



# **EGPARE SE BELEWING VAN HULLE HUWELIKSVERHOUDING VOOR EN NA 'N MIOKARDIALE INFARKSIE**

**deur**

**HELLETJE GOOSEN**

**Voorgelê ter vervulling van die vereistes vir die graad**

**MAGISTER ARTIUM  
(SIELKUNDE)**

**in die**

**Fakulteit Geesteswetenskappe  
Universiteit van Pretoria**

**Desember 2001**

**Met liefde opgedra aan my man, Pieter en  
my seuns, Wessel en Lourens**

## **Dankbetuigings**

1. Dr Peet Botha, my studieleier, vir sy geduld, leiding en ondersteuning.
2. My ouers, meneer en mevrou Van Schalkwyk, vir hulle finansiële ondersteuning.
3. My gesin vir hulle geduld en liefde.
4. Vir die positiewe insette van Ilonka Jonker, Vanesse Naylor en Karin Havenga.
5. Tinus Botha, vir sy aandeel in die figure.
6. Fransie van Staden vir haar ondersteuning met die taalversorging.

## OPSOMMING

<b>TITEL:</b>	Egpare se belewing van hulle huweliksverhouding voor en na 'n miokardiale infarksie
<b>NAAM VAN KANDIDAAT:</b>	Helletjé Goosen
<b>STUDIE LEIER:</b>	Dr P A Botha
<b>DEPARTEMENT:</b>	Sielkunde
<b>GRAAD:</b>	Magister Artium (Sielkunde)

Ten spyte van 'n daling in die sterftesyfer, neem koronêre hartsiektes nog steeds epidemiese afmetings aan regoor die ontwikkelde Westerse wêreld. Miokardiale infarksie (MI) (hartaanval) is een van die belangrikste kliniese manifestasies van koronêre hartsiekte en in Suid-Afrika sterf daar daaglik ongeveer 108 mense aan die siekte. Die fokus van hierdie studie val egter op die 36 000 pasiënte wat jaarliks MI oorleef, waarvan die meerderheid getroud is en gesinne het.

Die herstel na MI behels nie net die biofisiese nie, maar ook die psigososiale herstel van die pasiënt en die huweliks/gesinsisteem waarbinne hy hom bevind. Vanweë die besondere rol wat die egmaat speel en die noue kontak met die pasiënt, blyk dit dat dië verhouding die grootste impak moontlik op die pasiënt kan hê wat sowel die effek as die herstelfase van MI betref.

Alhoewel baie navorsing gedoen is ten opsigte van die bio-mediese faktore en behandeling van MI, blyk dit dat die impak van MI op die huweliksverhouding grootliks agterweë gelaat is. 'n Omvattende literatuurstudie het aan die lig gebring dat internasionale asook Suid-Afrikaanse navorsing oor die onderwerp beperk is. Baie van die bestaande inligting is gegewens wat op kwantitatiewe navorsing gebaseer is, sonder dat die behoeftes en belewenis van die egpaar deeglik geëksploreer word.

Met hierdie studie het die navorser primêr ten doel om die belewenis en aanpassing by MI binne die huweliksverhouding te beskryf. Deur 'n begrip te vorm van hoe die egpaar hul verhouding beleef, kan die wyse waarop die egpaar poog om by die nuwe omstandighede aan te pas, die probleme wat gepaard gaan met sodanige aanpassing en die impak daarvan op hulle huweliksverhouding beter verstaan word. Hierdie tipe inligting kan egter slegs blootgelê word deur die egpaar se beskrywing van die aard van hulle individuele belewing.

Vanweë die retrospektiewe aard van die navorsing, is die beskrywende kwalitatiewe *ex post facto* navorsingsontwerp as die mees aangewese beskou. Agt egpare, waarvan die eggenoot ongeveer een jaar tevore 'n MI gehad het, is ingesluit by die studie. Na afloop van 'n voorstudie-onderhoud is semi-gestruktureerde vraelyste saamgestel wat uit twaalf oop vrae bestaan het. Die aanbevelings van kwalitatiewe navorsers Miles en Huberman (1984) is gebruik vir data analise.

Vanuit die onderhawige studie blyk dit dat veral jong egpare na MI met aanpassingsprobleme presenteer, wat onder andere verband hou met lewenstylaanpassings, rolverandering, konflikhantering en sosiale funksionering. Verder blyk dit dat MI ondanks voorgenoemde ook 'n verrykende ervaring vir die egpaar is. Meeste egpare beleef 'n verbetering in huwelikskwaliteit in diè sin dat hulle mekaar meer waardeer en as egpaar meer tyd saam deurbring.

## **Sleutelwoorde**

Miokardiale Infarksie (MI)  
Koronêre Hartsiektes  
Huweliksverhouding  
Rolverandering  
Seksualiteit  
Kroniese siektes  
Kommunikasie  
Risikofaktore  
Hartsiekte  
Egpare

## SUMMARY

<b>TITLE:</b>	Married couple's experience of their marital relationship before and after a myocardial infarct.
<b>NAME OF CANDIDATE:</b>	Helletjé Goosen
<b>STUDY GUIDE:</b>	Dr P A Botha
<b>DEPARTMENT:</b>	Psychology
<b>DEGREE:</b>	Magister Atrium (Psychology)

In spite of a decrease in the death rate, coronary heart diseases are still increasing in epidemic proportions throughout the developing Western World. A myocardial infarct (MI) (heart attack) is one of the most important clinical manifestations of coronary heart disease and the cause of approximately 108 deaths in South Africa daily. This study however, focuses on the 36 000 patients who annually survive, of which the majority are married and have families.

Recovery from MI not only involves the biophysical aspects of the patient's life, but also the psychosocial aspects and marital/family system. Because of the particular nature of the spouse's role and the close contact he/she has with the patient, the marital relationship seems to have a major impact with regard to both the effects of the MI and the patient's recovery.

Although a great deal of research has been done on the bio-medical factors involved in MI and the treatment of the disease, it would appear that the impact it has on the marital relationship of the patient has been neglected. An extensive study of the available literature revealed that research on this subject, internationally as well as nationally, is extremely limited. Much of the existing information is based on the results of quantitative research, which does not fully explore the needs and experiences of the married couple.

With this study the researcher's primary goal is to describe the experience and adaptation to MI within a marital relationship. An idea of how the couple experience their relationship, should help to understand their attempts to adapt to the new circumstances, the problems associated with adaptation and the impact it has on their marital relationship.

Due to the retrospective nature of the research, a descriptive qualitative *ex post facto* research design was chosen. Eight married couples were included in the study, of which each of the male spouses had suffered a MI approximately one year prior to selection. Following a preliminary interview, a semi-structured questionnaire was developed, which consisted of twelve open-ended questions. The recommendations of qualitative researchers Miles and Huberman (1984) were applied in analyzing the data thus obtained.

From research results it seems that particularly younger marital couples present with adaptation problems after MI, which relate to lifestyle adaptations, role changes, conflict management and social functioning. Furthermore it seems that MI, in spite of the aforementioned, has been an enriching experience for the majority marital couples. Most marital partners experience an improvement in marital quality in that they appreciate each other more and tend to spend more time together.

## **Keywords**

Myocardial Infarct (MI)  
Coronary Heart Disease  
Marital Relationship  
Role Changes  
Sexuality  
Chronic Illnesses  
Communication  
Risk Factors  
Heart Disease  
Marital Couples

## INHOUDSOPGAWE

## BLADSY NR

### HOOFSTUK 1: PROBLEEMSTELLING, RASIONAAL EN DOELSTELLING

1.1	Algemene agtergrond en inleiding	1
1.2	Oriëntasie	3
1.2.1	Die biomediese model	4
1.2.2	Die biopsigososiale benadering tot gesondheidsielkunde	6
1.3	Rasionaal en probleemstelling	10
1.4	Navorsingsdoelstelling	17
1.5	Navorsingsontwerp	17
1.6	Vooruitskouing en oorsig	19

### HOOFSTUK 2: HARTSIEKTE EN MIOKARDIALE INFARKSIE: 'N LITERATUUR OORSIG

2.1	Inleiding	20
2.2	Begripsomskrywing	20
2.3	'n Kort historiese oorsig	21
2.4	Patofisiologie van miokardiale infarksie	22
2.5	Etiologie van miokardiale infarksie	24
2.5.1	Tradisionele risikofaktore	25
(a)	Onbeheerbare risikofaktore	25
(i)	Ouderdom	25
(ii)	Geslagsverskille	26
(iii)	Oorerflikheid	26
(iv)	Diabetes mellitus as 'n bydraende risikofaktor	26
(b)	Beheerbare risikofaktore	26
(i)	Cholesterol	26
(ii)	Hoë bloeddruk	27
(iii)	Rookgewoonte	28



	(iv) Gebrek aan oefening	28
	(v) Obesiteit	28
	(vi) Dieet	29
2.5.2	Nie-tradisionele risikofaktore	29
	(a) Psigososiale stres	29
	(i) Beroepstres	31
	(ii) Lewensituasieveranderings	31
	(iii) Traumatiese gebeure	32
	(iv) Gebrek aan sosiale ondersteuning	32
	(b) Sielkundige faktore	32
	(i) Angs en Depressie	33
	(ii) Woede, vyandigheid en aggressie	33
	(c) Tipe A-gedragpatroon	34
2.5.3	Risikofaktore in perspektief	35
2.6	Mediese intervensie	37
2.6.1	Die diagnose van koronêre hartsiekte	37
	2.6.1.1 Die elektrokardiogram (EKG)	37
	2.6.1.2 Strestoets	38
	2.6.1.3 Radioaktiewe tegnieke	39
	2.6.1.4 Bloedtoetse	39
	2.6.1.5 Koronêre angiografie	40
2.6.2	Die behandeling van koronêre hartsiekte	40
	2.6.2.1 Farmakoterapie	40
	2.6.2.2 Koronêre angioplastie	41
	2.6.2.3 Koronêre vatomleiding	42
2.7	Kardiale rehabilitasie	44
2.8	Samevatting	47

**HOOFSTUK 3: DIE MIOKARDIALE INFARKSIEPASIËNT:  
DIE IMPAK EN AANPASSING**

3.1	Inleiding	49
-----	-----------	----

3.2	Fisiese impak en aanpassing by 'n MI	49
3.3	Emosioneel/sielkundige impak van 'n MI	52
3.3.1	Angs	52
3.3.2	Depressie	52
3.3.3	Ontkenning	53
3.3.4	Selfbeeld en eiewaarde	54
3.4	Modelle wat fokus op die impak van en aanpassing by 'n kroniese siekte	56
3.4.1	Moos (1977) se krisismodel	56
3.4.1.1	Faktore wat die impak en aanpassingsproses beïnvloed	58
	(a) Sosiodemografiese en persoonlike faktore	58
	(b) Siekte verwante faktore	58
	(c) Fisiese en sosiale omgewingsfaktore	59
3.4.1.2	Belangrike aanpassingstake	59
3.4.1.3	Belangrike hanteringsmeganismes	61
3.4.1.4	Kognitiewe waardeoordeel	62
3.4.2	Taylor (1991) se model van aanpassing by 'n kroniese siektetoestand	63
3.4.2.1	Kwaliteit van lewe	63
3.4.2.2	Die emosionele respons op 'n kroniese siektetoestand	64
3.4.2.3	Die hantering van 'n kroniese siekte	64
3.4.2.3.1	Hanteringstrategieë en kroniese siektes	65
3.4.2.3.2	Pasiënte se oortuigings omtrent hulle siektetoestand	66
	(a) Die pasiënt se oortuiging omtrent die aard van sy siekte	66
	(b) Die pasiënt se oortuiging omtrent die oorsaak van die siektetoestand	66

	(c)	Die pasiënt se oortuiging omtrent die beheerbaarheid van sy siektetoestand	67	
3.4.2.4		Rehabilitasie en kroniese siektes	68	
	3.4.2.4.1	Fisiese probleme wat verband hou met kroniese siektes	68	
	3.4.2.4.2	Beroepsaangeleenthede en kroniese siektes	69	
	3.4.2.4.3	Sosiale-interaksieprobleme en kroniese siektes	69	
	3.4.2.4.4	Persoonlike aangeleenthede en kroniese siektes	71	
		(a) Die fisiese self	72	
		(b) Die prestasiegerigte self	72	
		(c) Die sosiale self	73	
		(d) Die privaat self/Die eie-ek	74	
3.4.3		'n Geïntegreerde beskouing van die aanpassing by 'n kroniese siektetoestand	74	
3.5		Aanpassing by 'n Miokardiale Infarksie (MI)	77	
	3.5.1	Johnson en Morse (1990) se model van aanpassing by 'n MI	78	
		3.5.1.1 Stadium een: Verdediging van die self	79	
		3.5.1.2 Stadium twee: Aanvaarding van die situasie	80	
			3.5.1.2.1 Die pasiënt word gekonfronteer met sy eie sterflikheid	80
			3.5.1.2.2 Die pasiënt moet sin maak van die MI	80
			3.5.1.2.3 Aanvaarding van beperkings	81
			3.5.1.2.4 Toekomsgerigtheid	81
	3.5.1.3	Stadium drie: Leer om te leef	82	
		3.5.1.3.1 Die behoud van 'n sin van self	82	
		3.5.1.3.2 Die vermindering van onsekerheid	84	

	3.5.1.3.3	Die vasstel van riglyne om volgens te leef	85
	3.5.1.4	Stadium vier: Leef weer	86
	3.5.1.4.1	Aanvaarding van perke	86
	3.5.1.4.2	Verskuiwing van fokus	87
	3.5.1.4.3	Die bereiking van 'n gevoel van bemeestering	87
	3.5.1.4.4	Uittrede uit die stryd	87
	3.5.2	'n Geïntegreerde beskouing van die aanpassing by 'n MI	88
3.6		Faktore wat die pasiënt se aanpassing by 'n MI beïnvloed	93
	3.6.1	Demografiese faktore	93
	3.6.1.1	Ouderdom	93
	3.6.1.2	Geslag	94
	3.6.1.3	Sosio-ekonomiese status	96
	3.6.1.4	Tydsfase van siekte in die ontwikkelingsfase van die pasiënt	97
	3.6.2	Sosiale faktore	100
	3.6.2.1	Sosiale interaksie	100
	3.6.2.2	Sosiale ondersteuning	101
	3.6.2.3	Huweliksverhouding	102
	3.6.2.4	Beroepsaspekte	103
	3.6.2.5	Rolaanpassing	104
	3.6.2.6	Lewenstylveranderings	104
	3.6.3	Eksistensiële en metafisiese dimensies	105
	3.6.4	Persoonlikheidsfaktore	106
	3.6.5	Kognitiewe styl	107
3.7		Samevatting	107

## HOOFSTUK 4 :                   **DIE HUWELIK EN DIE MIOKARDIALE INFARKSIE PASIËNT**

4.1	Inleiding	110
4.2	Aspekte wat 'n invloed mag hê op die egpaar se aanpassing na 'n miokardiale infarksie (MI)	111
4.2.1	Siekteverwante faktore	111
4.2.2	Die kwaliteit van die huweliksverhouding	111
4.2.3	Die sielkundige funksionering van die egpaar	112
4.2.4	Aspekte van die huweliksverhouding wat 'n rol mag speel in aanpassing	114
4.2.4.1	Seksualiteit	114
4.2.4.2	Rolveranderings	116
4.2.4.3	Konflikhantering	117
4.2.4.4	Kommunikasie	119
4.2.5	Beroepsaspek	121
4.2.6	Medikasie	122
4.3	Aanpassing van die egpaar na 'n miokardiale infarksie (MI)	123
4.3.1	Hanteringsvaardighede	123
4.3.2	Die aanpassingsproses	127
4.3.2.1	Die psigososiale tipologie van 'n siekte	128
4.3.2.2	Die fases van siekteverloop	130
4.3.2.3	Die gesin/egpaar	132
	4.3.2.3.1 Die wisselwerking tussen die siekte, die individu, en die gesin/egpaar se lewensiklusse	133
	4.3.2.3.2 Die gesondheid/siekte geloofsisteen	135
4.4	Uitkoms van die aanpassingsproses	140
4.4.1	Suksesvolle aanpassing by 'n MI	142
4.4.2	Aanpassingsproblematiek na 'n MI	144
4.5	Samevatting	149

## HOOFSTUK 5: NAVORSINGSONTWERP

5.1	Inleiding	152
5.2	Die aard van die beskrywende kwalitatiewe <i>ex post-facto</i> navorsingsontwerp	153
5.2.1	Beskrywende kwalitatiewe navorsing	153
5.2.1.1	Die aard van beskrywende kwalitatiewe navorsing	153
5.2.1.2	Rasionaal van die metode	157
5.2.1.3	Navorsers se subjektiewe belewenis	158
5.2.2	<i>Ex Post Facto</i> -navorsing	158
5.2.2.1	Die metodologie van <i>ex post facto</i> -navorsing	159
5.2.2.2	Selfseleksie by <i>ex post facto</i> -navorsing	160
5.3	Die navorsingsproses	162
5.3.1	Die seleksie van respondente	162
5.3.2	Voorstudie-onderhoude	164
5.3.3	Data-insameling	169
5.3.4	Data-ontleding	170
5.3.4.1	Miles en Huberman (1984) se beskouing van kwalitatiewe dataontleding	171
5.3.4.1.1	Datareduksie	171
5.3.4.1.2	Data-aanbieding	172
5.3.4.1.3	Bevindings en die kontrolering van bevindings	172
5.3.4.2	Voordele en beperkings van Miles en Huberman (1984) se data ontledingsmetode	173
5.3.4.3	Die data-ontledingsproses	174
	Stap 1: Oriëntering ten opsigte van protokolle	174
	Stap 2: Afbakening van betekenis-eenhede	175
	Stap 3: Die eliminerings van protokolle	175
	Stap 4: Omskrywing van die ervaringstemas	175
5.4	Geldigheid	176

5.4.1	Interne Geldigheid	178
5.4.1.1	Kontroleer vir navorserinvoer	178
5.4.1.2	Triangulering	179
5.4.1.3	Die verleen van gewig aan getuienis of bewyse	181
5.4.1.4	Die identifisering van derde veranderlikes	182
5.4.1.5	Duplisering van bevindings	183
5.4.1.6	Die nagaan van teenstrydige verduidelikings	184
5.4.2	Eksterne geldigheid	184
5.5	Betroubaarheid	186
5.6	Die etiese implikasies van die navorsing	187
5.6.1	Privaatheid en vertroulikheid	188
5.6.2	Vrywillige en ingeligte toestemming	188
5.6.3	Moontlike effek van navorsing	188
5.6.4	Respondente se reg op insae in navorsingsresultate	189

## **HOOFSTUK 6: NAVORSINGSRESULTATE EN ANALISE**

6.1	Inleiding	190
6.2	Voorbeeldprotokolanalises en integrasie van temas: Pasiënte	191
6.2.1	Voorbeeldprotokolanalise: Pasiënt PA	191
6.2.2	Integrasie van temas	198
	Tema 1: Grootste aanpassing en verandering na MI	198
	Tema 2: Lewenstylaanpassings	199
	Tema 3: Kommunikasie	200
	Tema 4: Rolaanpassings	201
	Tema 5: Konflik-; krisis en probleem hantering	202
	Tema 6: Sosiale lewe	203
	Tema 7: Die beleving en hantering van gevoelens van angs, depressie en frustrasie	204
	Tema 8: Selfbeleving van die pasiënt	205
	Tema 9: Beroepsbeoefening	205
	Tema 10: Seksuele verhouding	206

	Tema 11: Ondersteuningstelsels	207
	Tema 12: Huwelikskwaliteit	208
6.3	Voorbeeldprotokolanalise en integrasie van temas: Eggenotes	210
6.3.1	Voorbeeldprotokolanalise: Eggenoot EA	210
6.3.2	Integrasie van temas:	213
	Tema 1: Grootste aanpassing en verandering na MI	213
	Tema 2: Lewenstylaanpassings	214
	Tema 3: Kommunikasie	215
	Tema 4: Rolaanpassings	216
	Tema 5: Konflik-; krisis en probleem hantering	217
	Tema 6: Sosiale lewe	217
	Tema 7: Die beleving en hantering van gevoelens van angs, depressie en frustrasie	218
	Tema 8: Selfbelewenis van die pasiënt	219
	Tema 9: Beroepsbeoefening	219
	Tema 10: Seksuele verhouding	220
	Tema 11: Ondersteuningstelsels	221
	Tema 12: Huwelikskwaliteit	221
6.4	'n Vergelykende bespreking van vyf egpare	224
6.4.1	Egpaar 1	224
6.4.2	Egpaar 2	229
6.4.3	Egpaar 3	234
6.4.4	Egpaar 4	238
6.4.5	Egpaar 5	244

## **HOOFSTUK 7: INTEGRASIE, GEVOLGTREKKING EN KOMMENTAAR**

7.1	Inleiding	251
7.2	Integrasie en bespreking van die navorsingsresultate	251
7.2.1	Huwelikskwaliteit	252
7.2.2	Kommunikasie	252



7.2.3	Lewenstylaanpassings	254
7.2.4	Selfbelewenis van die pasiënt	255
7.2.5	Sosiale lewe	256
7.2.6	Rolaanpassings	257
7.2.7	Konflik- en probleemhantering	258
7.2.8	Emosioneel/sielkundige funksionering van die egpaar	259
7.2.9	Seksuele verhouding	260
7.2.10	Beroepsbeoefening	261
7.2.11	Ondersteuningstelsels	262
7.2.12	Lewensfase van die egpaar	262
7.2.13	Veranderde behoeftes	263
7.3	Gevolgtrekking	264
7.4	Implikasies van die studie	271
7.4.1	Navorsing	271
7.4.2	Terapeutiese intervensies, opleiding van mediese/gesondheidspersoneel en die verspreiding van inligting	272
7.4.2.1	Individuele psigoterapie	272
7.4.2.2	Groepsterapie	273
7.4.2.3	Huweliksberading	273
7.4.2.4	Multidissiplinêre spanbenadering	275
7.4.2.5	Opleiding van mediese/gesondheidspersoneel	276
7.4.2.6	Die verspreiding van inligting aan die pasiënt, sy familie en die gemeenskap	277
7.5	Kritiese beskouing van die studie	277

## FIGURE

Figuur 1.1	Tendense in siektes en sterftes	7
Figuur 1.2	Die biopsigososiale model vanuit twee perspektiewe gesien: faktore en sisteme	9
Figuur 1.3	Die uitkringende impak van 'n MI op die pasiënt	15

Figuur 3.1	'n Konseptuele model om die krisis van 'n fisiese siekte te verstaan	58
Figuur 3.2	Geïntegreerde model oor die aanpassing by 'n kroniese fisiese siekte	76
Figuur 3.3	Die proses van aanpassing na 'n MI	79
Figuur 3.4	Die balansering van beleefde behoeftes en ondersteuning	83
Figuur 3.5	Persepsie van vordering	84
Figuur 3.6	'n Geïntegreerde model oor die aanpassing by MI	89
Figuur 3.7	Aanpassing by 'n MI	108
Figuur 4.1	Die tydlyn en fases van siekte	131
Figuur 4.2	'n Geïntegreerde beskouing van die uitkoms van die aanpassingsproses	141

## **TABELLE**

Tabel 3.1	'n Epigenetiese kaart volgens Erikson	98
Tabel 4.1	Die kategorisering van kroniese siektes deur psigososiale tipe	129

## **VERWYSINGSLYS** 279

## **AANHANGSELS**

Aanhangsel A	Dekbrief
Aanhangsel B	Instruksies by die beantwoording van vrae
Aanhangsel C	Hoof studievraelys: Pasiënte
Aanhangsel D	Hoof studievraelys: Egmaat
Aanhangsel E	Toestemmingsbrief
Aanhangsel F	Protokolle: Pasiënte en eggenote

## HOOFSTUK 1

### PROBLEEMSTELLING, RASIONAAL EN DOELSTELLING

#### 1.1 Algemene agtergrond en inleiding

Miokardiale infarksie (MI) word gedefinieer as die beskadiging en afsterwe van 'n deel van die hartspier - die miokardium - as gevolg van 'n ernstige vernouing of totale afsluiting van die koronêre slagaar en die gevolglike onderbreking van die suurstofryke bloedtoevoer na dié gedeelte. Die skade is onomkeerbaar. In leketaal staan die toestand bekend as 'n hartaanval (American Heart Association, 2000). Miokardiale infarksie (MI), tesame met angina pectoris en skielike kardiaale dood, vorm die belangrikste kliniese manifestasies van koronêre hartsiektes (KHS).

Ondanks 'n daling in die sterftesyfer (Digenio, 1993; Nolan & Nolan, 1998; Suminski, Anding, Smith, Zhang, Utter, Kang, 1999) neem KHS nog steeds epidemiese afmetings aan regoor die ontwikkelde Westerse wêreld en beleef 1,5 miljoen Amerikaners jaarliks 'n miokardiale infarksie (MI) (Mayo Foundation 1998, Maart 31). In Engeland, Skotland en Ierland lyk die prentjie net so donker. Alhoewel daar ook in dié lande 'n daling in die sterftesyfer te bespeur was, het die voorkoms van koronêre hartsiektes hier die afgelope dertig jaar viervoudig toegeneem en sterf daar ongeveer 'n miljoen mense per jaar aan MI in Europa (Nolan et al., 1998; McGee, Graham en Horgan, 1994).

Vir Suid-Afrika lyk die sterftesyfer aan KHS egter nog meer verdoemend. Volgens resente statistiek, soos verskaf deur die Mediese Navorsingsraad, sterf daar daagliks 108 Suid-Afrikaners aan koronêre hartsiektes - die hoogste voorkoms van sterftes aan dié siekte in die wêreld (Heart Foundation, 2000). Volgens die Hartstigting ly ongeveer vier miljoen mense in Suid-Afrika aan KHS. Statistiek toon dat een uit elke drie mans en een uit elke vier vrouens aan KHS sal ly voordat hulle 60 jaar oud is (Heart Foundation, 2000). In Suid-Afrika is veral Joodse, Asiatiese en Afrikaanssprekende mans (van Hollandse, Vlaamse en Franse afkoms) kwesbaar vir die ontwikkeling van KHS. Volgens Seedat, Mayet, Khan, Somers en Joubert (1990), kan 24% van alle sterftes onder Indiërs toegeskryf word aan hartsiektes, wat die Indiërman die kwesbaarste persoon in die wêreld maak vir die ontwikkeling van, en sterfte aan, hartsiektes.

Barry en Wassenaar (1994) identifiseer in hul studie die tipe A-gedragspatroon as 'n risikofaktor vir die ontwikkeling van 'n MI by Indiërmans. Verder kan die hoë sterftesyfer in Suid-Afrika ook gedeeltelik toegeskryf word aan genetiese faktore (Heart Foundation, 2000a; Pretorius, 1983), en in hoë mate aan die "destruktiwe lewenstyl" wat Suid-Afrikaners geneig is om te handhaaf (Sobel 2000, April 2; Steyn, Fourie & Bradshaw, 1992).

Buiten die onberekenbare koste aan menslike lewens in terme van vroeë ongeskiktheid en dood, is die finansiële implikasies vir die Staat aansienlik. Volgens resente statistiek word beraam dat KHS Suid-Afrika ongeveer R 470 miljoen per jaar kos. Hierdie skatting verteenwoordig grootliks net die direkte uitgawes, en nie die indirekte koste wat nie in geldwaarde omgesit kan word nie (Heart Foundation, 2000).

Alhoewel die invloed van KHS op 'n land en sy ekonomie astronomies is, is dit die minste van die laste wat dit meebring. In Suid-Afrika oorleef jaarliks ongeveer 36 000 mense 'n MI (Heart Foundation, 2000), waarvan die meerderheid getroud is en gesinne het. Die las wat 'n MI vir die pasiënt, sy<sup>1</sup> egmaat en die gesin meebring, is heelwat meer as net finansiële van aard en word die gesin dikwels na die MI gedwing om lewenstylveranderinge en rolaanpassings te maak. Beide egmaats beleef ook dikwels na die MI 'n verandering in hulle verhouding, wat hulle angstig en onseker laat. Die pasiënt beleef homself na sy MI as fisies swak, nutteloos en nie in staat om te voldoen aan die eise wat aan hom gestel word nie. Die egmaat, daarenteen, bevind haar nou in 'n situasie waar sy oorlaai voel met verantwoordelikhede wat voorheen gedeelde verantwoordelikhede was. Dat daar geweldige druk op hierdie verhouding is, is duidelik en gevolglik kan daar verwag word dat die aanpassing by die nuwe situasie moeilik en kompleks mag wees. Die impak van 'n MI op die gesin en pasiënt sal later meer omvattend bespreek word. Voordat die fokus van hierdie studie verder afgebaken kan word, is dit egter nodig om KHS, en in die besonder MI, binne die breë konteks waarin dit plaasvind, te eksploreer.

---

1

Vanweë die feit dat die meerderheid studies wat in verband met KHS gedoen is, op manlike pasiënte gerig word, sal daar deurgaans in hierdie studie na die pasiënt in die manlike vorm verwys word.

## 1.2 Oriëntasie

Gesien in die lig daarvan dat hierdie studie tot die terrein van die Gesondheidsielkunde behoort, is dit belangrik dat kennis gedra word van genoemde terrein, sowel as die toepaslikheid van die modelle van gesondheidsorg betrokke by die behandeling van die MI-pasiënt. Kennis hieromtrent sal die leser oriënteer ten opsigte van die benadering wat die navorser in hierdie studie volg, asook die behandeling van die MI-pasiënt. Hierdie agtergrond stel ook die breër konteks waarbinne die MI-pasiënt in gesinsverband beter begryp kan word.

Alhoewel MI in hoofsaak 'n biologiese siekte is, kan die sielkundige en sosiale implikasies van die siekte nie geïgnoreer word in die behandeling van die pasiënt nie. Die woorde van Mayou (1988 soos aangehaal deur Gordon & Gibbons, 1991 p.63) is sprekend van hierdie stelling "*You could find yourself ministering to festering psychic wounds long after your physical symptoms have disappeared*".

Alhoewel die benadering binne die terrein van die Gesondheidsielkunde meer holisties van aard is en die fokus en klem op die siek persoon en nie die siekte is nie, waarsku Schlebusch (1990) dat persone betrokke by gesondheidsorg nie vasgevang moet word deur die toenemende gevorderdheid die van wetenskap en tegnologie nie. Volgens Schlebusch (1990) mag hulle nooit uit die oog verloor dat die herstelproses die mens in sy totaliteit, asook diegene om hom, insluit nie.

Die benadering wat die navorser in hierdie studie volg, is een waarin die konsep van gesondheidsorg wat die fisiese, psigososiale en biologiese elemente van menslike funksionering binne 'n interaktiewe konseptuele raamwerk omvat, aangemoedig word. Volledigheidshalwe sal beide die biomediese en die biopsigososiale modelle van gesondheid bespreek word en sal daar ook na die toepaslikheid van elke model in die behandeling van 'n MI gekyk word. Die tradisionele biomediese model is in beginsel dualisties van aard, terwyl die biopsigososiale model meer holisties is.

### 1.2.1 Die biomediese model

Histories gesien, was vroeë Griekse dualiste verantwoordelik vir die siening dat die verstand of gees (psige) en liggaam (soma) afsonderlike entiteite is. René Descartes, 'n Renaissance-dualis, wat ook beskou word as die vader van die moderne filosofie, het volgehou dat die psige en liggaam duidelik onderskeibare entiteite is, en dat elkeen onderworpe is aan verskillende wette van oorsaaklikheid (Bernard & Krupat, 1994).

Descartes se dualistiese model het die afgelope drie honderd jaar beide die mediese en die sielkundige terrein gedomineer (Bernard & Krupat, 1994). Die model is hoofsaaklik verantwoordelik vir die siening wat talle medici en geestesgesondheidspersoneel huldig, naamlik dat daar 'n wesenlike skeiding bestaan tussen die fisiese en geestelike aspekte van gesondheid, en dat interaksie, indien enige, baie beperk is. Hierdie siening het as grondslag gedien vir die biomediese model van siekte wat vandag nog die moderne geneeskunde oorheers. Volgens Bernard en Krupat (1994) is vier aspekte van belang in die model:

- Dualisme: Fisiese en psigososiale prosesse vind onafhanklik van mekaar plaas en siekte word nie deur laasgenoemde beïnvloed nie.
- Meganisties: Die liggaam is soos 'n masjien en siekte ontstaan sodra die normale funksionering van die liggaamlike masjien deur 'n vreemde agent ontwig word.
- Reduksionisties: Die model ignoreer die kompleksiteit van faktore - sommige psigososiaal, ander fisies - wat 'n rol speel by die gesondheid van die individu in geheel deur slegs te fokus op een siekte of fisiese sisteem.
- Siekte-oriëntasie: "Gesondheid" word gedefinieer as die afwesigheid van 'n siekte, en daar word selde gepoog om die siekte te elimineer.

Volgens hierdie model is die etiologie van 'n siektetoestand die resultaat van biologiese faktore. Indien 'n siektetoestand vanuit diè perspektief behandel word, word baie min, indien enige, oorweging geskenk aan sielkundige of omgewingsbydraes (Schlebusch, 1989). Dit lei ooglopend tot 'n verskuiwing in fokus weg van die pasiënt na die siektetoestand en die individuele biologiese samestelling daarvan. Alhoewel hierdie model van waarde was vir die mediese wetenskap en 'n beter begrip van die etiologie en behandeling van fisiese toestande moontlik gemaak het, het dit ook daartoe gelei dat vroeë navorsers die etiologie van psigiese versteurings as organies gebaseer beskou het. So 'n gereduseerde beskouing het grootliks bygedra tot die vervreemding van die pasiënt as 'n persoon (Schlebusch, 1989).

In die proses mag baie pasiënte geneig wees om die beheer oor, en hantering van, hulle gesondheid aan mediese personeel oor te laat. In plaas daarvan om self verantwoordelikheid vir hulle gesondheid en die wyse waarop stresgebaseerde faktore gehanteer word, te aanvaar, word die verantwoordelikheid vir die hantering en uitskakeling van sodanige probleme oorgedra na die geneesheer of psigofarmakologiese agente (Schlebusch, 1990).

Die ontoereikendheid van die biomediese model vir die behandeling van MI spreek vanself, gesien in die lig daarvan dat die etiologie van MI sterk gebed lê in die psigososiale, 'n aspek wat deur die biomediese model misken word. Miskenning van die psigososiale faktore in die etiologie van MI is ook 'n miskenning van die aanpassings wat die pasiënt in terme daarvan moet maak.

Verder skiet die biomediese model se definisie van "gesondheid" as die afwesigheid van 'n siektetoestand, ook ver te kort in die behandeling van die MI-pasiënt, en kan daar hier net weer eens na die woorde van Mayou (soos vroeër aangehaal) verwys word. Alhoewel die fisiese simptome van die pasiënt se MI na 'n paar weke verdwyn en die siektetoestand volgens die biomediese model nie meer aanwesig is nie, is daar nog steeds, soos reeds genoem, sielkundige en sosiale aanpassings wat die pasiënt moet maak.

By die behandeling van die MI-pasiënt is dit van kardinale belang dat die pasiënt verantwoordelikheid vir sy eie gesondheid moet aanvaar, aangesien sy herstel en

oorlewing grootliks afhang van sy se eie vermoë om aanpassings te maak ten opsigte van sy gedrag en lewenstyl. Streshantering, aanpassings in dieet en die staak van die rookgewoonte is nie verantwoordelikhede wat op die mediese personeel afgeskuif kan word nie. Die pasiënt moet self verantwoordelikheid daarvoor aanvaar - 'n situasie wat nie deur die biomediese model gefasiliteer word nie.

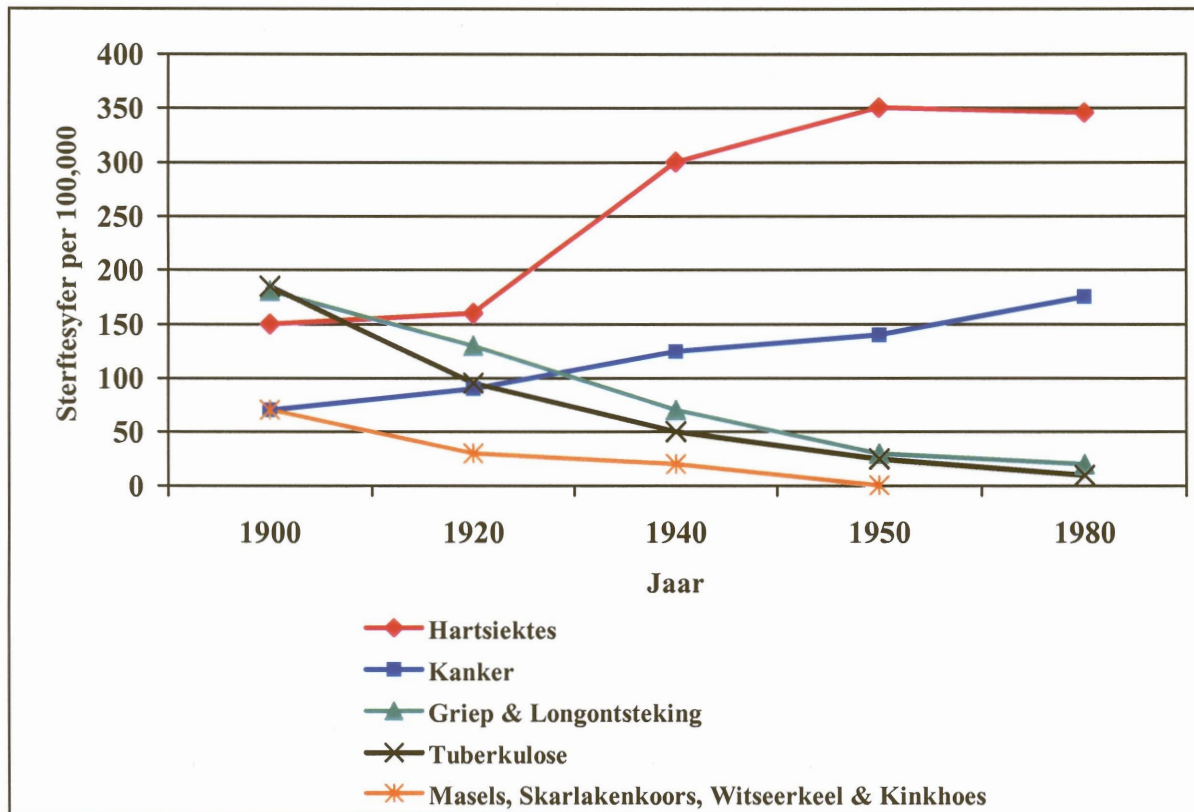
Uit die voorafgaande bespreking blyk dit duidelik dat die dualistiese benadering van die biomediese model ver tekort skiet as gesondheidsorgmodel vir die behandeling van die MI-pasiënt, en dat 'n meer omvattende model van gesondheidsorg, wat die mens-in-totaliteit insluit, oorweeg moet word.

### **1.2.2 Die biopsigososiale benadering tot gesondheidsielkunde**

Veranderings in die voorkoms van siektetoestande en die verhoogde koste van gesondheidsorg stel uitdagings aan die bruikbaarheid van die tradisionele biomediese model. Die voorkoms van siektetoestande het die afgelope dekade aansienlik verander. Daar was 'n dramatiese afname in die voorkoms van aansteeklike siektes en 'n beduidende toename in siektes wat verband hou met lewenstyl, insluitende KHS (Steyn, Fourie & Bradshaw, 1992). Volgens Bernard en Krupat (1994) kan die veranderde voorkoms van siektetoestande grootliks toegeskryf word aan die sukses van die biomediese model, byvoorbeeld wat die ontwikkeling van entstowwe en verbeterde mediese behandeling, higiëne en opvoeding betref (Sien figuur 1.1).

Die verhoogde voorkoms van siektes wat verband hou met lewenstyl, kan waarskynlik toegeskryf word aan faktore soos 'n langer lewensverwagting en gesondheidsrisikogedrag (soos gebrek aan oefening, swak dieet en die rookgewoonte) wat bydra tot die ontwikkeling van KHS.





**Figuur 1.1: Tendense in siektes en sterftes**  
(Bernard & Krupat, 1994, p.8)

Die dramatiese styging in die koste van gesondheidsorg stel 'n verdere uitdaging aan die mediese model (Bernard & Krupat, 1994, Schlebusch, 1990). Die koste verbode aan die behandeling van siektes wat spruit uit 'n destruktiewe lewenstyl of gedrag, is baie hoog en pasiënte wat byvoorbeeld aan KHS ly, het dikwels kardiaale chirurgie nodig, wat baie duur is in Suid-Afrika. Dit spreek dus vanself dat voorkoming van dié siektes deur die handhawing van 'n gesonde lewenstyl en -patroon aan te moedig voordat dit ontwikkel, meer koste-effektief sal wees (Bernard & Krupat, 1994), maar ook 'n langer lewensverwagting teweeg sal bring.

Bogenoemde uitdagings aan die biomediese model beklemtoon die noodsaaklikheid van 'n meer sistemiese benadering tot gesondheidsorg. Von Bertalanffy (1950), 'n bioloog, was die eerste persoon wat die algemene sisteemteorie voorgestel het, wat 'n waardevolle teenvoeter kan wees vir die voortgesette neiging tot toenemende spesialisasie in die Westerse wetenskap. By die bestudering van 'n entiteit, vanuit 'n

sistemiese benadering, word die entiteit beskou as 'n stel interaktiewe eenhede en nie as afsonderlike entiteite wat onderworpe is aan die wette van oorsaak en gevolg nie. Binne 'n sisteem bestaan daar 'n verwantskap tussen alles en verskil elke verhouding van alle ander verhoudings buite die sisteem. 'n Verandering in 'n gedeelte van die sisteem lei tot verandering in die totale patroon van verhoudings.

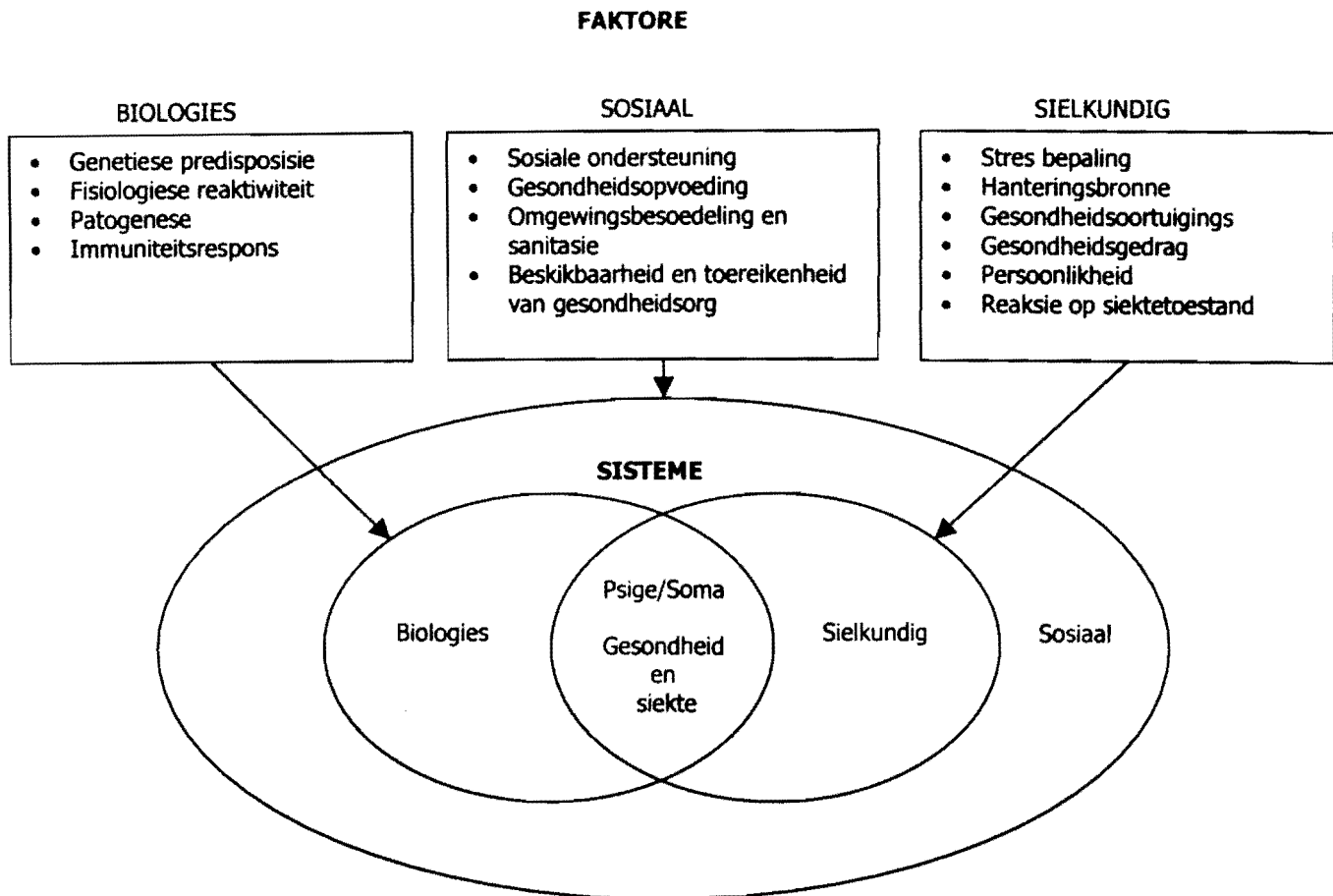
Alle komplekse lewende strukture kan konseptueel georden word in verskeie hiërargiese vlakke, vanaf selle tot organe, individue tot gesinne of groepe, organisasies, gemeenskappe, nasies en supra-nasionale sisteme. Hoëvlakstisteme word saamgestel uit laer vlakke, alhoewel invloed en beheer in beide rigtings strek. Met ander woorde, verandering op 'n hoër vlak kan lei tot verandering in die funksionering van laer vlakstisteme. Die teenwoordigheid van byvoorbeeld 'n kroniese siekte soos MI in een van die gesinslede, kan verandering in die struktuur en funksionering van die hele gesin teweegbring. Samevattend blyk dit dus dat lewende sisteme bestaan uit 'n komplekse stel hiërargies georganiseerde sisteme wat saamgestel is uit verskeie vlakke, waarin elke vlak die ander beïnvloed (Sundberg, Taplin & Tyler, 1983).

Die algemenesistemeorie het 'n beteknisvolle invloed gehad op die ontwikkeling van die huidige biopsigososiale model in gesondheidsorg, waarvolgens menslike funksionering beskou word as 'n interaksie tussen biologiese, sielkundige en sosiale faktore. Siekte en gesondheid word dus in terme hiervan beskou as twee toestande van menswees wat spruit uit meervoudige faktore en lei tot meervoudige gevolge (sien figuur 1.2).

Sommige versteurings word meer deur een sisteem as 'n ander beïnvloed. Hoewel koronêre hartsiekte byvoorbeeld hoofsaaklik 'n biologiese siekte is, hou die etiologie van KHS grootliks verband met lewenstyl en gedragsrisikofaktore (Schlebusch, 1990). Net so is 'n koronêre vatomleidingsoperasie in beginsel 'n biomediese behandeling, maar word 'n pasiënt se aanpassing betekenisvol beïnvloed deur sowel sielkundige faktore as sosiale ondersteuningsisteme wat betref sy aanpassing by hoogs tegnologiese prosedures, behandelings, en handhawingsvaardighede (Schlebusch, 1990).

Die biopsigososiale benadering gee dus erkenning daaraan dat 'n individu se gesondheid berus op interne sisteme (waar elkeen effektief moet funksioneer vir 'n individu om

optimale gesondheid te geniet), maar gee terselfdertyd ook erkenning daaraan dat die individu se gesondheid beïnvloed word deur eksterne sisteme in die groter ekosisteem.



**Figuur 1.2: Die biopsigososiale model vanuit twee perspektiewe gesien: Faktore en Sisteme (Bernard & Krupat, 1994, p.13)**

Die aanvaarding van 'n holistiese of mens-in-totaliteit-benadering in die geneeskunde, soos gekenmerk deur die biopsigososiale model, stel die gesondheidsorgprofessie in staat om 'n meer omvattende diens aan die mensdom te lewer, waar intervensie, gerig op die persoon in geheel - die psige en die soma - die verloop van siektetoestande mag verander, en 'n aansienlike bydrae tot aspekte rakende die kwaliteit van lewe kan lewer.

In terme van holistiese gesondheidsorg, word optimale gesondheid beskou as 'n toestand van volkome fisiese, sielkundige en sosiale welsyn, en nie net bloot as die afwesigheid van siekte nie. So 'n konseptualisering van optimale gesondheid kan vereenselwig word met die biopsigososiale model aangesien die model erkenning gee aan die fet dat fisiese,

sielkundige en sosiale faktore 'n rol speel by gesondheid, en gesondheid beskou word as 'n toestand van welsyn.

Weer eens spreek die toepaslikheid van die biopsigososiale model as gesondheidsmodel in die behandeling van MI vanself, aangesien die impak wat 'n MI op die leefwêreld van die pasiënt op fisiese, psigiese en sosiale vlak het, in sy totaliteit aangespreek word deur die model. Resente navorsing wil te kenne gee dat psigosomatiese interaksie beslis 'n belangrike rol speel in die uitkoms van siektes (Chesney, 1993; Emsley, 1994) en daar kan dus hieruit afgelei word dat die meeste pasiënte met 'n mediese probleem, ook die MI-pasiënt, voordeel kan trek uit die een of ander vorm van sielkundige intervensie. 'n Sielkundige (biopsigososiale) benadering kan dus bydra tot die oplossing van 'n duidelik fisiese probleem of die effektiewe behandeling daarvan moontlik maak.

Gesondheidsorg in Suid-Afrika berus in wese nog op 'n sterk dualistiese mensbeskouing, wat waarskynlik toegeskryf kan word aan verbeterde tegnologie en die sterker fokus op spesialisasie. Alhoewel gevorderde tegnologie en spesialisasie die MI-pasiënt se kanse op oorlewing aansienlik verhoog het, het juis diè aspek, ironies genoeg, ook daartoe gelei dat die pasiënt van die persoon geskei is. Die kompleksiteit en impak van 'n MI op die pasiënt, soos vroeër omskryf, behoort die leser 'n besef te gee van die ontoereikendheid van 'n model wat slegs op die biologiese fokus, in die behandeling van die MI-pasiënt. 'n Baie meer omvattende gesondheidsorgmodel, aan al die dimensies van menswees (fisies, psigies en sosiaal) in ag neem, blyk geskikter te wees vir die behandeling van die MI-pasiënt. Die biopsigososiale model in gesondheidsorg, wat menslike funksionering as 'n interaksie tussen biologiese, sielkundige en sosiale faktore beskou, leen hom uitstekend tot die fasilitering van gesondheid en sielkundige welsyn by die MI-pasiënt. Dat die impak op die gesin, die huwelik en die pasiënt omvangryk mag wees, is duidelik. Dit is dus nodig om kortliks hierop in te gaan, sodat die terrein en fokus van hierdie studie duidelik omlyn kan word.

### **1.3 Rasionaal en probleemstelling**

Uit bostaande blyk dit dus dat die reduksionistiese model nie rekening hou met die kompleksiteit van die liggaam/siel-interaksie nie. Die omvangryke impak van MI op die pasiënt en sy gesin kan teen die agtergrond van bostaande oorsigtelike bespreking

nouliks oorskat word. Die herstel na MI behels dus duidelik nie net die biofisiese sy van die pasiënt nie, maar ook die psigososiale sy van die pasiënt en die huweliks/gesinsisteem waarbinne hy hom bevind. Vanweë die saamleef in 'n noue verband, het die MI nie net 'n impak op die pasiënt nie, maar ook op die breër konteks van huweliks- en gesinsisteme. Die impak op en reaksie van die eggenoot/eggenote en/of gesinslede beïnvloed ook weer die pasiënt, wat op sy beurt weer reageer in 'n voortdurende interaksionele kringloop. Gesien in die lig van die kompleksiteit van hierdie prosesse, kan al die lede van 'n sisteem kwalik gelyktydig ondersoek word en val dit ook buite die bestek van hierdie studie. Uit die aard van die besondere rol wat die egmaat speel en die noue kontak met die pasiënt, blyk dit dat dié verhouding die grootste moontlike impak op die pasiënt kan hê – wat sowel die effek van MI as die herstelfase betref.

Die aanvanklike MI is dikwels die pasiënt en sy gesin se eerste belewenis van die krisis van 'n ernstige of lewensbedreigende siekte. 'n MI kan nie ontken of geïgnoreer word nie vanweë die omvangryke impak daarvan op beide die pasiënt en sy gesin (Nolan & Nolan, 1997; Theobald, 1997). Alhoewel MI 'n verskynsel van ons tyd is, maak dit nie deel uit van die alledaagse leefwêreld van die mens nie. Drastiese veranderings vind plaas in die leefwêreld van die gesin, en veral in die man-en-vrou-eenheid. Aanpassings in lewenstyl, seksualiteit en rolverdeling moet gemaak word, terwyl gevoelens van onsekerheid, angs en vrees rakende die toekoms telkemale dreig om die egpaar te verswelg.

Min mense is egter bewus van die *emosionele en sielkundige* aspekte wat saamhang met die oorlewing van 'n MI (American Psychological Association, 1997; Badger, 1990; Coyne & Smith, 1991; Hackett, 1978; Mayo Foundation 1998, Maart 31; Waltz, Badura, Pfaff & Schott, 1988). Tipiese gedagtes wat die pasiënt teister, is dié van ongeloof, onveiligheid, verwarring, angstigtheid en 'n gevoel van die nabyheid van dood. Akute angs wat later kronies mag word, is die mees kenmerkende emosionele respons op 'n MI by die pasiënt. Namate die akute angs en spanning begin afneem, ontstaan 'n depressiewe toestand wat die gevolg is van die pasiënt se eie interpretasie van die erns van sy siekte en ten nouste saamhang met 'n verlaagde eiewaarde (Centre for Cardiovascular Education 1997, Januarie 14). Ontkenning en rasionalisasie word dikwels deur MI-pasiënte as aanpassingsmeganismes gebruik en die primêre doel daarvan is om

angs en spanning by die pasiënt te verminder en hom teen verdere emosionele ontwrigting te beskerm (Fullard, 1990; Gordon & Gibbons, 1991; Thompson, Ersser & Webster, 1995).

Die pasiënt se belewenis van sy *liggaamsbeeld* kom prominent in gedrang na 'n MI en vrae kan by die pasiënt ontstaan oor wie en wat hy is, en waar hy in die wêreld inpas met sy "siek liggaam". Dit is egter nie net die pasiënt se liggaamlike self en sy selfidentiteit wat bedreig word nie, maar ook die waarde wat hy aan homself as mens heg. Sy poging om hierdie nuwe *selfkonsep* te aanvaar en te integreer, gaan dikwels gepaard met angs en veranderings in kenmerkende gedragspatrone (Lespérance, Frasure-Smith & Talajic, 1996; Taylor, 1991). Volgens Argondizzo (1982) hang die MI-pasiënt se verhouding met sy vrou, sy kinders, sy werksmense en sy vriende grootliks af van hoe hy sy menswees en eiewaarde beleef.

Volgens Wiklund (1984) sal die realiteit van die MI 'n *verandering in verhoudings* meebring en het verhoudings tyd nodig om by hierdie verandering aan te pas. MI hou egter nie alleen implikasies vir verhoudings in nie, maar raak ook die pasiënt se *sosiale waardes* wat dikwels in ekonomiese bydraes gemeet word. Sy bydrae word nou deur sy MI ingeperk en die samelewing en sy werkgewer kan of wil hom dikwels nie meer ekonomies aanwend nie, aangesien sy werksvermoë verswak en die risiko van nog 'n MI nie uitgesluit kan word nie. Die pasiënt se vrees dat hy nie sy funksie as broodwinner en werknemer soos voorheen kan vervul nie, word nie net hierdeur bevestig nie (Cay, 1982), maar die finansiële druk op die gesin neem toe en *rolaanpassings* moet noodwendig plaasvind (Carter, 1984; Harding & Morefield, 1976).

Dhooper (1983) sluit in dié verband by Harding en Morefield (1976) aan en bevind dat, behalwe dat die egmaat 'n *groter mate van verantwoordelikheid* vir finansiële en ander huishoudelike take moet aanvaar, daar ook veranderings in die rolle en lewenstyl van die ander gesinslede plaasvind. Carter (1984) bevind dat hoe groter die veranderings en verskuiwings wat die gesin moet maak as gevolg van die MI, hoe erger word die stressituasie in die gesin. Hierdie stressore blyk nie net ekonomies van aard te wees nie, maar ook interpersoonlik.

Alhoewel MI ontwrigting in die hele gesin veroorsaak (Nolan et al., 1997) is dit veral die

man/vrou-verhouding wat die ergste deur die krisis geraak word (Thompson, Eisler & Webser, 1995). Volgens Versluis (1986) *verander* die aard van die *verhouding tussen die pasiënt en sy egmaat* reeds vóórdat die pasiënt in die hospitaal beland. Dit is reeds met die eerste simptome, hetsy pyn of die ontkenning daarvan, dat die belewenis van 'n veranderde situasie vir die egpaar begin. Theobald (1997) en Dickerson (1998) beklemtoon dat die MI-pasiënt se belewenis nie in isolasie plaasvind nie, maar dat die egmaat dikwels 'n soortgelyke belewenis as diè van die pasiënt het in terme van angs, spanning, isolasie en vrees vir die dood. Die akute situasie van 'n MI lei tot vrees vir skeiding en alleenheid, en veral die verlies van 'n lewensmaat. Hierdie belewenis is 'n realiteit wat beide egmaats se bestaan direk raak.

Sowel die egmaat as ander gesinslede se houding teenoor die pasiënt word dikwels gekenmerk deur oorbeskerming en 'n vrees om eise te stel. Hierdie *oorbeskermende houding* spruit veral uit die angs wat die gesinslede beleef in terme van die pasiënt se siektebeeld. Hulle probeer dikwels om die pasiënt te beskerm teen alle onaangenaamheid en fisiese inspanning (Adsett & Bruhn, 1968; Fiske et al., 1991; Rombouts & Kraaimaat, 1984; Runions, 1985; Skelton & Dominian, 1973; Theobald, 1997; Thompson et al., 1995; Wiklund, 1984). Diè houding mag eendersyds gevoelens van irritasie, woede en minderwaardigheid by die pasiënt ontlok (Brink, 1982; Hentinen, 1983; Nyamathi, 1987) terwyl dit andersyds juis die siekerol by die pasiënt kan versterk (Cay, 1982; Skelton & Dominian, 1973).

Oormatige beskerming van die pasiënt blyk uit die wyse waarop daar met die pasiënt gekommunikeer word (American Psychological Association, 1996a). *Kommunikasie*, veral in die intensiewesorgeenheid, word gekenmerk deur 'n front wat die egmaat voorhou, en gesprekke is daarop gerig om enige spanning, konflik en besluitneming te vermy in 'n poging om "nie die hartpasiënt te ontstel nie." Diè wyse van kommunikasie word dikwels voortgesit gedurende die herstelfase en dra by tot die gevoel van verlies aan kontrole en minderwaardigheid by die pasiënt. Gevoelens tussen egpare word nie oorgedra nie, wat tot onderdrukte en opgekropte emosies kan lei (Harding & Morefield, 1976). Laasgenoemde kan tot probleme op interpersoonlike vlak lei, wat die fisiese en emosionele dimensie van die verhouding raak.

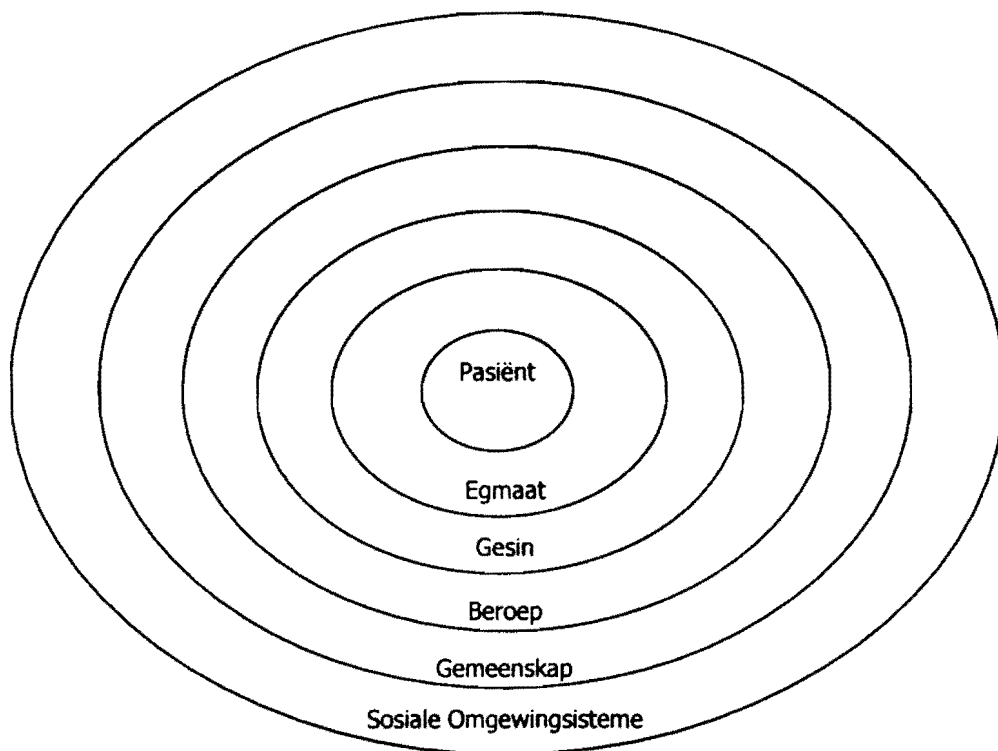
Volgens Mosca, McGillan en Rubenfire (1998) en Theobald (1997), is die *verandering in lewenstyl* na 'n MI dikwels die grootste aanpassing wat die pasiënt moet maak. Mislukking hierin stel die pasiënt nie net bloot aan 'n verdere MI nie, maar ondermyn ook sy selfgating. Dit is egter so dat ten spyte van kennis oor risikofaktore, pasiënte dit dikwels moeilik vind om lewenstylveranderinge te maak en te handhaaf (Mosca, McGillan & Rubenfire, 1998; Yusoff, Roslawati & Almashoor, 1992). Volgens Patterson (1989) ontstaan daar dikwels dan 'n situasie waar die egmaat van die MI-pasiënt verantwoordelik voel vir haar maat se verandering in lewenstyl. Alhoewel sy verantwoordelik en verplig voel om toe te sien dat haar egmaat sy medikasie gebruik, die regte dieet volg en gereeld oefeninge doen om sodoende 'n positiewe verloop van sy siekte te verseker, het sy geen beheer oor haar maat se gedrag nie en lei dit tot intense stres by haar. Volgens Wishnie, Hackett & Cassem (1971) sentreer huwelikskonflik dikwels rondom aspekte soos lewenstylaangepassings en die egpaar se uiteenlopende sienings met betrekking tot die toelaatbare hoeveelheid fisiese oefeninge, mediese voorskrifte en dieet.

Behalwe sielkundige faktore soos angs, vrees en depressie (American Heart Association, 2000d; Fullard, 1990; Gordon & Gibbons, 1991) blyk verskeie biologiese oorsake ook 'n bydrae te lewer tot 'n verandering in die egpaar se *seksuele verhouding* (Parker, 1993; Croog, 1984; Dégre-Coustry & Grevisse, 1982; Bramoweth, 1983). Die gebruik van sommige medikasie mag lei tot impotensie, verminderde libido en ejakulasie-probleme by die pasiënt (Gulledge, 1979; Smith, 1992). Pasiënte is veral onseker of dit veilig is om seksueel te verkeer (Nolan et al., 1997; American Heart Association, 2000d). Angs oor seksuele aktiwiteit by die pasiënt ontlok ook dikwels ooreenstemmende gevoelens by die egmaat (Harding & Morefield, 1976; Nolan et al., 1997).

Uit die voorafgaande is dit duidelik dat MI 'n impak het op (a) die fisies-liggaamlike, (b) sielkundig-emosionele en (c) interpersoonlike vlakke. Laasgenoemde manifesteer die duidelikste in die verhouding met die egmaat, vanweë die konteks waarin hulle saamleef. Hierdie impak kring ook dikwels wyer uit en na die ander gesinslede (Sien figuur 1.3). Die intieme wyse waarop die egpaar saamleef, dra egter by tot die omvangryke impak wat MI op die egpaar en hulle verhouding het. Die omvang van druk wat op hierdie verhouding geplaas word, moet geensins onderskat word nie en spruit voort uit die komplekse en moeilike aanpassing wat in die verhouding gemaak moet word. Daar kan



dus geen twyfel bestaan dat die aanpassing in die huweliksverhouding na MI van die uiterste belang is vir die pasiënt om weer sy eiewaarde en selfvertroue op te bou en sodoende weer 'n gevoel van beheer te verkry nie.



**Figuur 1.3 Die uitkringende impak van 'n MI op die pasiënt**

Uit bostaande bespreking is dit duidelik dat, vanweë die omvang van die MI-probleem en die gevolglike impak van MI op die pasiënt en ander samelewingsisteme, dit belangrik is dat hierdie veld verder bestudeer word. Alhoewel baie navorsing gedoen is oor die biomediese faktore en behandeling van MI, blyk dit dat die impak van 'n MI op die huweliksverhouding grootliks agterweë gelaat is. Daar moet dus verder ondersoek ingestel word na impak van MI op die verhouding tussen die egpaar, die veranderings wat plaasvind in die verhouding en die egpaar se belewenis hiervan.

'n Omvattende literatuurstudie het getoon dat internasionale sowel as Suid-Afrikaanse navorsing, en veral dan resente navorsing oor die impak van MI op die huweliksverhouding, beperk is, soos ook duidelik blyk uit die ouderdom van die bronverwysings. Volgens 'n soektog wat deur die Raad vir Geesteswetenskaplike Navorsing (RGN) gedoen is ten opsigte van Suid-Afrikaanse navorsing, is daar vanaf 1960 tot op hede slegs twee skripsies (vir Meestersgraaddoeleindes) afgehandel wat

hierdie veld in 'n mate eksplorieer. Die eerste skripsie fokus hoofsaaklik op die belewenis van die vrou van die MI-pasiënt (Versluis, 1986) terwyl die tweede skripsie die impak van 'n koronêrevatomleiding op die huweliksverhouding eksplorieer (Price, 1989). Beide skripsies is in die tagtigerjare voltooi.

Heelwat navorsing is op internasionale vlak gedoen oor MI en die impak daarvan op die huweliksverhouding (Badger, 1990; Bramwell, 1986; Coyne & Smith, 1991; Croog, 1984; Croog & Fritzgerald, 1978; Degré-Coustry & Grevisse, 1982; Dickerson, 1998; Gullledge, 1979; Johnson & Morse, 1990; Mayou, Foster & Williamson, 1978; Nelson et al., 1998; Patterson, 1985; Pistrang et al., 1999; Singer, 1987; Speedling, 1982; Theobald, 1997; Thompson et al., 1995; Waltz, et al. 1988; Wishnie et al. 1971; Worby et. al., 1991). Baie van dië navorsing bevat egter gegewens wat meestal op kwantitatiewe navorsing gebaseer is, terwyl die behoeftes en belewenis van die egpaar nie deeglik geëksplorieer word nie.

Alhoewel die literatuur 'n bewustheid kweek van aanpassings wat moontlik gemaak moet word ten opsigte van aspekte soos rolverskuiwings (Carter, 1984; Dhooper, 1983; Fullard, 1990; Rudge & Baldwin, 1995; Shanfield, 1990; Sikorski, 1985), seksualiteit (American Heart Association, 2000d; Croog, 1984; Parker, 1993; Smith 1992) en lewenstylveranderings (Brink, 1982; Larsson & Frindlund, 1991; Patterson, 1989) na MI en die probleme wat dit meebring, ontbreek daar steeds begrip vir die egpaar se belewing van die veranderde dinamika in hul verhouding, sowel as die impak van hulle belewenis op die huweliksverhouding. Uit bostaande is dit duidelik dat daar 'n gebrek is aan literatuur oor 'n egpaar se belewing van MI. Die gebrek aan Suid-Afrikaanse literatuur kan, volgens die navorser, waarskynlik toegeskryf word aan die feit dat Gesondheidsielkunde as dissipline (gevestig in 1989) 'n betreklik nuwe gebied is in Suid-Afrika (Schlebusch, 1996).

Soos reeds genoem, is daar verskeie, hoofsaaklik kwantitatiewe, studies op dië gebied gedoen. Op grond van dië studies het verskeie aspekte prominent na vore getree, wat die egpaar se aanpassing in hulle verhouding na 'n MI beïnvloed. Dit sluit aspekte soos oorbeskerming, intimiteit, seksualiteit, selfkonsep van die pasiënt, konflikhantering, rolverandering, kommunikasie, die pasiënt se beroep en die emosionele funksionering van beide die egmaats in.

In hierdie studie beoog die navorser om hoofsaaklik op die egpaar se belewing van genoemde aspekte te fokus, en die invloed daarvan op hulle huweliksverhouding en aanpassings na die MI te eksplorieer. Begrip van hoe die egpaar hul verhouding ongeveer 'n jaar na die MI beleef, kan lei tot begrip vir die wyse waarop die egpaar poog om aan te pas by hulle nuwe omstandighede, die probleme wat gepaard gaan met sodanige aanpassing en die impak daarvan op hulle huweliksverhouding. Volgens verskeie navorsers word die huweliksverhouding na 'n MI dikwels gekenmerk deur huweliksprobleme, wat weer verband hou met die egpaar se hantering van en aanpassing by die nuwe situasie (Badger, 1990; Bramwell, 1986; Croog & Fitzgerald, 1978; Degré-Coustry & Grevisse, 1982; Dickerson, 1998; Gullede, 1979; Mayou et al., 1978; Patterson, 1985; Thompson et al., 1995; Wishnie et al., 1971).

#### **1.4 Navorsingsdoelstelling**

Met die navorsing het die navorser dit primêr ten doel om die belewenis en aanpassing by MI binne die huweliksverhouding te beskryf. Kennis aangaande die egpaar se belewing van die impak van MI op hulle huweliksverhouding mag meer lig werp op die aanpassingsproses van die egpaar na die MI en die probleme wat hulle in dië verband ervaar.

Sekondêr het die navorser 'n breër begrip vir die veranderde behoeftes wat in die huweliksverhouding mag bestaan ten doel. Uit die literatuur (Adsett & Bruhn, 1968; Hentinen, 1983; Patterson, 1985; Theobald, 1997; Versluis, 1986) blyk dit dat talle behoeftes van beide egmaats gefrustreer word na 'n MI en die navorser is van mening dat miskende en veranderde behoeftes 'n invloed kan hê op die aanpassing van die egpaar na 'n MI.

#### **1.5 Navorsingsontwerp**

Die navorser het besluit om van 'n kwalitatiewe navorsingsontwerp gebruik te maak, waar die maak van voorspellings nie van belang is nie, maar wel die unieke ervaring van die respondente, aangesien die mens en die verhoudings waarin hy staan, vir die navorser baie meer is as net syfers en statistiek. Egpare waarvan die eggenoot ongeveer

een jaar tevore 'n MI gehad het en wel ingeskakel is of was by die 1 Militêre Hospitaal se kardiaal-rehabilitasieprogram is by die studie ingesluit. Eenjaar-post-MI-egpare is geselekteer en ingesluit omdat die oogmerk van die studie die langtermyn sielkundige respons tot, en aanpassing by, 'n MI is. Verder wou die navorser die aanpassingsproblematiek wat moontlik by jong of korter huwelike aanwesig mag wees, elimineer en is 'n huwelik van tien jaar of langer as kriterium gestel. Die respondente moes ook Afrikaanssprekend wees.

Na afloop van 'n voorstudie-onderhoud, waarby drie egpare betrek was, is semi-gestruktureerde vraelyste (afsonderlike vraelys vir pasiënt en egmaat) saamgestel wat uit twaalf oop vrae bestaan het. Agt egpare is ingesluit by die studie. Tydens 'n informele onderhoud met die onderskeie egpare is meer inligting aangaande die studie oorgedra en die vraelyste oorhandig. 'n Tydperk van twee weke is vir die voltooiing daarvan toegestaan.

Die sestien vraelyste is binne die gestelde tydperk terugontvang. Die aanbevelings van kwalitatiewe navorsers Miles en Huberman (1984) is in die ontleding daarvan toegepas:

**Stap 1:** Oriëntering ten opsigte van protokolle

Die eerste stap is om vertrouwd te raak met die inligting wat uit die twaalf vrae verkry word, en dus moet alle protokolle eers deeglik deurgelees word.

**Stap 2:** Afbakening van betekenseenhede

Die navorser lees die protokolle nog stadiger deur en merk elke keer waar 'n oorgang in betekenis waarneembaar is. Die betekenseenhede kom spontaan na vore by die lees en herlees van die beskrywing.

**Stap 3:** Die eliminerings van protokolle

Hierdie stap behels die eliminerings van protokolle vanweë die omvang van die ondersoek.

#### **Stap 4:** Omskrywing van die ervaringstemas

In hierdie stap word die geïdentifiseerde betekeniseenhede in sielkundige terme beskryf ten einde die fenomeen eksplisiet te maak en tematiese eenhede te skep. Die navorser verwys na hierdie tematiese eenhede as ervaringstemas.

Hiermee was die analiseproses afgehandel. Daarna volg 'n bespreking van die ervaringstemas en integrasie van die navorsingsresultate.

### **1.6 Vooruitskouing en oorsig**

Uit die voorafgaande bespreking is dit duidelik dat siekteverwante faktore, sowel intra- as interpersoonlike faktore, 'n belangrike rol speel by die pasiënt se aanpassing by MI. Daar sal in die volgende drie hoofstukke in diepte op verskeie aspekte rakende die MI-pasiënt gefokus word. Hoofstuk 2 word gewy aan MI as siektetoestand, terwyl daar in hoofstuk 3 gefokus word op die MI-pasiënt en die impak van die siektetoestand op sy fisiese, sielkundige en sosiale funksionering. Enkele modelle van aanpassing by 'n MI word ook in genoemde hoofstuk bespreek. Alhoewel MI die pasiënt se interpersoonlike verhoudings op verskeie vlakke beïnvloed, word daar in hoofstuk 4 hoofsaaklik gefokus op die impak wat dit op die pasiënt se verhouding met sy egmaat het. Hoofstuk 5 handel oor die navorsingsontwerp, terwyl die navorsingsresultate in hoofstuk 6 bespreek word. Die laaste hoofstuk (7) bestaan uit 'n integrasie van en gevolgtrekkings en kommentaar op die studie.

## HOOFSTUK 2

### HARTSIEKTE EN MIOKARDIALE INFARKSIE : 'N LITERATUUR OORSIG

#### 2.1 Inleiding

Koronêre hartsiekte (KHS) bly een van die vernaamste oorsake van sterftes in Suid-Afrika. Volgens Sobel (2000, April 2) sal een uit elke drie blanke Suid-Afrikaners, ongeag hul ouderdom, aan KHS sterf. Soos reeds genoem, is die oorgrote meerderheid van dië mense getroud, het hulle gesinne en staan hulle in 'n beroep. Die impak van KHS kring dus verder uit as net die pasiënt self (sien figuur 1.3). Ten einde 'n begrip te vorm van die impak wat KHS, en meer spesifiek miokardiale infarksie (MI), op die herstel en aanpassing van die pasiënt en sy gesin het, is dit belangrik om deeglik ingelig te wees oor die aard van hierdie siektetoestand. In hierdie hoofstuk sal KHS dus krities ondersoek word en sal daar ook aandag geskenk word aan die risikofaktore wat geassosieer word met die etiologie van KHS.

#### 2.2 Begripsomskrywing

Koronêre hartsiekte (KHS) is die mees algemene vorm van hartsiekte in die ontwikkelde Westerse wêreld. Volgens Schiebusch (1990) is KHS 'n toestand waarin arteriosklerose ('n degeneratiewe, simptomeelose versteuring wat gekenmerk word deur die verdikking van bloedvatwande) die primêre eienskap is. Komplikasies wat geassosieer word met dië toestand is onder andere angina pectoris, skielike kardiaale dood en MI.

KHS dek 'n redelik breë stel kliniese simptome en gebeurtenisse. Die algemene patofisiologiese proses onderliggend aan hierdie simptome is miokardiale iskemie - 'n gebrek aan suurstof na die hartspier (miokardium) wanneer die behoefte aan suurstof die voorsiening daarvan oorskry. Angina pectoris is 'n akute borskaspyn wat dikwels gedurende episodes van miokardiale iskemie voorkom. Dit is egter belangrik om te noem dat episodes van miokardiale iskemie simptomeelose kan voorkom, asook saam met angina pectoris of ander simptome. Anders as by Miokardiale infarksie (MI) is die suurstoftekort nie akuut genoeg om die miokardium (hartspier) te beskadig nie. Miokardiale infarksie is die werklike afsterf van die miokardium as gevolg van ernstige en volgehoue iskemie.

Die kliniese implikasie van MI (dus die prognose en impak op pasiëntfunksionering) word beïnvloed deur die omvang en ligging van die infarksie. 'n MI is altyd akute en lewensbedreigend, en ontwikkel skielik en onverwags (Ell & Dunkel-Schetter, 1994). Alhoewel daar sekere voorafbepaalbare risikofaktore is wat aanleiding kan gee tot MI, is geen mens teen MI gevrywaar nie (Sarafino, 1998). Skielike kardiaale dood is die term wat gebruik word wanneer daar verwys word na 'n sterfte wat plaasgevind het binne 'n paar minute of enkele ure na die aanvang van simptome van KHS. Skielike kardiaale dood is die resultaat van ernstige agteruitgang in die hartritme (ventrikulêre fibrilasie), wat uiteindelik tot hartstilstand lei (American Heart Association, 2000a; Smith & Gallo, 1994).

### 2.3 'n Kort historiese oorsig

Die eerste beskrywing van skielike dood as gevolg van 'n MI dateer terug na 2500 VC (Mitha, 1980). Corvisart, Napoleon Bonaparte se geneesheer, beskryf in 1800 hartsiekte as die belangrikste siekte van die jaar. Dit het so algemeen voorgekom (meer as al die ander siektes saam) dat hy hartsiekte as die oorsaak van alle siektetoestande en simptome beskryf het. In 1920 is MI aangegee as die belangrikste siekte in die Verenigde State van Amerika en word dit die siekte van mans bo 45 jaar genoem (Versluis, 1986).

MI word sedert 1955 volledig geëvalueer en beskryf deur dokters Friedman en Rosenman (1959), wat baanbrekerswerk gedoen het op die gebied van die etiologie en patofisiologie van MI, en ook die welbekende tipe A-gedragspatroon beskryf het. Hulle het egter, net soos hulle voorgangers, slegs aan die pasiënt aandag gegee en die egmaat en kinders van die pasiënt het min aandag geniet.

Die Wêreldgesondheidsorganisasie (WGO) het in 1968 'n program geïnisieer waarvolgens alle aspekte van hartsiektes, insluitende MI, ondersoek word. Hulle volg egter 'n oorsaak-en-gevolgbenadering en maak slegs enkele vermeldings van die feit dat die pasiënt wel 'n egmaat en/of kinders het en dat probleme in die gesin kan ontstaan na 'n MI (Cay, Vetter, Philip & Dugard, 1972).

Die rol van emosionele faktore soos angs en depressie by KHS is reeds in die 18e eeu beskryf. Daar is sporadiese aandag aan dié faktore gegee, maar ernstige pogings om die verband tussen die emosionele, sielkundige en sosiale faktore en KHS vas te stel, is eers in 1950 aangewend (Strümpfer, 1979).

In 1976 begin die Departement van Gesondheid in Suid-Afrika 'n aktiewe voorligtingsprogram in 'n poging om hartsiektes, wat nou epidemiese afmetings begin aanneem het, te bekamp. Die Hartstigting van Suider-Afrika (gestig in 1981), se primêre doel was die voorkoming van hartsiekte, maar ten spyte van voorkoming is die mens steeds blootgestel aan MI met (dikwels) katastrofiese gevolge vir die pasiënt, sy gesin en sy omgewing.

## **2.4 Patofisiologie van miokardiale infarksie**

Om te verstaan hoe die MI-pasiënt dit wat met hom gebeur, beleef, is dit belangrik dat die patofisiologie van MI bespreek word. Dit lei uiteindelik tot 'n beter begrip van die egmaat van die MI-pasiënt se belewenis en die impak daarvan op hulle huweliksverhouding.

'n Volledige uiteensetting van KHS en die risikofaktore wat aanleiding gee tot verhoogde vatbaarheid vir hartsiekte, val buite die bestek van hierdie studie. Daar sal dus slegs kortliks aandag geskenk word aan die vernaamste aspekte van die patofisiologie van MI en die belangrikste risikofaktore.

Die hart is soos 'n pomp wat bloed deur die are na elke deel van die liggaam stuur. Dit klop ongeveer 100 000 keer per dag - meer as 2,5 biljoen keer gedurende 'n gemiddelde leeftyd. Die kroonslagare van die hart moet oop wees sodat bloed vrylik daardeur kan vloei om suurstof aan die hart te verskaf. Hartsiekte ontwikkel wanneer die bloed wat deur die kroonslagare vloei, onvoldoende is vir die hart om te funksioneer (Heart Foundation, 2000b).

Met verloop van jare kan daar vernouings van die arteries ontstaan as gevolg van 'n proses wat bekend staan as aterosklerose. Sekere van die bloedvete of lipiede, en veral cholesterol, word teen die wand van die binnelaag van die koronêre arteries neergelê. Hierdie laag, wat normaalweg glad is, kry nou growwighede en onreëlmatighede of aanpaksels wat ateroom genoem word. Ateroom vernou die deursnit van die koronêre arteries waar dit teenwoordig is. 'n Verdere stap in die proses van aterosklerose is die vorming en verharding van veselagtige weefsel oor die ateroom. As daar eers 'n klein letsel is, is die proses van arteriosklerose geneig om voort te gaan en die deursnit van die arterie te verklein. Faktore wat 'n invloed het op die proses van arteriosklerose en dit



bevorder, is: rookgewoontes, hoë bloeddruk, obesiteit, gebrek aan oefening, spanning, diabetes of 'n familiegeskiedenis van koronêre siektes (Gordon & Gibbons, 1991; Heart Foundation, 2000a).

Sommige mense ervaar simptome in die vorm van borskaspyn (angina pectoris), 'n pyn in die linker- of beide arms en kortasemigheid as gevolg van die vernouing van die koronêre arteries. Genoemde simptome is die gevolg van 'n tekort aan suurstof by die hartspier. Die vernouing of arteriosklerotiese area in die koronêre arterie veroorsaak dat suurstofryke bloed nie vinnig genoeg aan sekere dele van die hartspier voorsien word nie. Wanneer die vernouing so ernstig word dat die bloed nie meer daardeur kan vloei nie en 'n verstopping of afsluiting van die koronêre arterie ontstaan, is 'n hartaanval of miokardiale infarksie (MI) die gevolg. 'n Sekere deel van die hart ontvang dus nie meer suurstofryke bloed nie en sterf af of word nekroties. Dit gaan gepaard met simptome soos ernstige borskaspyn, duiseligheid, naarheid, floutes, hartkloppings, asemnood en so meer (Dental Digest, 1997).

MI gaan altyd gepaard met 'n mindere of meerdere mate van pyn. Meestal is die pyn akuut en onuithoudbaar. Die pyn is visseraal van aard en kan op sigself, deur stimulasie van die outonome senuweestelsel, 'n gevoel by die pasiënt laat ontstaan dat hy besig is om dood te gaan. Hierdie pyn veroorsaak spanning en vrees vir 'n herhaling van die MI, veral as dit 'n paar dae duur of herhaaldelik en episodies voorkom.

By die nekrotiese of beskadigde gedeelte van die hartspier vorm daar mettertyd 'n tipe weefsel wat ooreenkom met die weefsel wat by littekens vorm. Dit is egter nie spierweefsel soos die oorspronklike hartspierweefsel nie en kan dus nie spierwerking verrig nie. Die res van die hart is wel in staat om die beskadigde gedeelte se werkklas gedeeltelik of ten volle oor te neem, maar dit is 'n geleidelike proses. Hoe meer van die hartspier beskadig word, hoe moeiliker word dit vir die oorblywende hartspier om die totale werkklas oor te neem. Indien meer as 40% van die linkerhartspier beskadig raak, sal so 'n persoon waarskynlik sterf (Brink, 1982).

Die meeste sterftes (50% tot 60%) as gevolg van 'n MI vind plaas binne die eerste uur. Indien onmiddellike en effektiewe behandeling toegepas word, kan die getal sterftes waarskynlik verminder word (Dental Digest, 1997). Dit is dus duidelik dat die MI-pasiënt so gou as moontlik mediese hulp moet kry. As gevolg van die hartskade bly die hart

onstabiel en kan 'n herhaling van die MI en hartversaking binne die eerste paar dae voorkom. Medici vind dit moeilik om gedurende dië tydperk vir die familie 'n voorspelling ten opsigte van die verloop van die siekte te maak. Dit is dus 'n baie onsekere tydperk, waarin die pasiënt intensief en noukeurig dopgehou moet word. Beide die pasiënt en sy gesin sal noodwendig deur die onsekerheid en wagtydperk geraak word.

## 2.5 Etiologie van miokardiale infarksie

Gedurende die afgelope drie dekades het organisasies soos die American Heart Association, Mayo Foundation for Medical Education and Research, Wêreldgesondheidsorganisasie en die Hartstiging van Suid-Afrika 'n groot hoeveelheid intensiewe navorsing gedoen in 'n poging om die faktore te identifiseer wat dit moontlik sal maak om die voorkoms van KHS akkuraat te voorspel (Bernard & Krupat, 1994; Fullard, 1982; McKibbin, 1994).

Hierdie ondersoek het gelei tot 'n moderne siening van KHS, waarvolgens die etiologie en patogenese van koronêre hartsiekte (KHS) beskou word as 'n multifaktorale proses met 'n komplekse wisselwerking tussen genetiese, fisiologiese, endokrinologiese, psigososiale, kulturele en ander faktore. (Fullard, 1982). Soos reeds gemeld, lewer die biopsigososiale benadering in die gesondheidsielkunde 'n belangrike bydrae tot 'n meer holistiese beskouing van KHS, aangesien, volgens dië model, fisiese, sielkundige en sosiale faktore alles 'n rol speel by gesondheid. Alhoewel KHS hoofsaaklik 'n biologiese siekte is, hou die etiologie van KHS grootliks verband met lewenstyl en gedragsrisikofaktore. As gevolg van die verskillende faktore wat verband hou met KHS, is epidemioloë huiwerig om die woord "oorsaak" te gebruik in die beskrywing van die etiologie van KHS, en verkies hulle die term "risikofaktor" (Schlebusch, 1990).

Gordon en Gibbons (1991) definieer risikofaktore as oorerflike eienskappe, persoonlike gewoontes of gedrag of omgewingsfaktore wat die mens se kans verhoog om sekere siektes te ontwikkel - of indien die siekte reeds teenwoordig is, die moontlikheid verhoog dat die siekte sal progreseer. Dit is belangrik om in gedagte te hou dat risikofaktore *per se* nie die probleem veroorsaak nie, maar wel die waarskynlikheid dat 'n probleem mag ontstaan, beïnvloed.

Verder is dit ook belangrik om te begryp dat net soos wat KHS multifaktoraal van aard is, die invloed van 'n risikofaktor mag verskil na gelang van sowel die spesifieke risikofaktor, as die kombinasie van risikofaktore wat aanwesig is (Heart Foundation, 2000a). Risikofaktore is geneig om op 'n meervoudige wyse in interaksie te tree en 'n individu by wie daar meer as een risikofaktor aanwesig is, is blootgestel aan 'n hoër risiko van KHS (Criqui, 1986; Gordon & Kannel, 1982; Heart Foundation, 2000a; Mayo Foundation 1998, Junie, 22; Mayo Foundation 1998, Desember 15). Volgens Die Hartstigting (2000a) verhoog een risikofaktor die effek van 'n ander; met ander woorde, die effek van twee of drie saam is meer as net die som van hul afsonderlike risiko-effekte. Die begrip "totale risiko" is dus baie belangrik.

Sommige risikofaktore is onomkeerbaar, byvoorbeeld oorerflike faktore, terwyl ander faktore weer meer beheerbaar is en spesifiek betrekking het op 'n persoon se lewenstyl (Mayo Foundation 1998, Junie 22). Die American Heart Association (2000b) definieer risikofaktore as faktore wat gegrond is op mediese navorsing en geassosieer word met 'n beduidende toename in die gevaar van KHS.

Die belangrikste risikofaktore sal vervolgens net kortliks behandel word. Schauder (1984, pp. 6-24) bespreek die risikofaktore in die ontwikkeling van MI volledig. Risikofaktore word verdeel in tradisionele en nie-tradisionele risikofaktore.

### **2.5.1 Tradisionele risikofaktore**

#### **(a) Onbeheerbare risikofaktore**

##### **(i) Ouderdom**

Arteriosklerose is gedeeltelik 'n toestand of siekte van veroudering en begin reeds tydens die kinderjare, maar ontwikkel so stadig dat dit vir baie jare ongemerk bly (Mayo Foundation 1998, Junie 22). Volgens die American Heart Association (2000b) is vier uit elke vyf mense wat aan 'n MI sterf, ouer as 65 jaar.

**(ii) Geslagsverskille**

Volgens Gordon en Gibbons (1991) is vroue voor menopouse minder geneig tot die ontwikkeling van MI as mans. Na menopouse is hulle kanse egter ewe groot as gevolg van die vermindering van die beskermende hormoon estrogeen. Hierdie beskermende voordeel kan egter potensieel verleng word deur hormoonvervangingsterapie (Steffen, Thompson, Gallagher-Thompson & Koin, 1999).

**(iii) Oorerflikheid**

Genetiese kwesbaarheid vir die ontwikkeling van 'n MI bestaan wel, maar wat die verband is, is nog onduidelik (Hippe, Vestbo, Hein, Borch-Johnsen, Jensen & Sorenson, 1999). Bernard en Krupat (1994) wys daarop dat pasiënte met naby familieleden wat KHS voor die ouderdom van 65 jaar ontwikkel, 'n groter kwesbaarheid vir die ontwikkeling van hartsiekte toon.

**(iv) Diabetes mellitus as 'n bydraende risikofaktor**

Die aanwesigheid van diabetes verhoog die risiko vir die ontwikkeling van KHS aansienlik. Meer as 80% mense met diabetes sterf aan die een of ander vorm van hart- of bloedvatsiekte (McKibbin, 1994; Medical Chronical, Februarie 2001).

**(b) Beheerbare risikofaktore**

**(i) Cholesterol**

Bloedcholesterol is ongetwyfeld die bekendste en verstaanbaarste risikofaktor by KHS. In Suid-Afrika ly 4,8 miljoen mense aan hoë bloedcholesterolpeile wat die gevaar dat hulle hartsiekte kan ontwikkel, aansienlik verhoog (Heart Foundation, 2000 a). Namate die bloedcholesterolpeil styg, word die risiko vir die

ontwikkeling van KHS ook groter (Mayo Foundation 1998, Desember 15).

Alhoewel die liggaam 'n sekere hoeveelheid cholesterol nodig het om normaal te funksioneer, het Suid-Afrikaanse navorsers (McKibbin, 1994) bewys dat matig verhoogde cholesterolpeile die risiko vir KHS vergroot. As hoë bloeddruk en die rookgewoonte egter ook aanwesig is, is die risiko vir die ontwikkeling van KHS nog groter (Stoney & Hughes, 1999).

Levine, Keaney, en Vita (1995) is van mening dat verhoogde laedigtheidlipoproteïene- (LDL-) peile die enigste direkte arteriosklerotiese risikofaktor is en dat ander risikofaktore "cholesterol-afhanklik" is.

## **(ii) Hoë bloeddruk**

Hipertensie (onbehandelde bloeddruk) is 'n groot risikofaktor vir die ontwikkeling van KHS en blyk die resultaat te wees van 'n interaksie tussen verskeie faktore. Navorsing het getoon dat daar by sommige van hierdie faktore verskeie gedrags- en sielkundige (bv. stresverwante) aspekte aanwesig is (Johnston, 1994; McKibbin, 1994). Dit is moontlik dat vetsug, gebrek aan oefening en die oormatige inname van sout en alkohol kan bydra tot verhoogde bloeddruk. Dit is egter omkeerbaar.

Hoë bloeddruk verhoog egter nie net die risiko van MI nie, maar kan ook hartversaking, beroerte en ander vaskulêre siektes veroorsaak. Indien hoë bloeddruk tesame met vetsug, rook, hoë bloedcholesterolpeile of diabetes aanwesig is, verhoog dit die risiko vir die ontwikkeling van MI of beroerte aansienlik (Bernard & Krupat, 1994; Brannon & Feist, 1992; Heart Foundation, 2000a; Mayo Foundation 1998, Desember 15).

### **(iii) Rookgewoonte**

Ongeveer 25% tot 30% van alle sterftes weens koronêre hartsiektes word deur die rookgewoonte veroorsaak. Volgens resente statistiek rook een uit elke drie volwasse Suid-Afrikaners, en styg hierdie syfer steeds. Twee en vyftig persent Suid-Afrikaanse mans en 17% vroue rook en kan een uit elke nege sterftes (nasionaal) kan gekoppel word aan die gebruik van tabakprodukte (Heart Foundation, 2000).

Statistiek dui daarop dat rokers se risiko om hartsiekte te ontwikkel twee maal groter as diè van nie-rokers is en dat die risiko weer verdubbel indien die persoon ook aan hoë bloeddruk of hoë cholesterol ly (Heart Foundation, 2000). Volgens Ornish (1990) is sigareetrook die grootste risikofaktor van skielike kardiaale dood en is die risiko wat rokers loop om te sterf, twee tot vier keer hoër as in die geval van nie-rokers.

### **(iv) Gebrek aan oefening**

Die hart, soos enige ander spier, trek voordeel uit oefening. Matige oefening verbrand meer kalorieë en verlaag bloedcholesterol sonder om die hart te ooreis. Oefening help ook met die hantering en beheer van ander hartsiektefaktore soos diabetes, depressie en bloeddruk (Gordon & Gibbons, 1991; King, Taylor, Haskell & DeBusk, 1989; Mayo Foundation 1998, Junie 22).

### **(v) Obesiteit**

In Suid-Afrika word meer as 40% van die bevolking geklassifiseer as oorgewig en is dit van die hoogste syfers in die wêreld (Heart Foundation, 2000). Te veel gewig aan jou liggaam beteken dat jou hart harder moet werk om die bloed na al die weefsel te

pomp en dus gouer kan verswak (Gordon & Gibbons, 1991; Heart Foundation, 2000a). Alhoewel daar volgens McKibbin (1994) slegs 'n indirekte verwantskap bestaan tussen die persentasie vetsug en die ontwikkeling van KHS, kan obesiteit die beheer van diabetes, hipertensie en cholesterolabnormaliteite grootliks kompliseer. Dus word die handhawing van 'n ideale gewig deur oefening en dieet sterk aanbeveel (Heart Foundation, 2000a).

#### **(vi) Dieet**

In kombinasie met fisiese onaktiwiteit, word dieet geassosieer met vyf van die tien belangrikste oorsake van dood, veral in die geval van KHS (Bernard & Krupat, 1994; Brannon & Feist, 1992). Gewigsverlies, oefening en 'n verandering in alkohol- en soutinname blyk baie effektief te wees vir die verlaging van hoë bloeddruk by hipertensielyers (Jeffrey, 1991). Ook hoë bloedcholesterolpeile hou verband met dieet. Dit is juis waarom die Wêreldgesondheidsorganisasie en die Hartstigting van Suid-Afrika sterk aanbeveel dat mense hul dieet moet verander om hul bloedcholesterolpeile te help beheer (Heart Foundation, 2000a).

Samevattend blyk dit dus dat sowel biologiese faktore as sekere lewenstylkeuses kan bydra tot die ontstaan van MI. Hierdie tradisionele risikofaktore is egter net verantwoordelik vir die helfte van miokardiale infarkties wat voorkom (Jenkins, 1988). Dit het dan ook gelei tot 'n ondersoek na nie-tradisionele faktore wat die risiko vir die ontstaan van MI kan verhoog. Ondersoeke fokus hoofsaaklik op psigososiale faktore.

### **2.5.2 Nie-tradisionele risikofaktore**

#### **(a) Psigososiale stres**

Stres word reeds sedert die vroegste tye as deel van die etiologie van KHS beskou en die rol wat dit in die ontwikkeling van KHS speel, is reeds deur verskeie navorsers aangetoon (American Heart Association, 1998; Cohen, Kaplan

& Manuck, 1994; Cooper, 1981; Larsson & Frindlund, 1991; Smith & Gallo, 1994).

Volgens die American Heart Association (1998) is "stres" die term wat gebruik word om die toestand te beskryf wat voortspruit uit 'n persoon se reaksie op fisiese, chemiese, emosionele en omgewingsfaktore. Stres hou verband met sowel fisiese inspanning as geestelike spanning. Die American Heart Association (1998) is van mening dat dit feitlik onmoontlik is om 'n hoë vlak van emosionele of sielkundige stres te definieer. Alle mense beleef stres, maar hulle ervaar dit in verskillende grade en reageer verskillend daarop.

Alhoewel daar heelwat bewyse bestaan van 'n verwantskap tussen die risiko vir die ontwikkeling van KHS en omgewings- en sielkundige faktore, soos werkstres, sosiale isolasie en persoonlikheidseienskappe, is daar min bekend oor die presiese wyse waarop stres bydra tot die ontwikkeling van KHS. Dit is ook nog onbekend of stres as "onafhanklike" risikofaktor optree en of akute en chroniese stres tradisionele risikofaktore beïnvloed (American Heart Association, 1998). Soos reeds genoem, is daar heelwat navorsing op hierdie gebied gedoen, veral in die sewentiger- en tagtigerjare. Sommige van dié navorsing sal vervolgens kortliks bespreek word.

Volgens Glass (1977) is daar veral drie stresfaktore wat 'n invloed op die ontwikkeling van KHS uitoefen, naamlik lewensontevredenheid, kroniese stres en akute stres. Esler (1998) is van mening dat kroniese stresresponse bydra tot die ontwikkeling van KHS, terwyl akute stresresponse as sneller mag dien vir die kliniese manifestering van 'n onderliggende hartsiekte waarvan die lyer onbewus was. Om oorvereenvoudiging en oorveralgemening uit te skakel, sal 'n aantal moontlike bronne van stres vervolgens bespreek word. Dit sluit stres in wat deur beroepseise, lewensituasieveranderinge, traumatiese gebeure en die afwesigheid van sosiale ondersteuning veroorsaak word.



**(i) Beroepstres**

Die literatuur toon aan dat oormatige werksladings en verantwoordelikhede van die belangrikste bronne van stres in die moderne samelewing is. Beroepstres word beskou as 'n chroniese vorm van stres en dui op 'n individu se gevoel dat die eise van sy beroep veelvuldig is, en hy geen beheer daaroor kan uitoefen nie. Elke individu het 'n optimale stresvlak, en sou hierdie vlak oorskry word, lei dit tot 'n daling in produktiwiteit en die deteriorasie van effektiwiteit en gesondheid (Borma, Stansfeld & Marmot, 1998; Healy, 1991; Hallqvist, Diderichsen, Theorell, Reuterwall, & Ahlbom, 1998; Schauder, 1984).

**(ii) Lewensituasieveranderings**

Lewensituasieveranderings hoef nie noodwendig dramaties van aard te wees om stres te veroorsaak nie, maar sluit die veranderings in die alledaagse leefwêreld van die mens in (Twisk, Snel, Kemper & van Mechelen, 1999).

Verskeie studies is in die sewentigerjare onderneem waar navorsers gebruik gemaak het van die "Social Readjustment Rating Scale", 'n meetinstrument wat deur Holmes en Rahe (1967) ontwikkel is, in 'n poging om die verwantskap tussen lewensveranderings en hartsiektes te ondersoek. Navorsers soos Theorell en Rahe (1971) en Syme (1987) het wel 'n positiewe verband tussen lewensverandering en MI gevind. Sowel Byrne (1982) as Twisk et al. (1999) is egter van mening dat lewensgebeure wat lei tot MI nie onafhanklik van die individu se premorbiede gedrag of die individu se interpretasie van die gebeure beskou kan word nie.

**(iii) Traumatiese gebeure**

Daar is talle studies wat bevestig dat MI direk na ernstige akute stres voorgekom het (Cohen et al., 1994; Jordaan, 1994). Lewensgebeure wat

deur die individu as onbeheerbaar beleef word en 'n gevoel van hulpeloosheid tot gevolg het, speel 'n belangrike rol in die etiologie van KHS.

**(iv) Gebrek aan sosiale ondersteuning**

KHS is die siektetoestand wat duidelik verband hou met 'n eensame bestaan ( King, Reis, Porter & Norsen, 1993; Lynch, 1977; Powell, Shaker, Jones, Vaccarino, Thoresen, & Patillo, 1993). Hierdie bevinding word ook ondersteun deur 'n studie wat beskryf is deur Schauder (1984) en waar daar gevind is dat MI aansienlik minder voorkom in twee Pennsilvaniese dorpe, Roseto en Bangor. Die lae voorkoms van KHS in diè dorpe is toegeskryf aan die hegte, patriagale Katolieke samelewing wat daar heers.

Bradford (1981) asook Glass (1983) voer aan dat 'n onbevredigende huweliksverhouding en KHS hand aan hand gaan. Frustrasie binne 'n liefdesverhouding en meer spesifiek irritasie en verwerping deur 'n egmaat, speel 'n belangrike rol. Egskeiding en 'n verlies aan hegte vriendskappe word ook met MI geassosieer (Davies, 1982).

**(b) Sielkundige faktore**

Sielkundige faktore speel 'n belangrike rol by die ontstaan van MI, veral as algemene emosies soos vrees, angs, depressie, hartseer, woede, hulpeloosheid en skuldgevoelens nie doeltreffend deur die individu hanteer (kan) word nie (Versluis, 1986).

**(i) Angs en Depressie**

Angs en depressie is dikwels voorlopers tot die ontstaan van MI (Centre for Cardiovascular Education 1997, Januarie 14; Garrity & Klein, 1975; Ginsparg, 1980; Glassman & Shapiro, 1998; Musselman, Evans & Nemerhoff, 1998). Daar is egter bevind dat beide angs en depressie ook

die resultaat van 'n MI kan wees (Centre for Cardiovascular Education 1997, Januarie 14; Ell & Dunkel-Schetter, 1994; Gordon & Gibbons, 1991; Moser & Dracup, 1996). Jenkins et al. (1980) bestudeer slaapversteurings ('n belangrike simptome van angs en depressie) by KHS-pasiënte en kom tot die gevolgtrekking dat slaapversteurings 'n baie belangrike voorspeller van beide angina pectoris en MI is.

Eaton, 'n kardioloog van die John Hopkins School of Hygiene and Public Health in Baltimore, bevind in sy studie (1981-1995) van 1,551 "gesonde mense" (geen aanduiding van hartsiektes nie) dat die voorkoms van MI vier maal hoër was onder depressiewe respondente as onder respondente wat nie aan depressie gelei het nie. Volgens Eaton sal verdere navorsing oor die biochemiese veranderings wat deur depressie veroorsaak word, antwoorde kan verskaf op dié bevindings. Dit is egter 'n feit dat mense wat aan depressie ly, se harte vinniger klop as normaal, selfs wanneer hulle slaap. Ter aanvulling hierby vind daar ook ander biochemiese veranderings in depressiewe mense plaas; hulle ondervind probleme met die regulering van hartritme wanneer hulle van aktiwiteit verander; hulle toon 'n groter geneigdheid tot hoë bloeddruk; en hulle bloed is geneig om makliker klonte te vorm. Al hierdie faktore lei tot meer stres op die bloedvate en die hart. Alhoewel depressiewe pasiënte sê dat hulle hartseer en slaperig voel, werk hulle streshormone, teenstrydig hiermee, oortyd (Centre for Cardiovascular Education 1997, Januarie 14).

## **(ii) Woede, vyandigheid en aggressie**

Versluis (1986) is van mening dat indien aggressie en vyandigheid nie in die persoonlikheid en optrede van die individu geïntegreer word nie, dit 'n rol mag speel in die etiologie van 'n MI. Psigososiale faktore blyk egter ook 'n bydrae te lewer tot die risiko wat geassosieer word met vyandigheid. Volgens Powell, Shaker, Jones, Vaccarino, Thoresen en Patillo (1993) gaan vyandigheid gepaard met 'n toename in interpersoonlike konflik, asook 'n afname in sosiale ondersteuning op verskeie gebiede, wat die werksomgewing, huwelik en gesin insluit.

Christensen en Smith (1992) is van mening dat individue wat in 'n omgewing leef waar daar 'n gebrek aan ondersteuning is en waar konflik voorkom, geneig is om 'n vyandige wêreldsiening en gedragstyl te handhaaf, wat uiteindelik 'n negatiewe invloed op die pasiënt se gesondheid mag hê. Verder word vyandigheid ook geassosieer met meer tradisionele gedragsrisikofaktore, soos die rookgewoonte, wat deur middel van gedragsmeganismes 'n verwantskap tussen vyandigheid en KHS skep (Christensen & Smith, 1992).

**(c) Tipe A-gedragpatroon**

Soos reeds genoem het Friedman en Rosenman (1959) die tipe A-gedragpatroon beskryf en word diè gedragpatroon geassosieer met hartsiekte (Bennett, 1994; Brannon & Feist, 1992; Kop & Krantz, 1994). Die tipe A-persoon word gekenmerk deur konsensieuse hardwerkendheid wat manifesteer in 'n kompeterende, prestasiegerigte en aggressiewe geneigdheid tot en strewe na 'n verskeidenheid vaag gedefinieerde doelwitte. Om produktief te wees, beteken vir die tipe A-persoon om eiewaarde te hê.

Verder ervaar die tipe A-persoon ook 'n oorweldigende bewustheid van tydsdrukte, wat beteken dat take dringend en vinnig afgehandel word. Laastens lei hierdie persoonlikheidsoriëntasie ook tot gebrekkige interpersoonlike verhoudings, aangesien 'n gevoel van deernis jeens ander ontbreek en vyandigheid dikwels voorkom. Die energie van die tipe A-persoon word meestal bestee aan selfgesentreerde doelstellings. Daar bestaan ook 'n baie sterk behoefte om ten alle koste in beheer van elke situasie te wees. Dit is duidelik dat die tipe A-persoonlikheid aan baie stres onderworpe is omdat hy hoë eise aan homself stel. Bernard en Krupat (1995) is van mening dat die algemene negatiewe emosionele ingesteldheid van die tipe A-persoon, wat gekenmerk word deur eienskappe soos woede en vyandigheid, 'n sterker verwantskap met KHS toon as die kompeterende, prestasiegeoriënteerde en ongeduldige eienskappe in sy persoonlikheidsoriëntasie.

Volgens Jordaan (1994) bestaan die vermoede dat die tipe A-persoonlikheid tot die ontwikkeling van KHS bydra vanweë die effek van simpatiese en kardiovaskulêre interaksie asook die aktivering van neuroendokriene response. Talle studies bevestig dat individue met tipe A-persoonlikhede groter episodiese stygings in bloeddruk, hartspoed en katecholamienvlakke het wanneer hulle aan stressituasies blootgestel word. Daar is ook volgens Jordaan (1994) heelwat bewyse dat simpatiese aktivering tydens gedragsresponse tot die ontwikkeling van arteriosklerose en KHS bydra.

Die verband wat daar tussen tipe A-gedrag en die ontwikkeling van KHS bestaan, is reeds in 1966 deur Rosenman en sy medewerkers aangetoon. Jordaan (1994) is egter van mening dat ten spyte van positiewe assosiasies tussen die tipe A-persoonlikheid en KHS, 'n direkte oorsaaklike verband nie hieruit afgelei kan word nie. Die moontlikheid bestaan dat ander onderliggende faktore soos genetiese predisposisie of omgewingsfaktore terselfdertyd tot beide gedrag (byvoorbeeld, aggressie) en die siekteproses aanleiding kan gee.

### **2.5.3 Risikofaktore in perspektief**

Uit die voorafgaande bespreking is dit duidelik dat daar verskeie risikofaktore is wat kan bydra tot die ontwikkeling van 'n MI, waarvan geen enkele faktor die alleenoorsaak blyk te wees nie. Hierdie feit kan tot onsekerheid by die pasiënt en sy egmaat lei omdat die "hoekom?" nie duidelik beantwoord kan word nie. Die implikasie is dat beide die pasiënt en sy egmaat, uit die aard van hulle menswees, hulle eie redes sal soek en aanvoer om die MI te verklaar (Rudy, 1980). Die kompleksiteit van interaksie tussen biologiese en psigiese faktore, wat grootliks nog onbekend is, bemoeilik die taak aansienlik. Dit blyk egter dat sekere faktore soos hoë bloeddruk, cholesterol, rook en sielkundige stres as oorsaaklik beskryf kan word.

Ongeveer 50% van pasiënte met 'n eerste MI oorleef wel die akute insident (Bernard & Krupat, 1995). Volgens Powell en Thoreson (1988) word die postmiokardiale

infarksiëpasiënt gekenmerk deur 'n geweldige bewustheid van die gevaar van die tradisionele risikofaktore. Groter bewustheid van die emosionele en sielkundige stressore, soos menseverhoudings en gejaagdheid, kom ook voor en word 'n prominente deel van die leefwêreld van die pasiënt.

Alhoewel dit verblydend is dat daar onder post-MI-pasiënte 'n verhoogde bewustheid bestaan van die gevare van die tradisionele risikofaktore, is dit egter van sosiale en ekonomiese belang vir Suid-Afrika dat die "gesonde" Suid-Afrikaner bereik en ingelig word oor dië gevare ten einde mense meer bewus te maak van die belangrikheid van 'n gesonder lewenstyl. Alhoewel Suid-Afrikaners nie altyd konsensieus omtrent hulle gesondheid is nie, wil dit voorkom asof hulle meer gesondheidsbewus raak, danksy pogings deur verenigings soos die Hartstigting van Suid-Afrika. Dit is egter 'n feit dat daar nie tans veel gedoen kan word aan die Suid-Afrikaner se genetiese predisposisie tot die ontwikkeling van KHS nie, aangesien baie navorsing op die gebied van genetika nog tot die laboratorium beperk is (Mayo Foundation 1996, Februarie 14). Wat wel gedoen kan word, is om die Suid-Afrikaner bewus te maak van die risikofaktore, en die belangrikheid van 'n afname in die meer beheerbare risikofaktore, ten einde die gevaar van die ontwikkeling van KHS beduidend te verminder (Medical Chronicle, Februarie 2001a; Sobel 2000, April 2).

Om Suid-Afrikaners in te lig oor die risikofaktore is een ding; om hulle te motiveer om 'n destruktiewe lewenstyl te verander, is egter heelwat moeiliker. Volgens Brannon en Feist (1992) gaan mislukking met die aanvaarding en handhawing van 'n gesonde lewenstyl nie gepaard met gebrekkige kennis of swak gesondheidsdienste nie. Ongesonde lewenstyle word dikwels verklaar aan die hand van sielkundige faktore soos weerstand teen verandering, ontkenning, of die geloof dat ernstige siektes soos 'n hartaanval net met ander gebeur.

Die afgelope paar jaar was talle Suid-Afrikaners egter genoodsaak om dramatiese lewensituasieveranderinge te maak, ondanks weerstand teen verandering en ontkenning, en word hulle gebombardeer met lewensgebeure wat as onbeheerbaar beleef word. Die veranderende politieke en ekonomiese omstandighede in Suid-Afrika, met die gepaardgaande hoë vlak van misdaad, mag by talle Suid-Afrikaners die gevoel laat ontstaan dat hulle beheer verloor het oor hulle lewensomstandighede en gebeure en dat hulle slagoffers geword het van misdaad en werkloosheid. Nie net sit talle Suid-

Afrikaners sonder werk as gevolg van veranderings in beroepsbeleid nie, maar baie Suid-Afrikaners bevind hulle ook in beroepsituasies waar hulle die eise wat aan hulle gestel word, as bo hulle vermoë beleef. Hierdie hoë stresvlakke wat Suid-Afrikaners tans beleef, mag nie net 'n bydrae lewer tot die verhoogde voorkoms van MI nie, maar sal waarskynlik ook 'n belemmerende invloed op die herstel en aanpassing van die MI-pasiënt hê.

Tradisionele risikofaktore soos die rookgewoonte, hoë bloeddruk, cholesterol, tipe A-gedrag, fisiese onaktiwiteit en so meer moet nie as geïsoleerde faktore beskou word nie. Hierdie faktore is geïntegreer in die lewenstyl en persoonlikheid van die individu, en is dikwels die antwoord op 'n stresvolle bestaan waar 'n samevloei van omstandighede in die omgewing tot uiterste en kritiese stresvlakke gelei het (Larsson & Frindlund, 1991).

## **2.6 Mediese intervensie**

### **2.6.1 Die diagnose van koronêre hartsiekte**

Suid-Afrika beskik oor diagnostiese hulpmiddels en behandeling wat strek vanaf die eenvoudige gebruik van hande tot hoogs ontwikkelde prosedures wat in 'n noodgeval 'n lewe kan red. Mediese behandeling is hoofsaaklik daarop gerig om die pasiënt oor die lang termyn terug te voer na 'n gelukkige en miskien selfs beter lewe as wat hy geken het voordat die siekte toegeslaan het. Naas kliniese waarnemings en gebruikelike spreekkamerondersoeke, bestaan daar ook verfynde, gevorderde en doeltreffende tegnologiese ondersoekmetodes wat die siekte tot in die fynste besonderhede kan blootlê.

#### **2.6.1.1 Die elektrokardiogram (EKG)**

Die elektrokardiogram (EKG) is 'n baie belangrike hulpmiddel by die diagnosering van hartsiektes (Anderson, 1980; Brink, 1982; Cardiology Patient Guide, 1997; The Journal of the American Medical Association, 1999). Prikkelvorming en die geleiding van 'n prikkel word die beste met behulp van hierdie instrument bestudeer. Die elektrokardiogram is besonder waardevol aangesien dit verskillende vorms van onvoldoende bloedvoorsiening na die hart kan aantoon.

Nie net is dit moontlik om met behulp van hierdie instrument miokardiale iskemie (ontoereikende bloedvoorsiening) te diagnoseer nie, maar werklike hartspierskade of hartspierafsterwe - miokardiale infarksie (MI) – kan ook gediagnoseer word. Die elektrokardiogram is onontbeerlik vir sowel diagnose as die opvolgwaarneming van pasiënte wat koronêre hartsiekte het, veral in die tydperk direk na die MI. Die EKG is en bly die belangrikste enkele ondersoek om 'n MI te bevestig en die aard van die behandeling te bepaal (The Journal of the American Medical Association, 1999).

#### **2.6.1.2 Strestoets**

Indien die EKG normaal is, mag die geneesheer besluit om 'n inspanningselektrokardiogram te doen, aangesien sekere afwykings meer as gewoonlik deur so 'n strestoets uitgelok word. Oefening wat bestaan uit die ritmiese kontraksies van die bene se spiergroepe, soos draf op 'n trapmeul, fietsry op 'n statiese fiets (ergometer) of trappe klim, word gebruik. In Suid-Afrika word 'n trapmeul meer algemeen gebruik (Gordon & Gibbons, 1991). In al hierdie toetse word die oefenlas vooraf bepaal. Die moeilikheidsgraad en lengte van die toets word bepaal volgens die pasiënt se fisiese toestand en die spesifieke toetsontwerp wat deur die geneesheer gebruik word (Mayo Foundation 1994, November).

Strestoetse wat algemeen gebruik word, is die dubbeltrapinspanningstoets (Master-toets) en gegradeerde oefening, waar die pasiënt onderwerp word aan oefening op 'n trapmeul of fiets. Laasgenoemde toets is meer betroubaar as die Master-toets en skep die geleentheid om bloeddruk, polstempo en aritmieë gedurende inspanning te monitor, iets wat nie moontlik is met die Master-toets nie.

Indien daar reeds bewyse van iskemie (ontoereikende bloedvoorsiening na die hart) op die rustende EKG is, sal die geneesheer dit waarskynlik onnodig ag om 'n strestoets te doen, veral as daar vermoed word dat hartspierskade reeds plaasgevind het of waar daar betekenisvolle versteuring in die hartritme voorkom (Gordon & Gibbons, 1991).



### **2.6.1.3 Radioaktiewe tegnieke**

'n Radio-isotoop en gammakamera word ook dikwels by die diagnose van KHS gebruik om aan te dui wat die moontlike of verwagte verloop van die siekte kan wees, watter behandeling toegedien moet word, en hoe die pasiënt reageer op die behandeling. Die grootste voordeel van die apparaat lê in die feit dat die hart en sy bloedvoorsiening ondersoek kan word sonder om die liggaam van die pasiënt met instrumente binne te dring. Dit is egter 'n duur metode, vereis kundige personeel en word slegs in goed ontwikkelde harteenhede gebruik (Gordon & Gibbons, 1991).

### **2.6.1.4 Bloedtoetse**

Die neem van bloed ter bepaling van die bloedvetpeile is 'n algemene diagnostiese hulpmetode. Dit is gebruiklik om cholesterolpeile te bepaal, maar ander fraksies van bloedvette soos hoëdigtheidlipoproteïene (HDL) en laedigheidlipoproteïene (LDL) word ook bestudeer.

Waar MI vermoed word, kan 'n bloedbesinkingspoedbepaling of ensiembepaling gedoen word. Na 'n infarksie styg sekere ensieme (CPK en AST) in die bloedsisteem, wat vrygelaat word deur die beskadigde hartspierselle. Die hoeveelheid van dië ensieme kan ook 'n aanduiding gee van hoe groot die spierskade is. Dit gebeur egter ook dat ensiembepalings soms vals bevindings gee, wat misleidend kan wees (Gordon & Gibbons, 1991).

### **2.6.1.5 Koronêre angiografie**

Deur gebruik te maak van 'n koronêre angiogram kan finale en presiese antwoorde (gewoonlik) bekom word oor die toestand van die kroonslagaar. Dit is egter 'n meer ingrypende ondersoek omdat die liggaam binnegedring word met meetinstrumente. Die prosedure behels karterisasie en die inspuit van kontras materiaal (wat deursigtig is vir X-strale) in die kroonslagare van die pasiënt. Hierdie soort ondersoek word egter slegs voorgestel wanneer dit

noodsaaklik is om sekerheid te verkry oor 'n diagnose, die persoon baie strawwe simptome het of angioplastie of 'n vatomleidingsoperasie oorweeg word. Koronêre angiografie is 'n baie veilige prosedure en die mortaliteitsrisiko is minder as 0,2% (Gordon & Gibbons, 1991).

Daar bestaan vandag doeltreffende behandelingsmetodes wat ná 'n korrekte diagnose die lewenskwaliteit oneindig kan verbeter, die lewenspan kan verleng en in kritieke omstandighede selfs die lewe van 'n pasiënt kan red. Dië behandelingsmetodes word vervolgens kortliks bespreek.

## **2.6.2 Die behandeling van koronêre hartsiekte**

Daar is basies drie wyses waarop KHS behandel kan word: deur middel van medikasie, van koronêre vatomleidingsoperasies en van perkutane koronêre angioplastie (PKKA) (Cardiology Patient Guide, 1997; Gordon & Gibbons, 1991) Pasiënte word ook oor die algemeen aangemoedig om by 'n kardiaal-rehabilitasieprogram in te skakel.

### **2.6.2.1 Farmakoterapie**

Nitrate, betablokkeerders, kalsiumantagoniste en antistolmiddels is medikasie wat dikwels aan hartpasiënte voorgeskryf word. Alhoewel newe-effekte soos hoofpyn, 'n daling in bloeddruk en verlaging in libido dikwels voorkom, is sulke medikasie belangrik by die beheer en behandeling van KHS (Gordon & Gibbons, 1991; Mayo Foundation 1998, Maart 31).

Nitrate word algemeen gebruik om 'n akute aanval van angina pectoris te verlig. Dit is beskikbaar in die vorm van nitroglycerien, 'n pil wat onder die tong geplaas word. Dit kan ook gebruik word om pyn af te weer in omstandighede waar pyn te wagte kan wees. Die gebruik van vasodilatore en Digitalis word as doeltreffende medikasie vir die behandeling van 'n MI beskou.

"Betablokkeerders" is 'n algemene benaming vir 'n baie waardevolle reeks middels. Dit beskik oor die vermoë om die hart se werklas te verminder deur die

hartspoed en bloeddruk te verlaag en 'n direkte metaboliese uitwerking op die hartspier uit te oefen.

Kalsiumantagoniste is die teenpool van Betablokkeerders en bevorder die bloedvloei na die hartspier. Hierdie medikasie word algemeen vir die behandeling van angina pectoris en hartritmestoornisse gebruik. Die uitwerking van die middels is toe te skryf aan hul invloed op die kalkinhoud, wat van deurslaggewende belang is vir die sametrekking van spiere.

Antistolmiddels soos aspirien word dikwels daaglik deur hart pasiënte gebruik. Hierdie tipe middels verminder die liggaam se vermoë tot die vorming van trombose (bloedklonte) (Mayo Foundation 1998, Maart 31). Ondanks die gebruik van bogenoemde en ander middels, kan angina pectoris so vererger en toeneem dat angioplastie of 'n vatomleidingsoperasie gedoen moet word (Mayo Foundation 1998, Desember 11).

#### **2.6.2.2 Koronêre angioplastie**

Volgens Gordon & Gibbons (1991) word ongeveer 39% van pasiënte na 'n angiografie vir koronêre angioplastie verwys. Angioplastie is 'n gespesialiseerde vorm van kardiaal karterisasie en kan in geselekteerde pasiënte resultate lewer wat goed vergelykbaar is met 'n vatomleidingsoperasie (Mayo Foundation 1998, Desember 11). Hierdie prosedure word gevolg waar daar vernouings in die kroonslagare van die hart is. Dit word vandag baie algemeen toegepas en die prosedure is meer as 90% suksesvol (Gordon & Gibbons, 1991). Tydens die prosedure word die kroonslagaar met 'n spesiale kateter binnegedring. Die kateter het 'n ballon aan die punt. Die ballon word opgeblaas om sodoende die vernouing in die aar plat te druk en die arterie wyer te maak. Die mortaliteitsrisiko verbonde aan hierdie prosedure is 2% of minder (Mayo Foundation 1998, Desember 11).

By ongeveer 'n derde tot die helfte van gevalle waar angioplastieprosedures suksesvol toegepas is, ontstaan daar egter later weer vernouings in dieselfde area. In sulke gevalle sal die inplanting van 'n koronêre stent oorweeg moet

word. 'n Koronêre stent is 'n klein, gegleufde, vlekvrystaalbuisie wat geheg word aan 'n ballon kateter. Dieselfde prosedure word gevolg as met die ballonangioplastie. Nadat die ballon egter verwyder is, bly die stent agter om sodoende die aar oop te hou. Die stent is 'n permanente implanting wat in die aar bly (Mayo Foundation 1998, Desember 11).

### **2.6.2.3 Koronêrevatomleiding**

Indien 'n obstruksie nie verwyder kan word nie of ernstige koronêre arteriosklerose aanwesig is, word 'n vatomleidingsoperasie aanbeveel. Volgens Gordon & Gibbons (1991) is ongeveer 28% pasiënte geskik vir dië prosedure. Die doel van die operasie is om bloed te voorsien aan die gedeelte van die hart wat te min bloed ontvang om borskaspyn te verlig, die mortaliteitsrisiko te verminder en die kwaliteit van lewe te verbeter. Dit word gedoen deur die verwydering van 'n aar, gewoonlik uit die binnebeen maar soms ook uit die bors. 'n Kanaal om bloed te vervoer, word gemaak tussen die aorta en 'n plek in die kroonslagaaar, net verby die obstruksie. Die are wat vir dië prosedure gebruik word, is nie hoofare nie en behoort nie die pasiënt se bloedsomloop te belemmer nie (Elliott et al., 1994).

Nuwe tegnologie en operasietegnieke maak "mini"-vatomleidingsoperasies by uitgesoekte pasiënte, nou moontlik. Klein insnydings word in die borskas van die pasiënt gemaak waardeur die kardioloog met behulp van 'n kamera werk. Hierdie prosedure word uitgevoer sonder om die pasiënt se hartklop te stop, wat die gebruik van 'n hart-longmasjien uitskakel. Alhoewel die prosedure nog betreklik nuut is ( $\pm$  5 jaar) en min langtermynresultate tot nog toe beskikbaar is, is dit duidelik dat dit heelwat voordele inhou. Nie net verkort dit die verblyftyd van die pasiënt in die hospitaal nie (2-3 dae), maar dit verminder ook operasietrauma en pyn, en verkort die hersteltyd van die pasiënt aansienlik (Mayo Foundation 1996, Augustus 13).

Alhoewel vatomleiding deesdae as 'n roetine-operasie uitgevoer word, is die impak daarvan op die liggaam baie traumaties en beïnvloed dit dikwels ook die sielkundige funksionering van die pasiënt. Angstigheid, gevoelens van depressie,

tranerigheid en 'n algemene gevoel van moegheid is dikwels aanwesig. Die sielkundige funksionering van die MI-pasiënt sal egter in die volgende hoofstuk meer breedvoerig bespreek word.

'n Omleidingsoperasie verwyder egter nie die onderliggende hartsiekte nie. Die pasiënt se eie kroonslagare bly daar, en gevolglik kan die pasiënt weer 'n MI kry. Daar word dus van die pasiënt verwag om na die operasie al die ander aanbevelings oor 'n gesonder lewenswyse na te kom en die risikofaktore wat KHS vererger, te vermy (Mayo Foundation 1994, Mei).

Alhoewel daar heelwat vordering gemaak is op die gebied van genetiese navorsing in verband met die behandeling van arteriosklerose, is dié navorsing nog grotendeels eksperimenteel van aard. Soos reeds genoem, vind daar dikwels na 'n angioplastie weer vernouings in die are plaas (restenose) en is 'n vatomleidingsoperasie dikwels die enigste ander opsie. Genetiese navorsing wat fokus op selgroei wat tot restenose lei, asook die wyse waarop genetiese materiaal na selwande oorgedra kan word, word tans onderneem. Aangesien arteriosklerose 'n multi-faktorale, multi-genetiese siekte is, word navorsing gerig op veelvoudige gene en poog navorsers om sekere gene wat in die "siek" aarwande aanwesig is "af te skakel". Alhoewel hierdie eksperimente tans beperk is tot laboratoriumdiere, bied dit hoop vir die toekomstige behandeling van arteriosklerose (Mayo Foundation 1996, Februarie 14).

Die suksesvolle diagnose en behandeling van die pasiënt se hartsiekte is egter net die begin van sy lewenslange betrokkenheid by sy hartsiekte, en moet hy nou nuwe wyses vind om sy siekte te hanteer en daarby aan te pas. Kardiale rehabilitasie bied die hartpasiënt dikwels weer die geleentheid om 'n genotvolle, produktiewe lewe te lei.

## 2.7 Kardiaale rehabilitasie

Die Wêreldgesondheidsorganisasie definieer hartrehabilitasie as:

*“the sum of activity required to ensure cardiac patients the best possible physical, mental and social conditions so that they may, by their own efforts, regain as normal as possible a place in the community and lead an active life”* (WHO, 1958, p.4).

Volgens Dracup (1994) is die doel met alle kardiaale-rehabilitasieprogramme om die pasiënt se terugkeer na 'n genotvolle, produktiewe lewe te verseker. Aangesien sulke pasiënte 'n progressiewe, kroniese siekte het, is die doelwit nie genesing nie, maar wel die verbetering van funksionering. Dit word bereik deur die verligting van fisiese simptome, 'n verlaging van die ernstigheidsgraad van die siekte, asook 'n vertraging in die progressie daarvan.

Volgens verskeie navorsers (Anderson, 1980; Dracup, 1994; Mayo Foundation 1998, Maart 31) begin rehabilitasie reeds in die hospitaal, sodra die persoon 'n "pasiënt" word. Dit is egter eers na ontslag dat die pasiënt werklik tot die besef kom van wat met hom gebeur het en talle probleme hom in die gesig staar. Nie net moet hy poog om fisies te herstel nie, maar hy moet ook dikwels veranderings en aanpassing op verskeie gebiede van sy lewe maak – gebiede soos sy beroep, ekonomiese omstandighede, gesinsverhoudings, seksuele verhoudings, rekreasie (ontspanningsatiewe) en persoonlike gewoontes soos rook, dieet, gewigsbeheer, oefening, alkoholverbruik en ander aspekte van sy lewenstyl (Dracup, 1994).

Volgens Fullard (1990) moet kardiaale rehabilitasie 'n leeromgewing wees waarin hartpasiënte nuwe gedrag kan aanleer en wat bestaan uit fisiese, sosiale en psigiese aspekte. Vir Todd, Wosornu, Stewart & Wild (1992) sluit kardiaale rehabilitasie die volgende in: (a) die hantering van die aanpassing by veranderde lewenspatrone - ook die verandering van lewenstruktuur en (b) die ontwikkeling van bevoegdhede by die pasiënt, wat hom in staat sal stel om die toekoms aan te pak eerder as om die verlede te probeer herwin. Bevoegdhede is dan per definisie 'n stel persoonlike eienskappe (insluitende kennis, vaardighede en houdings) wat die pasiënt in staat sal stel om beheer oor sy situasie te verkry.

Uit voorafgaande is dit duidelik dat daar verskeie faktore van belang is en wat aandag moet geniet in kardiaale rehabilitasie. Verskeie navorsers is egter van mening dat die emosionele aanpassing van die pasiënt steeds een van die belangrikste faktore is, aangesien die emosionele reaksies van die pasiënt 'n belangrike beperkende faktor op die pad na volkome rehabilitasie mag wees (Brink, 1982; Byrne, 1982; Denollet, Sys & Brutsaert, 1995; Doehrmann, 1977; Erdman, 1981; Moser & Dracup, 1996; Sullivan et al., 1999).

Volgens Thompson (1995) word kardiaale rehabilitasie om die volgende redes gedoen:

- Dit verbeter die lewenskwaliteit van die pasiënt.
- Hartrehabilitasiepasiënte toon 'n afname in mortaliteit teenoor nie-deelnemende pasiënte.
- Dit modifiseer risikofaktore vir koronêre hartsiekte:
  - verbeter fiksheid,
  - verlaag cholesterolpeile,
  - help met gewigsverlies en
  - verbeter sielkundige welstand.
- Dis 'n aanvaarbare metode van behandeling vir hartpasiënte wêreldwyd.

Thompson (1995) is van mening dat 'n kardiaale rehabilitasie program die volgende behoort in te sluit:

- Gereelde mediese ondersoeke.
- 'n Gestruktureerde oefenprogram met toesig wat gebaseer word op die resultate van 'n fiksheidstoets.
- Voorligting rakende:
  - stres en streshantering
  - seksuele probleme
  - ontspanningstegnieke

- simptome en medikasie
- risikofaktore
- dieet
- Kardiopulmonêre Resussitasie.

Kardiale rehabilitasieprogramme kan aansienlik verskil van die een instansie tot die volgende, maar gewoonlik word bogenoemde of 'n kombinasie daarvan by die program ingesluit. Wat egter van groot belang is, is dat 'n kardiale rehabilitasieprogram nie slegs gerig moet wees op die fisiese rehabilitasie van die pasiënt nie, maar dat daar ook omgesien moet word na die sielkundige implikasies van die siekte (Ewart & Fritzgerald, 1994). Alhoewel die waarde van die sielkundige en die belangrikheid van sielkundige intervensies in kardiale rehabilitasie reeds lank erkenning geniet, word sielkundiges baie selde by formele rehabilitasieprogramme betrek (American Psychological Association, 1997).

Verder is dit ook uit bogenoemde duidelik dat huweliksberaad *per se* nie as deel van 'n kardiale rehabilitasieprogram beskou word nie. Die navorser beskou dit as 'n groot leemte in kardiale rehabilitasie, aangesien die verhouding tussen man en vrou meer is as net bloot die seksuele, waaraan daar tans aandag geskenk word. Alhoewel die pasiënt se verhouding met sy egmaat 'n belangrike rol speel in die proses van rehabilitasie, word die egmaat selde by die program betrek (Nolan & Nolan, 1998).

'n Nuwe perspektief op kardiale rehabilitasie behels 'n meer individuele benadering, waar programme aangepas word volgens die individuele en kulturele behoeftes van die pasiënt en sy gesin (National Heart Foundation of Australia 1999, Januarie; Nelson, Baer & Cleveland, 1998; Nolan & Nolan, 1998). Volgens Nolan et al. (1998) moet die dokter, 'n lid van die rehabilitasiespan en die pasiënt, betrokke wees by die beplanning van die rehabilitasieprogram om te verseker dat die toepaslike rehabilitasiedienste wat aan die behoeftes van die pasiënt en die gesin sal voldoen, beskikbaar is. Gesinslede, en veral die egmaat, word aangemoedig om deel te neem aan elke fase van die rehabilitasieproses. Belangrik in hierdie benadering is die siening dat rehabilitasiedoelstellings sinvol/betekenisvol moet wees vir die individuele pasiënt en die gesin en nie gerig moet wees op wat deur professionele persone as belangrik beskou word nie.



Die navorser is van mening dat hierdie benadering tot kardiaal rehabilitasie 'n stap in die regte rigting is. Vir die eerste keer word daar ag geslaan op die behoeftes van die pasiënt en werklik erkenning gegee aan die belangrikheid van die gesin, en veral die egmaat, in die rehabilitasieproses. Of die implementering en doelstellings van die program haalbaar is, sal slegs die tyd ons leer.

## 2.8 Samevatting

Uit die voorafgaande bespreking is dit duidelik dat MI 'n baie komplekse siektetoestand is. Vir die sielkundige om 'n betekenisvolle bydrae te kan lewer tot die voorkoming en behandeling van, en aanpassing by, die siektetoestand, moet die individu deeglik ingelig wees oor die aard van die siektetoestand.

Aangesien die siektetoestand 'n produk van ons geïndustrialiseerde samelewing blyk te wees, is ons verplig om te soek na wyses waarop ons ons omgewing en lewenstyl kan verander. Dit wil egter voorkom asof ons gekonfronteer word met 'n probleem wat homself nie leen tot eenvoudige identifikasie en oplossings nie. Dié wat hoop op 'n enkele biologiese merker, een bloedtoetsresultaat, of die een of ander goedkoop prosedure om dié wat kwesbaar is vir die ontwikkeling van KHS uit te wys, het nie 'n goeie begrip van die vyand, wat ons self blyk te wees, nie. As dit dus ons lewenstyl is wat ons verdoem, moet ons wyses vind om te verander lank voor ons gekonfronteer word met die angiogram, koronêre eenhede, en vatomleidingsoperasies, alles wat ons, teen groot onkoste, 'n vals sin van sekuriteit gee terwyl ons voortgaan om persoonlike verantwoordelikheid te vermy. Soos reeds genoem, gaan mislukking in die aanvaarding en handhawing van 'n gesonde lewenstyl nie gepaard met gebrekkige kennis omtrent wat 'n gesonde lewenstyl behels, of swak gesondheidsdienste nie, maar gaan dit eerder gepaard met faktore soos weerstand teen verandering, ontkenning, of die geloof dat ernstige siektes soos 'n hartaanval net met ander gebeur. Alhoewel laasgenoemde sielkundige faktore gesondheidswerkers se poging om voorkomend op te tree, aansienlik bemoelijk, blyk huidige Suid-Afrikaners tog meer gesondheidsbewus te wees. Hierdie bewustheid, of dit nou 'n modegier is al dan nie, behoort 'n positiewe bydrae te lewer tot 'n afname in die voorkoms van KHS.

Die Wêreldgesondheidsorganisasie (WGO) se onlangse bekendstelling van hulle voorlopige bevindings na aanleiding van hulle grootste en langste studie oor kardiovaskulêre siektes (die Monica-projek), mag gesondheidswerkers se poging om 'n gesonde lewenstyl aan te moedig, beïnvloed. Volgens die WGO se bevindings is daar 'n wêreldwye afname in die voorkoms van hartsiektes onder die meeste bevolkingsgroepe. Hulle volgende bevinding is egter minder positief - hulle kon geen beduidende verwantskap vind tussen risikofaktore soos rook, hoë bloeddruk, cholesterol en hartsiektes nie.

Baie kritiek word egter oor hierdie studie uitgespreek. Professor Lionel Opie, direkteur van die Cape Heart Centre aan die Universiteit van Kaapstad is van mening dat die Monica-projek misleidend is, en hy kritiseer veral die navoringsontwerp wat gebruik is. Volgens hom is daar te veel wetenskaplike studies wat sonder twyfel daarop dui dat verandering in lewenstyl help om die risiko van 'n hartaanval te verminder. Professor Pravin Manga, hoof van die Departement Kardiologie aan die Universiteit van die Witwatersrand stem volmondig met hom saam en is van mening dat die wêreldwye afname in die sterftesyfer as gevolg van KHS die beste verklaar kan word aan die hand van die gesamentlike bydrae van risikobeheer en die moderne behandeling van KHS. Professor Opie wys egter ook daarop dat as gevolg van die groot genetiese verskille tussen individue en onbekende faktore of risikofaktore wat nog nie ten volle begryp word nie, selfs nie eens 'n ideale lewenstyl 'n waarborg kan bied teen 'n hartaanval nie ("The Star", 12 Oktober 1998).

Waar 'n persoon egter alreeds 'n MI gehad het, veroorsaak dit veranderings in die individu en die gesin se lewensituasie. Beide die pasiënt en die gesin moet nou 'n nuwe lewe konstrueer wat, alhoewel dit deur die MI "veroorzaak" is, gegrond moet word op 'n komplekse stel sosiale en sielkundige elemente wat ongekende eise aan hulle stel. Die pasiënt se aanpassing by 'n nuwe lewenstyl word veral as baie stresvol deur die gesin beleef. Laasgenoemde mag dikwels aanleiding gee tot huweliks- en gesinskonflik en die pasiënt se herstel en aanpassing by sy MI negatief beïnvloed. In die volgende hoofstuk fokus die navorser op die impak van MI op die pasiënt en die faktore van belang in die aanpassingsproses.

## HOOFSTUK 3

### DIE MIOKARDIALE-INFARKSIEPASIËNT: DIE IMPAK EN AANPASSING

#### 3.1 Inleiding

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

#### 3.2 Fisiese impak van en aanpassing by 'n MI

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **3.3 Emosionele/sielkundige impak van MI**

#### **3.3.1 Angs**

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

#### **3.3.2 Depressie**

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

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

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

### **3.3.3 Ontkenning**

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

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

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

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

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

#### **3.3.4 Selfbeeld en eiewaarde**

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



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

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

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

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

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

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

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

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

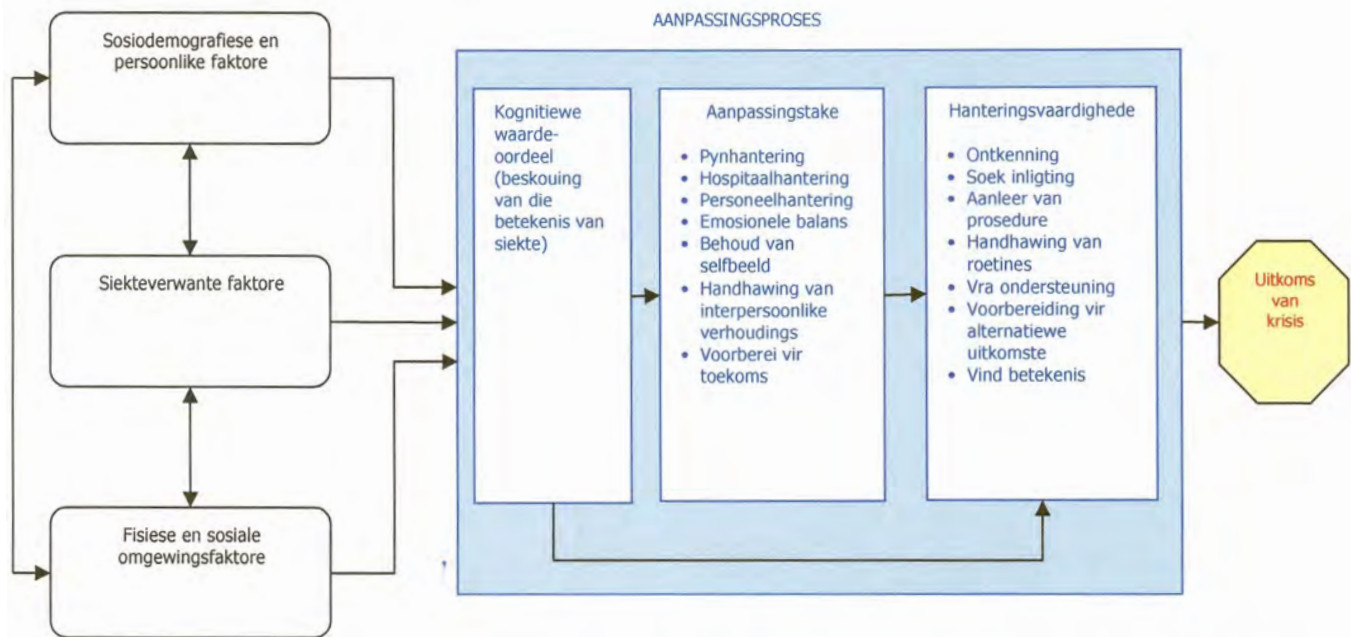
#### **3.4.1 Moos (1977) se krisismodel**

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

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

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

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



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

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

### 3.4.1.1 Faktore wat die impak en aanpassingsproses beïnvloed

#### (a) Sosiodemografiese en persoonlike faktore

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

#### (b) Siekteverwante faktore

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

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

**(c) Fisiese en sosiale omgewingsfaktore**

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

**3.4.1.2 Belangrike aanpassingstake**

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

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

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

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

### **3.4.1.3 Belangrike hanteringsmeganismes**

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

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

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

#### **3.4.1.4 Kognitiewe waardeoordeel**

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



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

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

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

#### **3.4.2.1 Kwaliteit van lewe**

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

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

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

#### **3.4.2.2 Die emosionele respons op 'n kroniese siektetoestand**

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

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

#### **3.4.2.3 Die hantering van 'n kroniese siekte**

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

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

#### **3.4.2.3.1 Hanteringstrategieë en kroniese siektes**

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

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

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

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

### **3.4.2.3.2 Pasiënte se oortuigings omtrent hulle siektetoestand**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### **3.4.2.4 Rehabilitasie en kroniese siektes**

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

##### **3.4.2.4.1 Fisiese probleme wat verband hou met kroniese siektes**

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

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

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

#### **3.4.2.4.2 Beroepsaangeleenthede en kroniese siektes**

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

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

#### **3.4.2.4.3 Sosiale-interaksieprobleme en kroniese siektes**

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

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

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

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

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

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

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



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

#### **3.4.2.4.4 Persoonlike aangeleenthede en kroniese siektes**

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

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

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

**(a) Die fisiese self**

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

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

**(b) Die prestasiegerigte self**

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

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

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

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

**(c) Die sosiale self**

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

#### **(d) Die privaat self/Die eie-ek**

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

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

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

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

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

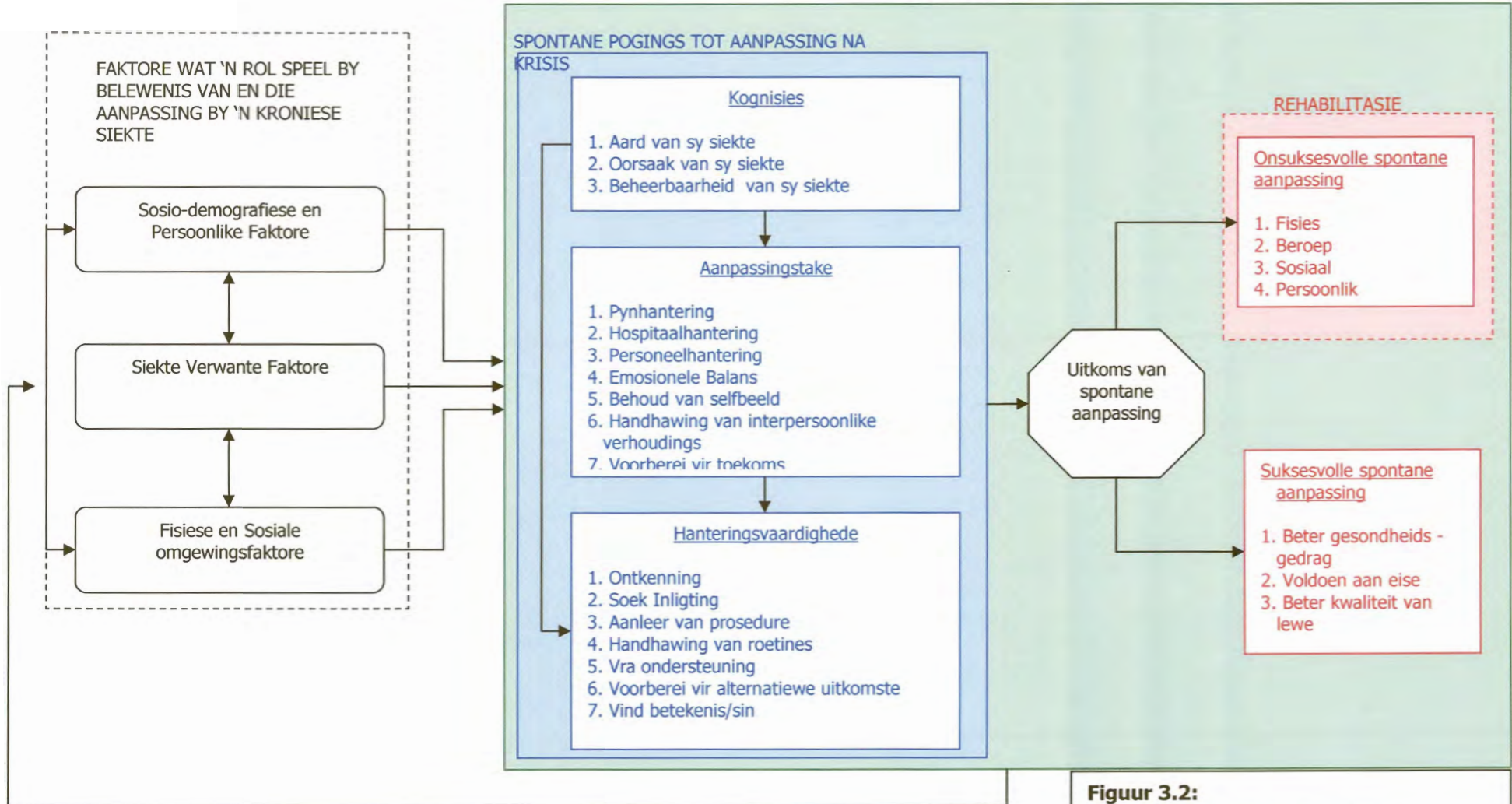
Alhoewel Taylor (1991) aandag skenk aan siekteverwante faktore en die aanpassings wat die pasiënt in sy sosiale omgewing moet maak, skenk sy min aandag aan faktore soos geslag, sosio-ekonomiese status, die tydsfase van die siekte en persoonlikheid. Moos (1977), daarenteen, lewer 'n belangrike bydrae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

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

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

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

AANPASSINGSPROES



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

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

### **3.5 Aanpassing by 'n Miokardiale Infarksie (MI)**

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

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

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

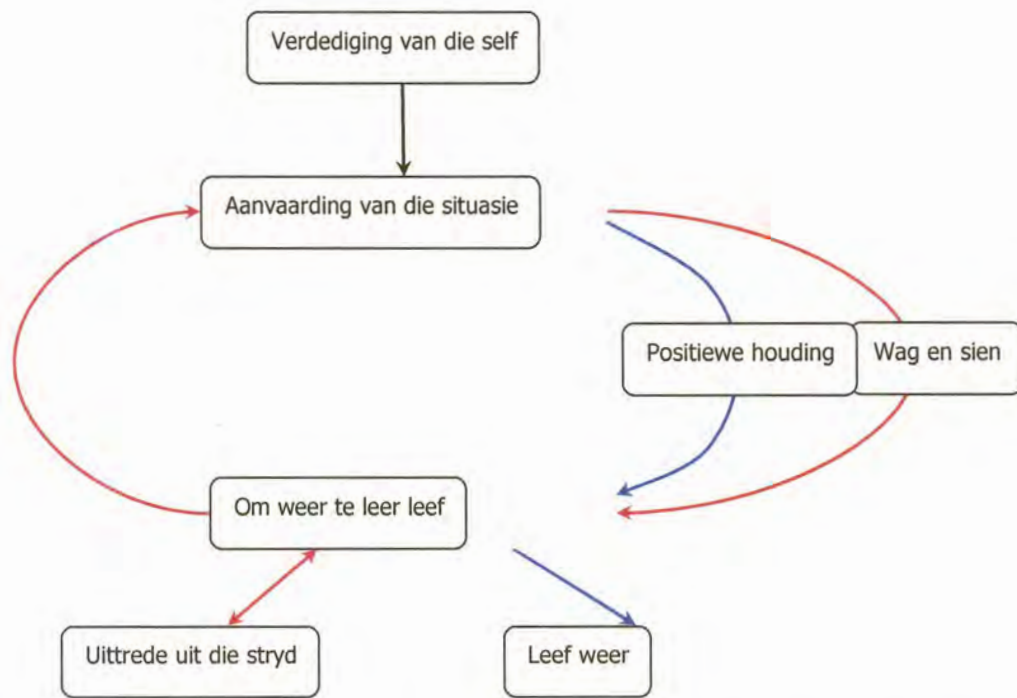
### 3.5.1 Johnson en Morse (1990) se model van aanpassing by 'n MI

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

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

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





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

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

### 3.5.1.1 Stadium een: Verdediging van die self

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

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

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

### **3.5.1.2 Stadium twee: Aanvaarding van die situasie**

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

#### **3.5.1.2.1 Die pasiënt word gekonfronteer met sy eie sterflikheid**

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

#### **3.5.1.2.2 Die pasiënt moet sin maak van die MI**

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

### 3.5.1.2.3 Aanvaarding van beperkings

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

### 3.5.1.2.4 Toekomsgerigtheid

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

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

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

### **3.5.1.3 Stadium drie: Leer om te leef**

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

#### **3.5.1.3.1 Die behoud van 'n sin van die self**

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

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

**Beleefde Behoeftes**

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

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

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

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

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

### 3.5.1.3.2 Die vermindering van onsekerheid

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

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

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

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

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

### **3.5.1.3.3 Die vasstel van riglyne om volgens te leef**

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

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

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

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

#### **3.5.1.4 Stadium vier: Leef weer**

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

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

##### **3.5.1.4.1 Aanvaarding van perke**

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



#### **3.5.1.4.2 Verskuiwing van fokus**

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

#### **3.5.1.4.3 Die bereiking van 'n gevoel van bemeestering**

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

#### **3.5.1.4.4 Uittrede uit die stryd**

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

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

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

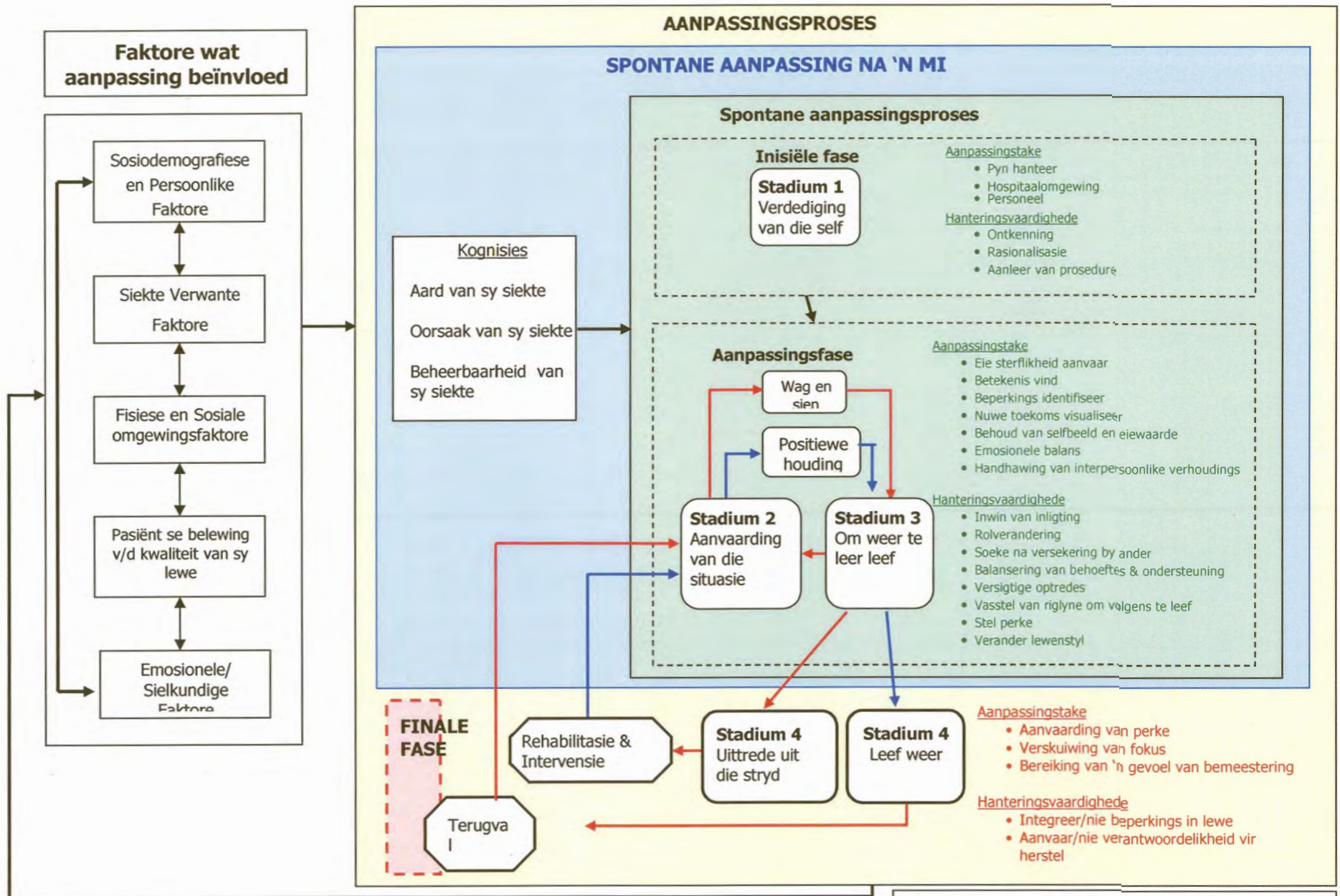
Geïntegreerd bied Moos (1977), Taylor (1991) en Johnson en Morse (1990) nie net 'n oorsig aan die leser van die aanpassingstake waarmee die pasiënt gekonfronteer word vanaf die krisisstadium van sy siekte tot en met rehabilitasie nie, maar werp hulle ook lig op die pasiënt se belewenis van die aanpassingsproses.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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### **3.6.1 Demografiese faktore**

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

##### **3.6.1.1 Ouderdom**

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

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

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

### **3.6.1.2 Geslag**

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

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

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



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

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

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

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

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

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

### **3.6.1.3 Sosio-ekonomiese status**

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

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

#### **3.6.1.4 Tydsfase van siekte in die ontwikkelingsfase van die pasiënt**

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

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

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

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

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

**Tabel 3.1 'n Epigenetiese kaart volgens Erikson**

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

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

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

## 3.6.2 Sosiale faktore

### 3.6.2.1 Sosiale interaksie

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

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

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

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

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

### **3.6.2.2 Sosiale ondersteuning**

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

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

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

### **3.6.2.3 Huweliksverhouding**

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

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

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



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

#### **3.6.2.4 Beroepsaspekte**

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

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

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

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

### **3.6.2.5 Rolaanpassing**

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

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

### **3.6.2.6 Lewenstylveranderings**

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

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

### 3.6.3 Eksistensiële en metafisiese dimensies

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

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

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

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

### 3.6.4 Persoonlikheidsfaktore

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

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

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

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

### 3.6.5 Kognitiewe styl

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

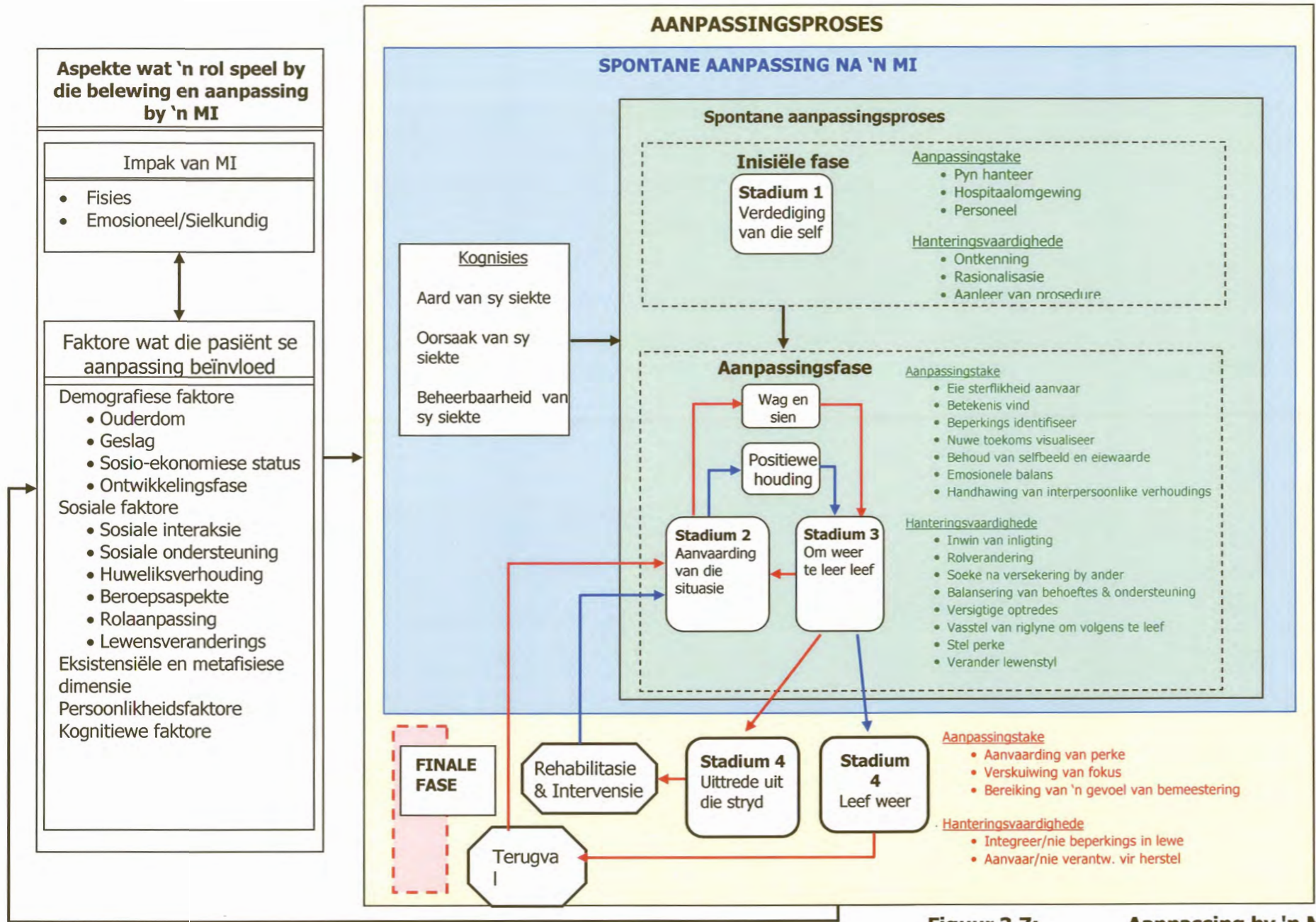
Volgens Johnson en Morse (1990) asook Helgeson & Fritz (1999), is die aanpassing by 'n MI 'n kognitiewe proses wat gerig is op die verkryging van 'n gevoel van beheer. Volgens hulle kan dit slegs bereik word indien die pasiënt sy vermoë herwin om die resultaat van 'n aksie te voorspel, ingeligte besluite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

### 3.7 Samevatting

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

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

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



**Figuur 3.7: Aanpassing by 'n MI**

## HOOFSTUK 4

### DIE HUWELIK EN DIE MIOKARDIALE INFARKSIE PASIËNT

#### 4.1 Inleiding

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

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

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



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

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

### **4.2.1 Siekteverwante faktore**

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

### **4.2.2 Die kwaliteit van die huweliksverhouding**

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

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

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

#### **4.2.3 Die sielkundige funksionering van die egpaar**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

##### **4.2.4.1 Seksualiteit**

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

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

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

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

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

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

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

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

#### **4.2.4.2 Rolveranderings**

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

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

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

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

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

#### **4.2.4.3 Konflikhantering**

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

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

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

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

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



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

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

#### **4.2.4.4 Kommunikasie**

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

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

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

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

#### 4.2.5 Beroepsaspek

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

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

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

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

#### 4.2.6 Medikasie

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

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

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

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

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

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

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

### **4.3 Aanpassing van die egpaar na 'n miokardiale infarsie (MI)**

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

#### **4.3.1 Hanteringsvaardighede**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

#### **4.3.2 Die aanpassingsproses**

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

#### 4.3.2.1 Die psigososiale tipologie van 'n siekte

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

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

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

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

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

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

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

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

#### 4.3.2.2 Die fases van siekteverloop

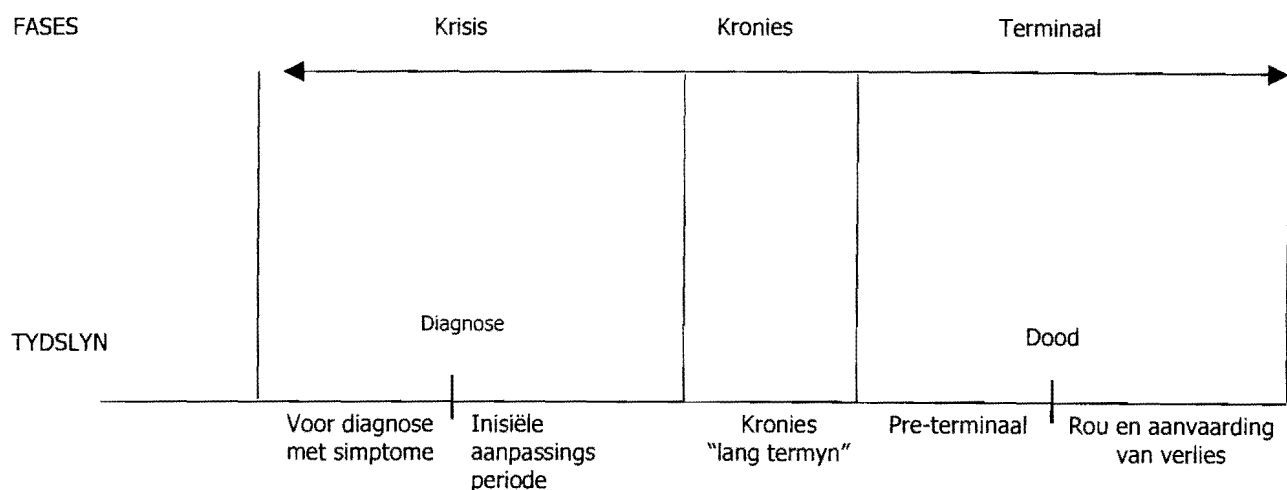
Volgens Rolland (1994) verskaf die konsep van tydsfases 'n wyse aan die egpaar/gesin om longitudinaal te dink en om kroniese siektes te verstaan as 'n aaneenlopende proses met normatiewe landmerke, oorgangstadiums en veranderde eise. Elke fase van 'n siekte stel sy eie psigososiale eise en ontwikkelingstake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

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

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

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

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



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

### 4.3.2.3 Die gesin/egpaar

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



#### 4.3.2.3.2 Die gesondheid/siekte-geloofsisteem

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

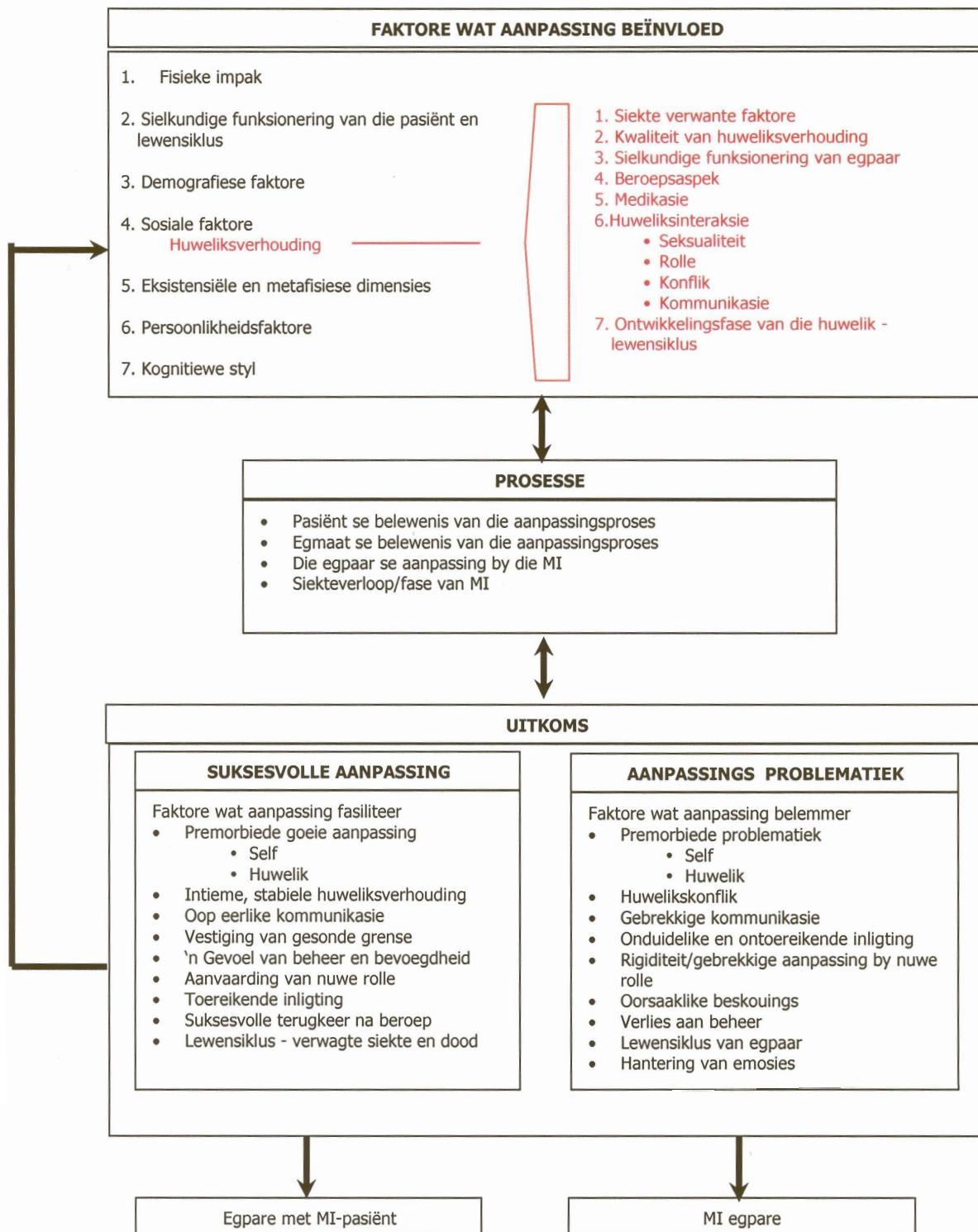
mag die bereiking van 'n werkbare balans 'n groot uitdaging wees. Aanpassing by 'n kroniese siekte sal meer geslaagd wees as die egpaar hulle begrip van "ons-wees" kan transformeer tot 'n nuwe siening van "geskei/apart wees", wat verskillende behoeftes en realiteite erken en insluit. Dis belangrik om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

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

#### **4.4 Uitkoms van die aanpassingsproses**

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

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



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

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

#### **4.4.1 Suksesvolle aanpassing by 'n MI**

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

#### **4.4.2 Aanpassingsproblematiek na 'n MI**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 4.5 Samevatting

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

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

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

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

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

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



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

## HOOFSTUK 5

### NAVORSINGSONTWERP

#### 5.1 Inleiding

Soos reeds in Hoofstuk 1 genoem het die navorser dit primêr ten doel om die belewenis en aanpassing by MI binne die huweliksverhouding te beskryf. Kennis aangaande die egpaar se beleving van die impak van MI op hulle huweliksverhouding kan meer lig werp op die aanpassingsproses van die egpaar na die MI en die probleme wat hulle in terme hiervan mag ervaar.

Sekondêr het die navorser 'n breër begrip vir die veranderde behoeftes wat in die huweliksverhouding mag bestaan ten doel. Uit die literatuur (Adsett & Bruhn, 1968; Hentinen, 1983; Patterson, 1985; Theobald, 1997; Versluis, 1986) blyk dit dat talle behoeftes van beide egmaats gefrustreer word na 'n MI en die navorser is van mening dat miskende en veranderde behoeftes 'n invloed mag hê op die aanpassing van die egpaar na 'n MI. Inligting in verband hiermee kan egter slegs blootgelê word deur die egpaar se beskrywing van die aard van hulle individuele beleving.

Uit die omskrywing van die navorsingsdoelstellings blyk twee aspekte van belang te wees in die keuse van 'n navorsingsontwerp ten einde die navorsingsdoelstellings die beste te bereik. Eerstens is die retrospektiewe aard van die studie van belang. Die impak wat 'n MI op 'n egpaar se verhouding mag hê kan op geen ander wyse as *ex post facto* bestudeer word nie, aangesien die navorser eers na die afloop van die gebeure tot die situasie toetree. *Ex post facto*-navorsing stel egter sekere beperkings aan die navorsing, wat later in die hoofstuk bespreek sal word. Tweedens het die navorser ten doel om die egpaar se belewenisse te eksplorieer en kan die navorser diè doelstelling slegs bereik deur die beskrywings van die egpaar se individuele beleving. Dit word gedoen deur van 'n beskrywende kwalitatiewe navorsingsontwerp gebruik te maak. Dit blyk dus dat die navorsingsdoelstelling die beste bereik kan word deur die twee navorsingsontwerpe in 'n beskrywende kwalitatiewe *ex post facto* navorsingsontwerp te kombineer. Beide navorsingsontwerpe mag egter sekere implikasies vir die navorsing inhou en beperkings aan die navorsing stel wat deur die navorser aangespreek moet word.

In hierdie hoofstuk sal die aard van die beskrywende kwalitatiewe *ex post facto* navorsingsmetode bespreek word, waarna daar oorgegaan sal word tot die navorsingsproses. Laastens sal die aspekte van betroubaarheid en geldigheid, asook die etiese implikasies van die navorsing, behandel word.

## **5.2 Die aard van die beskrywende kwalitatiewe *ex post facto* navorsingsontwerp**

Die beskrywende kwalitatiewe *ex post facto* navorsingsontwerp is 'n navorsingsontwerp wat erkenning gee aan die *ex post facto*-aard van die fenomeen wat nagevors word, sy belangrikheid en beperkings bied aan die navorser die geleentheid om egpare se beleefde ervarings te eksplorieer ten einde die navorsingsdoelstelling te kan bereik. Ten einde 'n meer omvattende begrip aan die leser te gee van die voorgestelde navorsingsontwerp, sal kortliks gefokus word op die aard van sowel beskrywende kwalitatiewe navorsing as *ex post facto*-navorsing, en op die belangrikheid en impak daarvan op die navorsing.

### **5.2.1 Beskrywende kwalitatiewe navorsing**

#### **5.2.1.1 Die aard van beskrywende kwalitatiewe navorsing**

Kwalitatiewe navorsing is 'n oorkoepelende term wat gebruik word om 'n groep metodologieë te beskryf wat gebruik word vir die beskrywing en interpretasie van sosiale fenomene. Etnografie, etnometodologie, diskoersanalise, teksontleding, gegronde teorie, fenomenologie en hermeneutiek is almal benaderings wat deur navorsers gebruik word om kwalitatiewe verskille te ondersoek, sowel binne as tussen gegeneerde fenomene (Maione & Chenail, 1999).

Oor die algemeen kan kwalitatiewe studies as verkennend- en beskrywendgerig, beskou word. Navorsers is minder geïnteresseerd in die kwantifisering van data as in die eksplorering van betekenis, en die verskille en perseptuele belewenisse van fenomene, aspekte wat duidelik van belang is vir die bereiking van die doelstelling van hierdie navorsing. Kwalitatiewe navorsing of naturalistiese navraag het geen streng voorafgeformaliseerde ontwerp nie. In

plaas daarvan, gebruik kwalitatiewe navorsers 'n verskeidenheid metodes, prosedures en analisetegnieke om unieke en vraag-spesifieke ontwerpe te skep wat in die loop van die navorsingsproses ontwikkel (Crabtree & Miller, 1992). Hierdie eienskap van kwalitatiewe navorsing is iets wat die navorser aangegryp het in die ontwikkeling van die onderhawige navorsingsontwerp.

Navorsers wat 'n kwalitatiewe metodologie gebruik, poog om gebeure wat natuurlik voorkom, vanuit 'n binnestaanderperspektief ("insider-perspective") of buitestaanderperspektief ("outsider-perspective") te bestudeer. Vanuit die ("*insider*")- binnestaanderbenadering betree kwalitatiewe navorsers die aktuele terrein en voer onderhoude met die deelnemers omtrent hulle beleefde ervarings en/of neem deelnemers in aksie waar. Navorsers word ook dikwels self ("*insiders*") binnestaanders en sal hulle eie indrukke as lid van die groep op rekord stel. In die buitestaanderbenadering ("*outsider*"), distansieer navorsers hulle van die fenomeen of navorsingsituasie. Hulle versamel bandopnames en bestudeer dokumente en ander geskrifte oor die aktuele terrein sonder om dit binne te dring. Navorsers poog dan om die patrone en temas wat na vore tree, deur middel van "ontdekking" of "konstruasie" te beskryf of te interpreteer deur herhaaldelik terug te gaan na die datastel (Mahrer, 1988). In die onderhawige geval benader die navorser die studie vanuit 'n binnestaanderperspektief.

Kwalitatiewe navorsers skep vertroue in hulle werk deur herhaaldelik dit wat hulle uit vorige waarnemings van 'n plek, 'n groep mense of fenomeen geleer het, te vergelyk met dit wat hulle in latere steekproewe van die betrokke plek, groep of fenomeen waarneem. Elke waarneming van die fenomeen bied 'n geleentheid vir die navorser om sy beste storie, beskrywing, kodering of interpretasie van die fenomeen weer te gee. Die vertroue dat sy analise die beste en mees gepaste beskouing is van wat hy aangetref het in die veld, neem toe wanneer die navorser telkemale teruggaan na die datastel (Maione & Chenail, 1999).

In die aanbieding van hulle werk, moet kwalitatiewe navorsers hulle werksmetodes baie duidelik omskryf en rekenskap gee van die keuses wat hulle in hulle navorsing gemaak het (Chenail, 1994). Navorsers moet die

navorsingsomgewing deeglik beskryf asook die wyse waarop hulle toegang daartoe verkry het. Bykomend hiertoe moet navorsers die proses waardeur data gegenereer en versamel is, duidelik uiteensit, asook die metode van data prosessering en analisering, die wyses waarop hulle die analitiese waarnemings sal aanbied en hoe hulle kwaliteitbeheer in hulle werk gehandhaaf het.

In die loop van die navorsingsproses is dit ook belangrik vir kwalitatiewe navorsers om hulleself met groot omsigtigheid aan die leser bekend te stel en 'n uiteensetting te gee van dit wat hulle poog om in hulle navorsing te doen. Hierdie self-reflekerende beskrywings, deur middel van 'n akkurate en eerlike verslag van hulle aksies, bewys kwalitatiewe navorsers as geloofwaardig en betroubaar. Dié metodologiese beskrywings bied aan die leser van die navorsing 'n diepteperspektief, asook die voordeel dat die navorsing kontekstueel geëvalueer en gekritiseer kan word (Kvale, 1989). Die belangrikheid van deursigtigheid in beskrywende kwalitatiewe navorsing, met die oog op inferensiële geldigheid, blyk duidelik uit die aanhaling van Atkinson, Heath en Chenail (1991):

*"It is in this spirit of openness that trust is built between the researcher and the reader. It is not a matter of the researcher simply telling the reader that the study is valid or reliable ... Rather, the process of establishing the trustworthiness of any study comes down to the quality of the relationship built between the researcher and the community of readers and critics who examine the results" (Atkinson, Heath & Chenail, 1991, p.163).*

Verder maak kwalitatiewe navorsers nie staat op statistiek om die vertroue wat hulle in hulle navorsing het, uit te beeld nie. Hulle skep vertroue in hulle bevindings of konstruksies deur talle waarnemings te doen van die bepaalde fenomeen. Dit bereik hulle deur herhaaldelik terug te gaan na die datastel en dit as 'n uitdaging te beskou om die beste aanbieding moontlik van die waargenome patrone en temas weer te gee. In hulle aanbieding van dié bevindings aan die leser, plaas kwalitatiewe navorsers hulle beskrywings en interpretasies parallel met dit wat beskryf of geïnterpreteer word. Dit lei daartoe dat kwalitatiewe navorsingspublikasies en aanbiedings dus nie so gekonsentreerd is as hulle

kwantitatiewe eweknieë nie. Die hart en siel van 'n kwalitatiewe navorsingsaanbieding lê inderdaad in die tentoonstelling van die verwerkte data en gepaardgaande beskrywings en interpretasies. Die geldigheid van hierdie analyses lê in die lees en her-lees van die navorsing en elke leser vorm sy of haar eie kritiek op die geskiktheid en samehang van die aanbieding (Maione & Chenail, 1999). Chenail (1995) sluit aan by voorgenoemde en noteer dat 'n omvattende uiteensettings van die resultate en die wyse waarop dit verkry is, om twee redes belangrik is: Eerstens sal dit aan die leser die geleentheid gun om die geldigheid van die navorsing te beoordeel. As die leser toegang tot die proses en die resultaat van die analise het, sal hy/sy in 'n beter posisie wees om te verstaan wat die navorser bedoel en sien, en waarom die navorser 'n bepaalde interpretasie gemaak het, wat sodoende die inferensiële geldigheid van die studie verhoog. Tweedens sal die leser in staat wees om die data vanuit sy eie raamwerk te benader.

Uit 'n kwalitatiewe perspektief gesien, is veralgemeenbaarheid 'n tweevoudige proses: Eerstens moet navorsers die vertrouwe hê dat die wyse waarop hulle die fenomeen beskryf, die beste beskrywing is wat hulle kan gee; met ander woorde, dat die wyse waarop hulle besluit het om die bepaalde fenomeen te beskryf inderdaad die geskikste of mees gepaste wyse is waarop die bepaalde fenomeen bespreek kan word. Tweedens moet die navorsingsverbruiker (leser) self oordeel of die navorsing veralgemeenbaar is sodat dit hulle eie situasie pas en ooreenstem met hulle perseptuele realiteit. Op dië wyse is veralgemeenbaarheid 'n interaksionele proses wat bestaan uit gesprekke tussen die navorser en die navorsing, en tussen die leser en die teks (Atkinson, Heath & Chenail, 1991).

Samevattend kan dus gesê word dat beskrywende kwalitatiewe navorsing poog om 'n dieptebegrip van die informant te verkry eerder as 'n kwantitatiewe meting van kenmerke of gedrag. Ten einde die geldigheid en betroubaarheid van 'n beskrywende kwalitatiewe studie te bewys blyk veral die aspek van inferensiële geldigheid van belang te wees. Volgens Heath (1997) en Stewart en Valentine (1990) is dit belangrik om die navorsingsproses noukeurig te verduidelik, asook waar daar afgewyk word van die oorspronklike uiteensetting van die studie. Kwalitatiewe navorsers kan dus die inferensiële geldigheid van hulle studie

verhoog deur hulle vooroordele, aannames en interpretasies duidelik te stel sodat ander (die leser) self kan besluit of hy/sy daarmee saamstem al dan nie.

#### **5.2.1.2 Rasionaal van die metode**

Die doel van "kwalitatiewe" of "naturalistiese" navorsing verskil na gelang van die paradigmas, metodes en aannames wat gebruik en nagevors word. Oor die algemeen poog kwalitatiewe navorsers om 'n menslike verskynsel te beskryf en te interpreteer - dikwels in die woorde van die geselekteerde individue. Soos reeds gesê poog diè navorsers om hulle aannames en interpretasies duidelik te stel sodat die leser self kan besluit of hy/sy daarmee saamstem al dan nie (Heath, 1997).

Binne die raamwerk van die beskrywende kwalitatiewe ondersoek is waarneming en beskrywing van die realiteit afhanklik van die perspektief van die respondent en die navorser. Kwalitatiewe navorsing poog om dit wat die individu implisiet beleef het, eksplisiet te maak, maar daar mag in diè proses nooit afbreuk gedoen word aan die kwaliteit van die ervaring nie (Wainwright, 1997).

Een van die redes waarom beskrywende kwalitatiewe navorsing moeilik is, is omdat die navorser nie beheer het oor dit waaraan die respondente uitdrukking gee nie, en dus nie in staat is om 'n uitslag te voorspel nie. Dit neem die navorser uit sy/haar belangrike rol van navorser/kenner en maak hom/haar meer gerig tot die respondent (Stewart & Valentine, 1990).

Alhoewel die beskrywende kwalitatiewe navorsingsmetode en die rasionaal van diè metode uiteengesit is, is daar 'n aangeleentheid wat van kardinale belang is by diè tipe navorsing, naamlik die navorser se subjektiewe belewenis ten opsigte van die onderwerp, die proses waardeur die navorser gaan en die subjektiewe betrokkenheid, al dan nie, by die informante wat deelgeneem het aan die navorsing.

### 5.2.1.3 Navorser se subjektiewe belewenis

Die navorser is subjektief betrokke by die proses (Chenail, 1995) en maak gebruik van eie lewenservaring, aangesien die navorser se belewenisse ooreenkomste sal toon met die belewenisse van respondente in die studie, vandaar die "gedeelde beleefde betekenis". Hierdie subjektiewe betrokkenheid kan die nadeel inhou dat die navorser té betrokke raak by die navorsing en moontlik eie onopgeloste kwessies en vooropgestelde idees op die beskrywing van die fenomeen projekteer. Die voordeel is egter dat dit sensitiwiteit ten opsigte van die vertelling verhoog en temas ook makliker geïdentifiseer kan word. Daar word ook deurentyd gestreef na 'n objektiewe weergawe van die verskynsel. Die navorser moet, volgens Chenail (1995), poog om so na as moontlik aan die data te bly. Die ware kuns in kwalitatiewe navorsing is om ingeperk te bly deur die data. Data moet nie oorskakel of onderskat word nie; die data moet gerapporteer word - niks meer en niks minder nie. Indien die navorser by hierdie metode hou, sal die data die geldigheid van die analise ondersteun en sal die analise die rykheid van die data aan die lig bring (Chenail, 1995).

### 5.2.2 *Ex post facto*-navorsing

Vanweë die *ex post facto*-aard van hierdie studie, beskou die navorser dit as van belang om ook die aard van *ex post facto*-navorsing te behandel, aangesien dié tipe navorsing sekere beperkings aan die navorsing stel, soos byvoorbeeld die veralgemeenbaarheid van resultate, die gebrek aan kontrole, asook die bedreigings wat dit vir die interne geldigheid van die studie kan inhou.

Sekere fenomene, soos mediese toestande, kan egter net *ex post facto* bestudeer word aangesien dit nie eties of selfs moontlik sou wees om mediese toestande te bewerkstellig en te ondersoek nie. *Ex post facto*-navorsing bied aan die navorser die geleentheid om dié fenomene te ondersoek.



### 5.2.2.1 Die metodologie van *ex post facto*-navorsing

Aangesien die navorser wat van *ex post facto*-navorsing gebruik maak eers toetree nadat die gevolge reeds plaasgevind het, vind die rekonstruksie van gebeure plaas deur middel van die bestudering van rekords en verslae. Die navorser is dus afhanklik van die geskrewe woord vir die insameling van data met betrekking tot toepaslike faktore, die aard van die hipotetiese oorsaak en die gevolg daarvan. *Ex post facto*-navorsing is dus nie moontlik sonder volledige rekords en verslae nie. Dit is daarom noodsaaklik en belangrik dat volledige en toepaslike rekords oor die verskynsel/fenomeen wat ondersoek word, beskikbaar sal wees. Anders as by die eksperimentele metode, waar die navorser beheer oor die grootte van die groep en die data het, vind die navorser by *ex post facto*-navorsing dat hy met 'n groot aantal respondente begin, maar dat die meeste gevalle op die ou einde verwerp moet word as gevolg van onvolledige rekords (Smit, 1983).

Kerlinger (1970 soos aangehaal deur Smit, 1983) wys daarop dat die verskil tussen *ex post facto*-navorsing en eksperimentele navorsing toegeskryf kan word aan 'n inherente swakheid van die *ex post facto*-metode, naamlik die gebrekkige kontrole wat die navorser oor die onafhanklike veranderlike het. By *ex post facto*-navorsing is kontrole in die sin van beheer of manipulering van die onafhanklike veranderlike egter nie moontlik nie as gevolg van die retroaktiewe aard van die navorsingsmetode. Die navorser wat van die *ex post facto*-metode gebruik maak moet die feite neem soos dit voorkom en dan retrospektief poog om dit te ontrafel en om duidelikheid te verkry. Direkte kontrole is dus feitlik onmoontlik by *ex post facto*-navorsing, en indirekte kontrole is die enigste vorm van kontrole wat by *ex post facto*-navorsing geïmplementeer kan word. *Ex post facto*-navorsing behels dus dat bepaalde faktore geïdentifiseer en teenoor mekaar gestel word vir die doel van vergelyking en verklaring. Behalwe indirekte kontrole, vind kontrole by *ex post facto*-navorsing ook plaas deur middel van die toets van alternatiewe hipoteses. Die navorser poog dus doelbewus om hipoteses, hetsy alternatief of oorspronklik, te verwerp. Die verwerping van alle alternatiewe hipoteses, sal dan die oorspronklike hipotese versterk of, indien die oorspronklike hipotese verwerp word, sal dit aanleiding gee tot nuwe insig. Die

doel met sodanige alternatiewe hipoteses is dus kontrolering. Beter kontrole en wetenskaplikheid word hierdeur verkry en die verkreeë resultate is dus meer betroubaar en geldig (Smit, 1983).

#### 5.2.2.2 Selfseleksie by *ex post facto*-navorsing

Selfseleksie van respondente is 'n verdere kenmerk van *ex post facto*-navorsing. Respondente wys hulleself aan groepe toe en selekteer hulle dus self (soos byvoorbeeld die hartpasiënte in hierdie studie). Kerlinger (1970, soos aangehaal deur Smit, 1983) wys op die volgende nadele verbonde aan selfseleksie:

- (i) Dit is die nie-kontroleerbare element van elke *ex post facto*-navorsing.
- (ii) Die proefpersone deel hulleself op grond van die aan- of afwesigheid van een afhanklike veranderlike in groepe in, maar elke proefpersoon kan baie ander afhanklike veranderlikes met hom saamdra.
- (iii) Die navorsingsgroepe sal kleiner word. Selfs by die mees ideale *ex post facto*-navorsingsgevalle is die veld wat bestudeer word beperk in omvang as gevolg van die aard van die gevalle.

Uit die voorafgaande bespreking kan die afleiding maklik gemaak word dat *ex post facto*-navorsing 'n minderwaardige navorsingsmetode is wat betref kontrole, seleksie en dataversameling. Smit (1983) is egter van mening dat, alhoewel *ex post facto*-navorsing se oortuigingskrag dikwels minder is as dié van die ware eksperimentele metode vanweë gebrekkige kontrole en probleme met toevallige seleksie, is die toepassingsveld egter veel breër. *Ex post facto*-navorsing hou ook die voordeel in dat daar van oorsaak na gevolg, asook van gevolg na oorsaak gewerk kan word.

Smit (1983) wys verder daarop dat die metode van *ex post facto*-navorsing waarde het, veral waar die navorser nie met 'n deskriptiewe of korrelasie-analise tevrede is nie, oor te min middele beskik vir veldwerk, en tog insig op grond van sekere feite wil verkry. Volgens Smit (1983) is *ex post facto*-navorsing in die

sielkunde moontlik belangriker as die eksperimentele metodes omdat baie van die verskynsels, soos persoonlikheid, nie eksperimenteerbaar is nie, maar wel nagegaan kan word deur *ex post facto*-navorsing, soos in die onderhawige studie.

Kerlinger (1970, soos aangehaal deur Smit, 1983) konstateer aangaande die gebruiksmoontlikhede van *ex post facto*-navorsing die volgende:

*"Despite its weaknesses, much ex post facto research must be done in psychology, sociology, and education simply because many research problems in the social sciences and education do not lend themselves to experimental inquiry"* (Kerlinger 1970, soos aangehaal deur Smit 1983, p. 86).

Alhoewel die *ex post facto*-navorsingmetode die beste ontwerp is wat die navorser vir die onderhawige studie kan gebruik, moet die navorser in die uitvoering van die studie bedag bly op die nadele en beperkings wat dié navorsingsmetode inhou.

In 'n poging om die probleme wat selfseleksie vir die navorsing mag inhou, te beperk, het die navorser gepoog om so ver moontlik net hartpasiënte wat 'n MI gehad het en geen ander siektetoestande gerapporteer het nie, in die studie in te sluit. Daar moet egter in gedagte gehou word dat, vanweë die aard van die siektetoestand, ander siektebeelde soos hipertensie ook onderliggend aanwesig mag wees.

Die vereiste vir deursigtheid in die beskrywende kwalitatiewe navorsingsproses bied aan die navorser 'n wyse om indirekte kontrole in die navorsing te implementeer en te behou en sodoende die interne/inferensiële geldigheid van die studie te verhoog.

Gebrekkige inligting ten opsigte van die fenomeen wat bestudeer word, hou verdere bedreigings vir die geldigheid van die studie in. In 'n poging om so veel toepaslike en betroubare inligting as moontlik oor die egpaar se beleving van die

impak wat die MI op hulle huweliksverhouding gehad het in te win, het die navorser anonimiteit en vertroulikheid verseker. Die vraagspesifieke oop vrae wat in die vraelys ingesluit was, behoort 'n redelik omvattende reeks persepsies en belewenisse van die egpaar weer te gee. Daar is ook twee vraelyste saamgestel, een vir die pasiënt en een vir sy egmaat. Die egpaar is ook versoek om nie hulle response met mekaar te bespreek of vraelyste uit te ruil nie. Met twaalf vrae in die vraelys het die navorser gepoog om die studieveld so goed moontlik te dek.

Uit die voorafgaande bespreking is dit duidelik dat die twee navorsingsontwerpe is wat gekies is, in kombinasie, die mees toepaslike ontwerp sou wees om die gestelde navorsingsdoelstellings van hierdie spesifieke studie te bereik, ondanks die moontlike beperkings wat dit mag stel. Die wyse waarop die navorser haar navorsing benader, word vervolgens bespreek.

### **5.3 Die navorsingsproses**

#### **5.3.1 Die seleksie van respondente**

Die inisiële taak van die navorser is om geskikte respondente te selekteer om aan die studie deel te neem. Volgens Gilgun et al. (1992) spreek kwalitatiewe navorsing aspekte aan, aangaande die wyse waarop die navorser hom/haarself gaan voorstel en welke rol hy/sy sal vertolk. Die navorser moet besluit:

- hoe sy die doel van haar navorsing gaan voorstel?
- in watter mate sy aan die proses gaan deelneem.
- hoe intensief sy by die respondente betrokke gaan wees of raak.

Vanweë die feit dat die 1 Militêre Hospitaal 'n kardiële-rehabilitasieprogram aanbied, het die navorser die hoof van die Noord Gautengse Kommandement genader, ten einde toestemming te kry vir die studie. Nadat skriftelike toestemming verkry is, is die navorser voorgestel aan 'n senior sielkundige betrokke by die rehabilitasieprogram, wat die navorser gehelp het met die seleksie van respondente. Die name en telefoonnommers van die pasiënte wat voldoen het aan die kriteria wat die navorser gestel het, is bekom.

Daar is telefonies kontak gemaak met tien pasiënte wat ingeskakel was of is by die kardiaal-rehabilitasieprogram. Vanweë die beperkte omvang van die studie is besluit om slegs op een geslag te konsentreer, en is slegs manlike pasiënte by die studiebetrek. Die navorser se besluit om net manlike pasiënte te betrek, berus op die literatuur-bevindings. Manlike en vroulike pasiënte se belewing van hulle siektetoestande is baie verskillend en deur vroulike pasiënte ook in te sluit, sou daar nog 'n veranderlike by die reeds omvattende studie gevoeg word.

Vir insluiting moes die respondente aan die volgende kriteria voldoen:

- a) Hulle moes tien jaar of langer getroud wees. Onlangse huwelike bring hulle eie aanpassingsprobleme mee en hierdie kriterium is gestel in 'n poging om dié tipe aanpassingsprobleme te elimineer.
- b) Pasiënte moes die eerste MI ongeveer een jaar vantevore gehad het. Die studie was gerig op die aanpassing van die egpaar nadat die krisisstadium verby was.
- c) Beide egmaats moes gewillig wees om hulle ervarings te deel. Die navorsingsontwerp vereis goeie en volledige beskrywings van die fenomeen ten einde geldig en betroubaar te wees. Onwillige respondente mag geneig wees om onvolledige en "swakker" beskrywings te gee.
- d) Hulle moes Afrikaanssprekend wees, aangesien Afrikaans die taalmediun was wat vir die studie aangewend sou word, en daar met die data-ontledingsproses moontlik te veel inligting verlore sou gaan indien die protokolle vertaal sou word.

Nege van die tien egpare wat voldoen het aan die kriteria was bereid om deel te neem aan die studie. Die eggenote van die tiende egpaar was nie bereid om deel te neem nie. Uiteindelik is net agt van die nege egpare ingesluit omdat een van die pasiënte baie ernstig siek geword het gedurende die betrokke tydperk.

### 5.3.2 Voorstudie-onderhoude

Voorstudie-onderhoude is met drie egpare gevoer. Die doel met die onderhoude was tweeledig. Eerstens wou die navorser persoonlik 'n beter begrip vorm van die onderwerp van studie. Tweedens is die kennis wat uit die onderhoude bekom is, gebruik in die saamstel van die vrae wat die navorser in die finale vraelys gebruik het. Pasiënte wat ingeskakel was by die rehabilitasieprogram is genader vir dié onderhoude. Hulle is egter nie later by die hoofstudie ingesluit nie omdat hulle nie ten volle aan die kriteria vir insluiting voldoen het nie. In die geval van al drie egpare was die tydperk waarbinne die pasiënt sy MI gehad het, korter (8 maande) of langer (16 en 18 maande) as die gestelde kriterium.

Semi-gestruktureerde onderhoude is met die drie egpare gevoer. Sowel die pasiënt as sy egmaat was teenwoordig tydens die voer van die onderhoude. Die onderhoude het in die egpare se onderskeie huise plaasgevind en is op audioband opgeneem. Die onderhoude het ongeveer twee uur geduur. Die doel met die onderhoud was om die informante die geleentheid te gee om hulle persoonlike ervarings, probleme en emosies met betrekking tot hulle belewing van die invloed wat die pasiënt se MI op hulle huweliksverhouding gehad het, teenoor die onderhoudvoerder te openbaar. Ten einde dit te bewerkstellig, is die onderhoud begin deur die informante te versoek om te gesels "oor die tyd toe hulle opgemerk het dat alles nie meer plus was nie". Hierdie tipe vraag lei gewoonlik tot 'n beskrywing van die gebeure rakende die pasiënt se hartaanval, die diagnose en die behandeling wat daarna gevolg het (Winters, 1997). Deur eerstens hierdie minder bedreigende vraag te stel, het die navorser gepoog om rapport te bewerkstellig. Waar gesprekke nie spontaan gelei het tot die vertel van die inisiële aanpassing en probleme wat die egpaar ervaar het na die pasiënt se hartaanval nie, het die navorser die egpare gevra om daarop uit te brei. Die belangrikste fokus van die onderhoud was egter gerig op die egpare se belewing van hulle aanpassing en funksionering etlike maande na die pasiënt se MI.

In hierdie stadium van die onderhoud is meer direkte vrae gestel met betrekking tot die rolaanpassings wat die egpaar moes maak, probleem- en konflikhantering, sosiale aktiwiteite, kommunikasie en seksualiteit. By die luister en her-luister na die oudiokasetopnames van die onderhoude het die onderstaande aspekte na vore getree

as van belang vir die huidige studie. Vanweë die uitgebreide aard van die onderhoude sal net etlike uittreksels as voorbeelde voorgelê word:

- a) Na die aanvanklike krisistadium verby was, het die egpaar se verhouding weer 'n mate van ewewig gekry.
- b) Egpare het bogenoemde normaliteit bereik deur sekere aanpassings te maak. Aanpassings in die lewenstyl van die pasiënt wat dieetveranderinge en 'n oefenprogram ingesluit het, was algemeen. Ook het die egpaar aktiewe pogings aangewend om die siekte te beheer deur gereelde doktersbesoeke, die getroue gebruik van medikasie, die oefenprogram en 'n gesonde dieet. Hulle pogings om die "siekte" onder beheer te hou, het hulle 'n gevoel van beheer gegee. Streng roetines is ook gevolg, wat die gevoel van normaliteit versterk het. Van die pasiënte wat nog gewerk het, het gepoog om hulle werkslading te verminder en korter ure te werk. Een van die egmaats moes weer begin werk na haar man se MI ten einde hulle krimpende inkomste aan te vul. Die pasiënt het tuis gebly en die versorging van die kinders oorgeneem.
- c) Die pasiënt en egmaat huldig verskillende persepsies met betrekking tot die aanpassings wat hulle moes maak. Die pasiënt wie se egmaat weer moes gaan werk het na sy MI, kan as voorbeeld gebruik word om bogenoemde stelling te illustreer. Die pasiënt was van mening dat sy vrou dit geniet om na al die jare weer "uit te kom" en nuwe mense te ontmoet. Sy eggenote het egter nie sy optimisme gedeel nie; alhoewel sy haar werk geniet het, het sy dit moeilik gevind om die versorgerrol aan hom af te staan en skuldig gevoel daarvoor. Sy het ook gevoel dat haar nuwe rol as broodwinner haar verder oorlaai het, aangesien daar tog baie dinge was wat haar man na haar mening nie kon doen nie en wat sy na werk moes doen. Haar eggenoot was egter van mening dat hy alles goed onder beheer gehad het.
- d) Egpare ervaar steeds probleme te midde van die nuwe "normaliteit" wat hulle meen hulle bereik het. Hierdie stelling is gegrond op veral die eggenote se beleving van haar verhouding met haar egmaat.

- e) Geïdentifiseerde probleme het nou verband gehou met lewenstylveranderings, kommunikasie en konflikhantering, rolveranderings, die egpaar se sosiale lewe, die emosionele funksionering van die egpaar en die pasiënt se gevoel van eiewaarde. Om diè probleme toe te lig, kan die navorser die voorbeeld noem van die pasiënt wat van mening was dat hy en sy egmaat 'n baie meer intieme verhouding handhaaf na sy MI as voorheen. Hy het die stelling gebasseer op die feit dat hulle nou meer tyd saam deurbring en baie minder argumenteer. Sy egmaat het egter genoem dat sy nog dikwels die vrees koester dat haar man weer 'n hartaanval mag kry. Sy het daarom voorgestel dat hy 'n selfoon koop sodat sy, wanneer sy nie fisies by hom kan wees nie, altyd kontak met hom kan hou. Sy het ook genoem dat sy dikwels sal toegee aan versoeke wat haar man rig of voorstelle wat hy maak net om sodoende 'n potensiële konfliksituasie te vermy, aangesien sy bekommerd is oor wat die resultaat van so 'n konfliksituasie mag wees. Sy noem verder dat die situasie haar baie frustreer en dat sy voel sy haar man oppas terwyl sy weet sy dit eintlik nie moet of hoef te doen nie. Die pasiënt was duidelik verbaas oor sy egmaat se uitlatings en totaal onbewus van haar gevoelens in die verband.
- f) Daar bestaan verskille in die egpaar se persepsies met betrekking tot wat hierdie probleme is. Een van die eggenote het genoem dat die feit dat sy en haar man nie meer so gereeld by vriende gaan kuier of fliék toe gaan nie, vir haar 'n bron van frustrasie is, aangesien sy dit geniet het om saam met haar man uit te gaan. Die pasiënt se reaksie daarop was dat hy nie veel behoefte het om saam met ander te verkeer nie en by die huis alles en almal het wat vir hom belangrik is, sy vrou en sy kinders. Dit was duidelik dat hy nie die aangeleentheid as 'n probleem beskou het nie en dus niks sou doen om sy egmaat te akkommodeer nie.
- g) Ondersteuning van ander is baie belangrik. Dit was, in die geval van hierdie drie egpare, duidelik dat die pasiënte redelik swaar gesteun het op hulle egmaats wat die nakom van voorskrifte rakende hulle rehabilitasie betref. 'n Eggenote het genoem dat indien sy nie gesorg het dat haar man sy medikasie neem nie, hy "lankal ses voet onder die grond sou gelê het". Die pasiënte het dit duidelik en omonwonde gestel dat hulle nie die krisis sou oorleef het sonder die



ondersteuning van hulle gesinne en veral hulle egmaats, familie en vriende nie. Ook was die ondersteuning van mede-hartpasiënte in die rehabilitasieprogram vir hulle belangrik en een van die pasiënte het dit soos volg gestel: "Ons praat almal dieselfde taal, ons verstaan mekaar se probleme en vrese".

- h) Die krisis het 'n invloed gehad op die egpaar en veral die pasiënt se godsdienstige beleving en lewensbeskouing. Die pasiënt se beleving van homself as 'n onsterflike wese, verander. Tesame met, en as gevolg van hierdie nuwe bewustheid van sterflikheid, verander die pasiënt se lewensbeskouing en prioriteite. Al drie pasiënte rapporteer 'n verhoogde waardering vir die lewe en dié wat sy lewe met hom deel. Die pasiënte het duidelik ook op godsdienstige gebied 'n verdieping beleef en was baie dankbaar vir die feit dat hulle Skepper hulle gespaar het. Alhoewel die eggenotes ook 'n verhoogde doodsbeustheid gerappoteer het, was dit nie naastenby so intens of die impak daarvan so dramaties as vir die pasiënte nie. Die eggenotes het veral in die krisistyd van die siekte hulle godsdienstige oortuigings as ondersteuningsstelsel gebruik.

Met die aanvang van hierdie onderhoude was die navorser steeds van voorneme om die data vir die hoofstudie deur middel van die navorsingsonderhoud in te samel. Probleme wat die navorser egter ondervind het met, onder andere, die praktiese uitvoerbaarheid van die skedulering van onderhoude, die respondente se ongemak met die onderhoud-situasie, asook versoeke van respondente wat by die onderhoude betrokke was, het die navorser, in oorleg met die studieleier, laat besluit om die metode van data-insameling te wysig. Om ooreen te kom op geskikte tye vir die voer van onderhoude, was moeilik omdat van die pasiënte en eggenotes werksaam was en die navorser self ook op Saterdag gewerk het. Onderhoude is telkemale geskeduleer en geherskeduleer. Buiten die skeduleringsprobleme wat die navorser ondervind het, het een van die pasiënte en twee van die egmaats dit aan die navorser genoem dat hulle ongemaklik gevoel het met die bespreking van sommige aspekte en dat hulle gemakliker sou voel met die invul van 'n vraelys. Hulle het ook genoem dat hulle sommige van die aspekte wat aangeraak is nie openlik in die teenwoordigheid van die ander egmaat kon bespreek nie.

Tydens die onderhoude was dit vir die navorser duidelik dat beide egmaats dit moeilik gevind het om te respondeer op sommige van die aspekte wat aangeraak is vir

bespreking. Dit het ook vir die navorser voorgekom asof die teenwoordigheid van die ander egmaat 'n invloed gehad het op die response en daar was 'n atmosfeer van "versigtigheid" teenwoordig. Dit was veral vir die egmaat moeilik om haar gevoelens en denke openlik voor die pasiënt te verbaliseer. Volgens Schuman en Presser (1981, soos aangehaal deur Mouton & Marais, 1992) is respondente dikwels onwillig om inligting oor sensitiewe items aan 'n onderhoudvoerder bekend te maak, juis omdat die navorsing as 'n bedreiging vir hul privaatheid beskou word. Schuman en Presser (1981, soos aangehaal deur Mouton & Marais, 1992) stel voor dat vraelyste gebruik word, aangesien respondente dan minder bedreig voel en dit ook anonimiteit beklemtoon. Die navorser het met die gedagte begin speel om voornoemde navorsers se voorstel te volg en 'n vraelys as data-insamelingsinstrument te gebruik. Die navorser was egter bewus daarvan dat die dinamiek wat plaasvind in die verhouding tussen die egpaar dan verlore sou gaan asook die geleentheid om aspekte wat aangeraak is, verder te eksploreer. Die feit dat drie van die respondente wat deelgeneem het aan die voorstudie, genoem het dat hulle sou verkies om 'n vraelys in te vul, het die navorser verder oortuig dat beide die pasiënt en egmaat moontlik meer openlik en eerlik sou wees in die weergee van hulle gevoelens indien hulle dit afsonderlik op papier neerskryf. Die voor- en nadele wat 'n vraelys as data-insamelingsinstrument inhou, moes egter ook oorweeg word.

Van Manen (1990) waarsku teen die potensiële probleme wat deurleefde beskrywings ("*lived-experience descriptions*") mag inhou. Een van die mees voor die hand-iggende probleme is die feit dat mense dit moeilik vind om te skryf en dus nie veel teks op papier mag lewer nie. Verder dwing die skryfproses die persoon tot 'n reflekerende houding. Hierdie reflekerende houding, tesame met die taalkundige eise wat die skryfproses stel, mag sekere beperkings plaas op die deurleefde beskrywings wat die navorser verkry.

Huysamen (1994) sluit aan by die moontlike probleem en opper ook die volgende probleme in verband met vraelyste, naamlik dat:

- die navorser geen beheer het oor die omstandighede waaronder die vraelys ingevul word nie.
- die geleentheid vir die opbou en handhawing van rapport en die opklaar van misverstande aansienlik beperk is.
- sommige van die vrae uitgelaat of verkeerd begryp mag word.

Huysamen (1994) wys egter ook op sommige positiewe aspekte van gebruik van vraelyste, naamlik dat:

- anonimiteit op hierdie wyse gewaarborg kan word.
- respondente waarskynlik eerliker en openliker sal wees in hulle beantwoording van die vroe danksy gewaarborgde anonimiteit.
- die moontlikheid van navorservooroordeel grootliks uitgeskakel word.
- respondente die vraelys kon invul wanneer dit vir hulle geleë is.

Uit die voorafgaande bespreking blyk dit duidelik dat die gebruik van vraelyste wesenlike voordele inhou, maar ook beperkings op die navorsing mag plaas. Die navorser het die voordele en nadele van die gebruik van vraelyste teen mekaar opgeweeg en op grond daarvan, en van die verdedigende en ongemaklike houding van die respondente in die voorstudieonderhoud, besluit om die instrument van data-insameling te wysig en die voorstel van Schuman en Presser (1981, soos aangehaal deur Mouton & Marais, 1992) te aanvaar.

### **5.3.3. Data-insameling**

Semi-gestruktureerde vraelyste met oop vroe is saamgestel. Aangesien beide die egmaats by die ondersoekgroep betrek is, is afsonderlike vraelyste opgestel vir die pasiënt en die egmaat. Die vraelyste van beide egmaats word as aanhangsels hierby aangeheg (Aanhangsel C en D). Vroe wat in die vraelys opgeneem is, was gebaseer op temas wat na vore getree het tydens die voorstudie-onderhoude, asook die uitgebreide literatuurstudie wat die navorser onderneem het. Die eerste vraag in die vraelys, was meer algemeen van aard; die respondent kon 'n beskrywing gee van die grootste veranderings en aanpassings wat gemaak moes word na die MI. Die navorser was van oordeel dat die respondent minder bedreig sou voel deur met 'n nie-spesifieke vraag te begin, aangesien die keuse van dit wat hy/sy wou meedeel aan hom/haar oorgelaat is. Nege van die oorblywende elf vroe was meer spesifiek op aspekte soos lewenstylaanpassings, kommunikasievermoëns, rolveranderings, probleem- en kirisishantering, seksuele, sosiale en beroepslewe, emosionele funksionering en die selfbeeld van die pasiënt gerig. Die voorgenoemde is aspekte wat uit die literatuur, asook

die voorstudie onderhoude, na vore getree het as potensiële probleemareas. 'n Vraag oor die belangrikheid van en die rol wat ondersteuning in die krisis speel, is ook ingesluit. Uit die voorstudie-onderhoude het die belangrikheid van ondersteuning as 'n belangrike tema gemanifesteer. Die vraelys is afgesluit met 'n spesifieke vraag oor die impak van die MI op die kwaliteit van die egpaar se huweliksverhouding.

Volledige instruksies vir die beantwoording van die vraelys (Aanhangsel B), tesame met 'n dekbrieff (Aanhangsel A) en 'n toestemmingsbrief (Aanhangsel E) is bygevoeg. 'n Kort biografiese vraelys, asook inligting oor die siekte en medikasie wat gebruik is, vorm ook deel van die stukke.

Bogenoemde stukke is persoonlik aan een of beide van die egmaats oorhandig en in 'n informele onderhoud is meer inligting aangaande die studie oorgedra. Aangeleenthede rakende vertroulikheid is aangespreek. Daar is ook die opsie aan die egpaar gegee dat sowel die navorser as die studieleier beskikbaar sou wees indien die egpaar verder kontak wou behou of sekere aangeleenthede wat tydens die invul van die vraelys na vore gekom het, verder sou wil bespreek. 'n Telefoonnommer van beide die navorser en studieleier is aan die respondente verstrek. Waar dit nie moontlik was om die stukke aan beide egmaats te oorhandig nie, het die navorser 'n telefoniese onderhoud met die afwesige egmaat gevoer waartydens bogenoemde inligting aan die egmaat oorgedra is. 'n Maksimum tydperk van twee weke is toegelaat vir die invul van die vraelyste. Vir die pasiënte wat nog ingeskakel was by die rehabilitasieprogram het die navorser haarself ook gedurende dié tydperk beskikbaar gestel vir die beantwoording van vrae na afloop van die oefensessie by 1 Militêre Hospitaal op Woensdae en Vrydagoggende. Die protokolle is na voltooiing weer persoonlik by een of beide van die egmaats afgehaal.

#### **5.3.4 Data-ontleding**

Die navorser het besluit om die aanbevelings van kwalitatiewe navorsers Miles en Huberman (1984) as data ontledingsparadigma in hierdie studie te gebruik. Een van die belangrikste redes vir dié keuse spruit uit die belangrikheid wat Miles en Huberman (1984) heg aan aspekte soos die geldigheid en betroubaarheid van 'n studie. Om 'n breër begrip by die leser te skep van die raamwerk waarbinne die navorser haar data-analise

aangepak het, sal daar vervolgens eerstens kortliks gefokus word op Miles en Huberman (1984) se beskouing van kwalitatiewe data-ontleding.

#### **5.3.4.1 Miles en Huberman (1984) se beskouing van kwalitatiewe data-ontleding**

Volgens Miles en Huberman (1984) verskyn die data in *woorde* eerder as in syfers. Data kan op verskillende wyses versamel word (waarneming, onderhoude, uittreksels uit dokumente, bandopnames, vraelyste) en word gewoonlik in 'n mate "verwerk" voordat dit gereed is om gebruik te word (deur middel van byvoorbeeld transkripsies). Dit bly egter woorde, woorde wat georganiseer word in uitgebreide teks. Data-ontleding volgens Miles en Huberman (1984) bestaan uit drie saamvloeiende aktiwiteite, naamlik; datareduksie, data-aanbieding en die maak en verifiëring van bevindings. Dië aktiwiteite sal vervolgens kortliks bespreek word.

##### **5.3.4.1.1 Datareduksie**

Datareduksie behels die proses van seleksie, vereenvoudiging, onttrekking en transformering van die "rou" gegewens. Volgens Miles en Huberman (1984) vind datareduksie deurlopend plaas in enige kwalitatief geïntereerde projek. Selfs nog voordat enige data versamel is, het datareduksie reeds plaasgevind deur middel van die navorser se besluit oor 'n konseptuele raamwerk, navorsingsvrae en die wyse waarop die data ingesamel sal word. Tydens die data-insamelingsproses vind datareduksie verder plaas in die maak van opsommings, koderings en die onttrekking van temas.

Miles en Huberman (1984) is van mening dat datareduksie 'n deel van dataontleding is en dus as sulks beskou moet word. Die keuses wat die navorser maak in terme van watter data gekodeer moet word, wat uitgehaal moet word en wat die onderliggende temas is, is alles analisekeuses. Datareduksie is dus 'n vorm van analise wat die data organiseer ten einde "finale" bevindings te kan maak en verifieer.

#### **5.3.4.1.2 Data-aanbieding**

Miles en Huberman (1984) definieer "aanbieding" as die georganiseerde versameling van inligting wat afleidings en handeling moontlik maak. In die verlede was verhalende teks die algemeenste vorm vir die aanbieding van kwalitatiewe data. Volgens Miles en Huberman (1984) oorlaai verhalende teks die mens se inligtingsverwerkingsvermoëns, en voed dit op die mens se geneigdheid om eenvoudige patrone te vind. In die loop van hulle werk het Miles en Huberman (1984) daarvan oortuig geraak dat die beter aanbieding van data 'n belangrike toegang tot geldige kwalitatiewe analise sal bied. Alle data-aanbiedings (matrikse, grafieke, tabelle) soos deur Miles en Huberman (1984) voorgestel, is ontwerp om georganiseerde inligting in 'n onmiddellik toeganklike kompakte vorm te versamel. Dit stel die analis in staat om hom/haarself te vergewis van wat aangaan in sy navorsing ten einde geldige en aanvaarbare bevindings te kan maak, of na die volgende bruikbare stap van analise wat uit die aanbieding voortspring, oor te gaan.

Volgens Miles en Huberman (1984) is dit egter baie belangrik om weereens kennis te neem van die feit dat die skep en gebruik van dataaanbiedings 'n deel van data-ontleding is en as sodanig beskou moet word. Die ontwerp van 'n matriks of tabel vir kwalitatiewe data en die besluit watter data gebruik gaan word en in watter vorm, is analitiese aktiwiteite. Dit is belangrik om daarop te let dat bogenoemde ook 'n datareduksie-aktiwiteit is.

#### **5.3.4.1.3 Bevindings en die kontrolering van bevindings**

Die derde stap in data-analise is die maak van bevindings en die kontrolering daarvan. Reeds van die data-insamelingsfase af begin die kwalitatiewe analise betekenis heg aan sekere verskynsels en word reëlmatighede en patrone opgemerk. Alhoewel die bekwame navorser dié bevindings in sy agterkop sal hou en oop en skepties sal bly, sal dit steeds daar wees, aanvanklik vaag, maar mettertyd meer eksplisiet en gegrand. Alhoewel "finale" bevindings, volgens Miles en Huberman (1984), eers na afloop van die data-insamelingsfase na vore

mag tree, is navorsers dikwels van die begin af bewus van die bevindings, selfs al maak hulle daarop aanspraak dat hulle "induktief" te werk gegaan het.

Die maak van bevindings is volgens Miles en Huberman (1984) net die een helfte van 'n tweelingkonfigurasie. Bevindings moet ook geverifieer word soos wat die analis vorder. Verifiëring mag slegs 'n kortstondige "twyfel" in die gedagtes van die navorser wees, wat lei tot 'n vlugtige terugkeer na die datastel of veldnotas, of mag deurtastend en verfynd van aard wees, met uitgebreide redenasies en herskouings tussen kollegas ten einde 'n "intersubjektiewe ooreenstemming" te ontwikkel. Die betekenis wat uit die data na vore tree, moet *getoets* word vir stabiliteit en "aanneemlikheid", met ander woorde geldigheid. Indien verifiëring nie plaasvind nie, word die leser, volgens Miles en Huberman (1984) gelaat met interessante stories oor wat gebeur het, maar waarvan die waarheid en nut onbekend is.

Samevattend blyk dit dus dat data-analise volgens Miles en Huberman (1984), uit drie aspekte bestaan, naamlik datareduksie, dataaanbieding en data-bevindingsverifikasie en is hierdie drie strominge paralel verweef voor, gedurende en na data-insameling. Volgens hierdie beskouing vorm die drie analitiese aktiwiteite, tesame met die aktiwiteit van dataversameling self, 'n interaktiewe, sirkulêre proses. Datakodering (data reduksie) lei byvoorbeeld tot nuwe idees wat in 'n matriks of tabel saamgevat behoort te word (data-aanbieding). Die samestelling van die matriks of tabel vereis verdere datareduksie en voorlopige bevindings kan reeds gemaak word. Op grond van hierdie voorlopige bevindings mag die navorser dan byvoorbeeld besluit om nog 'n kolom by die matriks te voeg ten einde sy bevindings te toets.

#### **5.3.4.2 Voordele en beperkings van Miles en Huberman (1984) se data-ontledingsmetode**

Die belangrikheid vir Miles en Huberman (1984) van die verifiëring en kontrolering van bevindings is, volgens die navorser, 'n aspek wat baie vertrouwe wek in hulle navorsingsmetodologie. Volgens Miles en Huberman (1984) moet data-ontleding as 'n proses baie meer omvattend gedokumenteer word as wat

die geval tans is. Noukeurige dokumentering is nie net nodig vir verifikasie-  
doeleindes nie, maar ook vir die doel van leer. As kwalitatiewe navorsers is dit  
belangrik om 'n duidelike begrip te vorm van wat gebeur wanneer data  
geanaliseer word, ten einde die navorser in staat te stel om metodes te ontwikkel  
wat meer algemeen herhaalbaar is.

Die voorstelling van data op kompakte georganiseerde wyse in die vorm van  
matrikse, tabelle en grafieke is nie net van waarde vir die navorser in die data-  
bevindingsverifiërings proses nie, maar datavoorstellings maak dit ook vir die  
leser van die navorsing moontlik om met een blik na die datavoorstelling 'n  
opsommende en oorsigtelike indruk te kry van wat in die navorsing gebeur.

Uit bostaande is dit duidelik dat hierdie model erns maak met die  
verantwoordelike omgaan met die data op 'n akademies-wetenskaplike wyse, wat  
'n hoë mate van betroubaarheid en geldigheid verseker. Daar sal vervolgens  
gefokus word op die wyse waarop die navorser haar dataontledings gedoen het.

#### **5.3.4.3 Die data-ontledingsproses**

Soos reeds genoem, begin die proses van data-ontleding in kwalitatiewe  
navorsing alreeds terwyl die eerste gegewens versamel word (Miles & Huberman,  
1984). Die data is die kern van kwalitatiewe navorsing. Chenail (1995) stel dit  
soos volg: "... the main focus in qualitative research is the data itself, in all its  
richness, breadth and depth" (p.2).

'n Kort oorsig sal vervolgens gegee word van die stappe wat gevolg is om die  
analise van die ervaringstemas te voltooi:

##### **Stap 1: Oriëntering ten opsigte van protokolle**

Die eerste stap is om vertrouwd te raak met die inligting wat uit die  
twaalf vrae verkry is en alle protokolle moet eers deeglik  
deurgelees word. Omdat die navorser in dié stadium ook reeds 'n  
deeglike literatuurstudie gedoen het, is dit belangrik om by die



lees van die protokolle te fokus op idees buite die navorser se eie verwysingsraamwerk en te fokus op dit wat "onverwags" of "nuut" is. Die protokolle moet dan opsy gesit word en na 'n week of twee weer deurgelees word. Weer eens moet die navorser 'n bewuste poging aanwend om te fokus op dit wat "nuut en onverwags" mag wees en met die eerste deurlees misgekyk is. Hiermee was die oriënteringsproses afgehandel.

**Stap 2: Afbakening van betekenseenhede**

Die navorser lees die protokolle nog stadiger deur en merk elke keer waar 'n oorgang in betekenis waarneembaar is. Die betekenseenhede kom spontaan na vore by die lees en herlees van die beskrywing (Giorgi, 1985). Betekenseenhede mag opgemerk word wanneer daar 'n oorgang waargeneem word van een betekenisnuanse na 'n ander. So 'n betekenseenheid staan in die konteks van ander betekense wat ook in verhouding met mekaar staan (Giorgi, 1985).

**Stap 3: Die eliminerings van protokolle**

Hierdie stap behels die eliminerings van protokolle vanweë die omvang van die ondersoek. Tien van die sestien protokolle is gekies om verder ondersoek te word. Die tien protokolle wat ingesluit is, is gekies op grond van die volledigheid en rykheid van die inligting in die beskrywings van die respondente.

**Stap 4: Omskrywing van die ervaringstemas**

In hierdie stap word die geïdentifiseerde betekenseenhede in sielkundige terme beskryf ten einde die fenomeen eksplisiet te maak en word tematiese eenhede geskep. Die navorser verwys na hierdie tematiese eenhede as ervaringstemas. Die navorser kan verwag dat die identifikasie van nuwe temas noodwendig sal

afneem namate meer protokolle geanaliseer word, met die hoogste voorkoms van identifikasie in die eerste paar protokolle. Diè verskynsel berus op die beginsel van teoretiese versadiging.

Tot dusver is die leser ingelig oor die doel van die studie, die navorsingsontwerp wat die navorser gebruik het ter bereiking van die navorsingsdoelwitte, asook die navorsingsproses en die wyse waarop die data ontleed sal word. Vervolgens sal die navorser aandag skenk aan die belangrike aspekte van geldigheid en betroubaarheid, asook die navorser se pogings om die geldigheid en betroubaarheid van hierdie studie te verhoog. Ter afsluiting van die hoofstuk sal die navorser fokus op die etiese implikasies van die studie.

#### **5.4 Geldigheid**

Volgens Mouton en Marais (1992) het die term interne geldigheid betrekking op die akkuraatheid en werklikheidsgetrouheid van die bevindings wat deur 'n bepaalde studie in verband met die domeinverskynsel(s) wat bestudeer is, gegeneer is. 'n Projek het dus intern geldige resultate opgelewer as die konstrakte wat gemeet is, geldige metings opgelewer het, die ingesamelde data akkuraat en betroubaar is, die ontledings getrou bly aan die data, en die finale gevolgtrekkings deur die data ondersteun word. Die term eksterne geldigheid het betrekking op 'n verdere stap, naamlik dat die bevindings van 'n bepaalde projek ook veralgemeenbaar is tot alle soortgelyke gevalle: die bevindings besit dus 'n wyer geldigheid as net ten opsigte van die projek waarbinne dit gegeneer is. Dus kan geen navorsing op eksterne geldigheid aanspraak maak alvorens dit nie ook interne geldigheid besit nie. Navorsing van kontekstuele belang, soos in die geval van hierdie studie, gee dus die hoogste prioriteit aan interne geldigheid, en veral inferensiële geldigheid.

Volgens Mouton en Marais (1992) dui inferensiële geldigheid op die geldigheid van logiese inferensies (induktief en deduktief) wat tydens die navorsingsproses gemaak word. Indien die navorsingsproses korrek as 'n logiese argument getipeer kan word, moet enige stuk navorsing vanselfsprekend dan ook aan die basiese reëls van die logika (die reëls van geldige redenasie) beantwoord. Deursigtigheid is baie belangrik. Resultate en data-analise moet deursigtig wees sodat die leser kan sien waarom die navorser 'n

bepaalde interpretasie verkies het bo 'n ander. Dit is egter volgens Mouton en Marais (1992) baie moeilik om rigiede reëls vir inferensiële geldigheid te formuleer, aangesien die inferensiële proses 'n denkproses is. Wright (1982) stel die volgende voor: Die navorser moet homself/haarself deurgaans afvra of 'n alternatiewe gevolgtrekking nie uit die beskikbare getuienis gemaak kan word nie. Solank as wat 'n alternatiewe en ewe geloofwaardige gevolgtrekking uit die data gemaak kan word, bied die data nog nie voldoende (of afdoende) getuienis vir sy gevolgtrekking nie.

Uit die voorafgaande bespreking blyk dit duidelik dat die bereiking van inferensiële geldigheid in 'n navorsingstudie groot uitdagings aan die navorser stel. Mouton en Marais stel (1992, p 119) dit soos volg:

*"Die bereiking van inferensiële geldigheid is dus wel een van die moeiliker geldigheidsoorwegings in die geesteswetenskaplike navorsing. Meer as in enige van die ander fases van die navorsingsproses, vereis dit van die navorser sistematiese en kritiese denke."*

Miles en Huberman (1984) sluit by Mouton en Marais (1992) in dië verband aan en is van mening dat geldigheid in kwalitatiewe navorsing 'n aangeleentheid is wat indringend aangespreek behoort te word. Volgens hulle is die grootste probleem in kwalitatiewe navorsing die afwesigheid van wette en besluitnemingsreëls wat 'n aanduiding aan die navorser kan gee of sy/haar bevindings geldig is, en of die prosedures wat gevolg word, betroubaar genoeg is. Volgens Miles en Huberman (1984) is hierdie situasie besig om te verander, maar is die verandering baie stadig.

Miles en Huberman (1984) is verder van mening dat die kwalitatiewe navorser besonder waaksaam moet wees en ingestel moet wees op die talle bronne van potensieel analitiese vooroordeel wat bevindings kan verswak of selfs ongeldig kan maak. In hulle poging om die navorser te ondersteun, het Miles en Huberman (1984) verskeie riglyne geformuleer waardeur bevindings getoets en bevestig kan word ten einde die geldigheid van 'n studie te verhoog. In die navorser se poging om geldigheid in haar eie navorsing te verseker, maak sy gebruik van sommige van die riglyne soos gepostuleer deur Miles en Huberman (1984).

## 5.4.1 Interne Geldigheid

Ten einde interne geldigheid in die onderhawige studie te verseker, het die navorser sekere maatreels gevolg wat vervolgens bespreek sal word.

### 5.4.1.1 Kontroleer vir navorserinvloed

Volgens Miles en Huberman (1984) is twee moontlike bronne van navorsingsvooroordeel hier van belang, naamlik:

- (a) die invloed wat die navorser op die navorsingsomgewing het; en
- (b) die invloed wat die navorsingsomgewing op die navorser het.

Volgens Miles en Huberman (1984) is dit belangrik om bogenoemde in gedagte te hou, aangesien hierdie bronne van navorsingsvooroordeel data-analise sterk kan beïnvloed sowel gedurende, as na data-insameling.

Navorsersvooroordeel (a) kom tot stand in die wyse waarop die respondente reageer op die teenwoordigheid van die navorser. Hulle mag byvoorbeeld 'n persona aanneem wat vir buitestaanders gereserveer word ten einde hulle eie belange te beskerm. Respondente mag implisiet of eksplisiet die navorser se pogings kniehalter omdat hulle hom as lastig en indringerig beleef. Volgens Miles en Huberman (1984) kan baie van hierdie navorsingsvooroordeel uitgeskakel word indien die navorser die vertrouwe van die respondente wen, hulle deeglik inlig oor die aard van die navorsing, die wyse waarop data ingesamel sal word en wat met die resultate beoog word.

Navorsersvooroordeel (b) ontstaan wanneer die navorser te betrokke raak by die respondente of 'n koue, ondersoekende houding aanneem. Beide strategieë sal volgens Miles en Huberman (1984) waarskynlik 'n invloed hê op die data wat ingesamel word.

In 'n poging om die invloed te verminder wat die navorser op die navorsingsomgewing mag hê, het die navorser die wyse van data-insameling verander van 'n kliniese onderhoud as data-insamelingsinstrument na 'n semi-gestruktureerde oop vraelys. Die navorser het op hierdie wysiging besluit om die volgende redes:

- (a) Ten spyte van die feit dat die navorser die respondente deeglik ingelig het oor die doel van die navorsing, asook die doel van die spesifieke onderhoude, het die respondente betrokke by die voorstudie-onderhoude die onderhoudsituasie, en dus die navorser se teenwoordigheid, nog steeds as bedreigend beleef. Die inligting wat hulle verskaf het was in 'n atmosfeer van "versigtigheid" gegee en dit was duidelik dat die respondente dit moeilik gevind het om oor sommige aspekte te gesels. Die teenwoordigheid van die ander egmaat het waarskynlik ook 'n bydra gelewer tot die weerstand wat die egpaar geopenbaar het in die voer van die onderhoude.
- (b) Drie van die ses respondente het aan die navorser genoem dat hulle gemakliker sou gevoel het met die invul van 'n vraelys. Die afleiding is dus gemaak dat hulle nie net die invul van vraelyste geriefliker sou vind nie, maar dat die egpaar, omdat hulle minder bedreig voel in die afwesigheid van die navorser, eerliker en openliker sou wees in die aanbieding van hulle beskrywings.

Alhoewel die navorser in die loop van die data-insamelingsproses gepoog het om nie té betrokke te raak by die respondente nie, was sy en haar studieleier gedurende hierdie tydperk deurlopend beskikbaar vir navrae of ondersteuning waar daar 'n behoefte daarvoor bestaan het. Die navorser het probeer om die invloed wat die navorsingsomgewing op haar mag hê, op dié wyse te beperk.

#### **5.4.1.2 Triangulering**

Alhoewel Miles en Huberman (1984) die term triangulering gebruik, word daar ook na hierdie term verwys as "intermetodiese kruisvalidasie" of "meervoudige-

validasieprosedures" en is dit 'n term wat betrekking het op die betroubaarheid van navorsingsbevindings. Al hierdie begrippe dui op die gebruik van verskeie metodes wat mekaar aanvul en onderlinge nadele korrigeer. Eenvoudig beskou, is triangulasie veronderstel om 'n bevinding te ondersteun deur te bewys dat onafhanklike metings van sodanige bevinding daarmee saamstem of dit ten minste nie weerspreek nie. Die meetinstrumente wat gebruik word, is egter nie volmaak nie, aangesien die navorser die instrumente dikwels ter plaatse moet skep, en min bekend is oor hulle geldigheid en betroubaarheid. Verder is sulke meetinstrumente ook onvolmaak in dië sin dat hulle meesal uit dieselfde bron afkomstig is, naamlik waarnemings wat gemaak is of gesprekke wat op band opgeneem is deur die navorser alleen. Wanneer dieselfde instrument, in dié geval dieselfde persoon, beide 'n bevinding bevestig en versterk, mag dit lei tot 'n potensiële kognitiewe konflik in belangstelling.

Navorsingsvooroordeel is volgens Miles en Huberman (1984) egter nie uitsluitlik 'n gegewe nie. Dit kan uitgeskakel word deur 'n *modus operandi*-benadering te volg en op dieselfde wyse as 'n mediese dokter, 'n pasiënt ondersoek ten einde bevindings te staaf en te bevestig ('n diagnose maak), sonder om veel verfynde instrumente te gebruik. Die kwalitatiewe navorser pas hierdie *modus operandi*-benadering toe wanneer hy meervoudige gevalle van sy bevindings uit verskillende bronne waarneem of aanhoor en dië bevindings vergelyk met ander toepaslike bevindings. Miles en Huberman (1984, p.235) wys daarop dat daar weer eens verwys word na analitiese induksie. Hulle spreek hulleself soos volg uit:

*"Perhaps our basic point is that triangulation is a state of mind. If you self-consciously set out to collect and double-check findings, use multiple sources and modes of evidence, the verification process will largely be built into the data-gathering process, and little more need to be done than to report on one's procedures"* (Miles & Huberman, 1984, p.235).

Die navorser het gepoog om alle beskikbare pasiënte en hulle eggenotes wat voldoen het aan die gestelde kriteria by die studie in te sluit. Die oogmerk was

om soveel databronne as moontlik te versamel ten einde bevindings met mekaar te vergelyk.

#### **5.4.1.3 Die verleen van gewig aan getuienis of bewyse**

Navorsers word dikwels gekonfronteer met data uit verskeie bronne en moet dan 'n oordeel fel ten opsigte van die aard of aanvaarbaarheid van sodanige data. Alhoewel daar 'n wye verskeidenheid redes bestaan waarom sommige data "beter" of "swakker" as ander data mag wees, is die aangeleentheid wat hier ter sprake is, een van geldigheid. Miles en Huberman (1984) verskaf 'n paar verwysingspunte wat die navorser kan gebruik in sy besluit om meer gewig aan sommige data te verleen as aan ander.

Eerstens is die data afkomstig van sommige informante "beter" as data afkomstig van ander. Dit kan byvoorbeeld wees dat die informant hom beter kan uitdruk en reflekteer en dit geniet om oor gebeure en prosesse te gesels. Of, die informant kan moontlik oor baie kennis beskik en naby die gebeurtenis of proses wees waarin die navorser belangstel.

Tweedens, kan die omstandighede waaronder die data ingesamel is, die data versterk of verswak. Data wat na herhaalde kontak met die respondente ingesamel is, mag as "sterker" data na vore tree as data wat kort na die aanvang van die studie versamel is. Net so mag data wat regstreeks waargeneem of gerapporteer is, as "sterker" beskou word as data wat tweedehands ontvang is.

Laastens mag die kwaliteit van die data beter wees as gevolg van die navorser se validasiepogings, wat die volgende kan insluit:

- Kontrolering vir navorserinvloed en -vooroordeel
- Kontrolering vir verteenwoordiging
- Die terugvoering wat van informante ontvang word
- Triangulering
- Waak teen misleiding; en
- Oop bly vir alternatiewe motiewe.

Vanweë die beperkte aantal respondente wat voldoen het aan die kriteria vir insluiting in die studie, moes die navorser alle beskikbare data gebruik. In 'n poging om die respondente te motiveer om soveel inligting as moontlik te verskaf, het die navorser die volgende gedoen:

- Persoonlik en/of telefonies met die respondente kontak gemaak en die belangrikheid van die navorsing en hulle deelname daaraan benadruk.
- In die instruksies oor hoe om die vrae te beantwoord is die respondente versoek om soveel inligting as moontlik oor die betrokke vraag te gee, ook dit wat hulle dalk as minder belangrik beskou.
- Oop vrae is gestel, wat dit moeilik gemaak het vir die respondent om net met 'n ja of nee te antwoord. Verder het die navorser ook leiding verskaf met betrekking tot die tipe inligting wat sy verlang het. Dit het die moontlikheid verminder dat 'n respondent 'n vraag sou uitlaat of verkeerd verstaan net omdat hy nie duidelikheid het oor wat die navorser verlang nie. Deur 'n groot aantal vrae te stel (twaalf) het die navorser gepoog om 'n verteenwoordigende stel vrae te vra, wat die totale studieveld te dek.

Ten spyte van bogenoemde pogings deur die navorser was data afkomstig van sommige van die respondente beslis "beter" as dié afkomstig van ander, in die sin dat vrae deur sommige respondente volledig beantwoord is en dus meer inligting bevat het as die van ander.

#### **5.4.1.4 Die identifisering van derde veranderlikes**

Volgens Miles en Huberman (1984) is dit baie belangrik dat die navorser die gevolgtrekking waartoe hy gekom het, byvoorbeeld dat A tot B lei, moet verifieer aangesien 'n derde veranderlike moontlik 'n invloed op beide A en B kon uitoefen en A en B dus tot stand gebring het. Volgens Miles en Huberman (1984) is dit nie altyd maklik om 'n moontlike derde veranderlike te identifiseer nie, veral nie as die aanvanklike gevolgtrekking sinvol is nie. Hulle stel voor dat 'n kundige, maar onafhanklike kollega genader word om te help in die identifisering van die derde veranderlike.



In die navorsing se poging om ander veranderlikes uit te sluit, het sy soos volg te werk gegaan:

- Ten einde die aanpassingsproses wat die egpaar na 'n MI deurgaang, te isoleer van ander aanpassingsprosesse, soos bevoorbeeld 'n onlangse/nuwe huwelik, is die kriteria van 10 jaar of langer getroud gestel. Alle veranderlikes kon egter nie gekontroleer word nie, byvoorbeeld kinders wat die huis verlaat.
- Ook is daar gekontroleer vir die aanwesigheid van ander kroniese siektetoestande wat 'n invloed op die aanpassingsproses kon gehad het en is diè so ver moontlik geëlimineer. Uit die aard van die siektetoestand MI, is siektetoestande soos hipertensie egter dikwels ook aanwesig.

#### **5.4.1.5 Duplisering van bevindings**

Volgens Miles en Huberman (1984) is duplisering die grondslag van navorsing. Indien die navorsing sy bevindings binne 'n nuwe konteks of ander deel van sy databasis kan dupliseer, kan dit as betroubaar beskou word. As iemand anders dit kan dupliseer, nog beter. Duplisering kan op verskeie wyses uitgevoer word. Die mees basiese lê in die insameling van nuwe data ten einde die geldigheid van die ou data te toets. Ietwat meer betroubaar is die toets van 'n klaarblyklike hipotese in 'n ander deel van die datastel. Dit lei tot die "as/dan"-redenering: As ek dit hier vind, dan behoort ek dit - of iets samehangend daarmee - ook daar te vind. Voorsiening vir duplisering moet vroeg in 'n studie gemaak word anders gaan dit nie plaasvind nie, aangesien daar uiteindelik te min tyd gaan wees en te veel inligting wat nog saamgestel moet word.

In die navorsing het die navorsing sestien datastelle (agt protokolle elk vanaf die pasiënte en hulle eggenotes) gebruik in 'n poging om bevindings te dupliseer met die doel om dit te kontroleer en te vergelyk.

#### **5.4.1.6 Die nagaan van teenstrydige verduidelikings**

Volgens Miles en Huberman (1984) is die soeke na teenstrydige verduidelikings dikwels deegliker in kwalitatiewe navorsing as in die meeste laboratoriumstudies en is dit ook redelik maklik om te doen. Die vaardige navorser is op soek na die mees aanneemlike, empiries gegronde verduidelikings van gebeure vanuit verskeie bronne. Hy is nie net op soek na 'n enkele beskouing nie, maar na die beste van verskeie alternatiewe beskouings. Volgens Miles en Huberman (1984) lê die geheim daarin om verskeie, moontlik teenstrydige verduidelikings in gedagte te hou, totdat een toenemend meer aanneemlik word as gevolg van meer, sterker en 'n groter verskeidenheid bronne van bewyse.

Dit is egter belangrik dat die navorser nie te vroeg in sy navorsing alternatiewe verduidelikings moet verwerp nie, aangesien die verwerping daarvan tot navorsersvooroordeel kan lei. Dit is egter net so belangrik dat die navorser nie te lank wag voordat alternatiewe verduidelikings uitgeskakel word nie, aangesien herhaalde ondersoeke na alternatiewe verduidelikings die datastel aansienlik kan vergroot. Volgens Miles en Huberman (1984) moet die navorser diskrepante inligting - inligting wat net nie "pas" nie - vasvat en nie poog om dit weg te redeneer in terme van die navorser se aanvaarbaarste verduideliking nie, maar moet hy dit eerder saamdra en homself afvra watter alternatiewe saak met dië fragmente van inligting opgebou kan word en dit verder ondersoek.

Tydens die eerste stap van data-analise (oriëntering ten opsigte van protokolle) was dit baie belangrik dat die navorser op idees moes fokus wat buite die raamwerk van die literatuurstudie wat die navorser onderneem het, val. Deur haar op dië wyse oop te stel vir dit wat "nuut" of "onverwags" is, kon die navorser ook op alternatiewe beskouings fokus in haar poging om die aanneemlikste verduidelikings te gee.

#### **5.4.2 Eksterne geldigheid**

Die term eksterne geldigheid het betrekking op 'n verdere stap, naamlik dat die bevindings van 'n bepaalde projek ook veralgemeenbaar is tot alle soortgelyke gevalle:

die bevindings besit dus 'n wyer geldigheid as net die projek waarbinne dit gegeneer is. Eksterne geldigheid en veralgemeenbaarheid kan dus tereg as sinonieme beskou word (Mouton & Marais, 1992). Soos reeds genoem, gee navorsing van kontekstuele belang, soos hierdie studie, baie hoër prioriteit aan interne geldigheid as eksterne geldigheid en sal eksterne geldigheid of die veralgemeenbaarheid van 'n studie, dus net kortliks behandel word.

Vanweë die feit dat kwalitatiewe navorsers dikwels alleen werk sonder enige gestandaardiseerde of gevalideerde meetinstrumente, mag hulle die risiko loop om ontoepaslike veralgemenings van spesifieke gevalle te maak. Volgens Miles en Huberman (1984) kan verskeie aspekte die verteenwoordigendheid van 'n studie beïnvloed, naamlik:

- as die navorser slegs respondente in sy studie insluit wat maklik bereikbaar is,
- as die navorser nie altyd teenwoordig kan wees nie en afleidings moet maak uit gebeure wat plaasgevind het waar hy nie teenwoordig was nie.

Alhoewel die respondente wat die navorser in haar studie ingesluit het, 'n mate van homogeniteit toon (almal weermagdele en hulle gades wat betrokke was of is by die kardiaal-rehabilitasieprogram), is die resultate nie in so 'n mate daardeur beïnvloed dat dit die bevindings ongeldig maak nie. Sowel die homogene aard van die groep as die *ex post facto*-aard van die navorsing plaas egter beperkings op die veralgemeenbaarheid van die studie. Die aard en rasionaal van beskrywende kwalitatiewe navorsing moet egter nie uit die oog verloor word nie: dat dit navorsing is wat gerig is op die beskrywing en interpretasie van sosiale fenomene en nie so seer op die veralgemening van bevindings nie. Hiermee wil die navorser egter nie impliseer dat die eksterne geldigheid in 'n beskrywende kwalitatiewe navorsingstudie onbelangrik is nie.

Kwalitatiewe navorsers poog om die eksterne geldigheid in hulle navorsing te verhoog deur die proses van teoretiese versadiging of saturasie. Dit is die punt waar die navorser min nuwe gegewens ontdek. Strauss en Corbin (1990) is van mening dat die einddoel van enige kwalitatiewe navorsingstudie teoretiese versadiging is. Gilgun (in Gilgun et al., 1992) noem egter dat hy daarvan oortuig is dat hy nog nooit teoretiese versadiging in navorsing bereik het nie. Hy beskou sy bevindings as tentatief en dus oop vir modifikasie

deur ander navorsers en sy eie opeenvolgende navorsing. Dit impliseer dus dat kwalitatiewe navorsing van hierdie aard deel is van 'n navorsingsproses wat ander navorsers uitnoui om die proses verder te neem.

Met die ontleding van die data vir hierdie studie het die navorser kennis gemaak met die konsep van teoretiese versadiging. Die voorkoms van nuwe temas was die hoogste in die eerste paar protokolle wat ontleed is. Baie min of selfs geen nuwe temas het na vore getree in die ontledings van die laaste protokolle nie. Alhoewel die navorser saamstem met Gilgun (in Gilgun et al., 1992) se siening dat die navorser in sy navorsing waarskynlik nooit 'n punt van volkome teoretiese versadiging kan of sal bereik nie, blyk dit tog asof die navorser wel 'n punt kan bereik waar meer data nie veel tot die navorsingsbevindings kan bydra nie.

## **5.5 Betroubaarheid**

Die sentrale geldigheidsoorweging in die proses van data-insameling is betroubaarheid, dit wil sê of die toepassing van 'n (geldige) meetinstrument op verskillende ondersoekgroepe onder verskillende omstandighede tot dieselfde waarneming sal lei (Mouton & Marais, 1992).

Alvorens die prosedures wat gebruik is om betroubaarheid te verseker, bespreek word, is dit belangrik om daarop te wys dat betroubaarheid nie die geldigheid van resultate waarborg nie (Fiedelely, 1991). Ten einde die betroubaarheid van hierdie studie te verhoog volg die navorser die aanbevelings van kwalitatiewe navorsers Miles en Huberman (1984) in die ontleding van die data. Miles en Huberman (1984) stel voor dat twee afsonderlike navorsers dieselfde datastel kodeer en hulle aanvanklike verskille en probleme bespreek. Dubbele-kodering help nie net met definisiesuiwerheid nie, maar dien ook as 'n goeie kontrole vir die betroubaarheid van die studie. Volgens Miles en Huberman (1984) moet die navorser nie verwag dat die aanvanklike interkoderingsbetroubaarheid 70 persent sal oorskry nie, aangesien kodeerders verskillende voorkeure mag hê. Die verskille wat bestaan, moet egter bespreek en opgeklaar word.

Om die interkodeerder/waarnemer-betroubaarheid of konsensus (die mate waarin 'n prosedure onder verskillende omstandighede herhaal kan word) te bepaal, sal een protokol toevallig geselekteer en onafhanklik ontleed word deur 'n tweede analis. Die analis sal dieselfde metode van analise toepas as die navorser, met ander woorde hy/sy moet betekenis-eenhede identifiseer en nuwe ervaringstemas skep en sielkundig omskryf soos wat nuwe temas waarneembaar sigbaar word of uit die protokol na vore tree. Geen ervaringstemas sal vir verwysing verskaf word nie. In hierdie studie is 'n interbeoordelaar-ooreenstemmingspersentasie van 75% verkry.

Verder stel Miles en Huberman (1984) voor dat die navorser sy eie werk dubbel-kodeer. Die navorser moet 'n gedeelte van die datastel dadelik kodeer en 'n paar dae later dieselfde datastel herkodeer (op 'n ongekodeerde kopie), ten einde die kwaliteit van interne konstantheid te bepaal. Hier kan die navorser 'n hoër aanvanklike kodering-herkoderingsbetroubaarheid verwag, nader aan 80 persent. Uiteindelik behoort beide intra- en interkoderings-ooreenstemming bo 90 persent te wees.

Om die intra-waarnemerbetroubaarheid of stabiliteit (die mate waarin 'n prosedure konstant is oor 'n tydperk) van die tematiese prosedure te toets, sal die navorser die transkripsies van twee protokolle (een van 'n pasiënte en een van 'n eggenote) tematies ontleed. Twee stalle fotokopieë sal van genoemde protokoltranskripsies gemaak word en die tematiese eenhede sal benoem en sielkundig omskryf word soos wat hulle geïdentifiseer word. Na twee weke sal die tweede stel kopieë van dieselfde protokoltranskripsies weer tematies ontleed word en die plekbepaling, naam en omskrywing van elke tematiese eenheid vergelyk word met die eerste analise. Die ooreenstemming tussen die twee lysse vir die studie was 85,7%.

## **5.6 Die etiese implikasies van die navorsing**

In die beplanning en uitvoering van haar navorsing was dit belangrik dat die navorser verskeie aspekte met betrekking tot die etiese implikasies van die navorsing in gedagte moes hou. Dië aspekte sal vervolgens kortliks bespreek word.

### **5.6.1 Privaatheid en vertroulikheid**

Tydens die navorsingsproses word die privaatheid van respondente binnegedring en moet hierdie aspek te alle tye gerespekteer word. Ten einde die respondente wat deelgeneem het aan die studie se privaatheid te beskerm, is hulle absolute vertroulikheid belowe. Hierdie belofte van vertroulikheid was sigbaar in die anonieme wyse waarop die navorser die inligting ingesamel het. Vir die doeleindes van data-ontleding is elke protokool net met 'n nommer gekenmerk. Die navorser het ook skriftelike toestemming van die respondente ontvang dat die navorsingsresultate wat verkry word, slegs vir navorsingsdoeleindes gebruik mag word.

### **5.6.2 Vrywillige ingeligte toestemming**

Die navorser het die doel en belangrikheid van die navorsing duidelik aan die respondente gestel, hetsy persoonlik en/of telefonies. Dit was vir die navorser belangrik dat die respondente se deelname aan die studie op 'n vrywillige, ingeligte besluit gebaseer moes wees, vanweë die sensitiewe aard van die studie.

### **5.6.3 Moontlike effek van navorsing**

Dit was belangrik dat die navorser ag moes slaan op die moontlikheid dat die navorsing 'n invloed kan hê op die respondente betrokke by die studie, in dié sin dat hulle ongemaklik en angstig mag voel, maar ook dat die navorsing kan lei tot verhoogde gewaarwording en insig, nabetragting en so meer. Vanweë die feit dat van die vrae in die vraelys met die beantwoording daarvan tot selfondersoek en introspeksie kan lei, asook tot 'n evaluerende blik op die egmaat en die verhouding tussen die egpaar, het die navorser die egpare versoek om nie hulle response op die vrae met mekaar te deel of vraelyste uit te ruil nie. Die beweegrede hiertoe was die waarskynlike aanwesigheid (gegrond op die literatuurstudie) van onopgeloste aangeleenthede tussen die egpaar. Aangesien beide die navorser en studieleier bedag was op probleme wat moontlik in dié verband kan ontstaan, het die studieleier onderneem om die navorser by te staan in die hantering van probleme, of om die probleme na gelang van die aard daarvan, self te hanteer.

Sowel die navorser as die studieleier was deurgaans telefonies beskikbaar. Die navorser het haarself ook gedurende diè tydperk twee oggende per week beskikbaar gestel (na die kardialerehabilitasie-oefenprogram by die 1 Militêre Hospitaal) vir die hantering van navrae met betrekking tot die voltooiing van die vraelyste.

#### **5.6.4 Respondente se reg op insae in navorsingsresultate**

'n Artikel vir publikasiedoeleindes sal opgestel word, waarin die navorsingsresultate beskikbaar sal wees vir hulle insae.

Uit die voorafgaande bespreking is dit duidelik dat die etiese aangeleentede met betrekking tot die navorsing met groot omsigtigheid benader en gehanteer moes word. Nie net kon swak etiek verwoestende gevolge vir die navorser op professionele gebied inhou nie, maar verdien die respondente betrokke by die navorsing niks minder as om met die hoogste respek, menslikheid, sensitiwiteit en begrip gehanteer te word nie. Nou dat die navorsingsmetode van toepassing op die onderhawige ondersoek volledig bespreek is, kan die analise van die protokolle in die volgende hoofstuk behandel word.

## 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 belewing en hantering van gevoelens van angs, depressie en frustrasie
- Selfbelewenis 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	<b>Wat was die grootste veranderings en aanpassings wat u moes maak na u hartaanval? Hoe het u hierdie veranderings en aanpassings beleef en hanteer?</b>	
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.	<b><u>Konfrontasie met eksistensiële vrae oor die lewe en die dood</u></b>  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.	<b><u>Retrospektiewe en introspektiewe evaluering van sy lewe</u></b>  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	<b><u>Dwangmatige aanpassing in lewenstyl</u></b>  PA beleef die aanpassings wat hy in sy lewenstyl moes maak na sy MI as geforseerd.
4	Bestuur van inspanning en spanning.	<b><u>Hantering van spanning/stres en inspanning</u></b>

		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.	<b><u>Konfrontasie met die realiteit van sy eie sterflikheid</u></b>  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?	<b><u>Besorgdheid oor die versorging van sy gesin na sy dood</u></b>  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?	<b><u>Konfrontasie met sy verhouding met sy Skepper</u></b>  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?	<b><u>Besorg oor die toekoms van sy gesin</u></b>  Hy word geteister met vrae rakende sy gesin en hulle welstand indien hy sou sterf. PA wonder of die basiese voorsorgmaatreëls getref is.
<b>Vraag 2</b>	<b>Het 'n verandering in lewenstyl 'n impak op die huweliksverhouding gehad? (Bv. Dieetverandering, staak van rookgewoonte, drinkgewoontes, gereelde oefening, ens.)</b>	
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.	<b><u>Beide antisipeer lewenstylverandering – probleme rakende aanpassing beïnvloed nie verhouding nie</u></b>  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	<b><u>Volgehoue oefening word belemmer deur gebrek aan verbintenis en motivering</u></b>  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.
<b>Vraag 3</b>	<b>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?</b>	
11	Was nooit 'n goeie kommunikeerder nie – is steeds nie.	<b><u>Pre- en postmorbiede onvermoë om te kommunikeer</u></b>  PA voel dat hy nog nooit 'n goeie kommunikeerder was/is nie.
12	Het redelike oop gesprek gevoer oor die gedwonge lewenstylveranderings.	<b><u>Kommunikeer oor gedwonge lewenstylaangepassings</u></b>  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.	<b><u>Sy beleving van sy MI stem nie ooreen met sy verwagtings daarvan nie</u></b>  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.	<b><u>Evalueer homself as basies gesond – gesin kommunikeer selde oor MI</u></b>  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.
<b>Vraag 4</b>	<b>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.)</b>	
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.	<b><u>Ambivalente/inkonsekwente optrede met betrekking tot taakverrigting</u></b>  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.	<b><u>Behoeftte aan ondersteuning en begrip word gefrustreer</u></b>  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.
<b>Vraag 5</b>	<b>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?</b>	
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.	<b><u>Omdat hy geen skade oorgehou het nie, was daar geen verandering in die wyse waarop probleme en krisisse gehanteer word nie</u></b>  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.
18	Ek sou dit sekerlik nie kan hanteer as ek soos 'n invalide behandel word nie.	<b><u>Behoeftte om as onafhanklike persoon te funksioneer</u></b>  PA rapporteer dat dit vir hom onaanvaarbaar sou wees indien ander hom nie soos 'n onafhanklike, selfstandige individu sou behandel nie.
<b>Vraag 6</b>	<b>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?</b>	
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.	<b><u>Min verandering in die patroon van hulle sosiale lewe omdat hy lig daarvan afgekom het</u></b>  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.
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.	<b><u>MI lei tot groter waardering vir mekaar ook op sosiale vlak</u></b>  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

		meer waardeer as gevolg daarvan.
<b>Vraag 7</b>	<b>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?</b>	
21	Aanvanklike gevoelens van angs en frustrasie – met gepaardgaande nutteloosheid – het 'n effense spanning en ongeduldigheid van albei kante ontlok.	<b><u>Aanvanklike gevoelens van angs, frustrasie en nutteloosheid lei tot spanning en ongeduld by beide</u></b>  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.	<b><u>Beleef eggenote soms as gevoelloos en sonder begrip</u></b>  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.	<b><u>Meer ongeduldig en onverdraagsaam na MI, wat lei tot spanning in die verhouding</u></b>  Volgens PA se eggenote is hy meer ongeduldig en onverdraagsaam na sy MI. Sy ongeduld en onverdraagsaamheid skep spanning in die verhouding.
<b>Vraag 8</b>	<b>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?</b>	
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?	<b><u>Selfbelevens verander nie – bepaal dit deur 'n selfevaluasie</u></b>  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	<b><u>Groter waardering van die lewe in die algemeen en spesifiek sy huweliksverhouding in konteks met verlede</u></b>  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.
<b>Vraag 9</b>	<b>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?</b>	
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.	<b><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></b>  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.
27	Voel of egmaat nie verstaan onder watter spanning ek tans funksioneer nie – geen meelewing nie.	<b><u>Gebrekkige begrip van eggenote mbt beroepstres waaronder hy funksioneer</u></b>  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 dië verband nie.
<b>Vraag 10</b>	<b>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?</b>	
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.	<b><u>Na aanvanklik versigtigheid keer verhouding terug na vlak voor MI – 'n lae prioriteitsverhouding</u></b>  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

		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.
<b>Vraag 11</b>	<b>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.).</b>	
29	Baie faktore het krag verskaf nl. Ondersteuning van gesin ondersteuning van vriende	<b><u>Ondersteuning van gesin en vriende gee krag</u></b>  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.	<b><u>Strewe na 'n sinvoller lewe/visie vir 'n beter toekoms</u></b>  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	<b><u>Geloof gee krag en word versterk deur krisis</u></b>  PA se geloof het ook aan hom krag gegee en is deur die krisis versterk.
<b>Vraag 12</b>	<b>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?</b>	
32	Hartaanval het in 'n sekere sin 'n verrykende invloed gehad deurdat ons waarskynlik meer kwaliteit tyd saam spandeer.	<b><u>MI as verrykende invloed op sy huweliksverhouding, bring meer kwaliteit tyd saam deur</u></b>  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.	<b><u>Gevoelens van irritasie oor sy omstandighede – blameer self daarvoor</u></b>  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	<b><u>Bekommerd oor onverskilligheid tov lewenstylaanspassing ten spyte van eggenote se vermanings</u></b>

	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 oornam 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 reëlins 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: Huwelikskwaliteit**

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!	<p><b><u>Dieetaanpassings en om hom kalm te hou, was die grootste aanpassing na MI</u></b></p> <p>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 maar handdoek ingegooi het, moed opgegee het – in 'n poging om konflik te vermy. EA beleef konflik om hom aan te</p>

		spreek oor dieet, wat tot verdere konflik gelei het. Beide is negatief vir sy gesondheid.
<b>VRAAG 2</b>	<b>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.)</b>	
2	Sien vorige bl 1 ivm die dieet. Die feit dat hy nie by sy dieet hou nie, het konflik veroorsaak.	<b><u>Eggenoot se gebrekkige verbintenis tot dieetverandering lei tot konflik</u></b>  EA is van oordeel dat haar eggenoot se gebrekkige verbintenis tot 'n gesonde dieet konflik in die huwelik veroorsaak.
<b>VRAAG 3</b>	<b>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?</b>	
3	Wanneer ek iets aangespreek het, het hy gewoonlik kwaad geraak! Veral oor sy eetgewoontes! Ons kon nog nooit werklik oop kommunikeer nie.	<b><u>Pre- en postmorbiede kommunikasieprobleme</u></b>  Volgens EA het sy en haar eggenoot nog altyd kommunikasieprobleme ervaar. Kommunikasie oor veral sy dieet sou diwels 'n konfliksituasie tot gevolg hê.
<b>VRAAG 4</b>	<b>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).</b>	
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.	<b><u>Geen rolaanpassings vanweë eggenoot se onbetrokkenheid by gesin</u></b>  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.
<b>VRAAG 5</b>	<b>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?</b>	
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.	<b><u>Poog om konflik te vermy wat eggenoot kan ontstel</u></b>  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.
<b>VRAAG 6</b>	<b>Het u egmaat se hartaanval enige impak gehad op julle sosiale lewe? (Bv. gaan minder alleen uit, vermy sosiale funksies ens). Hoe voel u daaroor en hoe beïnvloed dit u huweliksverhouding?</b>	
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	<b><u>Vermy aanvanklik na MI sosiale geleenthede ter wille van eggenoot se dieet</u></b>  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.
<b>VRAAG 7</b>	<b>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?</b>	
8	Ek het geen gevoelens van angs, depressie of frustrasie ervaar of by my eggenoot ervaar nie.	<b><u>Ontken die beleving van gevoelens van angs, depressie en frustrasie by self sowel as eggenoot</u></b>  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.
<b>VRAAG 8</b>	<b>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?</b>	
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.	<b><u>Onbewus van enige verandering tov eggenoot se gevoelens van eiewaarde</u></b>  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.
<b>VRAAG 9</b>	<b>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?</b>	
10	Geen veranderinge; doen nog dieselfde werk.	<b><u>Geen impak op eggenoot se beroep</u></b>  Volgens EA het haar eggenoot se MI geen impak op sy beroepsbeoefening gehad nie.
<b>VRAAG 10</b>	<b>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?</b>	
11	Daar was geen seks na sy hartaanval	<b><u>Aanvanklik totale seksuele onthouding</u></b>

	<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><b><u>om te voorkom dat eggenoot se hartklop versnel</u></b></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>
<b>VRAAG 11</b>	<p><b>Wat, volgens u, het u die krag gegee om staande te bly deur hierdie krisis? (Bv. ondersteuning van gesin, kinders, godsdiensoortuigings, ens).</b></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><b><u>Na aanvanklike skok plaas mediese agtergrond eggenoot se toestand in perspektief</u></b></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><b><u>Eggenoot onkundig oor die erns van sy siekte</u></b></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>
<b>VRAAG 12</b>	<p><b>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?</b></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><b><u>Eggenoot se gebrekkige verbintenis tot 'n gesonde lewenstyl wek gevoelens van irritasie</u></b></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 omgegroepe, 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 selfbelewenis 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	
<b>Tema 1: Grootste aanpassing en verandering na MI</b>	
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>	
<b>Tema 2: Lewenstyl aanpassings</b>	
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>	

<b>Tema 3: Kommunikasie</b>	
Pasiënt	Eggenote
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.	Volgens EA het sy en haar eggenoot nog altyd kommunikasieprobleme ervaar. Postmorbied lei kommunikasie oor veral dieetaanpassings tot konflik in die verhouding.
Kommunikasieprobleme blyk pre- en postmorbied in die verhouding aanwesig te wees en beide egmaats is bewus daarvan. Kommunikasie rakende dieetaanpassings het dikwels konfliktsituasies 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.	
<b>Tema 4: Rolaanpassings</b>	
Pasiënt	Eggenote
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.	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.
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.	
<b>Tema 5: Konflik-; krisis- en probleemhantering</b>	
Pasiënt	Eggenote
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.	Volgens EA poog sy om konfliktsituasies 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.
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 konfliktsituasies te vermy en daarom is daar geen verskil nie.	
<b>Tema 6: Sosiale lewe</b>	
Pasiënt	Eggenote
Volgens PA was hulle nie pre- of postmorbied	Aanvanklik, net na die MI vermy hulle sosiale

<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><b>Tema 7: Die belewing en hantering van gevoelens van angs, depressie en frustrasie</b></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><b>Tema 8: Selfbelewenis van die pasiënt</b></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><b>Tema 9: Beroepsbeoefening</b></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 dië 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>	
<b>Tema 10: Seksuele verhouding</b>	
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>	
<b>Tema 11: Ondersteuningstelsels</b>	
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>	
<b>Tema 12: Huweliks kwaliteit</b>	
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	
<b>Tema 1: Grootste aanpassing en verandering na MI</b>	
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.

<p>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 oornam 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.</p>	
<b>Tema 2: Lewenstylaanpassings</b>	
Pasiënt	Eggenote
<p>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.</p>	<p>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.</p>
<p>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.</p>	
<b>Tema 3: Kommunikasie</b>	
Pasiënt	Eggenote
<p>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.</p>	<p>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.</p>
<p>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.</p>	
<b>Tema 4: Rolaanpassings</b>	
Pasiënt	Eggenote
<p>PB voel jammer vir sy eggenote omdat sy</p>	<p>Volgens EB moes sy noodgedwonge finansiële</p>



<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><b>Tema 5: Konflik-; krisis- en probleem hantering</b></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><b>Tema 6: Sosiale lewe</b></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>

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.

**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>

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.

**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>

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.

**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	
<b>Tema 1: Grootste aanpassing en verandering na MI</b>	
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.	
<b>Tema 2: Lewenstylaanspassings</b>	
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 daarvoor. 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 daarvoor te kommunikeer.	
<b>Tema 3: Kommunikasie</b>	
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>	
<b>Tema 4: Rolaanpassings</b>	
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>	
<b>Tema 5: Konflik-; krisis- en probleem hantering</b>	
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>	
<b>Tema 6: Sosiale lewe</b>	
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>	
<b>Tema 7: Die beleving en hantering van gevoelens van angs, depressie en frustrasie</b>	
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>	
<b>Tema 8: Selfbelewenis van die pasiënt</b>	
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>	
<b>Tema 9: Beroepsbeoefening</b>	
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>	
<b>Tema 10: Seksuele verhouding</b>	
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>	
<b>Tema 11: Ondersteuningstelsels</b>	
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.	
<b>Tema 12: Huwelikskwaliteit</b>	
Pasiënt	Eggenote
Volgens PC was daar geen wesenlike 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 wesenlike 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 wesenlik 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.

<b>Tema 2: Lewenstylaanpassings</b>	
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.	
<b>Tema 3: Kommunikasie</b>	
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	
<b>Tema 4: Rolaanpassings</b>	
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><b>Tema 5: Konflik-; krisis- en probleem hantering</b></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><b>Tema 6: Sosiale lewe</b></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><b>Tema 7: Die belewing en hantering van gevoelens van angs, depressie en frustrasie</b></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>	
<b>Tema 8: Selfbelewenis van die pasiënt</b>	
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>	
<b>Tema 9: Beroepsbeoefening</b>	
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>	

<b>Tema 10: Seksuele verhouding</b>	
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>	
<b>Tema 11: Ondersteuningstelsels</b>	
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>	
<b>Tema 12: Huwelikskwaliteit</b>	
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 wedsydse 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	
<b>Tema 1: Grootste aanpassing en verandering na MI</b>	
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>	
<b>Tema 2: Lewenstylaanspassings</b>	
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 lewenstylaanspassings 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>	
<b>Tema 3: Kommunikasie</b>	
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>	
<b>Tema 4: Rolaanpassings</b>	
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><b>Tema 5: Konflik-; krisis- en probleemhantering</b></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><b>Tema 6: Sosiale lewe</b></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><b>Tema 7: Die beleving en hantering van gevoelens van angst, depressie en frustrasie</b></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>	



<b>Tema 8: Selfbelewenis van die pasiënt</b>	
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.	
<b>Tema 9: Beroepsbeoefening</b>	
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.	
<b>Tema 10: Seksuele verhouding</b>	
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.	
<b>Tema 11: Ondersteuningstelsels</b>	
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.	
<b>Tema 12: Huwelikskwaliteit</b>	
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 meeleving 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 dié 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 krisis 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 verandering 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 oorname 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 verswakke 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 bemoelijk 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 egskeding 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 dié 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 oorname 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 konflikthanteringsvaardighede**

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.

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

Eggenotes, 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 belewing en hantering van sy gevoelens van frustrasie en depressie. Deur die pasiënt in te lig dat sy belewing 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 waarvoor 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 kardiële-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.



## VERWYSINGSLYS

Adsett, C.A., & Bruhn, J.G. (1968). Short-term group psychotherapy for post-myocardial infarction patients and their wives. *The Canadian Medical Association Journal*, 99(12), 577-584.

American Heart Association (AHA) (2000). *Heart attack*. [WWW document]. URL [http://www.americanheart.org/Heart and Stroke A Z Guide/ha.html](http://www.americanheart.org/Heart_and_Stroke_A_Z_Guide/ha.html)

American Heart Association (AHA) (2000a). *Sudden cardiac death*. [WWW document]. URL [http://www.americanheart.org/Heart and Stroke A Z Guide/sudden.html](http://www.americanheart.org/Heart_and_Stroke_A_Z_Guide/sudden.html)

American Heart Association (AHA) (2000b). *Risk factors and coronary heart disease*. [WWW document]. URL [http://www.americanheart.org/Heart and Stroke A Z Guide/riskfact.html](http://www.americanheart.org/Heart_and_Stroke_A_Z_Guide/riskfact.html)

American Heart Association (AHA) (2000c). *About women, heart disease, and stroke*. [WWW document]. URL <http://www.americanheart.org/statistics/02about.html>

American Heart Association (AHA) (2000d). *Sexual activity and heart disease or stroke*. [WWW document]. URL [http://www.americanheart.org/Heart and Stroke A Z Guide/sex.html](http://www.americanheart.org/Heart_and_Stroke_A_Z_Guide/sex.html)

American Heart Association (AHA) (1998). *Stress and heart disease*. [WWW document]. URL [http://www.americanheart.org/Heart and Stroke A Z Guide/stress.html](http://www.americanheart.org/Heart_and_Stroke_A_Z_Guide/stress.html)

American Psychological Association (APA) (1996). *Coping with serious illness*. [WWW document]. URL [http://helping.apa.org/mind\\_body/harber.html](http://helping.apa.org/mind_body/harber.html)

American Psychological Association (APA) (1996a). *How to help a friend or loved one suffering from a chronic illness*. [WWW document]. URL [http://helping.apa.org/mind\\_body/chronic.html](http://helping.apa.org/mind_body/chronic.html)

American Psychological Association (APA) (1997). *Psychology helps after a heart attack*. [WWW document]. URL [http://helping.apa.org/mind\\_body/heart.html](http://helping.apa.org/mind_body/heart.html)

Anderson, I. (1980). *Heart Attack*. London: Macmillan.

Arefjord, K., Hallaraker, E., & Havik, O.D. (1998). Life after a myocardial infarction: The wives' point of view. *Psychological Reports*, 83, 1203-1216.

Argondizzo, N.T. (1982). Education of the patient and family. In P. Mathes, & M.J. Halhuber (Eds), *Controversies in cardiac rehabilitation* (pp. 161-174). Berlin: Springer-report.

Aronow, W.S., & Kaplan, N.M. (1983). Smoking. In N.W. Kaplan, & J. Stamper (Eds), *Prevention of coronary heart disease*. Philadelphia: Saunders.

Atkinson, B., Heath, A., & Chenail, R. (1991). Qualitative research and the legitimacy of knowledge. *Journal of Marital and Family Therapy*, 17, 161-166.

Badger, T.A. (1990). Men with cardiovascular disease and their spouses: Coping, health, and marital adjustment. *Archives of Psychiatric Nursing*, 4(5), 319-324.

Barry, T.A., & Wassenaar, D.R. (1996). An investigation into the relationship between coronary risk factors and coronary heart disease among the Pietermaritzburg Asian population. *South African Journal of Psychology*, 26(1), 29-34.

Bennett, P. (1994). Type A behaviour: A suitable case for treatment. *Irish Journal of Psychology*, 15, 43-53.

Bernard, L.C., & Krupat, E. (1994). *Health psychology: Biopsychosocial factors in health and illness*. Fort Worth: Harcourt Brace.

Bishop, G.D. (1994). *Health Psychology: Integrating mind and body*. Boston: Allyn and Bacon.

Borma, H., Stansfeld, S.A., & Marmot, M.G. (1998). Job control, personal characteristics, and heart disease. *Journal of Occupational Health Psychology*, 3(4), 402-409.

Bradford, R.J. (1981). Relationships among marital adjustment, chest pain, and anxiety in myocardial infarction patients. *Issues in Mental Health Nursing*, 3, 381-397.

Bramoweth, E.R. (1983). Psychologic considerations. In R.G. Sanderson, & C.L. Kurth (Eds), *The cardiac patient: A comprehensive approach*. USA: W.B. Saunders Company.

Bramwell, L. (1986). Wives' experiences in the support role after husband's first myocardial infarction. *Heart and Lung*, 15(6), 578-584.

Brannon, L., & Feist, J. (1992). *Health Psychology: An introduction to behaviour and health* (2de uitgawe). California: Wadsworth Inc.

Brink, A.J. (1982). *Jou hart en lewe*. Pretoria: Femina Uitgewers.

Byrne, D.G. (1982). Psychological responses to illness and outcome after survived myocardial infarction: A long term follow-up. *Journal of Psychosomatic Research*, 26(2), 105-112.

*Cardiology patient guide*. (1997). 1 Military Hospital: Department of Psychology.

Carroll, D. (1992). *Health Psychology: Stress, behaviour and disease*. London: The Falmer Press.

Carter, R.E. (1984). Family reaction and reorganization patterns in myocardial infarction. *Family Systems Medicine*, 2, 55-64.

Cassem, N.H., & Hackett, T.P. (1973). Psychological rehabilitation of myocardial infarction patients in the acute phase. *Heart and Lung*, 2, 382-388.

Cassem, N.H., & Hackett, T.P. (1977). Psychological aspects of myocardial infarction. *Medical Clinics of North America*, 61(1), 711-721.

Cay, E.L. (1982). Psychological problems in patients after a myocardial infarction. *Advances in Cardiology*, 29, 108-112.

Cay, E.L., Vetter, N., Philip, A.E., & Dugard, P. (1972). Psychological status during recovery from a acute heart attack. *Journal of Psychosomatic Research*, 16, 425-435.

Centre for Cardiovascular Education (1998, September 2). *Heart disease stalks the poor, especially diabetics*. [WWW document]. URL <http://www.heartinfo.org/news98/diabpov2998.htm>

Centre for Cardiovascular Education (1997, Januarie 14). *Examination of the link between depression and heart disease*. [WWW document]. URL <http://www.heartinfo.org/depchd297.htm>

Chenail, R.J. (1994). Qualitative research and clinical work: "Private-ization" and "public-ation". *The Qualitative Report* [On-line journal], 2(1), 3-13. [WWW document]. URL <http://alpha.acast.nova.edu/nova/centers/ssss/index.html>.

Chenail, R.J. (1995). Presenting qualitative data. *The Qualitative Report* [On-line journal], 2(3), 1-7. [WWW document]. URL <http://www.nova.edu/ssss/QR/QR2-3/presenting.html>.

Chesney, M.A. (1993). Social isolation, depression and heart disease: Research on woman broadens the agenda. *Psychosomatic Medicine*, 55, 426-433.

Christensen, A.J., & Smith, T.W. (1992). Cynical hostility and cardiovascular reactivity during self-disclosure. *Psychosomatic Medicine*, 55, 193-202.

Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-315.

Cohen, S., Kaplan, J.R., & Manuck S.B. (1994). Social support and coronary heart disease: Underlying psychological and biological mechanisms. In S.A. Shumaker, & S.M. Czajkowski (Eds.), *Social support and cardiovascular disease*. New York and London: Plenum Press.

Conn, V.S., Taylor, S.G., & Abele, P.B. (1991). Myocardial infarction survivors: age and gender differences in physical health, psychosocial state and regimen adherence. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 1026-1034.

Cooper, G.L. (1981). *The Stress Check*. Engelwood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.

Coyne, J.C., & Smith, D.A.F. (1991). Couples coping with a myocardial infarction: A contextual perspective on wives distress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(3), 404-412.

Crabtree, B.F., & Miller, W.L. (Eds.). (1992). *Doing qualitative research*. Newbury Park, CA: Sage.

Criqui, M.H. (1986). Epidemiology of atherosclerosis: An updated overview. *American Journal of Cardiology*, 57(5), 18C-23C.

Croog, S.H. (1984). The heart patient after hospitalization: Social and psychological factors in life after a heart attack. *Connecticut Medicine*, 48(4), 633-637.

Croog, S.H., & Fitzgerald, E.F. (1978). Subjective stress and serious illness of a spouse: Wives of heart patients. *Journal of Health and Social Behaviour*, 19, 166-178.

Croog, S.H., & Levine, S. (1977). *The heart patient recovers: Social and psychological factors*. New York: Human Science Press.

Davies, M.H. (1982). Stress, personality and coronary heart disease. *South African Journal of Hospital Medicine*, 271-276.

Degrè-Coustry, C., & Grevisse, M. (1982). Psychological problems in rehabilitation after myocardial infarction: Non-institutional approach. *Advanced Cardiology*, 29, 126-131.

Denollet, J., Sys, S.U., & Brutsaert, D.L. (1995). Personality and mortality after myocardial infarction. *Psychosomatic Medicine*, 57, 582-591.

Dental Digest (1997). *Angina pectoris and myocardial infarction*. [WWW document]. URL <http://www.dentaldigest.com/medem/angina.html>

Dhooper, S.S. (1983). Family coping with the crisis of a heart attack. *Social Work in Health Care*, 9(1), 15-31.

Dickerson, S.S. (1998). Cardiac spouses' help-seeking experiences. *Clinical Nursing Research*, 7(1), 6-28.

- Digenio, A.G. (1993). New developments in cardiac rehabilitation pertinent to South Africa. *Cardiovascular Journal of Southern Africa*, 4(5), 191-194.
- Doehrman, S.R. (1977). Psycho-social aspects of recovery from coronary heart disease: A review. *Social Science and Medicine*, 11, 199-218.
- Dracup, K. (1994). Cardiac rehabilitation. The role of social support in recovery and compliance. In S.A. Shumaker, & S.M. Czajkowski (Eds.), *Social support and cardiovascular disease*. New York: Plenum Press.
- Dreyer, M.J.S. (1992). *Die belang van die hartpatiënt se lewensfase vir rehabilitasie*. Ongepubliseerde MA-verhandeling, Universiteit van Pretoria.
- Dunkley, J.G. (1996). *The psychological well-being of cardiac patients before and after an intervention program*. Unpublished M.A. dissertation, University of Pretoria.
- Ell, K. (1996). Social networks, social support and coping with serious illness: The family connection. *Social, Science and Medicine*, 42(2), 173-183.
- Ell, K., & Dunkel-Schetter, C. (1994). Social support and adjustment to myocardial infarction, angioplasty, and coronary artery bypass surgery. In S.A. Shumaker, & S.M. Czajkowski (Eds.), *Social support and cardiovascular disease*. New York: Plenum Press.
- Emsley, R. (1994). The mind and the body. *Continuing Medical Education Journal*, 12(9), 1115-1116.
- Engel, G.L. (1977). Emotional stress and sudden death. *Psychology Today*, 1, 114-118 en 153-154.

Erdman, R.A.M. (1981). Welbevinden bij Hartpatiënten. Lisse: Swets en Zeitlinger.

Esler, M.D. (1998). Mental stress, panic disorder and the heart. *Stress Medicine*, 14(4), 237-243.

Ewart, C.K., & Fitzgerald, S.T. (1994). Changing behaviour and promoting well-being after heart attack. A Social action theory approach. *The Irish Journal of Psychology*, 15(1), 219-241.

Fiedeldey, A.C. (1991). *Experiencing nature on hiking trails: A psychological study*. Ongepubliseerde D. Phil.- proefskrif, Universiteit van Pretoria.

Fisher, S. (1996). Life change, personal control and disease. *South-African Journal of Psychology*, 26(1), 16-22.

Fiske, V., Coyne, J.C., & Smith, D.A.F. (1991). Couples coping with myocardial infarction: An empirical reconsideration of the role of overprotectiveness. *Journal of Family Psychology*, 5(1), 4-20.

Frasure-Smith, N. (1993). Ischaemic heart disease life stress monitoring program: 18 month mortality rates. *Canadian Journal of Public Health*, 77, 46-50.

Friedman, M., & Rosenman, R.H. (1959). Association of specific overt behaviour pattern with blood on cardiovascular findings: Blood cholesterol level, blood clotting time, incidence of arcus senilis, and clinical coronary artery disease. *Journal of American Medical Assessment*, 169, 1286.



Fullard, J.P.P. (1982). *Rehabilitation of patients after an acute myocardial infarction: The effects of a psychotherapeutic and physical exercise programme*. Ongepubliseerde M.A.- verhandeling. Universiteit van Port Elizabeth.

Fullard, J.P.P. (1990). Applications of clinical health psychology to cardiology (coronary heart disease). In L. Schlebusch (Ed.), *Clinical health psychology: A behavioural medicine perspective*. Midrand: Southern book publishers.

Garrity, T.F., & Klein, R.F. (1975). Emotional response and clinical severity as early determinants of six-month mortality after myocardial infarction. *Heart and Lung*, 4(5), 730-737.

Gentry, W.D. (1979). *Psychological aspects of myocardial infarction and coronary care*. St Louis: Mosby.

Gilgun, J.F., Daly, K., & Handel, G. (1992). *Qualitative methods in family research*. London: Sage.

Ginsparg, S.L. (1980). Coronary artery illness and indirect self-destructive behaviour. In N.L. Farberow (Ed.), *The many faces of suicide indirect self-destructive behaviour*. U.S.A.: McGraw Hill.

Giorgi, A. (Ed.) (1985). *Phenomenology and psychological research*. Pittsburgh: Duquesne University Press.

Glass, D.C. (1977). Stress, behaviour patterns and coronary disease. *American Scientist*, 65, 177-187.

Glass, D.C. (1983). Behavioral cardiovascular and neuroendocrine responses to psychological stressors. *International Review of Applied Psychology*, 32(2), 137-151.

Glassman, A.H., & Shapiro, P.A. (1998). Depression and the course of coronary artery disease. *American Journal of Psychiatry*, 155(1), 4-11.

Gordon, N., & Gibbons, L. (1991). *The complete heart recovery guide*. Cape Town: Oxford University Press.

Gordon, T., & Kannel, W.B. (1982). Drinking and mortality: The Farmingham study. *American Journal of Epidemiology*, 120, 97-107.

Gulledge, A.D. (1979). Psychological aftermaths of myocardial infarction. In W.D. Gentry, & R.D. Williams (Eds). *Psychological aspects of myocardial infarction and coronary care* (2de uitgawe, pp. 113-130). St Louis: Mosby.

Hackett, T.P. (1978). The use of groups in the rehabilitation of the post-coronary patient. *Advances in Cardiology*, 24, 127-135.

Hallqvist, J., Diderichsen, F., Theorell, T., Reuterwall, C., & Ahlbom, A. (1998). Is the effect of job strain on myocardial infarction risk due to interaction between high psychological demands and low decision latitude? Results from Stockholm Heart Epidemiology Program (SHEEP). *Social Science and Medicine*, 46(11), 1405-1415.

Harding, A.L., & Morefield, M. (1976). Group intervention for wives of myocardial infarction patients. *Nursing Clinics of North America*, 11(2), 339-347.

Healy, M. (1991). Stress: Many nearly quit job. *USA Today*, 7-9.

Heart Foundation of South Africa (2000). *Statistics*. [WWW document]. URL [http://www.heartfoundation.co.za/statistics\\_contents.htm](http://www.heartfoundation.co.za/statistics_contents.htm)

Heart Foundation of South Africa. (2000a). *Risk factors*. [WWW document]. URL [http://www.heartfoundation.co.za/risk\\_factors\\_contents.htm](http://www.heartfoundation.co.za/risk_factors_contents.htm)

Heart Foundation of South Africa (2000b). *The heart*. [WWW document]. URL <http://www.heartfoundation.co.za/heart.htm>

Heath, A.W. (1997). The Proposal in Qualitative Research. *The Qualitative Report* [On-line journal], 3(1), 1-4. [WWW document]. URL <http://www.nova.edu/ssss/QR/QR3-1/heath.html>.

Helgeson, V.S., & Fritz, H.L. (1999). Cognitive adaptation as a predictor of new coronary events after percutaneous transluminal coronary angioplasty. *Psychosomatic Medicine*, 61(4), 488-495.

Hentinen, M. (1983). Need for instruction and support of the wives of patients with myocardial infarction. *Journal of Advanced Nursing*, 8, 519-524.

Hippe, M., Vestbo, J., Hein, H.O., Borch-Johnsen, K., Jensen, G., & Sorensen, T.I. (1999). Familial predisposition and susceptibility to the effect of other risk factors for myocardial infarction. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 53(5), 269-276.

Holmes, T.H., & Rahe, R.H. (1967). The social readjustment rating scales. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.

House, J.S. (1975). Occupational stress as a precursor to coronary disease. In W.D. Gentry, & R.B. Williams (Eds.), *Psychological aspects of myocardial infarction and coronary care* (2de uitgawe, pp. 24-36). St. Louis: Mosby.

Huysamen, G.K. (1994). *Methodology for the Social and Behavioural Sciences*. Johannesburg: Internasionaal Thompson Publishing (Southern Africa) (Pty) Ltd.

Jeffrey, R.W. (1991). Weight management and hypertension. *Annals of Behavioural Medicine*, 13, 18-22.

Jenkins, C.D. (1988). Epidemiology of cardiovascular disease. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 324-332.

Jenkins, C.D., & Zyzanski, S.J. (1980). Behavioural risk factors and coronary heart disease. *Psychotherapy and psychosomatic*, 34, 149-177.

Johnson, J.L. (1991). Learning to live again: the process of adjustment following a heart attack. In J.M. Morse, & J.L. Johnson (Eds.), *The Illness Experience: Dimensions of suffering*. Newbury Park, California: Sage Publications.

Johnson, J.L., & Morse, J.M. (1990). Regaining control: The process of adjustment after myocardial infarction. *Heart and Lung*, 19(2), 126-135.

Johnston, D.W. (1994). Hypertension: Psychological factors in aetiology and management. *The Irish Journal of Psychology*, 15, 27-42.

Jordaan, G. (1994). Psigiatrisiese faktore in kardiologiese toestande. *Continuing Medical Education Journal*, 12(9), 1157-1165.

King, A.C., Taylor, C.B., Haskell, W.L., & Debusk, R.F. (1989). Influence of regular aerobic exercise on psychological health: A randomised controlled trial of healthy middle-aged adults. *Health Psychology*, 8, 305-324.

King, K.B., Reis, H.T., Porter, L.A., & Norsen, L.H. (1993). Social support and long-term recovery from coronary artery surgery: Effects on patients and spouses. *Health Psychology*, 12(1), 56-63.

Kop W.J., & Krantz, D.S. (1994). Hostility and anger in coronary artery disease: Identification and management. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 14, 153-156.

Kruger, D. (1988). *An Introduction to Phenomenological Psychology*. Cape Town: Rustica Press.

Kuyper, M.B., & Webster, F. (1998). In the shadow: The impact of chronic illness on the patient's partner. *Qualitative Health Research*, 8(2), 237-253.

Kvale, S. (Ed.), en medewerkers Enerstvedt, R., Bruhn Jensen, K., Polkinghorne, D., Sainer, M., & Tschudi, F. (1989). *Issues of validity in qualitative research*. Lund: Studentlitteratur.

Larsson, P.A., & Frindlund, B. (1991). Aspects of life stress after myocardial infarction: Implications for a multifactorial rehabilitation, *Clinical Rehabilitation*, 5, 71-76.

Lespérance, F., Frasure-Smith, N., & Talajic, M. (1996). Major depression before and after myocardial infarction: It's nature and consequences, *Psychosomatic Medicine*, 58, 99-110.

Levine, G.N., Keaney, J.F., & Vita, J.A. (1995). Cholesterol reduction in cardiovascular disease. *New England Journal of medicine*, review article 512-521.

Lynch, J.J. (1977). *The Broken Heart. The medical consequences of loneliness*. New York: Basic Books.

Mahrer, A. (1988). Discovery-oriented psychotherapy research: Rationale, aims and methods. *American Psychologist*, 43, 694-702.

Maione, P.V., & Chenail, R.J. (1999). Qualitative inquiry in psychotherapy: Research on the common factors. In M.A. Hubble, B.L. Duncan, & S.D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change: The role of common factors in psychotherapy* (pp. 57-88). Washington, DC: American Association Press.

Mayo Foundation for Medical Education and Research (1996, Februarie 14). *Gene therapy research. Hope for future treatment of atherosclerosis*. [WWW document]. URL [http://www.mayohealth.org/mayo/9602/htm/gene\\_the.htm](http://www.mayohealth.org/mayo/9602/htm/gene_the.htm)

Mayo Foundation for Medical Education and Research (1994, November). *Exercise stress test. A simple way to spot heart disease.* [WWW document]. URL <http://www.mayohealth.org/mayo/9411/htm/stresste.htm>

Mayo Foundation for Medical Education and Research (1998, Desember 11). *Coronary angioplasty. Opening clogged heart arteries.* [WWW document]. URL <http://www.mayohealth.org/mayo/9307/htm/angiopla.htm>

Mayo Foundation for Medical Education and Research (1996, Augustus 13). *Through the keyhole. New option for bypass surgery.* [WWW document]. URL <http://www.mayohealth.org/mayo/9608/htm/keyhole.htm>

Mayo Foundation for Medical Education and Research (1994, Mei). *What about...? If I have bypass surgery, how long will the benefits last?* [WWW document]. URL [http://www.mayohealth.org/mayo/9405/htm/bypas\\_ga.htm](http://www.mayohealth.org/mayo/9405/htm/bypas_ga.htm)

Mayo Foundation for Medical Education and Research (1998, Maart 31). *Heart attack rehabilitation. Helping your heart heal.* [WWW document]. URL <http://www.mayohealth.org/mayo/9803/htm/heartattack.htm>

Mayo Foundation for Medical Education and Research (1998, Junie 22). *Heart-healthy families. Knocking down the building blocks of heart attacks.* [WWW document]. URL [http://www.mayohealth.org/mayo/9806/htm/heart\\_hlth.htm](http://www.mayohealth.org/mayo/9806/htm/heart_hlth.htm)

Mayo Foundation for Medical Education and Research (1998, Desember 15) *Life after sudden death.* [WWW document]. URL [http://www.mayohealth.org/mayo/9812/htm/sudden\\_pts.htm](http://www.mayohealth.org/mayo/9812/htm/sudden_pts.htm)

Mayo Foundation for Medical Education and Research (1993, Augustus). *Woman and heart disease*. [WWW document]. URL <http://www.mayohealth.org/mayo/9308/htm/womanhea.htm>

Mayo Foundation for Medical Education and Research (1996, Januarie 24). *Who fares better after coronary artery bypass: woman or men?* [WWW document]. URL <http://www.mayohealth.org/mayo/9601/htm/bypass.htm>

Mayo Foundation for Medical Education and Research (1996, September 24). *Heart attack triggers: Why you shouldn't worry about things like sex*. [WWW document]. URL <http://www.mayo.vi.com/mayo/9609/htm/triggers.htm>

Mayou, R., Foster, A., & Williamson, B. (1978). The psychological and social effects of myocardial infarction on wives. *British Medical Journal*, 1, 699-701.

McGee, H.M., Graham, T., & Horgan, J.H. (1994). Heart disease: The psychological challenge. *The Irish Journal of Psychology*, 15(1), 5-7.

McKibbin, E.C. (1994). An analysis of the risk factors for coronary heart disease in patients aged 55 years and younger with proven heart disease. *Curations*, 17(3), 51-56.

Medical Chronicle, February 2001. *Diabetics at high risk of heart and stroke*.

Medical Chronicle, February 2001(a). *Few doctors discuss common modifiable health risk factors with patients*.



Medical Chronicle, February 2001(b). *Cardiovascular Disease may be overlooked in woman.*

Meyer, W.F., Moore, C., & Viljoen, H.G. (1988). *Persoonlikheidsteorieë - van Freud tot Frankl.* Johannesburg: Lexicon Uitgewers.

Miles, M.B., & Huberman, A.M. (1984). Drawing valid meaning from qualitative data: Toward a shared craft. *Educational Researcher*, 20-29.

Miles, M.B., & Huberman, A.M. (1984a). *Qualitative data analysis: A sourcebook of new methods.* Beverly Hills: Sage.

Millon, T., Green, C., & Meagher, R. (1982). *Handbook of Clinical Health Psychology.* New York: Plenum Press.

Mitha, A.S. (1980). *Gluttony and poverty equal heart disease.* Pietermaritzburg: University of Natal Press.

Moos, R.H. (1977). *Coping with physical illness.* New York: Plenum Press.

Mosca, L., McGillen, C., & Rubenfire, M. (1998). Gender differences in barriers to lifestyle change for cardiovascular disease prevention. *Journal of Women's Health*, 7(6), 711-715

Moser, D., Dracup, K., & Marsden, C. (1993). Needs of recovering cardiac patients and their spouses: Compared views. *International Journal of Nursing Studies*, 30(2), 105-114.

Moser, D.K., & Dracup, K. (1996). Is anxiety early after myocardial infarction associated with subsequent ischemic and arrhythmic events. *Psychosomatic Medicine*, 58, 395-401.

Mouton, J., & Marais, H.C. (1992). *Basiese Begrippe: metodologie van die geesteswetenskappe*. Pretoria: RGN-Uitgewers.

Musselman, D.L., Evans, D.L., & Nemeroff, C.B. (1998). The relationship of depression to cardiovascular disease: Epidemiology, biology, and treatment. *Archives of General Psychiatry*, 55(7), 580-592.

National Heart Foundation of Australia (1999, Januarie). *Recommended standards for inpatient (phase1) cardiac rehabilitation: policy statement*. [WWW document]. URL [http://www.heartfoundation.com.au/prof/index\\_fr.html](http://www.heartfoundation.com.au/prof/index_fr.html)

Nelson, D.V., Baer, P.E., & Cleveland, S.E. (1998). Family stress management following acute myocardial infarction: An educational and skills training intervention program. *Patient Education and Counselling*, 34(2), 135-145.

Nieboer, A.P., Schultz, R., Matthews, K.A., Scheier, M.F., Ormel, J., & Lindenberg, S.M. (1998). Spousal caregivers' activity restriction and depression: A model for changes over time. *Social, Science and Medicine*, 47(9), 1361-1371.

Nolan, M., & Nolan, J. (1998). Cardiac rehabilitation following myocardial infarction. *British Journal of Nursing*, 7(4), 219-225.

Nyamathi, A.M. (1987). The coping responses of female spouses of patients with myocardial infarction. *Heart and Lung*, 16(1), 273-279.

Ornish, D. (1990). *Dr. Dean Ornish's programme for reversing heart disease*. Century: London.

Papadopoulos, C. (1992). Education and counselling of the patient and family. Sexual problems/interventions. In N.K. Wenger, & H.K. Hellerstein (Eds), *Rehabilitation of the Coronary Patient* (473-479). New York: John Wiley.

Parker, G. (1993). Disability, caring and marriage: The experience of younger couples when a partner is disabled after marriage. *British Association of Social Workers*, 23, 565-580.

Patterson, G.W. (1985). Pastoral care of the coronary patient and family. *The Journal of Pastoral Care*, 39(3), 249-261.

Patterson, J.M. (1989). Illness beliefs as a factor in patient-spouse adaption to treatment for coronary artery disease. *Family Systems Medicine*, 7(4), 428-442.

Pistorius, A.A. (1991). *Lewensverreiking by getroude manlike parapleë*. Ongepubliseerde MA Verhandeling, Universiteit van Pretoria.

Pistrang, N., Clare, L., & Baker, C. (1999). The helping process in couples during recovery from heart attack: A single case study. *British Journal of Medical Psychology*, 72(2), 227-237.

Poduri, A., & Grisso, J.A. (1998). Cardiovascular risk factors in economically disadvantaged woman: A study of prevalence and awareness. *Journal of the National Medical Association*, 90(9), 531-536.

Powell, L.H., & Thoreson, C.E. (1988). Effects of type A behaviour counselling and severity of prior acute myocardial infarction on survival. *American Journal of Cardiology*, 62, 1159-1163.

Powell, L.H., Shaker, L.A., Jones, B.A., Vaccarino, L.V., Thoreson, C.E., & Pattillo, J.R. (1993). Psychosocial predictors of mortality in 83 women with premature acute myocardial infarction. *Psychosomatic Medicine*, 55, 426-433.

Pretorius, J.P.G. (1983). High ischaemic heart disease mortality among young Afrikaners. *South-African Medical Journal*, 64(12), 427-429.

Price, J.A. (1989). *Myocardial infarction and coronary artery bypass graft surgery: A psychosocial evaluation of patients and their spouses*. Unpublished MA dissertation, University of Port Elizabeth.

Rankin, S.H. (1995). Going it alone: Woman managing recovery from acute myocardial infarction. *Family Community Health*, 17(4), 50-62.

Revenson, T.A. (1994). Social support and marital coping with chronic illness. *The Society of Behavioral Medicine*, 16(2), 122-130.

Riegel, B.J., Dracup, K.A., & Glaser, D. (1998). A longitudinal causal model of cardiac invalidism following myocardial infarction. *Nursing Research*, 47(5), 285-292.

Rolland, J.S. (1987). Chronic illness and the life cycle: A conceptual framework. *Family Process*, 26, 203-221.

Rolland, J.S. (1990). The impact of illness on families. In R.E. Rakel (Ed.), *Textbook of family practice* (4de uitgawe). Philadelphia: W.B. Saunders.

Rolland, J.S. (1994). *Families, Illness and Disability: An Integrative Treatment Model*. Chicago: Basic Books.

Rolland, J.S. (1994a). In sickness and in health: The impact of illness on couples' relationship. *Journal of Marital and Family Therapy*, 20(4), 327-347.

Rolland, S.J. (1988). Family systems and chronic illness: A typological model. In F. Walsh, & C. Anderson (Eds.), *Chronic disorders and the family*. New York: Haworth Press.

Rombouts, R., & Kraaimaat, F.W. (1984). Behaviour group therapy for heart disease patient and their partners: Rationale and framework. *Gedrag: Tydschrift voor Psychologie*, 12(5), 55-68.

Rudge, S. & Baldwin, D. (1995). The economic burden of depression. *Psychiatry in Practice*, 2(3), 25-31.

Rudy, E.B. (1980). Patients' and spouses' causal explanations of a myocardial infarction. *Nursing Research*, 29(6), 352-356.

Runions, J. (1985). A program for psychological and social enhancement during rehabilitation after myocardial infarction. *Heart and Lung*, 14(2), 117-125.

Sales, S.M., & House, J. (1971). Job satisfaction as a possible risk factor in coronary heart disease. *Journal of Chronic disease*, 23, 861-874.

Sarafino, E.P. (1998). *Health psychology: Biopsychosocial interactions* (3de uitgawe). New York: John Wiley and Sons, Inc..

Schauder, M.B. (1984). *Relaxation and imagery as part of a cardiac rehabilitation programme*. Unpublished M.A. dissertation, University of Pretoria.

Schlebusch, L. (1989). *Mind-body synthesis. The interactive health care equation*. Pietermaritzburg: University of Natal Press.

Schlebusch, L. (1996). Health psychology in South Africa: An introduction. *South African Journal of Psychology*, 26(1), 1-3.

Schlebusch, L. (1990). *Clinical Health Psychology: A behavioural medicine perspective*. Halfway House, Midrand: Southern book publishers.

Seedat, Y.K., Mayet, F.G.H., Khan, S., Somers, S.R., & Joubert, G. (1990). Risk factors of coronary heart diseases in the Indians of Durban. *South African Journal*, 78, 447-454.

Seftel, H., Wyndham, C.H., Dos Santos, L.A., Pilcher, D., & Baker, R. (1987). Prevalence of hypercholesterolaemia in young Afrikaners undergoing coronary artery bypass surgery. Ischaemic heart disease risk factors. *South African Medical Journal*, 71(3), 142-144.

Seiner, S.J., & Mallya, G. (1999). Treating depression in patients with cardiovascular disease. *Harvard Review of Psychiatry*, 7(2), 85-93.

Shanfield, S.B. (1990). Myocardial infarction and patients' wives. *Psychosomatics*, 31(2), 138-145.

Shaw, R.E. (1985). The impact of denial and repressive style on information gain and rehabilitation outcome in myocardial infarction patients. *Psychosomatic Medicine*, 47(3), 262-273.

Sikorski, J.M. (1985). Knowledge, concerns, and questions of wives of convalescent coronary artery bypass graft surgery patients. *Journal of Cardiac Rehabilitation*, 5, 74-85.

Singer, B.A. (1987). The psychological impact of a myocardial infarction on the patient and family. *Psychotherapy in Private Practice*, 5(3), 53-63.

Skelton, M., & Dominian, J. (1973). Psychological stress in wives of patients with myocardial infarction. *British Medical Journal*, 2, 101-103.

Smit, G.J. (1983). *Navorsingsmetodes in die Gedragwetenskappe*. Pretoria: HAUM.

Smith, H.C. (1992). Vocational aspects of rehabilitation. Return to work. In N.K. Wenger, & H.K. Hellerstein (Eds.), *Rehabilitation of the coronary patient*, (pp. 511-514). New York: John Wiley.

Smith, T.W., & Gallo, L.C. (1994). Psychosocial influences on coronary heart disease. *The Irish Journal of Psychology*, 15(1), 8-26.

Sobel, G. (2000, April 2 ). *Keeping healthy through correct diet and exercise*. [WWW document]. URL <http://www.ilink.co.za/%/egsobel/correctdietexercise.htm>

Speedling, E.J. (1982). *Heart Attack: The family respons at home and in the hospital*. New York: Travistock Publications.

Steffen, A.M., Thompson, L.W., Gallagher-Thompson, D., & Koin, D. (1999). Physical and psychosocial correlates of hormone replacement therapy with chronically stressed postmenopausal women. *Journal of Aging and Health*, 11(1), 3-26.

Stewart, K., & Valentine, L. (1990). Recusiveness in qualitative research: The story about the story. *The Qualitative Report* [On-line journal], 1(1), 1-4. [WWW document]. URL <http://www.nova.edu/ssss/QR/QR1-1/stewart.html>.

Steyn, K., Fourie, J., & Bradshaw, D. (1992). The impact of chronic diseases of lifestyle and their major risk factors on mortality in South Africa. *South African Medical Journal*, 82(4), 227.

Stoney, C.M., & Hughes, J.W. (1999). Lipid reactivity among men with a parental history of myocardial infarction. *Psychophysiology*, 36(4), 484-490.



Strauss, A., & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*. Newbury Park, CA: Sage.

Strümpfer, D.J.W. (1979). A general hospital patient is not a NUT. *South African Journal of Psychology*, 9, 67-74.

Sullivan, M., LaCroix, A., Russo, J., Swords, E., Sornson, M., & Katon, W. (1999). Depression in coronary heart disease. *Psychosomatics*, 40(4), 286-292.

Suminski, R.R., Anding, J., Smith, D.W., Zhang, J.J., Utter, A.C., & Kang, J. (1999). Risk and reality: The association between cardiovascular disease risk factor knowledge and selected risk-reducing behaviours. *Family and Community Health*, 21(4), 51-62.

Sundberg, N.D., Taplin, J.R., & Taylor, L.E. (1983). *An introduction to clinical psychology*. EnglewoodCliffs, New Jersey: Prentice-Hall, Inc..

Syme, S.L. (1987). Coronary artery disease: A sociocultural perspective. *Circulation*, 75, 112-116.

Taylor, S.E. (1991). *Health Psychology*. New York: McGraw-Hill.

*The Journal of the American Medical Association*. (1999). ECG changes predict heart risk. Vol: 281, 707-713, 714-719, 753-754.

"The Star", 12 October 1998. *Hearty news on smoking and fats.*

Theobald, K. (1997). The experiences of spouses whose partners have suffered a myocardial infarction: A phenomenological study. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 595-601.

Theorell, T., & Rahe, R.H. (1971). Behaviour and life satisfaction - characteristics of Swedish subjects with myocardial infarction. *Journal of Chronic Disease*, 25, 139-147.

Thompson, D.R. (1995). Cardiac rehabilitation: How can it be improved? *Journal of Psychosomatic Research*, 39(5), 519-523.

Thompson, D.R., Ersser, S.J., & Webster, R.A. (1995). The experiences of patients and their partners 1 month after a heart attack. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 707-714.

Todd, I.C., Wosornu, D., Stewart, I., & Wild, T. (1992). Cardiac rehabilitation following myocardial infarction. A practical approach. *Sports Medicine*, 14(4), 243-259.

Twisk, J.W.R., Snel, J., Kemper, H.C.G., & van Mechelen, W. (1999). Changes in daily hassles and life events and the relationship with coronary heart disease risk factors: A 2-year longitudinal study in 27-29-yr-old males and females. *Journal of Psychosomatic Research*, 46(3), 229-240.

Van Elderen, T., Maes, S., & Dusseldorp, E. (1999). Coping with coronary heart disease: A longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Research*, 47(2), 175-183.

Van Manen, M. (1990). *Researching Lived Experience*. VSA: State University of New York Press.

Versluis, A. (1986). *Die vrou van die miokariale infarksie pasiënt*. Ongepubliseerde M.A.-verhandeling, Universiteit van Pretoria.

Von Bertalanffy, L. (1950). The theory of open systems in physics and biology. *Science*, 3, 23-29.

Wainwright, D. (1997). Can sociological research be qualitative, critical and valid?. *The Qualitative Report* [On-line journal], 3(2), 1-14. [WWW document]. URL <http://www.nova.edu/ssss/QR/QR3-2/wain.html>.

Waltz, M. (1986). Marital context and post-infarction quality of life: Is it social support or something more? *Social Science and Medicine*, 22(8), 791-805.

Waltz, M., Badura, B., Pfaff, H., & Schott, T. (1988). Marriage and the psychological consequences of a heart attack: A longitudinal study of adaption to chronic illness after 3 years. *Social, Science and Medicine*, 27(2), 149-158.

Wiklund, I. (1984). Psychological outcome one year after a first myocardial infarction. *Journal of Psychosomatic Research*, 28(4), 309-321.

Winters, C.A. (1997). Living with chronic heart disease: A pilot study. *The Qualitative Report* [On-line journal], 3(4), 1-25. [WWW document]. URL <http://www.nova.edu/ssss/QR/QR3-3/winters.html>

Wishnie, H.A., Hackett, T.P., & Cassem, N.H. (1971). Psychological hazards of convalescence following myocardial infarction. *Journal of the American Medical Association*, 215(8), 1292-1296.

Woods, T.E., & Ironson, G.H. (1999). Religion and spirituality in the face of illness: How cancer, cardiac, and HIV patients describe their spirituality/religiosity, *Journal of Health Psychology*, 4(3), 393-412.

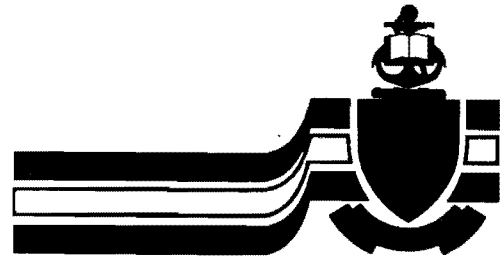
Worby, C.M., Altrocchi, J., Veach, T.L., & Crosby, R. (1991). Early identification of symptomatic post-MI families. *Family Systems Medicine*, 9(2), 127-135.

*World Health Organisation technical report series*, (1958).

Wyndham, C.H. (1982). Deaths from destructive lifestyles, (largely preventable) among economically active whites in South Africa 1968-1977. *South African Medical Journal*, 62(27), 1017-1026.

Yusoff, K., Roslawati, J., & Almashoor, S.H. (1992). Risk factor awareness and expectations of outpatients attending the cardiology clinic, University Kebangsaan Malaysia. *Medical Journal of Malaysia*, 47(3), 194-199.

25 September 1997  
FL/rh



Universiteit van Pretoria

Pretoria 0002 Republiek van Suid-Afrika Tel (012) 4209111  
Faks (012) 420-2698

Fakulteit Lettere en Wysbegeerte

DEPARTEMENT SELKUNDE  
TEL: (012) 420-3695

Geagte Meneer/Mevrou

**DEKBRIEF: MA - VERHANDELING - ONDERSOEK NA DIE INVLOED VAN 'N  
HARTAAANVAL/MI OP DIE HUWELIKSVERHOUDING**

Die belewing van 'n hartaanval is baie traumaties vir beide die pasiënt en egmaat. Talle veranderings en aanpassings moet gemaak word, ook binne die huweliksverhouding. Die doel van hierdie studie is om 'n beter begrip te vorm van watter aspekte binne die huweliksverhouding die intenseste geraak word deur hierdie krisies, en hoe die egpaar hierdie veranderings en aanpassings beleef en hanteer.

Baie min navorsing aangaande hierdie aspek is nog gedoen en sal dit dus hoog op prys gestel word indien u aan hierdie projek sal deelneem. Aangeheg vind u 'n vraelys en instruksies. Indien u enige vrae oor hierdie projek het, is u welkom om mnr F Louw by telefoonnommer (012) 420-3685 te skakel of my persoonlik kontak vir die volgende paar Woensdae en Vrydae oggende net na u oefensessie by 1 Mil. Daar kan ook telefonies met my in verbinding getree word by (011) 985059, na-  
ure.

Byvoorbaat dankie vir u samewerking.

Hoogagtend  
die uwe

Mnr F Louw  
**STUDIELEIER**

Mev H Goosen  
**NAVORSER**

## INSTRUKSIES BY DIE BEANTWOORDING VAN VRAE

Skryf asseblief ten minste 'n paar paragrawe by elke vraag en 'n paar bladsye sal nog meer welkom wees. In dié tipe ondersoek wat gedoen word, gaan te min inligting nie van genoeg waarde wees nie. Skryf enige detail neer, selfs al dink u dat dit nie belangrik is nie. Vir my is elke gedagte belangrik en van waarde. Soos u sal merk, word u naam nie benodig nie. Alle inligting is dus anoniem. Moet dus nie skroom om so eerlik en openlik as moontlik te wees nie. Moet asseblief nie u antwoorde vooraf met u huweliksmaat bespreek nie. Sodra u klaar is, plaas asseblief al die stukke in die ingeslote koevert en besorg dit aan my terug op die datum soos ooreengekom tydens u oefensessie by 1 Mil of soos andersins afgespreek

## HOOF STUDIEVRAELYS: PASIËNT

### BIOGRAFIESE GEGEWENS

1. **NAAM:** \_\_\_\_\_ (dit is nie nodig dat u, u naam inskryf nie)
2. **OUDERDOM:** \_\_\_\_\_
3. **GESLAG:** Manlik / Vroulik (Omkring)
4. **HUISTAAL:** Afrikaans / Engels / Ander (Omkring)
5. **HOEVEEL JAAR IS U AL GETROUD?** \_\_\_\_\_
6. **AARD VAN HARTSIEKTE:**

Watter van die volgende is op u van toepassing?

HARTSIEKTE	JA	NEE	DATUM
Angina			
Angioplastie			
Stent			
Miokardiale Infarksie			
Koronêre Vatomleiding			

## 7. MEDIKASIE

Spesifiseer watter medikasie u tans gebruik; waarvoor u dit gebruik en die moontlike newe-effekte wat u ondervind.

MEDIKASIE	WAARVOOR	NEWE-EFFEKTE

8. Omskryf in soveel detail as moontlik die volgende vrae wat aan u gestel word. Sluit asseblief enige iets in wat my sal help om te verstaan hoe u beleef u hartaanval u huweliksverhouding beïnvloed het, selfs al dink u dat dit nie belangrik mag wees nie. U sal merk dat elke vraag op sy eie antwoordblad voorkom. Daar is 12 vrae in totaal. Voel asseblief vry om meer as die gegewe bladsy te skryf. Merk asseblief die addisionele bladsye baie duidelik, bv. VRAAG 2 (vervolg), en heg dit by die oorspronklike bladsye aan.

Ek wil u net weereens bedank vir u bereidwilligheid om aan die projek deel te neem.















### VRAAG 7

Sou u sê dat die gevoelens van angs, depressie en frustrasie wat u moontlik beleef/beleef het, 'n wesenlike 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 beleef en hanteer na die hartaanval? Op watter wyse het dit u huweliksverhouding beïnvloed?






**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 veranderinge beleef? Het dit u huweliksverhouding op enige wyse beïnvloed?








## HOOF STUDIEVRAELYS: EGMAAT

### BIOGRAFIESE GEGEWENS

1. **NAAM:** \_\_\_\_\_ (Dit is nie nodig dat u, u naam inskryf nie).
2. **OUERDOM:** \_\_\_\_\_
3. **GESLAG:** Manlik / Vroulik (Omkring)
4. **HUISTAAL:** Afrikaans / Engels / Ander (Omkring)
5. **HOEVEEL JAAR IS U AL GETROUD?** \_\_\_\_\_
6. Omskryf in soveel detail as moontlik die volgende vrae wat aan u gestel word. Sluit asseblief enige iets in wat my sal help om te verstaan hoe u beleef u egmaat se hartaanval u huweliksverhouding beïnvloed het, selfs al dink u dat dit nie belangrik mag wees nie. U sal merk dat elke vraag op sy antwoordblad voorkom. Daar is 12 vrae in totaal. Voel asseblief vry om meer as die gegewe bladsy te skryf. Merk asseblief die addisionele bladsye baie duidelik, bv. VRAAG 2 (vervolg), en heg dit by die oorspronklike bladsye aan.

Ek wil u net weereens bedank vir u bereidwilligheid om aan die projek deel te neem.











## VRAAG 5

Verskil die wyse waarop u huidiglik probleme en krisisse hanteer van die manier waarop u dit hanteer het voor u egmaat se hartaanval? (Bv. vermy rusies/konflik, hanteer probleme alleen, lig egmaat nie in oor probleme of krisisse nie). Wat volgens u is die rede hiervoor?






### VRAAG 8

Sou u sê dat die wyse waarop u egmaat huidiglik 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 m.b.t. 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?


**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?










**TOESTEMMINGSBRIEF**  
**DEELNAME AAN NAVORSINGSPROJEK**

Hiermee verklaar ek, die ondergetekende

Mnr/Mev .....

dat ek as vrywillige aan die navorsingsprojek van mevrou Helletje Goosen deel gaan neem.

Ek gee verder toestemming aan mevrou Goosen dat sy inligting soos deur my weergegee mag gebruik vir navorsingsdoeleindes, sowel as vir publikasie met dien verstande dat inligting met die nodige privaatheid en vertroulikheid hanteer sal word. Geen identifiserende besonderhede aangaande my persoon sal verder bekend gemaak word nie.

Indien ek na afloop van die projek enige vrae of bekommernisse het, of meer inligting met betrekking tot die resultate van die navorsingsprojek wil bekom, staan dit my vry om die navorser of studieleier te kontak by die telefoonnommers soos verstrekk in die dekbrieff.

Handtekening .....

Datum .....

**PROTOKOLLE: PASIENTE**
**PASIENT PB**

<b>VRAAG 1</b>	Wat was die grootste veranderinge en aanpassings wat u moes maak na u hartaanval? Hoe het u hierdie veranderinge en aanpassings beleef en hanteer?	
<b>Betekenis eenheid</b>	<b>Verbatim aanhaling</b>	<b>Ervaringstems</b>
1	<p>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 in so 'n mate dat ek sielkundige hulp moes ontvang, wat gelukkig redelik suksesvol was in die meeste gevalle.</p>	<p><b><u>Moes leer om rustiger te lewe</u></b></p> <p>PB is van oordeel dat hy na sy MI 'n bewuste poging moes aanwend om kalmer te lewe en moes aanvaar dat hy nie meer soos vantevore alles self kon behartig nie. PB het hierdie leerproses as so frustrerend beleef dat hy hom tot professionele hulp moes wend. Hy beleef die hulp wat hy ontvang het as redelik suksesvol.</p>
2	<p>Ek moes ook aanleer om Situasies te hanteer en Druk te hanteer of om te Weier indien andere druk Op my wou plaas wat ek Gevoel het dit is nie Nodig om dit te hanteer nie.</p>	<p><b><u>Hantering van stres en stressituasies</u></b></p> <p>PB moes leer om stres en stressituasies te hanteer. Hy moes ook leer om meer selfgeldend op te tree ten einde individue wie in sy oordeel onnodige druk op hom plaas te kan hanteer.</p>
3	<p>My hantering van mense het ook baie versleg en ek kan soms heeltemal ongeskik raak met mense, nie moedswillig nie maar heel amper natuurlik skakel ek net af en dan ignoreer ek net die mense of ek raak soms net heftig met andere.</p>	<p><b><u>Verswakking van interpersoonlik verhoudings</u></b></p> <p>PB is van mening dat sy interpersoonlike verhoudings na sy MI baie verswak het. Hy mag outomaties mense ignoreer of aggressief raak teenoor hulle.</p>
4	<p>Op ons huweliksverhouding was die impak die ergste op my vrou van toepassing omdat sy skielik al die besluite moes neem kort na die operasie</p>	<p><b><u>MI laat eggenote met verantwoordelikheid vir besluitneming</u></b></p> <p>PB is van mening dat sy eggenote aanvanklik die swaarste getref was deur sy MI aangesien sy onvoorbereid die verantwoordelik van besluitneming moes oorneem.</p>
5	<p>... omdat ek amper in 'n wêreld van my eie gelewe het en nie ander mense wou betrek nie.</p>	<p><b><u>Onttrek homself van ander en die lewe</u></b></p> <p>PB onttrek homself van ander en leef in 'n wereld van sy eie.</p>
<p><b>VRAAG 2</b> Het 'n verandering in lewenstyl 'n impak op die huweliksverhouding gehad? (bv. dieet veranderings, staak van die rookgewoonte, drink gewoontes, gereelde oefening ens.)</p>		
6	<p>Ons eetgewoontes het nie veel verander nie maar daar was wel meer gekonsentreer op gesonde etgewoontes.</p>	<p><b><u>Ingestel op meer gesonde dieet gewoontes</u></b></p> <p>Alhoewel PB van mening is dat hulle eetgewoontes nie veel verander het nie konsentreer hulle wel nou op meer gesonder eetgewoontes.</p>
7	<p>Ek het onlangs vir 'n kort tydperk van 2 weke opgehou rook net voor my skoonma se dood. Op die dag wat sy dood is het ek weer volstoom begin, maar is besig om die hoeveelheid weer te verminder in 'n poging om weer op te hou. Drinkgewoontes is glad nie Geraak nie omdat ek 'n baie matige drinker is - 2 tot 3 drankies per geleentheid en ek maak nie juis geleenthede nie. Na my operasie en siekverlof het ek gereeld by die hartkliniek gaan oefen vir ongeveer 4 maande. Deesdae probeer ek nog</p>	<p><b><u>Probleme in die aanpassing by 'n nuwe lewenstyl</u></b></p> <p>PB vind dit baie moeilik om sy rookgewoonte te breek. Hy poog deur stelsel matig minder te rook die gewoonte te breek. PB moes min aanpassings maak in sy drink gewoontes aangesien hy nie 'n groot drinker is nie. Alhoewel PB nie meer by die Hartkliniek oefen nie poog hy steeds om gereeld alternatiewe oefening te doen soos stap.</p>

	darem gereeld stap.	
8	My vrou moet nou nog ook alle afsprake en feite Onthou omdat my geheue baie, baie kort is.	<p><b><u>Eggenote ondersteun met geheue probleme</u></b></p> <p>PB rapporteer baie geheue probleme en maak hy staat op sy eggenote om afsprake en ander inligting te onthou.</p>
<p><b>VRAAG 3</b> Was dit vir u moontlik om oop met u egmaat te kommunikeer oor u eie/individuele beleving rakende die siekte, u vrese en toekoms verwagtings? Was dit moontlik om voor u hartaanval oop te kommunikeer?</p>		
9	Dit was nog altyd vir ons moontlik om openlik met mekaar te kommunikeer.	<p><b><u>Instaat om oop te kommunikeer pre- en post morbid</u></b></p> <p>PB is van mening dat dit vir hom en sy eggenote nog altyd moontlik was om openlik te kommunikeer.</p>
10	Eerlikwaar het ek nog nie eenkeer gevrees vir die siekte of die operasie nie en het ek nie vreeslik blink toekomsverwagtinge nie. Die enigste vrees wat ek wel het, is dat ek sal nie weer teruggaan vir 'n opvolgoperasie nie omdat ek te veel seer gehad het, nie omdat ek kleinsierig is nie maar omdat die seer so lank en aanhoudend is.	<p><b><u>Vrees 'n opvolg operasie</u></b></p> <p>Alhoewel PB rapporteer dat hy geen gevoelens van vrees ervaar met betrekking tot die MI of die hartomleidingsoperasie nie vrees hy wel die moontlikheid van 'n opvolg operasie vanwee die volgehoue pyn na die operasie.</p>
11	My toekoms is seker nie rooskleurig nie maar ek glo dat ek nog heel produktief kan wees in sekere rigtings.	<p><b><u>Ambivalente gevoelens mbt die toekoms</u></b></p> <p>Alhoewel PB nie besonder positiewe verwagtings omtrent die toekoms koester nie glo hy dat hy nog 'n bydra kan maak in sekere opsigte.</p>
<p><b>VRAAG 4</b> Was daar wesenlike rolveranderinge in u huwelik na u hartaanval, in die dat u take van u egmaat moes oorneem en hy/sy van u? (bv versorging van die huis, tuin, kinders ens).</p>		
12	My arme vrou moes vinnig leer om sonder my hulp oordie weg te kom na my operasie kon ek nie veeldoen nie. My vrou moet nou maar self die swaar goed skuif omdat ek net nie daartoe instaat is nie en nog maklik seerkry.	<p><b><u>Eggenote moes sekere van die take oorneem</u></b></p> <p>PB kry sy eggenote jammer omdat sy sonder sy hulp na die operasie moes klaar kom.</p>
13	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.	<p><b><u>Oornam van sekere take deur die kinders</u></b></p> <p>Sommige van die meer fisiek inspannende take is deur die kinders oorgeneem. PB beleef sy kinders en veral sy dogter as baie ondersteunend in die verband.</p>
14	Sekere dinge wat werklik my krag benodig doen ek nog steeds net baie meer versigtig en meestal met hulp vanaf my vrou of 'n vriend.	<p><b><u>Onontbeerlike take word met groot omsigtigheid gedoen</u></b></p> <p>Waar PB se hulp onontbeerlik is verrig hy take met groot omsigtigheid en hulp van ander.</p>

<p><b>VRAAG 5</b> Verskil die wyse waarop u huidig probleme en krisise hanteer, van die manier waarop u dit hanteer het voor u hartaanval? (bv. vermy rusies/konflik, egmaat hanteer probleme, word nie ingelig oor probleme of krisise nie). Wat volgens u is die rede hiervoor?</p>		
15	<p>Ek vermy rusies sover moontlik totdat my gesin Geraak word dan baklei ek 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. Nee, die hantering van krisisse word omtrent dieselfde as voorheen gehanteer.</p>	<p><b><u>Meer ekspressief in sy hantering van konflik en rusies</u></b></p> <p>PB rapporteer dat hy na sy MI baie meer ekspressief is in sy hantering van konflik en rusies, veral waar sy gesin geraak word. PB sal ingryp wanneer sy eggenote volgens hom nie 'n saak kan hanter nie. Ten spyte van voorgenoemde is PB van mening dat dat probleme op die selfde manier hantr word. PB is egter meer geneig op in te gryp na sy MI.</p>
16	<p>Ek dink die rede is omdat sy bang is ek sal kwaad word en is bang dat daar weer iets met my kan gebeur.</p>	<p><b><u>Eggenote vrees nog 'n MI</u></b></p> <p>PB is van mening dat krisisse nog dieselfde hanteer word om rede sy eggenote bang is om hom te ontstel en hy moontlik weer 'n MI kry.</p>
<p><b>VRAAG 6</b> Het u hartaanval enige impak gehad op u of u egmaat se sosiale lewe? (bv. vermy sosiale funksies, egmaat gaan min alleen uit ens). Hoe voel u daaroor en hoe beïnvloed dit u huweliksverhouding?</p>		
17	<p>Kort na my operasie was daar wel 'n inkorting op ons almal se sosiale lewe wat nou weer herstel het. Ons is nie vreeslik sosiale mense nie en het Maar 'n redelike klein vriendekring maar tog Werklike vriende waarop ons kan staatmaak.</p>	<p><b><u>Aanvanklik is sosiale lewe ingeperk maar nou weer soos voorheen</u></b></p> <p>Alhoewel hulle nie baie sosiaal aktief was nie was hulle sosiale lewe ingeperk maar is nou weer soos op dieselfde vlak as voor die MI.</p>
18	<p>My vrou is tog geneig om my nie sommer alleen te laat nie al is dit vir kort rukkies wat sy moet uitgaan. Aan die begin het sy my glad nie alleen gelaat nie en moes ek oral heen saamgaan al is dit net kafee toe.</p>	<p><b><u>Eggenote aanvanklik aan gedring op voltydse persoonlike toesig wat later verslap is</u></b></p> <p>PB se eggenote is huiwerig om hom alleen te laat. Hy beleef dat die situasie al verbeter het. Kort na sy MI het sy hom onder geen omstandighede sonder persoonlike toesig gelaat nie, selfs nie eens vir baie kort tydperke nie.</p>
<p><b>VRAAG 7</b> Sou u sê dat die gevoelens van angst, depressie en frustrasie wat u beleef/beleef het 'n wesentlike invloed op u huweliksverhouding gehad het? (bv. die vrees om te sterf, gevoelens van nuttelosheid en woede ens). Het dit 'n invloed gehad op die wyse waarop u teenoor u egmaat op getree het of nog steeds optree? Hoe het u hierdie gevoelens van angst, depressie en frustrasie by u egmaat beleef en hanteer na u hartaanval? Op watter wyse het dit u huweliksverhouding beïnvloed?</p>		
19	<p>Ek was vol frustrasies omdat ek so nuttelos gevoel het, my humeur was baie kort en ek het soms gevoel ek kan teen die mure uitklim. Met tye was ek maar erg befoeterd en het sommer kwaad geword as my vrou haar so "onnodig" oor my welvaart bekommer.</p>	<p><b><u>Beleef gevoelens van frustrasie, aggressie en lae eie waarde</u></b></p> <p>PB beleef gevoelens van nuttelosheid wat manifesteer in gevoelens van frustrasie en aggressie. Sy eggenote se kommer oor sy fisiese welsyn frustreer hom verder. Hy beleef haar bekommernis as oorbodig.</p>

20	Gelukkig het ek weer geleer hoe om myself en my Vrou te hanteer met verdraagsaamheid en lankmoedigheid.	<p><b><u>Verdraagsaamheid en geduld help met aanpassing</u></b></p> <p>PB leer om homself sowel as sy vrou in hulle nuwe situasie te hanteer. Hy bereik dit deur verdraagsaam en geduldig te wees nie net met sy eggenote nie maar ook met homself.</p>
21	My vrou wou en wil my nie onnodig ontstel of Opwerk nie en bly sodoende baie kalmer as wat sy voor die operasie was. Ons het beslis 'n rustiger lewe as voorheen.	<p><b><u>Eggenote meer bedag om hom nie te ontstel nie en beheer self meer na MI</u></b></p> <p>PB beleef sy eggenote as baie kalmer na sy MI. Hy skryf dit toe aan die feit dat sy hom nie wil ontstel of kwaad maak nie. PB beleef hulle lewe as rustiger na sy MI.</p>
<p><b>VRAAG 8</b> Sou u sê dat die wyse waarop u, u self huidig beleef en die waarde wat u aan u self as mens heg wesenlik verskil van voor u hartaanval? Wat volgens u het 'n bydrae gelewer in hierdie veranderde beleving van u self? (bv. gevoelens van mislukking, minderwaardigheid) Op watter wyse het dit u huweliksverhouding beïnvloed?</p>		
22	Die enigste verskil is dat ek nou besef hoe gering die lewe werklik is en tog ook hoe kosbaar ander om jou is.	<p><b><u>Besef hoe nietig 'n mens is en die waarde van ander.</u></b></p> <p>PB kom na sy MI tot die besef dat die lewe baie nietig is en die wat sy lewe met hom deel baie kosbaar is.</p>
23	Ons huweliksverhouding het net verdiep in die sin dat ons meer ingestel is op die ander se behoeftes en vereistes en probeer om mekaar aan te vul en ons kommunikeer beslis ook meer.	<p><b><u>Verdieping van huweliksverhouding deur ingestel te wees op ander se behoeftes</u></b></p> <p>PB beleef dat sy verhouding met sy eggenote verdiep het na sy MI. Hy is van mening dat beide meer ingestel is op die behoeftes en wense van die ander en mekaar probeer aanvul. Hulle kommunikeer ook nou meer.</p>
24	'n Mens is wel geneig om minderwaardig te voel maar jy besef ook dat jy gelukkig genoeg was om nog 'n beurt te kry.	<p><b><u>Beleef gevoelens van dankbaarheid oor tweede kans</u></b></p> <p>PB rapporteer gevoelens van minderwaardigheid na sy MI. Hy beleef egter ook gevoelens van dankbaarheid oor die verdere kans wat hy gegun is op lewe.</p>
<p><b>VRAAG 9</b> 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 veranderinge beleef? Het dit u huweliksverhouding op enige wyse beïnvloed?</p>		
25	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.	<p><b><u>Moes werksituasies en stressituasies bewustelik oordeel en monitor.</u></b></p> <p>PB is van mening dat hy net soos in die res van sy lewe ook aanpassings in sy beroep moes maak. Hierdie aanpassingsproses is 'n bewustelike proses waarin daar voortdurend 'n oordeel gefel en bewustelike besluite ten opsigte van die impak van die situasie geneem en gemonitor moet word ten einde die hanteerbaarheid van 'n situasie te beoordeel. Hy poog sodoende om die stres in sy werksituasie te verminder. Wanneer PB van oordeel was dat onnodige druk geplaas is kan PB selfgeldend optree.</p>
	Ek en my vrou het 'n meer openlike gesprek gehad waar ons kan sê wat ons nie van hou nie en ook	<p><b><u>Egpaar kommunikeer openlik oor voor en afkeure</u></b></p>

26	waarvan ons meer hou as die ander een iets sê of doen.	Na sy MI het PB en sy eggenote 'n openlike gesprek gevoer oor dit wat aanvaarbaar of nie aanvaarbaar is in die kommunikasie en gedrag van die ander nie.
27	Finansieel is daar meer dinge waarvoor ons nou moet betaal omrede ek dit nie meer self kan doen nie bv. Verfwerk, sekere tuinwerk.	<b><u>Verhoogde/Groter finansiële druk agv fisiese toestand</u></b> PB rapporteer groter finansiële uitgawes aangesien hy nie meer instaat is om self baie van die werk in en om die huis te verrig nie.
<b>VRAAG 10</b> Was daar wesenlike veranderinge in u seksueleverhouding na u hartaanval? Wat volgens u mening was die oorsake van die veranderinge en hoe het u die veranderinge beleef en hanteer? Wat was die impak daarvan op u huweliksverhouding?		
28	Net na die operasie was my vrou baie bang dat ek my sou ooreis en weer 'n hartaanval kry en het sy seksuele omgang probeer vermy, gaandeweg het dit weer na normaal teruggekeer alhoewel sy nog soms daarvan probeer wegstrem het haar groot vrees ook die wyk geneem.	<b><u>Eggenote vermy seks uit vrees vir verdere MI</u></b> Eggenote het na die operasie gepoog om seksuele omgang te vermy vanwee haar vrees dat PB weer in MI sal kry. Hulle seksuele is nou weer terug na normaal alhoewel eggenote nog van tyd tot tyd neig om weg te skrum daarvan.
<b>VRAAG 11</b> Wat volgens u het aan u die krag verskaf 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	Ek het volle ondersteuning van my vrou en kinders, vriende en familie gekry wat 'n groot steunpilaar was en is	<b><u>Steun swaar op die ondersteuning van ander</u></b> PB beleef die ondersteuning wat sy eggenote, kinders, vriende en familie tydens die krisis en daarna verskaf het 'n sterk steunpilaar in sy lewe was en is.
30	... maar die grootste is die krag wat ek van die Here ontvang het en die onderskraging van die Woord van die Here. Ek het nie werklik 'n vreeslike wil om te lewe nie en is ook nie bang om te sterwe nie, omdat ek weet waar ek sal heengaan sien ek uit om die lewe te verlaat wanneer dit my tyd is om te gaan, ek aanvaar ook dat ek op geleende tyd in die lewe is om na my gesin wat vir my gegee is na om te sien.	<b><u>Die grootste bron van krag was die Here en Sy Woord</u></b> PB het die ondersteuning van die Here en Sy woord beleef as die grootste bron van krag. Vanwee PB se oortuiging dat hy weet waarheen hy gaan as sy sterfdag sou aanbreek sien hy uit na die dag. PB is egter van oordeel dat hy tans op geleende tyd lewe ten einde om te sien na die gesin wat aan hom toevertrou is.
<b>VRAAG 12</b> Het u hartaanval 'n invloed gehad op die kwaliteit van u huwelik? (bv spandeer meer/minder tyd saam, waardeer mekaar meer, voel meer geïrriteerd met egmaat ens). Verskil dit wesenlik van voor u hartaanval?		
31	Alhoewel ons meer tyd saam spandeer en meer dinge saam doen van na die operasie verskil ons huwelik nie regtig van voor die tyd nie, ek dink net ons waardeer mekaar net meer omdat ons beseft hoe maklik dit kan gebeur om die ander een te verloor.	<b><u>Alhoewel hulle meer tyd saam spandeer is verhouding nog baie dieselfde, maar groter waardering vir mekaar</u></b> Na die MI is hulle verhouding grootliks nog dieselfde maar tog word meer tyd saam spandeer. 'n Groter waardering vir mekaar het gevolg vanwee 'n besef van hoe maklik een van hulle tot sterwe kon kom.

**PASIENT PC**

<b>VRAAG 1</b> Wat was die grootste veranderinge en aanpassings wat u moes maak na u hartaanval? Hoe het u hierdie veranderinge en aanpassings beleef en hanteer?		
Betekenis eenheid	Verbatim aanhaling	Ervaringstemas
1	<p>Was genoodsaak om 'n kalmer lewe te lei. Is van nature 'n haastige mens. Sukkel steeds om by stadige aksies van ander persone aan te pas. Was altyd uiters fiks en het verkies om take om die huis self te verrig. Sukkel om hierby aan te pas en te besef dat ek nie meer fisies in staat is om alle take self en vinnig genoeg af te handel nie.</p>	<p><b><u>Premorbiede persoonlikheid was gekenmerk deur sy haastige geaardheid en onafhanklike persoon wat nou gekonfronteer word met 'n stadiger lewenstyl!</u></b></p> <p>PC moes noodgedwonge na sy MI 'n rustiger lewe te lei. Hy vind dit moeilik om hierby aan te pas aangesien hy aktief van natuur is en stadige mense hom frustreer. Dit is vir PC moeilik om aan te pas by 'n lewenstyl waar hy noodwendig stadiger moet leef.</p>
<b>VRAAG 2</b> Het 'n verandering in lewenstyl 'n impak op die huweliksverhouding gehad? (bv dieet veranderings, staak van die rookgewoonte, drink gewoontes, gereelde oefening ens.)		
2	<p>Ons het nie werklik van lewenstyl verander nie.</p>	<p><b><u>Lewenstyl is basis dieselfde</u></b></p> <p>PC is van mening dat hulle lewenstyl nie veel verander het na sy MI nie.</p>
<b>VRAAG 3</b> Was dit vir u moonlik om oop met u egmaat te kommunikeer oor u eie/individuele belewing rakende die siekte, u vrese en toekoms verwagtings? Was dit moonlik om voor u hartaanval oop te kommunikeer?		
3	<p>As gevolg van 'n vrees om my vrou te ontstel het ek nie oor moontlike siekte waarskuwings gekommunikeer nie. Sommige waarskuwings afgemaak as ouderdom.</p>	<p><b><u>Verm y om openlik oor waarskuwingstekens te praat uit vrees om eggenote te ontstel</u></b></p> <p>PC wou nie sy eggenote ontstel nie en deel dus nie die waarskuwings tekens van moontlike probleme met haar nie. Hy rasionaliseer hierdie tekens vir homself en skryf dit toe aan sy ouderdom.</p>
4	<p>Het vir my vrou vertel dat ek steeds 'n vrees het dat ek haar sal oorleef en dan nie in staat sal wees om alleen oor die weg te kom nie.</p>	<p><b><u>Vrees om alleen gelaat te word</u></b></p> <p>PC is bang dat hy nie vir homself sal kan sorg indien sy eggenote voorhom tot sterwe sou kom nie. Hy is bang dat hy nie onafhanklik van sy eggenote sal kan funksioneer nie. Hy kommunikeer hierdie vrees aan haar.</p>
<b>VRAAG 4</b> Was daar wesenlike rolveranderinge in u huwelik na u hartaanval, in die dat u take van u egmaat moes oorneem en hy/sy van u? (bv versorging van die huis, tuin, kinders ens).		
5	<p>Ek glo dat daar geen rolveranderinge was nie</p>	<p><b><u>Geen verandering in rolle na MI</u></b></p> <p>PC is van mening dat daar geen rolveranderinge na sy MI was nie</p>



<p><b>VRAAG 5</b> Verskil die wyse waarop u huidig probleme en krisise hanteer, van die manier waarop u dit hanteer het voor u hartaanval? (bv vermy rusies/konflik, egmaat hanteer probleme, word nie ingelig oor probleme of krisise nie). Wat volgens u is die rede hiervoor?</p>		
6	<p>By ons was daar soos oral somtyds probleme. Krisisse selde. Voor die hartaanval was ek in staat om probleme nugter te benader en 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.</p>	<p><b><u>Voor MI rasioneel in probleem hantering na MI geneig om irrasioneel te wees</u></b></p> <p>PC is van oordeel dat net soos by ander egpare hulle ook soms probleme ervaar. Krisisse was daar nie veel van nie. PC rapporteer 'n groot verandering in die wyse waarop hy probleme benader en hanteer na sy MI. Voor sy MI was hy rasioneel in sy benadering en hantering van probleme terwyl hy na sy MI so ontsteld raak dat hy soms irrasioneel mag optree. Hy skryf sy irrasionele optrede toe aan die feit dat hy nou rustigheid soek en nie met probleme opgesaai wil word nie.</p>
<p><b>VRAAG 6</b> Het u hartaanval enige impak gehad op u of u egmaat se sosiale lewe? (bv vermy sosiale funksies, egmaat gaan min alleen uit ens). Hoe voel u daaroor en hoe beïnvloed dit u huweliksverhouding?</p>		
7	<p>Nee. Voor my aftrede het ons 'n vol sosiale lewe gelei omdat ons moes. Nie een van ons het werklik daarvan gehou nie. Na my aftrede, net soos nou gaan ons uit wanneer ons wil, met of sonder vriende of familie en ons is gelukkig.</p>	<p><b><u>Voorafrede vol werksverwante sosiale lewe nou vrywillig na behoefte</u></b></p> <p>Voor PC se aftrede het hy en sy eggenote 'n vol werksverwante sosiale lewe gehandhaaf. Na sy aftrede en tans verkeer hulle vrywillige en na behoefte sosiaal met wie hulle verkies. PC is van mening dat sy MI geen beperkings gestel het aan hulle sosiale lewe nie.</p>
<p><b>VRAAG 7</b> Sou u sê dat die gevoelens van angs, depressie en frustrasie wat u beleef/beleef het 'n wesenlike invloed op u huweliksverhouding 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 op getree het of nog steeds optree? Hoe het u hierdie gevoelens van angs, depressie en frustrasie by u egmaat beleef en hanteer na u hartaanval? Op watter wyse het dit u huweliksverhouding beïnvloed?</p>		
8	<p>Daar bestaan steeds die vrees om te sterf, gevoelens van nutteloosheid as gevolg van fisiese kragte wat afgeneem het. As gevolg van my frustrasies 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.</p>	<p><b><u>Beleef eggenote se oorbeskermende houding as onaanvaarbaar</u></b></p> <p>PC beleef 'n vrees vir die dood, asook gevoelens van nutteloosheid wat hy toeskryf aan sy verswakte fisiese vermoens. Wanneer PC frustrasie ervaar is sy eggenote geneig om beskermend op te tree en dit beleef PC as bejammering vir hom. Dit is moeilik om te verwerk en onaanvaarbaar.</p>
<p><b>VRAAG 8</b> Sou u sê dat die wyse waarop u, u self huidiglik beleef en die waarde wat u aan u self as mens heg wesenlik verskil van voor u hartaanval? Wat volgens u het 'n bydrae gelewer in hierdie veranderde belewing van u self? (bv gevoelens van mislukking, minderwaardigheid) Op watter wyse het dit u huweliksverhouding beïnvloed?</p>		

9	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. Ek glo nie dit het my huweliksverhouding beïnvloed nie.	<p><b><u>Beleef 'n verswakking van fisiese kragte en 'n verandering in sy selfbelewens</u></b></p> <p>PC rapporteer dat hy anders voel oor homself na sy MI. Hy beleef homself as iemand wat verminderde fisiese kragte het en nie meer kan doen wat hy wil nie.</p>
<p><b>VRAAG 9</b> 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 veranderinge beleef? Het dit u huweliksverhouding op enige wyse beïnvloed?</p>		
10	Ek was reeds afgetree dus was daar geen finansiële Implikasies nie, geen veranderinge nie en het nie ons huweliksverhouding op enige wyse beïnvloed nie.	<p><b><u>Reeds afgetree - geen impak op beroep- of finansiële status</u></b></p> <p>Vanwee die feit dat PC reeds afgetree was het sy MI geen impak op sy beroepsbeoefening of finansiële status gehad nie. Hulle huweliksverhouding was dus in hierdie opsig geensins geraak nie.</p>
<p><b>VRAAG 10</b> Was daar wesenlike veranderinge in u seksueleverhouding na u hartaanval? Wat volgens u mening was die oorsake van die veranderinge en hoe het u die veranderinge beleef en hanteer? Wat was die impak daarvan op u huweliksverhouding?</p>		
11	Geen verandering nie.	<p><b><u>Geen impak op seksuele verhouding</u></b></p> <p>PC rapporteer geen verandering in hulle seksuele verhouding na sy MI nie.</p>
<p><b>VRAAG 11</b> Wat volgens u het aan u die krag verskaf om staande te bly deur hierdie krisis? (bv ondersteuning van egmaat, kinders, die wil om weer te werk, die wil om te lewe ens).</p>		
12	Algehele ondersteuning van vrou en kinders, die wil om te werk en te lewe. Algehele ondersteuning van werklike vriende	<p><b><u>Die ondersteuning van eggenote, kinders, familie en vriende en die wil om te leef was baie belangrik</u></b></p> <p>PC is van mening dat die volkome ondersteuning van sy eggenote, kinders en intieme vriende aan hom die krag verskaf het om stande te bly deur die krisis. Ook sy wil om nog 'n produktiewe bydrae te lewer tot die lewe en ten volle te leef het hom deur die krisis gedra.</p>
13	...maar heel eerste, geloof in God en ek dink 'n goeie Christelike lewe.	<p><b><u>Geloof en geloofsoortuiging was die belangrikste ondersteunende faktor</u></b></p> <p>PC is van oordeel dat sy geloof en geloofsoortuiging die belangrikste ondersteunende krag was wat hom staande gehou het deur die krisis.</p>
<p><b>VRAAG 12</b> Het u hartaanval 'n invloed gehad op die kwaliteit van u huwelik? (bv spandeer meer/minder tyd saam, waardeer mekaar meer, voel meer geïntereerd met egmaat ens). Verskik dit wesenlik van voor u hartaanval?</p>		
14	Geen wesenlike verskil nie. Ons spandeer wel nou meer tyd saam.	<p><b><u>Geen verskil behalwe spandeer meer tyd saam met eggenote na MI</u></b></p>

		Alhoewel PC is van mening is dat sy MI nie werklik veel van 'n impak op die kwaliteit van hulle huweliksverhouding gehad het nie spandeer hy en sy eggenote tog wel meer tyd saam na sy MI.
15	Mens kan dankbaar wees vir die tyd wat jy nog gegun word.	<b><u>Voel dankbaar dat hy nog leef</u></b> PC beleef gevoelens van dankbaarheid oor die voorreg van 'n verlengde lewe wat hom gegun is.

**PASIENT PD**

<b>VRAAG 1</b> Wat was die grootste veranderinge en aanpassings wat u moes maak na u hartaanval? Hoe het u hierdie veranderinge en aanpassings beleef en hanteer?		
Betekenis eenheid	Verbatim aanhaling	Ervaringstemas
1	<p>Die grootste aanpassing wat ek moes maak was om stadiger te lewe. Ek was altyd haastig en alles moes onmiddellik gedoen word. Oor naweke het ek gewerk en het geen rus vir myself gehad nie. Nou egter werk ek glad nie oor naweke nie. Lewe baie rustiger en raak nie meer so opgewonde soos voorheen nie. Gedurende die week hou ek 4-uur op met werk.</p>	<p><b><u>Leer om rustiger te leef deur aanpassings te maak</u></b></p> <p>PD is van mening dat die grootste aanpassing wat hy moes maak na sy MI was om te leer om rustiger te lewe. Voor sy MI was hy haastig van geaardheid en wou hy take onmiddelik voltooi. Om 'n groter mate van rustigheid te bereik was dit nodig om aanpassings gemaak in sy werksure. Hy beleef minder psigofisiologiese opwekking.</p>
<b>VRAAG 2</b> Het 'n verandering in lewenstyl 'n impak op die huweliksverhouding gehad? (bv dieet veranderings, staak van die rookgewoonte, drink gewoontes, gereelde oefening ens.)		
2	<p>Die grootste verandering in ons verhouding was die verandering in dieet. Die hele huishouding eet nou dieselfde. Daar word nie apart kos voorberei vir ander nie. Ons koop nou Hartstigting kos. Die staak van my rookgewoonte het geen noemenswaardige verandering teweeggebring nie. My vrou het reeds opgehou rook 'n maand voor my hartaanval. Dit het my net gehelp. Selfs die kinders rook baie minder. Daar word nie rook verbied naby ons nie. Dit is tog ons keuse om op te hou rook. Ons was nooit sterk drinkers nie. Nou drink ons slegs whisky en rooiwyn by geleentheid.</p>	<p><b><u>Die hele gesin moes nodige aanpassings maak, soos dieet</u></b></p> <p>PD is van oordeel dat 'n verandering in dieet die grootste invloed op hulle verhouding gehad het. Hierdie verandering in dieet sluit ook sonder uitsondering die res van die gesinlede in en word word voedel aangekoop en voorberei wat die waarnemer van die Hartstigting dra. PD rapporteer dat sy poging om op te hou rook vergemaklik was deur die feit dat sy eggenote ook nie meer gerook het na sy MI nie. Hy is ook van mening dat selfs sy kinders minder rook na sy MI. Hulle is nie bevooroordeel teenoor rokers aangesien dit hulle keuse was om op te hou. Alhoewel hulle as egpaar nooit baie gedrink het voor sy MI nie beperk hulle nou hulle alkohol inname tot Wiskey en rooi wyn by geleentheid.</p>
<b>VRAAG 3</b> Was dit vir u moonlik om oop met u egmaat te kommunikeer oor u eie/individuele beleving rakende die siekte, u vrese en toekoms verwagtings? Was dit moontlik om voor u hartaanval oop te kommunikeer?		
3	<p>Voor my hartaanval kon ek oop met my egmaat kommunikeer maar daarna was dit baie makliker. Ons sal openlik gesels oor die siekte en ons toekomsplanne so het ons besluit om nie te verhuis kus toe nie, maar om eerder hier naby die hospitaal te bly. Waar ons sou heengaan is geen militêre hospitaal nie.</p>	<p><b><u>Na MI het kommunikasie nog meer oop geraak</u></b></p> <p>Alhoewel PD van oordeel is dat hy en sy eggenote nog altyd openlik kon kommunikeer beleef hy sy kommunikasie met haar na sy MI as nog gemakliker. So byvoorbeeld kon hulle na sy MI openlik gesels oor sy siektetoestand en hulle planne vir toekoms.</p>
<b>VRAAG 4</b> Was daar wesenslike rolveranderinge in u huwelik na u hartaanval, in die dat u take van u egmaat moes oorneem en hy/sy van u? (bv versorging van die huis, tuin, kinders ens).		
4	<p>Daar was slegs 'n geringe rolverandering na my hartaanval t.o.v. die tuin ens. Ongeveer 'n maand na my aanval het ek weer die take oorgeneem. Waar dit voorheen vinnig afgehandel was, het dit nou stadiger</p>	<p><b><u>MI het 'n aanvanklike effek op rolle/take gehad maar beïnvloed nou net die tempo van taakverrigting</u></b></p> <p>PD is van oordeel dat daar vir slegs 'n kort periode na sy MI</p>

	gegaan.	geringe verandering was in terme van roluitvoering. Alhoewel hy na 'n maand weer sy rolle oorgeneem het was die tempo waarteen hy take uitgevoer het stadiger.
5	Ons is in die gelukkige posisie dat altwee ons kinders al werk. Hulle probeer ook om alles vir my so maklik as moontlik te maak.	<p align="center"><b><u>Volwasse kinders bied ondersteuning</u></b></p> PD beleef hom en sy eggenote as in 'n bevoorregte posisie aangesien beide hulle kinders reeds onafhanklik is. Volgens PD help hulle hom ook waar hulle kan ten einde die las op hom te verlig.
<p><b>VRAAG 5</b> Verskil die wyse waarop u huidig probleme en krisis hanteer, van die manier waarop u dit hanteer het voor u hartaanval? (bv vermy rusies/konflik, egmaat hanteer probleme, word nie ingelig oor probleme of krisise nie). Wat volgens u is die rede hiervoor?</p>		
6	Daar is 'n groot verskil hoe konflik nou hanteer word na my hartaanval. Voorheen het ons 'n probleem onmiddellik uitgesorteer, nou probeer ek alle konflik en rusie vermy. My eggenoot lig my nog steeds in oor probleme en krisisse. Daar word niks weggesteek nie. Indien ons nou 'n krisis het, sal ons gaan sit en dit rustig uitpraat en besluit wat die beste is.	<p align="center"><b><u>Konfliksituasies word na MI vermy maar oor probleme word gekommunikeer en opsies oorweeg voor besluit</u></b></p> Volgens PD is daar 'n groot verskil in die wyse waarop hy konflik hanteer word na sy MI. Waar hy en sy eggenote in die verlede probleme so gou as moontlik aanspreek het vermy hy nou konfliksituasies en rusies. D is van oordeel dat sy eggenote hom nog steeds inlig oor probleme en krisisse wat bestaan. Hulle hanteer krisisse deur rustig daarvoor te kommunikeer en tot 'n gesamentlike besluit te kom oor wat is die beste oplossing.
7	Ek was voorheen baie liggeraak en alles moes net reg wees. Nakoming van tydskedules was erg, nou het dit so verander dat ek laaste klaar is en almal vir my wag. Die rede is dat ek baie meer rustig is.	<p align="center"><b><u>Handhaaf 'n rustiger lewe na MI is in kontras met sy premorbiede self baie rustiger oor tydsdemensies</u></b></p> PD was voor sy MI geneig om maklik geirriteerd te raak as alles nie reg was en tydelimite nie na gekom is nie. PD het nou sodanig gekalmeer dat hy nie gedruk is om tydelimite te haal nie.
<p><b>VRAAG 6</b> Het u hartaanval enige impak gehad op u of u egmaat se sosiale lewe? (bv vermy sosiale funksies, egmaat gaan min alleen uit ens). Hoe voel u daarvoor en hoe beïnvloed dit u huweliksverhouding?</p>		
8	Ons as gesin was nooit baie sosiaal nie. Ons het min funksies bygewoon. My egmaat gaan nie alleen na 'n funksie toe na-ure nie en ek ook nie. Indien ons nie saam kan gaan nie bly ons. In die dag kan sy funksies bywoon tydens werk. Ek het geen probleme daarvoor nie en het nog nooit ons huweliksverhouding beïnvloed nie.	<p align="center"><b><u>Geen verandering in hulle sosiale lewe</u></b></p> Volgens PD was hulle as 'n gesin nooit baie sosiaal nie. As egmaats woon hulle nie funksies buite werksverband afsonderlik by nie. Binne werksverband het PD nie 'n probleem daarmee dat sy eggenote funksies alleen bywoon nie. PD is van mening dat hulle sosiale lewe nog nooit 'n probleem in hulle huweliksverhouding veroorsaak het nie.
<p><b>VRAAG 7</b> Sou u sê dat die gevoelens van angs, depressie en frustrasie wat u beleef/beleef het 'n wesenlike invloed op u huweliksverhouding 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 op getree het of nog steeds optree? Hoe het u hierdie gevoelens van angs, depressie en frustrasie by u egmaat beleef en hanteer na u hartaanval? Op watter wyse het dit u huweliksverhouding beïnvloed?</p>		
9	Die invloed wat 'n hartaanval op jou egmaat het is groot. Die gevoel van depressie en nutteloosheid wat jy het is sy die enigste persoon wat jou bystaan. Dit het tot gevolg dat ons baie meer saam is.	<p align="center"><b><u>Eggenote ondersteun hom met sy gevoelens van depressie en nutteloosheid</u></b></p> PD is van oordeel dat sy MI 'n groot impak op sy eggenote gehad het. In sy beleving van gevoelens van depressie en nutteloosheid was sy eggenote die enigste persoon wat hom ondersteun het. Dit het daar toe gelei dat hulle baie meer saam is.

10	Ons sit bymekaar en gesels. Sy verstaan jou beter en die wyse wat sy optree is baie anders as voorheen.	<p><b><u>Verhoogde kontak en kommunikasie lei tot beter begrip en optrede by eggenote</u></b></p> <p>Vanwee 'n verhoogde samesyn en kommunikasie tussen hom en sy eggenote is PD van oordeel dat sy eggenote hom nou beter verstaan. Ook haar wyse van optrede teenoor hom verskil van voor sy MI.</p>
11	Jy probeer die angs en depressie wegsteek dat dit nie so openlik is nie, want as jy net swak snaaks voel wil almal weet wat makeer. 'n Mens steek dit weg want as hulle om jou koek word jy gefrustreerd.	<p><b><u>Oorbekermende houding van ander wek gevoelens van frustrasie/irritasie en poog pasient om nie te laat blyk dat daar fout is nie</u></b></p> <p>PD poog om sy gevoelens van angs, depressie en fisiese swakheid weg te steek aangesien dit 'n oorbekermende houding van ander ontlok wat hom met gevoelens van frustrasie en irritasie laat.</p>
<p><b>VRAAG 8</b> Sou u sê dat die wyse waarop u, u self huidiglik beleef en die waarde wat u aan u self as mens heg wesenlik verskil van voor u hartaanval? Wat volgens u het 'n bydrae gelewer in hierdie veranderde beleving van u self? (bv gevoelens van mislukking, minderwaardigheid) Op watter wyse het dit u huweliksverhouding beïnvloed?</p>		
12	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. Dit kan nie met jou gebeur nie. Nou 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 'n hoe minderwaardig jy werklik is.	<p><b><u>Na MI het sy selfversekerdheid plek gemaak vir 'n bewuswording van sy eie kwesbaarheid</u></b></p> <p>Voor die MI het PD staat gemaak op sy superioriteit. Na sy MI het hy bewus geword van sy eie kwesbaarheid, sterflikheid en nietigheid en dat hy nie werklik op homself kan staat maak nie want daar is magte/entiteite groter as hyself.</p>
13	Ons probeer nou soveel as moontlik van mekaar kry en is dankbaar vir die tyd wat ons nog het.	<p><b><u>Voel dankbaar vir oor die tyd wat hulle nog gegun is</u></b></p> <p>PD en sy eggenote poog om na sy MI so veel moontlik tyd saam te spandeer. Hulle beleef gevoelens van dankbaarheid vir die tyd wat hulle nog gegun is.</p>
<p><b>VRAAG 9</b> 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 veranderinge beleef? Het dit u huweliksverhouding op enige wyse beïnvloed?</p>		
14	Dit het my beroep nie wesenlik geraak nie. Ek is Tans met pensioen en doen nou staalwerk om my besig te hou en vir ekstra geld. Dit het egter nou al 'n besigheid geword. 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.	<p><b><u>Geen wesenlike beroepsveranderinge behalwe wyse en hulp</u></b></p> <p>PD is van mening dat sy MI nie 'n wesenlik invloed op sy beroep gehad het nie aangesien hy op pensioen is. Na sy aftrede het hy met staalwerk begin ten einde homself besig te hou en vir 'n aanvullende inkomste. Dit het groei tot 'n besigheid. Na sy MI stel hy 'n werker aan wat die fisiese werk kan verrig. PD is van mening dat sy MI nie veel van invloed op sy werk gehad het nie.</p>
15	'n Persoon raak net partykeer woedend oor dit jou oorgekom het en jy nie daarna gekyk het nie.	<p><b><u>Beleef gevoelens van woede teenoor homself omdat hy nie tekens gesien het nie</u></b></p> <p>PD beleef soms gevoelens van aggressie oor sy MI. Hy verwyt homself daarvoor.</p>

**VRAAG 10** Was daar wesenlike veranderinge in u seksueleverhouding na u hartaanval? Wat volgens u mening was die oorsake van die veranderinge en hoe het u die veranderinge beleef en hanteer? Wat was die impak daarvan op u huweliksverhouding?

16	<p>Die grootste verandering in ons verhouding was ons seksuele verhouding. Dit het byna heeltemal gestop na die hartaanval. Dit begin nou verbeter na 'n jaar. Ons het dit aanvaar en daarmee saamgeleef. Ek weet nie wat die oorsaak was nie. Aan die begin was dit baie swaar. Ons het daarvoor gepraat en ek is verseker dit maak nie saak nie.</p>	<p><b><u>Na MI was grootste impak op seksuele verhouding tot dat herstel gekom het</u></b></p> <p>PD is van mening dat sy MI die grootste impak op hulle seksuele verhouding gehad het. Hy beleef die aanvanklike afwesigheid van seks in hulle verhouding as baie swaar. Dit was 'n aanpassing wat hulle moes maak en het dit so aanvaar. Dit was aanvanklik 'n moeilike aanpassing. PD D is in die duister oor die rede hiervoor. PD het versekering vanaf sy eggenote ontvang dat dit nie saak maak nie.</p>
----	--	---

**VRAAG 11** Wat volgens u het aan u die krag verskaf om staande te bly deur hierdie krisis? (bv ondersteuning van egmaat, kinders, die wil om weer te werk, die wil om te lewe ens).

17	<p>Die krag om staande te bly deur hierdie krisis was die ondersteuning van my egmaat en kinders. Sonder hulle bystand en ondersteuning sou ek dit nie gemaak het nie.</p>	<p><b><u>Ondersteuning van eggenote en kinders dra hom deur die krisis</u></b></p> <p>PD is van oordeel dat die ondersteuning van sy eggenote en kinders aan hom die krag verskaf het om staande te bly deur die krisis.</p>
18	<p>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.</p>	<p><b><u>Finansiële verpligtinge motiver hom ook</u></b></p> <p>PD was ook gemotiveer en gedryf deur die wete dat hy vir homself werk en finansiëel nie kan bekostig om nie te werk nie.</p>

**VRAAG 12** Het u hartaanval 'n invloed gehad op die kwaliteit van u huwelik? (bv spandeer meer/minder tyd saam, waardeer mekaar meer, voel meer geïrriteerd met egmaat ens). Verskil dit wesenlik van voor u hartaanval?

19	<p>Na my hartaanval spandeer ons as gesin baie meer tyd saam met mekaar. Die kinders is gedurig by die huis en hulle weet ten alle tye waar ons is sowel as ons waar is die kinders. Ons as gesin waardeer mekaar baie meer nou as voorheen. Die verskil van voor en na die hartaanval was seker 80%.</p>	<p><b><u>Beleef 'n beduidende verskil in sy gesinsverhoudinge. baie hegteer</u></b></p> <p>Na sy MI spandeer PD en sy gesin meer tyd saam en is hy van oordeel dat hulle mekaar nou baie meer waardeer. PD en sy eggenote bly ten alle tye in kontak met die kinders.</p>
----	---	---

**PASIENT PE**

<b>VRAAG 1 Wat was die grootste veranderinge en aanpassings wat u moes maak na u hartaanval? Hoe het u hierdie veranderinge en aanpassings beleef en hanteer en wat was die impak daarvan op u huwelik?</b>		
Betekenis eenheid	Verbatim aanhaling	Ervaringstemas
1	Ek moet nou baie staat maak op my vrou. Alhoewel dit baie moeilik was en is, is sy wonderlik 'n ondersteun sy my met alles.	<p><b><u>Alhoewel dit moeilik is, is hy verplig om meer te steun op eggenote</u></b></p> <p>PE rapporteer dat dit vir hom baie moeilik was en nog steeds is om afhanklik te wees van sy eggenote, maar ten spyte hiervan beleef hy dat sy besonder goed is vir hom en hom volledig ondersteun.</p>
2	Ek moes ook leer om dinge rustiger te neem en het take soms heelwat lanker gevat om te voltooi as voorheen. Dit het my baie frustreer 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.	<p><b><u>Eggenote ondersteun hom in sy aanpassing by 'n nuwe lewenstyl!</u></b></p> <p>PE moes aanpas by sy rustiger lewenstyl wat hom baie frustreer omdat dit die tempo waarteen hy take voltooi beïnvloed het. Sy eggenote rasionaliseer en hy internaliseer sy frustrasie deur die situasie binne 'n tydsperspektief te plaas.</p>
<b>VRAAG 2 Het 'n verandering in lewenstyl 'n impak op die huweliksverhouding gehad? (bv dieet verandering, staak van die rookgewoonte, drink gewoontes, gereelde oefening ens.)</b>		
3	Ek het agter gekom dat die lus en ywer om iets aan te pak baie verminder het. Ek vind dit baie moeilik om met werk of reparaasies te begin. Ek neig baie daarin om dit uit te stel vernaamlik waar dit groter werke is.	<p><b><u>Beleef 'n gebrek aan motivering tov taakverrigting</u></b></p> <p>PE rapporteer dat hy na sy MI minder gemotiveerd was om take aan te pak en sou dit liever uitstel veral groter projekte.</p>
4	Wat my aan die gang hou is die werk om my huis. Ek het 'n mooi huis en hou nie daarvan dat dit slordig voorkom nie.	<p><b><u>Word na sy MI gemotiveer deur sy sin vir netheid</u></b></p> <p>PE hou nie daarvan dat sy huis verwaarloos nie en hou die instandhouding daarvan hom besig.</p>
5	Die tydfaktor is ook 'n probleem deur dat ek nou baie meer moet rus, ek staan baie later op en in die middag hou ek vroer op.	<p><b><u>Sy fisiese toestand noodsaak hom om meer te rus</u></b></p> <p>Die noodsaaklike verlengde rus lei daartoe dat die tyd wat hy nie rus nie ingekort is.</p>
6	My huweliksverhouding het ook verander. Ek moet baie meer op my vrou leun en steun om goed gedoen te kry. Die rol van steunpilaar het amper omgeswaai. Baie besluite moes op haar rus. My grootste geluk is die sterkte van my vrou wat my bygestaan en gedra het deur my siekte.	<p><b><u>'n Rol verandering het plaasgevind deur dat sy eggenote nou steunpilaar in die verhouding is</u></b></p> <p>Volgens PE het sy huweliksverhouding ook verander vanwee die feit dat hy nou meer afhanklik is van sy eggenote om take te verrig en besluite te neem. Hy beleef haar nou as die steunpilaar in die verhouding. Hy beleef die innerlike krag wat sy eggenote openbaar het tydens sy siekte as 'n seen.</p>



7	<p>Ek rook nie en drink nie en my oefening vind nou plaas by 1 Mil oefening sentrum. Ek is totaal onder hulle toesig , medies en liggaamlik.</p>	<p><b><u>Leef 'n gesonde lewenstyl en het hom volledig onderwerp aan mediese personeel</u></b></p> <p>PE is verbind tot 'n gesonder lewenstyl en het hom onderwerp aan die oefenprogram en mediese personeel van die 1 Militere hospitaal.</p>
<p><b>Vraag 3 Was dit moontlik om oop met u egmaat te kommunikeer oor u eie/individuele belewing rakende die siekte, u vrese en toekomsverwagtinge? Was dit moontlik om voor u hartaanval oop te kommunikeer?</b></p>		
8	<p>Ek voel dat ek 'n baie gelukkige huwelik het en is al 43 jaar getroud. Ons het dit reggekry om deur die jare 'n noue en eerlike verhouding te skep. Ons praat oor alles wat voorval en pla. Daar word geen besluite apart geneem nie en ons weerhou ook niks van mekaar nie -- daar is geen geheime tussen ons nie.</p>	<p><b><u>Oop en eerlike huweliksverhouding gebaseer op goeie kommunikasie</u></b></p> <p>PE is al vir 43 jaar gelukkig getroud. Hy is van oordeel dat hulle daar in geslaag het om 'n intieme en eerlike verhouding te skep en te handhaaf. Volgens E bestaan daar goeie kommunikasie tussen hom en sy eggenote en neem hulle ook altyd besluite saam.</p>
9	<p>My vrou het my deur my siekte gedra en versorg en my aan die gang gehou selfs deur my moeilikste tye. Sy het 'n baie goeie persepsie van my gevoelens en vrese en voel dit baie gou aan en help my dit dan verwerk.</p>	<p><b><u>Beleef dat eggenote hom deurentyd ondersteun en versorg het met groot empatie</u></b></p> <p>Volgens PE het sy eggenote se motivering en versorging hom gedra deur sy siekte. Sy het begrip vir sy gevoelens en vrese en ondersteun hom met empatie.</p>
10	<p>Ons probeer geldelik stabiel bly sodat ons nie 'n las op ons kinders sal wees nie. Inteendeel moet ons die kinders meer help as hulle vir ons.</p>	<p><b><u>Poog om finansiell onafhanklik te bly</u></b></p> <p>Volgens PE slaag hulle goed daarin om finansiell onafhanklik te bly. Hulle kan selfs finansielle ondersteuning bied aan hulle kinders.</p>
11	<p>Voor die hartaanval het ons goed gekommunikeer alhoewel ek baie meer hardkoppig was voor my siekte maar my siekte het my baie geleer en vandag is ek en my vrou baie hegter verbind aanmekaar.</p>	<p><b><u>MI bring insig en wysheid en bring stewiger/hegter verhouding met eggenote mee</u></b></p> <p>PE is van mening dat die kommunikasie tussen hom en sy eggenote voor sy MI goed was ten spyte daarvan dat hy soms hardkoppig was. Met sy siekte het insig en wysheid gekom en PE beleef dat hy en sy eggenote nou 'n hegter verhouding het as voor sy MI.</p>
<p><b>VRAAG 4 Was daar wesenlike rolveranderinge in u huwelik na u hartaanval, in die dat u take van u egmaat moes oorneem en hy/sy van u? (bv versorging van die huis, tuin, kinders ens).</b></p>		
12	<p>Van die begin van my siekte moes my vrou meeste verantwoordelikhede oorvat. Ek het met pyne in my rondgelopen en dit was baie ongemaklik en dan moes en kort-kort vir toetse 1 Mil toegaan. Ek het as te ware 1 jaar van my normale lewe verloor en my vrou moes meeste werk en probleme oorvat. Gelukkig kon sy dit doen want sy is geestelik 'n baie sterk vrou. Ek het met probleme gehelp waar ek kon.</p>	<p><b><u>Vanwee MI gevolge moes eggenote meeste verantwoordelikhede oorneem</u></b></p> <p>PE is van oordeel dat sy eggenote meeste van die verantwoordelikhede moes oorneem na sy MI vanwee sy fisiese toestand en sporadiese afwesigheid vir verdere mediese toetse. PE voel dat sy siektetoestand hom van een jaar van sy lewe beroof het en dat sy eggenote alle werksverwante verantwoordelikhede en besluitneming op haarself moes neem. Volgens PE kon sy dit doen om dat sy geestelik 'n baie sterk mens is. PE het haar ondersteun waar hy kon.</p>

<b>VRAAG 5 Verskil die wyse waarop u huidiglik probleme en krisise hanteer, van die manier waarop u dit hanteer het voor u hartaanval? (bv vermy rusies/konflik, egmaat hanteer probleme, word nie ingelig oor probleme of krisise nie). Wat volgens u is die rede hiervoor?</b>		
14	<p>Daar het 'n verandering in ons patroon van lewe plaasgevind, die lang krisisse het ons baie nader aanmekeer gebring. Die gewone probleme het nog opgeduik. Met krisisse het ek party keer mismoedig geword maar dan het my vrou ingetree en my oor dit gekry.</p>	<p><b><u>Krisisse het groter intimiteit te weeg gebring</u></b></p> <p>PE is van oordeel dat die krisisse wat hy en sy eggenote moes hanteer vanwee sy MI hulle nader aanmekeer gebring het. PE rapporteer dat sy eggenote hom emosioneel ondersteun het wanneer hy hopeloos/mismoedig was.</p>
15	<p>Ons behoort ook aan 'n bybelkring en het baie hulp en bystand by hulle gekry. My vrou kan nie bestuur nie maar daar was nooit 'n te kort aan vriende en familie om ons te ondersteun nie</p>	<p><b><u>Kerk, familie en vriende ondersteun beide</u></b></p> <p>PE rapporteer ook hulp en ondersteuning van hulle kerkgemeenskap, familie en vriende aan hom sowel as sy eggenote.</p>
16	<p>Dan was ek baie gelukkig dat my vrou 'n baie intelligente persoon is en het baie jare as sekretaresse gewerk vir 'n groot firma. Sy het al die finansiële werk gedoen en opgelos. So daar het nooit geldelike probleme opgeduik wat sy nie kon hanteer en oplos nie.</p>	<p><b><u>Voel dankbaar en verblydend oor eggenote se bekwaamheid tov finansiële sake</u></b></p> <p>PE ag homself gelukkig dat hy 'n uiters bekwame en intelligente vrou het wat hulle finansiële sake effektief kan bestuur.</p>
<b>VRAAG 6 Het u hartaanval enige impak gehad op u of u egmaat se sosiale lewe? (bv vermy sosiale funksies, egmaat gaan min alleen uit ens). Hoe voel u daaroor en hoe beïnvloed dit u huweliksverhouding?</b>		
17	<p>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. Ek is gelukkig 'n groot leser en het my tyd in die bed en wanneer ek nie kon werk nie so deur gebring. Ek self kon vir baie lank geen sosiale funksies by woon nie, maar ek het nie my vrou gestop om haar funksies by te woon nie.</p>	<p><b><u>Voel dankbaar dat sy MI nie sy eggenote se sosiale lewe beïnvloed het nie en het homself besig gehou terwyl sy vrou gesosialiseer het</u></b></p> <p>Volgens PE kon sy eggenote met die ondersteuning van vriende haar sosiale lewe voortsit. Hy voel dankbaar daaroor. Alhoewel E se sosiale lewe tot 'n stilstand gekom het na sy MI het hy nie sy eggenote weerhou van haar sosiale verpligtinge nie. Hy het sy verwyl tydens sy siekte deur te lees, 'n aktiwiteit wat hy baie geniet.</p>
18	<p>Ons het ook baie bystand by die kerk en die kerk mense gekry. Dan het ek ook 'n baie goeie en wyse dominee in ons wyk wat my baie bystand gegee het.</p>	<p><b><u>Kerklede speel 'n belangrike ondersteunende rol</u></b></p> <p>PE rapporteer ondersteuning vanaf die kerk, mense verbonde aan die kerk sowel as een van die leerraars verbonde aan die kerk.</p>
<b>VRAAG 7 Sou u sê dat die gevoelens van angs, depressie en frustrasie wat u beleef/beleef het 'n weselike invloed op u huweliksverhouding 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 op getree het of nog steeds optree? Hoe het u hierdie gevoelens van angs, depressie en frustrasie by u egmaat beleef en hanteer na u hartaanval? Op watter wyse het dit u huweliksverhouding beïnvloed?</b>		
19	<p>Met die bystand van my vrou en familie het ek al die frustrasies en depressie te bowe gekom en ek dink nie dat daar iets agter gebly het nie.</p>	<p><b><u>Met eggenote en familie se ondersteuning kan hy sy frustrasies en depressie te bowe kom</u></b></p> <p>PE is van oordeel dat hy die frustrasies en depressie wat hy beleef het na sy MI oorkom het met die ondersteuning</p>

		van sy eggenote en familie.
20	Partykeer het ek onredelik opgetree teenoor my vrou maar dan het sy my gekalmeer en dit altyd reggekry om my reg te ruk.	<p><b><u>In tye van oorreaksie het eggenote se optrede hom gekalmeer</u></b></p> <p>PE is van mening dat hy soms onredelik was in sy optrede teenoor sy eggenote. Sy kon hom egter altyd kalmeer en tot selfbeheer bring.</p>
<p><b>VRAAG 8 Sou u sê dat die wyse waarop u, u self huidiglik beleef en die waarde wat u aan u self as mens heg wesenlik verskil van voor u hartaanval? Wat volgens u het 'n bydrae gelewer in hierdie veranderde beleving van u self? (bv gevoelens van mislukking, minderwaardigheid) Op watter wyse het dit u huweliksverhouding beïnvloed?</b></p>		
21	Ek voel baie gelukkig oor die manier waarop ons my probleme hanteer het want my probleem was ook my vrou se probleem en dit het ons baie nader aan mekaar gebring.	<p><b><u>Gedeelde belewenis verstewig huweliksverhouding</u></b></p> <p>PE beleef sy siektetoestand as 'n gedeelde probleem. Hy ag homself gelukkig oor die siening van sy eggenote en is E van mening dat hierdie benadering tot sy siektetoestand sy verhouding met sy eggenote verstewig het.</p>
22	As man het minderwaardigheidsgevoelens baie opgekom.	<p><b><u>Voel as man minderwaardig</u></b></p> <p>PE rapporteer gevoelens van minderwaardigheid wat verbandhou met sy manlikheid.</p>
23	Ek was nooit 'n groot kerkman nie maar my probleme het my baie nader aan die kerk gebring en dit het my ook krag gegee sodat op hierdie stadium van my lewe kan ek my probleme al redelik goed hanteer.	<p><b><u>Verdieping in godsdienstige lewe lei tot effektiewer probleemoplossing</u></b></p> <p>PE rapporteer 'n verdieping in sy godsdienstige lewe na sy MI wat hom in staat gestel het om sy probleme meer effektief te hanteer.</p>
<p><b>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 veranderinge beleef? Het dit u huweliksverhouding op enige wyse beïnvloed?</b></p>		
24	Ek was met my hartaanval reeds afgetree en was daar geen verandering in ons finansiële posisie nie.	<p><b><u>Was reeds afgetree- finansiële status was onveranderd</u></b></p> <p>Vanwee die feit dat PE reeds afgetree was het sy MI geen invloed op sy finansiële status gehad nie.</p>
25	Al groot probleem wat nou opduik is hoe lank ek nog met my huis kan aangaan voordat dit te veel word vir my en waarheen gaan ons dan. Dit is een van my grootste probleme wat nou navore kom, hoe raak ek ontslae van al my aardse besittings wat ek so baie van het om dan in 'n klein plekkie in te trek waar ek nie my eie baas gaan wees nie. Ek was nog al die jare 'n harde kwas persoon en wonder hoe ek gaan aanpas waar ek afhanklik moet wees op ander persone. Al die jare kon ek en my vrou ons eie probleme oplos. Ek is 'n tegniese man wat amper enige ding kan regmaak en wanneer dit weg val wat doen ek dan. Dit maak my bang.	<p><b><u>Hy besef dat na sy MI hy gedwing gaan word om sy verblyf in sy huis op te gee en dit sal sy onafhanklikheid bedryg.</u></b></p> <p>PE besef dat na sy MI hy gedwing gaan word om sy verblyf in sy huis op te gee en dit sal sy onafhanklikheid bedryg. Hierdie gedagte bring vroeë en onsekerhede mee ten opsigte van die toekoms want as sy onafhanklikheid en tegniese vaardigheid bedreig word raak hy angstig.</p>

<b>VRAAG 10 Was daar wesenlike veranderinge in u seksueleverhouding na u hartaanval? Wat volgens u mening was die oorsake van die veranderinge en hoe het u die veranderinge beleef en hanteer? Wat was die impak daarvan op u huweliksverhouding?</b>		
26	<p>As daar inag geneem word ek en my vrou se ouderdom kan daar nie veel seksuele veranderinge plaasvind nie. Ons het mekaar al die jare baie geniet en die manier wat dit nou plaasvind het dit nie baie verander nie. Ons het ons al lankal vereenselwig dat ons nie meer jonk is nie en ons daarby aangepas. So kan ek se dat daar baie min verandering plaas gevind het.</p>	<p><b><u>Min verandering in seksuele verhouding in die lig van hulle ouderdom</u></b></p> <p>Volgens PE was daar min verandering in hulle seksuele verhouding na sy MI.</p>
<b>VRAAG 11 Wat volgens u het aan u die krag verskaf om staande te bly deur hierdie krisis? (bv ondersteuning van egmaat, kinders, die wil om weer te werk, die wil om te lewe ens).</b>		
27	<p>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. Sy het dit moontlik gemaak vir my om uit te hou en aan te gaan en my kop reg gehou.</p>	<p><b><u>Sonder ondersteuning van eggenote sou hy nie MI te bowe kon kom en aanpas nie</u></b></p> <p>Volgens PE was sy eggenote en die emosionele ondersteuning wat sy hom gebied het die grootste bron van krag wat hom staande gehou het deur die krisis en gelei het tot 'n normale lewe. Sy was die motiverig en stukrag wat hom deur gedra het.</p>
28	<p>Die ander rede wat ook 'n groot rol gespeel het was 1 Militere Hospitaal. Sonder hulle agter my sou alles in duie gestort het. Ek het ook baie vriende met die hospitaal staf gemaak wat ook 'n groot rol met my probleme gespeel het.</p>	<p><b><u>Sonder gesondheidsorgpersoneel sou hy nie MI te bowe kon kom en aan pas nie</u></b></p> <p>PE is van mening dat die gesondheidsorg personeel verbonde aan 1 Militere Hospitaal 'n belangrike ondersteunende rol gespeel het in sy herstel.</p>
29	<p>En dan ook die groot vriende kring wat ons op gebou het waar ons bly wat altyd gewillig was en is om enige tyd ons te help.</p>	<p><b><u>Vriende was ook baie ondersteunend</u></b></p> <p>Volgens PE was hulle vriende ook altyd baie ondersteunend.</p>
30	<p>Ook my geloof in my skepper. Dit het 'n groot rol gespeel.</p>	<p><b><u>Sy geloof in sy Skepper was 'n belangrike bron van ondersteuning</u></b></p> <p>PE is van oordeel dat sy geloof ook 'n belangrike bron van ondersteuning was.</p>
<b>VRAAG 12 Het u hartaanval 'n invloed gehad op die kwaliteit van u huwelik? (bv spandeer meer/minder tyd saam, waardeer mekaar meer, voel meer geirriteerd met egmaat ens). Verslik dit wesenlik van voor u hartaanval?</b>		
31	<p>My hartaanval het 'n groot invloed op my huwelik gehad. Dit het definitief die kwaliteit van my huwelik verbeter. Ons waardeer mekaar nou baie meer en neig om baie meer aan mekaar vas te klou, om alles in die lewe te geniet wat daar nog is.</p>	<p><b><u>Kwaliteit van hulle verhouding verbeter deurdad hulle mekaar meer waardeer en saam lewe geniet en beste te maak van oorblywende tyd</u></b></p> <p>Volgens PE het sy MI hulle huweliks verhouding verander in die sin dat hulle mekaar nou baie meer waardeer, baie nader aan mekaar leef en 'n groter waardening het vir dit wat die lewe nog kan bied.</p>

32	<p>Ons besef nou die groot geluk wat ons oor die jare opgebou het en kan amper nie glo dat alles met ons tot nou toe so goed afgeloop het nie. Dit voel of ons nou eers opgegroeï het en na alles dit kan ons net dankie aan die Here se.</p>	<p><b><u>Oor die jare gewerk aan hulle gelukkige verhouding – PE beleef dat hulle nou eers volwassenheid bereik het</u></b></p> <p>PE en sy eggenote besef na alles eers dat hulle oor die jare mee gewerk het aan hulle eie geluk en beleef dat hulle nou eers volwassenheid bereik het. Die voorgenoemde vul PE met bankbaarheid.</p>
----	---	---

**PROTOKOLLE: EGGENOTE**  
**EGGENOTE EB**

<b>VRAAG 1</b> Wat was die grootste veranderinge en aanpassings wat u moes maak na u egmaat se hartaanval? Hoe het u hierdie veranderinge en aanpassings beleef en hanteer.		
<b>Betekenis eenheid</b>	<b>Verbatim aanhaling</b>	<b>Ervaringstemas</b>
1	<p>In 'n huwelik het 'n man gewoonlik die Verantwoordelikheid om finansies te behartig – ek moes alle reëlings en betalings van uitstaande skuld op my neem. Ek was vir baie jare (<math>\pm</math> 10) betrokke by die rekenkundige afdelings van die instansies waar ek werksaam was. As gevolg van hierdie druk wou ek niks van ons eie finansiële status weet nie en het ek hierdie taak baie teësinig oorgeneem. Alle fisiese take (tuinwerk, verwerk, skuif van meubels) was deur my man sommer gou-gou afgehandel. Nou moes ek my liggaamlik inspan (ek is nie fiks nie en hou ook nie van oefening nie) om self hierdie take uit te voer. Ek het 'n rugprobleem maar het maar op my tande gebyt om klaar te kry en het dan maar in die aande medikasie vir die pyn gebruik.</p>	<p><b><u>Neem baie teësinig verantwoordelikheid vir finansies en fisiese take tsv eie gesondheid</u></b></p> <p>EB is van meining dat dit die eggenoot se verantwoordelikheid is om na die finansiële aangeleenthede om te sien. Na haar eggenoot se MI het hierdie verantwoordelikheid op haar geval. Alhoewel sy toereikend toegerus was om hierdie taak oor te neem het sy dit teen haar sin gedoen. Waar eggenoot altyd aktiwiteite wat met fisiese inspanning gepaard gaan vinnig afgehandel het moes EB dit met groot inspanning doen en selfs liggaamlike pyn beleef waarvoor sy medikasie moes neem.</p>
2	<p>Alle reëlings (funksies, uitstappies, vergaderings, ens.) kon nie meer soos in die verlede beplan word nie maar moes op die laaste nippertjie gereël 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.</p>	<p><b><u>Sosiale en beroepsaktiwiteite is op 'n ad hoc basis gereël afhangende van eggenoot se gesondheidstoestand wat sosiale lewe ingeperk het</u></b></p> <p>Volgens EB het haar eggenoot se MI 'n groot impak gehad op hulle sosiale en beroepslewe. Sosiale aktiwiteite en familie funksies se reëlings het nou plaasgevind op 'n ad hoc basis en uitgestel tot op die laaste wat gelei het tot die verdere afname in sosiale aktiwiteite en interaksie.</p>
<b>VRAAG 2</b> Het die veranderinge wat u egmaat moes maak in sy lewenstyl 'n impak op u huweliksverhouding gehad? (bv dieet veranderinge, staak van die rookgewoonte, drinkgewoontes, gereelde oefening ens.)		
3	<p>Ons het nog altyd daaraan geglo om alle bedrywighede saam te beoefen. Daarom het ons sover moontlik saam met my man as gesin gaan stap vir oefening.</p>	<p><b><u>Oortuiging om aktiwiteite saam te doen het na vore gekom in oefen as gesin</u></b></p> <p>Volgens EB was hulle as gesin nog altyd van oortuiging om aktiwiteite saam te doen en het so ook as gesin mee gedoen aan eggenoot se oefen program.</p>
4	<p>My man drink gelukkig net per geleentheid en as daar nie aanpassings of verdere stremming as gevolg van drank in ons verhouding nie. Wat wel baie stremming veroorsaak is die feit dat hy die wil saamwerk om op te hou rook nie. Net na die hartomleiding het hy beweer dat hy die rokers sal staak sodra hy nie meer so baie pyn het nie. Dit het maande geduur voordat hy al ophou rook het. Hy het later weer met my ma se afsterwe weer begin rook en daarvoor sit ons gereeld vas.</p>	<p><b><u>Eggenoot se rookgewoonte lei tot spanning en konflik in die verhouding</u></b></p> <p>EB is van mening dat haar man se drinkgewoontes nie bygedra het tot meer stres in hulle verhouding nie aangesien hy net 'n geleentheidsdrinker is. Haar eggenoot se rook gewoonte veroorsaak egter spanning in die verhouding. Sy beleef haar eggenoot as ongemotiveerd en onwillig om homself te verbind tot 'n rookvrye lewe. Sy optrede frustreer haar. Sy rookgewoonte veroorsaak konflik in hulle verhouding.</p>

<p><b>VRAAG 3</b> Was dit vir u moonlik om oop met u egmaat te kommunikeer oor u eie gevoelens rakende sy siekte, u vrese en toekoms verwagtings? Was dit moonlik om voor u egmaat se hartaanval oop te kommunikeer?</p>		
5	<p>Ons is baie jonk getroud (ek was maar 20 jaar oud) en my ouers was nie ten gunste van die huwelik nie. (Ek was 'n laatlammetjie en boonop nog die enigste dogter – dus was daar nie 'n van wat goed genoeg was nie!). 'n voorwaarde wat aan ons gestel was, was dat ons voor ons huwelik 'n huweliksraadgewer moes konsulteer. Daardie tyd was ek baie opstandig daarvoor maar het later eers die waarde daarvan besef. Ons het dus baie selde 'n kommunikasieprobleem. Ek as 'n persoon het egter die slegte gewoonte om as iets my seermaak of baie pla, ek eers oor die probleem top en broei. Dit is dan vir my baie moeilik om dit met enigiemand te bespreek.</p>	<p><b><u>Beleef selde kommunikasie probleme maar EB het gewoonte om alleen na te dink oor probleme wat kommunikasie bemoelijk</u></b></p> <p>Berading voor huwelik het bygedra daartoe dat hulle selde kommunikasie probleme ervaar het. EB is egter geneig om dit wat pla in haarself te hou en daarvoor te top wat kommunikasie bemoelijk.</p>
6	<p>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 daarvoor is nie. Hy sal baie keer sy toestand aflag met: "Ag, dis nie so erg nie!".</p>	<p><b><u>Eggenoot het nie begrip vir haar vrees dat hy iets kan oorkom nie</u></b></p> <p>EB kommunikeer die intense vrees wat sy ervaar aan haar eggenoot wanneer hy dit noem dat hy fisies nie gesond voel nie asook hoe baie hulle as gesin hom nodig het. Volgens EB toon haar eggenoot 'n onbegrip ten opsigte van die erns van die saak vir haar as hy dit afmaak of ontken.</p>
<p><b>VRAAG 4</b> Was daar wesenlike rolveranderinge in u huwelik na u egmaat se hartaanval, in die dat u take van u egmaat moes oorneem? (bv versorging van die huis, tuin, kinders ens).</p>		
7	<p>Soos in vraag 1 ook genoem, 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 veiligheids redes 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.</p>	<p><b><u>EB moes noodgedwonge finansiële en alle daagse verantwoordelikhede/take op haar neem</u></b></p> <p>EB het leiding geneem na haar eggenoot se MI en verantwoordelikheid aanvaar vir hulle finansiële sake. Die uitgawes wat hulle inkomste oorskry bring stres mee. Weens finansiële probleme en sekuriteits redes moes sy ook die verantwoordelik van die tuin oorneem en op haar twee dogters se ondersteuning staat maak in die verband</p>
8	<p>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 – maar ons kom daardeur. Omdat ek 'n georganiseerde tipe persoon is, het ek gou uitgevind dat as ek ons dag beplan en vir elkeen 'n takie gee om uit te voer, my man inkluis, dit baie makliker uitgevoer word.</p>	<p><b><u>Verminder frustrasie deur organisasie en deligering van take</u></b></p> <p>EB beleef frustrasie wanneer haar kragte uitgeput is en sy nie meer enige energie oor het vir die situasie tuis nie. As georganiseerde mens het sy ontdek dat goeie beplanning en deligering die take baie vergemaklik.</p>

**VRAAG 5** Verskil die wyse waarop u huidiglik probleme en krisise hanteer, van die manier waarop u dit hanteer het voor u egmaat se hartaanval? (bv vermy rusies/konflik, hanteer probleme alleen, lig egmaat nie in oor probleme of krisise nie). Wat volgens u is die rede hiervoor?

9	<p>Net na my man se hartaanval het ons probeer om nie probleme met hom te bespreek nie en situasies wat tot konflik kon lei, vermy. Ek glo egter dat krisise en probleme deel van elke mens se lewe is en dat jy nie altyd iemand daarteen kan beskerm nie. Dit is dus noodsaaklik dat kinders al leer om sulke situasies te hanteer ons in ons huisgesin is nooit geleer hoe om sulke situasies te hanteer nie en soms raak ek aggressief as gevolg daarvan. My man word dus as gevolg van my siening glad nie uitgesluit nie hoewel ek hom baie daarteen waarsku om homself nie so op te werk nie. Sy posisie in die lugmag veroorsaak nogal baie probleme en ek is nie bedags daar om te help of te keer nie.</p>	<p><b><u>Na 'n aanvanklike weerhouding van probleme en situasies wat tot konflik kan lei het EB haar eggenoot betrek en ingelig oor probleme</u></b></p> <p>EB raak soms aggressief oor hulle gesin se onvermoe om konfliktsituasies te hanteer. Sy sluit haar eggenoot egter nie uit nie maar waarsku hom om hom nie te ontstel nie. Sy is egter nie daar om hom by te staan by sy werk nie.</p>
---	--	---

**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?

10	<p>Die hartaanval en gesondheidstoestand daarna het ons sosiale lewe tot 'n algehele stilstand gebring. Dit was asof sommige van ons vriende te bang was om die feite te aanvaar. My man was altyd 'n baie aktiewe mens en die feit dat hy hom nou fisies moes inkort, het ook 'n invloed gehad. Tot nou toe vermy ons geheel en al vergaderings en massa-byeenkomste. My man word benoud en kan ook nie meer so lank op een plek bly stilstaan nie. Vir my is dit nie so 'n groot probleem nie aangesien ek verkies om by die huis te wees – hy was altyd die een wat wou kuier of uitgaan. Dit was wel vir my 'n aanpassing om alleen vergaderings by te woon ek vind dit 'n vervelige aktiwiteit. Die feit dat ons sommige funksies nie kon bywoon nie, het ek aanvaar en vrede met die situasie gemaak.</p>	<p><b><u>Na MI het sosiale lewe tot stilstand gekom – ervaar dat sommige aspekte nie probleem was nie en by ander moes sy aanpas</u></b></p> <p>Volgens EB het hulle sosiale lewe tot 'n stilstand gekom. Vriende was ongemaklik/angstig ten opsigte van haar eggenoot se MI en fisiese ingeperktheid. Hulle vermy formele byeenkomste en dit pas vir EB omdat dit minder aangenaam is om vergaderings alleen by te woon. EB het aangepas by ander situasies.</p>
----	---	---

**VRAAG 7** Sou u sê dat die gevoelens van angs, depressie en frustrasie wat u beleef/beleef het 'n wesenlike invloed op u huweliksverhouding gehad het? (Bv 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 op getree het of nog steeds optree? Hoe het u die gevoelens van angs, depressie en frustrasie wat mootlik by u egmaat aawesig was, beleef en hanteer na die hartaanval? Op watter wyse het dit u huweliksverhouding beïnvloed?

11	<p>My angsgevoelens is die grootste bydrae tot my man se frustrasies. 'n Jaar na die aanval, dink ek nog steeds terug aan die wag, die intensiewe eenheid en die onsekerheid. Ek kan dit glad nie vergeet nie en sal nou nog my man daarvan beskuldig dat hy dit maklik vergeet en alweer oortree tot hy weer daar beland. Ek is ook heeltemal oorbekermend en sal hom sommer maklik vertel, sonder om te vra, dat hy nie goed</p>	<p><b><u>EB se belewenis van die dag van die MI is nog helder in haar geheue en dra by tot angs wat weer lei tot oorbekerming en frustrasie vir eggenoot</u></b></p> <p>EB vind dit onmoontlik om die gebeure rondom haar eggenoot se MI te vergeet en dra dit by tot die gevoelens van angs wat sy beleef. Sy hanteer haar gevoelens deur oorbekermend teenoor hom op te tree. Sy is bewus daarvan dat haar eggenoot nie van haar optrede hou nie</p>
----	--	--



	<p>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.</p>	<p>en dit hom frustreer.</p>
<p><b>VRAAG 8</b> Sou u sê dat die wyse waarop u egmaat huidiglik 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 mgt sy beroep, ouerskap, egmaat ens). Het u gevoelens omtrent, 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?</p>		
12	<p>My man het definitief gevoel dat hy as man faal en dit het hom baie gefrustreer. Vir elke dingetjie wat hy voorheen sommer self gedoen het, moes hy nou hulp vra. Dit voel vir my al asof hy heeltemal tou opgegooi het en nou nie meer lus voel om iets aan te pak wat hy dalk nie sal kan voltooi nie. Ek dink dat sy liggaam ook baie keer vir hom sê Ho Nou – Stadig en dat hy dan moedeloos en lusteloos raak.</p>	<p><b><u>Eggenoot se verswakte fisiese toestand lei tot onsekerheid, belangeloosheid en gebrekkige motivering</u></b></p> <p>EB is van oordeel dat haar eggenoot na sy MI gevoel het dat hy as man misluk het. Sy verswakte fisiese vermoens en gepaardgaande afhanklikheid van ander het hom baie frustreer. Sy beleef haar eggenoot as onseker, belangeloos en ongemotiveerd in die wyse waarop hy take aan pak. EB skryf haar eggenoot se gevoelens van moedeloosheid en lusteloosheid toe aan sy swakker fisiese toestand.</p>
13	<p>Soms as hy so voel en net wil sit, los ek hom maar met ander tye raas en baklei ek dat hy weer moet rigting kry en sy kop net weer moet reg instel. Ek kan eerlik waar nie sê dat ek konsekwent is in my optredes wanneer hy so voel nie. Dit hang natuurlik ook baie af van hoe ek voel - is ek moeg en gestres of voel ek uitgerus.</p>	<p><b><u>Eggenote se fisiese of psigiese vlak van funksionering beïnvloed optrede teenoor eggenoot</u></b></p> <p>EB beleef haarself as inkonsekwent in haar optrede teenoor haar eggenoot. Haar optrede teenoor hom word grootliks bepaal deur haar eie vlak van uitgerus of uitgeput wees. Sy sal of hom aanspreek en motiveer of ignoreer.</p>
<p><b>VRAAG 9</b> 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?</p>		
14	<p>My man is nie meer so gesond of energiek soos voorheen nie. Hy is ook meer vatbaar vir siektes. As gevolg van verskeie siektes soos griep en geelsug is hy soms lang tye tuis. Hy het nie van beroep verander nie (Hy is 'n personeelbeampte) maar is ook geklassifiseer wat teweeg bring dat hy nie meer soos in die verlede ander basisse moet besoek of kursusse bywoon nie. Dit pas ons albei beter aangesien nie een van ons daarvan hou om van die huis af weg te wees nie. Sy werkswaas was veronderstel om ook ligter gemaak te word maar sy direkte hoof het nie simpatie met die situasie nie en bly dinge maar soos dit voorheen was. 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.</p>	<p><b><u>Vanwee gesondheidsfaktore is eggenoot meer kwesbaar vir siektes en is hy geklassifiseer en het ook al gedink aan vervroegde pensioen</u></b></p> <p>Volgens EB is haar eggenoot nie meer so gesond of energiek is as van te vore nie. Hy is ook meer kwesbaar vir ander siektes wat tot gevolg het dat hy soms lang tye tuis is. Alhoewel hy nie van beroep verander het nie het die aard van sy werksomstandighede verander. EB is van mening dat hierdie verandering beide van hulle pas. As gevolg van 'n gebrek aan begrip vir haar eggenoot se situasie is sy werkswaas nie verminder nie en het haar eggenoot aansoek gedoen vir vervroegde pensioen. Indien dit goedgekeur word laat dit haar in die posisie van broodwinner aangesien sy pensioen onvoldoende is vir die versorging van die gesin.</p>

**VRAAG 10** Was daar wesenlike veranderinge in u seksueleverhouding na u egmaat se hartaanval? Wat volgens u mening was die oorsake van die veranderinge en hoe het u die veranderinge beleef en hanteer? Wat was die impak daarvan op u huweliksverhouding?

15	<p>Natuurlik is seks net na die hartomleiding heeltemal buite die kwessie. My man se liggaam was nog besig om te herstel, hy het pyn verduur, was definitief nie lus vir seks nie en moes sy hart ook eers aanpas by die veranderinge. Vir ons was die eerste prioriteit 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 gepla het.</p>	<p><b><u>In die lig van eggenoot se gesondheid as 1<sup>ste</sup> prioriteit was aanpassing op seksuele gebied die minste</u></b></p> <p>EB is van mening dat seks na die hartomleiding buite die kwessie is aangesien die pasient nog besig is om te herstel, baie pyn verduur en nie lus is om seksueel te verkeer nie. Sy hart moes ook aanpas by die veranderinge. Volgens EB was hulle eerste prioriteit haar eggenoot se gesondheid en herstel en het hulle die afwesigheid van seks in hulle verhouding nie as 'n probleem beleef nie. Tydens die herstel fase het EB die leidende rol geneem in hulle seksuele verhouding. Na haar eggenoot se herstel het hulle verhouding weer terug gekeer tot die vlak voor sy MI. EB is van mening dat die probleme wat hulle op seksuele gebied ervaar het na haar eggenoot se MI hulle die minste gepla het.</p>
----	---	---

**VRAAG 11** Wat volgens u het aan u die krag verskaf om staande te bly deur hierdie krisis? (bv ondersteuning van gesin, kinders, godsdiensoortuigings ens).

16	<p>Onder hierdie afdeling kan ek uit my hart uit sê dat ek een van die gelukkigste mense op aarde is. Ek het twee lieflike dogters wat, sonder om twee maal te dink, alles in die huishouding oorgeneem het. Die huis was altyd skoon en netjies, soms was die aandete klaar gekook, koffie is voltyds aangedra en die tuin word nou nog in stand gehou. My familie en vriende het daaglik gebel - soms laataand – om net te gesels. Die lidmate van ons kerk het kos aangedra, kaartjies en boekies en saam gebid vir my man se herstel.</p>	<p><b><u>Fisiese, emosionele en spirituele ondersteuning van kinders, familie, vriende en lidmate</u></b></p> <p>EB beleef haarself as baie gelukkig/bevoorreg omdat sy twee wonderlike dogters het wat haar tenvolle ondersteun het en sonder om te skroom die huishouding op hulle geneem het. Ook het familie en vriende moeite gedoen om op 'n daaglike basis met haar kontak gemaak. EB het ook spirituele sowel as fisiese ondersteuning vanaf die lidmate van hulle kerk gekry.</p>
17	<p>Dit is absoluut die Here se genade dat ons nog as gesin saam is en die krag het om elke struikelblok aan te pak. Ons geloof is ook versterk en ek glo dat ons beter mense aan die ander kant uitgekome het. Geen mens kan heel uit so 'n ondervinding kom as hy God nie ken nie.</p>	<p><b><u>Geloof in God as die belangrikste bron van ondersteuning</u></b></p> <p>EB is van oordeel dat dit uit genade is dat hulle nog as 'n gesin saam is en die krag het om struikelblokke aan te pak. EB is verder van oordeel dat die ervaring ook hulle geloof versterk het en hulle beter mense as gevolg daarvan is. Volgens EB kan geen mens so 'n ondervinding deurstaan as hy God nie ken nie.</p>

**VRAAG 12** Het u egmaat se hartaanval 'n invloed gehad op die kwaliteit van u huwelik? (bv spandeer meer/minder tyd saam, waardeer mekaar meer, voel meer geïrriteerd met egmaat, vind hom moeilik om mee saam te leef ens). Verskil dit wesenlik van voor sy hartaanval?

18	<p>'n Mens se prioriteite verander natuurlik – ook gelukkig so – en jy word tot stilstand gedwing om jou lewe te oordink. Ek was altyd 'n geweldige bedrywige persoon en het soms nie baie tyd by die huis kon spandeer nie as gevolg van verantwoordelikhede elders. Nou spandeer ek baie meer tyd tuis en gaan ons ook meer as gesin saam uit. Ons het selfs 'n karavaan gekoop (ek het glad nie van kamp gehou nie)</p>	<p><b><u>MI het daartoe gelei dat sy haar prioriteite hersien het en dwing is tot nadenke oor lewenspatroon</u></b></p> <p>Volgens EB verander 'n mens se prioriteite en beleef sy die verandering as positief. Na 'n reterospektiewe evaluasie van haar lewe maak EB veranderings en toegewings ten einde meer tyd saam met haar gesin te spandeer.</p>
----	--	--

	sodat ons meer naweke kan ontspan.	
19	My man raak van die hartaanval af geweldig aggressief en dit kan my baie irriteer. Ons gesels gelukkig daaroor en probeer die situasie ontfont.	<p><b><u>Verhoogde aggressie by eggenoot lei tot geirriteerdheid by EB – hulle praat daaroor</u></b></p> <p>EB is van mening dat haar eggenote na sy MI baie meer aggressief is en irriteer dit haar baie. Hulle poog om die situasie rondom haar eggenoot se aggressie te hanteer deur daaroor te kommunikeer.</p>
20	Ek dink tog ons het 'n groter waardering vir mekaar omdat ons nog gekonfronteer is met die feit dat ons nie vir altyd in die huidige lewe bymekaar gaan wees nie. Terwyl ons wel kan, moet ons elke oomblik benut.	<p><b><u>Bewuswording van eie sterflikheid lei tot verhoogde waardering vir mekaar</u></b></p> <p>EB is van mening dat sy en haar eggenoot mekaar meer waardeer na sy MI wat daartoe gelei het dat hulle die meeste maak van die tyd bymekaar. Sy skryf die voorgenoemde toe aan die feit dat hulle gekonfronteer was met hulle eie sterflikheid.</p>

**EGGENOTE EC**

<b>VRAAG 1</b> Wat was die grootste veranderinge en aanpassings wat u moes maak na u egmaat se hartaanval? Hoe het u hierdie veranderinge en aanpassings beleef?		
Beteekenis eenheid	Verbatim aanhaling	Ervaringstemas
1	<p>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.</p>	<p><b><u>Eggenote word gedwing tot selfstandige en onafhanklike funksionering na MI</u></b></p> <p>EC moes na haar eggenoot se MI leer om weer onafhanklik en selfstandig te funksioneer. Alhoewel sy aanvanklik skepties gestaan het teenoor haar vermoens om wel weer selfstandig te kan funksioneer het sy dit gedoen aangesien sy verplig was daartoe.</p>
<b>VRAAG 2</b> Het die veranderinge wat u egmaat moes maak in sy lewenstyl 'n impak op u huweliksverhouding gehad? (bv dieet veranderinge, staak van die rookgewoonte, drinkgewoontes, gereelde oefening ens.)		
2	<p>Alhoewel my egmaat opgehou het met rook het dit geen impak op ons huweliksverhouding gehad nie. Soms is hy gefrustreerd daaroor, dan praat ons daaroor en ek herinner hom daaraan oor hoe dankbaar ek is oor sy voortgesette gesondheid.</p>	<p><b><u>Probleme wat voortspruit uit veranderde lewenstyl word hanteer deur kommunikasie</u></b></p> <p>Alhoewel EC se eggenoot se staak van die rookgewoonte nie enige effek op hulle huweliksverhouding gehad het nie, het dit hom soms gefrustreer en dan is dit gehanteer deur kommunikasie en versekering aan hom van haar dankbaarheid oor sy gesondheid.</p>
<b>VRAAG 3</b> Was dit vir u moontlik om oop met u egmaat te kommunikeer oor u eie gevoelens rakende sy siekte, u vrese en toekoms verwagtings? Was dit moontlik om voor u egmaat se hartaanval oop te kommunikeer?		
3	<p>Ons verhouding voor sy hartaanval was altyd om oop te kommunikeer en dit het na die hartaanval geensins verander nie. Oor sy siekte en my vrese en toekomsverwagtinge het ons ook eerlik met mekaar gesels.</p>	<p><b><u>Premorbiede openheid in verhouding het kommunikasie oor vrese na MI moontlik gemaak</u></b></p> <p>EC is van oordeel dat uit die aard van hulle verhouding dit nog altyd moontlik was om openlik te kan kommunikeer en het dit na sy MI nie verander nie. Hulle was instaat om te kommunikeer oor haar eggenoot se siektetoestand, haar vrese met betrekking tot haar eggenoot se siekte en hulle verwagtings vir die toekoms.</p>
<b>VRAAG 4</b> Was daar wesenlike rolveranderinge in u huwelik na u egmaat se hartaanval, in die dat u take van u egmaat moes oorneem? (bv versorging van die huis, tuin, kinders ens).		
4	<p>Daar was geen rolveranderinge nie. 'n Paar take moes ek noodgedwonge alleen verrig waar ons gewoon was om dit saam te doen.</p>	<p><b><u>Eggenote aanvaar die verantwoordelikhede wat sy moes oorneem en beleef dit nie as 'n rolverandering nie</u></b></p> <p>Volgens EC was daar geen rolveranderinge na haar eggenoot se MI nie. Sy was egter gedwing om sommige gesamenlike take alleen te verrig.</p>

<p><b>VRAAG 5</b> Verskil die wyse waarop u huidiglik probleme en krisisse hanteer van die manier waarop u dit hanteer het voor u egmaat se hartaanval? (bv vermy rusies/konflik, hanteer probleme alleen, lig egmaat nie in oor probleme of krisisse nie). Wat volgens u is die rede hiervoor?</p>		
5	<p>Die wyse waarop ons nou konflik en probleme hanteer verskil nie van voor my man se hartaanval nie.</p>	<p><b><u>Beleef geen verandering in konflik of probleemhantering nie</u></b></p> <p>EC is van mening dat daar geen verandering is in die wyse waarop sy en haar eggenoot konflik of probleme hanteer na sy MI nie.</p>
<p><b>VRAAG 6</b> Het u egmaat se hartaanval enige impak gehad op julle sosiale lewe? (bv gaan minder alleen uit, vermy sosiale funksies ens). Hoe voel u daar oor en hoe beïnvloed dit u huweliksverhouding?</p>		
6	<p>Ons is nie erg ingestel op sosiale lewe nie. Ons het vroeër 'n vol sosiale lewe gelei. Nie een van ons twee het werklik daarvan gehou nie maar moes weens werkverpligtinge. Verwelkom dus 'n rustiger lewe.</p>	<p><b><u>Eggenote beleef geen verandering in hulle sosiale lewe nie</u></b></p> <p>EC is van oordeel dat nie sy of haar eggenoot baie sosiaal is nie en verkies hulle 'n minder sosiale lewe. Hulle moes vroeër weens werkverpligtinge dikwels sosiaal verkeer maar het nie een van hulle daarvan gehou nie.</p>
<p><b>VRAAG 7</b> 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 op getree het of nog steeds optree? Hoe het u hierdie gevoelens van angs, depressie en frustrasie wat moontlik by u egmaat aanwesig was, beleef en hanteer na die hartaanval? Op watter wyse het dit u huweliksverhouding beïnvloed?</p>		
7	<p>Ek het geen gevoel van skuld gehad nie. Ek het geweldige angs beleef dat my egmaat moontlik kan sterf, selfs na sy operasie, omdat hy nie maklik herstel het nie. Dit het egter nie ons huweliksverhouding beïnvloed nie.</p>	<p><b><u>Die vrees dat haar eggenoot mag sterf wék gevoelens van angs</u></b></p> <p>EC het haarself nie as verantwoordelik beleef vir haar eggenoot se siekte toestand nie en dus geen skuldgevoelens daaromtrent beleef nie. EC rapporteer egter uiterste gevoelens van angs wat gespruit het uit 'n vrees dat haar eggenoot moontlik mag sterf. EC is van mening dat hierdie ervaring nie hulle huweliksverhouding beïnvloed het nie.</p>
<p><b>VRAAG 8</b> Sou u sê dat die wyse waarop u egmaat huidiglik 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?</p>		
8	<p>My egmaat 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. Dit het geensins ons huweliksverhouding beïnvloed nie.</p>	<p><b><u>Eggenoot vind dit moeilik om aantepas by sy stadiger tempo van take afhandel</u></b></p> <p>EC se beleving van haar eggenoot as 'n persoon het nie verander na sy MI nie. Sy haastige geaardheid het nie verander na sy MI nie en gevoilig sukkel hy om aan te pas by die stadiger tempo van die afhandeling van take. Hierdie toedrag van sake het egter nie hulle huweliksverhouding beïnvloed nie.</p>

<p><b>VRAAG 9</b> Wat was die aard van die impak wat u egmaat se hartaanval op sy beroepsbeoefening gehad het? (bv moes u ophou werk, van beroep verander, finansiële implikasies ens) Hoe het u hierdie veranderinge beleef? Het dit u huweliksverhouding op enige wyse beïnvloed?</p>		
9	Ons was reeds afgetree en was daar geen finansiële implikasies nie.	<p><b><u>Geen verandering in finansiële en beroepsstatus was reeds afgetree</u></b></p> <p>Vanwee die feit dat hulle alreeds afgetree was het haar eggenoot se MI geen finansiële implikasies tot gevolg gehad nie.</p>
<p><b>VRAAG 10</b> Was daar wesenlike veranderinge in u seksuele verhouding na u egmaat se hartaanval? Wat volgens u mening was die oorsake van die veranderinge en hoe het u die veranderinge beleef en hanteer? Wat was die impak daarvan op u huweliksverhouding?</p>		
10	Na my man se herstel was daar geen wesenlike veranderinge in ons seksuele verhouding nie. Aanvanklik was ons maar skrikkerig. Dit het geensins ons huweliksverhouding beïnvloed nie.	<p><b><u>Behalwe vir aanvanklike versigtigheid om seksueel te verkeer is hulle seksuele verhouding nie beïnvloed nie</u></b></p> <p>Behalwe vir die aanvanklike versigtigheid om seksueel te verkeer is hulle seksuele verhouding nie beïnvloed nie en geen aanpassings is gemaak nie.</p>
<p><b>VRAAG 11</b> Wat volgens u het aan u die krag verskaf om staande te bly deur hierdie krisis? (bv ondersteuning van gesin, kinders, godsdiensoortuigings ens).</p>		
11	Ondersteuning van kinders, familie en vriende.	<p><b><u>Ondersteuning van kinders, familie en vriende het krag verskaf</u></b></p> <p>Volgens EC het die ondersteuning van haar kinders, familie en vriende aan haar die krag verskaf om staande te bly deur die krisis.</p>
12	My geloof en vertroue op God het my deur die krisis gedra.	<p><b><u>Haar geloof en vertroue in God was 'n belangrikste bron van ondersteuning</u></b></p> <p>EC se geloof en vertroue in God het haar deur die krisis gedra.</p>
<p><b>VRAAG 12</b> Het u egmaat se hartaanval 'n invloed gehad op die kwaliteit van u huwelik? (bv spandeer meer/minder tyd saam, waardeer mekaar meer, voel meer geïrriteerd met egmaat, vind hom moeilik om mee saam te leef ens). Verskil dit wesenlik van voor sy hartaanval?</p>		
13	Ja ons waardeer mekaar meer omdat ons besef 'n mens leef nie vir altyd nie.	<p><b><u>Bewuswording van eie sterflikheid lei tot verhoogde waardering vir mekaar</u></b></p> <p>EC is van mening dat haar eggenoot se MI die kwaliteit van hulle huweliksverhouding beïnvloed het en waardeer hulle mekaar nou meer. Hierdie verhoogde waardering vir mekaar spruit uit hulle bewuswording van hulle eie sterflikheid.</p>

**EGGENOTE ED**

<b>VRAAG 1</b> Wat was die grootste veranderinge en aanpassings wat u moes maak na u egmaat se hartaanval? Hoe het u hierdie veranderinge en aanpassings beleef?		
Betekenis eenheid	Verbatim aanhaling	Ervaringstemas
1	Die grootste verandering was om te sorg dat hy baie rustig moet wees en dat hy so min as moontlik vermoei moet word.	<p><b><u>ED moes na MI verseker dat eggenoot nie ontstel word nie en hom nie ooreis nie</u></b></p> <p>Na haar eggenoot se MI neem ED die verantwoordelikheid op haar om te sorg dat haar eggenoot homself nie fisies vermoe of ontstel nie.</p>
2	Hy wou nie aanvaar dat hy 'n hartaanval gehad het nie. Hy het gou aggressief geraak sonder rede. Soms raak hy stil en praat geen woord nie. Dit maak die hele ding vir my nog moeiliker. Hy kan soms dit verwerk.	<p><b><u>Gebrek aan aanvaarding deur eggenoot, sy uitbarstings van aggressie en stilsweye maak situasie moeiliker vir ED om te hanteer</u></b></p> <p>Volgens ED wou haar eggenoot dit nie aanvaar dat hy 'n MI gehad het nie en het hy dit moeilik gevind om te verwerk. Eggenoot se uitbarstings van aggressie en stilsweye maak die situasie vir haar nog moeiliker.</p>
3	Ek moes aanpassings maak. Hy werk vir homself. Deur 'n selfoon aan te skaf sodat ek altyd met hom in verbinding kan wees of omgekeerd. Dit het my rustiger laat voel. Die aanpassings was en is moeilik. Jy weet nie altyd of jy die regte ding gaan doen of gedoen het nie. Om verandering in 'n mens se lewe te doen is nie maklik nie.	<p><b><u>Deur voortdurend in kontak met eggenoot te bly kan ED meer ontspan</u></b></p> <p>ED rapporteer dat die aanpassing wat sy moes maak baie moeilik was en nog steeds is en beleef sy intense gevoelens van onsekerheid oor hoe om op te tree of opgetree het. Deur 'n selfoon aanteskaf het dit ED instaat gestel om ten alle tye kontak met haar eggenoot te behou wat haar minder angstig laat voel het.</p>
4	Soms gaan sit ek by hom waar hy werk en gesels oor alles en nog wat. Soms ry ek saam met hom en probeer sy gedagtes Aflei van die siektetoestand. Hy praat baie daarvoor.	<p><b><u>ED spandeer soveel tyd as moontlik met eggenoot in 'n poging om sy aandag van sy siekte af te lei</u></b></p> <p>ED spandeer soveel tyd as moontlik saam met haar eggenoot. Sy poog om haar eggenoot se gedagtes af te lei van sy siektetoestand deur haar teenwoordigheid en kommunikasie oor sake van algemene belang. Eggenoot praat baie oor sy siektetoestand.</p>
5	Ek moet my woordeskat reg kies en moet duidelik vir hom uitspel wat ek bedoel as ek vir hom iets sou vra of vertel. Hy raak baie ontsteld wanneer hy dinge verkeerd verstaan.	<p><b><u>Omdat eggenoot ontsteld raak wanneer hy ED verkeerd verstaan maak sy seker dat sy haarself korrek uitdruk</u></b></p> <p>In haar kommunikasie met haar eggenoot mag daar geen onduidelikhede bestaan in terme van wat sy bedoel nie aangesien hy dinge verkeerd mag interpreteer en dit hom baie ontstel.</p>
6	Hy soek baie aandag. Dit is vir my soms moeilik maar maak tyd om aandag aan hom te gee. Soms maak hy dit so moeilik dat hy self sê hy versmoor my want dan moet ek net naby hom wees. Ek glo en dit lyk of hy dalk bang kan word Ek kom voor hom iets oor. Ek sê soms vir hom dat hy my versmoor. Dit is moeilik om te hanteer. As jy nie wil vasgehou word nie en jy moet dit toelaat anders raak hy opstandig. Soms moet ek eers op my tande byt om nie uit te bars nie.	<p><b><u>Eggenoot se behoefte aan aandag dreig om ED te verswelg en dit lei tot innerlike konflik en intense frustrasie by ED</u></b></p> <p>Volgens ED openbaar haar eggenoot 'n konstante en oorwelgende behoefte aan aandag en fisiese nabyheid wat dreig om haar te verswelg. ED beleef konflik in haarself deur dat sy verplig voel om aan hierdie behoefte te voldoen anders kom hy in opstand. ED is van oordeel dat haar eggenoot se oorweldigende behoefte aan aandag spruit uit 'n vrees dat sy voorhom tot sterwe mag kom.</p>

7	<p>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 sodat hy jou ook nie sien nie.</p>	<p><b><u>Alhoewel eggenoot akkomoderend is bepaal sy fisiese toestand of hulle uitgaan maar ED soek meestal rede om nie uit te gaan nie</u></b></p> <p>Om probleme te voorkom word eggenoot se fisiese toestand eers inag geneem voordat daar besluit word om uit te gaan. Alhoewel haar eggenoot akkomoderend is, soek ED meestal 'n rede om nie uit te gaan nie. ED beleef hierdie as uiters frustrerend en dwing haar tot trane.</p>
8	<p>Ek lewe ook in stres want jy weet nooit wanneer gebeur iets nie. Hy ry baie rond en doen staalwerk. Alhoewel hy die selfoon by hom het bly ek maar onrustig. Ek bel hom soms net om te hoor waar hy werk en hoe dit gaan. Ek sorg ook dat hy altyd sy medikasie by hom het en dit so gereeld as moontlik laat drink.</p>	<p><b><u>Poog om spanning en stres te hanteer deur konstante kontak en medikasie beheer</u></b></p> <p>ED hanteer haar spanning en stres oor eggenoot se gesondheidstoestand deur telefoniese kontak te behou en deur te verseker dat hy sy medikasie gereeld gebruik.</p>
9	<p>Soms raak ek ook opstandig maar moet kalmte op 'n ander manier gaan soek. Danksy my kinders.</p>	<p><b><u>ED kom in opstand teen situasie en moet kalmte buite huweliksverhouding soek</u></b></p> <p>ED rapporteer dat sy soms opstandig raak met die situasie en kalmte buite die situasie moet gaan soek. Sy kry hierdie kalmte by haar kinders.</p>
10	<p>Soms is hy onredelik ontevrede oor wat die kinders doen maar ek mag nie tussenbeide tree nie. Ons het toe besluit ek en die kinders ons los hom maar ons praat nie terug of argumenteer nie. Met ander woorde hy is soos 'n kind hy kry sy sin.</p>	<p><b><u>Wanneer eggenoot onredelik krities is op kinders tree ED op as vredemaker en vermy konfrontasie</u></b></p> <p>ED beleef haar eggenoot soms as onredelik in sy optrede teenoor die kinders en mag sy nie as buffer optree nie. In 'n poging om konflik te vermy sluit ED en die kinders 'n ooreenkoms om nie hulle vader in enige opsig teen te gaan nie. ED se eggenoot se status word gelyk gestel aan die van 'n bederfde kind.</p>
11	<p>Hy is baie goed vir my maar is baie afhanklik.</p>	<p><b><u>Afhanklikheid van eggenoot bemoeilik die situasie</u></b></p> <p>ED rapporteer dat alhoewel haar eggenoot baie goed is vir haar sy, sy afhanklikheid baie moeilik vind om te hanteer.</p>
12	<p>En omdat hy nie meer kan doen wat hy wil nie Maak hy dit vir ons almal moeilik. Hy raak Opstandig, verwyf homself, ens.</p>	<p><b><u>Vanwee beperkinge na MI raak eggenoot opstandig en verwyf homself en maak dit moeilik vir die gesin</u></b></p> <p>Die feit dat haar eggenoot opstandig raak en homself verwyf oor die beperkinge wat sy siekte aan hom stel maak dit vir die hele gesin moeilik.</p>
13	<p>Dan is ek weer die een wat sal sê ja wat sal ons nou doen ons sal met dit moet saamleef. Of dit gaan môre beter, kom ons doen nou eers dit of dat. Jy moet altyd reg wees vir 'n situasie jy moet vooruit dink wat kan dalk kom. Omdat ek nie altyd saam was as dokters met hom gepraat het nie weet ek min wat aan hom gesê was wat dit nog moeiliker maak.</p>	<p><b><u>Alhoewel ED 'n positiewe gesindheid probeer behou en voorbereid te wees maak gebrek aan inligting oor MI die hantering van die situasie moeilik</u></b></p> <p>ED beleef haarself as die persoon in die gesin wat die ander moet motiveer en ondersteun in moeilike tye. Sy beleef dat sy ten alle tye gereed moet wees om 'n situasie te hanteer en selfs situasies antisipeer. ED beleef dat die gebrek aan inligting omtrent haar eggenoot se toestand die situasie verder bemoeilik het.</p>



<b>VRAAG 2</b> Het die veranderinge wat u egmaat moes maak in sy lewenstyl 'n impak op u huweliksverhouding gehad? (bv dieet veranderinge, staak van die rookgewoonte, drinkgewoontes, gereelde oefening ens.)		
14	<p>Die veranderinge 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, intendeel Het ek dit al voor hom gedoen en was bly toe Ons dit kon afskaf. Wat die oefening aanbetref Gaan dit nie so goed nie. Ons sou dit graag Meer wou doen of altans saam wou doen maar het Nie die geleentheid nie. Ek probeer maar dat hy Sy oefening kry.</p>	<p><b><u>Eggenote voel positief oor lewenstyl veranderinge</u></b></p> <p>ED beleef dat die veranderinge in lewenstyl wat hulle moes maak vir beide voordelig was. Aanpassing by verandering is vergemaklik omdat albei nuwe die lewenstyl aanvaar het. ED beleef dat hulle pogings tot 'n gesamentlike gereelde oefen program belemmer word weens 'n gebrek aan geleenthede. ED ondersteun eggenoot en sorg dat hy gereeld sy oefening doen.</p>
<b>VRAAG 3</b> Was dit vir u moonlik om oop met u egmaat te kommunikeer oor u eie gevoelens rakende sy siekte, u vrese en toekoms verwagtings? Was dit moonlik om voor u egmaat se hartaanval oop te kommunikeer?		
15	<p>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 stilgebly het. 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 voel ek nie. Hy het altyd gesê hy weet dit is moeilik.</p>	<p><b><u>Kommunikasie was vir ED moeilik tog wou sy soveel as moontlik weet van eggenoot se toestand vanwee haar onsekerheid oor sy toestand</u></b></p> <p>ED rapporteer dat dit moeilik was en nog steeds is om met haar eggenoot te kommunikeer oor sy siekte toestand. Soms het ED gekommunikeer oor eggenoot se siektetoestand en op ander kere wou haar eggenoot nie praat nie. ED se onsekerheid oor hoe om die MI te hanteer het haar gemotiveer om meer uit te vind oor die siekte en hoe haar eggenoot voel. Omdat sy niemand kon vra nie het sy soms magteloos gevoel. Alhoewel eggenoot nooit gevra het hoe sy voel nie het hy die besef gehad dat dit moeilik is vir haar.</p>
16	<p>Ek vrees soms vir die ergste veral as hy in opstand kom. Hy is nogal baie op die pad. Vrees vir 'n ongeluk waarin hy dalk betrokke kan wees en dit sy skuld kan wees. Ek vrees soms dat hy dalk sy eie lewe sal neem as hy sy toestand nie verwerk kan kry nie. Ek weet nie hoe voel hy dalk daarvoor nie. Ons praat baie oor die siekte, vrese die afgelope vier maande. Ek was te oorbluf dalk om werklik te besef wat aan die gang is. Soms sê hy, hy wil nie daarvoor praat nie. Ek as egmaat moet die sterker een bly. Vrese sal daar altyd wees. My grootste vrees is dat hy dalk in 'n rolstoel of bed gekluister kan word.</p>	<p><b><u>Eggenote koester talle vrese rondom eggenoot se MI soos dood, selfmoord of dat hy in rolstoel sal eindig</u></b></p> <p>ED rapporteer verskeie vrese wat sentreer rondom haar eggenoot se MI. Sy vrees dat haar eggenoot mag sterf wanneer hy so rebelleer teenoor sy siektetoestand. Ook vrees sy dat haar eggenoot 'n motor ongeluk mag veroorsaak of sy eie lewe sal neem omdat hy nie sy MI kan verwerk nie. ED rapporteer dat sy en haar eggenoot dikwels oor sy siektetoestand en hulle vrese gesels maar tog het sy nog geen insig in haar eggenoot se gevoelens daaromtrent het nie. ED is van oordeel dat sy self moontlik so oorbluf was deur die situasie dat sy nie tenvolke kennis geneem het van wat gebeur nie. ED voel 'n verpligting om sterk bly. ED is van mening dat sy altyd die een of ander vrees sal koester. Haar grootste vrees is egter dat haar eggenoot fisies gestremd mag raak.</p>
17	<p>Maar ek dank God dat ons krag van Hom kry. Hy weet wat is goed.</p>	<p><b><u>God bied ondersteuning</u></b></p> <p>ED is dankbaar teenoor God vir die krag wat sy vanaf hom ontvang en plaas haar vertroue in Hom om te weet wat goed is vir hulle.</p>
18	<p>Ek het baie toekomsverwagtinge gehad. Ons het ons strandhuis laat bou. Ons moes dit verkoop. Ons wou daar aftree. Ek hoop maar sy gesondheid by goed. Ons word nie jonger nie slegs ouer.</p>	<p><b><u>Toekomsdrome en verwagtings moes noodwendig verander word in lig van eggenoot se gesondheid</u></b></p> <p>ED het heelwat verwagtings vir die toekoms gekoester. Hierdie verwagtings het egter verander na haar eggenoot se MI. Verwagtings rakende die toekoms sentreer nou om</p>

		haar eggenoot se gesondheid.
<b>VRAAG 4</b> Was daar wesenlike rolveranderinge in u huwelik na u egmaat se hartaanval, in die dat u take van u egmaat moes oorneem? (bv versorging van die huis, tuin, kinders ens).		
19	Ja net na die hartaanval was daar rolveranderinge. Ek moes sy besigheid behartig waarvan ek min gewee het. By hom was daar geen belang nie. Drie maande daarna het hy self weer oorgeneem en nog mense aangestel om hom te help. Dis al verandering wat plaasgevind het.	<p><b><u>Gebrekkige belangstelling van eggenoot lei tot inisiele rolveranderinge wat na enkele maande weer genormaliseer het toe eggenoot weer verantwoordelikheid aanvaar het</u></b></p> <p>ED rapporteer inisiele rolveranderinge. Sy moes met beperkte kennis die bestuur van die besigheid oorneem as gevolg van 'n gebrek aan belangstelling van die kant van haar eggenoot.</p> <p>Met verloop van tyd het hy self weer oorgeneem en die besigheid bedryf met die hulp van ander. Die insluiting van nog personeel in die besigheid was volgens ED die enigste verandering wat plaas gevind het.</p>
<b>VRAAG 5</b> Verskil die wyse waarop u huidige probleme en krisise hanteer van die manier waarop u dit hanteer het voor u egmaat se hartaanval? (bv vermy rusies/konflik, hanteer probleme alleen, lig egmaat nie in oor probleme of krisise nie). Wat volgens u is die rede hiervoor?		
20	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 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.	<p><b><u>Vermy konfliktsituasies uit vrees vir verdere MI en skuldgevoelens</u></b></p> <p>ED is van oordeel dat daar 'n verskil is in die wyse waarop konflik hanteer word. Sy vermy konflik vanwee haar vrees dat konflik 'n MI kan sneller en sy skuldgevoelens daaroor sou he.</p>
<b>VRAAG 6</b> Het u egmaat se hartaanval enige impak gehad op julle sosiale lewe? (bv gaan minder alleen uit, vermy sosiale funksies ens). Hoe voel u daar oor en hoe beïnvloed dit u huweliksverhouding?		
21	Ons was nie baie sosiaal nie. Ons is 'n baie hegte familie. Tuis bymekaar is lekker. Ons geniet dit net soos Voorheen om dinge saam met ons kinders te doen. Dit beïnvloed glad nie ons huweliksverhouding nie.	<p><b><u>MI het geen impak op hulle sosiale lewe nie</u></b></p> <p>Volgens ED was hulle nie voor haar eggenoot se MI baie sosiaal nie en geniet hulle, net soos van tevore, gesins aktiwiteit tuis. In hierdie sin het haar eggenoot se MI geen invloed op hulle huweliksverhouding gehad nie.</p>
<b>VRAAG 7</b> Sou u sê dat die gevoelens van angs, depressie en frustrasie wat u beleef/beleef het 'n wesenlike invloed op u huweliksverhouding gehad het? ( Bv. 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 op getree het of nog steeds optree? Hoe het u hierdie gevoelens van angs, depressie en frustrasie wat moontlik by u egmaat aanwesig was, beleef en hanteer na die hartaanval? Op watter wyse het dit u huweliksverhouding beïnvloed?		
22	Goed vlieg deur jou gedagtes. Hy mag dalk skieliksterf. Jy weet nie waar en wanneer dit kan gebeur nie. Ja, dat ek gewis seker aandeel gehad het aan die siekte is so. Eet was en is seker ons almal se swakpunt. Ons maak mos kos soos jy in jou ouerhuis grootgemaak is. Vir sommige mense bestaan reg eet mos nie want een dood is jy skuldig aan. Sulke dinge gebeur nie met jou nie net met ander. Jy voel natuurlik skuldig en vra jou soms self af hoekom ek nie maar harder probeer om ons leefwyse te verander nie. Ek het baie met hom gepraat oor eetgewoontes maar dit was lekker om te eet, rook, alles wat verkeerd is. Ek het kwaad geword en hom gemaan dat dit verkeerd is om so aan te gaan. Soms het dit op 'n rusie uitgeloopt. Later het dit beter geword en hy het besef dit is	<p><b><u>Skuldgevoelens het 'n invloed omdat menigte gedagtes rondom sy dood deur kop gaan omdat ED oortuig is dat sy wel 'n aandeel in MI gehad het</u></b></p> <p>ED is van oordeel dat sy 'n aandeel in haar eggenoot se siektetoestand gehad het. Sy beleef gevoelens van skuld in terme daarvan. ED aanvaar verantwoordelikheid ten opsigte van die dieet in die huis, en poog om te rasionaliseer/self te verontskuldig deur te se dat mens in jou ouerhuis leer om kos voor te berei en sommige mense maak ook nie erns van hierdie saak nie. ED voel skuldig dat sy nie harder probeer het om verandering in terme van lewenstyl teweeg te bring het nie. Tog probeer sy haarself verontskuldig of regverdig dat sy wel probeer het maar nie samewerking gekry het nie.</p>

	Verkeerd en sou hy sê dat ons goed moet verander.	
23	Ek het baie gestres want ek kon sien wanneer hy depressief of gefrustreerd was en jy weet nie hoe om dit te hanteer nie. Hy kon homself nie help 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. Jy raak moeg om altyd die regte voet voor te sit.	<p><b><u>Oorweeg egskedding as wyse om stresvolle situasie te ontsnap</u></b></p> <p>ED het baie spanning beleef as haar eggenoot depressief of gefrustreerd was en sy en hy onkundig is oor hoe om dit te hanteer. ED het voorgenoemde probeer hanteer deur dikwels maar skuld te aanvaar en altyd bedag te wees om korrek op te tree. Die voorgenoemde het sodanige invloed op hulle verhouding gehad dat ED 'n egskedding oorweeg het omdat haar vermoens oorskry is.</p>
<p><b>VRAAG 8</b> Sou u sê dat die wyse waarop u egmaat huidiglik 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?</p>		
24	Ja natuurlik sal hy anders voel oor homself. Hy is en was baie aktief gewees. Hy bedryf sy eie besigheid. Hy moet nou baie rustiger wees want hy word gou moeg. Hy sê ook dat hy net op geleende tyd is maar is bly hy leef nog.	<p><b><u>Veranderde tempo het beslis 'n invloed op eggenoot se selfbeleving – dankbaar oor verdere leeftyd gegun</u></b></p> <p>Volgens ED het 'n veranderde lewens tempo beslis 'n invloed gehad op haar eggenoot se selfbeleving. Haar eggenoot het ook bewus geraak van die kwesbaarheid van sy eie bestaan en 'n nuutgevonde dankbaarheid ten opsigte van sy lewe geopenbaar.</p>
25	Sy werk ly daar onder en finansiële het ons nou ook 'n probleem. Die finansiële las op my is groter.	<p><b><u>Eggenoot se werksvermoens is ingeperk en lei dit tot finansiële probleme</u></b></p> <p>Volgens ED het die MI haar eggenoot se vermoens om te kan werk ingeperk. Dit het gelei tot finansiële probleme, wat die finansiële las op haar groter gemaak het.</p>
26	My gevoelens vir my egmaat het nie verander nie. Ons leef nou nader aan mekaar as voorheen ten spyte van wat gebeur in die verhouding. Ek dink baie aan hom want hy het ondersteuning nodig.	<p><b><u>Gevoelens vir eggenoot nog die selfde tenspyte van probleme en leef nou nader aan mekaar</u></b></p> <p>ED is van oordeel dat haar gevoelens vir haar eggenoot nie verander het nie. Ten spyte van die probleme wat hulle in hulle verhouding ervaar beleef ED dat sy en haar eggenoot nader aan mekaar leef as voor sy MI. ED rapporteer dat sy baie aan haar eggenoot dink aangesien hy ondersteuning nodig het.</p>
27	Hy kan nie oor sy gevoelens praat nie en hy wil nie hê ek moet weet hoe hy voel nie. Jy moet hom bly verseker dat jy vir hom lief is en dat dit beter sal gaan. Jy moet hom moed inpraat. Dit alles beïnvloed die huwelik. Jou brein rus nooit, hy werk gedurig. Jy moet altyd reg wees om 'n situasie te hanteer. 'n Mens word so moeg. Ek kla nooit, al voel ek ook hoe sleg, anders plaas ek stres op hom.	<p><b><u>ED beleef verpligting om eggenoot te verseker van liefde en hom bemoedig wat sy as baie uitputtend beleef omdat sy altyd voorbereid en op gereedheidsgrondslag moet wees</u></b></p> <p>Alhoewel haar eggenoot volgens ED 'n onvermoe het om te kommunikeer en hoe hy voel, wegsteek vir haar beleef sy 'n verpligting om haar eggenoot te verseker van haar liefde vir hom, sowel as om haar eggenoot te bemoedig. Bogenoemde beïnvloed hulle huweliksverhouding omdat ED voortdurend waaksaam is en op voortdurende gereedheidsgrondslag moet wees om enige situasie te hanteer rus haar brein nooit en word sy uitgeput. Tenspyte hiervan kan ED nie kla nie want dan sal sy haar eggenoot ontstel.</p>

<p><b>VRAAG 9</b> Wat was die aard van die impak wat u egmaat se hartaanval op sy beroepsbeoefening gehad het? (bv moes u ophou werk, van beroep verander, finansiële implikasies ens) Hoe het u hierdie veranderinge beleef? Het dit u huweliksverhouding op enige wyse beïnvloed?</p>		
28	<p>My egmaat is al 4 jaar op vroeë pensioen. Hy werk vir homself in die staalbedryf vir 'n ekstra inkomste. 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 weereens aanpassings maak. Die las op my word groter.</p>	<p><b><u>Beleef die oorname van meer verantwoordelikhede as verdere aanpassings en opofferings was sy moes maak</u></b></p> <p>Vanwee die aanpassings wat ED se eggenoot moes maak in sy werkssituasie na sy MI het inkomste verminder. ED beleef dat sy verdere aanpassings moes maak en beleef verhoogde druk op haar.</p>
<p><b>VRAAG 10</b> Was daar wesenlike veranderinge in u seksuele verhouding na u egmaat se hartaanval? Wat volgens u mening was die oorsake van die veranderinge en hoe het u die veranderinge beleef en hanteer? Wat was die impak daarvan op u huweliksverhouding?</p>		
29	<p>Daar was veranderinge in ons seksuele verhouding. Dit was veroorsaak deur medikasie. Daar was geen impak op die verhouding nie. Dit was nie langdurig nie.</p>	<p><b><u>Medikasie gebruik lei tot inisiele verandering in seksuele verhouding</u></b></p> <p>ED beleef net inisiele veranderinge in hulle seksuele verhouding wat veroorsaak was deur medikasie.</p>
<p><b>VRAAG 11</b> Wat volgens u het aan u die krag verskaf om staande te bly deur hierdie krisis? (bv ondersteuning van gesin, kinders, godsdiensoortuigings ens).</p>		
30	<p>Ten eerste my God want sonder hom kan ek nie bestaan nie. Daar was die bewys Hy het my man nog vir ons gespaar.</p>	<p><b><u>God sonder wie ED nie kan bestaan nie is haar grootste bron van krag</u></b></p> <p>Volgens ED was God haar grootste bron van krag want sonder hom kan sy nie bestaan nie. Die feit dat hy haar eggenoot gespaar het is 'n bewys van sy genade en krag.</p>
31	<p>My kinders is groot ondersteuning omdat ons so nou saamleef. Hulle is groot en verstaan waaroor alles gaan. Hulle neem soms take oor. My familie was ook groot ondersteuning.</p>	<p><b><u>Kinders en familie bied ondersteuning</u></b></p> <p>ED beleef haar kinders as baie ondersteunend vanwee die hegte verhouding wat tussen hulle bestaan. As volwassenes toon hulle begrip vir die situasie en sal haar soms ondersteun in die uitvoering van take. ED rapporteer dat haar familie ook baie ondersteunend was.</p>
<p><b>VRAAG 12</b> Het u egmaat se hartaanval 'n invloed gehad op die kwaliteit van u huwelik? (bv spandeer meer/minder tyd saam, waardeer mekaar meer, voel meer geïrriteerd met egmaat, vind hom moeilik om mee saam te leef ens). Verskil dit wesenlik van voor die hartaanval?</p>		
32	<p>Natuurlik het 'n hartaanval 'n invloed op die huwelik. Ons spandeer meer tyd saam, waardeer mekaar meer.</p>	<p><b><u>Na MI spandeer hulle meer tydsam en waardeer mekaar meer</u></b></p> <p>ED is van oordeel dat 'n MI 'n noodwendige invloed op 'n huwelik moet he. ED rapporteer dat sy en haar eggenoot meer tyd saam spandeer sowel as 'n verhoogde waardering vir mekaar het.</p>

33	<p>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 voor die hartaanval. Alles was mos rooskleurig en ons wou nog baie dinge doen wat ons nou moes laat vaar.</p>	<p><b><u>ED is gespanne oor onsekere toekoms en geïrriteerd oor aanpassing</u></b></p> <p>ED beleef haarself as voortdurend gespanne oor die onsekerheid wat die toekoms mag inhou. Sy rapporteer gevoelens van wedersydse irritasie wat spruit uit die aanpassings wat hulle moes maak na haar eggenote se MI. Alhoewel ED dit nie onmoontlik vind om saam met haar eggenoot te leef nie rapporteer sy 'n verskil. Voor sy MI het hulle groot en optimistiese toekomsverwagtings en baie planne gehad wat nou laat vaar moes word.</p>
----	---	---

**EGGENOTE EE**

<b>VRAAG 1</b> Wat was die grootste veranderinge en aanpassings wat u moes maak na u egmaat se hartaanval? Hoe het u hierdie veranderinge en aanpassings beleef en hanteer ?		
Betekenis Eenheid	Verbatim aanhalings	Ervaringstemas
1	Tydens my man se hartaanvalle wat albei in dieselfde week gebeur het was ons nie bewus dat dit hartaanvalle was nie maar net borspyne – moontlik slegte spysvertering – eers 'n week daarna toe ons by 'n familielid as en daaroor praat het hulle ons aangeraai om ons dokter te besoek.	<p><b><u>Na aanvanklike onkunde oor MI konsulteer hulle 'n medikus wat MI gediagnoseer het</u></b></p> <p>Uit onkunde skryf hulle die simptome van MI toe aan slegte spysvertering. Na 'n week op die aanbeveling van 'n familielid besluit hulle om 'n medikus te konsulteer.</p>
2	Die toetse wat gewys het dat hy Wel hartaanvalle gehad het was ontstellend, maar ek moes sterk bly en het dus elke dag apart geneem, gebed en baie ondersteuning by 'n verpleegsuster gekry.	<p><b><u>Die diagnose van MI was ontstellend maar EE beleef sy moes sterk bly ten spyte van eie ontsteltenis</u></b></p> <p>EE was baie ontsteld toe sy bevestiging gekry het van haar eggenoot se MI. Ten einde 'n gevoel van beheer te behou leef sy van dag tot dag, steun op haar gebede en 'n lid van die mediese personeel.</p>
3	My man het vir amper 'n jaar soveel gesondheidsprobleme gehad dat hy nie dadelik sy angioplastie operasie kon laat doen nie. Dit was 'n baie moeilike jaar omdat hy so siek was.	<p><b><u>Beleef die jaar waarin eggenoot moes wag vir angioplastie as 'n moeilike jaar agv gesondheidsprobleme</u></b></p> <p>Weens gesondheidsprobleme kon EE se eggenoot nie dadelik sy angioplastie laat doen nie. EE beleef die jaar waarin haar eggenoot moes wag vir sy angioplastie operasie as 'n moeilike jaar vanwee die volgehoue gesondheidsprobleme van haar eggenoot.</p>
<b>VRAAG 2</b> Het die veranderinge wat u egmaat moes maak in sy lewenstyl 'n impak op u huweliksverhouding gehad? (bv dieet veranderinge, staak van die rookgewoonte, drink gewoontes, gereelde oefening ens.)		
4	My man het plus minus dertig jaar gelede al opgehou rook. Ons drinkgewoontes is minimaal, hy het altyd al ons eie tuinwerk, reparasies en self al ons diefawering gemaak wat hom baie oefeninge gegee het. Ons het nog altyd probeer reg eet. Hy het nog nooit vleis met enige vet geëet nie. Was altyd lief vir groente en nog steeds baie vrugte.	<p><b><u>Eqpaar poog nog altyd om 'n gesonde lewenstyl te handhaaf deur nie te rook, die minimum te drink, gesond te eet en oefening te doen</u></b></p> <p>Volgens EE poog sy en haar eggenoot nog altyd om 'n gesonde lewensstyl te handhaaf.</p>
<b>VRAAG 3</b> Was dit vir u moonlik om oop met u egmaat te kommunikeer oor u eie gevoelens rakende sy siekte, u vrese en toekoms verwagtings? Was dit moontlik om voor u egmaat se hartaanval oop te kommunikeer?		
5	Ons het nog altyd oor alles van belang gepraat behalwe oor wat by sy werk aangaan. Ek het vroeg in ons huwelik geleer dat sy werk bly by die werk.	<p><b><u>Goeie pre- en post morbiede kommunikasie behalwe oor werksaangeleenthede</u></b></p> <p>Volgens EE bespreek sy en haar eggenoot nog altyd alle belangrike sake buiten werksverwante aangeleenthede.</p>
6	Ek het nie 'n vrees vir die toekoms gehad nie want dit is nie in my hande nie. Ek sê nou nog dankie Here vir die jare wat ons al saam gehad het.	<p><b><u>EE vrees nie toekoms want dis nie in haar hande en dank die Here vir die tyd saam met haar eggenoot</u></b></p> <p>EE koester nie 'n vrees vir die toekoms nie aangesien sy beleef sy geen beheer daaroor het nie. Sy dank die Here vir die jare wat sy gegun was saam met haar eggenoot .</p>

7	Al vrees wat ek destyds gehad het was dat hy dit nie kon hanteer nie, maar dag na dag het ons dit reggekry om normaal voort te gaan.	<p><b><u>Aanvanklike vrees dat eggenoot MI nie sal kan hanteer nie verdwyn toe EE sien hulle slaag daarin om normaal voort leef</u></b></p> <p>EE se vrees dat haar eggenoot nie die MI sou kon hanteer nie het verdwyn toe sy sien dat hulle daarin kan slaag om normaal te lewe.</p>
<p><b>VRAAG 4</b> Was daar wesenlike rolveranderinge in u huwelik na u egmaat se hartaanval, in die dat u take van u egmaat moes oorneem? (bv versorging van die huis, tuin, kinders ens).</p>		
8	Ek moes natuurlik gedurende sy siekte sy deel van die huis buite sowel as binne hanteer maar ek is gelukkig een van daardie mense wat nie paniekerig word as iets nie volgens plan loop nie. Kon darem altyd regkom met die hulp van ons vriende, bure en familie.	<p><b><u>Sy moes eggenoot se take oorneem en kan kalm bly indien onbeplande situasies opduik</u></b></p> <p>EE moes haar eggenoot se take in en om die huis oorneem en hanteer. Gelukkig kan sy kalm bly indien onbeplande situasies hulle voordo. Vriende, bure en familie het haar ook ondersteun.</p>
9	Ek kan ongelukkig nie motor bestuur nie en dit is al wat my laat sleg voel het omdat ek nooit geleer het nie.	<p><b><u>Voel sleg omdat sy nooit geleer het om motor te bestuur nie</u></b></p> <p>EE voel sleg omdat sy nooit geleer het om motor te bestuur nie.</p>
10	Ons het net een seun getroud met 'n liewe vroujie en vier kleinkinders, maar hulle bly in Middelburg en was gedurig beskikbaar indien nodig.	<p><b><u>Seun is gedurig beskikbaar as hulle hom nodig het</u></b></p> <p>Alhoewel EE se seun ver bly was hy voortdurend beskikbaar indien/wanneer hulle hom nodig gehad het.</p>
<p><b>VRAAG 5</b> Verskil die wyse waarop u huidiglik probleme en krisise hanteer, van die manier waarop u dit hanteer het voor u egmaat se hartaanval? (bv vermy rusies/konflik, hanteer probleme alleen, lig egmaat nie in oor probleme of krisise nie). Wat volgens u is die rede hiervoor?</p>		
11	Daar het geen verskil in ons verhouding plaasgevind nie want ons hanteer ons probleme deur praat en was nooit in die vertede geneig om rusies te maak oor klein of groot probleme nie.	<p><b><u>Hanteer probleme deur te kommunikeer daaroor en min konflik in die verhouding</u></b></p> <p>Volgens EE was daar geen verskil in hulle verhouding nie aangesien sy en haar eggenoot probleme hanteer deur te kommunikeer daaroor en sou selde premorbied in konfliktsituasies betrokke raak oor probleme.</p>
12	Ek hanteer hom ook nie soos 'n invalide nie, maar hou hom wel in die stilligheid dop dat hy dit nie oordoen as hy in die tuin bietjie werk nie. Ek wil nie sy menswaardigheid wegneem nie.	<p><b><u>Alhoewel EE haar eggenoot se aktiwiteitsvlak monitor doen sy dit op so 'n wyse dat sy nie sy menswaardigheid skaad nie</u></b></p> <p>EE monitor haar eggenoot se aktiwiteitsvlak sonder dat hy dit weet om sodoende nie sy menswaardigheid aan te tas nie.</p>
<p><b>VRAAG 6</b> Het u egmaat se hartaanval enige impak gehad op julle sosiale lewe? (bv gaan minder alleen uit, vermy sosiale funksies ens). Hoe voel u daar oor en hoe beïnvloed dit u huweliksverhouding?</p>		
13	Ons doen as 'n reël alles saam en behoort al vir amper agt jaar aan 'n omgegroepe van ± 12 persone wat elke Dinsdag bymekaar kom vir Bybelstudie. Die groepie is al net soos familie en ons help mekaar siekte of net wanneer dit nodig is. Sal self help wanneer een van hulle motors breek of swembad onklaar raak, ens.	<p><b><u>Sosialiseer gewoonlik saam en word ondersteun deur die omgegroepe wat soos familie is</u></b></p> <p>Volgens EE sal sy en haar eggenoot as 'n reël saam sosiale aangeleenthede bywoon. Die omgegroepe waaraan hulle behoort is al net soos familie en ondersteun hulle mekaar waar moontlik.</p>

14	Hy gaan nog dikwels na sy ou werksvriende maar Ek weet altyd waar hy is.	<p><b><u>Wanneer eggenoot ou werksvriende besoek weet sy altyd waar hy is</u></b></p> <p>Volgens EE sosialiseer haar eggenoot nog dikwels met ou werksvriende maar is sy altyd ingelig oor waar hy is.</p>
<p><b>VRAAG 7</b> Sou u sê dat die gevoelens van angs, depressie en frustrasie wat u beleef/beleef het 'n wesenlike invloed op u huweliksverhouding gehad het ? ( bv 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 op getree het of nog steeds optree? Hoe het u die gevoelens van angs, depressie en frustrasie wat moonlik by u egmaat aanwesig was, beleef en hanteer na die hartaanval? Op watter wyse het dit u huweliksverhouding beïnvloed?</p>		
15	Daar was natuurlik tye van angs maar depressie en frustrasie is iets wat ek gelukkig nie aan ly nie ook nie selfbejammering nie.	<p><b><u>Beleef gevoelens van angs maar nie depressie, frustrasie of selfbejammering nie</u></b></p> <p>EE rapporteer tye waarin sy angstig gevoel het. Sy ag haarself gelukkig omdat dat sy nie geneig is om depressief en gefrustreerd te raak nie of haarself jammer te kry nie.</p>
16	Ook dink ek nie dat ek enige bydrae tot sy hartaanval gehad het nie.	<p><b><u>Het nie 'n bydra gehad tot eggenoot se MI nie</u></b></p> <p>EE is van oordeel dat sy nie enige bydra tot haar eggenoot se MI gehad het nie.</p>
17	Sy werk wat hy vir ± 40 jaar in die Lugmag gedoen het was baie keer met stres en moontlik ook angs vir hom, maar by die huis ons het nooit skulde gemaak wat ons nie kon betaal nie, daar was nie baie geld nie maar ons het dit reggekry om 'n huis te koop en ook nou op ons oudag dit te geniet.	<p><b><u>Eggenoot beleef werksverante angs en stres maar nie tuis nie vanwee verstandige finansiële beplanning</u></b></p> <p>EE is van oordeel dat haar eggenoot in werksverband dikwels stres en angs beleef het, maar nie by die huis nie aangesien hulle altyd binne hulle finansiële perke geleef het en bereik het wat hulle graag wou en dit nou op hulle ou dag kan geniet.</p>
18	Dit het nie ons huwelik beïnvloed as een van ons 'n bietjie af voel nie want die ander een probeer dan net dinge regmaak en dit werk reg uit.	<p><b><u>Huwelik word nie beïnvloed as een mismoedig is nie aangesien die ander egmaat hom ondersteun</u></b></p> <p>Volgens EE beïnvloed dit nie hulle huweliksverhouding as een van hulle mismoedig voel nie aangesien die ander egmaat dan poog om dit wat fout is te herstel.</p>
19	Hy het ook nie nodig om minderwaardig te voel nie en ek is seker hy voel nie so nie. Want hy neem my nog altyd uit vir inkopies ens.	<p><b><u>Eggenoot het nie nodig om minderwaardig te voel nie en voel ook nie aangesien hy nog steeds uit neem vir inkopies en dies meer</u></b></p> <p>EE is van oordeel dat haar eggenoot nie nodig het om minderwaardig te voel nie. Sy seker hy voel nie so nie aangesien hy nog steeds neem om inkopies te gaan doen en dies meer.</p>
<p><b>VRAAG 8</b> Sou u sê dat die wyse waarop u egmaat huidiglik 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, 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?</p>		
20	Natuurlik voel my man op die huidige oomblik dat hy nie meer alles kan doen wat hy voor sy hartaanval gedoen het nie. Hy was heeldag besig met een of ander projek. Maar al wat ons nou	<p><b><u>Eggenoot voel dat hy nie meer so veel soos voor sy MI kan doen nie en rus nou so 'n paar uur in die middag</u></b></p>



	doen, en ook al vir 'n paar jaar is ons rus ten minste 2 uur in die agtermiddag.	Volgens EE voel haar eggenoot dat hy nie meer alles kan doen wat hy gedoen het voor sy MI nie aangesien hy premorbied 'n baie hoe aktiwiteitsvlak gehandhaaf het. Hulle rus nou net 'n paar uur in die middag.
<p><b>VRAAG 9</b> Wat was die aard van die impak wat u egmaat se hartaanval op sy beroepsbeoefening gehad het? (bv moes u ophou werk, van beroep verander, finansiële implikasies ens) Hoe het u hierdie veranderinge beleef? Het dit u huweliksverhouding op enige wyse beïnvloed?</p>		
21	Ons is al vir 11 jaar op pensioen en geniet dit, ons lewe binne ons perke van ons inkomste, eet goed, hou baie van lees, neem deel aan ons kerkfunksies en het nog baie vriende.	<p><b><u>Was reeds afgetree tydens MI en geniet 'n vol lewe</u></b></p> <p>Volgens EE geniet hulle hul aftrede en leef nog 'n vol lewe binne hulle finansiële vermoens.</p>
<p><b>VRAAG 10</b> Was daar wesenlike veranderinge in u seksuele verhouding na u egmaat se hartaanval? Wat volgens u mening was die oorsake van die veranderinge en hoe het u die veranderinge beleef en hanteer? Wat was die impak daarvan op u huweliksverhouding?</p>		
22	Ek is amper 70 maar geniet nog my drukkie en soentjies - seks was nog nooit alles in ons lewe nie.	<p><b><u>Geniet nog steeds drukkie en soentjies/ intieme fisiese kontak en was seks nie pre- of postmorbied so belangrik in hulle verhouding nie</u></b></p> <p>Volgens EE geniet sy nog steeds intieme fisiese kontak met haar eggenoot ongeag haar ouderdom. Seks was nie pre- of postmorbied die belangrikste aspek in hulle huweliksverhouding nie.</p>
<p><b>VRAAG 11</b> Wat volgens u het aan u die krag verskaf om staande te bly deur hierdie krisis? (bv ondersteuning van gesin, kinders, godsdiensoortuigings ens).</p>		
23	Eerstens my geloof en gebede.	<p><b><u>Geloof en gebede belangrikste bron van krag</u></b></p> <p>EE is van oordeel dat haar geloof en gebede die belangrikste bron van krag was wat haar staande gehou het deur die krisis.</p>
24	Die bystand en liefde van my man sowel as my kinders en kleinkinders, ons predikant en sy vrou, die verpleegpersoneel, my omgegroepe, my susters, kerkgroep, my bure, ens. Ek was nooit sonder een wat gewillig was om my na die hospitaal te neem nie, want hulle almal wou hom ook besoek.	<p><b><u>Ondersteuning en liefde van eggenoot, familie, vriende, die kerk en mediese personeel dra haar deur die krisis</u></b></p> <p>Volgens EE het die liefde en ondersteuning wat sy vanaf eggenoot ontvang het sowel as familie, vriende, kerklede, bure en die mediese personeel haar deur die krisis gedra.</p>
<p><b>VRAAG 12</b> Het u egmaat se hartaanval 'n invloed gehad op die kwaliteit van u huwelik? (bv spandeer meer/minder tyd saam, waardeer mekaar meer, voel meer geïrriteerd met egmaat, vind hom/haar onmoontlik om mee saam te leef ens). Verskil dit wesenlik van voor die hartaanval?</p>		
25	Sy hartaanval het geen invloed op die kwaliteit van my huwelik gehad nie want ons twee se liefde vir mekaar groei nog elke dag en ons is dankbaar vir die Here daarvoor	<p><b><u>MI beïnvloed nie kwaliteit van huweliksverhouding nie maar word net sterker elke dag met die hulp van die Here</u></b></p> <p>Volgens EE het haar eggenoot se MI nie 'n negatiewe invloed op die kwaliteit van hulle huweliksverhouding gehad nie en voel hulle dankbaar teenoor die Here dat hulle liefde vir mekaar daagliks groei.</p>

26	...en ook sê ek dankie vir die wonderlike behandeling wat ons deur ons lewe by ons hospitaal gekry het en nog geniet, ook vir die hospitaal staf.	<b><u>Dankbaar vir goeie behandeling van hospitaal en personeel</u></b>  EE voel baie dankbaar vir die goeie behandelings wat hulle vanaf die hospitaal en personeel ontvang het deur al die jare.
----	---	--