tot gesinsinteraksionele patrone en die gesinsdinamika, te kan uitbeeld en beskryf.

4.4 Uitkoms van die aanpassingsproses

Tot dusver in die hoofstuk is die aspekte wat 'n invloed op die egpaar se aanpassing na MI kan hê, bespreek en is daar ook aandag geskenk aan die aanpassingsproses. Die fokus van die studie word nou gerig op die sukses al dan nie van die aanpassingsproses.

Die fisiese impak van die siekte, sielkundige funksionering van die pasiënt, asook die faktore wat bydra tot die aanpassing van die pasiënt, soos uiteengesit in hoofstuk 3, is alles hier van belang en kan skematies as volg voorgestel word:



Figuur 4.2 'n Geïntegreerde beskouing van die uitkoms van die aanpassingsproses

Uit bogenoemde skema blyk dit duidelik dat die aanpassing na 'n MI 'n komplekse en dinamiese, wederkerige proses is, waarby verskeie faktore van belang is en 'n invloed het op die aanpassing van die egpaar. Hoewel sommige egpare daarin slaag om suksesvol aan te pas by hulle nuwe situasie en grense vas te stel tussen hulle verhouding en die siektetoestand (Egpaar met MI-pasiënt), ervaar ander egpare volgehoue psigososiale probleme en word hulle huweliksverhouding dikwels verswelg deur die siektetoestand (MI-egpaar) (Badger, 1990). Vervolgens sal onderskeidelik aan die voorafgenoemde aspekte aandag geskenk word.

4.4.1 Suksesvolle aanpassing by 'n MI

In die geval van egpare wat daarin slaag om suksesvol aan te pas na 'n MI, blyk daar verskeie aspekte te wees wat tot die suksesvolle aanpassing bydra. Uit die inligting in hierdie hoofstuk vervat, blyk dit dat die aard en kwaliteit van die verhouding asook die kommunikasie wat tussen die egpaar bestaan, van die belangrikste bydraes tot suksesvolle aanpassing na 'n MI lewer. Intimiteit en stabiliteit binne die huweliksverhouding skep 'n veilige en wedersydse, ondersteunende omgewing vir die egpaar. Egpare hoef dan slegs die spanning en stres wat met die siektetoestand self gepaard gaan, te hanteer (Badger, 1990; Coyne & Smith, 1991; Revenson, 1994).

Sensitiewe, oop en direkte kommunikasie is dikwels 'n nuwe-produk van 'n intieme huweliksverhouding. Effektiewe kommunikasie is uiters belangrik vir gesonde egpaarfunksionering. Waar egpare in staat is tot oop en eerlike gesprekvoering, verminder dit stres en konflik in die verhouding. Dit lei ook tot 'n beter begrip vir mekaar se gevoelens, vrese en behoeftes. Effektiewe probleemoplossing vereis ook effektiewe kommunikasie. Dat die miokardiale egpaar gekonfronteer word met talle probleme, besef die leser reeds deeglik. Die egpaar wat suksesvol aanpas na die MI blyk instaat te wees om probleme rakende seksualiteit, medikasie, en rolveranderings suksesvol op te los deur effektiewe kommunikasie (American Psychological Association, 1996a; Nolan et al., 1998; Rolland, 1994).

Verder berus die vasstel van gesonde grense binne die verhouding ook op effektiewe kommunikasie. Die totale verswelging van die huweliksverhouding deur die siektetoestand is dikwels 'n werklike en groot bedreiging vir die egpaar. Gesonde en

werkbare grense binne die verhouding is dus baie belangrik ten einde goeie aanpassing te bevorder. Egpare wat goed aanpas, blyk in staat te wees om die siektetoestand in perspektief te sien en 'n grens te stel tussen die siekte en hulle verhouding. Hulle bereik dit deur die siekte te eksternaliseer. Dit plaas die egpaar nie net in 'n "ons"-posisie teenoor die verhouding tot die siekte nie, maar herinner hulle ook dat die pasiënt nie die siekte is nie en dat hy/sy en hulle verhouding meer is as net die siekte (Rolland, 1994).

Dat sommige egmaats geneig is om die pasiënt te oorbeskerm, is egter ook 'n realiteit van aanpassing na 'n MI. Alhoewel oorbeskerming van die pasiënt dikwels as negatief geëvalueer word, blyk dit uit die literatuur dat oorbeskerming van die pasiënt ook 'n positiewe faktor ter bevordering van aanpassing na 'n MI kan wees. Oorbeskerming van die pasiënt deur die egmaat lei tot 'n verhoging in die egpaar se nabyheid aan mekaar en tot sinvolle kommunikasie tussen die egpaar oor die probleem (Fiske, Coyne & Smith, 1991).

Egpare wat voel dat hulle beheer het oor die moeilike situasie waarin hulle verkeer en bevoeg voel om dit te hanteer, blyk ook meer suksesvol te wees in hulle aanpassing na 'n MI. 'n Gevoel van beheer en toereikendheid word bereik as die egpaar die siekte as 'n verhoudingsaangeleentheid beskou wat deur beide egmaats gedeel word, maar waar die pasiënt ook toegelaat word om verantwoordelikheid te aanvaar vir sy siektetoestand en behandeling. Alhoewel goed aangepaste egpare dikwels 'n interne lokus van beheer oriëntasie openbaar en geneig is om verantwoordelikheid vir die siekte en herstel te aanvaar, word aanpassing verder bevorder as hulle ook in staat is om van eksterne hulp gebruik te maak en die siekte nie as 'n skande of swakheid beskou nie (Rolland, 1994).

Eksplisiete, duidelike inligting oor die moontlike newe-effekte van medikasie en die normaliteit van die belewing van gevoelens van verlies, angs, depressie en irritasie is noodsaaklik en bevorderlik vir aanpassing. Kennis/inligting laat die egpaar beseft dat die gevoelens wat hulle beleef, normaal is en dat hulle geregtig is op die belewing van, en uitdrukking aan, hulle eie intense emosies sonder om geteister te word deur skuldgevoelens. Goed aangepaste egpare is ook dikwels goed ingeligte egpare en inligting rakende probleme verhoog dikwels die gevoel van beheer by die egpaar (American Heart Association, 2000d; Nolan et al., 1998; Rolland, 1994).

Goeie aanpassing word verder vergemaklik as die egpaar die siektetoestand as permanent kan aanvaar en so kan aanpas by die rolveranderings wat noodwendig gemaak moet word. Goed aangepaste egpare blyk in staat te wees tot die behoud van kontinuïteit tussen die verlede en die toekoms, en die ontwikkeling van 'n buigsame houding ten opsigte van toekomstige doelwitte. Die pasiënt se suksesvolle terugkeer na sy beroep blyk veral 'n belangrike fasiliteerder van suksesvolle aanpassing te wees. Goed aangepaste egpare openbaar 'n positiewe ingesteldheid rakende die pasiënt se terugkeer na sy beroep. Beide is ook gewillig en in staat om die nodige veranderings te maak en beperkings te handhaaf wat verwag en gestel word (Carter, 1984; Rolland, 1994).

Samevattend, blyk dit dus dat suksesvolle aanpassing na 'n MI bevorder word deur (a) 'n intieme, stabiele huweliksverhouding, (b) oop en eerlike gesprekvoering tussen die egpaar, (c) die siekte in perspektief te sien en 'n grens te stel tussen die siekte en hulle verhouding, (d) die siekte as 'n verhoudingsaangeleentheid te benader, wat deur beide egmaats gedeel word, (e) nuwe rolle te aanvaar en daarby aan te pas, en toereikende inligting te verkry ten opsigte van die siektetoestand en probleme wat kan ontstaan as gevolg daarvan.

Talle egpare presenteer egter met ernstige aanpassingsprobleme rakende beide die siekte en hulle verhouding na MI, wat die gevolg kan wees van 'n wye verskeidenheid faktore. Alhoewel die siektetoestand tot verskeie probleme in die huweliksverhouding kan lei, moet die pre-morbiede teenwoordigheid van probleme in die huweliksverhouding nie geïgnoreer word nie, aangesien sulke probleme dikwels vererger na MI. Aspekte wat 'n belemmerende invloed kan hê op die egpaar se aanpassing na MI, sal vervolgens bespreek word.

4.4.2 Aanpassingsproblematiek na 'n MI

Volgens die literatuurverwysings in hierdie hoofstuk, is daar verskeie aspekte wat belemmerend inwerk op die egpaar se aanpassing na 'n MI. Die sosiale stres en afwesigheid van 'n intieme verbintenis wat gepaard gaan met huweliksprobleme, blyk 'n aansienlike impak te hê op die egpaar, asook veral op die pasiënt se oordeel van sy/haar eie vermoëns en waarde. Ook blyk die egmaats se individuele en/of gesamentlike belewing van die sukses al dan nie waarmee hulle vorige en huidige

gesinskrisisse en siektes gehanteer het en steeds hanteer, belangrik te wees. Hulle mag hierdie belewing op die gesin en egpaarverhouding oordra, wat hantering en aanpassing by die siektetoestand negatief sal beïnvloed (Rolland, 1994; Waltz, 1986).

Die wyse waarop die egpaar hulle gevoelens van onsekerheid, angs, vrees, vyandigheid en depressie hanteer, is dikwels nie bevorderlik vir die aanpassingsproses nie. Gesonde egmaats is veral geneig om sulke gevoelens weg te steek, wat kan lei tot 'n verwydering tussen die egpaar en gevoelens van stres, oorlading en skuld by die gesonde egmaat. Ander egmaats poog weer om dië gevoelens te hanteer deur oorbekermend teenoor die pasiënt op te tree. Soos reeds genoem, mag oorbekerming van die pasiënt nie altyd as negatief geëvalueer word nie, maar kan dië optrede van die egmaat in sommige gevalle gevoelens van afhanklikheid, hulpeloosheid, en magteloosheid by die pasiënt versterk, wat lei tot in verlagings in hulle gevoel van eiewaarde, asook in hulle vermoë om by die nuwe omstandighede aan te pas. Dit blyk veral waar te wees waar oorbekerming gepaard gaan met 'n vyandig-kritiese houding. Verder mag egmaats ook geneig wees om oorbetrokke te raak by die herstel van die pasiënt. In 'n poging om haar eie stres te verlig, aanvaar sy verantwoordelikheid vir die pasiënt se siekte en herstel en poog sy om op die wyse die siekte en die pasiënt te beheer. Dat hierdie optrede van die egmaat tot aansienlike huwelikskonflik en stres by beide egmaats kan lei, is voor die hand liggend en duidelik nie bevorderlik vir die aanpassing van een van die egmaats nie (Patterson, 1989; Rolland, 1994; Theobald, 1997; Thompson et al., 1995).

'n Kroniese siekte soos MI mag tot gevolg hê dat gebruikelike patrone van intimiteit by die egpaar versteur word as gevolg van diskrepansies wat ontstaan tussen die siek lid en die gesonde egmaat. Gevoelens van ambivalensie en ontsnapping in fantasieë bly dikwels onderliggend en dra by tot die "oorlewingskulde" wat die gesonde egmaat beleef. Die aard van die hulp wat die egmaat aan die pasiënt verleen, kan intimiteit tussen die egpaar verder belemmer omdat dit in 'n mate die romanse uit so 'n verhouding sal neem (Parker, 1993; Rolland, 1994).

Onduidelike en ontoereikende inligting is dikwels een van die grootste struikelblokke in die egpaar se aanpassing na 'n MI. 'n Gebrek aan inligting rakende seksuele aktiwiteit na MI lei gereeld tot misverstande en wanopvattinge, wat egpare onseker en angstig laat om seksueel te verkeer. Verder word min egpare toereikend ingelig oor die moontlike

neue-effekte van die medikasie wat die pasiënt gebruik. Egpare soek dan dikwels 'n verklaring vir probleme soos impotensie, verlaagde libido, ejakulasie en orgasmiese probleme binne die huweliksverhouding. Inligting in verband met alternatiewe metodes vir die behoud van intimiteit binne die huwelikslewe is baie belangrik en word dikwels ook agterweë gelaat (American Heart Association, 2000d; Mayo Foundation 1996, September 24; Nolan et al., 1998; Parker, 1993; Shanfield, 1990).

Vir egpare om oor die seksuele sy van die verhouding te kan kommunikeer, is egter net so belangrik in die hantering van probleme wat mag ontstaan na 'n MI as die ontvangs van toereikende inligting. By sommige egpare mag daar egter alreeds voor die MI 'n onvermoë bestaan het ten opsigte van kommunikasie, maar in baie gevalle word kommunikasie na 'n MI belemmer en vererger dit net die toedrag van sake (American Heart Association, 2000d; Mayo Foundation 1996, September 24; Nolan et al., 1998; Parker, 1993; Shanfield, 1990). Gebrekkige inligting rakende die aard en implikasies van die siektetoestand kan aanpassing na 'n MI verder belemmer. Die egpaar se uiteenlopende menings oor dieet, die hoeveelheid toelaatbare oefening en medikasie kan tot misverstande en huwelikskonflik lei (Rolland, 1994).

Gebrekkige kommunikasie en 'n onvermoë om gevoelens te deel, kom baie algemeen by miokardiale egpare voor. Sommige egmaats mag 'n positiewe gesindheid of front voorhou en vermy om aangeleenthede te bespreek wat sy glo die pasiënt kan ontstel. Hierdie abnormale wyse van funksionering mag by die pasiënt tot gevoelens van verlies aan eiewaarde en beheer lei. Uit die aard van die MI-pasiënt se persoonlikheidsstruktuur en samestelling, mag hy dit moeilik vind om te kommunikeer oor probleme, persoonlike vertwyfeling en onsekerhede. Die egmaat voel dan dikwels dat hy nie oop en eerlik is in sy kommunikasie nie en verkies om aspekte vir homself te hou. Hierdie gebrekkige kommunikasie lei tot die opbou van onderdrukte gevoelens en selfs woede by die egpaar. Laasgenoemde sal noodwendig negatief inwerk op rehabilitasie en kan selfs tot die verbokkeling van die huweliksverhouding lei (Dickerson, 1998; Harding & Morefield, 1976).

Egpare wat aanpassingsprobleme openbaar, vind dit dikwels moeilik om 'n pasiënt-versorger-rol te ontwikkel wat inpas met die realiteit van die siekte en verval dikwels in wanaangepaste funksioneringspatrone. Gevoelens van wrok en skuld kan hierdeur

bevorder word. Die egmaat mag haar persoonlike behoeftes, en veral die behoefte aan ondersteuning, op die agtergrond skuif omdat sy skuldig voel om onder die omstandighede hulp vir haarself te soek. Dit verhinder dikwels dat sy emosionele ondersteuning vra of ontvang. Gebrekkige kommunikasie tussen die egpaar is dikwels die grondoorsaak van die probleem. As egpare dus nie in staat is om te kommunikeer oor hoe MI gehanteer behoort te word nie, lei dit tot gevoelens van frustrasie en vyandigheid en 'n afname in intimiteit. Dit kan die egpaar se probleemoplossingsvermoëns beïnvloed wat weer 'n invloed op hulle aanpassingsvermoë het (Dickerson, 1998; Fiske, Coyne & Smith 1991; Rolland, 1994).

Die nuwe rolle wat as gevolg van die siektetoestand ontstaan en die aanpassing daarby lei tot hewige stres by beide die egmaats. Waar egmaats nie in staat is, of nie buigsaam genoeg is om nuwe rolle te akkommodeer nie, sal dit die stressituasie in die gesin aansienlik verhoog en die aanpassing van die egpaar bemoelijk. Sommige pasiënte mag hulle rol as sieke gebruik om die res van die gesin te manipuleer, wat tot 'n gespanne gesinsatmosfeer en konfliktsituasies kan lei. Die egmaat en ander gesinslede is egter so bang dat die pasiënt weer 'n MI sal kry as hulle hom ontstel, dat hulle liefs potensiële konfliktsituasies vermy, al is dit ook ten koste van hulle eie gevoelens en behoeftes (Adsett & Bruhn, 1968; Carter, 1984; Degrè-Coustry & Grevisse, 1985; Skelton & Dominian, 1973; Rombouts en Kraaimaat, 1984; Shanfield, 1990; Sikorski, 1985)

Die beskouing wat die egpaar en gesin huldig ten opsigte van die mate van beheer waaroor hulle beskik om die uitkoms van die siekte te beïnvloed, dra wesenlik by tot hulle wyse van hantering van, en uiteindelijke aanpassing by, die siektetoestand. Egpare wat met 'n eksterne lokus van beheer oriëntasie presenteer is dikwels onwillig om verantwoordelikheid te aanvaar vir herstel en aanpassing en plaas dié verantwoordelikheid op die noodlot of mediese personeel. Laasgenoemde het 'n sterk invloed op die aard van die egpaar se houding teenoor die siekte en gesondheidsorgsisteem. Egpaarverhoudings en aanpassing by MI kan ook belemmer word deur die siekte as uitsluitlik die "probleem" van die pasiënt te bestempel. Sulke optrede lei dikwels tot gevoelens van wrok, skuld en isolasie, en 'n afname in intimiteit by die egpaar, met die gevolg dat onderhandelbare kwessies soos mag en beheer dikwels disfunksioneel raak (Rolland, 1994).

Dit blyk ook dat die egpaar se beskouing omtrent die oorsaak van die siekte aanpassing na 'n MI dikwels verder belemmer. Oorsaaklike beskouings wat gevoelens van blaam, skande of skuld ontlok kan dit uiters moeilik maak vir 'n egpaar om 'n funksionele hantering van en aanpassing by die siekte te bereik. Uit die literatuur blyk dit dat veral die gesonde egmaat dit moeilik vind om die gevoelens te verwerk en te aanvaar, wat openlikheid en wedersydse ondersteuning in die verhouding belemmer (Rolland, 1994).

Sommige egpare gebruik die siekte as rasionaal vir die veranderings wat in hulle huwelik gemaak word. Die veranderings blyk dan dikwels afhanklik te wees van voortgesette simptome of dreigende verlies. Dit kan die pasiënt se aanpassing en herstel belemmer, aangesien beide die egmaats redelik onwillig mag wees om herstel by die pasiënt aan te moedig (Rolland, 1994).

Die stadium in die lewensiklus van die egpaar waarin die MI manifesteer, sal ook 'n besliste invloed op hulle aanpassing hê. Die jong egpaar beleef byvoorbeeld die aanwesigheid van 'n kroniese siekte as "ontydig" en ervaar oorweldigende gevoelens van verlies, wat hulle aanpassing na 'n MI kan kompliseer. 'n MI gedurende laat volwassenheid word as deel van die aanpassingstake binne die volgende lewensfase beskou, aangesien die hantering van kroniese siektes en die dood as normale verwagte take beskou word (Rolland, 1994).

Uit voorafgaande bespreking blyk dit dat verskeie aspekte 'n invloed op die egpaar se aanpassing na 'n MI het. Die aard en kwaliteit van die huweliksverhouding en kommunikasie tussen die egpaar, asook die egpaar se persepsie van, en houding teenoor die siektetoestand blyk van belang te wees. Verder blyk die egpaar se beskouing oor die beheerbaarheid van die siekte, asook hulle vermoëns om grense te stel in hulle verhouding 'n invloed te hê op aanpassing. Verder dra hulle houding teenoor die nuwe rolle wat vereis word, by tot aanpassing. Ook die stadium in die lewensiklus van die egpaar waarin die MI manifesteer, blyk 'n impak op aanpassing te hê.

4.5 Samevatting

Uit die voorafgaande bespreking is dit duidelik dat 'n kroniese siekte soos miokardiale infarksie (MI) betekenisvolle veranderings in mense se lewens tot gevolg het. Vroeë navorsers het egter konvensionele stres en hanteringsparadigmas gebruik om die aanpassing by 'n siektegebeurtenis soos MI te begryp en te beskryf. Die siekte gebeurtenis is in dieselfde lig beskou as enige ander stresgebeurtenis en die aanpassing wat bereik is, is beskou as die resultaat van die effektiwiteit waarmee die pasiënt die gebeurtenis beoordeel, ondersteuningsbronne benut en aanpassings gemaak het.

Uit die inligting vervat in hierdie hoofstuk is duidelik dat dié siening te simplisties is. Mense moet nie net 'n siekte hanteer nie, maar *is* siek, en die gepaardgaande gestremdheid kan 'n groot invloed hê op die persoon se vermoë om die siekte te hanteer en daarby aan te pas. Uit die voorafgaande bespreking blyk dit duidelik dat die hantering van 'n siekte soos MI nie 'n individuele aangeleentheid is nie, maar 'n aaneenlopende proses wat veranderings in die lewens van 'n aantal interafhanklike mense tot gevolg het. Nie net moet die pasiënt nie, maar ook die egpaar en gesin die onstabieliteit wat die siektetoestand meebring hanteer, terwyl hulle poog om 'n balans te bereik tussen hulle eie welsyn en dié van die ander lede van die gesin. Die wyse waarop die lede saamwerk, kan die aard van die las wat op beide die pasiënt en die gesin rus, betekenisvol beïnvloed, en elke gesinslid het 'n beslissende bydrae te lewer tot die welsyn van die ander.

Die belewenis van die gesin, en veral die egmaat, is dikwels in vroeë navorsing geïgnoreer ondanks die feit dat die egmaat dikwels 'n belangrike rol speel in sowel die implementering van mediese voorskrifte en lewenstyl veranderings, as die oornames van verantwoordelikhede, wat aangepas of hertoegedeel moet word. Verder moet die egmaat nie net die pasiënt se mediese probleme hanteer nie, maar mag die gebeure die tipe verhouding wat tussen die gepaarde bestaan, verander omdat die siekte die pasiënt dikwels fisies gestrem, afhanklik en gedemoraliseer laat. Die nuwe eise wat nou aan die egmaat gestel word, mag haar vryheid aansienlik inperk en toekomsverwagtings drasties verander en dit kan lei tot 'n MI-huwelik in plaas van 'n MI-pasiënt in die huwelik.

Alhoewel die literatuur in verband met sosiale ondersteuning die aandag gevestig het op die belangrikheid van sosiale verhoudings in die lewe en herstel van die pasiënt wat met 'n kroniese siekte worstel, word intieme verhoudings nog dikwels hoofsaaklik gesien as slegs 'n bron van ondersteuning vir die pasiënt. Wat nog steeds geïgnoreer word, is die feit dat 'n intieme verhouding 'n intense en dinamiese sisteem is, waarin egpare tot 'n groot mate interafhanklik is. Dat die pasiënt stres beleef en die egmaat slegs die bron van ondersteuning is, is 'n uiters vereenvoudigde siening van hulle verhouding. Binne hierdie dinamiese interafhanklike sisteem beleef die egmaat ook stres, is sy ook in 'n stryd gewikkel om haar eie welsyn te handhaaf en haar eie onafhanklike doelstellings te bereik, terwyl sy poog om 'n bydrae te lewer tot die welsyn van die pasiënt.

Probleme wat in die krisisstadium van MI na vore tree, hou waarskynlik verband met die feit dat egpare nie altyd oor die krisishanteringsvaardighede beskik wat 'n siekte soos MI van hulle vereis nie. Hulle vind dit daarom moeilik om dié emosioneel hoogbelaaide situasie te hanteer en effektiewe probleemhanteringsvaardighede te mobiliseer. Egpare maak dan dikwels in hierdie stadium van ontkenning of meer emosie-gefokusde hanteringstrategieë as wyse van hantering gebruik. Alhoewel MI 'n redelik konstante siekteverloop het na die krisisstadium, dra die onvoorspelbare element inherent aan dié siekte, en die gepaardgaande gebrekkige gevoel aan beheer, waarskynlik by tot die langtermyn aanpassingsprobleme wat die egpaar beleef. Die egmaat poog dikwels om die situasie te beheer en haar eie angste en onsekerheid te hanteer deur oorbeskermend op te tree, wat egpaarinteraksie en die pasiënt se aanpassing kompliseer.

Alhoewel die literatuur erkenning gee aan die feit dat beide egmaats probleme mag ervaar na 'n MI en dat egpaarinteraksie 'n invloed het op die aanpassing van die pasiënt, word daar baie min erkenning gegee aan die individuele behoeftes wat mag ontstaan in die aanpassingsproses. Volgens Moser, Dracup en Marsden (1993) ontstaan daar verskille in die behoeftes van die egpaar na 'n MI en word 40 - 70% van die egpaar se behoeftes onbevredig gelaat. Volgens Teobald (1997) bestaan daar egter nie genoeg kwalitatiewe navorsing om te kan bepaal wat die presiese aard van hierdie behoeftes is nie. Die navorser is van mening dat die verskille in behoeftes wat mag ontstaan, asook die frustrasie wat mag voortspruit uit die gebrekkige bevrediging van sodanige behoeftes 'n negatiewe uitwerking op die egpaar se funksionering kan hê en dus die egpaar se aanpassing by MI kan beïnvloed.

Met die nuwe individuele-pasiëntbenadering tot rehabilitasie, is dit belangrik om kennis te dra van die behoeftes van die pasiënt en sy gesin ten einde 'n gepaste program te kan saamstel vir meer effektiewe intervensie. Dit is egter nie moontlik om so 'n program saam te stel, alvorens daar 'n meer omvattende begrip van die pasiënt en sy gesin se behoeftes is nie, en die navorser hoop om deur haar navorsing 'n bydrae in diè verband te lewer.