

HOOFSTUK 6

NAVORSINGSRESULTATE EN ANALISE

6.1 Inleiding

In hierdie hoofstuk word twee voorbeeldprotokolanalises aangebied ten einde die wyse waarop die data-analise gedoen is, soos uiteengesit in die vorige hoofstuk, te illustreer. Die doel hiermee is om vir die leser 'n sinvolle illustrasie van die analitiese proses te gee. Die navorser het tien van die sestien protokolle (vyf egpare) uitgesonder vanweë die volledige aard daarvan. Slegs tien protokolle is in die studie ingesluit omdat die omvang van die onderhawige ondersoek andersins te omvattend sou wees. Die protokolle van 'n egpaar is gekies ter illustrasie van die proses. Die ander vier egmaats se protokolle sal as aanhangsel by die navorsing gevoeg word vir verdere insae en ondersoek. Daar word in die data-ontleding na die vyf pasiënte verwys as PA, PB, PC, PD en PE en na die vyf eggenotes as EA, EB, EC, ED en EE - byvoorbeeld PA en EA is 'n huwelikspaar en dië afkortingstelsel sal ook geld vir die ander vier egpare. Wat die uiteensetting van die hoofstuk betref, sal die verbatimvertelling en die getabuleerde betekeniseenhede en ervaringstemas van die illustrasieprotokolle voorgegee word. Daarna sal 'n integrasie van die ervaringstemas soos dit uit die data na vore getree het, onder die volgende twaalf temas bespreek word:

- Grootste aanpassing en verandering na MI
- Lewenstylaanpassings
- Kommunikasie
- Rolaanpassings
- Konflik-; krisis- en probleemhantering
- Sosiale lewe
- Die beleving en hantering van gevoelens van angs, depressie en frustrasie
- Selfbeleving van die pasiënt
- Beroepsbeoefening
- Seksuele verhouding
- Ondersteuningstelsels
- Huwelikskwaliteit

Ten einde die leser 'n meer omvattende begrip te gee van die impak van 'n MI op 'n egpaar se verhouding, sal die protokolle van vyf egpare in tabelvorm langs mekaar

geplaas en ook onder bogenoemde twaalf temas bespreek word. Die doel hiervan is om die impak van die MI op die unieke verhouding van die onderskeie egpare verder te eksploreer. Vervolgens sal die protokol van 'n pasiënt ter illustrasie van die data-ontledingsproses gegee word. 'n Integrasie en samevatting van die ervaringstemas soos dit uit die pasiënte se data na vore getree het, sal daarna volg en onder bogenoemde twaalf items aangebied word. Dieselfde uiteensetting volg daarna vir die eggenotes.

6.2 Voorbeeldprotokolanalise en integrasie van temas: Pasiënte

6.2.1 Voorbeeldprotokolanalise: Pasiënt PA

Hierdie voorbeeld dien as demonstrasie van die analitiese prosedure en is daarop gemik om die leser 'n begrip te gee van hoe die navorser die betekenis-eenhede geïdentifiseer en die ervaringstemas omskryf het.

Vraag 1	Wat was die grootste veranderings en aanpassings wat u moes maak na u hartaanval? Hoe het u hierdie veranderings en aanpassings beleef en hanteer?	
Betekenis-eenheid	Verbatimaanhaling	Ervaringstemas
1	Herbeslissing oor die lewe in die algemeen, naamlik: Hoe min/baie is die lewe werd. Hoe kort is die lewe dalk. Wat beteken lewe/dood.	<u>Konfrontasie met eksistensiële vrae oor die lewe en die dood</u> PA word in die tydperk na sy MI gekonfronteer met vrae rakende die waarde en betekenis van die lewe en dood.
2	Is my lewe tot op hede die moeite werd gewees? Het ek uit die lewe gehaal wat ek wou/kon? Hoe 'n goeie/slegte eggenoot of vader was ek/is ek.	<u>Retrospektiewe en introspektiewe evaluering van sy lewe</u> PA besin oor die waarde van sy lewe. Hy wonder of hy dit wat hy wou of kon behaal het in die lewe, bereik het. Vrae rakende sy bevoegdheid as eggenoot of vader vorm ook deel van hierdie selfevaluasieproses.
3	Aanpassing in my lewenstyl - geforseerd	<u>Dwangmatige aanpassing in lewenstyl</u> PA beleef die aanpassings wat hy in sy lewenstyl moes maak na sy MI as geforseerd.
4	Bestuur van inspanning en spanning.	<u>Hantering van spanning/stres en inspanning</u>

		PA moes leer om die stres wat hy beleef, effektief te hanteer. Die beheer van fisiese aktiwiteite het ook nou 'n bewustelike proses geword, wat aktief bestuur moet word.
5	Herbesinning oor die dood, naamlik hoe naby is die dood; hoe nietig is ek.	<u>Konfrontasie met die realiteit van sy eie sterflikheid</u> PA raak bewus van sy eie sterflikheid en beleef homself as nietig in sy bewuswording daarvan.
6	Is my gesin genoegsaam versorg as ek sterf?	<u>Besorgdheid oor die versorging van sy gesin na sy dood</u> Hy is besorgd oor die toereikendheid van die voorsorg wat gemaak is vir sy gesin indien hy te sterwe sou kom.
7	Hoe lyk my verhouding met die Skepper?	<u>Konfrontasie met sy verhouding met sy Skepper</u> PA is gekonfronteer met die aard van sy verhouding met sy Skepper.
8	Baie vrae oor wat van my vrou en kind gaan word – is my testament in orde?	<u>Besorg oor die toekoms van sy gesin</u> Hy word geteister met vrae rakende sy gesin en hulle welstand indien hy sou sterf. PA wonder of die basiese voorsorgmaatreëls getref is.
Vraag 2	Het 'n verandering in lewenstyl 'n impak op die huweliksverhouding gehad? (Bv. Dieetverandering, staak van rookgewoonte, drinkgewoontes, gereelde oefening, ens.)	
9	Verandering in lewenstyl het geen wesenlike impak op verhouding gehad nie. Omdat ons albei in die mediese beroep staan, het ons besef dat 'n dieetverandering sou moes kom. Geen probleem gewees om op te hou rook nie – egter moeilik om aan te hou ophou. Eggenoot rook egter steeds – vind dit baie moeilik om op te hou. Dit bemoelijk soms my poging. Was nooit groot drinker nie, dus was aanpassing nie moeilik nie. Was versigtig in die begin – het nou al weer mak geword en drink nou weer wat vir my lekker is.	<u>Beide antisipeer lewenstylverandering – probleme rakende aanpassing beïnvloed nie verhouding nie</u> Alhoewel beide 'n veranderde lewenstyl geantisipeer het, het dit nie 'n wesenlike impak gehad op hulle verhouding nie. PA se eggenote se volgehoue rookgewoonte belemmer sy pogings om op te hou. PA se aanvanklik versigtigheid ten opsigte van alkohol het plek gemaak vir onverskillikheid ten opsigte van die gebruik daarvan.
10	Het getrou gehou by eerste oefensessies – Tweede fase my tussen "ou" mense bevind – kon nie aanvaar. Het belowe om op my eie te oefen – nooit gerealiseer. Grootliks agv werksdruk en beluie na harde dae by die werk. Besef ek moet oefen. Speel weekliks darem	<u>Volgehoue oefening word belemmer deur gebrek aan verbintenis en motivering</u> PA se pogings tot volgehoue oefening word belemmer deur 'n gebrek aan verbintenis en motivering. Hy vind dit moeilik om sy postmorbiede selfbeeld te

	'n rondte gholf.	aanvaar en hanteer dit deur homself te onttrek uit die oefenprogram. Hy rasionaliseer hierdie optrede deur een maal per week gholf te speel.
Vraag 3	Was dit vir u moontlik om oop met u egmaat te kommunikeer oor u eie/individuele beleving rakende die siekte, u vrese en toekomsverwagtings? Was dit moontlik om voor u hartaanval oop te kommunikeer?	
11	Was nooit 'n goeie kommunikeerder nie – is steeds nie.	<u>Pre- en postmorbiede onvermoë om te kommunikeer</u> PA voel dat hy nog nooit 'n goeie kommunikeerder was/is nie.
12	Het redelike oop gesprek gevoer oor die gedwonge lewenstylveranderings.	<u>Kommunikeer oor gedwonge lewenstylaangepassings</u> PA voer 'n oop gesprek met sy eggenote oor die lewenstylaangepassings wat hy moes maak. Hy beleef hierdie aanpassings as gedwonge.
13	Eie belewing rakende my probleem was 'n redelike antiklimaks – het waarskynlik "meer" verwag van 'n "hartaanval" – ek was seker net gelukkig – het dit later so beleef en was baie dankbaar.	<u>Sy beleving van sy MI stem nie ooreen met sy verwagtings daarvan nie</u> PA se beleving van sy MI het nie ooreengestem met sy verwagtings daarvan nie. Hy het hierdie diskrepanse as 'n antiklimaks beleef en die feit dat hy lig daarvan afgekom het, toegeskryf aan geluk. Later het hy gevoelens van dankbaarheid daarvoor beleef.
14	Omdat ek basies nou niks makeer nie, gaan die lewe soos voorheen aan en praat ons bykans nooit oor my probleem nie. Vriende en kollegas blyk meer bekommerd te wees as die gesin.	<u>Evalueer homself as basies gesond – gesin kommunikeer selde oor MI</u> PA rapporteer dat sy gesin byna nooit oor sy MI praat nie. Hy skryf dit toe aan die feit dat hy nou deur homself asook sy gesin as basies gesond geëvalueer word. PA beleef vriende en kollegas as meer bekommerd oor sy toestand as sy gesin.
Vraag 4	Was daar wesenlike rolveranderings in u huwelik na u hartaanval, in die sin dat u take van u egmaat moes oorneem en sy van ? (Bv. Versorging van die huis, tuin, kinders, ens.)	
15	Daar was geen rolverandering in die huwelik nie, waarskynlik omdat ek baie lig daarvan afgekom het. Ek verrig steeds take wat ek voorheen gedoen het – net soms dink ek daaraan om myself nie te ooreis nie. Rus 'n bietjie tussen take. Aan die ander kant voel ek soms om meer te doen as wat ek moet net om te wys ek makeer niks nie en is nie hulpeloos of siek nie.	<u>Ambivalente/inkonsekwente optrede met betrekking tot taakverrigting</u> Alhoewel PA homself as gesond genoeg beleef om die take te verrig wat hy voorheen gedoen het, twyfel hy soms aan sy gesondheid en sal dan bewustelik stappe doen om homself nie te ooreis nie. PA voel egter ook soms dat hy aan homself en ander moet bewys dat hy nie hulpeloos of siek is nie. Hy doen dit deur teen sy eie betewete meer te verrig as

		wat hy moet.
16	Dit voel soms of my ander helfte en gesin nie genoeg waarde heg aan my probleem nie en my nie genoeg "pamperlang" nie. Selfbejammering – baie slegte eienskap – heeltemal onnodig.	<p><u>Behoeftte aan ondersteuning en begrip word gefrustreer</u></p> <p>PA se behoefte aan ondersteuning en begrip word gefrustreer. Hy voel afgeskeep en dat hy nie spesiaal behandel word nie, wat gevoelens van selfbejammering by hom ontlok waaroor hy krities is op homself.</p>
Vraag 5	Verskil die wyse waarop u probleme en krisisse tans hanteer van die manier waarop u dit voor u hartaanval gehanteer het? (Bv. Vermoedings/konflik, egmaat hanteer probleme, word nie ingelig oor probleme of krisisse nie). Wat, volgens u, is die rede hiervoor?	
17	Geen verskil waarop probleme en krisisse hanteer word nie. Daar het werklik geen klemverskuiwing agv die siektetoestand plaasgevind nie. Die rede dat geen klemverskuiwing plaasgevind het nie, is waarskynlik omdat ek baie gelukkig was en, in my opinie, geen skade oorgehou het nie – Hierdie is dalk 'n dom veronderstelling wat my later duur te staan gaan kom.	<p><u>Omdat hy geen skade oorgehou het nie, was daar geen verandering in die wyse waarop probleme en krisisse gehanteer word nie</u></p> <p>PA rapporteer geen verandering in die wyse waarop probleme en krisisse deur die egpaar gehanteer word nie. Hy skryf dit toe aan die feit dat hy gelukkig was en geen skade oorgehou het nie. PA twyfel egter aan die wysheid van sy eie mening, aangesien dit implikasies vir die toekoms mag inhou.</p>
18	Ek sou dit sekerlik nie kan hanteer as ek soos 'n invalide behandel word nie.	<p><u>Behoeftte om as onafhanklike persoon te funksioneer</u></p> <p>PA rapporteer dat dit vir hom onaanvaarbaar sou wees indien ander hom nie soos 'n onafhanklike, selfstandige individu sou behandel nie.</p>
Vraag 6	Het u hartaanval enige impak gehad op u of u egmaat se sosiale lewe? (Bv. vermoedings sosiale funksies, egmaat gaan min alleen uit, ens.). Hoe voel u daarvoor, en hoe beïnvloed dit u huweliksverhouding?	
19	Ons het nooit 'n baie besige sosiale lewe gehad nie. Weer eens omdat ek miskien gelukkig was en geen oënskynlike letsels oorgehou het nie, is daar baie min verandering in die patroon van ons sosiale lewe – ons gaan saam uit en elkeen gaan alleen na geleenthede wat dit vereis.	<p><u>Min verandering in die patroon van hulle sosiale lewe omdat hy lig daarvan afgekom het</u></p> <p>Volgens PA het hy en sy eggenote nie 'n baie besige sosiale lewe gehad voor sy MI nie. PA voel dat daar min verandering was in die patroon van hulle sosiale lewe na die MI. Hy skryf dit toe aan die feit dat hy min letsels oorgehou het van sy MI.</p>
20	Dit voel asof my probleem ons verhouding op sosiale vlak verstewig het – waardeer dit meer om steeds saam dinge te kan doen – kon soveel anders gewees het. In 'n mate is ek dus dankbaar dat ek 'n probleem gehad het – waardeer mekaar miskien nou meer.	<p><u>MI lei tot groter waardering vir mekaar ook op sosiale vlak</u></p> <p>PA beleef dat sy MI daartoe gelei het dat hy dit nou meer waardeer om dinge saam met sy eggenote te doen. PA voel in 'n mate dankbaar dat hy die MI gehad het, aangesien hy en sy eggenote mekaar nou</p>

		meer waardeer as gevolg daarvan.
Vraag 7	Sou u sê dat die gevoelens van angs, depressie en frustrasie wat u moontlik beleef/beleef het, 'n wesentlike invloed op u huweliksverhouding het/gehad het? (Bv. die vrees om te sterf, gevoelens van nutteloosheid en woede, ens.). Het dit 'n invloed gehad op die wyse waarop u teenoor u egmaat opgetree het of nog steeds optree? Hoe het u hierdie moontlike gevoelens van angs, depressie en frustrasie by u egmaat na die hartaanval beleef en gehanteer? Op watter wyse het dit u huweliksverhouding beïnvloed?	
21	Aanvanklike gevoelens van angs en frustrasie – met gepaardgaande nutteloosheid – het 'n effense spanning en ongeduldigheid van albei kante ontlok.	<u>Aanvanklike gevoelens van angs, frustrasie en nutteloosheid lei tot spanning en ongeduld by beide</u> PA beleef dat die gevoelens van angs, frustrasie en nutteloosheid wat hy na die MI beleef het, tot spanning en ongeduld by hom sowel as sy eggenote gelei het.
22	Daar is soms gevoel dat die ander helfte gevoelloos en sonder simpatie of empatie optree.	<u>Beleef eggenote soms as gevoelloos en sonder begrip</u> PA beleef sy eggenote na sy MI soms as gevoelloos en sonder begrip in haar optrede teenoor hom.
23	Egmaat beskuldig my soms van meer ongeduld en onverdraagsaamheid as voorheen – veroorsaak bietjie spanning aan albei kante.	<u>Meer ongeduldig en onverdraagsaam na MI, wat lei tot spanning in die verhouding</u> Volgens PA se eggenote is hy meer ongeduldig en onverdraagsaam na sy MI. Sy ongeduld en onverdraagsaamheid skep spanning in die verhouding.
Vraag 8	Sou u sê dat die wyse waarop u nou oor uself voel en die waarde wat u aan uself as mens heg, wesentlik verskil van voor u hartaanval? Wat, volgens u, het 'n bydrae gelewer tot hierdie veranderde gevoelens omtrent uself? (Bv. gevoelens van mislukking, minderwaardigheid). Op watter wyse het dit u huweliksverhouding beïnvloed?	
24	Selfbeeld het nie noodwendig verander nie – daar is egter deeglik besin daaroor. Vrae soos: Was ek suksesvol in my lewe? Was ek 'n mislukking? Was ek 'n goeie eggenoot en vader? Ek was bevoorreg – het genoeg vir ander gedoen. Is my geloof sterk genoeg? Het ek gedoen wat ek wou doen?	<u>Selfbelevens verander nie – bepaal dit deur 'n selfevaluasie</u> PA is van oordeel dat sy selfbelevens nie noodwendig verander het na sy MI nie. Ten einde tot hierdie gevolgtrekking te kom, het PA 'n evaluasie van homself gedoen en die sukses van die rolle wat hy vervul het, geëvalueer. Hy bevraagteken ook die sterkte van sy geloof en of hy in die lewe gedoen en bereik het dit wat hy wou.
25	Die besef dat ek dood kon gewees het, het my waarskynlik genoop om my lewe te waardeer of te herwaardeer. Dit het veroorsaak dat my huweliksverhouding ook herwaardeer is – soms in verlede as onbelangrik en as vanselfsprekend	<u>Groter waardering van die lewe in die algemeen en spesifiek sy huweliksverhouding in konteks met verlede</u> PA is van mening dat die bewuswording van sy eie sterflikheid gelei het tot 'n

	aanvaar.	verhoogde waardering vir sy eie lewe en van sy verhouding met sy eggenote. PA is van oordeel dat hy voor sy MI sy verhouding met sy eggenote soms as onbelangrik en vanselfsprekend aanvaar het.
Vraag 9	Wat was die aard van die impak wat u hartaanval op u beroepsbeoefening gehad het? (Bv. moes u ophou werk, van beroep verander, finansiële implikasies, ens.) Hoe het u hierdie veranderings beleef? Het dit u huweliksverhouding op enige wyse beïnvloed?	
26	My probleem het geen impak op my beroepsbeoefening gehad nie – Na 'n maand se geforseerde rus by die huis, het ek my normale dagtaak hervat. Dit het my in die begin bang gemaak dat die pas van die werk dalk te kwaai kan wees. Nou, 'n jaar later, werk ek harder as ooit agv afleggings, ens. ens. – Dit maak my steeds bang – verandering bring noodwendig ongeduld en frustrasie. Tans oorweeg ek dit om van werk te verander – nie maklike besluit op my ouderdom nie.	<p><u>Aanvanklik angstig dat eise te veel sou raak, na jaar bring toenemende eise nog steeds stres mee, oorweeg beroepsverandering, wat op sigself stres meebring</u></p> <p>PA is van mening dat daar geen aanpassing in die wyse was waarop hy sy beroepstake na sy MI uitgevoer het nie. Hy het die tydperk wat hy na sy MI by die huis moes deurbring, as geforseerd beleef. PA het na sy terugkeer gevoelens van angs beleef as gevolg van die antisipasie dat die eise te veel sou raak. Na 'n jaar werk hy nou egter harder as voorheen vanweë veranderde omstandighede en bring toenemende eise steeds angs mee. PA oorweeg 'n beroepsverandering, wat op sigself spanning en frustrasie meebring.</p>
27	Voel of egmaat nie verstaan onder watter spanning ek tans funksioneer nie – geen meelewing nie.	<p><u>Gebrekkige begrip van eggenote mbt beroepstres waaronder hy funksioneer</u></p> <p>PA voel dat sy eggenote nie begrip het vir die stresvolle omstandighede waaronder hy tans werk nie. PA beleef geen ondersteuning van sy eggenote se kant af in dié verband nie.</p>
Vraag 10	Was daar wesenlike veranderings in u seksuele verhouding na u hartaanval? Wat, volgens u mening, was die oorsake van die veranderings, en hoe het u die veranderings beleef en gehanteer? Wat was die impak daarvan op u huweliksverhouding?	
28	Ons seksuele verhouding het nie 'n wesenlike verandering ondergaan nie. Beide egmaats is geneig om nie veel waarde te heg aan die seksuele sy nie. My egmaat verwag dat ek alles moet insisier – nie vir my aanvaarbaar nie. Net na my probleem was ons baie versigtig – gaan nou egter weer soos voorheen.	<p><u>Na aanvanklik versigtigheid keer verhouding terug na vlak voor MI – 'n lae prioriteitsverhouding</u></p> <p>PA beleef min verandering in die aard van hulle seksuele verhouding na die MI. Hy skryf dit toe aan die feit dat hy sowel as sy eggenote nie veel waarde heg aan die seksuele nie. Ook verwag sy eggenote dat hy altyd die liefdespel moet insisier, 'n aspek wat vir hom onaanvaarbaar is in hulle verhouding. PA rapporteer ook dat</p>

		hy en sy eggenote net na sy MI baie versigtig was wanneer hulle seksueel verkeer het, maar dat hulle seksuele verhouding nou weer teruggekeer het tot die vlak wat dit was voor die MI.
Vraag 11	Wat, volgens u, het u die krag gegee om staande te bly deur hierdie krisis? (Bv. Ondersteuning van egmaat, kinders, die wil om weer te werk, die wil om te lewe, ens.).	
29	Baie faktore het krag verskaf nl. Ondersteuning van gesin ondersteuning van vriende	<u>Ondersteuning van gesin en vriende gee krag</u> PA voel dat die ondersteuning van sy gesin en vriende een van die faktore was wat aan hom die krag gegee het om staande te bly deur die krisis
30	Besef dat ek nog nie bereik het wat ek werklik wil nie. Wil om 'n meer betekenisvolle lewe te lei. Eie weiering om te gaan lê en moed op te gee.	<u>Strewe na 'n sinvoller lewe/visie vir 'n beter toekoms</u> Die besef dat hy nog nie werklik bereik het wat hy wou bereik nie, en sy wil om 'n meer sinvolle lewe te lei, het aan hom die krag gegee om die krisis te hanteer. Ook het sy eie dryfkrag, motivering en deursettingsvermoë hom deur die krisis gedra.
31	Geloof wat deur die krisis versterk is	<u>Geloof gee krag en word versterk deur krisis</u> PA se geloof het ook aan hom krag gegee en is deur die krisis versterk.
Vraag 12	Het u hartaanval 'n invloed gehad op die kwaliteit van u huwelik? (Bv. Bring meer/minder tyd saam deur, waardeer mekaar meer, voel meer geïrriteerd met egmaat, ens.) Verskil dit weselik van voor u hartaanval?	
32	Hartaanval het in 'n sekere sin 'n verrykende invloed gehad deurdat ons waarskynlik meer kwaliteit tyd saam spandeer.	<u>MI as verrykende invloed op sy huweliksverhouding, bring meer kwaliteit tyd saam deur</u> PA is van mening dat sy MI in 'n sekere mate 'n verrykende invloed op sy, huweliksverhouding gehad het in die sin dat hy en sy egmaat na die MI meer kwaliteit tyd saam deurbring.
33	Soms raak ek geïrriteerd, maar gelukkig besef ek gou dat my probleem selfgemaak is en ek niemand anders kan blameer nie.	<u>Gevoelens van irritasie oor sy omstandighede – blameer self daarvoor</u> PA raak soms geïrriteerd met sy omstandighede. Hy glo egter dat hy self verantwoordelik is vir sy probleem en niemand anders daarvoor kan blameer nie.
34	Dit bekommer my dat ek nog steeds onverskillig staan teenoor 'n gesonde lewenstyl – wat my	<u>Bekommerd oor onverskilligheid tov lewenstylaanspassing ten spyte van eggenote se vermanings</u>

	egmaat elke dag vir my sê.	PA voel bekommerd omdat hy nog steeds nie gehoor gee aan 'n gesonde lewenstyl nie, ten spyte van sy eggenote se vermanings daaromtrent.
--	----------------------------	---

Hierdie voorbeeld sluit die demonstrasie van die analitiese prosedure af. 'n Integrasie van die ervaringstemas, soos geïdentifiseer by die pasiënte, sal vervolgens bespreek word.

6.2.2 Integrasie van temas

Tema 1: Grootste aanpassing en verandering na MI

Om te leer om rustiger te leef, was vir byna al die pasiënte (PB, PC, PD en PE) een van die grootste aanpassingstake waarmee hulle gekonfronteer was na die MI. Vanweë die feit dat hulle premorbiede persoonlikhede in die meeste gevalle (PB, PC, PD en PE) gekenmerk is deur 'n haastige geaardheid, vind hulle die aanpassing by 'n stadiger lewenstyl moeilik en in sommige gevalle (PB en PE) baie frustrerend.

"Ek moes aanleer om die hele lewe kalmer te hanteer en dat ek nie meer alles self kan doen nie. Die frustrasie was baie groot met elke ding wat ek moes aanleer.." (Pasiënt PB).

Om te leer om stres en stressituasies, asook fisiese inspanning bewustelik te hanteer en te bestuur, word deur sommige van die pasiënte (PA, PB en PD) as 'n groot aanpassingstaak beleef. Hulle poog om werkverwante stres te verminder deur hulle werksomstandighede te verander, korter ure te werk en meer selfgeldend op te tree.

"Ek moes ook aanleer om situasies te hanteer en druk te hanteer of om te weier as ander druk op my wou plaas wat ek gevoel het dit is nie nodig om te hanteer nie" (Pasiënt PB).

Pasiënt PA beleef sy wroeging met eksistensiële aangeleenthede, sy bewuswording van sy eie sterflikheid en die selfevaluasieproses waardeur hy gegaan het na sy MI, as 'n groot aanpassing.

"Herbeslissing oor die lewe in die algemeen n, hoe min/baie is die lewe werd? Hoe kort is die lewe dalk. Wat beteken lewe/dood? Is my lewe tot op hede die moeite werd gewees? Het ek uit die lewe gehaal wat ek wou/kon? Hoe 'n goeie/slegte eggenoot of vader is ek?" (Pasiënt PA).

Die groter mate van verantwoordelikheid wat die eggenote moes oorneem na die MI was 'n groot verandering in die verhouding van sommige egpare, wat die pasiënte (PB en PE) moes aanvaar en hanteer.

"Op ons huweliksverhouding was die impak die ergste op my vrou van toepassing omdat sy skielik al die besluite moes neem..." (Pasiënt PB).

Tema 2: Lewenstylaangepassings

Met die uitsondering van twee van die pasiënte (PE en PC) beleef die ander (PA, PB, en PD) hulle stryd om die rookgewoonte te laat vaar as een van die moeilikste aanpassings by 'n gesonder lewenstyl. Hulle beleef dat hulle pogings om op te hou rook, belemmer word indien die eggenote rook (PA) of vergemaklik word indien die eggenote verkies om ook die rookgewoonte te staak (PD).

"Geen probleem gewees om op te hou rook nie - egter moeilik om aan te hou ophou. Eggenote rook egter nog steeds. Dit bemoelijk soms my pogings" (Pasiënt PA).

Pasiënt PD beleef die dieetaanpassings wat hy moes maak as die grootste lewenstylaanpassing. Hy word in dië verband deur sy hele gesin ondersteun, wat aanpassing vergemaklik.

"Die grootste verandering in ons verhouding was die verandering in dieet. Die hele huishouding eet nou dieselfde" (Pasiënt PD).

Pasiënt PA beleef die lewenstylaanpassings wat hy moes maak, as gedwonge.

"Aanpassings in lewenstyl - geforseerd" (Pasiënt PA).

Vir een van die pasiënte (PE) was daar geen aanpassing op dië gebied nie vanweë die feit dat hy reeds jare lank verbind is tot 'n gesonde lewenstyl.

"Ek rook nie en drink nie en my oefening vind nou plaas by 1 Mil-oefensentrum"
(Pasiënt PE).

Tema 3: Kommunikasie

Met die uitsondering van een van die pasiënte (PA) beleef die ander (PB, PC, PD en PE) die kommunikasie in hulle huweliksverhouding, pre- sowel as postmorbied, as goed en dat dit na die MI selfs verbeter het. Die feit dat hulle met hulle eggenote kon kommunikeer, het hulle in staat gestel om hulle siektevrese en veranderde toekomsverwagtings te bespreek.

"Voor my hartaanval kon ek oop met my egmaat kommunikeer maar daarna was dit baie makliker. Ons sal oop gesels oor die siekte en ons toekomsplanne..." (Pasiënt PD).

Volgens pasiënt PD hanteer hy en sy eggenote die probleemsituasies, seksuele probleme en sy beleving van gevoelens van depressie en frustrasie, deur daaroor te kommunikeer.

"Ons sit bymekaar en gesels. Sy verstaan jou beter en die wyse wat sy optree, is baie anders as voorheen" (Pasiënt PD).

In teenstelling hiermee, rapporteer pasiënt PA swak pre- en postmorbiede kommunikasie en beleef hy 'n gebrek aan empatie en besorgdheid oor sy toestand. Kommunikasie oor sy siektetoestand vind selde plaas.

"Was nooit 'n goeie kommunikeerder nie - is steeds nie. Omdat ek nou basies niks makeer nie gaan die lewe soos voorheen aan en praat ons bykans nooit oor my probleem nie. Vriende en kollegas blyk meer bekommerd te wees as die gesin" (Pasiënt PA).

Tema 4: Rolaanpassings

Twee van die pasiënte (PA en PC) rapporteer nie rolveranderings in hulle huweliksverhouding na die MI nie. Pasiënt PA beleef wel 'n verandering in die wyse waarop hy sy take nou uitvoer.

"Daar was geen rolverandering in die huwelik nie...Ek verrig steeds take wat ek voorheen gedoen het - net soms dink ek daaraan om myself nie te ooreis nie. Rus 'n bietjie tussen take. Aan die anderkant voel ek soms om meer te doen as wat ek moet net om te wys ek makeer niks nie en is nie hulpeloos of siek nie" (Pasiënt PA).

Vir sommige van die pasiënte (PD) was die aanpassing gering, van korte duur en omkeerbaar.

"Daar was slegs 'n geringe rolverandering na my hartaanval tov die tuin ens. Ongeveer 'n maand na my hartaanval het ek weer die take oorgeneem" (Pasiënt PD).

Terwyl die aanpassing vir ander (PE) meer langdurig van aard is.

"Van die begin van my siekte moes my vrou meeste van die verantwoordelikhede oorvat. Ek het basies een jaar van my normale lewe verloor en my vrou moes die meeste werk en probleme oorvat." (Pasiënt PE).

Waar daar nog kinders in die huis was het die rolveranderings die hele gesin geraak en was hulle ookdeel daarvan. Die pasiënte (PB en PD) het die oornome van sekere rolle deur die kinders as baie ondersteunend beleef.

"Gelukkig het ek 'n dogter wat lief is vir tuinmaak en grassny. My kinders was en is nog steeds 'n groot steun, veral as dit by uitputtende werkies kom soos grassny en opruiming" (Pasiënt PB).

Pasiënt PB toon empatie met sy eggenote oor die rolverandering en groter mate van verantwoordelikheid wat sy moet dra.

"My arme vrou moes vinnig leer om sonder my hulp oor die weg te kom na my operasie" (Pasiënt PB).

In teenstelling met bostaande, voel pasiënt PE baie dankbaar en trots op sy eggenote.

"Gelukkig kon sy dit doen, want sy is geestelik 'n baie sterk vrou" (Pasiënt PE).

Beide pasiënte (PB en PE) poog om hulle eggenote binne die perke van hulle vermoëns soveel as moontlik te ondersteun.

Tema 5: Konflik-; krisis- en probleemhantering

Volgens pasiënt PA is daar geen verandering in die wyse waarop konflik, probleme of krisisse gehanteer word na sy MI nie. Hy skryf dit toe aan die feit dat hy min skade oorgehou het van sy MI. Volgens al die ander was daar 'n groot verandering in die wyse waarop hulle hierdie aspekte benader en gehanteer het. Oor die algemeen poog die pasiënte (PB, PC en PD) om konflik en probleme na hulle MI te vermy. Waar dit egter nie moontlik is nie, ervaar pasiënt PB dat hy baie meer ekspressief in sy hantering daarvan is en dat hy sommer net sal ingryp as hy van oordeel is dat sy eggenote nie die probleem kan hanteer nie.

"Ek vermy rusies sover moontlik totdat my gesin geraak word, dan baklei en sommer vuil en gaan goed te kere, soos 'n besetene, waar ek voorheen baie meer dinge sou opkrop en eerder sou stilbly. My vrou probeer gereeld om probleme op haar eie te hanteer, soms slaag sy daarmee en soms gryp ek sommer net in" (Pasiënt PB).

Pasiënt PC beleef homself selfs as irrasioneel in sy hantering van probleme aangesien hy nie wil opgesaal word met probleme nie.

"Voor die hartaanval was ek in staat op probleme nugter op te los. Na die hartaanval wou ek geen probleme hê nie en sou daar wel 'n probleem ontstaan, ontstel dit my in so 'n mate dat ek miskien onredelik optree. Moontlike rede: ek soek rustigheid" (Pasiënt PC).

Die meeste van die pasiënte (PA, PB, PD en PE) is van oordeel dat krisisse nog die selfde gehanteer word. Pasiënt PB is van mening dat hy ingelig bly oor krisisse vanweë sy eggenote se vrees dat as sy hom nie inlig daaroor nie, hy kwaad sal word en weer 'n MI sal kry. Volgens

pasiënt PD hanteer hulle krisisse deur kommunikasie. Vir pasiënt PE lei die krisisse wat hy en sy eggenote deurleef het tot groter intimiteit in hulle verhouding.

"Daar het 'n verandering in ons patroon van lewe plaasgevind, die lang krisisse het ons nader aan mekaar gebring" (Pasiënt PE).

Tema 6: Sosiale lewe

Die meeste pasiënte (PA, PB, PC en PD) beleef nie veel van 'n verandering in hulle eie of die sosiale lewens van hulle eggenote nie. Hulle skryf hierdie beleving toe aan die feit dat hulle as egpaar premorbied nie baie sosiaal was nie en 'n rustiger lewe verkies. Volgens PB was daar 'n aanvanklike inkorting van hulle sosiale lewe. Sy eggenote sou hom ook onder geen omstandighede sonder toesig gelaat het nie.

"My vrou is tog geneig om my nie sommer alleen te laat nie, al is dit net vir kort rukkies wat sy moet uitgaan. Aan die begin het sy my glad nie alleen gelaat nie en moes ek oral saam gaan al is dit net kafee toe" (Pasiënt PB).

Pasiënt PE rapporteer 'n verandering en is dankbaar dat reëlings getref kon word sodat sy eggenote se sosiale lewe nie beïnvloed is deur sy eie ingeperktheid nie.

"Gelukkig het dit nie my vrou se sosiale lewe beïnvloed nie. Sy kon nog aan die meeste aangeleenthede deelneem met die bystand van haar vriende" (Pasiënt PE).

Pasiënt PA beleef dat sy MI hulle verhouding op sosiale vlak verstewig het en koester gevoelens van dankbaarheid oor sy MI in dië verband.

"Dit voel asof my probleem ons verhouding op sosiale vlak verstewig het – waardeer dit meer om steeds saam dinge te kan doen – kon soveel anders gewees het. In 'n mate is ek dus dankbaar dat ek die probleem gehad het – waardeer mekaar miskien nou meer." (Pasiënt PA).

Tema 7: Die beleving en hantering van gevoelens van ang, depressie en frustrasie

Vier van die vyf pasiënte (PA, PB, PC en PD) beleef gevoelens van nutteloosheid na die MI.

"Ek was so vol frustrasies omdat ek so nutteloos gevoel het, my humeur was baie kort en ek het soms gevoel ek kan teen die mure uitklim" (Pasiënt PB).

Pasiënt PC skryf sy gevoelens van nutteloosheid toe aan sy verswakte fisiese vermoëns.

"Daar bestaan steeds die vrees om te sterf, gevoelens van nutteloosheid as gevolg van fisiese kragte wat afgeneem het" (Pasiënt PC).

Pasiënte PA en PC rapporteer nog steeds 'n vrees om te sterf. Gevoelens van ang (PA en PD), frustrasie (PA, PB, PC, PD en PE), aggressie (PA en PB) en depressie (PD en PE) na die MI word gerapporteer. Ander pasiënte (PB, PC en PD) beleef dat hulle eggenote oorbeskermend optree en dit lei tot meer frustrasie by die pasiënte. Pasiënt PB poog om die situasie te hanteer deur sy gevoelens weg te steek.

"Jy probeer die ang en depressie wegsteek dat dit nie so openlik is nie, want as jy net snaaks voel, wil almal weet wat makeer. 'n Mens steek dit weg, want as almal om jou koek, word jy frustreed" (Pasiënt PB).

Pasiënt PC beleef sy eggenote se optrede teenoor hom as bejammering, wat vir hom moeilik en onaanvaarbaar is.

"As gevolg van my frustrasie om take te kan afhandel, vind ek dat my vrou miskien meer beskermend wil optree. Dit verwerk ek moeilik, want dit is vir my simpatie en ek hou nie daarvan nie" (Pasiënt PC).

Volgens pasiënt PA lei die gevoelens van ang, frustrasie en nutteloosheid wat hy beleef het tot spanning en ongeduld in sy verhouding met sy eggenote. Hy beleef sy eggenote as sonder begrip in haar optrede teenoor hom.

"Aanvanklike gevoelens van ang en frustrasie - met gepaardgaande nutteloosheid - het effense spanning en ongeduld van albei kante ontlok. Daar is soms gevoel dat die ander helfte gevoelloos en sonder simpatie of empatie optree" (Pasiënt PA).

Tema 8: Selfbelewenis van die pasiënt

Al die pasiënte ervaar 'n verandering in hulle selfbelewenis na die MI. Die beleving van gevoelens van verlaagde eiewaarde is algemeen (PB, PC, PD en PE). Pasiënt PC skryf hierdie veranderde beleving toe aan die verswakking van sy fisiese kragte.

"Ja, ek voel anders oor myself. Nie as gevoelens van mislukking of minderwaardigheid nie, maar as 'n gevoel van verswakking van fisiese lewenskragte, om nie meer in staat te wees om dinge te kan doen wat jy graag sou wou doen nie" (Pasiënt PC).

Al die ander pasiënte raak van hulleself bewus as sterflike wesens. In die bewuswording van hulle eie sterflikheid ervaar hulle dat hulle kwesbaar en nietig is. Dit lei tot 'n groter waardering vir die lewe oor die algemeen, vir die wat sy lewe met hom deel en veral vir sy huweliksverhouding (PA, PB, PD en PE).

"Die wyse waarop ek nou oor myself voel, het baie verander van voor die hartaanval tot na die tyd. Voor die hartaanval is jy net die beste en sterkste wat daar is en aanvaar jy geen raad nie. Na die hartaanval begin dink jy en besef jy hoe nietig jy werklik is. Jy heg geen waarde aan jouself nie. Daar is dinge wat baie groter as jy is. Nou besef jy dat jy op geleende tyd lewe en hoe minderwaardig jy werklik is. Ons probeer nou soveel as moontlik van mekaar kry en is dankbaar vir die tyd wat ons nog het" (Pasiënt PD).

Tema 9: Beroepsbeoefening

Drie (PC, PD en PE) van die vyf pasiënte was reeds op pensioen en het die MI op hierdie terrein

geen impak gehad nie. Hulle finansiële status was ook onaangeraak. Een van die afgetrede pasiënte (PD) het 'n staalwerkbedryf gehad en moes aanpassings maak in sy beroepsbeoefening. Hy rapporteer geen verandering in die gesin se finansiële status nie.

"Na die hartaanval het ek nog 'n werker in diens geneem. Ek doen nie meer sulke fisiese werk soos voorheen nie. Die hartaanval het nie veel verander aan my werk nie"
(Pasiënt PD).

Een van die twee pasiënte (PA) wat nog steeds in 'n beroep staan, beleef geen verandering in die wyse waarop hy sy beroepstake dag na dag uitvoer nie. Hy beleef egter gevoelens van angs en die omstandighede waaronder hy werk, as baie stresvol. Die aanvanklike gevoelens van angs wat hy beleef, sentreer rondom 'n antisipasie dat sy werkseise sy vermoëns sal oorskry. Later bring toenemende werkeise meer stres en angs mee. Hy oorweeg nou 'n beroepsverandering, wat op sigself verdere angs en stres meebring.

"My probleem het geen impak op my beroepsbeoefening gehad nie. Dit het my in die begin bang gemaak dat die pas van die werk dalk te kwaai kan wees. Nou, 'n jaar later, werk ek harder as ooit agv afleggings, ens. ens. – Dit maak my steeds bang – verandering bring noodwendig ongeduld en frustrasie mee. Tans oorweeg ek dit om van werk te verander – nie maklike besluit op my ouderdom nie"(Pasiënt PA).

Pasiënt PB aanvaar dat hy na sy MI aanpassings in sy beroep moes maak, net soos in al die ander aspekte van sy lewe. Hy poog om sy werkstres te verminder deur werk- en stressituasies bewustelik te oordeel en te monitor en meer selfgeldend op te tree indien hy van oordeel is dat onnodige stres op hom geplaas word. Pasiënt PB rapporteer groter finansiële druk.

" Ek moes wel aanpassings maak by die werk soos met alles moet jy besluit of die druk wat toegepas word deur 'n taak vir jou hanteerbaar gaan wees en of daar nie dalk te veel "stres" op jou gesit word nie. Die hele situasie moet deurentyd gemonitor word om amper 'n rustige lewe te lei by die werk. Daar was wel onnodige druk op my geplaas maar kon dit gelukkig hanteer deur sekere goedere te weier wat aan my opgedra is"
(Pasiënt PB).

Tema 10: Seksuele verhouding

Die twee ouer pasiënte (PC en PE) beleef geen aanpassing in hulle seksuele verhouding na die MI nie, gesien in die lig van hulle ouderdom. Pasiënt PE noem dat hy en sy eggenote op hulle oudag mekaar nog steeds geniet, maar nou op 'n ander manier. Die jonger pasiënte beleef almal inisiële aanpassings in dié verhouding. In sekere gevalle (PA) was hulle inisieel baie versigtig gewees en in ander gevalle (PB) het die eggenote seksuele omgang vermy vanweë 'n vrees dat haar eggenoot weer 'n MI mag kry.

"Net na die operasie was my vrou baie bang dat ek my sou ooreis en weer 'n hartaanval kry en het sy seksuele omgang vermy; gaandeweg het dit weer na normaal teruggekeer" (Pasiënt PB).

Vir pasiënt PD het sy MI die grootste impak op hulle seksuele verhouding gehad.

"Die grootste verandering in ons verhouding was ons seksuele verhouding. Dit het byna heeltemal gestop na die hartaanval" (Pasiënt PD).

PD en sy eggenote hanteer die probleem deur te kommunikeer daaroor en sy eggenote verseker hom dat dit nie saak maak nie. Hulle aanvaar die situasie en leef daarmee saam. Nou, na 'n jaar, begin die situasie verbeter.

Tema 11: Ondersteuningstelsels

Vir al die pasiënte het hulle geloof in God as 'n baie sterk ondersteuningstelsel gedien. Sommige beleef dat hulle geloof versterk is deur die ervaring (PA en PE). Eggenotes, kinders, familie en vriende word deur die meeste pasiënte beleef as 'n sterk bron van ondersteuning (PB, PC, PD en PE). Pasiënt PE sonder sy eggenote uit.

"Die grootste bron van krag gedurende my siekte tot nou was my vrou. Ek dink nie dat daar enige manier was wat ek sonder haar dit sou kon oorleef en weer 'n normale lewe kon lei nie" (Pasiënt PE).

Pasiënt PE beleef dat hy ook baie ondersteuning gevind het in die gesondheidsorgpersoneel. Vir pasiënt PA het sy strewende na 'n meer sinvolle lewe aan hom die dryfkrag, motivering en deursettingsvermoë verskaf om staande te bly deur die krisis. Ander meld weer dat hulle wil om weer te lewe en te werk (PC en PD) sowel as finansiële verpligtinge (PD) as 'n sterk motivering tot herstel gedien het.

"Die grootste wil was om weer uit die bed uit op te staan en met my werk aan te gaan. Ek werk nou vir myself en kan dit nie bekostig om nie te werk nie" (Pasiënt PD).

Alhoewel PA die ondersteuning van sy eggenote en gesin verbaliseer, beleef hy hulle nie as baie ondersteunend nie.

"Dit voel soms of my ander helfte en gesin nie genoeg waarde heg aan my probleem nie en my nie genoeg "pamperlang" nie – selfbejammering – baie slegte eienskap – heeltemal onnodig" (Pasiënt PA).

Tema 12: Huweliks kwaliteit

Alhoewel pasiënte PB en PC hulle huweliksverhouding nog as grootliks dieselfde beleef, rapporteer hulle, net soos die ander, 'n groter waardering vir mekaar en bring hulle as egpaar meer tyd saam deur. Die voorgenoemde spruit grotendeels voort uit die pasiënte se besef van hulle eie sterflikheid (PB, PC, en PE).

"Alhoewel ons meer tyd saam spandeer en meer dinge saam doen, verskil ons huwelik nie regtig van voor die tyd nie; ek dink net ons waardeer mekaar net meer omdat ons besef hoe maklik dit kan gebeur om die ander een te verloor" (Pasiënt PB).

Pasiënt PA beleef sy huweliksverhouding as verryk deur sy MI.

"Hartaanval het in 'n sekere sin 'n verrykende invloed gehad deurdat ons waarskynlik meer kwaliteittyd saam spandeer" (Pasiënt PA).

Samevatting

Samevattend blyk dit dat die aanleer van 'n rustiger lewe en die hantering van stres en stressituasies vir die pasiënte van die grootste aanpassingstake was waarmee hulle gekonfronteer is na die MI. Hulle stryd om die rookgewoonte te laat vaar, was een van moeilikste aanpassings by 'n gesonder lewenstyl en die ondersteuning, al dan nie, van die eggenote blyk belangrik te wees en aanpassings te vergemaklik of te belemmer. Met die uitsondering van een van die pasiënte, beleef almal die kommunikasie in hulle huweliksverhouding, pre- sowel as postmorbied, as goed en dat dit na die MI selfs verbeter het. Die meeste pasiënte beleef 'n groot verandering in die wyse waarop hulle konflik en probleme benader en hanteer en die meeste poog om diè aangeleenthede te vermy. Meeste van die pasiënte is egter van oordeel dat krisisse nog dieselfde gehanteer word en dat hulle daaromtrent ingelig word deur hulle eggenote.

Byna al die pasiënte beleef min aanpassing in hulle eie of die sosiale lewens van hulle eggenotes. Hulle skryf hierdie beleving toe aan die feit dat hulle as egpaar premorbied nie baie sosiaal was nie en 'n rustiger lewe verkies. Die meeste van die pasiënte beleef gevoelens van nutteloosheid na die MI. Een van die pasiënte skryf dit toe aan sy verswakte fisiese vermoëns. Die meeste pasiënte rapporteer 'n vrees vir die dood en gevoelens van angs, frustrasie, aggressie en depressie na die MI. Drie van die pasiënte beleef dat hulle eggenote oorbeskermend optree, wat tot meer frustrasie by hulle lei.

Al die pasiënte beleef 'n verandering in hulle selfbeleving na die MI. Die beleving van gevoelens van lae eiewaarde is algemeen. Een van die pasiënte skryf diè veranderde beleving toe aan die verswakking van sy fisiese kragte. Al die ander pasiënte raak van hulleself bewus as sterflike wesens. In die bewuswording van hulle eie sterflikheid beleef hulle gevoelens van kwesbaarheid en nietigheid. Dit lei tot 'n groter waardering vir die lewe en diè wat hulle lewe met hulle deel, wat ook hulle huweliksverhouding insluit.

Binne die beroepsituasie is die effektiewe hantering van stres en stressituasies 'n belangrike aanpassingstake waarmee die pasiënt gekonfronteer word. Slegs een van die pasiënte rapporteer groter finansiële druk vanweë die feit dat hy hulp moes huur om take te verrig wat voorheen deur homself verrig was.

Die twee ouer pasiënte beleef geen aanpassing in hulle seksuele verhouding na die MI nie, gesien in die lig van hulle ouderdom. Die jonger pasiënte beleef egter almal inisiële aanpassings. Vir sommige was die aanpassing min en van korte duur, maar vir van die ander pasiënte was die verandering meer langdurig van aard.

Hulle geloof in God het vir al die pasiënte as 'n baie sterk ondersteuningstelsel gedien. Sommige pasiënte beleef dat hulle geloof versterk is deur die ervaring. Eggenotes, kinders, familie en vriende word beleef as 'n sterk bron van ondersteuning deur die meeste van die pasiënte. Sommige van die pasiënte sonder hulle eggenotes uit as die onontbeerlikste bron van krag, sonder wie herstel nie moontlik sou gewees het nie. Alhoewel van die pasiënte hulle huweliksverhouding nog as grootliks dieselfde beleef, rapporteer hulle almal 'n groter waardering vir mekaar en bring hulle as egpaar meer tyd saam deur. Die voorgenoemde spruit voort uit die pasiënt se besef van sy eie sterflikheid.

6.3 Voorbeeldprotokolanalise en integrasie van temas: Eggenotes

6.3.1 Voorbeeldprotokolanalise: Eggenote EA

Hierdie voorbeeld dien as 'n demonstrasie van die eggenote se protokolle. Die selfde analitiese prosedure is gevolg in die identifisering van betekenis-eenhede en die omskrywing van ervaringstemas.

VRAAG 1	Wat was die grootste veranderings en aanpassings wat u moes maak na u egmaat se hartaanval? Hoe het u hierdie veranderings en aanpassings beleef en hanteer.	
Betekenis-eenheid	Verbatim-aanhalings	Ervaringstemas
1	Dieet en om konflik te vermy sodat hy nie te opgewonde moes raak nie was die grootste aanpassings. Die hele tyd moes probeer word dat sy polsslag nie te vinnig moes raak nie. Jy probeer van jou kant om hom op die regte dieet te hou, maar dan sal hy agteraf ander kos eet wat juis nie geëet mag word nie! Daar was elke keer groot konflik wanneer dit aangespreek was - so dan laat jy maar God's water oor God's akker loop en los alles!	<u>Dieetaanpassings en om hom kalm te hou, was die grootste aanpassing na MI</u> EA is van oordeel dat die dieetveranderings wat hulle moes maak en die vermyding van die konflik wat onder andere daaruit voortgespruit het, groot aanpassings was na haar eggenoot se MI. Wanneer EA haar eggenoot gekonfronteer het omdat hy verbode voedsel geëet het, het dit tot groot konflik gelei, met die gevolg dat sy haar handdoek ingegooi het, moed opgegee het – in 'n poging om konflik te vermy. EA beleef konflik om hom aan te

		spreek oor dieet, wat tot verdere konflik gelei het. Beide is negatief vir sy gesondheid.
VRAAG 2	Het die veranderinge wat u egmaat moes maak in sy lewenstyl 'n impak op u huweliksverhouding gehad? (Bv. dieetveranderinge, staak van die rookgewoonte, drinkgewoontes, gereelde oefening, ens.)	
2	Sien vorige bl 1 ivm die dieet. Die feit dat hy nie by sy dieet hou nie, het konflik veroorsaak.	<u>Eggenoot se gebrekkige verbintenis tot dieetverandering lei tot konflik</u> EA is van oordeel dat haar eggenoot se gebrekkige verbintenis tot 'n gesonde dieet konflik in die huwelik veroorsaak.
VRAAG 3	Was dit vir u moontlik om oop met u egmaat te kommunikeer oor u eie gevoelens rakende sy siekte, u vrese en toekomsverwagtings? Was dit moontlik om voor u egmaat se hartaanval oop te kommunikeer?	
3	Wanneer ek iets aangespreek het, het hy gewoonlik kwaad geraak! Veral oor sy eetgewoontes! Ons kon nog nooit werklik oop kommunikeer nie.	<u>Pre- en postmorbiede kommunikasieprobleme</u> Volgens EA het sy en haar eggenoot nog altyd kommunikasieprobleme ervaar. Kommunikasie oor veral sy dieet sou diwels 'n konfliksituasie tot gevolg hê.
VRAAG 4	Was daar wesenlike rolveranderinge in u huwelik na u egmaat se hartaanval, in die sin dat u take van u egmaat moes oorneem? (Bv. versorging van die huis, tuin, kinders, ens).	
4	Daar was nie eintlik wesenlike rolveranderinge na sy hartaanval nie. My man was nooit betrokke by die versorging van die huis of die gesin nie. Ook nie na sy hartaanval nie. Ek moes nog altyd alles op my eie doen en dit het nie verander na sy hartaanval nie.	<u>Geen rolaanpassings vanweë eggenoot se onbetrokkenheid by gesin</u> EA is van oordeel dat daar nie veel rolaanpassings was na haar eggenoot se MI nie aangesien hy nie betrokke was of is by die versorging van die huis of gesin nie. EA is van mening dat sy nog altyd vir alles verantwoordelikheid moes aanvaar. Hierdie situasie het nie verander na haar eggenoot se MI nie.
VRAAG 5	Verskil die wyse waarop u probleme en krisisse tans hanteer van die manier waarop u dit voor u egmaat se hartaanval gehanteer het? (Bv. vermy rusies/konflik, hanteer probleme alleen, lig egmaat nie in oor probleme of krisisse nie). Wat, volgens u, is die rede hiervoor?	
6	Het konflik probeer vermy sodat hy nie opgewonde moes raak nie. Die meeste rusies was maar oor sy eetgewoontes en ek het dit op die ou end laat vaar omdat hy nie wou luister nie.	<u>Poog om konflik te vermy wat eggenoot kan ontstel</u> EA poog om konfliksituasies te vermy wat haar eggenoot kan ontstel. Aanvanklike pogings om hom te wys op verkeerde dieet het gelei tot konflik en EA het gevolglik gesprekke oor dieet laat vaar omdat dit vrugtelos was.
VRAAG 6	Het u egmaat se hartaanval enige impak gehad op julle sosiale lewe? (Bv. gaan minder alleen uit, vermy sosiale funksies ens). Hoe voel u daarvoor en hoe beïnvloed dit u huweliksverhouding?	
7	Aan die begin het ons sosiale funksies vermy bv. Braaivleise net om te probeer vermy het om ongesonde kosse te eet. Vir my was dit geensins 'n probleem nie. Vir my man wel. Hy	<u>Vermy aanvanklik na MI sosiale geleenthede ter wille van eggenoot se dieet</u> Volgens EA het hulle net na haar eggenoot se

	het my en sy dieet daarvoor geblameer.	MI sosiale funksies vermy aangesien dit inbreuk gemaak het op haar eggenoot se dieet. Minder sosiale kontak het EA nie gepla nie, maar EA se eggenoot het EA en sy dieet daarvoor verkwalik.
VRAAG 7	Sou u sê dat die gevoelens van angs, depressie en frustrasie wat u beleef/beleef het 'n wesentliche invloed op u huweliksverhouding gehad het? (vrees dat egmaat mag sterf, gevoelens van skuld oor u aandeel in die siekte ens). Het dit 'n invloed gehad op die wyse waarop u teenoor u egmaat opgetree het of nog steeds optree? Hoe het u die gevoelens van angs, depressie en frustrasie wat moontlik na die hartaanval by u egmaat aanwesig was, beleef en gehanteer? Op watter wyse het dit u huweliksverhouding beïnvloed?	
8	Ek het geen gevoelens van angs, depressie of frustrasie ervaar of by my eggenoot ervaar nie.	<u>Ontken die beleving van gevoelens van angs, depressie en frustrasie by self sowel as eggenoot</u> Volgens EA het sy na haar eggenoot se MI geen gevoelens van angs, depressie of frustrasie beleef nie. EA was ook nie bewus daarvan dat haar eggenoot enige gevoelens van angs, depressie of frustrasie beleef het na sy MI nie.
VRAAG 8	Sou u sê dat die wyse waarop u egmaat tans oor homself voel en die waarde wat hy aan homself as mens heg, verskil van voor die hartaanval? Wat volgens u het 'n bydrae gelewer tot hierdie veranderde gevoelens omtrent homself? (bv gevoelens van mislukking en minderwaardigheid mbt sy beroep, ouerskap, egmaat, ens). Het u gevoelens omtrent u egmaat of die wyse waarop u aan u egmaat dink, verander? (Bv. egmaat het meer beskerming of ondersteuning nodig, is 'n mislukking ens). Op watter wyse het dit u huweliksverhouding beïnvloed?	
9	Ek het nie agtergekom dat my egmaat verskillend oor homself voel nie. Of gevoelens van minderwaardigheid of mislukking beleef nie. My eggenoot sal dit ook nie aan my noem indien hy enigsins bogenoemde gevoelens sou hê nie. Niks het eintlik op die lang termyn verander nie.	<u>Onbewus van enige verandering tov eggenoot se gevoelens van eiewaarde</u> Volgens EA is sy nie bewus daarvan dat haar eggenoot se selfbeleving verander het nie of dat hy gevoelens van minderwaardigheid en mislukking beleef nie. EA is van oordeel dat al het haar eggenoot sulke gevoelens beleef, hy dit nie met haar sou deel nie. Volgens EA was daar geen langtermyn veranderings nie.
VRAAG 9	Wat was die aard van die impak wat u egmaat se hartaanval op sy beroepsbeoefening gehad het? (Bv. moes hy ophou werk, van beroep verander, finansiële implikasies ens) Hoe het u hierdie veranderinge beleef? Het dit u huweliksverhouding op enige wyse beïnvloed?	
10	Geen veranderinge; doen nog dieselfde werk.	<u>Geen impak op eggenoot se beroep</u> Volgens EA het haar eggenoot se MI geen impak op sy beroepsbeoefening gehad nie.
VRAAG 10	Was daar wesentliche veranderings in u seksuele verhouding na u egmaat se hartaanval? Wat, volgens u mening, was die oorsake van die veranderings en hoe het u die veranderings beleef en hanteer? Wat was die impak daarvan op u huweliksverhouding?	
11	Daar was geen seks na sy hartaanval	<u>Aanvanklik totale seksuele onthouding</u>

	<p>nie. Ek dink dit was die feit dat hy hom rustig moes gedra en nie sy polsslag moes versnel nie. Ek het dit maar so aanvaar.</p>	<p><u>om te voorkom dat eggenoot se hartklop versnel</u></p> <p>EA rapporteer dat na haar eggenoot se MI hulle glad nie seksueel verkeer het nie. Sy skryf dit toe aan die feit dat hy homself rustig moes gedra. EA het dit so aanvaar aangesien sy nie 'n keuse gehad het nie.</p>
VRAAG 11	<p>Wat, volgens u, het u die krag gegee om staande te bly deur hierdie krisis? (Bv. ondersteuning van gesin, kinders, godsdiensoortuigings, ens).</p>	
12	<p>Aan die begin was dit nogal vir my 'n skok, maar ek verpleeg self en nadat ek al die detail van verpleegpersoneel en dokter gekry het, het ek geweet dat hy sou herstel.</p>	<p><u>Na aanvanklike skok plaas mediese agtergrond eggenoot se toestand in perspektief</u></p> <p>Volgens EA het haar mediese kennis en inligting vanaf die mediese personeel aangaande haar eggenoot se toestand die situasie/omstandighede vir haar vinnig in perspektief geplaas en het die wete dat hy sou herstel die plek van die inisiële skok ingeneem.</p>
13	<p>Gelukkig het my man baie vinnig herstel. Miskien té vinnig, want ek glo nie hy besef die erns van die saak nie. Ek dink hy wil dit nie weet nie. Hy was seker vir 'n jaar laas vir 'n opvolgondersoek.</p>	<p><u>Eggenoot onkundig oor die erns van sy siekte</u></p> <p>EA is van oordeel dat haar eggenoot nie 'n begrip het van die erns van sy siekte nie en dat hy van ontkenning as verdedigingsmeganisme gebruik maak.</p>
VRAAG 12	<p>Het u egmaat se hartaanval 'n invloed gehad op die kwaliteit van u huwelik? (Bv. bring meer/minder tyd saam deur, waardeer mekaar meer, voel meer geïntereerd met egmaat, vind hom moeilik om mee saam te leef, ens). Verskil dit wesenslik van voor die hartaanval?</p>	
14	<p>Niks het eintlik verander nie, behalwe wat dit my ontsettend irriteer dat hy aanhou verkeerd eet en ophou oefeninge doen het.</p>	<p><u>Eggenoot se gebrekkige verbintenis tot 'n gesonde lewenstyl wek gevoelens van irritasie</u></p> <p>EA is van oordeel dat daar min verandering in hulle verhouding was na haar eggenoot se MI. Sy gebrek aan motivering en verbintenis tot 'n gesonde dieet en gereelde oefenprogram wek gevoelens van irritasie by haar.</p>

Hierdie voorbeeld sluit die demonstrasie van die analitiese prosedure af. 'n Integrasie van die ervaringstemas, soos geïdentifiseer by die eggenotes, sal vervolgens bespreek word.

6.3.2 Integrasie van temas

Tema 1: Grootste aanpassing en verandering na MI

Dieetaanpassings en om haar eggenoot rustig te hou en te verseker dat hy hom so min as moontlik vermoei word deur sommige van die eggenotes (EA en ED) as die groot aanpassingstake na die MI beleef. Eggenote EB meld die oorname van 'n groter mate van verantwoordelikheid as die grootste aanpassing wat sy moes maak. Sy maak dié aanpassing teensinnig en ten spyte van haar eie swak gesondheid. Om weer selfstandig en onafhanklik te funksioneer, was vir eggenote EC 'n groot uitdaging.

"Motor bestuur wat ek gedurende die laaste paar jaar nie meer gedoen het nie moes ek weer doen. Voor die hartaanval was ek oortuig dat ek nie alleen inkopies kon gaan doen nie en tog het ek aangegaan omdat ek moes" (Eggenote EC).

Eggenotes EB en ED meld dat die aanpassings wat hulle op sosiale vlak moes maak, van die grootste aanpassings was. Volgens beide eggenotes word sosialisering na die MI gedikteer deur hulle eggenoot se gesondheidstoestand, wat lei tot 'n afname in hulle sosiale aktiwiteite en interaksie met ander.

"Alle reëings (funksies, uitstappies, vergaderings, ens.) kon nie meer soos in die verlede beplan word nie maar moes op die laaste nipperjie gereel of bevestig word - afhangende van my man se gesondheid. Dit het meegebring dat ons nie soos voorheen gereeld oor en weer kuier nie, maar sommige van ons vriende een keer in maande sien" (Eggenote EB).

Tema 2: Lewenstylaanpassings

Eggenote ED beleef dat die veranderings in lewenstyl wat hulle moes maak, vir beide voordelig was en dat aanpassings vergemaklik is omdat albei die nuwe lewenstyl aanvaar het.

"Die veranderings wat ons moes maak, was vir ons beide goed. Ons moes altwee op 'n dieet gaan, ophou rook, ens. Dit was nie baie moeilik nie, want ons moes dit altwee doen..." (Eggenote ED).

Lewenstylaanpassings, soos dieetaanpassings en die staak van die rookgewoonte, lei egter tot heelwat konflik en spanning in sommige van die ander verhoudings (EA en EB). Waar eggenotes poog om hierdie aspekte aan te spreek, lei dit tot konflik en frustrasie by hulle.

"Jy probeer maar van jou kant om hom op die regte dieet te hou, maar dan sal hy agteraf ander kos eet wat juis nie geeet mag word nie! Daar was elke keer groot konflik wanneer dit aangespreek was" (Eggenote EA).

Eggenote EC poog om haar egmaat te ondersteun in die frustrasies wat hy beleef omdat hy opgehou het om te rook deur hom te herinner aan oor hoe dankbaar sy is oor sy voortgesette gesondheid.

Tema 3: Kommunikasie

Slegs eggenote EA rapporteer pre- en postmorbiede kommunikasieprobleme en dat kommunikasie, oor veral dieet, dikwels 'n konfliktsituasie tot gevolg sou hê. Eggenote ED beleef die kommunikasie tussen haar en haar eggenoot as "moeilik". Alhoewel ED en haar eggenoot baie kommunikeer, lei kommunikasie tussen hulle baie selde tot verhoogde insig in hoe haar eggenoot voel. Kommunikasie met haar eggenoot word gemotiveer deur ED se behoefte om meer uit te vind oor haar eggenoot se siektetoestand vanweë haar gevoelens van onsekerheid daaroor.

"Nee, dit is en was nie maklik nie. Soms het ek met hom gepraat oor sy siekte. Dit kom gou en 'n mens weet nie hoe om dit te hanteer nie. Ek wou aanmekaar weet het hy seer, het hy pyn, voel hy sleg, wat kan ek vir hom doen. Soms was ek te bang ek vra dalk iets en moes dalk stil gebly het. Ek wou baie weet oor die siekte" (Eggenote ED).

Eggenote ED moes ook baie versigtig wees in haar kommunikasie met haar eggenoot.

"Ek moet my woordeskat reg kies en moet duidelik vir hom uitspel wat ek bedoel as ek vir hom iets vra of vertel. Hy raak baie ontsteld wanneer hy dinge verkeerd verstaan" (Eggenote ED).

Al die ander eggenotes (EB, EC en EE) beleef die kommunikasie in hulle verhouding pre- en postmorbied as goed. Hulle beleef dat die premorbiede openheid in hulle verhouding dit juis moontlik gemaak het om postmorbied te kan kommunikeer oor siekteverwante vrese en ander aangeleenthede van belang. Eggenote EB meld dat in haar kommunikasie met haar eggenoot oor haar eie vrese, hy dit dikwels sal afmaak of ontken, wat EB as 'n gebrek aan begrip vir die erns waarmee sy die saak bejeën, beleef.

"Ek sê baie vir my man hoe absoluut vreesbevange ek raak as hy kla hy voel nie lekker nie en dat ons as gesin hom baie nodig het, maar ek dink nie hy verstaan mooi hoe ernstig ek daaroor is nie. Hy sal baie keer sy toestand aflag met: "Ag, dis nie so erg nie!" (Eggenote EB).

Tema 4: Rolaanpassings

Volgens die meeste van die eggenotes (EB, EC, ED en EE) moes hulle na die MI sekere take en verantwoordelikhede van hulle eggenote oorneem. Sommige eggenotes beleef rolveranderings as tydelike aanpassings wat hulle moes maak. Eggenote ED beleef haarself as redelik onseker en onkundig in die oornome van haar eggenoot se besigheid.

Ja, net na die hartaanval was daar rolveranderings. Ek moes sy besigheid behartig, waarvan ek min geweet het. By hom was daar geen belang nie. Drie maande daarna het hy self weer oorgeneem..." (Eggenote ED).

Aanpassings by ander word as meer langdurig en dus meer stresvol van aard beleef. Eggenote EB beleef die aanpassings wat sy moes maak, as op haar afgeforseer en neem teensinnig verantwoordelikheid daarvoor.

"... moes ek omtrent alle leiding op my neem. Ons finansiële begroting, vereffening van rekenings en alle uitgawes is nou my verantwoordelikheid. Natuurlik klop ons begroting nooit nie en plaas dit baie stres op my. Om finansiële sowel as veiligheidsredes kon ek nie 'n tuindiens aanstel nie en moes ek en die twee dogters (14 en 7 jaar) maar self inspring in die tuin in" (Eggenote EB).

Eggenote EA meld dat daar geen rolaanpassing was nie, aangesien haar eggenoot nooit betrokke was by die versorging van die huis of gesin nie. Eggenote EC meld ook geen rolaanpassings nie, maar aanvaar die verantwoordelikhede wat sy moes oorneem.

"Daar was geen rolveranderings nie. 'n Paar take moes ek noodgedwonge alleen verrig, waar ons gewoon was om dit saam te doen" (Eggenote EC).

Tema 5: Konflik-; krisis- en probleemhantering

Volgens eggenote EE hanteer sy en haar eggenoot probleme deur kommunikasie en sou hulle selde premorbied in konfliktsituasies betrokke raak oor probleme. Hulle hanteer hulle probleme nou op die dieselfde wyse.

"Daar het geen verskil in ons verhouding plaasgevind nie, want ons hanteer ons probleme deur praat en was nooit in die verlede geneig om rusie te maak oor klein of groot probleme nie" (Eggenote EE).

Die meeste eggenotes (EA, EB en ED) poog om situasies wat tot konflik mag lei, te vermy in 'n poging om nie hulle eggenote te ontstel nie.

"Ja, daar is nogal 'n verskil, veral as dit op 'n rusie sou uitloop. Ek dink die rede hiervoor is vrees. Vrees dat hy dalk deur 'n rusie weer 'n aanval sou kry" (Eggenote ED).

Na sy aanvanklik probleme en situasies wat tot konflik kan lei van haar eggenoot weerhou het, het EB haar eggenoot weer betrek en ingelig oor probleme.

"Ek glo egter dat krisisse en probleme deel van elke mens se lewe is en dat jy nie altyd iemand daarteen kan beskerm nie" (Eggenote EB).

Volgens eggenote EC was daar geen verskil in die wyse waarop hulle konflik en probleme hanteer het na haar eggenoot se MI nie.

Tema 6: Sosiale lewe

Eggenotes EC en EE meld dat daar na hulle eggenote se MI geen verandering in hulle sosiale lewe was nie. Hulle skryf dit toe aan die feit dat hulle premorbied nie baie sosiaal was. Volgens eggenote EA het hulle sosiale aangeleenthede aanvanklik vermy ter wille van haar eggenoot se dieet.

"Aan die begin het ons sosiale funksies vermy bv. braaivleise net om te probeer vermy om ongesonde kosse te eet. Vir my was dit geensins 'n probleem nie. Vir my man wel. Hy het my en sy dieet daarvoor geblameer" (Eggenote EA).

Soos reeds vermeld onder tema 1, beleef eggenotes EB en ED dat hulle eggenoot se MI 'n groot impak op hulle sosiale lewe gehad het. Bywoning van sosiale aangeleenthede word nou deur hul eggenoot en sy gesondheidstoestand bepaal.

"As ons na 'n funksie toe moet gaan, of êrens elders, moet ons altyd eers kyk hoe hy voel. Anders maak ons dit vir beide moeilik. Hy is altyd gewillig om maar te gaan ter wille van my. Die meeste van die tyd dink ek maar 'n verskoning uit hoekom ons nie kan gaan nie. Soms huil jy maar uit frustrasie so dat hy jou ook nie sien nie" (Eggenote ED).

Tema 7: Die belewing en hantering van gevoelens van angs, depressie en frustrasie

Eggenote ED rapporteer gevoelens van skuld oor die aandeel wat sy glo sy aan haar eggenoot se MI gehad het. Sy vind dit uiters moeilik om haar eggenoot se gevoelens van depressie en frustrasie te hanteer vanweë haar onkundigheid daaroor, wat lei tot uiterste gevoelens van stres by haar.

"Ek het baie gestres want ek kon sien wanneer hy depressief of gefrustreerd was en jy weet nie hoe om dit te hanteer nie. Ek moes probeer en dra baie keer die blaam vir dinge wat gebeur. Dit is baie stres. Dit beïnvloed die huwelik. Jy dink aan egskeiding, want alles word net te veel vir jou. Jy raak moeg om altyd net die regte voet voor te sit" (Eggenote ED).

Die belewing van gevoelens van angs dat haar egmaat mag sterf, was baie algemeen, wat tot gevoelens van onsekerheid by die eggenote lei.

"Dit het 'n invloed op die huwelik. Baie goed vlieg deur jou gedagtes. Hy mag dalk skielik sterf. Jy weet nie waar en wanneer dit kan gebeur nie" (Eggenote ED).

Eggenote EB rapporteer dat sy dit onmoontlik vind om die gebeure rondom haar eggenoot se MI te vergeet en dit dra by tot die gevoelens van angs wat sy beleef en die frustrasies van haar eggenoot. Sy hanteer haar angsgevoelens deur oorbekermend op te tree.

"Ek is ook heeltemal oorbekermend en sal hom sommer vertel, sonder om te vra, dat hy nie goed voel nie en moet gaan rus. Ek besluit ook sommer vir hom wat hy mag doen en wat nie. Natuurlik hou geen man daarvan dat daar op so 'n manier om hom gekloek word nie, en word ek gereeld op die vingers getik" (Eggenote EB).

Eggenote EA ontken die beleving van gevoelens van angs, depressie en frustrasie by haar of haar eggenoot.

"Ek het geen gevoelens van angs, depressie of frustrasie ervaar of by my eggenoot ervaar nie" (Eggenote EA).

Tema 8: Selfbeleving van die pasiënt

Met die uitsondering van eggenote EA, merk al die eggenotes dat daar 'n verandering was in die selfbeleving van hulle eggenoot. Volgens hulle hou hulle eggenoot se veranderde selfbeleving grootliks verband met sy verswakte fisiese vermoëns en die stadiger lewens tempo waarby hy moet aanpas. Hulle beleef almal hulle eggenote premorbied as baie aktiewe mense en dat hulle haastige geaardhede nie verander het nie en gevolglik sukkel hulle om aan te pas by 'n stadiger tempo van taakafhandeling.

"My eggenoot was altyd iemand wat dinge gedoen wou hê. Na sy herstel is hy weer so, alhoewel hy sukkel om te aanvaar dat hy dinge stadiger moet doen" (Eggenote EC).

Volgens eggenote EB het haar eggenoot se verswakte fisiese toestand gelei tot gevoelens van afhanklikheid, onsekerheid, belangeloosheid en gebrekkige motivering.

"My man het definitief gevoel dat hy as man faal en dit het hom baie frustreer. Vir elke dingetjie wat hy voorheen sommer self gedoen het, moes hy nou hulp vra. Dit voel vir my asof hy heeltemal tou opgegooi het en nou nie meer lus voel om enige iets aan te pak wat hy dalk nie sal kan voltooi nie" (Eggenote EB).

Tema 9: Beroepsbeoefening

Drie van die eggenote (EA, EC en EE) rapporteer geen impak op hulle eggenoot se beroepsbeoefening nie. In twee van die gevalle (EC en EE) was hul eggenoot reeds op pensioen.

Eggenote ED rapporteer verhoogde finansiële druk op haar as gevolg van die aanpassings wat haar eggenoot weens die implikasies van sy siekte in sy besigheid moes maak. Sy beleef hierdie aanpassings as 'n verdere opoffering wat sy moet maak.

"Hy moes nou minder werk doen en mense bykry om hom te help. Dit was 'n ekstra uitgawe wat minder geld vir ons laat. Ek moes weer eens aanpassings maak. Die las op my word groter" (Eggenote ED).

Volgens eggenote EB is haar egmaat meer kwesbaar vir siektes as gevolg van gesondheidsfaktore en is hy lang tye tuis. Weens 'n gebrek aan begrip vir haar eggenoot se situasie is sy werkslading nie verminder nie en het hy aansoek gedoen om vervroegde pensioen, wat die finansiële las op haar mag verhoog.

"Om hierdie rede het my man aansoek gedoen om op vervroegde pensioen te gaan, wat veroorsaak dat, indien dit goedgekeur word, ek die rol van broodwinner moet oorneem, aangesien sy pensioen heeltemal onvoldoende is" (Eggenote EB).

Tema 10: Seksuele verhouding

Met die uitsondering van eggenote EE, beleef almal inisiële aanpassings in hulle seksuele verhouding wat weer na normaal teruggekeer het namate herstel plaasvind. Eggenote ED skryf die verandering toe aan medikasie, eggenote EC aan 'n aanvanklike skrikkerigheid, en eggenote EA aan die feit dat haar eggenoot hom rustig moes gedra. Eggenote EB stel dit dat, gesien in die lig

van haar eggenoot se gesondheid as eerste prioriteit, aanpassing op seksuele gebied die minste was.

"Vir ons was die eerste prioriteit dat hy moet gesond word en het dit nie 'n probleem veroorsaak dat ons nie seksueel aktief kon wees nie" (Eggenote EB).

Tema 11: Ondersteuningstelsels

Vir die meeste van die eggenotes (EB, EC, ED en EE) was hulle geloof en vertroue in God die belangrikste bron van ondersteuning wat hulle deur die krisis gedra het.

"My geloof en vertroue in God het my deur die krisis gedra" (Eggenote EC).

Volgens EB het die ervaring ook hulle geloof versterk en hulle beter mense gelaat.

"Ons geloof is ook versterk en ek glo dat ons beter mense aan die anderkant uitgekomm het" (Pasiënt EB).

Die fisiese, emosionele en geestelike ondersteuning van kinders, familie, vriende, bure en kerklidmate was ook onontbeerlik in dié tyd. Eggenote EE sonder ook haar eggenoot, sowel as die gesondheidsorgpersoneel, as 'n belangrike bron van ondersteuning uit.

"Eerstens my geloof en gebede, die bystand van my en liefde van my man sowel as my kinders en kleinkinders, ons predikant en sy vrou, die verpleegpersoneel, my omgeegroep, my susters, kerkgroep, my bure, ens..." (Eggenote EE).

Eggenote EA steun op haar eie mediese agtergrond en die inligting afkomstig vanaf die mediese personeel.

"Aan die begin wat dit nogal 'n skok, maar ek verpleeg self en nadat ek al die detail van verpleegpersoneel en dokter gekry het, het ek geweet dat hy sou herstel" (Eggenote EA).

Tema 12: Huwelikskwaliteit

Eggenote EB rapporteer dat haar eggenoot se MI daartoe gelei het dat sy haar prioriteite hersien het en gedwing was tot nadenke oor haar eie lewenspatroon.

"n Mens se prioriteite verander natuurlik - ook gelukkig so - en jy word tot stilstand gedwing om jou lewe te oordink" (Eggenote EB).

Eggenote EB, asook van sommige die ander eggenotes (ED en EC), rapporteer 'n verhoogde waardering vir mekaar as egpaar, wat voortspruit uit die bewuswording van menslike sterflikheid.

"Ja, ons waardeer mekaar meer omdat ons besef 'n mens leef nie vir altyd nie" (Eggenote EC).

Drie van die eggenotes (EA, EB en ED) rapporteer gevoelens van irritasie oor die aanpassings wat gemaak moes word en eggenote ED voel baie gespanne oor die onsekerheid wat die toekoms mag inhou.

"Jy is altyd gespanne want jy weet nie hoe dit môre gaan wees nie. Soms is ons geïrriteerd met mekaar, want hy het mos nou verander en ons moes aanpassings maak. Hy is nie onmoontlik om mee saam te leef nie. Daar is 'n verskil van voor die hartaanval. Alles was mos rooskleurig en ons wou nog baie dinge doen wat ons nou moes laat vaar" (Eggenote ED).

Samevatting

Samevattend blyk dit dat die grootste aanpassingstake waarmee eggenotes gekonfronteer word redelik divers van aard is. Van die eggenotes gee dieetaanpassings en om haar eggenoot rustig te hou en te verseker dat hy hom so min as moontlik vermoei, as groot aanpassingstake na die MI aan. Ander vermeld dat die oornam van 'n groter mate van verantwoordelikheid en om weer selfstandig en onafhanklik te funksioneer, van die grootste uitdagings was. Wat lewenstylaangepassings betref, beleef een van die eggenotes die veranderings as voordelig vir beide en dat aanpassing vergemaklik is omdat albei die nuwe lewenstyl aanvaar het. In van die ander

verhoudings lei lewenstylaanpassings, soos dieet en die staak van die rookgewoonte, egter tot heelwat konflik en spanning.

Slegs een van die eggenotes rapporteer pre- en postmorbiede kommunikasieprobleme en dat kommunikasie postmorbied oor dieetaanpassings dikwels tot 'n konfliktsituasie gelei het. Een van die ander eggenotes beleef die kommunikasie tussen haar en haar eggenoot as "moeilik". Alhoewel hulle baie kommunikeer, lei kommunikasie tussen hulle baie selde tot verhoogde insig in hulle verhouding. Al die ander eggenotes beleef die kommunikasie in hulle verhouding pre- en postmorbied as goed en dat die premorbiede openlikheid in hulle verhouding dit juis moontlik gemaak het om postmorbied oor siekteverwante vrese en ander aangeleenthede van belang te kommunikeer. Dit blyk egter dat, ondanks goeie kommunikasie tussen die egpaar, 'n gevoel van onbegrip vir mekaar se gevoelens kan ontstaan, wat voortspruit uit die respons van die ander egmaat.

Volgens die meeste van die eggenotes moes hulle na die MI sekere take en verantwoordelikhede van hulle eggenoot oorneem. Sommige eggenotes beleef rolveranderings as tydelike aanpassings wat hulle moes maak, terwyl dië aanpassings by ander weer as meer langdurig, en dus meer stresvol, beleef word. Wat die hantering van konflik betref, blyk die meeste eggenotes situasies wat tot konflik mag lei te vermy in 'n poging om nie hulle eggenoot te ontstel nie.

Van die eggenotes meld dat daar na haar eggenoot se MI geen verandering in hulle sosiale lewe was nie vanweë die feit dat hulle premorbied nie baie sosiaal was. Vir twee van die eggenotes het hulle eggenoot se MI 'n groot impak op hulle sosiale lewe gehad, aangesien die bywoning van sosiale aangeleenthede nou deur hul eggenoot en sy gesondheidstoestand bepaal is. Beide eggenotes beleef die situasie as uiters frustrerend.

Die belewing van gevoelens van angs dat haar egmaat mag sterf was algemeen. Een van die eggenotes meld dat sy dit onmoontlik vind om die gebeure rondom haar eggenoot se MI te vergeet en dit bydra tot die gevoelens van angs wat sy beleef. Sy hanteer haar angsgevoelens deur oorbeskermend op te tree. Met die uitsondering van een, rapporteer al die eggenotes dat daar 'n verandering was in die selfbeleving van hulle eggenoot vanweë sy verswakte fisiese vermoëns en die stadiger lewenstempo waarby hy moes aanpas. Wat hulle seksuele verhouding betref, beleef die meeste eggenotes inisiële aanpassings, wat namate herstel plaasgevind het, weer na normaal teruggekeer het. Die redes vir die inisiële aanpassing verskil van die eggenote tot die ander.

Vir die meeste van die eggenote was hulle geloof en vertroue in God die belangrikste bron van ondersteuning wat hulle deur die krisis gedra het. Die fisiese, emosionele en geestelike ondersteuning van kinders, familie, vriende, bure en kerklidmate was ook onontbeerlik in dié tyd. Een van die eggenotes sonder haar eggenoot, asook die gesondheidsorgpersoneel, as belangrike bronne van ondersteuning uit. 'n Ander eggenote steun op haar eie mediese agtergrond en die inligting afkomstig van die mediese personeel.

Die meeste van die eggenotes rapporteer 'n verhoogde waardering vir mekaar en dat hulle meer tyd saam deurbring na die MI. Voorgenoemde spruit voort uit die bewuswording van menslike sterflikheid. Een van die eggenotes meld dat haar eggenoot se MI daartoe gelei het dat sy haar prioriteite hersien het en gedwing was tot nadenke oor haar eie lewenspatroon. Gevoelens van irritasie oor aanpassings wat gemaak moes word, blyk algemeen by die jonger eggenotes te wees.

Tot dusver is die pasiënt en eggenote se beleving van die impak van die eggenoot se MI op hulle huweliksverhouding en van die aanpassings wat hulle daaromtrent moes maak afsonderlik bespreek. Ten einde 'n meer oorsigtelike/omvattende beskouing aan die leser voor te hou van die impak van 'n MI op die huweliksverhouding, sal 'n vergelykende bespreking van die vyf egpare wat aan die studie deelgeneem het, plaasvind. Soos reeds genoem, is die doel daarmee om die impak van die MI op die onderskeie egpare se unieke verhouding verder te eksploreer.

6.4 'n Vergelykende bespreking van vyf egpare

Met die bespreking wat volg, het die navorser dit ten doel om 'n vergelyking te tref tussen die ooreenkomste en verskille in die egpaar se beleving van die impak van die pasiënt se MI op hulle verhouding. Die egpaar se onderskeie belevings word in tabelvorm teenoor mekaar aangebied.

6.4.1 Egpaar 1

Ouderdom pasiënt: 42 jaar Ouderdom eggenote: 39 jaar Antal jare getroud: 18 jaar Mediese prosedure saam met MI: Angioplastie	
Tema 1: Grootste aanpassing en verandering na MI	
Pasiënt	Eggenote
<p>In die tydperk na PA se MI word hy gekonfronteer met eksistensiële vrae rakende die waarde en betekenis van lewe en dood. Hy raak bewus van sy eie sterflikheid en ervaar homself as nietig in sy bewuswording hiervan. Hy gaan ook in dië tydperk deur 'n proses van selfevaluasie en besin oor die waarde van sy lewe deur dit retro- sowel as introseptief te evalueer. Hy beleef die aanpassings wat hy moet maak in sy lewenstyl as dwangmatig en moet leer om stres en fisiese inspanning bewustelik te hanteer en te bestuur. Hy is ook besorgd oor die versorging van sy gesin en hulle toekoms indien hy sou sterf.</p>	<p>EA is van oordeel dat die dieetaanpassings wat hulle moes maak en om haar eggenoot kalm te hou die grootste aanpassings na sy MI was. Pogings van haar kant af om hom op die regte dieet te hou, het gelei tot groot konflik wat sy as negatief vir sy gesondheid geëvalueer het. Sy het gevolglik haar pogings gestaak ten einde konflik te vermy.</p>
<p>In die tydperk na sy MI word PA met heelwat meer gekonfronteer as net die lewenstyl-aanpassings waarmee sy eggenote gekonfronteer word. Bo en behalwe die lewenstyl aanpassings wat hy nou moes maak word hy ook gekonfronteer met eksistensiële vraagstukke en gaan hy deur 'n proses van selfevaluasie en kommer oor die versorging en toekoms van sy gesin indien hy sou sterf. Hierteenoor beleef EA die fisiese welsyn van haar eggenoot as die allergrootste prioriteit en probeer sy so hard dat haar eggenoot moet konformeer tot dieetaanpassings dat hy haar pogings as geforseerd beleef, wat tot konflik in die verhouding lei.</p>	
Tema 2: Lewenstyl aanpassings	
Pasiënt	Eggenote
<p>Volgens PA het die aanpassings in lewenstyl wat hulle moes maak, nie 'n wesenlike impak op hulle verhouding gehad nie. Sy eggenote se volgehoue rookgewoonte belemmer sy poging om op te hou. Volgehoue oefening word belemmer deur sy gebrek aan verbintenis en motivering.</p>	<p>Volgens EA lei haar eggenoot se gebrek aan verbintenis tot dieetverandering tot groot konflik in hulle huweliksverhouding</p>
<p>PA beleef dat die aanpassings in lewenstyl wat hulle moes maak, nie veel van 'n impak op hulle huweliksverhouding gehad het nie. Daarteenoor beleef EA dat die dieetaanpassings wat haar eggenoot moes maak en sy gebrek aan verbintenis daartoe, tot groot konflik in hulle verhouding lei.</p>	

Tema 3: Kommunikasie	
Pasiënt	Eggenote
<p>PA evalueer homself pre- en postmorbied as 'n swak kommunikeerder. As gesin praat hulle ook nie veel oor sy siekte nie. Hy het wel 'n openhartige gesprek met sy eggenote gevoer oor die gedwonge lewenstylaanpassings wat hy moet maak.</p>	<p>Volgens EA het sy en haar eggenoot nog altyd kommunikasieprobleme ervaar. Postmorbied lei kommunikasie oor veral dieetaanpassings tot konflik in die verhouding.</p>
<p>Kommunikasieprobleme blyk pre- en postmorbied in die verhouding aanwesig te wees en beide egmaats is bewus daarvan. Kommunikasie rakende dieetaanpassings het dikwels konfliksituasies tot gevolg. PA voer 'n openhartige gesprek met EA oor die gedwonge lewenstylaanpassings wat hy moet maak. Daarteenoor fokus EA op die dieetaanpassings en die konflik daaromtrent.</p>	
Tema 4: Rolaanpassings	
Pasiënt	Eggenote
<p>PA het homself na sy MI as gesond genoeg beleef om sy premoriede take te hervat. Hy sou wel in die uitvoering van dië take soms versigtig wees om homself nie te ooreis nie en by ander geleenthede weer teen sy eie beterwete meer verrig as wat hy moet ten einde aan homself en ander te wys dat hy nie siek is nie. Sy behoefte aan ondersteuning en begrip van sy gesin word gefrustreer.</p>	<p>Volgens EA was daar geen rolaanpassings na haar eggenoot se MI nie vanweë PA se onbetrokkenheid premorbied by die gesin. Sy neem nog altyd vir alles verantwoordelikheid, sowel pre- as postmorbied.</p>
<p>Beide beleef dat daar min rolaanpassings was na PA se MI. Hulle skryf die <i>status quo</i> rakende die rolaanpassings egter aan verskillende redes toe. Volgens PA was hy gou weer gesond genoeg om oor te neem na sy MI. Daarteenoor beleef EA dat daar geen rolaanpassings was nie vanweë die feit dat sy reeds al die rolle vervul het. PA beleef frustrasie vanweë die gebrekkige ondersteuning en begrip van sy gesin.</p>	
Tema 5: Konflik-; krisis- en probleemhantering	
Pasiënt	Eggenote
<p>Volgens PA is daar geen verandering in die wyse waarop hulle probleme en krisisse hanteer nie. Hy skryf dit toe aan die feit dat hy geen skade oorgehou het van sy MI nie.</p>	<p>Volgens EA poog sy om konfliksituasies te vermy wat haar eggenoot mag ontstel. Gevolglik het sy haar gesprekke met haar eggenoot oor dieetveranderinge laat vaar omdat dit vrugtelos was en net tot konflik gelei het.</p>
<p>PA het geen verandering ervaar in die wyse waarop hulle krisisse en probleemsituasies hanteer nie en skryf dit toe aan die min skade wat hy oorgehou het na sy MI. Daarteenoor is EA aktief daarop ingestel om konfliksituasies te vermy en daarom is daar geen verskil nie.</p>	
Tema 6: Sosiale lewe	
Pasiënt	Eggenote
<p>Volgens PA was hulle nie pre- of postmorbied</p>	<p>Aanvanklik, net na die MI vermy hulle sosiale</p>

<p>baie sosiaal nie. Hy beleef dat sy MI daartoe gelei het dat hy dit nou meer waardeer om dinge saam met sy eggenote te doen.</p>	<p>funksies, aangesien dit inbreuk gemaak het op haar eggenoot se dieet. Alhoewel sy dit nie as 'n probleem beleef het nie, was dit 'n probleem vir haar eggenoot en het hy haar en sy dieet daarvoor blameer.</p>
<p>PA beleef 'n verhoogte waardering daarvoor om dinge saam met sy eggenote te doen na sy MI. Daarteenoor fokus EA slegs op haar eggenoot se dieetaanpassing en die probleme waartoe dit gelei het op sosiale vlak en in hulle verhouding.</p>	
<p>Tema 7: Die belewing en hantering van gevoelens van angs, depressie en frustrasie</p>	
<p>Pasiënt</p>	<p>Eggenote</p>
<p>Volgens PA het die gevoelens van angs, frustrasie en nutteloosheid wat hy na sy MI beleef het, tot spanning en ongeduld by hom sowel as sy eggenote gelei. Sy sou hom dan ook daarvan beskuldig dat hy meer ongeduldig en onverdraagsaam is na sy MI. PA beleef dat sy eggenote soms sonder begrip is in haar optrede teenoor hom.</p>	<p>Volgens EA het nie sy of haar eggenoot na die MI gevoelens van angs, depressie of frustrasie beleef nie.</p>
<p>PA beleef gevoelens van angs, frustrasie en nutteloosheid na sy MI, wat lei tot spanning en ongeduld; EA daarenteen, is totaal onbewus daarvan. PA se belewenis van onbegrip deur EA word hiermee bevestig. Trouens, sy ontken die aanwesigheid van sulke gevoelens geheel en al.</p>	
<p>Tema 8: Selfbelewenis van die pasiënt</p>	
<p>Pasiënt</p>	<p>Eggenote</p>
<p>Deur selfevaluasie kom PA tot die slotsom dat sy selfbelewenis nie noodwendig verander het nie. Die bewuswording van sy eie sterflikheid lei tot groter waardering vir die lewe oor die algemeen en sy huweliksverhouding in die besonder.</p>	<p>EA is nie bewus daarvan dat haar eggenoot se selfbelewenis verander het of dat hy gevoelens van minderwaardigheid of mislukking beleef nie. Hy sou ook nie sulke gevoelens met haar gedeel het nie.</p>
<p>Beide egmaats is van oordeel dat daar nie veel van 'n verandering was in PA se selfbelewenis nie. PA voeg egter 'n nuwe dimensie by sy selfbelewing as hy homself ook nou as 'n sterflike wese ervaar. EA is onbewus hiervan vanweë die gebrekkige kommunikasie wat tussen hulle bestaan. PA beklemtoon weereens sy groot waardering van die huweliksverhouding.</p>	
<p>Tema 9: Beroepsbeoefening</p>	
<p>Pasiënt</p>	<p>Eggenote</p>
<p>Volgens PA was daar geen verandering in die wyse waarop hy sy beroepstake dag na dag uitgevoer het nie. Die aanvanklike gevoelens van angs wat hy beleef het was as gevolg van die antisipasie dat sy werkseise te veel sou raak. Later bring toenemende eise stres en angs mee. Hy oorweeg nou 'n beroepsverandering en dit op sigself bring verdere angs en stres mee. PA beleef dat sy eggenote nie begrip het vir die stresvolle omstandighede waaronder hy tans werk nie en hy ontvang ook geen ondersteuning van haar kantaf in dié verband nie.</p>	<p>EA is van oordeel dat haar eggenoot se MI geen impak op sy beroepsbeoefening gehad het nie.</p>

<p>PA beleef gevoelens van angs en stres in sy werksituasie en voel dat sy eggenote sonder begrip is vir die stresvolle omstandighede waaronder hy werk. Daarteenoor is EA van oordeel dat haar eggenoot se MI geen impak op sy beroepsbeoefening gehad het nie en blyk sy onbewus te wees van die beroepsverwante angs en stres wat haar eggenoot beleef. PA se belewing van die afwesigheid van ondersteuning van die kant van EA word hiermee bevestig.</p>	
Tema 10: Seksuele verhouding	
Pasiënt	Eggenote
<p>Volgens PA geniet seks 'n lae prioriteit in hulle verhouding en was daar, buiten die aanvanklike versigtigheid, dus nie veel van 'n verandering in hulle seksuele verhouding na sy MI nie.</p>	<p>Volgens EA het hulle glad nie seksueel verkeer na haar eggenoot se MI nie omdat hy moes rus. Sy het dit so aanvaar, aangesien sy nie 'n keuse gehad het nie.</p>
<p>Beide egmaats beleef 'n verandering in hulle seksuele verhouding kort na die MI. Alhoewel EA dit aanvaar het was sy nie gediend daarmee nie. PA se belewing van seks as 'n lae prioriteit in hulle verhouding mag eensydig wees.</p>	
Tema 11: Ondersteuningstelsels	
Pasiënt	Eggenote
<p>PA se gesin en vriende het aan hom die krag gegee om staande te bly deur die krisis. Ook sy eie dryfkrag, motivering en deursettingsvermoë ten einde 'n meer sinvolle lewe te lei. Sy geloof was ook 'n belangrike bron van ondersteuning en is deur die krisis versterk.</p>	<p>EA steun op haar eie mediese agtergrond en inligting vanaf die mediese personeel ten einde die erns van haar eggenoot se toestand in perspektief te plaas. Die wete dat hy sou herstel, het die plek van die inisiële skok in geneem.</p>
<p>PA put krag uit die ondersteuning van sy gesin en vriende, sy strew na 'n meer sinvolle lewe en sy geloof. Daarteenoor steun EA op haar eie mediese agtergrond en op inligting verkry van die mediese personeel. Die feit dat EA haar eggenoot se toestand uit 'n klinies mediese oogpunt benader, mag die wyse waarop sy teenoor hom optree en haar emosies beïnvloed.</p>	
Tema 12: Huweliks kwaliteit	
Pasiënt	Eggenote
<p>Volgens PA het sy MI in 'n mate 'n verrykende invloed op sy huwelik gehad in diè sin dat hulle nou meer kwaliteittyd saam deurbring.</p>	<p>EA is van mening dat daar min verandering was in hulle verhouding na die MI, met uitsondering van die probleme wat aanwesig is ten opsigte van die lewenstylaanpassings wat haar eggenoot moet maak en waaraan hy nie gehoor wil gee nie.</p>
<p>PA is van oordeel dat hy en sy eggenote na die MI meer kwaliteittyd saam deurbring. Daarteenoor beleef EA min verandering in hulle verhouding na die MI, behalwe vir die probleme wat verband hou met lewenstylaanpassings.</p>	

Egpaar 1 presenteer as onbetrokke by mekaar; 'n onbetrokkenheid wat reeds premorbied aanwesig was. Die aard van hierdie funksionering word postmorbied voortgesit. EA raak net

kortstondig betrokke by haar eggenoot se MI deur die pogings wat sy aanwend ten einde sy dieet aan te pas. Hy beleef haar pogings egter as geforseerd en dit lei tot konflik in die verhouding. Sy onttrek haar dan ook op hierdie vlak ten einde konflik te vemy en die *status quo* in die verhouding op so 'n wyse te herstel. Behalwe vir die aanvanklike probleme wat EA beleef met betrekking tot die dieetaanpassings en hulle seksuele verhouding, beleef EA dat haar eggenoot se MI geen impak op sy lewe of haar eie lewe gehad het nie. PA beleef egter nie die impak van sy MI as so gering nie en worstel met lewenstylaanpassings, eksistensiële vraagstukke, beroepsprobleme en gevoelens van angs, frustrasie en nuttelosheid. Vanweë EA se onbewustheid hiervan, beleef hy haar as sonder empatie, meelewing of begrip in haar optrede teenoor hom. Sy behoefte aan ondersteuning en begrip van die kant van sy gesin word gefrustreer. Ten spyte van PA se belewing van gebrekkige begrip en ondersteuning van die kant van sy eggenote beleef hy 'n verhoogde waardering vir sy huweliksverhouding en die tyd/lewe wat hy nog met sy eggenote kan deel. Die pre- en postmorbiede kommunikasieprobleme wat hierdie huweliksverhouding kenmerk, mag aan die wortel lê van die egpaar se onbewus wees en gebrekkige begrip en ondersteuning.

6.4.2 Egpaar 2

Ouderdom Pasiënt: 43 jaar Ouderdom eggenote: 40 jaar Antal jare getroud: 20 jaar Mediese prosedure saam met MI: Koronêre vatomleiding	
Tema 1: Grootste aanpassing en verandering na MI	
Pasiënt	Eggenote
PB moes na sy MI leer om rustiger te lewe en aanvaar dat hy nie meer, soos vantevore alles self kon behartig nie. Hy moes ook leer om die stres en stressituasies in sy lewe te hanteer deur meer selfgeldend op te tree. Ook het sy interpersoonlike verhoudings verswak en sou hy outomaties mense ignoreer of aggressief raak teenoor hulle. Sy eggenote was die swaarste getref en moes die verantwoordelikheid vir besluitneming oorneem, aangesien hy homself van ander en die lewe onttrek het.	EB neem na PB se MI baie teensinnig die verantwoordelikheid vir finansiële en fisiese take oor, ten spyte van haar eie swak gesondheid. Hulle sosiale en beroepsaktiwiteite is op 'n <i>ad hoc</i> basis gereël na gelang van haar eggenoot se gesondheidstoestand, wat hulle sosiale lewe ingeperk het.

Vir PB was die grootste aanpassing na sy MI om te aanvaar dat hy rustiger moes leef en om te leer om dit te doen. In sy aanpassing het hy ook bewustelik gepoog om die stres en stressituasies in sy lewe meer effektief te hanteer. Sy swakker interpersoonlike verhoudings en die groter mate van verantwoordelikheid wat sy eggenote moes aanvaar, was veranderings wat hy moes hanteer. Daarteenoor was die oornome van meer/groter verantwoordelikheid ten spyte van haar eie swak gesondheid en die impak wat PB se MI op hulle sosiale lewe gehad het, die grootste aanpassings wat EB moes maak.

Tema 2: Lewenstylaanpassings

Pasiënt	Eggenote
Volgens PB was daar nie 'n groot aanpassing in hulle eetgewoontes nie maar is hulle nou wel meer ingestel op gesonde dieetgewoontes. Alhoewel hy min aanpassing in sy drinkgewoontes moes maak, het hy egter 'n groot stryd om sy rookgewoonte te staak. Vir oefening stap hy gereeld. PB ervaar ook geheueprobleme en maak staat op sy eggenote om afsprake en ander inligting te onthou.	Vanweë 'n oortuiging om nog altyd aktiwiteite saam te doen ondersteun hulle PB as 'n gesin en doen hulle mee aan sy oefenprogram. PB se rookgewoonte lei tot konflik en spanning in die verhouding en EB beleef haar eggenoot as ongemotiveerd en onwillig om hom tot 'n rookvrye lewe te verbind.

Vir PB is sy grootste lewenstylaanpassings na sy MI sy stryd om op te hou rook en die groter mate van afhanklikheid van sy eggenote as gevolg van sy geheueprobleme met betrekking tot afsprake en inligting wat sy moet onthou. Daarenteen fokus EB op die ondersteuning wat hulle aan PB bied ten opsigte van sy oefenprogram en op die konflik en spanning wat PB se rookgewoonte in hulle verhouding veroorsaak. Sy beleef hom as ongemotiveerd en onwillig om op te hou rook.

Tema 3: Kommunikasie

Pasiënt	Eggenote
Volgens PB was dit vir hom en sy eggenote nog altyd moontlik om openlik te kommunikeer. Hy kon met haar praat oor sy vrees vir 'n opvolgoperasie en die gevoelens van ambivalensie wat hy koester met betrekking tot die toekoms.	Volgens EB beleef sy en haar eggenoot selde kommunikasie probleme. Haar geneigtheid om dit wat haar pla, vir haarself te hou en daaroor te tob, bemoeilik kommunikasie soms. EB vertel haar eggenoot van haar intense vrees dat hy iets mag oorkom, maar hy maak dit af of ontken die erns daarvan. Volgens EB toon haar eggenoot 'n onbegrip vir die erns waarmee sy die saak bejeën as hy dit afmaak of ontken.

Beide egmaats is dit eens dat daar pre- sowel as postmorbied goeie kommunikasie tussen hulle was. PB kan met sy eggenote kommunikeer oor sy siektevrees en toekomsverwagtings, maar vind dit moeilik om kommunikasie te hanteer wat sentreer rondom sy eggenote se vrees en hy maak dit af of ontken die erns van haar vrees. EB beleef dit as onbegrip van haar eggenoot se kant vir die erns waarmee sy die saak bejeën.

Tema 4: Rolaanpassings

Pasiënt	Eggenote
PB voel jammer vir sy eggenote omdat sy	Volgens EB moes sy noodgedwonge finansiële

<p>sekere van die take moes oorneem. Ook het sy kinders sommige van die meer fisies inspannende take oorgeneem. Indien PB se hulp onontbeerlik is, verrig hy take met groot omsigtigheid en die hulp van sy eggenote of 'n vriend.</p>	<p>en alledaagse verantwoordelikhede en take op haar neem. Sy het soms gevoel dat sy fisies nie meer by al die verpligtinge kon byhou nie, wat haar gefrustreer het. Sy verminder haar frustrasies deur goeie beplanning en die delegering van take aan die gesin.</p>
<p>Beide egmaats beleef dat rolaanpassings deur die hele gesin gemaak moes word na PB se MI. EB beleef dat sy nie 'n keuse gehad het in die oornome van sommige van die verantwoordelikhede en take nie en dat sy soms fisies amper nie in staat was om alles uit te voer nie, wat haar gefrustreerd gelaat het. EB verminder haar frustrasies deur die hele gesin te betrek en take te delegeer. PB toon empatie met sy eggenote se situasie.</p>	
<p>Tema 5: Konflik-; krisis- en probleem hantering</p>	
<p>Pasiënt</p>	<p>Eggenote</p>
<p>Volgens PB is hy baie meer ekspressief in sy hantering van konflik en rusies en sal sommer ingryp as hy van oordeel is dat sy eggenote nie 'n probleem kan hanteer nie. Krisisse word volgens PB nog dieselfde gehanteer omrede sy eggenote bang is hy sal kwaad word as sy hom nie inlig nie, en moontlik weer 'n MI kry.</p>	<p>Na 'n aanvanklike weerhouding van probleme wat tot konflik kan lei, het EB haar eggenoot betrek en ingelig oor probleme, aangesien sy hom nie daarteen kan beskerm nie, veral nie by die werk nie.</p>
<p>PB beleef homself as meer ekspressief in sy hantering van konflik en rusies na sy MI. Hy beleef dat krisisse nog dieselfde gehanteer word vanweë sy eggenoot se vrees dat hy sal kwaad word as sy hom nie inlig nie en weer 'n MI kry. Hierteenoor rapporteer EB dat hulle aanvanklik probleme wat tot konflik kon lei, van PB weerhou het. Sy het hom egter later weer betrek en ingelig oor probleme aangesien sy gevoel het sy hom nie daarteen kan beskerm nie. Beide egpare is dus van oordeel dat konflik en krisisse nog dieselfde gehanteer word. PB se persepsie/aanname van waarom dit so is, verskil van EB se rede waarom sy voel sy hom betrokke en ingelig behoort te hou.</p>	
<p>Tema 6: Sosiale lewe</p>	
<p>Pasiënt</p>	<p>Eggenote</p>
<p>PB beleef dat kort na sy MI almal se sosiale lewens ingeperk was, maar nou weer herstel het tot die vlak van voor sy MI. Aanvanklik het sy eggenote aangedring op voltydse persoonlike toesig, wat later verslap is.</p>	<p>Volgens EB het hulle sosiale lewe na haar eggenoot se MI tot 'n stilstand gekom. Vriende was angstig/ongemaklik ten opsigte van haar eggenoot se MI en fisiese ingeperktheid. Hulle vermy formele byeenkomste en dit pas haar omdat sy verkies om tuis te bly. Soms moet sy alleen vergaderings bywoon, wat minder aangenaam is. Die feit dat daar sommige funksies is wat sy graag sal wil bywoon en nie kan nie, het sy aanvaar en vrede met die situasie gemaak.</p>

<p>Volgens PB was daar min aanpassings in hulle sosiale lewe. Na die aanvanklike ingeperktheid het hulle sosiale lewe herstel tot die vlak voor sy MI. Daarteenoor beleef EB die aanpassings wat sy moes maak op sosiale vlak as omvattend en langdurig. Sy ervaar sommige van die aspekte waarby sy moes aanpas as problematies, maar pas by baie van die ander aspekte aan en maak vrede met die situasie.</p>	
Tema 7: Die beleving en hantering van gevoelens van angs, depressie en frustrasie	
Pasiënt	Eggenote
<p>PB beleef gevoelens van nutteloosheid na sy MI, wat manifesteer in gevoelens van frustrasie en aggressie. Sy eggenote se kommer oor sy fisiese welsyn frustreer hom en hy beleef haar bekommernis as oorbodig. PB probeer verdraagsaam en geduldig wees met homself en met sy eggenote en dit help met hulle aanpassing in die nuwe situasie. PB beleef ook sy eggenote as baie kalmer na sy MI aangesien sy hom nie onnodig wil ontstel of kwaad maak nie.</p>	<p>EB se belewenis van die dag van haar eggenoot se MI is nog helder in haar geheue en dit dra by tot die gevoelens van angs wat sy beleef. Haar angsgevoelens lei tot oorbeskerming van haar eggenoot, wat hom baie frustreer. EB is bewus daarvan dat haar optrede haar eggenoot frustreer aangesien hy dit aan haar verbaliseer.</p>
<p>PB beleef gevoelens van nutteloosheid wat, in gevoelens van aggressie en frustrasie manifesteer. Sy eggenote se oormatige kommer oor hom frustreer hom verder. EB is bewus daarvan dat haar optrede haar eggenoot frustreer. EB skryf haar optrede toe aan haar eie gevoelens van angs. PB beleef dat beide egmaats 'n aktiewe poging aanwend om aanpassing te bevorder/vergemaklik. PB poog om meer verdraagsaam en geduldig te wees en hy beleef dat EB meer selfbeheer toepas ten einde hom nie onnodig te onstel of kwaad te maak nie.</p>	
Tema 8: Selfbeleving van die pasiënt	
Pasiënt	Eggenote
<p>Alhoewel PB gevoelens van minderwaardigheid beleef na sy MI, beleef hy ook gevoelens van dankbaarheid oor die tweede kans wat hom gegun is. Hy kom na sy MI tot die besef dat die lewe baie nietig is en dié wat sy lewe met hom deel baie kosbaar. 'n Verdieping vind plaas in hulle huweliksverhouding omdat beide egmaats nou meer ingestel is op mekaar se behoeftes en wense en mekaar probeer aanvul. Hulle kommunikeer ook nou meer.</p>	<p>Volgens EB het haar eggenoot se verswakte fisiese toestand gelei tot onsekerheid, belangeloosheid en gebrekkige motivering. Sy verswakte fisiese vermoëns en gepaardgaande afhanklikheid van ander het hom baie gefrustreer. EB voel dat sy inkonsekwent is in haar optrede teenoor haar eggenoot aangesien haar optrede teenoor hom bepaal word deur haar eie vlak van uitgerustheid of uitputting.</p>
<p>PB beleef gevoelens van minderwaardigheid na sy MI, maar dié gevoelens word oorskadu deur sy bewuswording van die nietigheid van die mens en die kosbaarheid van die lewe en die wat sy lewe met hom deel en hy beleef gevoelens van dankbaarheid oor die tweede kans wat hom gegun is. PB beleef ook 'n verdieping in hulle huweliksverhouding, wat voortspruit uit 'n groter ingesteldheid op mekaar se behoeftes en wense, en beter kommunikasie. Daarteenoor fokus EB slegs op die frustrasies wat haar eggenoot beleef as gevolg van sy fisiese verswakking en gepaardgaande afhanklikheid, asook haar eie inkonsekwente optrede teenoor haar eggenoot.</p>	
Tema 9: Beroepsbeoefening	
Pasiënt	Eggenote

<p>Volgens PB moes hy, net soos in die ander aspekte van sy lewe, ook aanpassings maak in sy beroep. Hy moes werksituasies en stressituasies bewustelik oordeel en monitor en meer selfgeldend optree indien hy van oordeel is dat onnodige stres op hom geplaas word. Hy poog sodoende om sy werkstres te verminder. PB rapporteer ook groter finansiële druk as gevolg van sy fisiese toestand aangesien hy nie meer in staat is om tuis alles self te behartig nie.</p>	<p>Volgens EB is haar eggenoot meer kwesbaar vir siektes as gevolg van gesondheidsfaktore en is hy lang tye tuis. As gevolg van 'n gebrek aan begrip vir haar eggenoot se situasie, is sy werkslading nie verminder nie en het hy aansoek gedoen vir vervroegde pensioen. Indien dit goedgekeur word, sal dit haar in die broodwinnersrol laat, aangesien sy pensioen onvoldoende is vir die versorging van die gesin.</p>
--	--

PB fokus op die aanpassings wat hy moes maak in sy werksituasie ten einde sy werkstres te verminder, asook op die groter finansiële druk op die gesin as gevolg van sy MI. Daarteenoor fokus EB op die probleme wat PB se MI tot gevolg gehad het in sy werksituasie en die finansiële probleme waartoe dit gaan lei indien PB met vervroegde pensioen sou gaan. Sy deel in sy beroesprobleme al is die fokus daarvan verskillend.

Tema 10: Seksuele verhouding

Pasiënt	Eggenote
<p>Volgens PB het sy eggenote seksuele omgang vermy vanweë 'n vrees dat hy weer 'n MI sal kry. Hulle sekslewe het egter nou weer herstel na die vlak van voor sy MI.</p>	<p>Volgens EB, gesien in die lig van haar eggenoot se gesondheid as eerste prioriteit, was hulle aanpassing op seksuele gebied die minste wat gepla het.</p>
<p>Beide egmaats beleef 'n inisiële verandering in hulle seksuele verhouding na PB se MI. Volgens PB was hulle seksueel nie aktief nie vanweë sy eggenote se vrees vir 'n verdere MI. Daarteenoor fokus EB slegs op haar eggenoot se gesondheid as prioriteit vir sy herstel. Sy beleef die aanpassing wat sy moes maak as minimaal gesien, in die lig van haar eggenoot se voortgesette gesondheid en herstel.</p>	

Tema 11: Ondersteuningstelsels

Pasiënt	Eggenote
<p>Volgens PB was sy eggenote, kinders, vriende en familie 'n groot steunpilaar in sy lewe na sy MI. Die grootste bron van krag het hy egter uit die Here en Sy Woord geput. Hy beleef dat hy tans op geleende tyd leef ten einde om te sien na die gesin wat aan hom toevertrou is.</p>	<p>Volgens EB het die fisiese, emosionele en geestelike ondersteuning van haar kinders, familie, vriende en lidmate van die kerk haar gedra deur die krisis. Sy beleef haar geloof in God as die belangrikste bron van ondersteuning. Die ervaring het ook hulle geloof versterk en hulle is as gevolg daarvan beter mense.</p>
<p>Vir beide egmaats blyk hulle geloof in die Here die sterkste bron van ondersteuning te wees, wat hulle deur die krisis gedra het. EB beleef dat hulle geloof versterk is deur die krisis en hulle nou verrykte mense is as gevolg daarvan. PB beleef sy eggenote, kinders, familie en vriende as belangrike ondersteuningsisteme. EB vind ook ondersteuning by haar kinders, familie, vriende en kerklidmate.</p>	

Tema 12: Huwelikskwaliteit

Pasiënt	Eggenote
---------	----------

<p>Alhoewel hulle meer tyd saam deurbring is hulle verhouding nog grootliks dieselfde. Hulle beleef groter waardering vir mekaar vanweë 'n besef van hoe maklik een van hulle te sterwe kan kom.</p>	<p>Volgens EB het haar eggenoot se MI daartoe gelei dat sy haar prioriteite hersien het en gedwing is tot nadenke oor haar lewenspatroon. Die verhoogde aggressie by haar eggenoot lei tot geïrriteerdheid by haar, maar hulle praat daaroor. Die bewuswording van hulle eie sterflikheid lei tot verhoogde waardering vir mekaar.</p>
<p>Beide egmaats beleef 'n verhoogde waardering vir mekaar vanweë 'n bewustheid van hulle eie sterflikheid. PB beleef hulle verhouding as nog grootliks dieselfde, maar hulle bring meer tyd saam deur. Daarteenoor fokus EB ook op die impak wat PB se MI op haar lewe gehad het deurdat dit haar gedwing het om haar prioriteite te verander en na te dink oor haar lewenstyl. EB fokus ook op die gevoelens van irritasie wat PB se verhoogde aggressie by haar ontlok. Hulle hanteer dit deur te kommunikeer daaroor.</p>	

Elke gesinslid word in mindere of meerdere mate deur PB se MI geraak. Hulle poog om die krisis as 'n gesin te hanteer vanweë hulle premorbiede oortuiging dat aangeleenthede deur die hele gesin gedeel word. Hulle is dan as gesin meer ingestel op gesonde eetgewoontes, ondersteun PB in sy oefenprogram en neem PB se rolle en verantwoordelikehede oor. EB word egter die swaarste getref deur die aanpassings en PB het empatie met sy eggenote se situasie. Alhoewel EB beleef dat sy in sekere gevalle opofferings moes maak, byvoorbeeld die groter mate van verantwoordelikheid wat sy moes oorneem en die opofferings op sosiale vlak, beleef sy ook dat PB se MI haar as persoon verryk het en die geleentheid gebied het om op ander vlakke haar prioriteite en lewenstyl in heroënskou te neem. Alhoewel EB haar eggenoot op fisiese vlak oorbeskerm blyk sy hom op ander vlakke, soos met die hantering van krisisse en probleme, juis bloot te stel omdat sy glo sy hom nie daarteen kan beskerm nie. Dit hou waarskynlik verband met die hantering van haar eie gevoelens van angs met betrekking tot haar eggenoot se fisiese kwesbaarheid. Alhoewel beide egmaats oor die algemeen bewus is van, en meeleving en begrip toon met die aanpassings wat die ander moet maak, blyk PB nie bewus te wees van die groot impak wat sy MI op die sosiale lewe van sy eggenote het nie. Beide egmaats beleef 'n verhoogde waardering vir mekaar vanweë 'n bewustheid van hulle eie sterflikheid.

6.4.3 Egpaar 3

Ouderdom Pasiënt: 69 jaar Ouderdom eggenote: 67 jaar Antal jare getroud: 44 jaar Mediese prosedure saam met MI: Koronêre vatomleiding	
Tema 1: Grootste aanpassing en verandering na MI	
Pasiënt	Eggenote
PC se premorbiede persoonlikheid was gekenmerk deur sy haastige geaardheid en onafhanklikheid, en hy word nou na sy MI gekonfronteer met 'n stadiger lewenstyl. PC vind dit moeilik om aan te pas by 'n lewenstyl wat vereis dat hy noodwendig stadiger moet lewe.	EC word na haar eggenoot se MI gedwing tot selfstandige en onafhanklike funksionering. Alhoewel sy skepties gestaan het teenoor haar vermoëns, het sy dit reggekry omdat sy verplig was daartoe.
PC beleef die aanpassing by 'n noodwendig stadiger lewenstyl as die grootste wat hy moes maak na sy MI. Daarteenoor beleef EC dat die eis om weer selfstandig, onafhanklik te funksioneer die grootste aanpassing na haar eggenoot se MI was. Alhoewel sy nie baie vertroue in haar vermoëns gehad het nie, het sy daarin geslaag omdat sy moes.	
Tema 2: Lewenstylaanspassings	
Pasiënt	Eggenote
Volgens PC het hulle lewenstyl nie veel verander na sy MI nie.	Volgens EC hanteer hulle die probleme wat voortgespruit het uit 'n veranderde lewenstyl waarby hulle moes aanpas deur te kommunikeer daaroor. Hulle kommunikeer oor haar eggenoot se gevoelens van frustrasie omdat hy op gehou rook het en sy verseker hom van haar dankbaarheid vir sy gesondheid.
PC beleef nie veel lewenstylveranderings na sy MI nie. Daarteenoor beleef EC dat hulle wel lewenstylaanspassings moes maak en hulle hanteer dié aanpassings deur daaroor te kommunikeer.	
Tema 3: Kommunikasie	
Pasiënt	Eggenote
PC vermy om openlik oor waarskuwingstekens te praat uit vrees om sy eggenote te ontstel. Hy rasionaliseer hierdie tekens vir homself en skryf dit toe aan sy ouderdom. Hy kommunikeer met sy eggenote oor sy vrees dat hy haar mag oorleef en nie in staat sal wees om alleen oor die weg te kom nie.	Volgens EC het die premorbiede openlikheid in hulle verhouding kommunikasie oor haar eggenoot se siektetoestand, hulle vrese en toekomsverwagtings moontlik gemaak.

<p>PC is baie afhanklik van en beskermend teenoor EC, soos blyk uit sy kommunikasie met haar. EC beleef dat die premorbiede openlikheid in hulle verhouding hulle in staat gestel het om ook openlik te kommunikeer na haar eggenoot se MI.</p>	
Tema 4: Rolaanpassings	
Pasiënt	Eggenote
<p>PC beleef geen rolveranderings na sy MI nie.</p>	<p>Volgens EC was daar geen rolveranderings na haar eggenoot se MI nie. Sy is egter gedwing om sommige gesamentlike take alleen te verrig.</p>
<p>Beide egmaats beleef geen rolveranderings na PC se MI nie. EC beleef egter die oornam van sommige van die take as op haar afdwing, maar aanvaar die verantwoordelikheid daarvoor.</p>	
Tema 5: Konflik-; krisis- en probleem hantering	
Pasiënt	Eggenote
<p>Volgens PC is daar 'n groot verandering in die wyse waarop hy probleme benader en hanteer. Voor sy MI sou hy konflik en probleme op 'n rasionele wyse benader en gehanteer het. Na sy MI is hy geneig om soms irrasioneel te wees in sy hantering. Hy skryf dit toe aan die feit dat hy nou rustigheid soek en nie met probleme opgesaal wil word nie.</p>	<p>EC beleef geen verandering in die wyse waarop konflik of probleme gehanteer word nie.</p>
<p>PC beleef 'n groot verandering in die wyse waarop hy konflik en probleme hanteer. Waar hy voor sy MI konflik en probleme op rasionele wyse sou benader en gehanteer het, mag hy nou soms irrasioneel wees in sy hantering daarvan. Daarteenoor beleef EC geen verandering in die wyse waarop konflik en probleme gehanteer word nie.</p>	
Tema 6: Sosiale lewe	
Pasiënt	Eggenote
<p>Volgens PC het sy MI geen beperkings op hulle sosiale lewe geplaas nie, maar verkeer hulle na behoefte sosiaal met wie hulle verkies.</p>	<p>EC is van oordeel dat nie sy of haar eggenoot baie sosiaal is nie en hulle 'n minder sosiale lewe verkies.</p>
<p>PC beleef nie dat sy MI enige beperkings plaas op hulle sosiale lewe nie. EC beleef dat hulle as egpaar nie baie sosiaal is nie en 'n minder sosiale lewe verkies.</p>	
Tema 7: Die beleving en hantering van gevoelens van angs, depressie en frustrasie	
Pasiënt	Eggenote
<p>PC koester nog steeds 'n vrees vir die dood en beleef gevoelens van nutteloosheid, wat hy toeskryf aan sy verswakte fisiese vermoëns. Wanneer hy frustrasies ervaar, is sy eggenote geneig om beskermend op te tree en beleef hy dit as bejammering vir hom. Hy vind dit moeilik</p>	<p>Volgens EC wek die vrees dat haar eggenoot mag sterf, gevoelens van angs by haar. Sy beleef dat hierdie ervaring nie hulle verhouding beïnvloed het nie.</p>

om te verwerk en onaanvaarbaar.	
<p>Beide egmaats koester nog steeds 'n vrees dat PC mag sterf, wat gevoelens van angstigheid by EC wek. PC beleef ook gevoelens van nutteloosheid en frustrasie. Sy eggenote is geneig om beskermend op te tree wanneer hy frustrasies ervaar wat hy as bejammering beleef en moeilik verwerk en onaanvaarbaar vind. Daarteenoor beleef EC dat PC se MI nie hulle verhouding beïnvloed het nie.</p>	
Tema 8: Selfbelewenis van die pasiënt	
Pasiënt	Eggenote
<p>PC beleef 'n verandering in sy selfbelewenis vanweë 'n verswakking van sy fisiese kragte. Hy glo nie dit het hulle huweliksverhouding beïnvloed nie.</p>	<p>Volgens EC het haar belewing van haar eggenoot as 'n persoon nie verander nie. Sy haastige geaardheid het nie verander na sy MI en gevolglik sukkel hy om aan te pas by die stadiger tempo waarteen take afgehandel word. Hierdie toedrag van sake het nie hulle huweliksverhouding beïnvloed nie.</p>
<p>PC beleef 'n verandering in sy selfbelewenis vanweë 'n verswakking in sy fisiese kragte. EC se belewing van haar eggenoot as persoon het nie verander nie. EC is bewus daarvan dat PC dit moeilik vind om aan te pas by 'n stadiger lewenstempo. Nie een van die egmaats beleef dat die toedrag van sake hulle huweliksverhouding beïnvloed het nie.</p>	
Tema 9: Beroepsbeoefening	
Pasiënt	Eggenote
<p>Vanweë die feit dat PC reeds afgetree was, het sy MI geen impak op sy beroepsbeoefening of finansiële status gehad nie.</p>	<p>Haar eggenoot was reeds afgetree met sy MI en dit het dus geen impak op hulle finansiële- of haar eggenoot se beroepstatus gehad nie.</p>
<p>Beide egmaats beleef dat PC se MI geen impak op sy beroep of die egpaar se finansiële status gehad het nie vanweë die feit dat hy reeds afgetree was.</p>	
Tema 10: Seksuele verhouding	
Pasiënt	Eggenote
<p>Volgens PC was daar geen verandering in hulle seksuele verhouding na sy MI nie.</p>	<p>Behalwe vir die aanvanklike versigtigheid om seksueel te verkeer, beleef EC geen verandering in hulle seksuele verhouding nie.</p>
<p>Beide egmaats beleef geen langtermynverandering in hulle seksuele verhouding nie. EC maak net melding van 'n aanvanklike versigtigheid om seksueel te verkeer na haar eggenoot se MI.</p>	
Tema 11: Ondersteuningstelsels	
Pasiënt	Eggenote
<p>Volgens PC het die ondersteuning van sy eggenote, kinders en vriende asook sy wil om weer te werk en te lewe, hom die krag gegee om staande te bly deur die krisis. Sy geloof en</p>	<p>Volgens EC het die ondersteuning van haar kinders, familie en vriende haar die krag gegee om staande te bly. Haar geloof en vertroue in God het haar deur die krisis gedra.</p>

geloofsoortuiging as Christen was egter die belangrikste ondersteunende faktor.	
Godsdiens, asook hulle kinders, familie en vriende blyk vir beide egmaats 'n belangrike bron van ondersteuning te wees. PC sonder ook sy eggenote uit as belangrik. PC rapporteer ook dat sy motivering om weer te werk en te leef aan hom die krag gegee het om staande te bly deur die krisis.	
Tema 12: Huwelikskwaliteit	
Pasiënt	Eggenote
Volgens PC was daar geen wesentliche verskil in hulle huweliksverhouding na sy MI nie. Hulle bring wel nou meer tyd saam deur. PC beleef ook gevoelens van dankbaarheid oor 'n verlengde lewe.	Volgens EC het hulle bewuswording van hulle eie sterflikheid gelei tot 'n verhoogde waardering vir mekaar, wat die kwaliteit van hulle huweliksverhouding beïnvloed het.
Alhoewel PC nie 'n wesentliche verskil in hulle huweliksverhouding beleef nie, bring hy en sy eggenote nou meer tyd saam deur. Daarteenoor beleef EC 'n verhoging in die kwaliteit van hulle huwelik vanweë 'n groter waardering vir mekaar. EC meen dat laasgenoemde voortspruit uit hulle bewuswording van hulle eie sterflikheid.	

Alhoewel beide egmaats na PC se MI met aanpassingstake gekonfronteer word en daar selfs uitdagings aan EC in dië verband gestel word, benader hulle hul aanpassingstake op 'n positiewe wyse. Hulle blyk in staat te wees om die meeste aanpassings op so 'n wyse in hulle lewens te inkorporeer dat dit nie hulle huweliksverhouding negatief beïnvloed nie. Die premorbiede openlikheid in hulle verhouding stel hulle in staat om postmorbied te kan kommunikeer oor problematiese aanpassingsaangeleenthede soos lewenstylveranderings. Kommunikasie oor emosionele aangeleenthede blyk die egpaar egter moeiliker te vind. EC poog om haar gevoelens van angs te hanteer deur oorbeskermend teenoor haar eggenoot op te tree. Hy beleef haar optrede teenoor hom as bejammering en moeilik om te hanteer. EC blyk egter onbewus te wees van die impak van haar optrede op haar eggenoot en hulle kommunikeer nie oor dië aangeleentheid nie. Vir beide egmaats was hulle geloof in God die belangrikste bron van ondersteuning. Die ondersteuning wat hulle ontvang het van hulle kinders, familie en vriende was ook onontbeerlik in dië tyd. Vir PC het sy wil om weer te werk en te lewe 'n motiverende rol gespeel in sy herstel. PC beleef hulle verhouding postmorbied nog as wesentlik dieselfde maar dat hulle nou meer tyd saam deurbring. Daarteenoor beleef EC dat die kwaliteit van hulle huweliksverhouding verbeter het vanweë die feit dat hulle mekaar nou meer waardeer.

6.4.4 Egpaar 4

Ouderdom Pasiënt: 49 jaar
 Ouderdom eggenote: 48 jaar
 Antal jare getroud: 28 jaar
 Mediese prosedure saam met MI: Angioplastie

Tema 1: Grootste aanpassing en verandering na MI

Pasiënt	Eggenote
<p>Die grootste aanpassing wat PD moes maak na sy MI was om te leer om rustiger te lewe. Hy bereik dit deur aanpassings in sy werksure te maak.</p>	<p>Die grootste aanpassing vir ED was dat sy moes verseker dat haar eggenoot nie ontstel word of homself ooreis nie. Haar eggenoot se gebrek aan aanvaarding van sy MI, sy uitbarstings van aggressie en stilswye maak die situasie vir haar moeiliker om te hanteer. Vanweë die beperkinge na sy MI, raak haar eggenoot opstandig en verwyt homself en maak hy dit moeilik vir die gesin. Omdat haar eggenoot ontsteld raak wanneer hy ED verkeerd verstaan maak sy seker dat sy haarself korrek uitdruk. Wanneer haar eggenoot onredelik krities is teenoor die kinders, tree sy op as vredemaker en vermy konfrontasie. Haar eggenoot se behoefte aan aandag en afhanklikheid dreig om haar te verswelg en dit lei tot innerlike konflik en intense frustrasie by haar. Alhoewel haar eggenoot akkommoderend is, bepaal sy fisiese toestand of hulle uitgaan, maar soek ED meestal rede om nie uit te gaan nie. Sy beleef dit as uiters frustrerend en dit dwing haar tot tranes in die stilligheid. ED poog om haar spanning en stres te hanteer deur konstant kontak te hou met haar eggenoot en ook sy medikasiegebruik te beheer. Sy kom soms in opstand teen die situasie en moet kalmte buite haar huweliksverhouding soek. Sy kry dit by haar kinders. Alhoewel ED 'n positiewe gesindheid probeer behou en voorbereid probeer wees, maak 'n gebrek aan inligting oor MI die hantering van die situasie moeilik.</p>

PD beleef die aanleer van 'n rustiger lewenstyl as die grootste aanpassingstaak waarmee hy gekonfronteer was na sy MI. Daarteenoor beleef ED dat sy talle aanpassings moes maak, waarvan die feit dat sy moes verseker dat haar eggenoot nie ontstel word of homself ooreis nie, en die impak van die MI op hulle sosiale lewe die grootste was. PD se gebrek aan aanvaarding van die situasie, aggressiewe uitbarstings, sporadiese stilswye, oormatige behoefte aan aandag en sy afhanklikheid van haar, bemoeilik die situasie, wat tot innerlike konflik en frustrasies lei. ED poog om haar spanning en stres te hanteer deur konstant kontak te hou met PD en sy medikasiegebruik te beheer. Wanneer die situasie dreig om haar te oorweldig, soek en vind sy kalmte by haar kinders. ED beleef dat die gebrek aan inligting oor MI die situasie moeiliker maak om te hanteer.

Tema 2: Lewenstylaanpassings	
Pasiënt	Eggenote
Volgens PD was die dieet aanpassings wat hulle moes maak, die grootste. Die hele gesin was daarby betrek en almal eet nou Hartstiging kos. Sy poging om op te hou rook, is vergemaklik deur sy eggenote, wat ook nie meer na sy MI gerook het nie.	ED voel positief oor die lewenstylverandering wat hulle moes maak. Aanpassing by verandering is vergemaklik omdat albei die nuwe lewenstyl aanvaar het.
PD beleef die verandering in dieet as die grootse lewenstylaanpassing wat hy moes maak. Sy eggenote en gesin ondersteun hom op 'n positiewe wyse in sy aanpassing.	
Tema 3: Kommunikasie	
Pasiënt	Eggenote
Volgens PD kon hy en sy eggenote nog altyd openlik kommunikeer. Na sy MI was kommunikasie met haar nog makliker. So byvoorbeeld kon hulle na sy MI openlik gesels oor sy siektetoestand en hulle planne vir die toekoms.	Volgens ED was en is dit nog steeds moeilik om met haar eggenoot te kommunikeer oor sy siektetoestand. Soms het hulle daarvoor gepraat en ander kere wou haar eggenoot nie. Alhoewel hulle baie oor die siektevrese praat, voel ED dat sy nou nog geen insig in haar eggenoot se gevoelens daaromtrent het nie. Haar onsekerheid oor hoe om die MI te hanteer, het haar gemotiveer om meer uit te vind van die siekte en hoe haar eggenoot daarvoor voel. Omdat sy niemand kon vra nie, het sy soms magteloos gevoel. Alhoewel haar eggenoot nooit gevra het hoe sy voel nie, het hy wel gesê hy weet dit is moeilik vir haar. ED koester ook talle vrese rondom haar eggenoot se MI soos dood, selfmoord of dat hy in 'n rolstoel sal eindig. ED voel 'n verpligting om sterk te bly. Sy is dankbaar teenoor God vir die krag wat sy van Hom ontvang. Die toekomsdrome en verwagtings wat ED gehad het, moes noodwendig verander in die lig van haar eggenoot se gesondheid.
PD beleef goeie pre- en selfs beter postmorbiede kommunikasie tussen hom en sy eggenote. Daarteenoor beleef ED die kommunikasie tussen haar en PD as moeilik en lei dit tot beperkte insig oor hoe haar eggenoot voel. Kommunikasie met haar eggenoot word gemotiveer deur haar behoefte om meer uit te vind oor die siektetoestand ten einde 'n groter mate van beheer te bereik	
Tema 4: Rolaanpassings	
Pasiënt	Eggenote
Volgens PD het sy MI 'n aanvanklike effek op rolle gehad, maar beïnvloed dit nou net die tempo waarteen hy take verrig. Sy volwasse kinders het ook baie ondersteuning gebied en alles so maklik moontlik vir hom gemaak.	Volgens ED het haar eggenoot se gebrekkige belangstelling gelei tot inisiële rolveranderinge, wat na enkele maande weer genormaliseer het toe haar eggenoot weer verantwoordelikheid daarvoor aanvaar het.

<p>Beide egmaats beleef dat die rolaanpassings wat hulle moes maak, van beperkte aard en duur was. Hulle ontvang baie ondersteuning van die kinders in dië verband.</p>	
<p>Tema 5: Konflik-; krisis- en probleem hantering</p>	
<p>Pasiënt</p>	<p>Eggenote</p>
<p>Volgens PD is daar 'n groot verskil in die wyse waarop konflik gehanteer word na sy MI. Voor sy MI het hulle probeer om probleme onmiddelik op te los; nou, na sy MI, probeer hy alle konflik en rusies vermy. ED lig hom nog steeds in oor probleme en krisisse en daar word daarvoor gekommunikeer en opsies word oorweeg voordat 'n besluit geneem word. PD handhaaf nou 'n rustiger lewe na sy MI. In teenstelling met sy premorbiede self, is hy baie rustiger oor tydsdimensies.</p>	<p>Volgens ED is daar 'n groot verskil in die wyse waarop hulle konflik hanteer. Sy vermy konfliksituasies uit vrees vir 'n verdere MI en dat sy skulgevoelens daarvoor sou hê.</p>
<p>Volgens beide egmaats bestaan daar 'n groot verskil in die wyse waarop hulle konflik hanteer na PD se MI en vermy hulle nou potensiële konfliksituasies as wyse van konflikhantering. ED vermy konfliksituasies vanweë 'n vrees dat haar eggenoot weer 'n MI kan kry, waaroor sy skuldig mag voel.</p>	
<p>Tema 6: Sosiale lewe</p>	
<p>Pasiënt</p>	<p>Eggenote</p>
<p>Volgens PD was daar geen verandering in hulle sosiale lewe na sy MI nie vanweë die feit dat hulle as gesin nie baie sosiale mense is nie.</p>	<p>Alhoewel haar eggenoot akkommoderend is, bepaal sy fisiese toestand of hulle uitgaan, maar soek ED meestal rede om nie uit te gaan nie. Sy beleef dit as uiters frustrerend en dit dwing haar tot tranes in die stilligheid.</p>
<p>PD beleef geen verandering in hulle sosiale lewe na sy MI nie, aangesien hulle as gesin nie baie sosiaal is nie. Daarteenoor beleef ED die aanpassings wat sy in terme van hulle sosiale lewe moes maak as uiters frustrerend, aangesien hulle sosiale lewe gedikteer word deur haar eggenoot se fisiese toestand.</p>	
<p>Tema 7: Die belewing en hantering van gevoelens van angs, depressie en frustrasie</p>	
<p>Pasiënt</p>	<p>Eggenote</p>
<p>PD se eggenote ondersteun hom met die gevoelens van depressie en nutteloosheid wat hy beleef. Die verhoogde kontak en kommunikasie tussen hulle as gevolg hiervan lei tot meer begrip by sy eggenote vir hom en verander haar optrede teenoor hom. PD poog om die gevoelens van angs en depressie weg te steek, aangesien die oorbeskermende houding van ander gevoelens van frustrasie by hom wek.</p>	<p>ED beleef gevoelens van skuld oor die aandeel wat sy glo sy aan haar eggenoot se MI gehad het. Sy voel skuldig omdat sy nie harder probeer het om 'n verandering in terme van hulle lewenstyl teweeg te bring nie. Gedagtes dat hy skielik mag sterf teister haar en wek gevoelens van onsekerheid by haar. ED het baie spanning beleef as haar eggenoot depressief of gefrustreerd was en sy en hy nie geweet het hoe om dit te hanteer nie. Sy poog</p>

	om dit te hanteer deur dikwels maar skuld te aanvaar en altyd bedag te wees om korrek op te tree. Dit het hulle verhouding so beïnvloed dat ED 'n egskeiding oorweeg het as wyse om uit die stresvolle situasie te ontsnap.
<p>PD beleef sy eggenote as ondersteunend en begrypend ten opsigte van die gevoelens van depressie en nutteloosheid wat hy beleef. Daarteenoor fokus ED op die gevoelens van skuld, onsekerheid en spanning wat sy beleef en wat voortspruit uit haar onkunde oor hoe om haar eggenoot te ondersteun in die depressie en frustrasie wat hy beleef. Dit blyk dat PD 'n behoefte aan ondersteuning het, maar nie oorbeskerm wil word nie.</p>	
Tema 8: Selfbelewenis van die pasiënt	
Pasiënt	Eggenote
<p>Volgens PD was daar 'n groot verandering in sy selfbelewenis na sy MI. Na sy MI het sy selfversekerdheid plek gemaak vir 'n bewuswording van sy eie kwesbaarheid, sterflikheid en nietigheid. Hy en sy eggenote poog om soveel tyd moontlik saam deur te bring en voel dankbaar oor die tyd wat hulle nog gegun is.</p>	<p>Volgens ED het 'n veranderde lewenstempo beslis 'n invloed gehad op haar eggenoot se selfbelewenis. Hy het ook bewus geraak van die kwesbaarheid van sy eie bestaan en 'n nuutgevonde dankbaarheid ten opsigte van sy lewe geopenbaar. Haar gevoelens vir haar eggenoot is nog dieselfde ten spyte van die probleme en hulle leef nou nader aan mekaar. ED beleef egter 'n verpligting om haar eggenoot te verseker van haar liefde en om hom te bemoedig, wat sy baie uitputtend vind omdat sy altyd voorbereid en gereed moet wees.</p>
<p>PD beleef 'n groot verandering in sy selfbelewing en raak bewus van sy eie kwesbaarheid, sterflikheid en nietigheid. ED meld ook 'n verandering in haar eggenoot se selfbelewenis en is bewus van haar eggenoot se bewuswording van die kwesbaarheid van sy eie bestaan en sy nuutgevonde dankbaarheid vir sy lewe. Net soos PD, beleef ED dat hulle nou nader aan mekaar leef. PD is dankbaar oor die tyd wat hulle nog gegun is. Daarteenoor beleef ED 'n verpligting om haar eggenoot te verseker van haar liefde en om hom te bemoedig, wat sy baie uitputtend vind omdat sy altyd voorbereid en gereed moet wees.</p>	
Tema 9: Beroepsbeoefening	
Pasiënt	Eggenote
<p>Volgens PD het sy MI nie 'n invloed op sy beroep gehad nie aangesien hy reeds met pensioen was. Hy stel hulp aan om hom te help met die fisiese arbeid in sy staalwerke wat hy na sy aftrede begin het. Hy beleef gevoelens van woede teenoor homself omdat hy nie meer bedag was op 'n moontlike MI nie.</p>	<p>Vanweë haar eggenoot se ingeperkte werkvermoëns moes hy aanpassings maak en het hulle inkomste verminder, wat die finansiële las op haar groter gemaak het. ED beleef die oorname van meer verantwoordelikhede as verdere aanpassings en opofferings wat sy moes maak.</p>
<p>PD meld slegs dat hy aanpassings moes maak in die wyse waarop hy sy staalwerke bedryf na sy MI. Daarteenoor beleef ED die groter finansiële las en meer verantwoordelikheid wat sy moet dra as verdere aanpassings en opofferings wat sy moes maak.</p>	

Tema 10: Seksuele verhouding	
Pasiënt	Eggenote
<p>Volgens PD het sy MI die grootste impak op hulle seksuele verhouding gehad en het hulle na sy MI byna nooit meer seksueel verkeer nie. Hulle kommunikeer daarvoor en sy eggenote verseker hom dat dit nie saak maak nie. Hulle het dit aanvaar en daarmee saamgeleef. Dit begin nou, na 'n jaar, verbeter. Hy weet nie wat die oorsaak daarvan was nie.</p>	<p>ED beleef 'n verandering in hulle seksuele verhouding wat die gevolg was van medikasiegebruik deur haar eggenoot. Volgens ED het dit nie hulle verhouding beïnvloed nie.</p>
<p>Beide egmaats beleef inisiële veranderings in hulle seksuele verhouding, wat ED toeskryf aan die nuwe-effekte van haar eggenoot se medikasie. PD beleef die aanpassings in hulle seksuele verhouding as meer traumaties as sy eggenote, wat rapporteer dat dit nie hulle huweliksverhouding beïnvloed het nie. Hulle hanteer die probleme deur te kommunikeer daarvoor.</p>	
Tema 11: Ondersteuningstelsels	
Pasiënt	Eggenote
<p>Volgens PD sou hy nie die krisis kon deurstaan sonder die ondersteuning van sy eggenote en kinders nie. Hy was ook gemotiveer deur die finansiële verpligtinge waaraan hy moes voldoen.</p>	<p>Volgens ED was God haar grootste bron van krag. Haar kinders het haar ook baie ondersteun, want as volwassenes toon hulle begrip vir die situasie. Ook was haar familie baie ondersteunend.</p>
<p>PD beleef dat hy nie die krisis sou kon deurstaan het sonder die ondersteuning van sy eggenote en kinders nie. Daarteenoor fokus ED op haar godsdienst as sterkste bron van ondersteuning. Sy beleef egter ook haar kinders en familie as ondersteunend. PD beleef ook sy finansiële verpligtinge as 'n sterk motiveerder tot herstel.</p>	
Tema 12: Huwelikskwaliteit	
Pasiënt	Eggenote
<p>Volgens PD is daar 'n beduidende verskil in sy gesinsverhoudinge. As gesin bring hulle meer tyd saam deur en waardeer mekaar meer.</p>	<p>Na haar eggenoot se MI bring hulle meer tyd saam deur en waardeer hulle mekaar meer. ED beleef haarself egter as voortdurend gespanne oor die onsekerheid wat die toekoms mag inhou. Sy beleef gevoelens van wedersydse irritasie wat voortspruit uit die aanpassings wat hulle moes maak. Voor haar eggenoot se MI het hulle groot en optimistiese toekomsverwagtings en baie planne gehad, wat nou laat vaar moes word.</p>
<p>Beide egmaats beleef dat hulle meer tyd saam deurbring en mekaar meer waardeer as egpaar. ED fokus egter ook op die gevoelens van spanning wat sy beleef en die gevoel van irritasie wat voortspruit uit die aanpassings wat hulle moes maak, onder andere die verandering en prysgee van toekomsplanne.</p>	

ED poog om na haar eggenoot se MI al die verantwoordelikheid vir en beheer van die situasie oor te neem. Ten spyte van haar pogings om beheer te behou deur middel van konstante kontak, medikasiebeheer en deur verdere inligting aangaande haar eggenoot se toestand in te win, kan sy nie haar eggenoot se gedrag beheer nie en raak die situasie vir haar onhanteerbaar. Sy poog egter om hom kalm te hou deur versigtig te wees in haar kommunikasie met hom, die rol as vredemaker te aanvaar tussen hom en die kinders, en altyd op 'n gereedheidsgrondslag te bly vir enige onvoorsiene gebeure wat mag opduik en hom kan ontstel. Sy poog om te midde van haar eie skuldgevoellens, angs, onsekerheid en spanning oor haar eie onkunde, haar eggenoot se depressie en frustrasies te hanteer. Sy hanteer die situasie deur altyd skuld te aanvaar vir alles en bedag te wees om altyd korrek op te tree. Sy beleef die situasie as so stresvol dat sy 'n egskeiding oorweeg ten einde daaraan te ontsnap. PD beleef egter sy eggenote as baie ondersteunend, begrypend en sensitief in haar optrede teenoor hom na sy MI en blyk onbewus te wees van haar stryd om beheer te behou. Alhoewel PD goeie pre- en postmorbiede kommunikasie tussen hom en sy eggenote beleef, beleef ED kommunikasie tussen hulle as moeilik en lei kommunikasie tussen hulle baie selde tot 'n beter insig in hulle verhouding. Ten spyte van voorgenoemde, blyk beide mekaar as egpaar meer te waardeer en bring hulle meer tyd saam deur. ED bring meer tyd saam met haar eggenoot deur as 'n manier om haar eie vrese te hanteer en PD as gevolg van 'n verhoogde waardering vir hulle verhouding, wat voortspruit uit sy bewuswording van sy eie kwesbaarheid, sterflikheid en nietigheid as mens.

6.4.5 Egpaar 5

Ouderdom Pasiënt: 66 jaar Ouderdom eggenote: 69 jaar Antal jare getroud: 43 jaar Mediese prosedure saam met MI: Angioplastie	
Tema 1: Grootste aanpassing en verandering na MI	
Pasiënt	Eggenote
Alhoewel dit moeilik is, is PE verplig om meer te steun op sy eggenote. Hy beleef haar as baie ondersteunend in sy aanpassings by 'n nuwe lewenstyl. Hy moes leer om rustiger te leef en aanvaar dat take soms heelwat langer neem om te voltooi as voorheen. Dit het hom baie gefrustreer. Sy eggenote rasionaliseer en hy internaliseer sy frustrasie deur die situasie in 'n tydsperspektief te plaas.	Na aanvanklike onkunde oor MI, raadpleeg hulle 'n medikus wat MI diagnoseer. Die diagnose van MI was ontstellend maar EE het gevoel dat sy moet sterk bly ten spyte van haar eie ontsteltenis. Sy beleef die jaar waarin haar eggenoot vir sy angioplastie moes wag as 'n moeilike jaar as gevolg van sy gesondheidsprobleme.

<p>PE beleef sy groter mate van afhanklikheid van sy eggenote en die aanleer van 'n rustiger lewenstyl as die grootste aanpassings wat hy moes maak na sy MI. Hy beleef sy eggenote as baie ondersteunend. Vir EE was die aanpassing by 'n lewe saam met 'n eggenoot wat gesondheidsprobleme ervaar baie moeilik. Sy beleef die aanvanklike diagnose as ontstellend en voel verplig om sterk te bly ten spyte van haar eie ontsteltenis.</p>	
Tema 2: Lewenstylaangepassings	
Pasiënt	Eggenote
<p>PE was na sy MI minder gemotiveerd om take aan te pak en sou dit liever uitstel, veral groter projekte. Sy fisiese toestand noodsaak hom om meer te rus, wat daartoe lei dat hy minder tyd het vir ander dinge. PE handhaaf 'n gesonde lewenstyl en het hom volledig onderwerp aan die mediese personeel.</p>	<p>Volgens EE het sy en haar eggenoot nog altyd gepoog om 'n gesonde lewenstyl te handhaaf deur nie te rook nie, die minimum te drink, 'n gesonde dieet te volg en oefeninge te doen.</p>
<p>Beide egmaats beleef dat hulle geen lewenstylaangepassings moes maak nie, aangesien hulle reeds verbind was tot 'n gesonde lewenstyl. PE beleef sy verlaagde aktiwiteitsvlak as 'n groot aanpassing in sy lewenstyl.</p>	
Tema 3: Kommunikasie	
Pasiënt	Eggenote
<p>Volgens PE het hy en sy eggenote 'n oop en eerlike huweliksverhouding, wat gebaseer is op goeie kommunikasie. PE beleef dat sy eggenote hom tydens sy siekte deurentyd en met groot empatie ondersteun en versorg het. PE beleef dat die kommunikasie tussen hom en sy eggenote voor sy MI goed was ten spyte daarvan dat hy soms hardkoppig was. Sy siekte bring vir hom insig en wysheid en hy beleef hulle verhouding nou as hegter.</p>	<p>Volgens EE kon sy en haar eggenoot nog altyd oor alles van belang praat, behalwe werksverwante aangeleenthede, wat nooit bespreek is nie.</p>
<p>Beide egmaats beleef goeie pre- en postmorbiede kommunikasie. Volgens PE is hulle oop en eerlike huweliksverhouding hierop gebaseer. Sy siekte bring insig en wysheid en hy beleef hulle verhouding nou as baie hegter.</p>	
Tema 4: Rolaanpassings	
Pasiënt	Eggenote
<p>Volgens PE het sy huweliksverhouding verander. 'n Rolverandering het plaasgevind deurdat sy eggenote nou die steunpilaar in die verhouding is en hy nou op haar moet steun om dinge gedoen te kry. Hy beleef die innerlike krag wat sy eggenote openbaar het tydens sy siekte as 'n seën. Vanweë die MI moes PE se eggenote meeste van die verantwoordelikhede oorneem. Volgens EE kon sy dit behartig omdat sy geestelik 'n baie sterk mens is. Hy het haar</p>	<p>Volgens EE moes sy haar eggenoot se take oorneem na sy MI. Gelukkig kan sy kalm bly wanneer 'n onbeplande situasie opduik. Gelukkig was haar seun, vriende, bure en familie ook daar om haar te ondersteun.</p>

<p>ondersteun waar hy kon.</p>	
<p>Beide egmaats beleef dat daar rolveranderings was in hulle huweliksverhouding na PE se MI. Uit die aard van EE se persoonlikheid en danksy die ondersteuning van ander, kon EE die rolle suksesvol oorneem.</p>	
<p>Tema 5: Konflik-; krisis- en probleemhantering</p>	
<p>Pasiënt</p>	<p>Eggenote</p>
<p>Volgens PE het die krisis wat hulle beleef het, groter intimiteit teweeggebring in hulle verhouding. Hy het soms mismoedig geword, maar dan het sy eggenote ingetree en hom emosioneel ondersteun.</p>	<p>EE beleef min verandering in die wyse waarop hulle probleme hanteer, aangesien sy en haar eggenoot daarvoor kommunikeer. Hulle sou ook selde premorbied in konfliktsituasies betrokke geraak het oor probleemaangeleenthede.</p>
<p>Volgens PE bring die krisis wat hulle beleef het groter intimiteit in hulle verhouding te weeg. In tye van mismoedigheid ondersteun sy eggenote hom emosioneel. Volgens EE kommunikeer hulle oor probleme en sou hulle selde pre- of postmorbied in konfliktsituasie betrokke raak oor probleme.</p>	
<p>Tema 6: Sosiale lewe</p>	
<p>Pasiënt</p>	<p>Eggenote</p>
<p>PE is dankbaar dat sy MI nie sy eggenote se sosiale lewe beïnvloed het nie. Sy kon met die bystand van vriende, haar sosiale lewe voortsit. Hy hou homself besig deur te lees, 'n aktiwiteit wat hy baie geniet, terwyl sy eggenote sosialiseer.</p>	<p>Volgens EE sosialiseer sy en haar eggenoot in die reël gewoonlik saam. Na haar eggenoot se MI het sy baie ondersteuning van vriende ontvang in dië verband. Wanneer haar eggenoot ou werksvriende alleen besoek, weet sy altyd waar hy is.</p>
<p>Beide egmaats beleef dat hulle aanpassings moes maak in hulle sosiale lewe na PE se MI. Dit was vir PE belangrik dat EE haar sosiale lewe moes voortsit. Volgens beide kon sy dit doen met die ondersteuning van vriende.</p>	
<p>Tema 7: Die belewing en hantering van gevoelens van angst, depressie en frustrasie</p>	
<p>Pasiënt</p>	<p>Eggenote</p>
<p>PE het na sy MI gevoelens van frustrasie en aggressie beleef. Met die ondersteuning van sy eggenote en familie het hy dit te bowe gekom. In tye van oorreaksie het sy eggenote se optrede hom gekalmeer.</p>	<p>Volgens EE het sy tye beleef wanneer sy angstig gevoel het. Sy ag haarself gelukkig dat sy nie geneig is tot depressie, frustrasie of selfbejammering nie. Volgens EE word hulle huwelik nie beïnvloed as die een mismoedig is nie, aangesien die ander egmaat hom dan ondersteun. EE voel nie dat sy 'n aandeel aan haar eggenoot se MI gehad het nie.</p>
<p>PE beleef gevoelens van frustrasie en aggressie na sy MI. Hy ontvang ondersteuning van sy eggenote en familie in dië verband. EE beleef gevoelens van angstigheid na haar eggenoot se MI. In tye van mismoedigheid ondersteun die egmaats mekaar.</p>	

Tema 8: Selfbelewenis van die pasiënt	
Pasiënt	Eggenote
Volgens PE het hy as man minderwaardig gevoel na sy MI. Hy beleef 'n verdieping in sy godsdienstige lewe as gevolg van al die probleme waarmee hy gekonfronteer is. Sy verdiepte godsdienstige lewe het hom in staat gestel om sy probleme meer effektief te hanteer. PE beleef ook sy siektetoestand as 'n probleem wat sy eggenote met hom deel. Hierdie gedeelde belewenis verstewig hulle verhouding.	Volgens EE voel haar eggenoot natuurlik dat hy nie meer alles kan doen wat hy voorheen gedoen het nie aangesien hy premorbied 'n baie hoë aktiwiteitsvlak gehandhaaf het en nou meer moet rus. Sy glo nie haar eggenoot het nodig om minderwaardig te voel nie en glo ook nie hy voel so nie, aangesien hy haar nog steeds neem om inkopies te gaan doen, ens.
PE beleef gevoelens van minderwaardigheid na sy MI. Hy voeg ook 'n nuwe dimensie tot sy selfbelewenis by, naamlik dië van 'n diep gelowige. Sy verdiepte godsdienstige lewe stel hom in staat om sy probleme meer effektief te hanteer. Hy beleef dat die gedeelde belewenis rakende sy siekte sy verhouding met sy eggenote verstewig. Alhoewel EE bewus is daarvan dat haar eggenoot se selfbelewenis verander het, ontken sy dat haar eggenoot gevoelens van minderwaardigheid kan koester. Sy vind bevestiging daarvoor in die feit dat haar eggenoot nog steeds dieselfde dinge vir haar doen as wat hy premorbied gedoen het.	
Tema 9: Beroepsbeoefening	
Pasiënt	Eggenote
Omdat hy reeds afgetree was, het sy MI nie hulle finansiële status beïnvloed nie. PE besef egter na sy MI dat hy gedwing mag word om sy verblyf in sy huis op te gee en dit sy onafhanklikheid sal bedreig.	Volgens EE geniet hulle hul aftrede en leef nog 'n vol lewe binne hulle finansiële perke.
PE raak bewus daarvan dat hulle gedwing mag word om hulle verblyf in die huis op te gee wat sy onafhanklikheid bedreig. Daarteenoor fokus EE net op die vol lewe wat hulle lei na hulle aftrede.	
Tema 10: Seksuele verhouding	
Pasiënt	Eggenote
Volgens PE was daar min verandering in hulle seksuele verhouding na sy MI in die lig van hulle ouderdom. Hulle geniet mekaar nog steeds, maar nou op 'n ander manier.	Volgens EE was seks nie pre- of postmorbied so belangrik in hulle verhouding nie. Sy geniet egter nog steeds intieme fisiese kontak met haar eggenoot, ongeag haar ouderdom.
Beide egmaats beleef min verandering in hulle seksuele verhouding en geniet hulle mekaar nog steeds op fisiese vlak ondanks hulle ouderdom.	
Tema 11: Ondersteuningstelsels	
Pasiënt	Eggenote
Volgens PE sou hy sonder die ondersteuning van sy eggenote nie sy MI te bowe kon kom nie. Ook het die gesondheidsorgpersoneel en hulle vriende 'n belangrike ondersteunende rol	Volgens EE was haar geloof en gebede haar belangrikste bron van krag. Die ondersteuning en liefde van haar eggenoot, familie, vriende, die kerk en mediese personeel dra haar deur

gespeel in sy herstel. Sy geloof in sy Skepper was 'n belangrike bron van ondersteuning.	die krisis.
Volgens beide egmaats was hulle geloof 'n belangrike bron van ondersteuning. Beide egmaats beleef ook dat die wedersydse ondersteuning wat hulle mekaar gebied het, onontbeerlik was. Ook was die mediese personeel en vriende belangrik.	
Tema 12: Huwelikskwaliteit	
Pasiënt	Eggenote
PE beleef dat sy MI die kwaliteit van hulle verhouding verbeter het. Hulle waardeer mekaar nou meer, leef baie nader aan mekaar en het 'n groter waardering vir dit wat die lewe nog kan bied.	Volgens EE het haar eggenoot se MI nie die kwaliteit van hulle verhouding negatief beïnvloed nie, maar word dit met die hulp van die Here elke dag net sterker.
PE beleef dat die MI die kwaliteit van hulle verhouding verbeter het in diè sin dat hulle mekaar nou meer waardeer en nader aan mekaar leef. Daarteenoor skryf EE die verhoging van hulle huwelikskwaliteit toe aan die genade van die Here.	

As egpaar benader hulle PE se MI as 'n gedeelde probleem en hanteer die aanpassings wat daaruit voortspruit dienooreenkomstig. Alhoewel PE frustrasie beleef oor sy groter mate van afhanklikheid van sy eggenote en die verantwoordelikhede wat sy moes oorneem, bewonder hy haar innerlike krag en is hy dankbaar dat sy in staat was daartoe. Alhoewel EE ook 'n verpligting beleef om sterk te bly, aanvaar sy haar nuwe rol as steunpilaar in die lig van die wedersydse ondersteuning vir mekaar. Vanweë die goeie pre- en postmorbiede kommunikasie tussen die egpaar, is hulle in staat om postmorbied probleme met dieselfde mate van sukses te hanteer as wat hulle dit premorbied gedoen het. PE beleef dat die krisis wat hulle ervaar het, 'n groter intimiteit in hulle verhouding teweeggebring het. As egpaar ondersteun hulle mekaar in die krisis en beleef EE dat haar eggenoot se liefde en ondersteuning haar deur die krisis gedra het. Vir PE was die ondersteuning van sy eggenote onontbeerlik. Beide beleef hulle geloof in God as die belangrikste bron van ondersteuning. Beide egmaats beleef 'n verhoging in huwelikskwaliteit.

Samevatting

Die aard en kwaliteit van die egpaar se premorbiede verhouding blyk bepalend te wees/'n rol te speel in die wyse waarop die egpaar die aanpassings wat voortspruit uit die pasiënt se MI, benader en hanteer. EA (egpaar 1) se koue, onbetrokke en kliniese benadering tot PA se MI, en PA se weerstand teen EA se pogings om betrokke te raak, is sprekend van die onbetrokke premorbiede verhouding wat hulle gehandhaaf het. Hierdie huweliksverhouding word gekenmerk deur talle frustrasies wat deur beide egmaats beleef word.

Egpaar 2 hanteer PB se MI as 'n gesinsaangeleentheid vanweë die premorbiede oortuiging wat die gesin huldig dat aangeleenthede as gesin aangepak moet word. Die premorbiede openlikheid in Egpaar 3 se verhouding stel hulle in staat om postmorbied te kommunikeer oor problematiese aanpassingsaangeleenthede en hulle slaag daarin om aanpassings op so 'n wyse in hulle verhouding te inkorporeer dat dit hulle huweliksverhouding nie negatief beïnvloed nie. Vanweë die hegte pre- en postmorbiede verhouding wat tussen Egpaar 5 bestaan, benader hulle PE se MI as 'n gedeelde probleem en ondersteun hulle mekaar op alle vlakke in die aanpassings wat hulle moet maak na die MI. Alhoewel hulle op mekaar steun as egpaar, gun hulle mekaar ook die nodige ruimte en vryheid wat elkeen verlang. Hierdie verhouding word gekenmerk deur min frustrasies.

Verder blyk dit dat 'n huweliksverhouding waarin daar pre- en postmorbiede kommunikasieprobleme aanwesig is, gekenmerk word deur 'n onbewus wees van, en 'n gebrek aan ondersteuning en begrip. Dit lei dikwels tot frustrasies as gevolg van onbevredigde behoeftes by een of beide egmaats. Die huweliksverhouding van Egpaar 1, en in 'n mate ook, die van Egpaar 4, is sprekend hiervan. Selfs in huwelike wat gekenmerk word deur goeie pre- en postmorbiede kommunikasie kan die kommunikasie oor sommige aangeleenthede lei tot gevoelens van ongemak by een of beide van die egmaats. Hulle vermy dan kommunikasie oor sulke aangeleenthede/aspekte, of maak dit af as onbelangrik wat die ander egmaat dan as gebrekkige begrip vir sy/haar gevoelens beleef. PB (egpaar 2) se reaksie op EB se kommunikasie oor haar vrese is sprekend hiervan. Egpaar 3 vind kommunikasie oor emosionele aangeleenthede moeilik en vermy dit om oor die affektiewe te praat.

PD (egpaar 4) rapporteer goeie pre- en postmorbiede kommunikasie. Daarteenoor meld ED dat alhoewel hulle baie kommunikeer, sy die kommunikasie tussen hulle as moeilik beleef en dat dit selde tot verhoogde insig in hulle verhouding lei. Dië huwelik word veral gekenmerk deur konflikterende belewenisse. PD beleef sy eggenote as ondersteunend, begrypend en sensitief in haar optrede teenoor hom. Daarteenoor beleef ED haarself as angstig, onseker, gespanne en onkundig en poog sy om haar eggenoot ten alle koste, ook ten koste van haar eie behoeftes, so gelukkig en rustig moontlik te hou.

Dit blyk dat goeie pre- en postmorbiede kommunikasie tot 'n wedersydse bewustheid van, en meelewing en begrip vir die aanpassingstake waarmee egmaats na die MI gekonfronteer word, lei. Egpaar 3 en egpaar 5 se verhouding is sprekend hiervan. Met hierdie bespreking word die

data-analise afgesluit en kan die integrasie, gevolgtrekking en kommentaar op die studie in die volgende hoofstuk behandel word.

HOOFSTUK 7

INTEGRASIE, GEVOLGTREKKING EN KOMMENTAAR

7.1 Inleiding

Met hierdie hoofstuk het die navorser dit eerstens ten doel om die inligting wat uit die literatuurhoofstukke bekom is, te integreer met die resultate wat uit die onderhawige studie na vore getree het. Die bespreking sal onder die volgende dertien temas geskied:

- Huwelikskwaliteit
- Kommunikasie
- Lewenstylaanpassings
- Selfbelewenis van die pasiënt
- Sosiale lewe
- Rolaanpassings
- Konflik- en probleemhantering
- Emosioneel/sielkundige funksionering van die egpaar
- Seksuele verhouding
- Beroepsbeoefening
- Ondersteuningstelsels
- Lewensfase van die egpaar
- Veranderde behoeftes van die pasiënt en eggenote

Ter illustrasie sal elke tema ook met toepaslike aanhaling(s) toegelig word. Die gevolgtrekking word vervolgens aangebied, waarna die navorser die implikasies van die studie behandel. Ter afsluiting lewer die navorser 'n kritiese beskouing van die studie.

7.2 Integrasie en bespreking van die navorsingsresultate

Die temas, soos dit uit die onderhawige studie na vore getree het, sal vervolgens onder die vermelde hoofde bespreek word.

7.2.1 Huwelikskwaliteit

Al die pasiënte, asook die meeste eggenotes, beleef 'n verbetering in huwelikskwaliteit na die MI. Hulle rapporteer 'n verhoogde waardering vir mekaar en bring as egpaar meer tyd saam deur. Dit spruit grotendeels voort uit die egpaar se bewuswording van menslike sterflikheid. Volgens Croog et al. (1977) en Taylor (1991) toon pasiënte dikwels 'n verhoogde waardering vir die lewe en vir dié wat sy lewe met hom deel na die MI, vanweë die pasiënt se bewuswording van sy eie sterflikheid. Vanuit die studie blyk dit dat die meeste eggenotes op dieselfde wyse geraak word vanweë hulle eie bewuswording van menslike verganklikheid as gevolg van die feit dat hulle hul egmaats byna verloor het.

Ja, ons waardeer mekaar meer omdat ons besef 'n mens leef nie vir altyd nie
(Eggenote EC).

Alhoewel die beleving van 'n verbetering in huwelikskwaliteit, volgens Speedling (1982), veral in die vroeë herstelfase van die pasiënt gerapporteer word as gevolg van die (noodwendig) verhoogde kommunikasie en kontak tussen die egpaar, blyk dit uit die studie dat egpare wie se verhouding premorbied gekenmerk was deur goeie huwelikskwaliteit, 'n voortgesette verhoging in die kwaliteit van hulle huweliksverhouding ervaar - selfs 'n jaar na die pasiënt se MI. Die voorgenoemde komplementeer/ondersteun Croog (1984) se siening dat 'n MI ook 'n verrykende ervaring vir die egpaar en gesin mag wees, aangesien dit 'n geleentheid skep vir die egpaar en gesinslede om nader aan mekaar te beweeg en om mekaar beter te leer ken en te verstaan.

Na my hartaanval spandeer ons as gesin baie meer tyd saam met mekaar. Die kinders is gedurig by die huis. Ons as gesin waardeer mekaar baie meer nou as voorheen. Die verskil van voor en na die hartaanval was seker 80% (Pasiënt PD).

7.2.2 Kommunikasie

Uit die literatuur aangehaal in die studie, blyk dit dat die aard en kwaliteit van die egpaar se pre- en postmorbiede kommunikasie veral van belang is in die handhawing van 'n goeie postmorbiede huweliksverhouding. Volgens Kuyper en Webster (1998) is oop en eerlike kommunikasie binne die egpaarverhouding oor gevoelens en vrese belangrik vir

die behoud van die verhouding na 'n MI. Resultate uit die studie verkry, ondersteun hierdie stelling van Kuyper en Webster (1998) en het duidelik getoon dat goeie pre- en postmorbiede kommunikasie tussen die egpaar aanpassing by die MI vergemaklik het. Egpare 3 en 5 rapporteer dat die goeie pre- en postmorbiede kommunikasie tussen hulle hul in staat gestel het om te kon kommunikeer oor probleme soos siekteverwante vrese, veranderde toekomsverwagtings, seksuele probleme en die pasiënt se belewing van gevoelens soos depressie en frustrasie, wat aanpassing vergemaklik het.

Alhoewel my egmaat opgehou het met rook het dit geen impak op ons huweliksverhouding gehad nie. Soms is hy frustreerd daaroor, dan praat ons daaroor en ek herhinner hom daaraan oor hoe dankbaar ek is oor sy voortgesette gesondheid (Eggenote EC).

In ander gevalle meld eggenotes (EB en ED) egter dat ten spyte van kommunikasie, die nodige insig en begrip vir mekaar se gevoelens nie altyd bereik word nie en dat hulle egmaats kommunikasie oor sommige aangeleenthede moeilik vind. Eggenote EB rapporteer byvoorbeeld dat haar egmaat kommunikasie oor haar vrese moeilik vind, wat sy dan as 'n onbegrip vir haar gevoelens beleef. Dit stem ooreen met die bevindings van Pistrang et al. (1999). Volgens Pistrang et al. (1999) word die miokardiale egpaar se kommunikasie dikwels gekenmerk deur lae vlakke van empatie en beperkte eksplorering van gevoelens. Die pasiënt is dikwels so vasgevang in sy eie probleme met betrekking tot sy siektetoestand dat hy min empatie kan toon met die bekommernisse van sy egmaat. Volgens Pistrang et al. (1999) blyk die voorgenoemde pogings tot kommunikasie van min hulp en waarde vir beide die pasiënt en egmaat te wees. Dit word bevestig deur die belewenis van eggenotes EB en ED.

Waar die huweliksverhouding gekenmerk word deur pre- en postmorbiede kommunikasieprobleme (egpaar 1), beleef pasiënt PA gebrekkige empatie en besorgdheid oor sy toestand. Sy eggenote (EA) toon beperkte insig en begrip met betrekking tot die impak wat die MI op haar eggenoot se lewe het en fokus slegs op die bykomende konflik in hulle verhouding wat veral sentreer rondom dieetaanpassings en haar eie gevoelens van irritasie daaromtrent.

Niks het eintlik verander nie, behalwe dat dit my ontsettend irriteer dat hy aanhou verkeerd eet en ophou oefeninge doen (Eggenote EA).

7.2.3 Lewenstylaanpassings

Van die eggenotes (EA, EB en ED) rapporteer verhoogde gevoelens van irritasie en onsekerheid vanweë die aanpassings wat hulle moes maak. Gevoelens van irritasie sentreer veral om lewenstylaanpassings, verhoogde aggressie by die eggenoot en die veranderings wat eggenotes moes maak in hulle sosiale lewe en toekomsverwagtings. Dieetaanpassings en die staak van die rookgewoonte by die pasiënt lei tot konflik in sommige van die verhoudings (egpare 1 en 2). Eggenotes EA en EB beleef hulle egmaats as ongemotiveerd en onwillig om hulle tot 'n gesonder lewenstyl te verbind en dit laat hulle gefrustreerd en geïrriteerd.

Vir die meeste van die pasiënte was die aanpassing by 'n rustiger, gesonder lewenstyl van die moeilikste veranderings wat gemaak moes word na die MI. Waar die gesin en eggenote egter die pasiënt sigbaar ondersteun het, deur byvoorbeeld self op te hou rook of as gesin dieselfde dieet te volg, vergemaklik dit die aanpassing vir die pasiënt en beleef die pasiënt sulke pogings as ondersteunend. Uit die navorsing blyk dit dat sommige eggenotes bereid is om hierdie tipe lewenstylaanpassings te maak omdat hulle die veranderings as voordelig vir almal beskou (Eggenote ED). Min sigbare ondersteuning deur die eggenote word deur die pasiënt as 'n belemmering beskou in sy eie pogings om byvoorbeeld op te hou rook. Hierdie bevinding strook met die navorsing van Johnson en Morse (1990), wat bevind het dat die oorgrote meerderheid manlike pasiënte lewenstylaanpassings beskou as 'n gesamentlike onderneming tussen hulle en hulle egmaats.

Die grootste verandering in ons verhouding was die verandering in dieet. Die hele huishouding eet nou die selfde... My vrou het reeds opgehou rook 'n maand voor my hartaanval. Dit het my net gehelp. Selfs die kinders rook baie minder (Pasiënt PD).

Volgens Fullard (1990) is dit belangrik vir suksesvolle aanpassing na 'n MI dat die pasiënt moet erken dat veranderings gemaak moet word in terme van sy lewenstyl. Volgens Hackett (1978) hou die pasiënt se gebrekkige vermoë tot die vorming van 'n nuwe liggaamsbeeld verband met sy aanvaarding al dan nie van die lewenstylveranderings wat hy moet maak. Deur nie erkenning te gee aan die aanpassings in lewenstyl nie, hoef die pasiënt ook nie erkenning te gee aan sy veranderde liggaamlike self nie.

7.2.4 Selfbelewenis van die pasiënt

Uit die navorsing blyk dit dat die meeste pasiënte erkenning gee aan hulle veranderde liggaamlike self. Hierdie bevinding baseer die navorsers op die feit dat die meeste pasiënte (PB, PC, PD en PE) poog om rustiger te leef deur hulle werksure te verminder en om stres en stressituasies asook fisiese inspanning, bewustelik te hanteer en te bestuur al is dit moeilik versoenbaar met hulle persoonlikhede, wat premorbied gekenmerk was deur 'n haastige persoonlikheidstyl. Soos reeds in 7.1.3 genoem, poog die meeste pasiënte ook om die rookgewoonte te staak en dieetaanpassings te maak, hoewel die eggenotes hulle pogings nie altyd as baie oortuigend beleef nie. Volgens Taylor (1991) is die meeste navorsers dit eens dat aanpassings by 'n veranderde liggaamsbeeld uiteindelik gemaak word, hoewel die proses 'n jaar of selfs langer mag duur.

Vir die pasiënt omvat sy veranderde selfbelewenis veel meer as net 'n veranderde liggaamlike self en raak hy na sy MI bewus van homself as 'n sterflike wese. In sy bewuswording hiervan, besef die pasiënt dat hy kwesbaar en nietig is en lei dit tot gevoelens van dankbaarheid oor die tweede kans wat hom gegun is. 'n Groter waardering vir die lewe oor die algemeen, asook vir dié wat sy lewe met hom deel en vir sy huweliksverhouding, kom ook voor (PA, PB, PD en PE).

Die wyse waarop ek nou oor myself voel het baie verander van voor die hartaanval tot na die tyd. Voor die hartaanval is jy net die beste en sterkste wat daar is... . Na die hartaanval begin dink jy en besef hoe nietig jy werklik is. Jy heg geen waarde aan jouself nie daar is dinge wat baie groter as jy is. Nou besef jy dat jy op geleende tyd lewe en hoe minderwaardig jy werklik is... Ons probeer nou soveel as moontlik van mekaar kry en is dankbaar vir die tyd wat ons nog het (Pasiënt PD).

Alhoewel die meeste van die eggenotes 'n verandering in hulle eggenoot se selfbelewenis bemerk, hou dié verandering vir hulle grootliks verband met hulle eggenoot se verswakte fisiese vermoëns en die stadiger lewenstempo waarby hy moes aanpas. Slegs eggenote ED meld dat sy bewus is van die verdieping wat in haar eggenoot se lewe plaasgevind het in terme van sy selfbelewenis. Dit dui op 'n groot leemte in die eggenote se begrip vir haar eggenoot se bewuswording van homself as sterflike wese en wat dit alles behels.

Laasgenoemde is egter belangrik, aangesien dit uit die navorsing blyk dat die MI-pasiënt se lewensbeskouing en interaksie na die MI sterk beïnvloed word deur sy bewuswording van sy eie sterflikheid, 'n aspek waarvan eggenotes klaarblyklik onbewus is.

Vir pasiënt PA lei diè nuwe bewustheid van sy eie mortaliteit tot 'n wroeging met eksistensiële aangeleenthede en 'n proses van selfevaluasie. Hy bevind hom op die ouderdom van twee en veertig jaar, in die laaste ontwikkelingstadium van sy lewe, en word gekonfronteer met krisisse in 'n lewenstadium waarvoor hy nie gereed is nie. Pasiënt PA word nou gedwing om te reflekteer oor 'n lewe wat hy waarskynlik voel hy nog nie eens ten volle geleef het nie.

Herbeslissing oor die lewe oor die algemeen nl. Hoe min/baie is die lewe werd? Hoe kort is die lewe dalk? Wat beteken lewe/dood? Is my lewe tot op hede die moeite werd gewees? Het ek uit die lewe gehaal wat ek wou/kon? Hoe 'n goeie/slegte eggenoot of vader was/is ek? (Pasiënt PA).

Deur 'n proses van retrospeksie en introspeksie werk pasiënt PA deur hierdie ontwikkelingskrisis, wat hom verryk en met 'n groter mate van wysheid en insig laat. (Erikson, 1982 soos aangehaal deur Meyer et al., 1988). Dit is dan ook juis dit wat hom deur die krisis dra en opnuut betekenis aan sy lewe gee.

(Die) besef dat ek nog nie bereik het wat ek werklik wil nie. (Die) wil om 'n meer betekenisvolle lewe te lei. (My) eie weiering om te gaan lê en moed op te gee. (My) geloof wat deur die krisis versterk is (Pasiënt PA).

7.2.5 Sosiale lewe

Vir eggenotes EB en ED het die aanpassings wat hulle in hulle sosiale lewe moes maak, tot gevoelens van frustrasie en irritasie oor die situasie gelei, aangesien die bywoning van sosiale aangeleenthede na die MI deur hul eggenoot en sy gesondheidstoestand bepaal word. Daarteenoor meld die ouer eggenotes (EC en EE) dat daar geen verskil in hulle sosiale lewe is nie, vanweë die feit dat hulle premorbied nie baie sosiaal was nie en 'n rustiger lewe gelei het en verkies. Die meeste pasiënte (PA, PB, PC en PD) meen egter dat daar nie veel verandering in hulle eie en/of die sosiale lewe van hulle eggenote na die MI

is nie. Hiervan kan afgelei word dat die jonger pasiënte (PA, PB en PD) nie bewus is van die impak wat die MI op die sosiale lewe van hulle eggenotes het en hulle gevoelens daaromtrent nie. Die eggenotes se neiging om hulle ongelukkigheid oor die aangeleentheid vir hulle eggenoot te verbloem of weg te steek, kan een van die redes vir die pasiënt se onbewustheid hiervan wees. Volgens Dickerson (1998) en Thompson et al. (1995) is die egmaat dikwels geneig om gevoelens wat die pasiënt mag ontstel, vir hom weg te steek. Hierdie optrede van die egmaat mag dan weer, volgens Arefjord et al. (1998) lei tot verwydering tussen die egpaar en gevoelens van stres en skuld by die egmaat. Alhoewel dit nie uit die onderhawige studie blyk dat die probleme wat die eggenotes op sosiale gebied ervaar tot 'n verwydering tussen die egpaar lei nie, dra dit beslis by tot die gevoelens van ongelukkigheid en stres in die verhouding.

As ons na 'n funksie toe moet gaan of iets, moet ons altyd eers kyk hoe hy voel anders maak hy dit vir ons beide moeilik. Hy is altyd gewillig om te gaan ter wille van my. Die meeste van die tyd dink ek maar 'n verskoning uit hoekom ons nie kan gaan nie. Soms huil jy maar uit frustrasie sodat hy jou ook nie sien nie (Eggenote ED).

7.2.6 Rolaanpassings

Sommige pasiënte (PD en PE), en die meeste van die eggenotes (EB, EC, ED en EE), rapporteer rolveranderings in hulle huweliksverhouding na die MI. Arefjord et al. (1998) bevind dat die impak wat 'n MI met betrekking tot rolveranderings in die huweliksverhouding het, hoofsaaklik beperk is tot die vroeë rehabilitasiefase van die pasiënt en dat dit nie tot permanente veranderings lei nie. Alhoewel sommige van die egpare (egpaar 4) rolveranderings as gering, van korte duur en omkeerbaar beleef het, het dit ook uit die onderhawige studie geblyk dat van die eggenotes (EB en EE) 'n jaar na die MI steeds 'n groot mate van verantwoordelikheid vir huishoudelike aktiwiteite en finansiële aangeleenthede moes aanvaar. Alhoewel sommige van die eggenotes (EC en EE) hulle nuwe verantwoordelikhede sonder meer aanvaar en hanteer, beleef eggenote EB die langdurige oorname van verantwoordelikhede as op haar afgedwing en aanvaar sy dië verantwoordelikhede teësinnig, wat tot stres in die verhouding lei.

In die huwelik het 'n man gewoonlik die verantwoordelikheid om finansies te behartig – ek moes alle reëlings en betalings van uitstaande skuld op my neem. Ons finansiële begroting, vereffenings van rekenings en alle uitgawes is nou my verantwoordelikheid. Natuurlik klop ons begroting nooit nie en plaas dit baie stres op my. Soms raak ek baie gefrustreerd omdat my werksituasie my baie uitput en ek dan voel asof ek nie fisies die krag het om tuis ook aan te gaan nie” (Eggenote EB).

Volgens Carter (1984) raak rolveranderings egter nie net die egpaar nie. Dit het dan ook duidelik uit die studie geblyk dat dit nie net die egpaar is wat geraak word deur rolveranderings nie, maar ook die kinders waar daar nog kinders in die huis is. Die pasiënte het veral die kinders se oornamse van sekere rolle as baie ondersteunend beleef.

Gelukkig het ek 'n dogter wat lief is vir tuinmaak en grassny. My kinders was en is nog steeds 'n groot steun veral as dit by uitputtende werkies kom soos grassny en opruiming (Pasiënt PB)

7.2.7 Konflik- en probleemhantering

Egpare 2 en 4 rapporteer 'n groot verskil in die wyse waarop hulle konflik en probleme hanteer na die MI. Volgens dié egpare poog hulle om situasies en aangeleenthede wat tot konflik mag lei, te vermy. Waar dit egter nie moontlik is om konflik en probleme te vermy nie, ervaar pasiënt PB dat hy meer ekspressief in sy hantering daarvan is en pasiënt PC dat hy selfs irrasioneel optree. Die meeste eggenotes (EA, EB en ED) vermy konfliksituasies in 'n poging om nie hulle eggenoot te ontstel nie. Arefjord et al. (1998) bevind in hulle studie dat die gebruik van vermyding as hanteringstrategie nie net gedurende die korttermynaanpassing by die siektetoestand tot huweliksprobleme kan lei nie, maar dat dié wyse van hantering nog jare na die krisis voortgesit kan word - wat langtermynproblematiek impliseer. Aangesien hierdie studie 'n jaar na die MI onderneem is, impliseer die wyse waarop die egpaar konflik hanteer 'n langtermynprobleem en kan die afleiding gemaak word dat van die egpare nie oor voldoende konflikhanteringsvaardighede beskik vir die hantering van konflik binne die nuwe situasie waarin hulle hul bevind nie.

Ja, daar is nogal 'n verskil (in die wyse waarop ons konflik hanteer) veral as dit op 'n rusie sou uitloop. Ek dink die rede hiervoor is vrees. Vrees dat hy deur rusie weer 'n aanval sou kry, sou ek dan die skuldige persoon wees. Dus vermy ek dit. Dit is al probleem wat ons eintlik het (Eggenote ED).

7.2.8 Emosioneel/sielkundige funksionering van die egpaar

Volgens die meeste van die pasiënte ervaar hulle 'n jaar na die MI gevoelens van nutteloosheid (PA, PB, PC en PD) en frustrasie (PA, PB, PC, PD en PE). Baie van diè voorgenoemde gevoelens spruit voort uit, of hou verband met, die pasiënt se verswakte fisiese vermoëns. Vir pasiënte PB, PC en PD is 'n bron van hulle frustrasie egter geleë in hulle eggenotes se oorbeskermdende gedrag teenoor hulle, en vind hulle hierdie optredes frustrerend en soms moeilik om te hanteer. Volgens Badger (1990) word oorbeskerming van die pasiënt dikwels deur die egmaat as hanteringstrategie gebruik na 'n MI. Uit die onderhawige studie blyk dit dat eggenotes wat oorbeskerming as hanteringstrategie gebruik, op diè wyse optree in 'n poging om hulle eie gevoelens van angs en onsekerheid te hanteer. Alhoewel Fiske et al. (1991) van mening is dat die eggenote se oorbeskermdende optrede nie 'n negatiewe invloed op die pasiënt of die egpaar se funksionering behoort te hê nie, blyk dit uit die studie dat die pasiënte hulle eggenotes se oorbeskermdende optrede oor die algemeen as redelik negatief evalueer. Selfs wanneer die eggenote (EB) bewus is daarvan dat haar optrede haar eggenoot frustreer, gaan sy voort om diè gedrag te openbaar. Dit kan die pasiënt se aanpassing en die egpaar se funksionering belemmer, aangesien pasiënte gevoelens of gedrag wat tot oorbeskerming lei, mag wegsteek vir hulle eggenotes.

Ek is ook heeltemal oorbeskermd en sal sommer vertel, sonder om te vra, dat hy nie goed voel nie en moet gaan rus. Ek besluit ook sommer vir hom wat hy mag doen en wat nie. Natuurlik hou geen man daarvan dat hy op so 'n manier om hom gekloek word nie, en word ek gereeld op die vingers getik (Eggenote EB).

Behalwe die gevoelens van nutteloosheid en frustrasie wat die pasiënte beleef, maak sommige ook melding van gevoelens van vrees om te sterf (PA en PC), angs (PA en PB), aggressie (PA en PB) en depressie (PD en PD). Volgens die meeste eggenotes (EB, EC, ED en EE) ervaar hulle 'n gevoel van angs dat hulle egmaat mag sterf, wat in sommige gevalle

tot 'n gevoel van onsekerheid lei. Verder rapporteer eggenote ED gevoelens van skuld oor haar aandeel in haar eggenoot se MI, asook stres wat spruit uit haar onkunde oor hoe om die siektesituasie te hanteer. Uit die studie blyk dit dat die impak van MI op die egpaar se emosionele funksionering hulle huweliksverhouding so kan beïnvloed dat dit hulle aanpassing bemoeilik of selfs belemmer.

Ek het baie gestres, want ek kon sien wanneer hy depressief of gefrustreerd was en jy weet nie hoe om dinge te hanteer nie. Ek moes probeer en dra baie keer die blaam vir dinge wat gebeur. Dit is baie stres. Dit beïnvloed die huwelik. Jy dink aan egskedding want alles word net te veel vir jou (Eggenote ED).

7.2.9 Seksuele verhouding

Wat betref die egpare se seksuele verhouding, blyk dit dat die meeste van die egpare (egpare 1, 2, 3 en 4) 'n verandering in hulle fisiese verhouding beleef het na die MI. Dit stem ooreen met die navorsingbevindings van Croog (1984), Parker (1993) en Bramoweth (1983). Volgens die ouer egpare betrokke by die studie was daar vanweë hulle ouderdom, min aanpassings in hulle seksuele verhouding. Volgens egpaar 5 ('n ouer egpaar) geniet hulle mekaar nog steeds op fisiese vlak ondanks hulle ouderdom - nou net op 'n ander manier. Die ander egpare meld egter almal inisiële aanpassings in hulle seksuele verhouding na die MI, onder andere 'n aanvanklike skrikkerigheid en versigtigheid om seksueel te verkeer. In sommige gevalle (egpaar 2) was die inisiële aanpassings gebaseer op wanopvattinge, soos byvoorbeeld dat seksuele omgang tot 'n verdere MI mag lei. In dié geval tref eggenote EB 'n kompromie en stel sy haar eggenoot se gesondheid as eerste prioriteit. Volgens Papadopoulos (1992) en Shanfield (1990) is dit 'n strategie wat dikwels deur egmaats gevolg word.

Die meeste egmaats beleef dat hulle seksuele verhouding weer na normaal teruggekeer het namate herstel plaasgevind het. Pasiënt PD beleef egter die impak van die MI op hulle seksuele verhouding as baie traumaties. Sy eggenote skryf hulle seksuele probleme toe aan die medikasie wat haar eggenoot gebruik. Deur inligting in te win oor die nuwe-effekte van die medikasie en daaroor te praat, aanvaar beide die situasie en leer hulle om daarmee saam te leef. In die meeste gevalle blyk dit dat die egpare die impak van die MI op hulle seksuele verhouding nie as langdurig en blywend beleef het nie, en dat hulle in staat was om die inisiële probleme wat hulle ervaar het, te hanteer deur aanpassings te maak.

Vir ons was die eerste prorieit dat hy moet gesond word en het dit nie 'n groot probleem veroorsaak dat ons nie seksueel aktief kon wees nie. Gedurende die hersteltydperk het ek die hoofrol oorgeneem gedurende seks, totdat hy sodanig herstel het dat alles weer na normaal, soos voorheen, kon terugkeer. Dit was een van die gevolge wat ons die minste minste gepla het (Eggenote ED).

7.2.10 Beroepsbeoefening

Nog 'n terrein waarop daar veranderings gemaak moes word was dié van die pasiënt se beroep en die gesin se finansiële status as gevolg van die implikasies van die MI. Aangesien egpare 3 en 5 reeds op pensioen was, het die MI nie enige impak dié terrein gehad nie. Van die pasiënte (PB en PD) wat steeds in 'n beroep staan, het gerapporteer dat hulle aanpassings moes maak in die wyse waarop hulle hul beroep beoefen na die MI. Die hantering en vermindering van stres en stressituasies asook die bewustelike bestuur van fisiese inspanning, is algemeen. Ten spyte van pogings om hulle beroepsituasie te hanteer, het pasiënt PB dit oorweeg om met vervroegde pensioen te gaan, terwyl pasiënt PA 'n beroepsverandering oorweeg het. Dit mag 'n aanduiding wees dat die pasiënte hulle pogings om aan te pas as minder suksesvol evalueer vanweë die volgehoue ang en stres wat hulle beleef. Volgens Bernard en Krupat (1993) blyk dit dat emosionele faktore soos ang en depressie, eerder as die fisiese toestand van die pasiënt, 'n positief korrelerende voorspelbare maatstaf is vir die pasiënt se suksesvolle terugkeer na sy werksituasie. Dit blyk dan ook die geval in die onderhawige studie te wees.

My probleem het geen impak op my beroepsbeoefening gehad nie – na 'n maand se geforseerde rus by die huis, het ek my normale dagtaak hervat. Dit het my in die begin bang gemaak dat die pas van die werk dalk te kwaai kan wees. Nou, 'n jaar later, werk ek harder as ooit agv afleggings ens. ens. Dit maak my steeds bang – verandering bring noodwendig ongeduld en frustrasie. Tans oorweeg ek dit om van werk te verander – nie maklike besluit op my ouderdom nie (Pasiënt PA).

Die meeste van die eggenotes is bewus van die aanpassings wat hulle eggenoot in sy beroepsituasie moes maak, maar fokus grotendeels op die finansiële implikasies daarvan. Slegs een van die pasiënte (PB) vermeld verhoogde finansiële druk op sy gesin as gevolg van die implikasies van sy MI. Daarteenoor is dit 'n tema wat deur meer van die eggenotes

(EB en ED) geopper word. Die emosies wat daarmee saamhang, is redelik negatief van aard en spreek van verdere opofferings wat die eggenote moet maak, en van 'n groter finansiële las en verantwoordelikheid vir die gesin wat sy moet dra. Volgens Croog (1984) mag dië veranderings in rolle daartoe bydra dat die pasiënt homself as nutteloos beskou, wat tot 'n verswakking van die selfbeeld en 'n daling in die gevoel van eiewaarde kan lei. Die feit dat sommige van die pasiënte nie melding maak van hulle veranderde finansiële status nie, kan moontlik aan bogenoemde toegeskryf word.

7.2.11 Ondersteuningstelsels

Met die uitsondering van eggenote EA, wat op haar mediese agtergrond steun, rapporteer al die ander respondente dat hulle geloof en vertrouwe in God die belangrikste bron van ondersteuning was wat hulle deur die krisis gedra het en steeds dra. Volgens pasiënte PA en PE, asook eggenote EB, het die ervaring ook hulle geloof versterk en beter mense van hulle gemaak. Die fisiese, emosionele en geestelike ondersteuning van kinders, familie, vriende, bure, kerklidmate en gesondheidspersoneel dien ook as 'n belangrike bron van ondersteuning. Vir al die pasiënte is hulle eggenotes, naas hulle godsdiens, die belangrikste bron van ondersteuning. Larsson et al. (1991) is van mening dat die stres wat deur die MI-pasiënt beleef word in sy poging om aan te pas by sy nuwe lewenstyl, langtermyn van aard is, en dat die pasiënt 'n subjektiewe langtermyn behoefte aan die sosiale ondersteuning van ander toon. Dit stem ooreen met die bevindings van die onderhawige studie, waarin al die pasiënte, sommige in 'n mindere en ander in 'n meerdere mate, 'n jaar na die MI nogsteeds 'n sterk behoefte aan die ondersteuning van ander toon. Teen dië agtergrond blyk die insluiting van veral die eggenote by die rehabilitasie van die pasiënt van die uiterste belang te wees.

Die grootste bron van krag gedurende my siekte tot nou was my vrou. Ek dink nie dat daar enige manier was wat ek sonder haar dit sou oorleef en weer 'n normale lewe kon lei nie (Pasiënt PE).

7.2.12 Lewensfase van die egpaar

Uit die onderhawige studie blyk dit dat die ouer egpare (egpare 3 en 5) die impak van die pasiënt se MI op hulle huweliksverhouding as minder dramaties as die jonger egpare

beleef. Hierdie waarneming word ondersteun deur die bevindings van Bishop (1994) en Rolland (1994) wat postuleer dat, vanweë die feit dat die ouer egpare alreeds verskeie aanpassings moes maak, hulle aanpassing na die MI dikwels minder dramaties is as dié van die jonger egpare. Nog 'n moontlike rede vir die ouer egpare se beter hantering van die siektetoestand is die feit dat hulle meer ervare is in die ontwikkeling van effektiewe hanteringsvaardighede (Bishop, 1994). Die ouer persoon is ook redeliker in sy verwagting en aanvaarding van siekte en is dus minder geskok oor die voorkoms daarvan. Die goeie pre- en postmorbiede kommunikasie tussen die ouer egpare kon hulle ook as instrument gebruik om hulle aanpassing na die MI te vergemaklik. Dit het hulle in staat gestel om te kommunikeer oor hulle siektevrese en die aanpassings wat hulle moes maak in terme van hulle lewenstyl, rolveranderings en toekomsverwagtings.

Ek moes leer om dinge rustiger te neem en het take soms heelwat langer gevat om te voltooi as voorheen. Dit het my baie frustrer, maar dan sal my vrou my paai en sê dit maak mos nie saak of jy dit nou dadelik of 'n uur later klaar maak nie (Pasiënt PE).

7.2.13 Veranderde behoeftes

As sekondêre doelstelling het die navorser 'n breër begrip vir die veranderde behoeftes wat na MI in die huweliksverhouding mag bestaan, ten doel gehad. Uit die literatuur het dit geblyk dat behoeftes van beide egmaats na die MI gefrustreer word, en dit is bevestig deur die navorsingsresultate. Bogenoemde blyk 'n tendens te wees wat veral aanwesig is by die jonger egpaar.

Uit die onderhawige studie blyk dit dat pasiënte PB, PC en PD se behoefte aan selfstandige en onafhanklike funksionering binne hulle beperkings, in 'n mate gefrustreer word deur hulle eggenotes se geneigdheid tot oorbeskerende gedrag. Dit is dan ook 'n aspek wat selde binne die huweliksverhouding aangespreek word en/of waarvoor oplossings selde gevind word omdat die eggenotes onbewus blyk te wees van die aard en/of die impak van hulle gedrag op hulle eggenoot.

Daarteenoor word pasiënt PA se behoefte aan ondersteuning en begrip vir sy situasie intens gefrustreer deur sy eggenote, en soms ook die res van die gesin, se onbetrokke houding

en gebrek aan empatie en meelewing met sy situasie. Daar word dan ook in dié huwelik min pogings aangewend om oplossings te soek, aangesien die huwelik verder gekenmerk word deur kommunikasieproblematiek.

Omdat ek basis nou niks makeer nie, gaan die lewe soos voorheen aan en praat ons bykans nooit oor my probleem nie. Vriende en kollegas blyk meer bekommerd te wees as die gesin (Pasiënt PA).

Eggenotes presenteer ook met 'n behoefte aan begrip van hulle eggenoot vir die vrese en frustrasies wat hulle binne hulle nuwe situasie beleef. Uit die studie blyk dit dat daar baie selde erkenning gegee word aan dié behoefte van die eggenotes (EB en ED). Vanweë die omstandighede en uit vrees dat sy haar eggenoot sal ontstel, gee die eggenote dan ook dikwels nie uitdrukking aan hierdie behoefte nie.

Ek wou baie weet oor die siekte. Soms het ek gevoel dat ek magteloos is, wie moes ek vra. Soms wou hy nie met my praat nie. Soms wel. Hy het nooit vir my gevra hoe ek voel nie. Hy het altyd gesê hy weet dit is moeilik (Eggenote ED).

Uit die navorsing blyk dit dat van die jonger eggenotes (EB en ED) se sosiale behoeftes ná hulle eggenoot se MI gefrustreer word, omdat hulle sosiale lewe na die MI deur hulle eggenoot en sy gesondheidstoestand gedikteer word. Eggenotes EB en ED kommunikeer dan ook nie met hulle egmaats oor hulle frustrasie nie en hulle egmaats blyk onbewus te wees daarvan. Laasgenoemde word weerspieël deur hulle egmaat se belewing dat daar geen aanpassing was in hulle eie of die sosiale lewens van hulle eggenotes nie.

7.3 Gevolgtrekking

Uit die inligting weergegee in die hoofstuk (en studie), is die volgende gevolgtrekkings van belang:

- **Egpare beleef die MI ook as 'n verrykende ervaring**

Uit die resultate blyk dit dat die MI, ondanks die trauma, ook 'n verrykende ervaring vir die egpaar is, iets wat dan ook deur sommige van die egpare genoem word. Die

meeste egpare beleef 'n verbetering in hulle huwelikskwaliteit in diè sin dat hulle mekaar meer waardeer en as egpaar meer tyd saam deurbring. Dit spruit grotendeels voort uit die egpaar se bewuswording van menslike sterflikheid.

- **Die aard en kwaliteit van pre- en postmorbiede kommunikasie is van belang**

Dit was verder duidelik uit die navorsing dat goeie pre- en postmorbiede kommunikasie veral van belang is in die handhawing van 'n goeie postmorbiede huweliksverhouding. Oop en eerlike kommunikasie stel die egpaar in staat om te kan kommunikeer oor probleem-aangeleenthede soos lewenstylaanpassings, siekteverwante vrese, veranderde toekomsverwagtings en seksuele probleme. Die voorgenoemde lei tot 'n verhoogde insig en begrip vir mekaar se behoeftes en gevoelens, wat aanpassing by hulle nuwe situasie vergemaklik. Waar die huweliksverhouding egter gekenmerk word deur kommunikasieproblematiek, ervaar die pasiënt en/of die eggenote dat die nodige insig en begrip vir mekaar se gevoelens nie altyd getoon of bereik word nie, wat by die pasiënt en/of eggenote die indruk skep van 'n gebrekkige begrip en 'n tekort aan empatie met en besorgdheid oor hulle situasie en/of gevoelens.

- **Pasiënte pas, ondanks tipe A-persoonlikheid, aan by rustiger lewenstyl**

Die meeste pasiënte presenteer met persoonlikheidseienskappe wat geassosieer word met tipe A-gedrag en beleef, uit die aard hiervan, die aanpassing by 'n rustiger lewenstyl as van die moeilikste en frustrerendste aanpassings wat hulle moes maak na die MI. In teenstelling met Friedman et al. (1977) en Suinn (1978, soos aangehaal uit Millon et al., 1982) se siening dat tipe A-gedrag as so uiters belonend beskou word dat selfs 'n bedreiging van lewensverlies nie die persoon kan motiveer tot verandering nie, wend die meeste pasiënte wat by die studie betrokke is, 'n aktiewe poging aan om rustiger te leef. Hulle bereik 'n groter mate van rustigheid deur hulle werksure te verminder en deur stres en stressituasies, asook fisiese inspanning, bewustelik te hanteer en te bestuur.

- **Dieetaanpassings en die staak van die rookgewoonte lei tot konflik in die huweliksverhouding**

Dieetaanpassings en die staak van die rookgewoonte blyk lewenstylveranderings te wees wat veral in sommige van die huweliksverhoudings tot konflik lei. Alhoewel pasiënte aktiewe pogings tot verandering verbaliseer, beleef sommige eggenotes hulle egmaats as ongemotiveerd en onwillig om hulle tot 'n gesonder lewenstyl te verbind, wat eggenotes gefrustreerd en geirriteerd laat. Waar die eggenotes en gesin egter die pasiënt sigbaar ondersteun, deur byvoorbeeld self op te hou rook of as gesin dieselfde dieet te volg, vergemaklik dit die aanpassing vir die pasiënt. Die teendeel is dan egter ook waar. Min sigbare ondersteuning deur die eggenote word deur die pasiënt as 'n belemmering van sy eie pogings om veranderings aan te bring, beleef.

- **Pasiënte poog om aan te pas by hulle veranderde fisiese selfkonsep**

Uit die studie blyk dit dat die meeste van die pasiënte erkenning gee aan hulle veranderde fisiese selfkonsep en poog om daarby aan te pas, alhoewel die proses dikwels gepaard gaan met gevoelens van nutteloosheid en frustrasie. Eersgenoemde is sigbaar in die pogings, alhoewel nie altyd so suksesvol nie, wat die pasiënt aanwend ten einde 'n rustiger en gesonder lewe te lei. Sommige van die eggenotes voel dan ook mede-verantwoordelik vir die bereiking van dië doelstelling.

- **Die pasiënt raak van homself bewus as 'n sterflike wese**

Vanweë die pasiënt se konfrontasie met die dood raak hy van homself bewus as 'n sterflike wese. Hierdie bewuswording beïnvloed sy selfbelewenis, sy lewensbeskouing en sy interpersoonlike verhoudings met ander. Vir sommige pasiënte lei die bewustheid van sy eie mortaliteit tot 'n wroeging met eksistensiële aangeleenthede en 'n proses van self-evaluasie. Alhoewel die meeste eggenotes bewus is van 'n verandering in hulle eggenoot se selfbelewenis blyk die meeste onbewus te wees van die aard daarvan. Hierdie verandering hou vir hulle grootliks verband met hulle eggenoot se verswakke fisiese vermoëns en die stadiger

lewenstempo waarby hy moes aanpas. Dit dui egter op 'n groot leemte in die eggenote se begrip van haar eggenoot se funksionering na die MI, aangesien sy lewensbeskouing en interaksie na die MI sterk gemotiveer en beïnvloed word deur die bewustheid van sy eie mortaliteit.

- **Jonger eggenotes beleef 'n gevoel van ingeperktheid rakende hulle sosiale lewe na die MI**

Uit die navorsing blyk dit dat die jonger eggenotes 'n gevoel van ingeperktheid beleef met betrekking tot hulle sosiale lewe na die MI, aangesien die bywoning van sosiale aangeleenthede nou deur hulle eggenoot en sy gesondheidstoestand bepaal word. Alhoewel diè situasie gevoelens van frustrasie en irritasie by die eggenote wek, deel sy dit nie met haar eggenoot nie uit vrees dat sy hom mag ontstel. Volgens die meeste pasiënte is daar dus nie veel verandering in hulle eie en/of die sosiale lewens van hulle eggenotes nie bloot omdat hulle onbewus is van hulle eggenote se gevoelens. Dit dra beslis by tot gevoelens van ongelukkigheid en stres in die verhouding. Daarteenoor blyk die pasiënt se MI geen impak op die ouer egpare se sosiale lewens te gehad het nie, omdat hulle premorbied nie baie sosiaal was nie en 'n rustiger lewe verkies. In sommige gevalle is die ouer pasiënt daarop ingestel dat sy eie ingeperktheid nie die sosiale lewe van sy eggenote moet beïnvloed nie.

- **MI lei tot rolveranderinge in die huweliksverhouding en gesin**

In ooreenstemming met literatuurbevindings, rapporteer die meeste egpare rolveranderinge in hulle huweliksverhouding na die MI. In teenstelling met bogenoemde bevindings, waarvolgens rolveranderinge hoofsaaklik beperk is tot die vroeë rehabilitasiefase, blyk dit uit die onderhawige studie dat sommige van die eggenotes 'n jaar na die MI nog in groot mate die verantwoordelikheid vir huishoudelike aktiwiteite en finansiële aangeleenthede moet aanvaar. Alhoewel sommige eggenotes hulle nuwe verantwoordelikhede sonder meer aanvaar en hanteer, beleef ander eggenotes die langdurige oornam van verantwoordelikhede as op hulle afgedwing en aanvaar hulle dit teësinnig, wat tot stres in die verhouding lei.

Dit blyk verder uit die navorsing dat waar daar nog kinders in die huis is, hulle ook geraak word deur rolveranderings. Die kinders blyk in 'n groot mate medeverantwoordelikheid te aanvaar vir huishoudelike aktiwiteite soos tuinversorging en algemene huishoudelike take om die las op die eggenote te verlig. Pasiënte beleef hierdie optrede van hul kinders as baie ondersteunend.

- **Jonger egpare toon gebrekkige konflikhanteringsvaardighede**

Die afleiding kan ook gemaak word dat die meeste van die jonger egpare nie oor voldoende vaardighede beskik om konflik binne die nuwe situasie waarin hulle hul bevind, te hanteer nie. Vanweë 'n gebrek aan die nodige vaardighede poog egpare om situasies en aangeleenthede te vermy wat tot konflik kan lei. Hierdie vermydende wyse van konflikhantering dra by tot verdere stres in die verhouding. Daarteenoor blyk die ouer egpare beter toegerus te wees om konfliksituasies te hanteer en doen hulle dit deur te kommunikeer daaroor, 'n strategie wat dikwels ook premorbied gebruik is.

- **Oorbeskerming van die jong pasiënt dra by tot die gevoelens van frustrasie wat hy beleef**

Alhoewel baie van die pasiënt se gevoelens van nuttelosheid en frustrasie voortspruit uit, of verband hou met, sy verswakte fisiese vermoëns, blyk die oorbeskermende gedrag van sommige van die eggenotes ook 'n groot bron van frustrasie vir die jonger pasiënt te wees. In teenstelling met sommige van die literatuurbevindings, beleef die jonger pasiënt sy eggenote se oorbeskermende gedrag as negatief en ervaar hy haar optrede as onaanvaarbaar en moeilik om te hanteer. Dit blyk die pasiënt se aanpassing en die egpaar se funksionering te belemmer, omdat die pasiënt gevoelens of gedrag wat tot oorbeskerming mag lei, wegsteek vir sy eggenote.

- **Die jonger eggenote maak dikwels gebruik van oorbeskerming as hanteringstrategie**

Uit die onderhawige studie blyk dit dat die jonger eggenote dikwels gebruik maak van oorbeskerming as hanteringstrategie na haar eggenoot se MI. Die sterkste motiverende krag, onderliggend aan die gebruik van diè strategie, blyk die eggenote se hantering van haar eie gevoelens van angs en onsekerheid te wees. Deur oorbeskermend op te tree, voel die eggenote meer in beheer van die situasie, maar blyk sy die pasiënt se behoefte aan selfstandige, onafhanklike funksionering binne sy beperkings, te frustreer. Die meeste eggenotes is egter onbewus van die frustrasie wat hulle gedrag by hulle egmaats wek. Waar die eggenote wel daarvan bewus is, ignoreer sy die impak van haar gedrag op haar eggenoot.

- **Die egpaar se emosionele funksionering beïnvloed hulle verhouding en aanpassing na die MI**

Wat die egpaar se emosionele funksionering betref, blyk gevoelens van vrees, angs, aggressie en depressie algemeen by die pasiënt voor te kom na die MI. Sommige eggenotes voel onseker en onkundig oor hoe om diè gevoelens by hulle egmaats te hanteer, wat lei tot hewige stres, asook gevoelens van irritasie by sommige van die eggenotes. Die eggenote se vrees en gevoel van angs dat haar eggenoot mag sterf, blyk 'n belemmerende impak op die egpaar se verhouding te hê. Genoemde manifesteer dikwels in die oormatige beskerming van haar egmaat, wat die pasiënt se funksionering en aanpassing belemmer.

- **Jonger egpare beleef 'n inisiële impak op hulle seksuele verhouding**

Uit die navorsing blyk dit dat die MI 'n inisiële impak op die jonger egpare se seksuele verhouding het wat 'n aanvanklike skrikkerigheid en versigtigheid om seksueel te verkeer insluit. Sommige van die aanpassings wat die egpaar maak word egter ook gebaseer op wanopvattinge soos byvoorbeeld dat seksuele omgang tot 'n verdere MI mag lei. Die ouer egpare rapporteer min aanpassings in hulle fisiese verhouding vanweë hulle ouderdom. In die meeste gevalle blyk dit dat die egpare die impak van die MI op hulle seksuele verhouding nie as langdurig en

blywend beleef nie, en was hulle in staat om die inisiële probleme wat hulle ervaar het, te hanteer deur aanpassings te maak.

- **Werkende pasiënte moes aanpassings maak in die wyse waarop hulle hul beroep beoefen**

Dit blyk dat die MI ook 'n impak op die pasiënt se beroepsbeoefening het en pasiënte wat nog steeds in 'n beroep staan, moes aanpassings maak in die wyse waarop hulle hul beroep beoefen na die MI. Korter werksure, die hantering van stres en stressituasies sowel as die bewustelike bestuur van fisiese inspanning is algemeen. Ten spyte van pogings om hulle beroepsituasie te hanteer, oorweeg een pasiënt vervroegde pensioen en 'n ander 'n beroepsverandering. Dit mag 'n aanduiding wees dat die pasiënte hulle pogings om aan te pas, as minder suksesvol evalueer vanweë die voortgesette/volgehoue angste en stres wat hulle beleef. Alhoewel die meeste van die eggenotes bewus is van die aanpassings wat hulle eggenotes in hulle beroepsituasie moes maak, fokus hulle op die finansiële implikasies daarvan.

- **Jonger eggenotes rapporteer 'n verlaging in hulle finansiële status en lewenstandaard**

Dit blyk verder uit die navorsing dat die pasiënt se MI ook finansiële implikasies tot gevolg het vir sommige van die jonger eggenotes en die eggenotes maak in die meeste gevalle melding hiervan. Die eggenotes ervaar die verandering in hulle finansiële status as negatief van aard. Nie net beleef hulle 'n groter mate van verantwoordelikheid vir die gesin nie, maar ondervind hulle ook 'n daling in hulle lewenstandaard. Die feit dat slegs een van die pasiënte melding maak van die verhoogde finansiële druk op sy gesin, is waarskynlik die pasiënt se manier om sy selfbeeld en gevoelens van eiewaarde te beskerm.

- **Eggenote toon 'n sterk behoefte aan ondersteuning na die MI**

Eggenote, en veral die pasiënt, presenteer met 'n sterk, langdurige behoefte aan die ondersteuning van ander en veral sy eggenote. Geloof blyk 'n belangrike bron van

ondersteuning vir beide die pasiënt en sy eggenote na die MI. Verder steun die pasiënt en sy egmaat baie swaar op die fisiese, emosionele en geestelike ondersteuning van hulle kinders, familie, vriende, bure, kerklidmate en gesondheidspersoneel. Vir die egpare het die ondersteuning wat hulle ontvang het, hulle in staat gestel om die krisis te deurleef en te hanteer.

7.4 Implikasies van die studie

7.4.1 Navorsing

Aangesien hierdie studie, vanweë die omvang daarvan nie vroulike MI-pasiënte en hulle egmaats ingesluit het nie, kon geen lig gewerp word op die funksionering en aanpassing van die vroulike MI-pasiënt en haar eggenoot nie. 'n Studie waarin die voorgenoemde ondersoek word, kan van groot waarde wees en as aanvulling tot die onderhawige studie dien.

Die navorsing kan ook uitgebrei word na meer bevolkingsgroepe, aangesien kulturele verskille moontlik 'n invloed mag hê op die pasiënt en egmaat se belewing van hulle huweliksverhouding na 'n MI.

Die tema van oorbeskerming van die pasiënt as hanteringsmeganisme van die eggenote het uit die navorsing na vore getree, en die rol en implikasies daarvan vir die aanpassing van die egpaar behoort verder ondersoek te word.

'n Aspek wat ook verdere ondersoek verdien (moontlik met behulp van 'n longitudinale studie) is die sosiale aanpassings wat jong egpare (moet) maak as gevolg van MI en die effek wat dit oor die langtermyn op hulle huweliksverhouding en die kwaliteit van hulle huwelik het.

7.4.2 Terapeutiese intervensies, opleiding van mediese/gesondheidsorgpersoneel en die verspreiding van inligting

7.4.2.1 Individuele psigoterapie

Die doel met sielkundige intervensie is om die fisiese en emosionele stres na MI te verminder. Die sielkundige se benadering behoort gerig te wees op die individuele belewenisse van die pasiënt en sy egmaat afsonderlik. Dit is noodsaaklik om te differensieer tussen wat die pasiënt en sy eggenote onderskeidelik beleef, en hoe hulle op verskillende vlakke optree wanneer hulle inskakel vir (individuele psigo-) terapie. Binne hierdie raamwerk moet daar veral aandag geskenk word aan beide die pasiënt en sy eggenote se onderskeie belewings en hantering van hulle gevoelens van vrees en angs.

Die pasiënt moet geleer word om sy vrees en angs te beheer en te hanteer en om dit nie te ontken of te onderdruk nie, aangesien voorgenoemde die aanpassingsproses belemmer. Die antisipasie van 'n verdere MI wek by sommige pasiënte uiterste gevoelens van angs, wat hulle funksionering en aanpassing negatief mag beïnvloed. Sulke gevoelens behoort in terapie geëksplorieer te word, ten einde die vrese van die pasiënt binne 'n realistiese raamwerk te plaas.

Nog 'n aspek waaraan daar in individuele terapie beslis aandag geskenk behoort te word, is die pasiënt se beleving en hantering van sy gevoelens van frustrasie en depressie. Deur die pasiënt in te lig dat sy beleving van dié gevoelens "normaal" en aanvaarbaar is, word daar by hom 'n gevoel van beheer geskep. Die pasiënt se bewuswording van homself as 'n sterflike wese, die metafisiese vraagstukke waarmee hy worstel, asook die selfevaluasieproses waardeur hy gaan na sy MI en sy aanpassing by 'n nuwe fisiese selfkonsep, is verdere aspekte waaraan daar tydens psigoterapie aandag geskenk moet word. Dit is faktore wat tot hewige konflik by die MI-pasiënt kan lei.

Soos duidelik blyk uit die navorsing, het die eggenotes van die MI-pasiënte dikwels ook ondersteuning nodig in die hantering van hulle gevoelens van stres en frustrasie en kan die eggenote ook baat vind by die psigoterapeutiese proses. Die

gevoelens van stres en frustrasie wat sy beleef spruit veral voort uit die nuwe situasie wat sy as leek poog om te hanteer, soms met beperkte samewerking van die pasiënt, veral wat lewenstylaanpassings betref.

Alhoewel MI 'n verskynsel van ons tyd is, maak dit nie deel uit van die leefwêreld van die pasiënt en/of sy eggenote nie, en moet daar ook in individuele terapie aandag geskenk word aan die moontlike aanwesigheid van posttraumatiese stres by hulle afsonderlik.

7.4.2.2 Groepsterapie

In die loop van die studie het die navorser bewus geraak van ongemak en huiwerigheid by sommige pasiënte en hulle eggenotes om gevoelens en aangeleenthede in mekaar se teenwoordigheid te bespreek. Beide die pasiënt en die eggenote vrees dat sommige gevoelens en aangeleenthede wat hulle graag sou wou bespreek, die ander egmaat mag ontstel. Die behoefte om hierdie gevoelens te deel en die aangeleenthede te bespreek, bestaan egter wel. Afsonderlike groepsterapiesessies vir die pasiënt en sy eggenote kan dus baie waardevol wees, aangesien egmaats hulleself dikwels as geïsoleerd binne hulle situasie mag beskou. Binne groepsverband kan die deel van gemeenskaplike probleme en vrese plaasvind, wat tot 'n meer realistiese beskouing en beter begrip van hulle eie situasie, asook meer begrip vir dié wie hulle situasie deel, lei. Die emosionele ondersteuning van medegroepslede is ook van ontskatbare waarde onder hierdie omstandighede.

7.4.2.3 Huweliksberading

Die navorser is van mening dat huweliksberading binne 'n kardiaal-rehabilitasieprogram baie belangrik is, aangesien dit die egpaar se aanpassing by hulle nuwe lewensomstandighede net kan vergemaklik en bespoedig. Uit die navorsing was dit duidelik dat daar selfs by goed aangepaste egpare 'n behoefte aan ondersteuning in die een of ander verband bestaan het.

Die aard en kwaliteit van die egpaar se premorbiede kommunikasie moet in ag geneem word tydens terapie, aangesien dit die aard en kwaliteit van die egpaar se kommunikasie postmorbied sal beïnvloed. Tydens huweliksberading behoort daar veral aandag geskenk te word aan die fasilitering van oop en eerlike kommunikasie tussen die egpaar, aangesien dit uit die studie duidelik blyk dat goeie kommunikasie 'n belangrike bousteen is tot suksesvolle aanpassing na die MI.

Die aard van die kommunikasieproblematiek mag van die een egpaar tot die ander verskil en moet dienoreenkomstig gehanteer word. Waar kommunikasieproblematiek reeds premorbied aanwesig was en na die MI deurgedra is op die verhouding, moet die terapeut fokus op die hervestiging van oop en eerlike kommunikasiepatrone tussen die egpaar. Uit die studie blyk dit ook dat sommige egpare dit moeilik vind om oor siekteverwante aangeleenthede te kommunikeer, alhoewel hulle hul kommunikasie op ander vlakke as goed evalueer. In sulke omstandighede lei kommunikasie tussen die egpaar tot min insig en begrip vir mekaar se gevoelens rakende hulle postmorbiede situasie. Egpare moet in so 'n geval aangemoedig word om hulle vrese en onsekerhede rakende die siektetoestand te deel en te bespreek, en moet geleer en gelei word om met begrip te luister na wat die ander egmaat probeer om vir hom/haar te sê.

Nog 'n aspek van belang wat in huweliksberading geëksploreer behoort te word, is die egpaar se wyse van konflikhantering, aangesien dit wil voorkom asof egpare nie oor voldoende vaardighede beskik om konflik binne hulle veranderde omstandighede te hanteer nie. Die meeste egpare wat by die studie betrokke was, het potensiele konfliktsituasies vermy as 'n manier om dit te hanteer. Egpare moet dus aangemoedig word om meer produktiewe wyses van konflikhantering aan te leer.

Die pasiënt beleef die ondersteuning van sy eggenote as onontbeerlik in sy aanpassing by sy nuwe lewe. Uit die studie blyk dit dat, waar ondersteuning deur die eggenote gemanifesteer het in die vorm van oorbeskerming, dit tot 'n gevoel van frustrasie by die pasiënt gelei en sy aanpassing belemmer het. By die ondersteuning van die egpaar na die MI blyk dit dus belangrik te wees om, indien die eggenote oorbeskermdende gedrag openbaar, haar tot ander insigte te bring en

tot meer sinvolle ondersteuning van haar eggenoot aan te moedig. Deur die motief agter sy eggenote se gedrag te begryp, behoort die pasiënt ook 'n groter mate van begrip vir sy eggenote se gedrag te openbaar. Dit moet dus ook in terapie aangespreek en bygebring word.

Die potensieel belemmerende newe-effekte van medikasie op die emosionele en seksuele funksionering van die pasiënt is nog 'n belangrike aspek waaroor egpare ingelig behoort te word, aangesien hulle die oorsaak van verwante probleme in hulle verhouding mag soek. Nou verwant hieraan, is die bespreking van wanopvattinge wat die egpaar mag huldig in verband met die pasiënt se siektetoestand. Alhoewel die meeste wanopvattinge sentreer rondom die seksuele aspekte van die egpaar se verhouding, huldig sommige egpare ook wanopvattinge oor aspekte soos die fisiese aktiwiteit van die pasiënt en sy dieet.

7.4.2.4 Multidissiplinêre spanbenadering

By die rehabilitasie van die MI-pasiënt kan 'n multidissiplinêre spanbenadering van groot waarde wees as gevolg van die impak van MI op die fisiese, psigiese en sosiale lewe van die pasiënt. So 'n span behoort te bestaan uit 'n biokinetikus, dieetkundige, mediese dokter en/of suster, asook 'n sielkundige.

- Die biokinetikus dra die verantwoordelikheid vir die hantering en implementering van toepaslike oefenprogramme, asook die monitering van die pasiënt tydens oefensessies. Eggenotes moet aangemoedig word om saam met die pasiënt hieraan deel te neem, aangesien dit aan die eggenote 'n meer realistiese beskouing sal gee van waartoe haar eggenoot fisies in staat is.
- Die dieetkundige hanteer die talle navrae wat egpare dikwels oor dieetaangeleenthede het en verskaf ook praktiese riglyne oor voedsel en voedselvoorbereiding.

- Alle mediese aangeleenthede, insluitende navrae rakende medikasiegebruik, word deur die mediese dokter en/of suster verbonde aan die span, gehanteer.
- Die rol van die sielkundige sal onder andere wees om, praktiese opleiding ten opsigte van die bestuur van die siektetoestand te verskaf. Ontspanningsterapie om die egpaar beter toe te rus vir die hantering van hulle stres en spanning, is ook belangrik. Verder presenteer sommige pasiënte na 'n hartomleidingsoperasie met geheueprobleme, wat nie net die pasiënt met gevoelens van frustrasie en onsekerheid laat nie, maar ook sy eggenote, wat hom dikwels moet ondersteun. Praktiese riglyne met betrekking tot die hantering van die probleem, soos byvoorbeeld om 'n notaboekie aan te hou, altyd op dieselfde plek te parkeer en so meer, is van groot waarde en skep 'n gevoel van beheer by die egpaar.

Verder is dit belangrik dat gereelde vergaderings/kontaksessie tussen die onderskeie professionele persone plaasvind. Die doel van sulke vergaderings is tweeledig: eerstens sal dit die onderskeie spanlede in staat stel om hulle pogings te koördineer, aangesien hulle benadering holisties van aard is; en tweedens sal dit die span ook in staat stel om afsonderlik geïdentifiseerde probleme by die pasiënt te bespreek en onder die aandag van die ander spanlede te bring (vir insette).

7.4.2.5 Opleiding van mediese/gesondheidsorgpersoneel

Rolland (1994a) en Nolan et al. (1998) wys op die belangrike rol wat die mediese/gesondheidsorgpersoneel kan speel om stres in die huweliksverhouding te veriminder. Inligting uit die studie verkry, kan met vrug gebruik word in die opleiding van mediese/gesondheidsorgpersoneel betrokke by die versorging en rehabilitasie van die pasiënt. 'n Beter begrip van die psigososiale aanpassingsproblematiek waarmee egpare na MI te doen kry, kan gebruik word om rehabilitasieprogramme uit te brei ten einde ook hierdie aspekte aan te spreek, wat bevorderlik kan wees vir die rehabilitasie en aanpassing van die pasiënt.

7.4.2.6 Die verspreiding van inligting aan die pasiënt, sy familie en die gemeenskap

Soos reeds gesê, is voorkoming altyd beter as genesing en kan en moet die sielkundige dan ook sy/haar rol in die verband vervul. Deur radiopraatjies te lewer, artikels te publiseer en pamflette en strooibiljette te versprei, kan 'n groot deel van die publiek bereik en ingelig word oor MI as siekte en die implikasies daarvan vir die pasiënt en sy gesin.

7.5 Kritiese beskouing van die studie

Omdat hierdie studie van beperkte omvang is, is daar 'n paar areas van kritiek wat uitgespreek kan word:

- a) Die steekproef wat in die studie gebruik is, kon groter gewees het. Daar sou waarskynlik in laasgenoemde geval nie kwantitatief meer inligting na vore gekom het nie, maar wel kwalitatief meer uitbreiding op temas.
- b) Onderhoudvoering met respondente sou waarskynlik meer en kwalitatief ryker inligting aan die lig gebring het. Die navorser het gevind dat daar tydens die informele onderhoude met die egpare inligting na vore gekom het wat nie in die vraelyste weergegee is nie en dus nie gebruik kon word nie. Aan die ander kant is die navorser ook van mening dat die egpare inligting gedeel het wat hulle andersins nie sou nie juis omdat vraelyste gebruik is en hulle minder bedreig gevoel het.
- c) Die agt egpare wat in die studie ingesluit is, is of was almal verbonde aan die SANW, en is of was as pasiënte almal aktief betrokke by die kardiaal-rehabilitasieprogram. Alhoewel die respondente 'n sekere mate van homogeniteit toon is die resultate van die studie egter nie in so 'n mate daardeur geraak dat dit enigsins ongeldig is nie. Resultate sou egter nie buite die SANW veralgemeen kon word nie.

- d) Van die bronne wat in die literatuurstudie gebruik is, is redelik verouderd. Baie studies in die veld is egter in die laat sewentiger- en tagtigerjare voltooi, maar blyk steeds relevant te wees. Wat egter duidelik is, is dat daar 'n behoefte bestaan aan veral Suid-Afrikaanse navorsing oor die invloed van kroniese siektes op die huweliksverhouding.

- e) Die feit dat pasiënte van ander rasse en/of kultuurgroepe nie by die studie ingesluit is nie, mag as kritiek teen die studie uitgespreek word. By die seleksie van respondente vir deelname aan die studie, was al die respondente wat aan die kriteria vir insluiting voldoen, egter blank.

In retrospek is die navorser oortuig daarvan dat die kwalitatiewe navorsingsmetode wat gebruik is, 'n baie geskikte metode vir die onderhawige studie was. Dit het die navorser die geleentheid gebied om die egpare se belewenisse op 'n baie unieke wyse te eksploreer ten einde 'n beter begrip te vorm van die impak van MI op die huweliksverhouding. Wat volgens die navorser 'n besondere bydrae gelewer het tot dië beter begrip, was die dinamiek wat uit die vergelykende bespreking van die vyf egpare na vore getree het.