

Die effek van siekte in die gesin

deur Dr M J van Vuuren - MBChB, M Prax Med



Die gesin is 'n bron van heelwat gesonheidsverwante probleme. Aan die anderkant bied die gesin ook baie van die oplossings vir asook die voorkoming van hierdie probleme.

Die geneesheer wat nie van die beskikbare reserwes in 'n gesin gebruik maak nie, beoefen nie gesin-sgeneeskunde effektief nie. Dieselfde geld vir die huisarts wat nie oplet dat 'n gesin onvoldoende of geen reserwes het nie en nalaat om te verseker dat alternatiewe hulp gevind word.²

Mense leef nie in 'n vakuum nie en dit is 'n basiese menslike behoefte om verhoudings met ander mense aan te knoop.

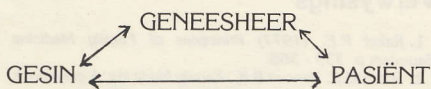
'n Siekte van een individu is dus nie geïsoleerd nie maar het 'n effek wat na die gesin en selfs wyer uitkring.

Die effek kan selfs by 'n ander gesinslid 'n siektetoestand soos bv. 'n peptiese ulkus, depressie of alkoholisme tot gevolg hê.¹

Die Huisarts se sukses m b t die hantering van 'n pasiënt se probleem sal afhang tot watter mate hy die probleem van die pasiënt se probleem sal afhang tot watter mate hy die probleem van die pasiënt en sy gesin in die regte perspektief kan plaas bv. Die mate waartoe 'n pasiënt wat 'n been in 'n ongeluk verloor het, weer 'n volle lewe gaan lei, sal van die ondersteuning wat hy van sy familie en vriende ontvang, afhang.

By akute siektes het slegs 40% van gevalle 'n noemenswaardige invloed op die gesin – terwyl kroniese siektes in 75% van gevalle 'n duidelike waarneembare effek op die gesin gehad het.¹¹

By enige siekte toestande is daar dus 'n interaksie tussen die geneesheer die pasiënt en die gesin.



Dus -

- die gesin se probleme kan ontstaan a g v die pasiënt se siekte
- die pasiënte se simptome kan ook wees 'n weerspieëling van die gesinsprobleme
- die geneesheer se besluite kan beïnvloed word deur die pasiënt sowel as die gesin se houding, reaksie of druk (bv. By die sterwende pasiënt gaan sy gesin ook deur duidelike psigologiese reaksies).

In hierdie referaat gaan ek dus nie poog om aan u nuwe feite te verskaf nie, maar om: Te bevestig dat wat u reeds deur ondervinding aangeleer het korrek is; en die benadering tot hierdie onderwerp te sistematiseer.

My benadering is om eers aan u die verskillende tipes gesinne uit te wys en hoe elkeen op siekte kan reageer en vervolgens die hantering deur die huisarts.

Gesins struktuur en gesins funksie

"The family is the only social institution other than religion which is formally developed in all societies". (Goode 1964)

Die Huisarts se betrokkenheid by 'n individu in 'n gesin, stel hom in die unieke geleentheid om oor 'n tydperk insig in die funksie van die gesin te ontwikkel. Hierdie insig stel hom in staat om in alle opsigte 'n beter gehalte mediese diens te lewer.

Die gesinne kan hoofsaaklik in twee grootgroepe verdeel word: **Kerngesin** (slegs die Vader, Moeder en kinders); **Die uitgebreide gesin** (grootouers, oom, aangename kinders of loseerders).

Albei hierdie gesinne kan geslote, oop of lukraak wees.

Die Geslote gesin

Hier heers streng dissipline: 'n hoë mate van privaatheid; onafhanklikheid van die gesin t o v buite persone en instansies; werksdeling; grense is goed afgebaken.

Hierdie struktuur gee sekuriteit aan sy lede.

Die Oop gesin

Oënskynlik het die oop gesin geen grense; interaksie met die gemeenskap en individue buite die gesin word aangemoedig; besluite word geneem d m v groeps konsensus; plooibaarheid, eksperimentering en veranderinge is uitstaande eienskappe; alhoewel individuele vryheid gerespekteer word, bly die geluk van die gesin as geheel die belangrikste; konflik en liefde word openlik gedeel.

Lukraak gesin

Individuele vryheid is oorheersend; elkeen gaan sy eie gang; geen tyd skedules t o v eet en slaap nie; probleme word onafhanklik hanteer eerder as deur groepskonsensus; probleme en drisisse is algemeen feitlik 'n lewenswyse; verleen hom tot sterker onafhanklike ontwikkel-

ing van die individu – maar daar heers 'n chaotiese groeps atmosfeer.

Gesinne is gewoonlik mengbeelde van die bg. drie tipes alhoewel een tipe meer dominant is. Verder kan die styl verander namate die gesin ontwikkel – bv. 'n geslote gesin met klein kinders verander na 'n oop gesin wanneer die kinders adolessente word.

Hierdie gesinne sal dan ook uiteraard verskillend reageer op siekte. By die geslote gesin kan siekte makliker hanteer word omdat daar reeds vaste roetines bestaan as die vader egter langdurig siek is kan dit die hele gesin omver gooi.

Netso by die lukraak gesin – kan 'n krisis maklik ontstaan indien die vader siek word. Hulle mag egter makliker aanpas by 'n langdurige siekte want hulle het geleer om onafhanklik te funksioneer.

Die Huisarts kan dus die tipe gesin identifiseer en hierdeur beter verstaan hoe hulle funksioneer.

Gevolgtik kan hy die sterk punte van die spesifieke gesin herken en dit gebruik om hulle na hul normale funksie te laat terugkeer.

Die doel is om die styl van die gesin te behou eerder as om dit te verander.

Die dominante lid

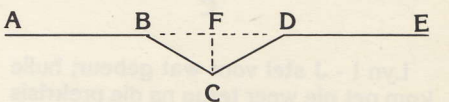
In elke gesin is daar 'n dominante lid.

Hierdie persoon is gewoonlik die een wat die meeste ondersteuning aan die ander gee – wat ook instaat is om die groep se gevoelens te kan interpreteer en daaraan uiting te gee.

Gewoonlik is dit die vader – maar die moeder speel egter ook dikwels die rol van die dominante lid. Dit kan egter die ouma of selfs een van die kinders wees wat 'n manipulerende rol speel.

Dit is wel belangrik om hierdie persoon te identifiseer aangesien u die dinamiek in die gesin beter sal verstaan.

Die ontwikkeling van krisisse



Die effek van siekte kan grafies voorgestel word. A - B is die vlak waarop die familie funksioneer.

Punt B: Hier tref die siekte of krisis soos bv. hospitalisasie, dood wat skielik plaasvind of geleidelik soos alkoholisme.

B - C Dit is die reaksie van die gesin –

Siekte in die gesin

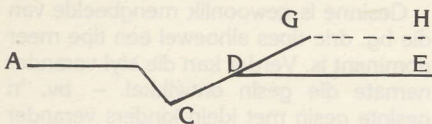
Van bladsy 7

hierdie is baie dieselfde soos beskryf is deur Kübler Ross by sterwende pasiënte:⁷

- Ontkenning
- Agressie
- Onderhandel (Bargaining)
- Depressie
- Aanvaarding

D - E Terugkeer na vlak van prekrisis fungering.

Die volgende kan ook gebeur.



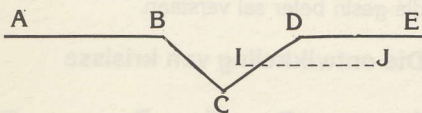
Daar is gevind dat sommige gesinne op 'n hoër vlak fungeer na die siekte. By die Moeder wat die volgende opmerking gemaak het na haar kind byna verdrink het.

"skielik besef ek daar is belangriker dinge in die lewe as om jou kinders rond te jaag vanaf die skool na tennisless en daarna klavier oefening ens. en d.i. om net bymekaar te wees".

Watter gesinne is instaat om op hoër vlak te fungeer.

Volgens Olsen (1970) het hulle die volgende eienskappe: - duidelike afbakening van rolle van die man, vrou, kinders, oupa en ouma - die generasiegaping is ingekort; voldoende buigsaamheid om aan te pas of die rolle te verskuif waar nodig; Verdraagsaamheid t o v individualiteit - wat veranderings in die kinders aanvaar na mate hul meer volwasse en ouer word; gemaklike kommunikasie en interaksie tussen alle gesinslede; die vermoë om elkeen se selfrespek op te bou en te ondersteun; Gesamentlike optredes bv. Sport, onstspanning religieuse aktiwiteit; stabiliteit is afhanklik ook van die ouerlike koalisie. Hoe beter hulle klaarkom hoe stewiger is die gesin.

Sommige fungeer op 'n laer vlak na die siekte.



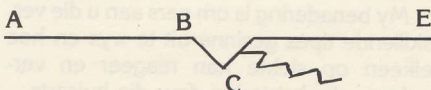
Lyn I - J stel voor wat gebeur; hulle kom net nie weer terug na die prekrisis stabiliteit nie bv. Vader begin te veel alkohol gebruik, meer onenigheid tussen ouers sekere ander siekte toestande kan vererger of verskyn bv. Asma, Peptiese ulkus, Hartversaking, ekseem, Psoriase.

Gesinne wat meer kwesbaar is het die volgende eienskappe: Die lukraak gesin; Middel sosio ekonomiese groep - die

rede is hulle probeer eers self alleen klaarkom terwyl die laer sosio-ekonomiese gesinne vroeg reeds hulp soek by kerk en volkswelsyn.

Navorsing deur Wilson (1974) het gevind dat pasiënte wat dikwels kom vir konsultasie, twee keer meer as die kontrole groep, het dieselfde aantal mediese probleme maar dubbeld soveel sosiale, ekonomiese en gedragsprobleme bv. huweliksprobleme, alkoholisme, buite egtelike swangerskappe. Hulle word beskou as probleem gesinne wat beperkte reserwes het.¹²

Verbrokkeling



Handhawing van stabiliteit in die gesin self

Die volgende kan gebeur as die vader siek word.

Sy dominante rol as hoof van familie verval; gevoel van onsekerheid ontstaan in die gesin; stabiliteit van die familie word bedreig as hierdie situasie voortduur en ander lede van die gesin neem nie sy rol oor nie (oudste seun, moeder or oupa); die huishoudelike roetine word omver gewerp deur sy siekte en voortdurende teenwoordigheid in die huis; hy voel bedommerd oor verlies van sy leierskaprol; hy kan nie die abnormale toestand van voortdurende onaktiwiteit aanvaar nie; hierdie probleme en 'n gevoel van verswakking, verwyfdheid, ontmanning - veroorsaak dat hy te vroeg begin werk.

Oplossing

Terugkeer na normaal so vroeg as moontlik - d.i. makliker as om aanpassings te maak; die Vader, al is hy siek, kan behou word in die rol van besluitnemer en hoof; dit vermy spanning en verwarring wat andersins sou ontstaan het; iemand anders neem die rol oor as hoof van die gesin.

As die moeder siek is:

Die familie is geneig om makliker ongeorganiseerd te raak as die moeder siek word - Wasgoed, etes, klere ens. gesinslede se afhanklikheidsbehoefes bly onvervuld en veroorsaak. Daar is beskermernis, frustrasie en aggressie wanneer moeder se siekte langdurig is.

Oplossing

Moeder nes die vader kan haar rol behou al is sy siek met hulp van andere; iemand anders neem die rol oor.

'n Teken van 'n stabiele familie wat dikwels voorkom is wanneer die persoon wat siek word so lank as moontlik sy rol probeer vervul.

In 'n onstabiele familie kan relatiewe onbenullige probleme 'n rolverandering presipiteer. U as huisarts kan dan probleme verwag as 'n ernstige siekte by son

gesin ontstaan en groter ondersteuning sal hier van u verwag word.

As 'n kind siek word

Die effek kan verreikend wees. In gesinne waar daar 'n ernstige gebrek by kinders gevind word is die egskedding syfer 2x meer as by die normale gesin en drie uit vier van hierdie egpare het een of ander huweliksprobleem.¹

Hantering deur die Huisarts

Die doelwit is om die gesin te help om op 'n hoër vlak as voor die krisis te fungeer. Maar hoe kry die besige huisarts dit reg. Die huisarts is en bly egter die enigste persoon in die gemeenskap wat insae het in al die intieme probleme van sy pasiënte en hul gesinne.

Die sleutel tot die hantering van die probleem lê by die gebruik van gesins en probleem georiënteerde rekordstelsel.

Dus:

- 'n Gesinsleer is van belang. Hierdeur kan u onmiddellik met een oogopslag die hele gesin se agtergrond en geskiedenis kry.
- 'n Probleemlys sal u instaat stel om te voorspel wanneer 'n dreigende krisis op hande is vir die gesin en watter verdere punte van belang in die hantering is.
- Sluit die familie en spesifiek die eggenoot in by allo beslissings wat gemaak word, asook alle instruksies wat aan die pasiënt gegee word.
- Wees op die uitkyk vir negatiewe reaksies by die naverwante gesinslede.
- Kry hulp waar nodig bv. 'n maatskaplike werker, die predikant, sielkundige ens. Sodra lang konsultasies nodig word is dit gewoonlik 'n indikasie om ander hulp in te roep.

Dus Samevattend

Wanneer u met siekte in die gesin te doen kry.

Identifiseer:

- 1 Die tipe gesin
- 2 Die dominante lid
- 3 Die gesin se sterk eienskappe
- 4 Die gesin se swak eienskappe
- 5 Die onstabiele gesin
- 6 Wees op die uitkyk vir gesinsprobleme wat as 'n siekte simptome na vore kom⁴

Verwysings

1. Rakel R.E. (1977) Principles of Family Medicine Saunders p. 333 - 366.
2. Shires D.B. Hennen B.K., Family Medicine, A guidebook for practitioners of the art (1980) McGraw-Hill p.
3. Smilkstein G. (1980) "The Cycle of Family Function: A Conceptual Model for Family Medicine." J of Family Practice Vol 11 No 2: 223 - 232.
4. Smilkstein G. (1980) "The Cycle of Family Function: A Conceptual Model for Family Medicine." J of Family Practice Vol 11 No 2: 223 - 232
5. Smiley G.W., Morrison J. (1980): Family crises: "An opportunity for growth". Australian Family Physician. Vol 9 Nov. p 778.
6. Rakel R.E. Conn H.F. (1978) Family Practice, Saunders p 54
7. Kübler-Ross, E. (1974) Questions and Answers on Death and Dying Collier Books, New York.
8. Kantor, David, and Lehr (1975): Inside the Family, San Francisco, Jossey-Big Publishers.
9. Litman T.J. (1972) Health care and the family: a three generational analyses. Med Care 9:67
10. Wilson J.L. (1977) "Family utilization of a Medical Centre", Journal of Family Practice, 3:991 - 996.