DIE INVLOED VAN DIE CHRONIES FISIEKE SIEK OUER OP DIE KIND

deur

HEILETJE LIVINA HELENA CATHRINA COETZEE

Voorgelê ter gedeeltelike vervulling van die vereistes vir

die graad

MAGISTER EDUCATIONIS - MET SPESIALISERING IN VOORLIGTING

aan die

UNIVERSITEIT VAN SUID-AFRIKA

STUDIELEIER: PROF Dr L J JACOBS

FEBRUARIE 1998

PRETORIA

Ek verklaar hiemee dat: **DIE INVLOED VAN DIE CHRONIES FISIEKE SIEK OUER OP DIE KIND** my eie werk is en dat ek alle bronne wat ek gebruik of aangehaal het deur middel van volledige verwysings aangedui en erken het.

H.L.H.C. COETZEE (MEV.)

IN LIEFDE OPGEDRA AAN MY MAN EN ONS DRIE KINDERS.

"My genade is vir jou genoeg. My krag kom juis tot volle werking wanneer jy swak is." II Kor. 12: 9.

DANKBETUIGINGS.

Met dankbaarheid wil ek graag aan die volgende persone wat elk met sy/haar bydrae my onderskraag het in die skryf van die verhandeling, erkenning gee:

- Alle eer aan God my Vader wat in sy groot goedheid daagliks krag, ywer en genade gegee het, sodat hierdie studie voltooi kon word.

- Prof L J Jacobs, my studieleier, wat met toewyding en op besonder bekwame wyse stydielyding gegee het. Besondere woord van dank vir u aanmoediging toe my motivering min was. Baie dankie vir die feit dat u my telkens op kort kennisgewing te woord kon staan. Dit was werklik 'n voorreg om onder u leiding te kon werk.

- Chris en die kinders : Loutjie, Izak en Mareli wat voortdurend groot opofferings met liefde gemaak het.

- Ria Potgieter vir die voortreflike wyse waarop sy die taalversorging waargeneem het.

- My familie en skoonfamilie vir die liefde, belangstelling en ondersteuning wat ek van julle ontvang het.

- Aan al my dierbare vriende en vriendinne wat my ondersteun het en belangstelling getoon het in my studies. Dankie vir elkeen van julle se bydrae, dit is opreg waardeer.

- Die drie gesinne wat by die studie betrek is in die gevallestudies vir julle toestemming en samewerkinng gedurende die twee jaar.

DIE INVLOED VAN DIE CHRONIES FISIEKE SIEK OUER OP DIE KIND

deur

HEILETJE LIVINA HELENA CATHRINA COETZEE

GRAAD: Magister Educationis – met Spesialisering in Voorligting

DEPARTEMENT: Sielkundige Opvoedkunde

STUDIELEIER: Prof Dr L J Jacobs

OPSOMMING

Die gesin is die sentrum waarbinne die kind se vorming tot volwaardige volwassenheid plaasvind. Indien een van die ouers met 'n chroniese fisieke siektetoestand gediagnoseer word, mag dit moontlike implikasies inhou vir die ouer, die kind, maar ook ander gesinslede.

Die chroniese siektetoestand en die implikasies wat dit vir die siek persoon inhou is bestudeer. Daarbenewens is die dinamiek van die gesin, waarbinne die ouer en die kind met mekaar in interaksie is, ontleed.

Om te bepaal wat die effek van die chroniese fisieke siektetoestand van die ouer op die kind is, is 'n literatuurstudie onderneem. Dit is daarna geverifieer met gevallestudies wat onderneem is. Die gevallestudies het die bevindinge van die literatuurstudie bevestig.

Dit blyk dat die chroniese siektetoestand van die ouer 'n invloed op die wording van die kind het. Die siektetoestand is 'n voortdurende stressor binne die gesin, wat veroorsaak dat kind(ers) affektiewe-, kognitiewe-, gedrags- en sosiale probleme manifesteer.

Daar moet aanpassings gemaak word om die stres binne die gesin te minimaliseer. Riglyne is saamgestel om die terapeut, wat hierdie kind(ers) en gesinne begelei, te help.

THE IMPACT OF THE CHRONICALLY ILL PARENT ON THE CHILD

by

HEILETJE LIVINA HELENA CATHRINA COETZEE

DEGREE: Master of Education – with Specialization in Guidance and Counselling

DEPARTMENT: Psychology of Education

STUDY LEADER: Prof Dr L J Jacobs

SUMMARY

The family is the system within which the child develops and eventually attains maturity. When a patient is diagnosed with chronic disease, it has certain implications not only for the parent, but also for children and other members of that family.

A liteature study was undertaken to determine the impact of the chronically ill parent on the child. This study was then verified with specific case studies done by the author.

These case studies confirmed the findings of the literature study.

It would seem that the chronic illness of a parent has a definite impact on the development of a child. The parent's illness is a constant stressor within the family, causing children to manifest affective, cognitive, behavioral as well as social problems.

Certain adjustments have to be made to minimize stress within such a family. Guidelines are provided to assist the therapist in dealing with these children and families.

INHOUDOPGAWE

HOOFSTUK 1:

ORIëNTERENDE INLEIDING: PROBLEEMONTLEDING, BEGRIPSVERKLARINGS, DOEL, METODE EN PROGRAM VAN ONDERSOEK

		BLADSY
1.1	**INLEIDING**	1
1.2	**PROBLEEMONTLEDING**	3
1.2.1	Bewuswording van die probleem	3
1.2.2	Verkenning van die probleem	4
1.2.3	Die aard van die relasies	5
1.2.4	Die polarisasie-effek van relasies	6
	(a) Die belewings aspek van relasies	6
	(b) Die kennis aspek van relasies	7
1.2.5	Verkenning van die kind se leefwêreld aan die hand van die empiriesopvoedkundige kategorieë	8
	a) Betekenisgewing	8
	b) Betrokkenheid	9
	c) Belewing	10
	d) Selfkonsep	11
	e) Identiteitsvorming	12
	f) Fases van identiteitsvorming	12
	i) Bewuswording	13
	ii) Verkenning	13
	iii) Verpersoonliking	13
	g) Selfaktualisering	14

1.2.6 Aanduiding van die kompleksiteit van die chronies fisieke siekte en die wordende kind in verskillende fases 14
1.2.7 Probleemstelling 20

1.3 **DIE DOEL VAN DIE ONDERSOEK** 20
1.3.1 Die onmiddellike doelstelling 20
1.3.2 Die verwyderde doelstelling 21

1.4 **BEGRIPSVERKLARINGE** 21
1.4.1 Chroniese fisieke siektetoestande 21
1.4.2 Die wordende kind 22
1.4.3 Die gesin 23
1.4.4 Die metode van ondersoek 24

1.5 **DIE PROGRAM VAN ONDERSOEK** 24

1.6 **SAMEVATTING** 25

HOOFSTUK 2:

FENOMEENONTLEDING T.O.V. CHRONIESE FISIEKE SIEKTETOESTANDE SODAT DIE FISIEKE- EN EMOSIONELE IMPLIKASIES DAARVAN VIR DIE SIEK OUER BETER BEGRYP KAN WORD

2.1 **CHRONIESE FISIEKE SIEKTETOESTAND** 26

2.2 **DIE AARD VAN DIE CHRONIESE SIEKTE** 26

2.3	**FASES VAN AANPASSING IN CHRONIESE SIEKTES**	28
2.3.1	Die aanvang van die siekte met geen funksionele belemmering nie	28
2.3.2	Eerste tekens van mediese komplikasies wat mag uitkring na die persoon se persoonlike-, opvoedkundige-, fisieke-, gesins- of sosiale funksionering	29
2.3.3	Ernstige mediese komplikasies wat funksionering permanent belemmer	30
2.3.4	Katastrofiese mediese komplikasies wat die persoon permanent ongeskik kan laat of selfs die dood kan veroorsaak. Dit veroorsaak ook verskeie emosionele reaksies by individue, wat volledig bespreek sal word	31
2.4	**VRESE WAT IN DIE GEMOED VAN DIE PERSOON MET 'N CHRONIESE SIEKTETOESTAND KAN ONTSTAAN**	31
2.4.1	Vrees vir die dood	32
2.4.2	Vrees vir ongeskiktheid	32
2.4.3	Vrees vir pyn	32
2.4.4	Vrees vir verwerping	32
2.4.5	Vrees dat hulle die siekte na ander sal versprei	32
2.5	**EMOSIONELE REAKSIES**	32
2.5.1	Skok en ontkenning	33
2.5.2	Woede	34
2.5.3	Onderhandeling	34
2.5.4	Depressie en rou	34
2.5.5	Aanvaarding	35

2.6	**VERDEDIGINGSMEGANISMES**	36
2.7	**FAKTORE VAN AANPASSING**	37
2.7.1	Pre-morbiede persoonlikheid	37
2.7.2	Liggaamsbeeld	37
2.7.3	Vorige ervaring met siekte	37
2.7.4	Houding teenoor die versorgers	39
2.8	**IMPAK VAN DIE CHRONIESE SIEKTETOESTAND OP DIE INDIVIDU**	40
2.8.1	Selfkonsep	40
2.8.2	Emosionele reserwes	41
2.8.3	Huweliks- en gesinsverhoudinge	41
2.8.4	Seksuele gedrag	41
2.8.5	Sosiale aanpassing	42
2.8.6	Loopbaanaanpassing- en beplanning	42
2.8.7	Rekreasie en ontspanningsaktiwiteite	42
2.8.8	Finansiële beplanning	42
2.8.9	Impak van die chroniese siekte op die gesin	43
2.9	**TOEKOMS VAN DIE CHRONIESE SIEK PERSOON**	44
2.10	**SAMEVATTING**	44

HOOFSTUK 3:

DIE GESIN AS SISTEEM GAAN BESTUDEER WORD, AANGESIEN DIE INTERAKSIE TUSSEN DIE WORDENDE KIND EN DIE OUER BINNE GESINSVERBAND PLAASVIND

3.1	**DEFINISIE VAN DIE GESIN**	45
3.2	**LEWENSFASES**	45
3.3	**ONTWIKKELING VAN DIE GESINSLEWE**	50
3.4	**GESINSEISE**	51
3.4.1	Gesinne met klein kinders	51
3.4.2	Gesinne met laerskoolkinders	51
3.4.3	Gesinne met adolessente	51
3.4.4	Gesinne met jong volwassenes wat die huis verlaat	54
3.5	**KWALITEITE VAN GESONDE GESINNE**	54
3.6	**ASPEKTE WAT STRES IN 'N GESIN VEROORSAAK**	54
3.7	**GESINSTRUKTUUR EN FUNKSIONALITEIT**	55
3.7.1	Simmetries-Komplimentêr	55
3.7.2	Sentripetaal-Sentifugaal	56
3.7.3	Kohesie-Aanpasbaarheid	56
3.8	**HANTERINGSVAARDIGHEDE VAN GESINNE**	57
3.9	**DIE TEORETIESE GRONDE VIR DIE GESIN VANUIT 'N SIELKUNDIGE-OPVOEDKUNDIGE PERSPEKTIE8**	57
3.9.1	Gesinsamestelling	57
3.9.2	Die gesin as funksioneringsisteem	58
3.9.3	Die klimaat in die gesin	60
3.9.3.1	Liefde	60

3.9.3.2 Begrip 61
3.9.3.3 Aanvaarding 62
3.9.3.4 Respek 64
3.9.3.5 Vertroue 65
3.9.3.6 Gesag en dissipline 66

3.10 **BEGRIPSINTEGERASIE** 69

3.11 **SAMEVATTING** 70

HOOFSTUK 4:

LITERATUURSTUDIE OOR DIE INVLOED VAN DIE CHRONIESE SIEK OUER OP DIE KIND

4.1 **INLEIDING** 72

4.2 **BEVINDINGE UIT STUDIES** 72
4.2.1 Armistead, Klein & Forehand het in hulle navorsing verwys na studies wat gedoen is en daar gaan kortliks na die bevindinge van hierdie studies gekyk word 73
4.2.2 Hirsch het verder saam met Barton, Thomas en Reischl(1985:272) die studie uitgebrei met die groep soos reeds hierbo verduidelik 73
4.2.3 Power se bevindinge 75
4.2.3.1 Negatiewe reaksies op sulke omstandighede is die volgende 76
4.2.3.2 Negatiewe reaksies van die adolessent 77
4.2.3.3 Die positiewe reaksies van adolessente 78
4.2.4 Thorne (1990:209) het 'n studie gedoen van 16 moeders met 79

chroniese siektetoestande en haar bevindinge word kortliks gemeld

4.2.4.1 Werkverrigtingsaspek 79

4.2.4.2 Beskikbaarheidsaspek 79

4.2.4.3 Afhanklikheidsaspek 80

4.2.4.4 Sosialeringsaspek 80

4.2.5 Johnson et al. se bevindinge 80

4.2.6 Kruger se bevindinge 82

4.2.6.1 Fisiese aanduiders 82

4.2.6.2 Kognitiewe aanduiders 87

4.2.6.3 Affektiewe aanduiders 88

4.2.6.4 Sosiale aanduiders 88

4.3 **SAMEVATTING** 88

HOOFSTUK 5:

DIE EMPIRIE SE NAVORSINGSONTWERP

5.1 **DIE DOEL MET DIE EMPIRIESE NAVORSING** 90

5.1.1 Die onmiddellike doelstelling 90

5.1.2 Die verwyderde doelstelling 90

5.2 **DIE NAVORSINGSHIPOSESES** 91

5.2.1 Groep 1 – Hierdie groep hipoteses het betrekking op die kind 91

5.2.2 Groep 2 – Hierdie hipotese het betrekking op die gesin as geheel 92

5.3 **DIE PROGRAM VAN ONDERSOEK** 92

5.3.1 Die gevallestudies 92

5.3.2 Model van diagnose 92

5.3.3 Bespreking van die diagnoseringsmodel 95
5.3.3.1 Die funksioneringsbeeld 95
5.3.3.2 Die fenomeenbeeld 95
5.3.3.3 Die relasiebeeld 96
5.3.3.4 Die persoonsbeeld 96
5.3.3.5 Die vlak van die irrasionele 96
5.3.3.6 Die selfdinamiek 97
5.3.3.7 Terapie 99

HOOFSTUK 6:

GEVALLESTUDIES

6.1 **INLEIDING** 101

6.2 **GEVAL 1** 101
6.2.1 Agtergrondsinligting 101
6.2.2 Evaluering 103
6.2.2.1 Kind 1 – Charl 103
6.2.2.2 Kind 2 – Johan 107
6.2.2.3 Kind 3 – Lize 110
6.2.3 Huidege gesinsopset 113

6.3 **GEVAL 2** 113
6.3.1 Agtergrondsinligting 114
6.3.2 Evaluering 115
6.3.2.1 Enigte kind – Chantelle 115
6.3.3 Huidige gesinsopset 118

6.4 **GEVAL 3** 118
6.4.1 Agtergrondsinligting 119
6.4.2 Evaluering 120
6.4.2.1 Kind 1 – Sofia 120
6.4.2.2 Kind 2 – Jaco 123
6.4.2.3 Kind 3 – Anton 126
6.4.3. Huidige gesinsopset 128

6.5 **NAVORSINGSRESULTATE** 128

6.6 **NAVORSINGSHIPOTESES** 131
6.6.1 Groep 1 - Die navorsingshipoteses het betrekking op die effek van die chroniese siek ouer op die kind 132
6.6.1.1 Navorsingshipotese 1 132
6.6.1.2 Navorsingshipotese 2 132
6.6.1.3 Navorsingshipotese 3 133
6.6.1.4 Navorsingshipotese 4 133
6.6.1.5 Navorsingshipotese 5 134
6.6.2 Groep 2 – Hierdie navorsingshipotese het betrekking op die effek van die chroniese siek ouer op die hele gesin 135
6.6.2.1 Navorsingshipotese 6 135

6.7 **SAMEVATTING** 137

HOOFSTUK 7:

RIGLYNE VIR TERAPIE VIR DIE INDIVIDU, SOWEL AS DIE GESIN, MET 'N OUER WAT AAN 'N CHRONIESE SIEKTE LY

7.1	**'N MODEL VIR GESINSTERAPIE VANUIT 'N OPVOEDKUNDIG-SIELKUNDIGE PERSPEKTIEF**	138
7.1.1	Inleiding	138
7.1.2	Terapeutiese vertrekpunt	139
7.2	**DIE TERAPEUTIESE VERLOOP**	139
7.2.1	Die doelstellings van die eerste ontmoeting	139
7.2.2	Wat die werklik probleem is?	140
7.2.3	Hoe kommunikeer die gesinslede met mekaar?	141
7.2.4	Hoe lyk die klimaat in die gesin?	141
7.2.5	Hoe lyk die relasiepatrone binne die gesin?	141
7.2.6	Die formulering van hipoteses	142
7.3	**TERAPIE EN DIAGNOSE**	142
7.4	**GESINSDINAMIEK**	143
7.5	**IMPLEMENTERING VAN DIE MODEL**	145
7.6	**AREAS WAT STRES VEROORSAAK BY KINDERS MET OUERS WAT AAN 'N CHRONIESE SIEKTE LY**	146
7.6.1	Gebrek aan inligting t.o.v. die aard, omvang en prognose van die siektetoestand van die ouer	147
7.6.2	Gebrekkige begrip vir die veranderde rol van die chroniese siek ouer binne die gesinsverband	151
7.6.3	Wankonsepsies oor die veranderde rol van die gesonde ouer in die gesin	154
7.6.4	Gebrekkige probleemoplossing-strategieë	156
7.6.5	Gebrekkige kommunikasievaardighede	158

7.6.6 Godsdiensvraagstuk 160

HOOFSTUK 8

BEVINDINGS, GEVOLGTREKKINGS, LEEMTES IN DIE ONDERSOEK EN AANBEVELINGS

8.1 **INLEIDING** 165

8.2 BEVINDINGS 165
8.2.1 Bevindings uit die literatuurstudie 165
8.2.2 Bevindings uit die empiriese navorsing 166

8.3 **GEVOLGTREKKINGS** 167

8.4 **LEEMTES IN DIE EMPIRIESE ONDERSOEK** 168

8.5 **AANBEVELINGS** 169
8.5.1 Riglyne vir terapie vir die individu, sowel as die gesin, met 'n ouer wat aan 'n chroniese siekte ly 169
8.5.2 Verdere navorsing 170

8.6 **SAMEVATTING** 170
8.6.1 Bereiking van die doelstellings 170
8.6.1.1 Die onmiddellike doelstellings 171
8.6.1.2 Die verwyderde doelstelling 171
8.6.2 Slotopmerking 172

BIBLIOGRAFIE 173

LYS VAN FIGURE

		BLADSY
FIGUUR 1 :	EFFEK VAN DIE CHRONIESE SIEK OUER OP DIE KIND SE SELFBEELD	5
FIGUUR 2 :	DIE POLARISASIE-EFFEK VAN RELASIES	6
FIGUUR 3 :	SKEMATIESE VOORSTELLING VAN DIE AARD VAN CHRONIESE SIEKTETOESTANDE	16
FIGUUR 4 :	SKEMATIESE VOORSTELLING VAN DIE IMPAK VAN DIE SIEKTE OP DIE INDIVIDU, SOWEL AS DIE GESIN	17
FIGUUR 5 :	SKEMATIESE VOORSTELLING VAN DIE WORDENDE KIND IN DIE ONTWIKKELINGS-FASES	18
FIGUUR 6 :	SKEMATIESE VOORSTELLING VAN DIE KOMPLEKSITEIT VAN DIE INTERAKSIES VAN DIE CHRONIESE SIEK OUER EN DIE KINDERS BINNE DIE GESIN WAT HULLE VERSKILLENDE WORDINGSFASES BEVIND	19
FIGUUR 7 :	IDOGRAFIESE NAVORSINGS- EN DIAGNOSERINGSMODEL	94
FIGUUR 8 :	GESINSDINAMIEK	144
FIGUUR 9 :	GRONDLIGGENDE OORSAAK VAN SIMPTOME BY KINDERS IS STRES	146
FIGUUR 10:	AREAS WAT STRES BINNE DIE GESIN VEROORSAAK	147

LYS VAN TABELLE

TABEL 1	:	**VERDEDIGINGSMEGANISMES**	38
TABEL 2	:	**VOORSTELLING VAN VERSKILLENDE LEWENSFASES**	46
TABEL 3	:	**VERDERE LEWENSFASES**	50
TABEL 4	:	**STRESSIMPTOME**	83
TABEL 5	:	**VERGELYKING VAN STRESSIMPTOME**	129

LYS VAN PRENTE

PRENT 1	:	**PRENTE ILLUSTREER DIE EMOSIONELE REAKSIES BY CHRONIESE SIEK PERSONE DEUR MIDDEL VAN NIE-VERBALE KOMMUNIKASIE**	36

HOOFSTUK 1

ORIëNTERENDE INLEIDING: PROBLEEMONTLEDING, BEGRIPSVERKLARINGS, DOEL, METODE EN PROGRAM VAN ONDERSOEK.

1.1 INLEIDING

Gesinne is die boustene van die gemeenskap. Binne die gesin vind egpare intimiteit, persoonlike waarde en identiteit, terwyl hulle hul kinders opvoed. Die wyse waarop die ouers persoonlike waarde en identiteit ontwikkel as 'n huwelikspaar en die wyse waarop veranderinge en uitdagings as ouers met beroepe en sosiale verpligtinge hanteer word, het 'n merkwaardige effek op hulle kinders.

'n Siek ouer, spesifiek 'n ouer met 'n chroniese siektetoestand, veroorsaak geweldige stres op die gesinsisteem. Dit affekteer die huweliksverhouding, hulle ouerskap, die huishouding, werksverantwoordelikheid en sosiale verhoudinge.

Langdurige siekte van 'n ouer mag selfs nuwe dinamiek van mag en kontrole in die gesin meebring. Voortdurende stres kan vorige onopgelosde aangeleenthede binne die gesin aksentueer, wat tot disfunksionele gesinsisteme aanleiding kan gee.

Chroniese fisieke siektetoestande wat die lewenskwaliteit van individue kan inkort, soos byvoorbeeld chroniese moegheidsindroom, neem onrusbarend toe in die laaste aantal jare.

Daar is ook gevaarlike, lewensbedreigende chroniese siektes soos diabetes, emfiseem, veelvuldige sklerose, artritis ens. "Chronic and debilitating physical

illnesses are experienced by hundreds of thousands of people of all ages, socioeconomic levels, and races. Statistics indicate that medical conditions such as cancer, heart disease, chronic liver disease, cerebrovascular or pulmonary diseases, and diabetes are among leading causes of death among adults. Advances in medical technology have significally affected individuals suffering from institutional medical care. Care for seriously ill patients is increasingly being provided in the home, where their medical conditions become an "ordinary feature of family life and development". It is clear that the impact of serious illness is not only experienced by the patient, but also by those around him/her who are exposed to the various forms of psychological, economic, and social stressors which may accompany the illness. In particular, it is likely that members of a patient's immediate family, who share the same home environment with their ill parent, child, or sibling, are influenced by such stressors" (Armistead, Klein, & Forehand 1995: 409).

Alhoewel simptome kan wissel, of die siekte in remissie kan gaan, kan 'n chroniese siekte nie verdwyn nie en ook nie genees word nie. In 'n artikel, "Long-Term Parental Illness and Children: Perils and Promises" deur Mona Johnson et. al. (1992: 225), haal sy studies aan wat gedoen is deur Brazelton (1989) waarin hy bevind dat meer as 75% van getroude mense wat chroniese siektes ontwikkel se huwelike uiteindelik op egskeiding uitloop.

Johnson (1992: 225) vervolg: "Currently there are few studies assessing the long-term impact of parental physical illness on children". Hierdie mening word soos volg bevestig: "Although physical illness among adults is prevalent, few studies exist which examine the relationship between parental illness and child functioning" (Armstead, Klein & Forehand 1995: 409).

Kinders uit sulke gesinne word gedwing tot groter verantwoordelikheid, groter verdraagsaamheid en hulpverlening. Huweliksmaats moet ook verstaan en aanvaar dat vorige verwagtinge wat gekoester is t.o.v. hulle eggenote nie meer verwesenlik kan word nie.

As 'n siekte chronies en langdurig is, ontstaan veranderinge in status (dominansie en mag), ouerskap, implementering van huishoudelike roetine, rolaanpassing en die intensitieit en gerigdheid van gevoelens tussen gesinslede, insluitende man en vrou, maar ook tussen ouer en kind.

Chroniese siek individue het 'n groter behoefte aan begrip en empatie, aangesien hulle nie altyd in staat is om te voldoen aan verwagtinge t.o.v. hulle professies en sosiale verantwoordelikhede nie en ten spyte daarvan steeds opgewek en in beheer van hulle lewens en emosies moet voorkom.

"Adjusting to a serious illness may be particularly difficult for families with children or adolescents, as these families are already faced with the continuous challenges of development and childrearing. Unlike other personal and interpersonal factors which may influence parental functioning (e.g. depression, marital conflict), the impact of parental physical illness on children has received minimal attention in literature. This is unfortunate as it is important to examine the extent to which parental illness is a stressor for children in order to ascertain if interventions are necessary and, if so, what should be the nature of the interventions and what behaviours should be targeted" (Armstead, Klein & Forehand 1995: 410).

1.2 PROBLEEMONTLEDING

1.2.1 Bewuswording van die probleem

Aangesien die invloed van die siekte van die ouer so omvattend is, gee dit aanleiding daartoe dat daar by kinders, in hulle poging om balans te behou, verskeie simptome presipiteer. Van hierdie simptome was die volgende: daar het rolverwarring by die kinders ontstaan, wat in sekere gevalle selfs aanleiding gegee het tot geslagsrolidentifikasie probleme. Emosionele onsekerheid by die kinders het aanleiding gegee tot onderaktualisering van hulle intellektuele vermoëns. Somatiese simptome, wat in sekere

gevalle verband hou met die simptome van die siekte waaraan die ouer ly, het voorgekom. Dit het geblyk dat die gesonde ouer in sekere van die gevalle fisies en psigies so uitgeput geraak het onder die las van die versorging van die siek ouer en die nakom van alle ander verantwoordelikhede, dat hulle nie altyd ten volle aan die kinders se behoeftes kon voldoen nie. Dit het aanleiding gegee tot insekuriteit by kinders wat in ekstreme gevalle selfs tot skeidingsangs gelei het.

Aangesien die onderhawige navorser bevind het dat baie van die simptome gewortel is in die gesinssituasie waar 'n ouer aan 'n chroniese fisieke siekte ly, het die behoefte begin ontstaan om te bepaal wat die omvang is van die effek van 'n chroniese siekte by 'n ouer op sy/haar kinders. Daar is soveel veranderlikes binne die die dinamiek van die gesin dat elke individu uniek geraak kan word daardeur.

Ten einde te bepaal of hierdie afleiding relevant is, is 'n grondige ontleding van die probleem noodsaaklik.

1.2.2 Verkenning van die probleem

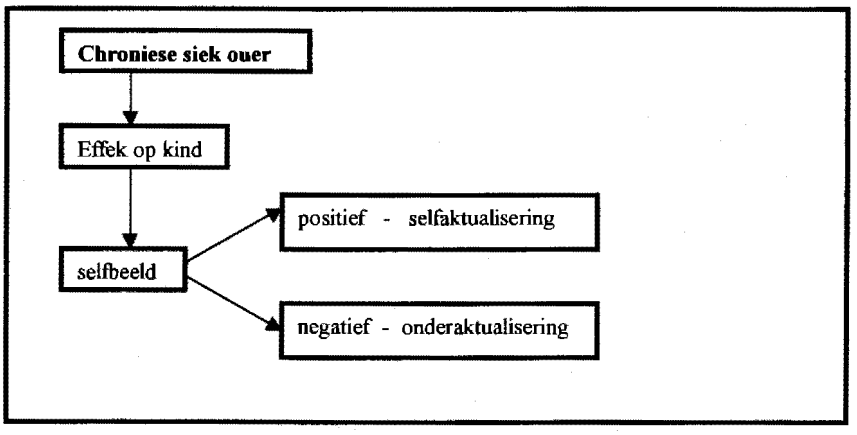
Die probleem kom voor binne die opvoedingsmilieu van die gesin waar daar interaksie is tussen die ouer en die kind. Die wordende kind, sowel as die siek ouer moet ook oor kennis van hulle relasies binne hul leefwêrelde beskik, omdat hulle unieke leefwêrelde en hulle relasies daarin 'n bepaalde invloed het op mekaar.

Die chroniese fisieke siektetoestand van 'n ouer mag 'n potensiële positiewe funksie binne die gesin hê, soos om die gesinslede hegter aan mekaar te bind, om kinders te help om verantwoordelikheid te leer en onafhanklikheid te bekom, of, met lewensbedreigende siektes, die gesin aan te spoor om die "meeste te maak" van die tyd wat hulle saam oor het. Dit is egter ongelukkig so dat in die meeste gesinne die stressors en probleme baie swaarder weeg as die moontlike positiewe invloed wat die siekte van die ouer kan inhou. Hierdie positiewe of negatiewe effek kan die kinders binne sulke gesinne se selfbeeld hetsy

positief of negatief beïnvloed, wat weer 'n beduidende invloed op hul selfaktualisering kan hê.

Skematies kan dit soos volg voorgestel word in figuur 1.

FIGUUR 1: EFFEK VAN DIE CHRONIESE SIEK OUER OP DIE KIND SE SELFBEELD



1.2.3 Die aard van die relasies

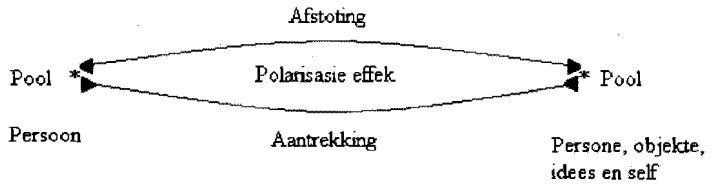
Van den Aardweg & Van den Aardweg (1988: 193) verklaar relasies as "...a particular mode in which persons, things, ideas, self and God are mutually connected.". Daarom is relasies dinamies van aard met interaksie wat deur die persoon self geïnisieer word deur sy betrokkenheid by en die betekenis wat hy aan sy leefwêreld toeken. 'n Relasie impliseer om diè rede 'n assosiasie tussen twee referente waarvan die persoon (die wordende kind in hierdie geval) die een referent en die ander persoon (in hierdie geval die ouer met die

chroniese fisieke siektetoestand), objek of idee die ander referent is. Daar is gevolglik sprake van twee pole wat in interaksie is. Die interaksie het 'n polarisasie-effek tot gevolg.

1.2.4 Die polarisasie-effek van relasies

Die polarisasie-effek van relasies word in Figuur 2 skematies voorgestel:

FIGUUR 2: DIE POLARISASIE-EFFEK VAN RELASIES



Elke pool het twee komponente, naamlik die affektiewe (of die belewenisaspek) en die kognitiewe (of kennis-aspek).

a) Die belewingsaspek van relasies

Die belewing van die relasie bepaal die kwaliteit daarvan. Elke relasie word deur die persoon in totaliteit beleef. Die belewing van die relasie kan toenaderend of afstotend van aard wees omdat 'n polarisasie-effek van aantrekking of afstoting in so 'n relasie kan voorkom.

As die aard van die relasie toenadering bewerkstellig, voel die persoon aangetrokke tot die relasie en wil hy daarby betrokke wees. Die wordende kind wat 'n polarisasie-effek van toenadering tydens die verwerking van die ouer se siekte beleef, voel positief oor hom/haarself. Hy kan die stremmende situasie binne die gesin omskep in aanvaarding van die self en 'n positiewe selfkern bekom, wat tot 'n realistiese persoonsbeeld kan lei. Hy verkry 'n duidelik omlynde persoonskern wat vir hom aanvaarbaar is. Hy beskik dan oor 'n outentieke persoonsbeeld.

Daarenteen ondervind die wordende kind wat die polarisasie-effek in sy relasie met homself oorwegend as negatief of afstotend beleef, probleme om homself te aanvaar en om 'n positiewe selfkern te bekom. So 'n kind kan 'n onrealistiese of onaanvaarbare persoonsbeeld vorm. Hy het besondere hulp van die ouer en ander volwassenes nodig om homself te verwesenlik. 'n Polarisasie-effek van afstoting bemoeilik die vorming van 'n persoonsbeeld.

Vervolgens word die kennis-aspek van die relasies bespreek.

b) Die kennis-aspek van relasies

Om relasies te kan vorm moet die persoon begrip verkry. Die kognitiewe aspek word hierby betrek deurdat die wordende kind in staat moet wees om betekenis te gee aan die chroniese fisieke siektetoestand van die ouer, wat stremmend inwerk op sy opvoedingsmilieu. Hoe beter hy die twee aspekte verstaan, hoe beter sal die relasie wees wat hy daarmee stig. Dit stel hom in staat om 'n meer realistiese persoonsbeeld te vorm.

Die wordende kind bekom inligting oor sy lewensfase en die chroniese siektetoestand van die ouer deur sy leefwêreld te verken aan die hand van empiries-opvoedkundige kategorieë van betekenisgewing, betrokkenheid, belewing, selfkonsep en selfaktualisering.

1.2.5 Verkenning van die kind se leefwêreld aan die hand van die empiries-opvoedkundige kategorieë

Die empiries-opvoedkundige kategorieë speel 'n belangrike rol wanneer die wordende kind inligting oor homself en die chroniese siektetoestand van die ouer uit sy leefwêreld insamel. Hierdie kategorieë toon 'n onderlinge samehang. Hoewel dit onderskeibaar is, kan dit nie geskei word nie (Vrey 1979: 52). Vervolgens sal die onderskeie kategorieë bespreek word.

a) Betekenisgewing

Betekenisgewing impliseer dat die wordende kind moet kan "..herken, ken, verstaan en weet..." (Vrey 1979: 30). Sy oriëntasie in sy wêreld is afhanklik van die ontdekking en toekenning van betekenis aan objekte en gebeure in sy leefwêreld. Dit word gedoen met die kognitiewe vermoëns en die betekenis wat die wordende kind aan gebeure, dinge en idees toeken, is bepalend vir sy selfstandigwording en vir begrip van die chroniese siektetoestand van 'n ouer.

Die kind moet self die betekenis vind en dit toeken. Dit word nie vir hom gedoen nie. Hy kan wel deur sy ouer en ander opvoeders begelei word.

Die betekenis wat die kind aan die siektetoestand van die ouer gee dra by tot die persoonsbeeld wat hy vorm. Die kind wat nie in staat is om realistiese betekenisse toe te ken aan die situasie wat meegebring is deur die siektetoestand van 'n ouer nie, kan nie die inligting tot 'n realistiese en betroubare persoonsbeeld integreer nie. Om werklik betekenis te kan gee, is dit noodsaaklik dat die persoon betrokke moet wees by dit waaraan hy betekenis wil gee.

b) Betrokkenheid

Betrokkenheid is die "... omgangsrelasie tussen die kind en sy wêreld wat as 'n dialogiese verhouding met die objek, persoon, idee of die self bestempel kan word" (Van Rensburg & Landman 1979: 21).

Betrokkenheid is 'n aktiewe handeling en veronderstel 'n mate van kennis. Die persoon het behoefte aan deelname wat tot identifikasie met die objek, persoon, idee of met homself lei (Vrey 1979: 38-42). Die kind is aktief betrokke by sy ouer wat chronies siek is, deurdat hy kennis insamel oor homself en sy ouer se toestand. Aan die ander kant lei meer kennis weer tot groter betrokkenheid. Daar is 'n voortdurende wisselwerking tussen die betrokkenheid van die kind by sy ouer se siektetoestand en sy kennis daarvan.

Betrokkenheid impliseer 'n wil om met 'n saak gemoeid te wees of meer daarvan te wil weet. Die wil kan gedefinieer word as 'n psigiese vitaliteit of lewenskrag waarmee 'n bepaalde doel betekenis kry en doelgerig tot verwerkliking nagestreef word.

Vrey (1979: 38) onderskei vier kenmerke van die wilslewe:

- Kennis – wat die kognitiewe basis vorm.
- Doelstelling – wat die rigting van die handeling bepaal.
- Keuse van moontlike doelstellings – wat tot besluitneming lei.
- Handelinge – wat innerlik (psigies) of fisies kan wees om die doel te bereik.

Die kind moet bereid wees om te wil betrokke raak by die gesinsopset waarin daar 'n siek ouer is, bereid wees om meer kennis oor die siektetoestand in te win, dan doelstellings te stel wat hy wil bereik en al sy handelinge daarop te rig om die doelstellings te bereik om sodoende sy moontlikheid te verwerklik en sy wording te voltrek.

Die betrokkenheid van die kind by die gesinsopset met 'n siek ouer, en by die vorming van 'n persoonsbeeld en die betekenis wat hy daaraan gee, lei tot die ontstaan van positiewe- of negatiewe gevoelens.

c) Belewing

Elke mens belewe die werklikheid op sy eie unieke manier. Die belewing is gevoelsmatig en dit dui aan hoe hy die situasie wat hy ervaar, evalueer. Dit kom daarop neer dat hy vir hom 'n eie betekeniswêreld stig (Van Rensburg & Landman 1979: 17).

Belewing sonder betrokkenheid is onmoontlik. 'n Persoon moet by 'n situasie betrokke wees om dit te kan belewe. Die belewing bepaal weer die betekenis wat daaraan gegee word.

Belewing bepaal die kwaliteit van die persoon se relasies. Aangename belewinge bevorder betrokkenheid en betekenisgewing, terwyl onaangename belewinge remmend of selfs negatief daarop kan inwerk. Die aangename belewinge van die kind in sy unieke gesinsgesitueerdheid, ten spyte van die kompleksiteit daarvan, stel hom in staat om positiewe relasies met homself as persoon te vestig. Die relasie is een van aanvaarding en lei tot 'n realistiese persoonsbeeld.

Onaangename belewinge oor sy gekompliseerde gesinsmilieu met 'n ouer wat 'n chroniese siektetoestand het, veroorsaak dat hy homself moeilik aanvaar en dit ook moeilik vind om 'n positiewe persoonsbeeld te vorm. So 'n kind kan probleme ervaar en daar kan selfs sprake wees van intensiewe begeleiding in die vorm van terapie deur 'n professionele persoon.

Die kind se betekenisgewing aan, betrokkenheid by en belewing van sy gesinsopset (met 'n ouer met 'n chroniese siektetoestand) is voortdurend in interaksie en beïnvloed mekaar.

Die interaksie tussen die drie kategorieë stel hom in staat om 'n bepaalde selfkonsep te vorm.

Die selfkonsep kan realisties of onrealisties wees, afhangende van sy betekenisgewing aan, betrokkenheid by en belewing van sy relasies met sy leefwêreld.

d) Selfkonsep

Die selfkonsep kan gedefinieer word as ".. die konfigurasie van oortuigings omtrent myself en houdinge teenoor myself wat dinamies is en waarvan ek gewoonlik bewus of onbewus is" (Van den Aardweg & Van den Aardweg 1988:84). Dit is die kern van persoonlikheid (Vrey 1979: 52).

Vir Jacobs (1982: 21) is die kern van die selfkonsep die evaluering van die self volgens eie subjektiewe norme. Vrey beskryf die self as die Gestalt van wat die persoon syne kan noem. Die selfkonsep is die sentrum van ervaring en betekenis. In sy relasies met andere leer die kind homself ken. "Uit hierdie konsepsies van homself, relatief tot sy konsepsies van ander, ontstaan die beeld van homself" (Jacobs & Vrey 1982: 18).

Die wordende kind se selfkonsep is belangrik vir sy persoonsbeeld. Die kennis waarop die kind sy persoonsbeeld en sy selfkonsep baseer, word gebruik om te antwoord op die vraag "Wie is ek?". Die antwoord op hierdie vraag bepaal die identiteit wat die kind sal aanneem.

Identiteit as deel van die selfkonsep word verwerf na gelang van die situasie waarbinne die persoon homself bevind.

e) Identiteitsvorming

"Identiteitsvorming is die gebeure waardeur 'n persoon kom tot ken, verstaan en aanvaarding van homself vanuit 'n wetenskaplike verwysingsraamwerk en persoonlike gesitueerdheid" (Oosthuizen in OSV- 402-Q Studiegids 1 1985: 2).

Die identiteit het 'n multidimensionele karakter. Dit gaan gepaard met identifisering, wat dui op 'n aktiwiteit wat plaasgevind het (Jacobs & Vrey 1982: 19). "Om 'n bepaalde identiteit te kan vorm, moet die individu homself met 'n spesifieke attribuut identifiseer" (Killian 1985: 32). Die identifisering behels dan 'n aktiewe vereenselwiging met 'n sekere aspek of objek en 'n gerigde handeling. Identifisering is grotendeels onbewuste gebeure wat kan oorgaan in identiteitsvorming. Die identifiseringsaktiwiteit het sonder identiteitsvorming beperkte waarde.

Identiteitsvorming is 'n lewenstaak wat geskied "... van die wieg tot aan die graf" (Vrey 1979: 49). Die eerste identiteit wat 'n persoon vorm, is sy selfidentiteit. Wanneer 'n kind tussen homself en die wêreld om hom kan onderskei, begin hy 'n selfidentiteit vorm. Die vorming van 'n selfidentiteit vereis aktiwiteite wat "... werklike betrokkenheid en betekenisgewing aan die liggaamlike en psigiese self en sy ekstensiteite..." insluit (Jacobs & Vrey 1982: 18). Mettertyd vorm die persoon 'n selfbeeld.

Buiten 'n selfidentiteit, kan 'n persoon baie ander identiteite vorm. Die vorming van hierdie identiteite is gebaseer op 'n persoon se interpretasie en ervaring van sy eie potensiaal en leefwêreld (Lindhard & Oosthuizen 1985: 4).

f) Fases van identiteitsvorming

Die volgende fases kan by identiteitsvorming onderskei word:

(i) Bewuswording

Vir Lindhard & Oosthuizen (1985: 10) is bewuswording die fase waarin die persoon van homself in sy leefwêreld bewus word. Die kind raak bewus daarvan dat hy sy opvoedingsmilieu moet aanvaar, met die beperkinge van 'n chroniese siek ouer. Daar sal verkenning van sy gesitueerdheid moet plaasvind. In hierdie proses sal die kind bewus raak van sy eie situasie, maar ook van die van die ander gesinslede, waarvan hy/sy nie altyd bewus was nie.

(ii) Verkenning

Tydens die fase van verkenning word inligting oor die self en oor die chroniese siekte van die ouer ingewin, totdat die kind tot kennisinsigte van homself en die gesinsmilieu met die chroniese siek ouer kom. Die kennis word geanaliseer, gesistematiseer en georden. Namate die verkenning vorder, aanvaar of verwerp die kind die inligting wat hy bekom, deur hom met die inligting wat aanvaarbaar is, te identifiseer. Deur identifisering word die fase van verpersoonliking betree.

(iii) Verpersoonliking

Die kind wat hom met die inligting wat hy tydens die verkenningsfase bekom het, kan identifiseer, raak betrokke daarby, gee betekenis daaraan en beleef die kennis op 'n bepaalde wyse. Hy maak die inligting sy eie en vereenselwig of identifiseer hom daarmee. Die identifisering stel hom in staat om die inligting te verpersoonlik en daardeur 'n bepaalde identiteit te vestig. Hy bekom 'n persoons- en gesinsidentiteit wat geïntegreer word.

'n Kind wat 'n probleem ondervind om die siektetoestand van sy ouer te aanvaar en die stremminge wat dit op sy wording plaas, sal probleme ondervind om 'n gesinsidentiteit te vorm, wat weer die kind se wording kan belemmer.

g) Selfaktualisering

Selfaktualisering kan gedefinieer word as die bereiking van die beste wat 'n individu moonlik kan word (Van Aardweg & Van Aardweg 1988: 84). Die wordende kind binne die gesin met 'n ouer met 'n chroniese siektetoestand kan tot sy selfaktualisering bydra deur die positiewe aspekte te soek binne die gesinsmilieu, betrokke te raak, veilig en geborge te voel, sodat hy die beste bereik wat hy moonlik kan.

Die selfaktualiseerder het ook 'n realistiese selfsiening sodat hy "…. buite homself tree, van homself bewus is en werklik ook by homself betrokke is…….", en al sy energie, vermoëns en volle potensiaal op probleme buite homself rig (Du Plessis 1990: 35; Jacobs en Vrey 1982: 13; Vrey 1979: 46).

Die wordende kind wat in staat is om buite homself te tree, kry dit reg om 'n objektiewe oordeel oor homself uit te spreek en homself tot so 'n mate te aanvaar dat hy homself vergeet en hom ten volle rig op die funksionering van sy gesin, ten spyte van belemmeringe soos die siektetoestand van die ouer. Op grond van die betrokkenheid by sy gesin bekom hy 'n realistiese persoonsbeeld.

1.2.6 Aanduiding van die kompleksiteit van die chroniese fisieke siekte, en die wordende kind in verskillende fases

"Depending on the phase of a persons's life in which chronic illness occurs, the shattering impact of the illness may be equally pervasive but quite different. A young man stricken with multiple sclerosis may be distraught over the inability to support his family or teach his children to play basketball; a person nearing retirement may see the dreams of world travel he has planned for thirty-five years disappear with a paralysing stroke.

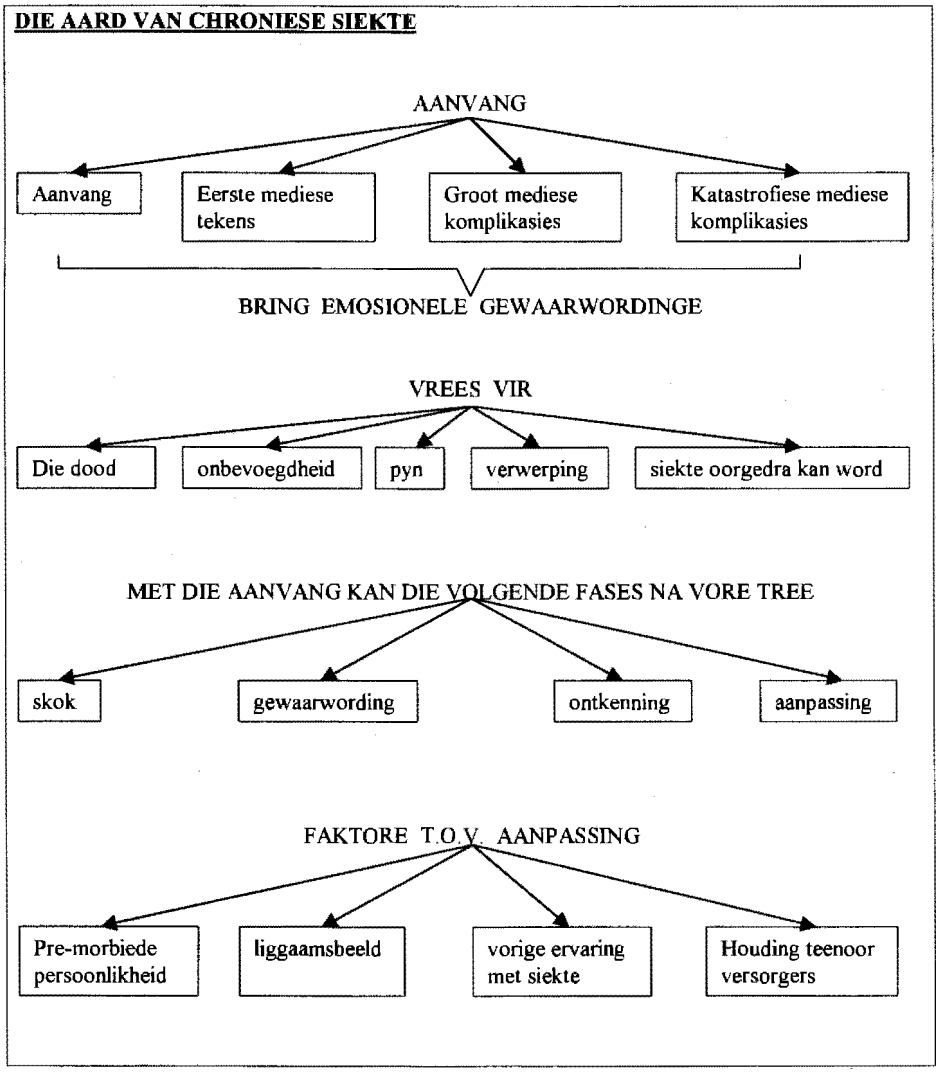
Complicating those losses is an unwritten rule commanding silence. It has been traditional in our culture to be ashamed of illness, to try to hide it and keep "our little secret." This makes recognizing, let alone coping with, the many facets of chronic illness that much more difficult. With poor communication, the illness becomes a festering sore – a source of continuing but unaddressed irritation that eventually erodes the family structure" (Maurer 1989: 1).

Die chroniese siek persoon (in hierdie geval die ouer), wat gediagnoseer word en in verskillende fases van die siekte kan verkeer, asook die feit dat hy/sy in verskillende emosionele verwerkingsfases van die siekte kan verkeer, asook ander faktore wat 'n rol kan speel word kortliks aangedui om die kompleksiteit van chroniese siekte aan te toon. Sien figuur 3 vir 'n diagrammatiese voorstelling.

Binne die gesinsverband waarin die ouer en die kind geankerd is, het die chroniese siektetoestand van die ouer 'n impak op die individu met die siekte, sowel as op die hele gesin. Die individu en die gesin kan verskillend op die situasie reageer. Mauer (1989: 2) beskryf dit soos volg:

"The family suffers with the ill person, often not cognizant of the pervasive effect of the illness. Financial difficulties arise if a person cannot work or has high medical bills, and these compound the stress, interpersonal and social relationships are neglected, and families can fall apart almost before they realizewhat is happening. Worse, this is all at a time when members most need each other. The mental anguish accompanying physical illness is often so severe that patients and families need outside councelling to help them cope".

FIGUUR 3: SKEMATIESE VOORSTELLING VAN DIE AARD VAN CHRONIESE SIEKTETOESTANDE:



In figuur 4 is daar gepoog om die impak aan te toon van die chroniese siekte vir die siek ouer, maar ook vir sy gesin.

FIGUUR 4: VOORTS 'N SKEMATIESE VOORSTELLING VAN DIE IMPAK VAN DIE SIEKTE OP DIE INDIVIDU, SOWEL AS DIE GESIN.

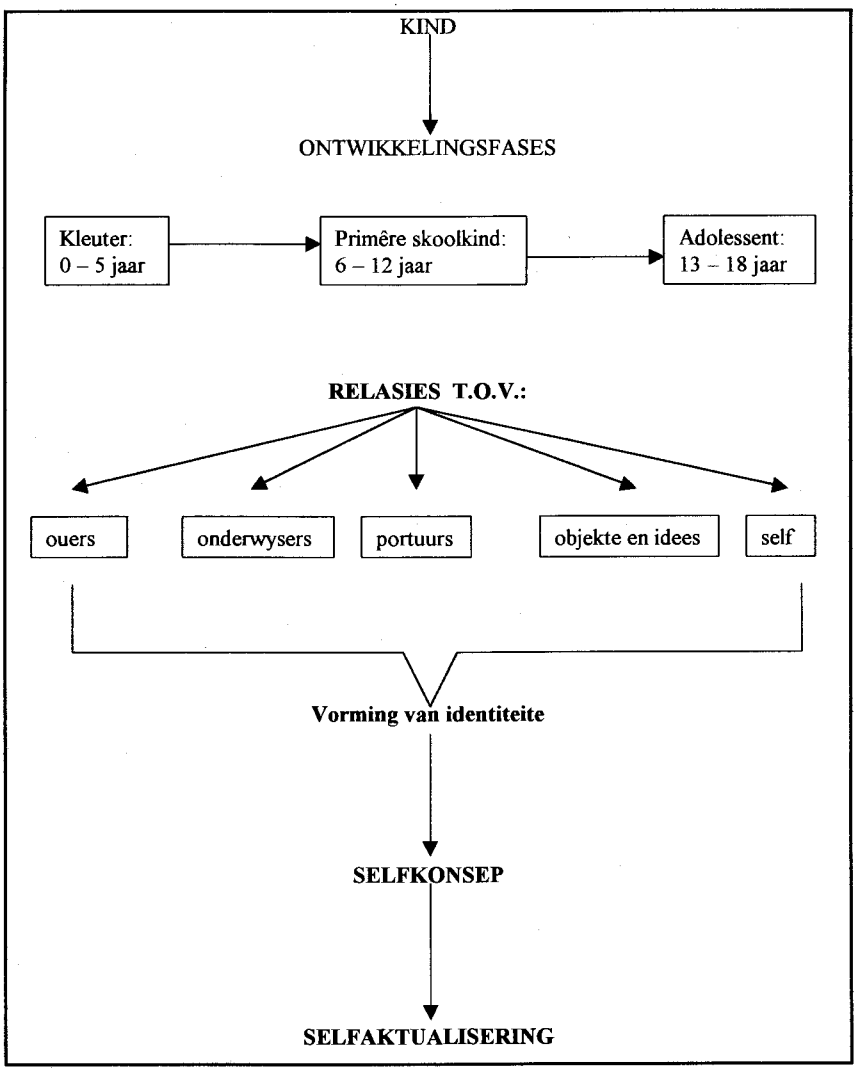
IMPAK VAN DIE SIEKTE OP

INDIVIDU	FAMILIE
• Selfkonsep	• mediese versorging
• Emosionele reserwes	• aanpassing in lewenstyl
• Gesins- en familieverhoudinge	• verskillende fases van die siekte
• Sosiale aanpassing	• gesinsterapie
• Werksaanpassing en - beplanning	
• Ontspanning	
• Finansiële beplanning	

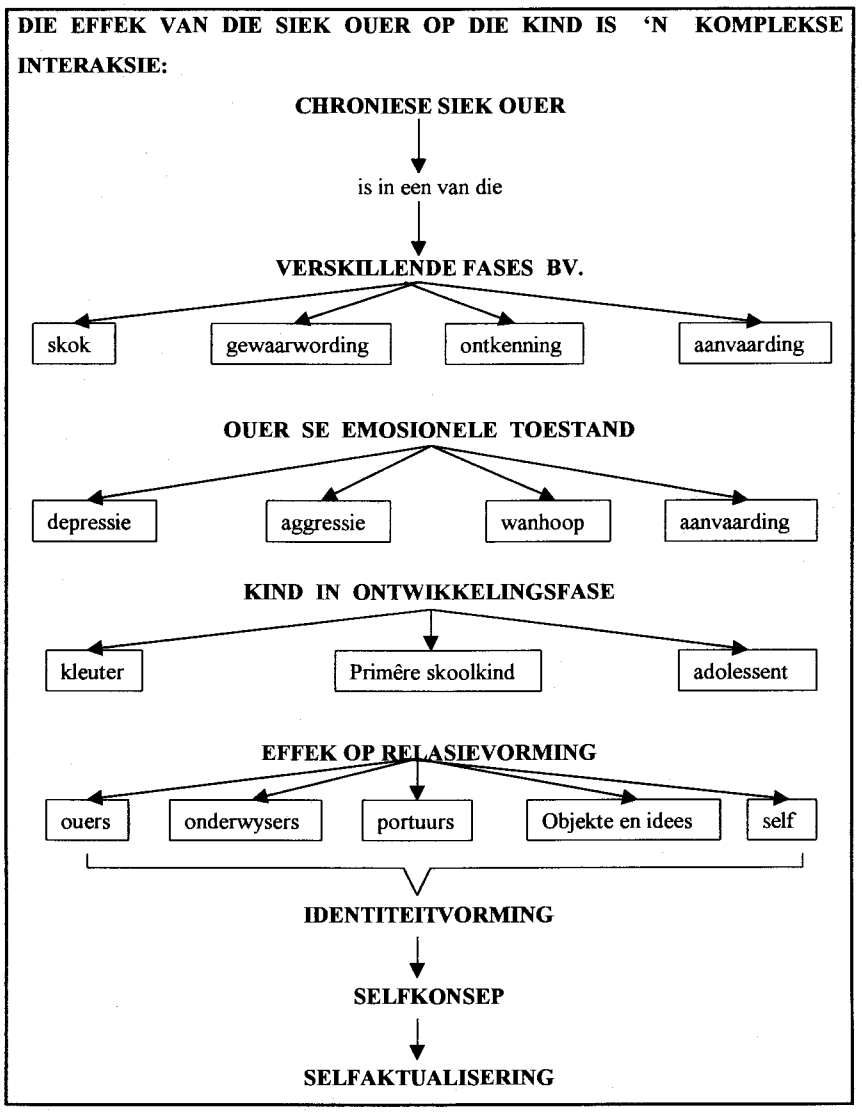
Binne die gesinsopset is daar kinders van verskillende ouderdomme en ontwikkelingsfases wat geaffekteer kan word deur die siektetoestand van die ouer. Die belangrikste ontwikkelingsmylpale sal aangedui word. Relasies word deur die kind gestig gedurende die ontwikkelingsfases en ontwikkel soos die mylpale behaal word. Daar word aangedui hoedat die siektetoestand van die ouer ook 'n effek kan hê op die wording van die kind(ers) wat in verskillende wordingsfases kan wees. Sien figuur 5 waar dit diagrammaties voorgestel is.

In figuur 6 is daar gepoog om die komplekse interaksie aan te dui wat binne die gesinsdinamiek plaasvind. Aan die een kant is daar die ouer in 'n spesifieke fase van die siekte, wat emosioneel wroeg, met die kind aan die ander kant, in sy wording as kleuter, laerskoolkind of adolessent, waar hy relasies stig en sy selfbeeld gevorm word, sodat hy tot selfaktualisering kan kom.

FIGUUR 5: SKEMATIESE VOORSTELLING VAN DIE WORDENDE KIND IN DIE VERSKILLENDE ONTWIKKELINGSFASES:



FIGUUR 6: 'N SKEMATIESE VOORSTELLING VAN DIE KOMPLEKSITEIT VAN DIE INTERAKSIES VAN DIE CHRONIESE SIEK OUER EN DIE KINDERS BINNE DIE GESIN WAT HULLE IN VERSKILLENDE WORDINGSFASES BEVIND:



1.2.7 Probleemstelling

In sy gesinsverkenning gebruik die kind die kennis wat hy aangaande homself verkry het. Wanneer die kind perspektief kan bekom van die chroniese siektetoestand van die ouer en hoe hy homself kan word, ten spyte van moeilike omstandighede, word 'n duidelike en realistiese persoonsbeeld verkry. Indien die kind die situasie te negatief en stremmend beleef, word 'n diffuse of onrealistiese persoonsbeeld verkry. Die integrasie van die persoonsbeeld en die gesinsmilieu lei tot 'n gesinsidentiteit.

Uit die probleemverkenning wil dit voorkom dat die wordende kind die chroniese siektetoestand van die ouer so negatief en stremmend beleef dat daar nie 'n gesins-identiteit kan vorm nie en dit lei daartoe dat selfaktualisering nie plaasvind nie.

Hierdie negatiewe betekenisgewing van die kind ten opsigte van die chroniese siektetoestand van die ouer wat belemmerend inwerk op sy wording, verhinder sy betrokkenheid by die gesin en ouer en beïnvloed sy belewing. Onsekerheid oor sy persoon kan daartoe lei dat hy sy moontlikhede nie verwerklik nie en dus nie tot optimale selfaktualisering kan kom nie.

1.3 DIE DOEL VAN DIE ONDERSOEK

In die praktyk is gevind dat baie kinders se wording beïnvloed word deur die chroniese siektetoestand van die ouer. Die vraag ontstaan: Wat is die invloed van die chroniese fisieke siektetoestand van die ouer op die kind?

1.3.1 Die onmiddellike doelstelling

In die lig van die voorafgaande kan die volgende onmiddellike doelstellings vir die ondersoek gestel word:

- Om chroniese fisieke siektetoestande te ondersoek.
- Om die gesinsopset te definieer en bestudeer.

- Om die invloed van die chroniese fisiekte siektetoestand van die ouer op die kind te ondersoek.

1.3.2 Die verwyderde doelstelling

Die verwyderde doelstellings is om riglyne vir terapie vir die individu, sowel as die unieke gesin waarbinne hy homself bevind, daar te stel. Vervolgens sal enkele begrippe verklaar word wat in die titel asook gedurende die ondersoek gebruik gaan word.

1.4 BEGRIPSVERKLARINGE

1.4.1 Chroniese fisieke siektetoestand

'n Chroniese toestand is een wat, per definisie, gekenmerk word deur langdurigheid en herhaalde voorkoms. Dit word ook gekenmerk deur 'n proses wat agteruitgang aandui. Dit is 'n opeenvolging van gebeure wat inspanning verg om te interpreteer en te keer.

'n Chroniese mediese probleem is een waarin 'n veranderende progressiewe, langdurige en meestal onomkeerbare toestand verwag kan word, wat gekenmerk word deur herhaalde episodes wat voorkom en waarin die siekte simptomaties die persoon affekteer, maar ook 'n verlies aan funksionering meebring.

Siektes wat as chronies geklassifiseer kan word is: diabetes, rheumatoïde artritis, kardiovaskulêre siektes, spierdistrofie, kanker, beroerte, alkoholisme, veelvuldige sklerose, emfiseem, Altzheimer se siekte en chroniese moegheidsindroom.

As chroniese siek persone eers gediagnoseer is, sal hulle nie weer tot hulle normale gesondheidstoestand terugkeer nie. Hulle sal nie die volle deelname aan fisiese aktiwiteite, werks- en sosiale eise kan geniet wat hulle voor die aanvang van die siekte gehad het nie.

Sommige sal onder die meer gelukkiges resorteer wat langer periodes van remissie kan ervaar gedurende die verloop van die siekte.

Chroniese siek persone sal gekonfronteer word met die voordurende uitdaging van verlies van funksie, episodes van pyn, stygende mediese koste, en die ongerief van lang termyn mediese behandeling en die konstante bedreiging van ernstiger mediese probleme, soos die siektetoestand agteruit gaan.

Dit is die progressiewe en veranderende aard van die chroniese siekte wat dit onderskei van ander siektetoestande.

In terme van aanpassing moet die chroniese siek persoon nie net een krisis hanteer met die diagnose van die siekte nie, maar 'n reeks van krisisse soos die siekte verloop. Aanpassings moet herhaaldelik gemaak word t.o.v. die siektetoestand, maar ook t.o.v. die omgewing, soos die siekte vererger.

1.4.2 Die wordende kind

In die opvoedingsgebeure is daar 'n volwassene en 'n kind betrokke. Die kind kan 'n baba, kleuter, jong kind, vroeg-, middel- of laatadolessent wees. Hoewel opvoeder en opvoedeling gelykwaardig is, is hulle nie gelyk nie, want die een is volwasse en die ander nog nie. Dit is dan juis om hierdie rede dat die volwassene die " nog nie volwassene" moet help en begelei na volwassenheid. Sodoende is "die opvoedingsgebeure 'n medemenslike gebeure" (Landman & Gouws 1969: 1).

'n Etimologiese uiteensetting van die begrippe **pedagogiek** en **andragogiek** lig die volgende betekenisse van hierdie begrippe uit: **Agein** is 'n Griekse woord met die betekenis "om te begelei". So kry 'n mens dan die wetenskap van die `agein` of die wetenskap van

begeleiding. Hierdie begeleiding is vormende begeleiding, of anders gestel, begeleiding wat met leer gepaard gaan.

Die Griekse woord **pais** beteken kind. **Pais** en **agein** is saamgevoeg tot **pedagaios** met die betekenins van begeleiding, dit wil sê die vormende of lerende begeleiding van die kind. Vanuit die Griekse woord **aner** word die begrip andragogiek afgelei, wat beteken saamgaan in wedersydse afhanklikheid, omdat die een onderrigtend/bemiddelend wil begelei en die ander lerend begelei of bemiddel wil word. Hierdie lerende, bemiddelende, vormende begeleiding is die terrein van die **Sielkundige Opvoedkunde.**

Wording is (volgens die HAT) die oorgang in 'n ander toestand. Alle wording is doelgerig en daarom kan aanvaar word dat dit 'n handeling is wat 'n oogmerk of doel voor oë het. Wording is ook 'n menslike verskynsel, met ander woorde dit behels dat die kind met die hulp van die begeleier algaande steeds verder oorgaan tot volwassenheid.

In hierdie studie word wording as psigiese gebeure gesien, as 'n selfaktualiserende niveauverheffing wat tot volwassenheid strek en wat kan voortduur. Wording is omvattend en sluit ontwikkeling in. Ontwikkeling dui op 'n fisiese groei wat op 'n stadium volvoer is, terwyl die psigiese wording in die volwassenheid voortduur.

Die **Sielkundige Opvoedkunde** stel belang in die wording van die mens en bestudeer en beskryf dit.

1.4.3 Die gesin

Die definisie van 'n gesin verskil en verander ook dikwels. 'n Breë definisie van 'n gesin is dat dit 'n " groep is van twee of meer mense wat aan mekaar verbonde is deur geboorte, huwelik of aanneming en wat saam gegroepeer is in 'n huishouding. Gesinne word

gekarakteriseer deur ekonomiese, fisieke, sosiale en emosionele funksies. Hulle bevorder ontwikkeling en bied stabiliteit" (Gladding 1995: 6).

1.4.4 Die metode van ondersoek

In die ondersoek sal van beide 'n literatuurstudie en 'n empiriese ondersoek gebruik gemaak word.

Die literatuurstudie dien as teoretiese begronding van die relevante konstrukte en as agtergrond vir die stel van hipoteses.

Die empiriese ondersoek behels 'n gevallestudie om die invloed van die chroniese fisieke siek ouer op die kind te ondersoek. 'n Gevallestudie behels die inwin van alle beskikbare inligting om die spesifieke geval te kan bestudeer.

1.5 DIE PROGRAM VAN ONDERSOEK

HOOFSTUK 1 dien as die agtergrond en algemene oriëntering tot die navorsing.

In HOOFSTUK 2 en 3 word die resultate van die literatuurstudie oor **chroniese siekte** en die **gesin** weergegee.

HOOFSTUK 4 word gewy aan die **invloed van die chroniese siek ouer op die kind.**

HOOFSTUK 5 word gewy aan die empiriese navorsingsontwerp.

In HOOFSTUK 8 word aandag aan bevindings, gevolgtrekkings en aanbevelings gegee. Daar sal ook verwys word na moontlike leemtes in die ondersoek.

1.6 SAMEVATTING

In HOOFSTUK 1 is 'n inleidende oriëntering ten opsigte van die tema van die ondersoek gegee, asook 'n uiteensetting van die probleem en doelstellings van die ondersoek. Die begrippe wat gebruik is, is ook verklaar. Verder is die terrein van die ondersoek afgebaken en 'n program vir die navorsing saamgestel.

Die uitvoer van enige empiriese ondersoek vereis teoretiese begronding. In die volgende twee hoofstukke word verslag gedoen van konstrukte chroniese fisieke siektes en die gesin.

HOOFSTUK 2

FENOMEENONTLEDING TEN OPSIGTE VAN CHRONIESE FISIEKE SIEKTETOESTANDE, SODAT DIE FISIEKE EN EMOSIONELE IMPLIKASIES DAARVAN VIR DIE SIEK OUER BETER BEGRYP KAN WORD.

2.1 CHRONIESE FISIEKE SIEKTETOESTAND

"Individuals with chronic illness seek understanding and empathy because they may not always be able to meet professional or social expectations while remaining cheerful and in control of their lives and emotions" (Johnston 1992: 226).

2.2 DIE AARD VAN CHRONIESE SIEKTE

Chroniese siekte is volgens Gregg (1989:3) 'n siekteproses wat progressief, langdurig en herhalend is. Die definisie van chroniese siekte is alle afwykings van die normale wat ten minste een van die volgende eienskappe vertoon:

i. permanensie: is veroorsaak deur 'n onomkeerbare patalogiese verandering in 'n belangrike sisteem van die liggaam;
ii. vereis opleiding van die pasiënt vir rehabilitasie;
iii. vereis ook 'n lang periode van bystand, observasie en versorging.

Siektes wat chronies van aard is, is siektes soos diabetes, rheumatoïde artritis, kardiovaskulêre siektes, spierdistrofie, kanker, beroerte, alkoholisme, veelvuldige sklerose, emfiseem en Altzheimer se siekte. As persone eers gediagnoseer is met 'n chroniese siekte, sal hulle waarskynlik nooit weer terugkeer na volle gesondheid nie, en lewenskwaliteit sal afneem.

Sommige sal deel wees van die wat gelukkig is om te resorteer onder die groep pasiënte wat in lang periodes van remissie gaan deur die verloop van die siekte. "Although symptoms

may abate or the disease may go into remission, a chronic illness does not disappear and cannot be cured" (Johnston 1992: 225).

Meestal sal chroniese siek pasiënte voor die uitdaging te staan kom van die verlies van funksie, episodes van pyn, stygende koste en ongerief van langdurige mediese behandeling en die voortdurende vrees van gesondheid wat geleidelik verswak.

Dit is hierdie progressiewe en veranderende aard van chroniese siekte wat dit onderskei van ander siektoestande. In die opsig van verandering en aanpassing, word die chroniese siek persoon nie net voor die een krisis by diagnose geplaas nie, maar 'n reeks van krisisse deur die verloop van die siekte. Aanpassing moet oor en oor gemaak word soos die siektetoestand vererger. Die aanpassing moet binne die persoon gemaak word, maar ook binne sy omgewing. Dit is nie net die aard van die siekte wat met die verloop van tyd verander nie, daar is ook merkwaardige veranderinge wat binne die persoon self plaasvind. Die aanpassing wat 'n diabetiese persoon van vyftig moet maak sal aansienlik verskil van die aanpassings wat die siekte van 'n tiener sal verg.

Eerstens sal die fase van die siekte vir die twee ouderdomsgroepe nie dieselfde wees nie, aangesien die uitkyk sal verskil t..o.v. die neem van medikasie, dieet en oefening. Tweedens sal die ontwikkelingsfases van die persone ook baie verskil. Die tiener streef na outonomie, onafhanklikheid en aanvaarding deur die portuurgroep, en die hantering van hierdie aspekte lê op 'n heeltemal verskillende vlak as die van die vyftigjarige persoon. Derdends sal die aard en omvang van die hanteringsvaardighede sal afhang van die ouderdom en ontwikkelingsvlak van die pasiënt. Sosiale ondersteuning sal ook verskil na gelang van die ouderdom van die persoon.

Aanpassing by chroniese siektetoestande moet oor en oor gemaak word gedurende elke lewensfase en telkens wanneer daar veranderinge in die peroon se omgewing kom, aangesien dit nuwe eise aan die persoon stel. Chroniese siek persone van alle ouderdomme is konstant in 'n proses van aanpassing en hierdie aanpassingsproses is nooit voltooid nie.

2.3 FASES VAN AANPASSING IN CHRONIESE SIEKTES

Die aanpassingsproses van 'n langtermyn chroniese siektetoestand soos diabetes en arthritis kan nie as 'n enkele gebeure gesien word nie, eerder 'n reeks van gebeure met kritieke momente. Register (1987: 3) beskryf dit soos volg: "Chronic illness does not fit the popular notion of how illness proceeds: You get sick, you go to the doctor and get some medicine, and wait to get better. If there is no remedy for what ails you, you die. An illness that drags on for years, defying diagnosis, treatment, and/or cure is an intolerable anomaly. We would like life to be orderly and predictable, and we want to believe that medical science has solved all the mysteries of the human body." Die aanpassings by chroniese siektetoestande is dus nie net by die aanvang met die eerste diagnose nie, maar by die verloop van gebeure deurgaans daarna. Hierdie verloop mag soos volg lyk:

2.3.1 Die aanvang van die siekte met geen funksionele belemmering nie

Die inisiële fase van chroniese siekte het volgens Register (1987: 4) die volgende kenmerke:

- Vae simptome wat kom en gaan oor 'n periode van tyd.
- Pogings om psigiese- en omstandigheidsoorsake vir die simptome te vind .
- Valse of gedeeltelike diagnoses.
- Gedetermineerdheid om simptome te laat verander deur gewoontes en gedrag te verander.
- Gekompliseerde relasies met familie en vriende.
- Stres wat dikwels nie as stres gesien word nie .
- Verandering in buie en persoonlikheid.
- Fisieke ondersoeke en prosedures wat onnodig en selfs skadelik kan wees.
- Verskillende en selfs teenstrydige diagnoses en medikasie, deur verskillende spesialiste wat gekonsulteer is.
- Verligting dat dit blyk dat daar 'n sekere antwoord en diagnose is.

Uit studies wat gedoen is deur Register (1987: 4) blyk dit dat pasiënte wat 'n lang tyd van hierdie simptome ervaar het en bang was dat hulle as hipokondries geklassifiseer sou word, se eerste reaksies op die diagnose van hulle siekte deur die dokter, die van vreugde was. Louise Taylor, 'n gevallestudie van Register, beskryf dit soos volg: "The diagnosis came with a wonderful sense of relief. I giggled and laughed. I was joyous. My husband was the same way. We were just like two kids running through a park. We had a name to something. We could deal with it. I was not a neurotic lady".

2.3.2 Eerste tekens van mediese komplikasies wat mag uitkring na die persoon se persoonlike-, opvoedkundige-, fisieke-, gesins- of sosiale funksionering.

Die eerste fases is 'n fase van onsekerheid, totdat die diagnose gemaak is deur 'n medikus. Daarna is daar verskillende emosionele reaksies wat die siek persoon kan ervaar en wat vir die gesin moeilike tyd is. Daar is tye van hoop dat dit net 'n fout kon wees. Die gesin kom gaandeweg agter dat die simptome nie verdwyn nie. Sommige siek mense is gelukkig en ervaar langer periodes, voordat die simptome van die siekte waarmee hy/sy gediagnoseer is, werklik aanpassings vereis.

Die tyd breek egter aan dat die siekte meer aggressief kan raak en simptome tot so 'n mate vererger dat dit mediese komplikasies veroorsaak en inmeng met die siek persoon se funksionering, so ook die funksionering van die gesin. Dit verg aanpassings van die hele gesin. Indien die siek persoon uitgeput raak en nie ver kan stap nie, kan daar byvoorbeeld deur die gesin planne beraam word. As die persoon kerk toe wil gaan moet die kortste roete gevolg word, sodat die persoon so min as moontlik vermoei en uitgeput raak.

Aanpassings is dikwels noodsaaklik in die siek persoon se dieët, wat die hele gesin se eetpatroon mag affekteer. Dit is dikwels moeilik om twee maaltye voor te berei vir een gesin, vir dieselfde ete, daarom pas die gesin dikwels by die siek persoon se dieët aan. Gesinslede moet begelei word in die toediening van medikasie. Die gesinslede moet ook voorberei word op mediese krisisse wat mag ontstaan. Hulle moet toegerus word om korrek en flink te kan optree, met byvoorbeeld die toediening van suurstof. Dit voorkom dat die gesinslede paniekerig raak, sodat hul kalm kan optree om die siek persoon op die mees effektiefste wyse by te staan.

Die nierpasiënt moet nou aanpas by byvoorbeeld dialises waarvoor daar periodiek na die hospitaal toe gegaan moet word. Daar is geweldig baie komplikasies by die verskillende chroniese siektes wat gediagnoseer kan word en dit is dus onmoontlik om al die fisiese komplikasies hier te bespreek en daarom is net enkele voorbeelde uitgelig.

2.3.3 Ernstige mediese komplikasies wat funksionering permanent belemmer

Gedurende hierdie fase kan dit gebeur dat die siek persoon vir korter of langer periodes in die hospitaal opgeneem moet word. In die hospitaal moet die chroniese siek persoon aanpas by die funksionering van en roetine binne die hospitaal. Sekere prosedures veroorsaak dikwels verleentheid vir die pasiënt, soos ennemas, om in die bed gebad te word en bedpanne. Dit is baie ontwrigtend vir die res van die gesin as een van die gesinslede vir langer periodes in die hospitaal is.

Indien die siek persoon uit die hospitaal ontslaan word, bring dit groot verantwoordelikhede vir die gesin mee. Die persoon is dikwels so siek dat daar van buite versorgers ook gebruik gemaak moet word. Die pasiënt is soms eenvoudig te swaar om te hanteer, op te tel, om te draai, ens en hulp van buite verlig die taak van die gesinslede.

Ander pasiënte is gelukkiger en kan nog in 'n rolstoel geplaas word en vir uitstappies uit geneem word. Om aan te pas by die gebruik van 'n rolstoel is vir meeste siek mense reeds spannend. Baie van die siek mense moet dalk kateters gebruik en dit verg intensiewe versorging. Dit is dikwels vir jonger gesinslede baie moeilik om behulpsaam te wees met hierdie vorm van versorging.

Die siek persoon ervaar dikwels op hierdie stadium chronies pyn en bemoediging is 'n belangrike faset van die betrokkenheid by die siek persoon. Simptome raak nou meer akuut en die persoon het voortdurend mense nodig om geestelik staande te kan bly.

2.3.4 Katastofiese mediese komplikasies wat die persoon permanent ongeskik kan laat of selfs die dood kan veroorsaak. Siek persone reageer dikwels emosioneel

Nou besef die siek persoon dat hy/sy nie meer sal herstel nie en dat die dood onvermydelik is. Elke dag raak 'n stryd om net te oorleef. Dit is 'n emosioneel belaaide tyd. Noonan (1981: 209-210), meen: "Everyone involved with a dying patient will have a different reaction to death. The patient and those around him will all influence one another's behavior. Everyone's interaction will create an atmosphere which is either conductive or destructive to the acceptance of a peaceful death.

The unknown situation can cause a patient to become anxious. In this way, the actual process of dying seems to be more anxiety provoking than the actual thought of death itself. Fears of extreme pain, disfigurement, slow and lingering dying; of losing control of bodily functions; of not being able to "hold up" are uppermost concerns in many patients' minds. The gravest concerns are the fear of being left alone and having pain during the dying process.

Final acceptance of death depends upon two factors: knowledge of impending death and someone to help the patient explore and express feelings about his dying. The second factor is necessary in any crises; a person needs to communicate with others."

2.4 VRESE WAT IN DIE GEMOED VAN DIE PERSOON MET 'N CHRONIESE SIEKTE TOESTAND KAN ONTSTAAN

Deur die verloop van die verskillende fases van die siekte word die pasiënt gekonfronteer met 'n aantal individuele krisisse, elk met sy eie eise wat dit stel, wat sy tol sal eis van die pasiënt, maar ook van sy gesin. Dit is te verstane dat die chroniese siek persoon dikwels die slagoffer word van depressie, gevoelens van hulpeloosheid en wanhoop.

Dit is duidelik dat die aanpassing by die chroniese siektetoestand ook verskeie vrese na vore laat kom, sommige rasioneel ander irrasioneel. 'n Paar van hierdie vrese word hier aangespreek.

2.4.1 Vrees vir die dood

As die persoon weet dat die siekte 'n fatale gevolg kan hê, kan daar 'n voortdurende vrees vir die dood ontstaan. Gepaardgaande met hierdie vrees vir die dood, mag die siek persoon ook nog met die vrees worstel dat sy dood ernstige gevolge vir sy familie sal inhou.

2.4.2 Vrees vir ongeskiktheid

Die vrees dat die persoon nie meer die eise wat daagliks aan hom gestel sal word, sal kan hanteer nie, bly 'n voortdurende bekommernis. Agter hierdie vrees is daar 'n angstigheid by hierdie persoon dat hy dalk afhanklik sal raak van andere om daagliks te kan funksioneer. Hand aan hand hiermee gaan die vrees dat die siekte vinnig sal vererger.

2.4.3 Vrees vir pyn

Pyn is 'n bedreiging vir liggaamlike integriteit. Die meeste chroniese pasiënte vrees dat hulle konstant pyn gaan ervaar en hulle is nie seker dat dokters in staat sal wees om hulle te help om die pyn te kan beheer nie.

2.4.4 Vrees vir verwerping

Baie van die chroniese siek pasiënte het die vrees dat familie en vriende hulle sal verwerp, veral wanneer die las wat hulle op hulle vriende en familie plaas, baie swaar word. Hierdie vrees vergroot soos die persoon ouer word.

2.4.5 Vrees dat hulle die siekte na ander sal versprei

Hierdie vrees is eintlik ongegrond, aangesien die meeste chroniese siektes nie aansteeklik is nie. Met die diagnose van die siekte is daar egter 'n werklike vrees by die persoon dat hy deur oorerwing die siekte aan sy kinders en kleinkinders kan oordra.

2.5 EMOSIONELE REAKSIES

Buiten die verskillende vrese wat by die chroniese siek persoon aanwesig mag wees, is daar ook verskillende emosies wat hy/sy mag ervaar. Daar is bevind dat die persoon se emosies ook gekoppel is aan die fase van aanpassing en aanvaarding van die siekte. By die aanvang van die siekte kan die emosies soos volg na vore kom:

2.5.1 Skok en ontkenning

"While it is frequent and typical, euphoria is not a universal response to diagnosis. Many people are, on the contrary, overcome with sorrow at having their fears confirmed. The psyche has other methods besides euphoria for protecting itself against the horror of degeneration and death. One of these is a seeming indifference that may be a type of shock response" (Register 1987: 16).

Die aanvanklike reaksie is, "Dit is nie waar nie; dit is nie van my wat hulle praat nie; ek sal volkome herstel." 'n Aanhaling uit Schmidt (1989: 29) bevestig dit soos volg: "When someone first becomes ill, the initial response is absolute frustration. The language of early illness, not attractive to those who are healty and usually even less appealing to the person who is experiencing the illness, is a language of complaint. Why me? Why did this happen to me, at this time of my life? How unfair! Why not someone else? What did I do to deserve this? How is it that I've tried to live with care and compassion all my life, and suddenly those values are meaningless? Why does sickness invade my world? The cries are often less than objective and are rarely pleasant. They are pleas of anger, rage, frustration, uncertainty, and downright hostility".

Hierdie verdedigingsmeganisme is om die persoon te beskerm teen die bedreiging wat bestaan, of om die erns van die situasie te aanvaar. Na die aanvanklike diagnose mag die individu 'n periode van "fisiese afgematheid" ervaar, waarin daar gereageer word op die eksterne stimuli. Min emosies kan werklik in hierdie fase ervaar word. 'n Individu beskryf haar belewing soos volg: "After the flowers stopped coming and the neighbours stopped baking cookies and the relatives stopped being quite so concerned, I started thinking, and it dawned on me that this wasn't going to go away and that it was very likely to get worse" (Register 1987: 17). Dit het 'n gevoel van isolasie meegebring wat aanleiding gegee het tot woede.

2.5.2 Woede

Die individu begin geleidelik gewaarwordinge ervaar van die realitiet van die situasie, asook die erns en die gevolge daarvan.

Vrae word gevra soos: "Waarom ek?" Die woede is nie op homself gerig nie, ook nie op ander nie, hy is bloot kwaad. Daar is dikwels angs en vrees ten grondslag daarvan, gebaseer op die moontlikheid van die dood, ongeskiktheid en of onvoorspelbare veranderinge.

2.5.3 Onderhandeling

"The first step in accommodating yourself to chronic illness is, then, negotiating a co-existence with this sinister force that allows you some autonomy" (Register 1987: 17).

Onderhandeling is 'n volgende fase wat kan intree. Hoe jy ook al poog, blyk dit dat siekte 'n wil het, dit neem eenvoudig jou lewe oor. Dit voel soos 'n mag wat jou liggaam oorneem. Dit is wanneer "iets of iemand" magtiger as die individu betrek word en 'n ooreenkoms mee aangegaan word. Dikwels is dit God. 'n Voorbeeld is dat mense vir God vra dat hulle redelike gesondheid mag behou totdat hulle kinders groter is. Die onderhandeling bied aan die individu die wil en motivering om te veg en om in 'n toekoms te glo.

2.5.4 Depressie en rou

Die individu kom tot die volle besef van die siekte en tot watter mate dit sy funksionering sal affekteer. Met hierdie nuwe besef kom die behoefte om te rou oor die verlies van sy volledige gesondheid. Die persoon mag tekens toon van depressie, geïrriteerdheid en frustrasie. Hierdie gevoelens word geverbaliseer deur 'n pasiënt wat aangehaal is deur Schmidt (1989: 60): " Though I have rarely seriously considered suicide in the 12 years I have struggled with my illness, I have flirted with the feelings. During one particularly bad period of three months when my symptoms were acute and seemingly getting worse, I sank into what can only be called a chronic depression. I rejected company, thus adding to my depression. In that period I remember thinking more than I wanted to about death, thinking that it might not be the worst kind of experience if life continued as it had for these months. I never planned suicide, I just entertained the idea of dying more often than at any other time in my life before".

Daar mag ook gedragsveranderinge na vore tree, soos die verlies van eetlus, slaapversteurings, tamheid en lusteloosheid. Die emosies wat met die diagnosering van 'n chroniese siekte gepaard gaan, vergelyk met die van rou op twee terreine:

- Beide dui op 'n verlies, in hierdie geval verlies van 'n gedeelte van jou liggaam, verlies aan hoop, vrede in jou gemoed, is sommige gevalle jou werk. Selfs vriende vind dit dikwels te moeilik om lojaal te bly.

- Tweedens veroorsaak die siekte 'n gepreokkupeerdheid daarmee, dit veroorsaak dat ander dinge in die lewe triviaal lyk in vergelyking daarmee. Dit raak onmoontlik om te konsentreer op enigiets, behalwe jou eie onmiddellike probleem (Register 1987: 21).

Mense met chroniese siektes moet toegelaat word om op hulle eie tyd en wyse te rou. Daar kan tye kom dat individue baie beter voel en dan besluit dat hulle op hulle eie gesond gaan word. Dit bied die idividu geweldige hoop. 'n Onverwagse terugval veroorsaak dat die individu weer in wanhoop gedompel word. Met so 'n terugslag kan die individu weer emosies van rou en woede ervaar met die besef dat die situasie nog onveranderd is. Met die verloop van die siekte vind die voortdurende rou- en woedeproses gedurig plaas. Dit veroorsaak dat die individu depressief kan raak. Dit word vergelyk met 'n pendulum wat swaai tussen gevoelens van hoop en wanhoop.

2.5.5 Aanvaarding

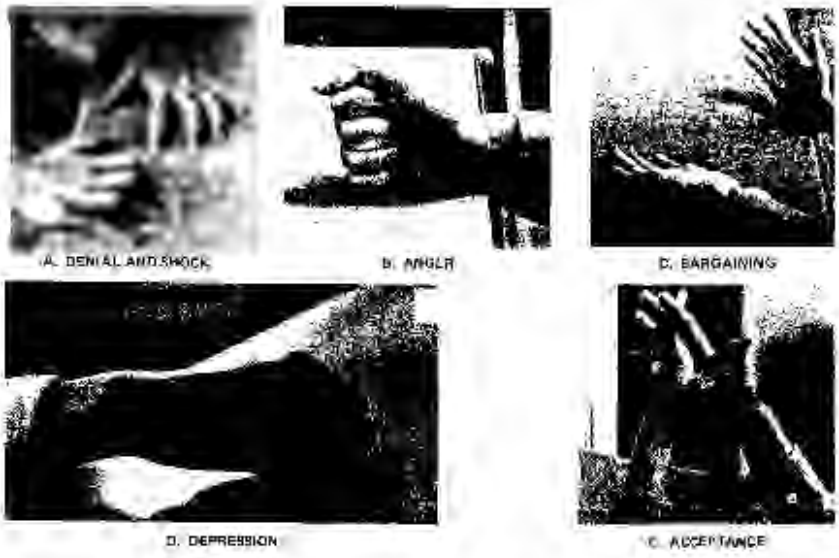
Die persoon is nou gereed om deur die emosionele reaksies t.o.v. die siekte te werk. Dit is noodsaaklik dat die pasiënt by aanvaarding moet uitkom. Te midde van die siekte moet daar so na as moontlik aan die normale geleef word. Die behoefte is steeds daar om struktuur te behou.

Die bereidheid van die persoon om aan te pas by die nuwe situasie en die veranderde omstandighede sal uitgedaag word. Dit sal by vele geleenthede plaasvind gedurende die verloop van die siekte, veral wanneer daar redelike ingrypende mediese komplikasies na vore tree. Dit kan ook verwag word dat die persoon in vorige fases van emosionele

reaksies kan terugval gedurende die siekte, veral wanneer die siekte ernstige mediese ingrype veteis.

Die volgende prente toon die emosionele reaksie van mense teenoor verlies en rou deur middel van nie-verbale kommunikasie.

FIGUUR 7: PRENTE ILLUSTREER DIE EMOSIONELE REAKSIES BY CHRONIESE SIEK PERSONE DEUR MIDDEL VAN NIE-VERBALE KOMMUNIKASIE:



2.6 VERDEDIGINGSMEGANISMES

Daar is ook verdedigingsmeganismes wat gedurende die aanpassingsfases gebruik kan word deur die chroniese siek persoon. Die vrees en onsekerheid van die sieketoestand skep spanning en dikwels sal van die siek persoon gebruik maak van een of meer verdedigingsmeganisme. Terapeute wat by gesinne betrokke raak kan die gesinslede wys op die verdedigingsmeganismes wat hulle gebruik en hoe dit dalk die gesinsituasie in die breë affekteer. Verwys na tabel 1

2.7 FAKTORE VAN AANPASSING

Die wyse waarop die persoon aanpas by die aanvang van die chroniese siekte en soos die proses verloop, sal bepaal word deur 'n verskeidenheid faktore. Die verskillende faktore is die volgende:

2.7.1 Pre-morbiede persoonlikheid

Die impak van die chroniese siekte op die individu blyk verband te hou met sy persoonlikheidseienskappe. Mense reageer op nuwe of veranderde omstandighede deur te reageer o.g.v. hulle vorige hanteringsmeganismes. Hierdie meganismes mag gerig wees op aanpassing en groei, of dit mag afbrekend wees en op wanaanpassing. "The more neurotic a person's premorbid personality, the more pathologic will be their reaction to their disease. (Gregg 1989: 7)

2.7.2 Liggaamsbeeld

Hierdie faktor impliseer die persoon se gevoelens oor sy eie voorkoms, sy stamina, sy funksionele kapasiteit en uithouvermoë, maar ook sy konsepsie van hoe fisies aantreklik hy vir andere is. Pasiënte vorm ook vir hulle 'n beeld van normale gesondheid en meet hulleself gedurig daaraan. Chroniese siek persone, veral indien hulle 'n fisiese misvormdheid ontwikkel het, het 'n verlies aan fisieke funksionering en moet hulle liggaamsbeeld daarvolgens aanpas, sodat hulle hul by die huidige persepsie van hulleself kan berus.

2.7.3 Vorige ervaring van siekte

Mense gee betekenis aan die chroniese siekte op grond van vorige ervaringe wat die individu met siekte gehad het. Indien die vorige ervaringe swak was, sal die reaksie op die chroniese siekte ooreenstemmend wees. Die verskillende kulturele houdings en gelowe or siekte en dat dit gereflekteer word op dit wat oorgeërf is, gaan ook 'n effek hê op die wyse waarop die persoon sal reageer teenoor die siektetoestand.

TABEL 1: VERDEDIGINGSMEGANISMES.

BESKRYWING	NORMALE GEBRUIK	ABNORMALE GEBRUIK
1. Regressie: Dit is gedrag soos dié van 'n kind of baba.	Vereis abnormaal baie aandag, wanneer fisies siek of baie moeg is.	Sluk vreemde voorwerpe in of lê in fetus posisie.
2. Projeksie: ontkenning van gedagtes of gevoelens wat nie aanvaarbaar is nie en beskou dit as die gevoelens of gedagtes van andere.	Die persoon kan nie sy eie vyandige gevoelens erken nie, maar dink dat ander mense vir hom kwaad is.	Het slegte gevoelens wat so intens is dat die persoon vas glo dat ander hom kwaad gaan aandoen.
3. Verdringing: Die onderdrukking van pynlike gedagtes en gevoelens in die onderbewussyn.	Vergeet 'n situasie wat 'n verleentheid was. Vergeet om 'n onaangename taak te vervul.	Kry geheueverlies, waarin die persoon groot dele van die alledaagse lewe vergeet. Onvermoë om aangename gevoelens te herroep, tot so 'n mate dat dit inmeng met die alledaagse funksionering.
4. Verplasing: Verskuiwing van 'n emosie van een persoon of objek na 'n ander persoon of objek.	Om met jou eggenoot te baklei a.g.v. 'n geskil met jou werkgewer. Met die vuis op die tafel slaan na 'n onderonsie met jou vriend.	'n Onredelike haat teenoor gesagsfigure, a.g.v. vyandige gevoelens teenoor 'n te streng ouer.
5. Identifikasie: Om op te tree soos 'n ander persoon wat jy as 'n held sien.	Vorme van heldeverering, waarin die held nagemaak word.	Gevoelens te ervaar en optredes te openbaar, asof dit die ander persoon is.
6. Omgekeerde reaksie: Die verandering van 'n psigiese probleem in 'n fisiese probleem.	Die sosiale hoofpyn om onaangename situasies te vermy.	Ontwikkeling van 'n verlamde arm as voorkoming om iemand te beseer.
7. Kompensasie: is die proses om uit te blink in 'n vermoë om op te maak vir gevoelens van mislukking in 'n ander area.	Die voortreflike atleet met 'n spraakgebrek. Oorreaksie om 'n gevoel van angstigheid te verbloem.	Die gebruik van drank of alkohol as verligting vir 'n swak selfbeeld en onbevoegdheid.
8. Sublimasie: Die vervanging van 'n onaanvaarbare drang deur sosiaal aanvaarbare	'n Adolessent se seksuele drange word ondervang deur 'n kontaksport, soos rugby.	Daar is nie skadelike effekte a.g.v. sublimasie nie, kan aanleiding gee tot interpersoonlike probleme.

gedrag.		
9. Reaksie formasie: Om op te tree heeltemal die teenoorgestelde as die drang in die onderbewuste.	'n Persoon wat beswaar maak teen dubbelsinnighede in literatuur, al is daar ook beswaarlik bewys daarvoor, wat 'n ontkenning is van sy eie seksuele gevoelens.	Aggressiewe impulse wat so sterk is dat mense weier om enige iets te eet wat geleef het, of wat nie wil gaan stap nie, a.g.v. die feit dat hulle bang is dat hulle iets sal dood trap.
10. Rasionalisering: "Goeie redes" as plaasvervangers vir die regte redes.	Die student wat verskoning aanbied vir sy swak punte, aangesien die lokaal warm was en daar te min tyd was.	Aanvaar geen verantwoordelikheid vir eie optredes nie, bied logiese redes aan om aan te toon dat hy geen ander keuse gehad het nie.
11. Fantasie: Die gebruik van die verbeelding om probleme op te los, om gebeure in die verlede te verwerk en vir die toekoms te beplan.	Los alledaagse probleme in eie fantasie op, soos in dagdromery.	Pasiënte onttrek in fantasie en ontken die werklikheid.
12. Ontkenning: Die verwerping van die werklikheid of feite.	Reaksie op die nuus van ernstige siekte soos, "dit is nie waar nie."	Psigotiese pasiënte wat hulp weier, aangesien hulle weier om te glo dat hulle siek is.
13. Introjeksie: Neem eienskappe wat aan ander behoort en neem dit vir jouself.	Reaksie ná die dood van 'n geliefde om te wees soos hy en eintlik op die manier die persoon nie te verloor nie.	'n Pasiënt wat 'n beeld het van iemand oor wie hy gemengde gevoelens het en in die proses homself beseer.
14. Ongedaanmaking: 'n Meganisme waarin iets onaanvaarbaars wat gedoen is, simbolies ongedaan gemaak word.	'n Stout kind wat verskoning vra en baie soet is. Boetedoening vir wat hy verkeerd gedoen het.	'n Persoon wat sy hande dertig keer op 'n dag was, aangesien hy voel dat hy vuil is.

2.7.4 Houding teenoor die versorgers

Die individu se emosionele reaksie teenoor sy chroniese siekte word dikwels medebepaal deur die houding van die mense na aan hom, wat gewoonlik ook 'n sekere vorm van versorging moet bied. Sonder dat dit werklik besef word, word daar deur die mense

rondom hom 'n afhanklikheid van hulle geskep. Die versorging in 'n hospitaal en tuis, kan dikwels veroorsaak dat 'n selfstandige persoon in 'n afhanklike persoon verander.

'n Ander belangrike faktor wat 'n rol speel in aanpassing in die breë, is stres. Baie skrywers het sterk klem gelê op die rol wat stres gedurende die aanvang van die siekte speel, maar ook met die verloop van die siekte. Dit blyk dat individue wat baie aan stres lei, se toestand vinniger versleg het as die individue wat minder aan stres gelei het. "Indeed, techniques for reducing stress are now commonly included in most rehabilitation programs intended for persons with chronic illnesses" (Gregg 1989: 8).

As chroniese siekte oor die algemeen geëvalueer word, is daar altyd stres teenwoording. Stres as sulks veroorsaak nie chroniese siektes nie, alhoewel dié mening 'n paar jaar gelede gehuldig is. Dat dit 'n rol kan speel, kan nie buite rekening gelaat word nie. Wat gevind is, is dat persone met 'n predisposie t.o.v. 'n sekere siekte, gediagnoseer is na 'n baie stresvolle tyd, byvoorbeeld na 'n egskeiding.

Stres kan met die verloop van die siekte die simptome vererger asook die individu se funksionering belemmer. Vaardigheidstegnieke om stres te verminder word in die meeste programme ingesluit, wat gebruik word by die rehabilitasie van chroniese siek persone.

2.8 IMPAK VAN DIE CHRONIESE SIEKTETOESTAND OP DIE INDIVIDU

Chroniese siekte kan die individu op verskillende wyses affekteer, beide oor die kort- en oor die langtermyn, byvoorbeeld:

2.8.1 Selfkonsep

Individue wat gekonfronteer word met 'n chroniese mediese toestand, soos artiritis of diabetes, moet hulle selfbeeld aanpas, sodat dit meer realisties aanpas by hulle huidige toestand. In gevalle van akute siekte is hierdie veranderinge in selfkonsep tydelik en van min betekenis vir die persoon in daardie omstandighede. Die voorbeeld kan geneem word van iemand wat met appendisitis gediagnoseer word. Die persoon word in die hospitaal opgeneem, geopereer en daar is 'n kort periode van herstel. Die 'siek" persoon funksioneer vir 'n kort tydperk en dan is daar 'n terugkeer na die totale funksionering wat

die persoon geniet het, voordat die siekte 'n aanvang geneem het. In die geval van chroniese siekte, moet die selfbeeld rondom "siekte" 'n verandering wees wat voortdurend moet plaasvind en wat 'n veranderde status in die hand moet werk.

2.8.2 Emosionele reserwes

In aanvulling by die feit dat die individu sekere fisieke veranderinge antisipeer, het die chroniese siekte ook 'n impak op die individu se psigiese reserwes. Meer spesifiek, die individu respondeer emosioneel teenoor die wêreld rondom hom en dit mag beïnvloed word deur sy chroniese siekte. Pasiënte wat beroerte gehad het word dikwels beskryf as emosioneel labiel, hulle is nie in staat om op die regte wyse op te tree teenoor eksterne stimuli nie. In ander gevalle word chroniese siektes gekoppel aan negatiewe emosionele toestande soos depressie en angstigheid, en dit sal beslis professionele begeleiding vereis.

2.8.3 Huweliks- en gesinsverhoudinge

Chroniese siekte sal ook 'n besliste effek hê op die persoon se huweliksverhouding, maar ook op die gesinsopset in die breë. As een lid van die gesin 'n chroniese siekte ontwikkel, word die hele gesin daardeur geraak. Rolle binne die gesin, asook verantwoordelikhede moet aangepas word om die siek gesinslid te kan akkommodeer. Die eggenoot moet dikwels ook weer toetree tot die arbeidsmark. Die kinders moet dikwels sekere huishoudelike take oorneem. Die wyse van interaksie binne die gesin, waaraan gesinslede gewoond was, moet aangepas word.

2.8.4 Seksuele gedrag

In die geval van meeste chroniese siektetoestande kan seksuele funksionering aangetas word soos wat die siekte vererger. Mans met vroeë diagnose in diabetes het die risiko dat 50 % van hulle impotent kan raak in die vroeë en middel volwassenheid. Mense met chroniese siekte ervaar dikwels 'n sekondêre seksuele disfunksie (met geen duidelike mediese gronde daarvoor nie). Dit kan toegeskryf word aan 'n versteurde ligaamsbeeld of gemoedskommelinge.

2.8.5 Sosiale aanpassing

Persone met chroniese siektes, veral in die ouer ouderdomsgroepe, ervaar probleme met sosiale interaksie en om volgehoue ondersteuning van hulle vriende en kollegas te ontvang. Uit navorsing wat op hierdie gebied gedoen is, is gevind dat die chroniese siek persoon verwerping en isolasie ervaar. Dit is vir die persone 'n baie groot probleemarea. Wat ook duidelik aan die lig gekom het, is dat mense wat daarin slaag om hulle sosiale ondersteuningsgroep te kan behou, geweldig baie baat daarby vind gedurende hulle siekte.

2.8.6 Loopbaanaanpassing en -beplanning

In sommige gevalle het chroniese siektetoestande minimale uitwerking op die individu se funksionering by die werk. Die diagnose van chroniese siekte het nie altyd onmiddellike effek op die werksituasie nie en is kleiner aanpassings aanvanklik nodig. Vir ander word hulle werksituasie dadelik so nadelig geraak dat drastiese aanpassings dadelik gemaak moet word in hulle werksomstandighede. "In addition, the unpredictable course of many chronic illnesses will very likely have a bearing on long range career goals as well as retirement planning" (Gregg 1989: 10).

2.8.7 Rekreasie en ontspanningsaktiwiteite

Chroniese siekte mag 'n impak hê op die tipe sowel as die aantal ontspanningsaktiwiteite waaraan die individu mag deelneem. Sommige vorige aktiwiteite sal uitgelaat moet word, as gevolg van fisieke beperkinge by die persoon. Persone met diabeties sal aangeraai word om nie aan uitputtende of gevaarlike aktiwiteite deel te neem nie, soos rotsklim, waar daar 'n hoë risiko bestaan vir beserings of dat hulle blootgestel sal word aan infeksies van die beserings wat tot gangrene en moontlike amputasie aanleiding kan gee. Daar moet pro-aktief opgetree word. Ander aktiwiteite sal opgeneem moet word om aan die persoon se behoeftes te voldoen. Sekere handwerk kan byvoorbeeld aangepas word vir individue wat beroerte gehad het en net die gebruik van een hand het.

2.8.8 Finansiële beplanning

Langtermyn behandeling vir chroniese siektes kan verreikende gevolge hê vir 'n individu se finansiële situasie, wat ook 'n effek op sy gesin het. Die gesin mag bystand nodig hê van kundiges wat hulle kan help beraam vir watter uitgawes voorsien moet word, en beplan sodat daar aan ander behoeftes ook voldoen kan word. Dit mag selfs nodig wees om ekstra

versekering uit te neem om voorsiening te maak vir eskalerende koste wat die siekte mag meebring.

2.8.9 Impak van die chroniese siekte op die gesin

Daar is verskeie probleme waarmee die gesin te kampe kan kry. Gesinslede moet geleer word om mediese krisisse te kan uitken en voorkom, hulle moet ook geleer word wat om te doen as so 'n situasie wel na vore kom. Hulle moet geleer word hoe om die simptome te kontroleer en sekere aksies uit te voer wat deur 'n dokter voorgeskryf word. Hulle moet beslis voorsorg tref om nie in sosiale isolasie te verval nie en ook te leer hoe om met minder vriende en aktiwiteite te kan funksioneer.

Hulle moet meer geleer word van die siekte en watter verloop die siekte kan neem, sodat dit hulle aanpassings makliker sal kan maak, as hulle voor die realiteit te staan kom. Hulle moet gehelp word om hulle eie interaksie met andere en hulle lewensstyle te normaliseer so ver as wat moontlik is. Hulle moet ook voorsiening maak vir fondse om te betaal vir mediese kostes en om hulle ook in te stel en aan te pas by die moontlikheid dat die siek persoon sy werk mag verloor as sy funksionering tot daardie mate geaffekteer word.

Gregg (1989:11) beskou dit so:" The onset of a chronic illness can be viewed as an unschedueled crisis within the structure of the family network." Gesinne beweeg deur verskillende ontwikkelingskrisisse oor die tydperk van hulle lewens, soos geboorte van eerste kinders, tieners wat die huis verlaat, ens.

Elke krisis het 'n impak op die gesinstruktuur, asook hulle patrone van interaksie met individuele gesinslede. Chroniese siekte is so 'n krisis, en die gesinstruktuur en -patrone sal daardeur onders stres geplaas word. Gesinslede moet geleer word om nuwe gedrag in die familie te openbaar, nie net teenoor ander gesinslede nie, maar ook teenoor die siek individu. In die geval van chronies siekte moet die hele gesins struktuur verander en aangepas word by die veranderde omstandighede. Families wat onwillig is, of vir wie dit onmoontlik is om sekere aanpassings te maak, sal disfunksioneel raak. Hulp kan gebied word in die vorm van strukturele gesinsterapie wat daarop gerig sal wees om langdurige werkbare veranderinge teweeg te bring wat die res van die gesin vry maak om hulleself te wees en tot selfverwesenliking te kom met nuwe moed en entoesiasme.

Gregg (1989:12) stel voor: "Family members must learn to take care of their own needs as well as the needs of the chronically ill family member. I remember discovering that the devoted husband of a lady with advanced breast cancer was absolutely desperate to go sailing. We explained that this would do them both good and he returned a few hours later, sunburnt and radiant, and infinitely better able to cope".

2.9 TOEKOMS VAN DIE CHRONIESE SIEK PERSOON

Ons is eintlik almal onderworpe aan beperkinge. Ons lewens strek van geboorte tot die dood. Die siek persoon het egter meer beperkinge as die gesonde persoon. Hierdie beperkinge bring mee dat die persone aanpassings moet maak. Die beperkinge dui op verliese wat die persoon ervaar. Die fases van rou daaroor is reeds bespreek. As die siek persoon daarin slaag om die fases van rou deur te werk, aanpassings te maak en 'n nuwe lewenstyl te aanvaar, ervaar hulle hoop en kry weer nuwe moed vir die toekoms. Dit sal breedvoerig bespreek word in Hoofstuk 6.

2.10 SAMEVATTING

Uit bogenoemde is dit duidelik dat daar velerlei aspekte is wat aanpassings en aanvaarding verg, sodra die ouer met chroniese siekte gediagnoseer word. Dit verg ook baie aanpassings van die gesinslede. Hierdie toestand van die ouer het gewis 'n uitwerking op die gesin in die breë en op die kind in die besonder. Die volgende hoofstuk gaan gewy word aan die fenomeenontleding van die gesin en die wordende kind wat deel vorm van die gesin, waarbinne die interaksie tussen ouer en kind plaasvind.

HOOFSTUK 3

DIE GESIN AS SISTEEM GAAN BESTUDEER WORD, AANGESIEN DIE INTERAKSIE TUSSEN DIE WORDENDE KIND EN DIE OUER BINNE GESINSVERBAND PLAASVIND

3.1 DEFINISIE VAN DIE GESIN

Die definisie van 'n gesin verskil en verander ook dikwels. " 'n Breë definisie van 'n gesin is dat dit 'n groep is van twee of meer mense wat aan mekaar verbonde is deur geboorte, huwelik of aanneming en wat saam gegroepeer is in 'n huishouding. Gesinne word gekarakteriseer deur ekonomiese, fisieke, sosiale en emosionele funksies. Hulle bevorder ontwikkeling en bied stabiliteit" (Gladding 1995: 6).

Ontwikkeling is 'n ongelyke en kragtige faktor in gesinne. Drie verskillende tye affekteer persoonlike- en gesinslewe, nl. individuele tyd, sosiale tyd en historiese tyd. Die term lewensiklus beskryf beide persoonlike- en gesinsontwikkeling. Gesins- en individuele lewensiklusse is verweef en interaktief. Dit is kunsmatig om te poog om dit van mekaar te skei.

Kubernetika is die term wat die sistematiese ineengestrengelheid van die sisteme (soos lewensiklusse) beskryf wat gerig word deur reëls en terugvoer. Lewensiklusse is populêr gemaak deur Erik Erikson (1959), soos deur Gladding (1995: 9) aangehaal is, dat menslike lewe in fases beskryf word. Die eerste vyf fases beskryf die mens se vorming tot 'n bevoegde individu.

3.2 LEWENSFASES

Sien Tabel 2.

Die drie fases soos hieronder beskryf is meer op interpersoonlike vlak gebaseer.

TABEL 2: VOORSTELLING VAN VERSKILLENDE LEWENSFASES.

FASE	OUDERDOM	TAAK
Vertroue teenoor wantroue	1 jaar	Klem val op die bevrediging van basiese fisiese en emosionele behoeftes.
Selfstandigheid teenoor vertwyfeling	2-3 jaar	Klem val op eksplorasie en die ontwikkeling van selfvertroue.
Inisiatief teenoor skuld	4-5 jaar.	Klem op die bereiking van 'n sin van bevoegdheid en inisiatief.
Sekerheid teenoor onsekerheid	6-12 jaar	Klem op die stel en die bereik van persoonlike doelwitte.
Identiteit teenoor rolverwarring.	12 tot 18 jaar.	Klem val hier op die toetsing van grense, die vestiging van 'n selfidenteit

'n Meer breedvoerige beskrywing van hierdie fases sal gegee word. Die relasie met die ouers sal veral aandag geniet. Die relasies kan versteur word deur 'n chroniese siek ouer in die gesin, daarom gaan gekyk word wat die wordende kind se ontwikkeling behoort te wees en wat sy behoeftes is in die verskillende fases.

Vrey (1979: 71) sê: " Die voorskoolse tydperk kan ook as die kleuterjare beskryf word wat kronologies naastenby tussen die tweede en die sesde jare begrens word."

Volgens Vrey (1979: 109) sien die kleuter se relasie met sy ouers soos volg daaruit: Die kind ken sy moeder teen die tyd goed. Vanweë die permanensie in haar optrede teenoor hom bly sy vir hom die ankerpunt of baken vir verdere relasievorming. Die gesonde relasie sal kenmerke toon van liefde, geborgenheid, oorgawe, aanvaarding, vertroue en agting. Die ouer wat sy/haar kind ken, kan hom nie net raak sien en raak hoor nie, maar ook raak voel en deur hierdie empatie weet hy/sy ook wat die kind wil. Die ken voel en wil is wedersyds. Die kind ken ook die ouer, en dié kan ook nie altyd gevoelens vir die kind wegsteek nie. Die kind begryp ook maklik wat die ouer wil sover dit hom raak. Die polariteitseffek van hierdie gesonde relasie is een van die groot toenaderings. Al sou die ouer die kind verwerp en dus verwydering teenoor die kind voel, sal die kind nog vir geruime tyd toenadering soek. Hy is sodanig gevoelsmatig aan die ouer verbonde dat skeiding groot pyn meebring. Trouens, die kind wat geborge voel en aanvaar word, kan met veel minder spanning en angs periodiek van die ouer weggaan omdat hy oortuig is dat hy aanvaar is. Die wordingsimplikasie vir die kind wat geborge voel en van liefde en agting vir hom oortuig is, is verreikend, want die kind kan sonder vrees of angs (dat die ouer weg sal wees) verder waag om te eksploreer.

Die primêre skoolkind se relasie met sy ouers is net so belangrik. Vrey (1979: 109-110) stel dit dat die relasie van die kind tussen die ouderdom van ses en twaalf jaar, met sy ouer van primêre belang is vir sy persoonlikheidsontplooiing. Die kind is van meet af aan op die ouer se sorg aangewese. Sorg is egter net een van die komponente van liefde. Die intrinsieke interafhankheid van sorg en die ander komponente bring mee dat versorging net op egte wyse kan geskied waar dit in liefde onderneem word.

Tydens die bestendiging van die kind se relasies met sy ouers vind opvoeding plaas. Hy word deur die ouer met norme gekonfronteer wat alle fasette van die kind insluit. Hy leer 'n gesonde houding teenoor homself. Gewoontes van skoonheid, sindelikheid, ordentlikheid, ensomeer word deur teregwysing, aanmoediging en aanprysing vasgelê totdat dit outomaties deel van die kind is. Die ouer is verantwoordelik daarvoor om die kenmerke en funksionering van die gepaste geslagsrol tuis te bring.

Die voorkoms van die seun met meisieagtige trekke kan dikwels na die kwaliteit van ouer-kindverhouding teruggevoer word. Van kleins af assosieer die ouer sekere gedragswyses van die kind met soet en ander met stout. Hieruit spruit bewuste sedelikheidsnorme wat die kind internaliseer om uiteindelik te doen of na te laat op grond van die eise van behoorlikheid soos wat die kind aan die waarde as norm betekenis gegee het, voort. Dit word dan: " 'n Mens maak nie so nie ". Nie meer: " Mamma sê 'n mens moet nie so maak nie".

In sy selfstandigwording moet die ouer hom met oorleg en met verdrag loslaat en sy taak vergemaklik. Tydens die kind se saamgaan met ouers is hulle gedrag vir hom die voorbeeld van optrede in situasies en teenoor mense en groepe. So leer hy byvoorbeeld dat 'n mens jou beste klere kerk toe aantrek en nie in die kerk gesels nie. Dit is in aanvaarding en hoogagting van die kind dat hy sy selfbeeld aanvaar en hoog ag. Die kwaliteit van die ouer-kindrelasie bly die voorwaarde en klimaat waarin die ouer steun tot selfstandigwording kan verleen en die kind die nodige betekenis daaraan kan gee en dit aanvaar en internaliseer.

Die adolessent (13-18 jariges) se relasie met sy ouers is 'n voortsetting van die relasies in die voorafgaande jare. Die ouers is geklee met gesag en bied aan die kind die veiligheid en geborgenheid vanwaar hy relasies stig. (So behoort dit altans te wees). Die kind is nog afhanklik van sy ouers en hy word sterk deur sy ouers beïnvloed. In sy toenemende gemoeidheid met en betrokkenheid by die wêreld buite die direkte invloedsfeer van die ouerhuis, ontplooi nuwe perspektiewe, onder meer ook op sy ouers.

Vanuit hierdie perspektief, volgens Vrey (1979: 185-189), word die ouers as persone raakgesien, vergelykbaar met ander volwassenes. Dit kan gesê word dat hy die ouerhuis in 'n psigiese sin verlaat en 'n eie staanplek buite die gesin inneem vanwaar hy vanuit 'n nuwe raamwerk na die wêreld, maar ook terug na sy ouers, kyk. Hierdie sporadiese verlating van die ouerhuis (in psigiese sin) is die oefenlopies waardeur die adolessent vir hom 'n eie staanplek in die wêreld moet verower, waar hy as gelykwaardige volwassene langs sy ouers moet leef.

Die staanplekinname kan as die adolessent se stryd met emansipasie beskryf word. Dit is 'n inspanning en 'n stryd, want om uit te loop uit die huis hou 'n implikasie in dat die deur

agter hom kan toegaan, sodat hy nie sonder spanning kan terugkeer nie. Die konflik en angs wat baie adolessente beleef, spreek hiervan. Die effek hiervan is duidelik by adolessente wie se aanvanklike relasie met ouers nie gesond was nie.

Die belangrikheid van die relasie met die ouer berus op die teenwoordigheid van of gebrek aan liefde as oorheersende kenmerk van die relasie. Wedersydse liefde tussen ouer en kind vergemaklik die omgang en verskyn nie geïsoleerd as liefde nie. 'n Bestendige basis van liefde se effek is verreikend. Hy kan op die goeie gesindheid en liefde van sy ouers vertrou, selfs al verskil hy van hulle oor 'n geskilpunt en ook as hy hulle geduld erg beproef. Die jongmens wat op sy ouers se liefde kan reken, het groter vryheid om te waag, te eksploreer, homself te vind, sy vermoëns te toets, sy besluitneming te ontwikkel en om alternatiewe oop en bloot teen mekaar op te weeg – veral ten opsigte van beroepskeuse. Hy het die reg om foute te maak, sonder om te vrees dat hy deur sy ouers verwerp sal word.

Sodra die adolessent 'n staanplek buite die gesin verkry, slaag hy daarin om hom van die gesin te distansieer. Dan staan hy vanuit 'n afstand krities teenoor sy gesin wat vir hom baie belangrik is. Hulle is vir hom ekstensiteite van sy self wat volgens sy subjektiewe standaarde beoordeel word.

Daar vind nou emansipasie by die adolessent plaas. Somtyds word hierdie selfstandigwording met die term emansipasie (wat letterlik gelykstelling of toekenning van gelyke regte beteken) aangedui. Die beklemtoning van emansipasie tydens adolessensie sien in besonder op die selfstandige sedelike oordeel en besluitneming wat op sy eie verantwoordelikheid geskied. Die emansipasie tydens adolessensie het twee duidelike keerkante. Aan die een kant is die adolessent se bereidheid om selfstandig te wil besluit en verantwoordelikheid te aanvaar. Aan die ander kant is die ouer se bereidheid om, wat sy adolessente kind betref, hom toe te laat om self te besluit en verantwoordelikheid te aanvaar. Die suksesvolle emansipasie sal dus vereis dat hierdie twee keerpunte moet sinchroniseer. Wanneer emansipasie met sukses verloop, is ouer en kind steeds naby mekaar.

Die doeltreffende adolessent-ouerrelasie is 'n magtige faktor in die selfstandigwording van die adolessent. By al die onsekerhede wat die adolessent beleef wat dus onder meer angs en

spanning veroorsaak, is die verhouding met die ouers waarin die kind onvoorwaardelike aanvaarding en geborgenheid beleef, die enigste bestendige en behoudende faktor.

Daar is verder drie fases wat geïdentifiseer is deur Gladding (1995: 7). Dit is soos volg aangedui:

TABEL 3: VERDERE LEWENSFASES

FASE	OUDERDOM	TAAK
Intimiteit teenoor isolasie	18-35 jaar	Klem val op die bereiking van interpersoonlike verhoudinge.
Vooruitgang teenoor stagnasie	35-65 jaar	Klem val op die hulpverlening aan die volgende geslag en om produktief te wees.
Integrasie teenoor wanhoop	65 plus jaar	Klem val op integrasie van lewensaktiwiteite, om nuttig te voel.

3.3 ONTWIKKELING VAN DIE GESINSLEWE

Gladding(1995:10) haal aan uit Carter en McGoldrick (1988) en beskryf 'n ses-fase siklus, wat begin by die ongebonde individu en wat strek tot by aftrede.

- Enkel jong volwassene wat die huis verlaat. 'n Tyd om persoonlike outonomiteit te ontwikkel, 'n beroep op te neem en 'n ondersteuningsgroep op te bou.
- Die jong egpaar. Hulle moet hulle tyd aanpas en leer om te deel met hulle eggenoot.
- Gesinne met jong kinders. Hulle moet hulle tyd kan aanpas, energie en persoonlike skedules kan uitwerk om hulleself, hulle kinders en ander verhoudinge te versorg.

- Gesinne met jong adolessente. Hulle moet fisiek en psigies hulleself, hulle huweliksverhouding, kind(ers) en bejaarde ouers versorg en die verhoogde spanning en konflik hanteer.
- Gesinne waar kinders die huis verlaat. 'n Tyd om mekaar te herontdek, middeljaarkrisisse te hanteer en om kinders af te sien wat die huis verlaat.
- Gesinne in hulle latere lewe. 'n Tyd om aan te pas by hulle veroudering, verlies van 'n eggenoot en verlaagde energie.

Aangesien daar in hierdie studie gefokus word op die invloed wat die ouer se siekte op die kind het, gaan die fases waar daar kinders in die gesin is meer breedvoerig toegelig word.

3.4 GESINSEISE

3.4.1 Gesinne met klein kinders

Om ouers te word is 'n fisieke, psigiese en sosiale gebeurtenis wat die egpaar se lewe dramaties verander. Die koms van 'n kind het 'n effek op die egpaar se lewenstyl(woning), huweliksverhouding(seksuele kontak) en ouerskapstres, daar is nuwe eise wat gestel word. Met die koms van die baba is die gesinslewe tydelik ongebalanseerd. Egpare moet hulle werkstyd, sosiale lewe en ontspanning herorganiseer. Die grootste aanpassing hier is die fisieke eise wat dit aan die ouers stel om voorskoolse kinders te hê.

3.4.2 Gesinne met laerskoolkinders

Daar word meer formele eise gestel aan die kind in terme van sy skooltoetrede en die roetines wat gevorm moet word. Ouers is nog intens betrokke by die fisiese en emosionele groei en ontwikkeling van die kind. Die kind groei en ontwikkel in hierdie fase en die adolessente fase neem gedurende die laat laerskooltydperk 'n aanvang.

3.4.3 Gesinne met adolessente

Gesinne met adolessente moet sorg vir hulleself, hulle eie verhouding, hulle tieners en dikwels ook hulle bejaarde ouers. As gevolg van die druk van beide kante word na hierdie

groep dikwels as die "sandwich generation" verwys. Hierdie tyd is van die aktiefste en interessantste tye in die gesinslewensiklus. Dit is 'n turbulente tyd. Sommige gesinne sukkel om grense te stel, om verhoudinge te definieer en voldoende versorging aan elke gesinslid te bied. Ander gesinne doen heeltemal goed.

Die duidelikste aanduiding van stres binne gesinne met adolessente is die hoeveelheid konflik tussen ouers en kinders. Die konflik is soms as gevolg van die feit dat die ouers nie die onderskeid kan maak tussen dit wat hulle vir die kinders wil hê en wat die kinders vir hulleself wil hê nie. Dit lei daartoe dat ouers die tieners nie wil toelaat om vir hulleself besluite te neem nie, al is dit goeie besluite.

Die tweede rede vir hierdie konflik is toe te skryf aan die aard van adolessensie self. Gedurende hierdie tydperk van 'n tiener se lewe toon hy meer selfgelding om outonoom en onafhanklik te wees. Groepsdruk speel 'n rol en hulle vriende speel dikwels 'n groter rol in hulle lewens as wat hulle ouers speel. In respons hierop moet die gesinne ander grense stel. Ouers kan nie langer totale outoriteit handhaaf nie.

Egpare se verhouding verander en pas aan in hierdie tyd. Ouers beweeg nader aan mekaar of daar ontstaan geweldige groot emosionele verwydering tussen hulle. Dit kan toegeskryf word aan die verouderingsproses. As egpare mekaar met deernis, empatie en begrip bejeen, word hulle verhoudinge versterk en kan hulle 'n steunpilaar vir mekaar wees.

Aangesien die ontwikkelingsfase van die adolessent baie veranderinge en aanpassings verg, gaan **tipiese adolessente stressors** soos bevind is deur Kruger (1992:96-102) in haar navorsing hieronder beter toegelig word. Die stressors waaraan adolessente blootgestel word, word in drie groepe verdeel nl: mikro-, mesa- en makrovlakke.

Die mikrovlak is aanduidend van endogene stressors, vanuit die individu. Van hierdie faktore is biologiese veranderinge, persoonlikheidseienskappe en die vorming van 'n selfidentiteit, fisieke ontwikkeling, waaronder aspekte soos fisieke siekte, gestremdheid, velprobleme, eetversteurings en die vrees dat geslagsiektes opgedoen kan word, resorteer.

Op die mesavlak lê die verhoudinge met ouers, familielede, vriende en onderwysers. Aspekte wat hoë stres veroorsaak is egskeiding, siekte van 'n ouer, depressie, fisieke- en emosionele mishandeling, dissipline tegnieke van ouers, asook die feit dat ouers baie hard werk en min beskikbaar is.

Wat hulle die meeste affekteer is die verhouding met hulle vriende. Gedurende adolessensie verkry jongmense meerdere onafhanklikheid van hulle ouers. Hulle ontwikkel 'n groot belangstelling in hulle vriende en hulle sosiale lewens verander radikaal. Verhoudinge met vriende van hulle eie geslag en die teenoorgestelde geslag word gevorm. Daarom speel groepsdruk, kompetisie met vriende en vyandskap tussen die vriende 'n groot rol. Groepsdruk kan meebring dat adolessente betrokke kan raak by dwelm- en of drankverslawing, seksuele promiskuïteit, geweld en ander onwettige en immorele aktiwiteite.

Op die mesavlak lê ook die verhouding met hulle onderwysers en ander faktore in die skoolsituasie. Daar is baie potensiële stressors in die skoolopset, soos die optrede van die onderwyser, klaskamerorganisasie, dissiplinêre kode, tydskale wat gehaal moet word, mondelinge toesprake in die klas, leerprobleme en konflik met klasmaats en onderwysers. Skole is geweldig ingestel op prestasie en ouers handhaaf hoë verwagtinge van die kinders. Dit bring mee dat jong mense angs ervaar, aangesien hulle vrees dat hulle kan misluk wat weer spanning veroorsaak wanneer hulle toetse en eksamens moet skryf. Die stressors werk gevoelens van hulpeloosheid, swak skolastiese prestasies, verlaagde selfvertroue en verlaagde gevoel van intellektuele waarde in die hand. Daar kan dus begryp word dat die skoolsituasie 'n stressor is wat nie buite rekening gelaat kan word nie.

Binne die makrovlak is daar nog stressors vir die adolessent vanuit die samelewing en die kultuur. Faktore in hierdie sfeer is politieke onrus, dreigende geweld, sosiale en rassespanning, onsekerheid oor 'n plek in die arbeidsmark en 'n algemene onsekerheid oor die toekoms, die impak van sekere programme op TV en stres oor die bedreiging van satanisme en okkultiese praktyke.

3.4.4 Gesinne met jong volwassenes wat die huis verlaat

Kinders verlaat die huis om te werk of te studeer. Die egpaar kan nou aan die leë-nes-sindroom begin lei. Dit is ook 'n tyd wat baie maklik aanleiding kan gee tot verwydering tussen ouers. Die vrou op hierdie stadium is verlig dat sy weer vryheid het. Dit is gewoonlik die vroue wat geweldig in hulle gesinslewens geïnvesteer het en die tydperk is dikwels vir hulle 'n hartseer tyd.

Daar is deesdae 'n groter geneigdheid by die kinders om langer in die huis te bly. Daar is verskeie redes daarvoor. Dit kan wees as gevolg van finansiële probleme, werkloosheid of 'n onwilligheid om volwasse te word.

3.5 KWALITEITE VAN GESONDE GESINNE

- 'n Standvastige outoriteitsbron.
- Stabiele en konstante reëls.
- Koesterende en waarderende gedrag.
- Produktiewe doelwitte vir individue en die gesin.
- Buigbaarheid en aanpasbaarheid.
- Lojaliteit van gesinslede (commitment).
- Kwalitatiewe en kwantitatiewe tyd wat saam deurgebring word.
- Effektiewe kommunikasiepatrone.
- 'n Geestelike anker in die lewe.
- Hantering van krisisse op 'n positiewe en effektiewe manier.
- Duidelike rolle van gesinslede.
- 'n Gepaste struktuur en organisasie.

3.6 ASPEKTE WAT STRES IN 'N GESIN VEROORSAAK

Stres is 'n deel van gesinslewe volgens Gladding(1995:20-25). Dit kan vertikaal (histories), horisontaal(huidig), voorspelbaar(veroudering) of onverwags(siekte, dood) wees.

Verwagte stres gaan gepaard met ontwikkeling en is situasioneel. Dit handel rondom sake wat geassosieer word met ekonomie, kinders, tyd en gedrag.

Onverwagte gedrag is buite 'n gesin se beheer en dit sluit in fisiese en psigiese trauma, sukses en mislukking. Hierdie stres versteur, veral aanvanklik, die balans en harmonie binne die gesin.

3.7 GESINSTRUKTUUR EN FUNKSIONALITEIT

Die wyse waarop die gesin gestruktureer is, affekteer hulle vermoë om te reageer. Daar is drie algemene wyses waarop gesinne georganiseer word:

3.7.1 Simmetries-Komplimentêr

Simmetries: dit is wanneer elke lid bevoeg is en poog om nodige take te vervul. Sulke gesinne is baie aanpasbaar. Die konflikte binne sulke gesinne ontstaan wanneer hulle die verskille tussen mekaar nie minimaliseer nie en waar die twee dan met mekaar begin kompeteer.

Komplimentêr: Gesinsrolle is meer rigied gedefinieer. Konflikte ontstaan hier wanneer lede van die gesin nie hulle rolle duidelik uitspel t.o.v. die feit dat hulle uitklaar wie die besluitnemer is en wie die versorger is nie, of duidelikheid het oor wie die logiese en wie die emosionele is nie. Daar is min konflik in sulke gesinne, solank as die status quo gehandhaaf word.

Beide bogenoemde vorme sal werk mits die volgende twee voorwaardes nagekom word: eerstens, moet die lede binne hierdie verhoudinge tevrede wees met hulle rolle, maar ook bevoeg om dit te vervul. Tweedens moet daar voldoende interrelasies van rolle wees, sodat die nodige take verrig kan word. Op hierdie manier sal harmonie ontstaan en die gesinne goed funksioneer.

3.7.2 Sentripetaal-Sentrifugaal

Sentripetaal (gesinne wat na die middel gerig is): hierdie gesinne is geneig om te beweeg na gesinshegtheid. Die term sentrifugaal (beweging weg van die middel), beskryf die proses waar mense weg beweeg van hulle gesinne. In gesinne is daar periodes waar beide gehegdheid en afstand by die individu en die gesin voorkom. Sommige van hierdie periodes ontstaan tydens gesinsontwikkelingstake, wat dikwels intense gesinskohesie verg, soos tydens die periode waar klein kinders in die gesin versorg moet word. 'n Ander voorbeeld is, as persoonlike identiteit en outonomie (soos in adolessensie) geaksentueer word.

Ekstreme kan binne beide bogenoemde gesinne ontstaan. Die sentripetale styl het gesinslede wat hulle verhoudingsbevrediging beskou as komende vanuit die gesin. Hulle produseer kinders wat te heg aan die gesin gebonde is, met swak sosiale verhoudinge, wat onverantwoordelik en egosentries is. Sekere tipes tienergedrag kan ook hiermee verbind word, soos eetversteurings. Jong volwassenes wat onwillig is om die huis te verlaat is produkte van so 'n gesin.

Die sentrifugale styl is om die gesinslede na buite te stoot en hierdie kinders is dan geneig om hulle verhoudingsbevrediging buite die gesin te soek. Hulle is geneig om kinders te lewer wat sosiaal geïsoleerd en gedisorganiseerd is, en wat onttrek. Adolessente wat wegloop van die huis af, nadat hulle verwaarloos en verwerp is en wat op straat is as iemand wat prematuur selfstandig is, sal dikwels uit huise kom waar sulke gedragstyle gefunksioneer het.

3.7.3 Kohesie en Aanpasbaarheid

Kohesie en aanpasbare gesinne: Alle gesinne moet by tye kohesie bewerkstellig, dit is 'n binding binne die gesin, asook aanpasbaarheid, soos verandering dit verg. Hierdie twee kategorie is die twee gematigste vlakke van funksionering. "Families that apparently are very high or very low on both dimensions seem dysfuncional, whereas families that are balanced seem to function more adequately" (Gladding 1995: 43).

3.8 HANTERINGSVAARDIGHEDE VAN GESINNE

- Die vermoë om die stressor te identifiseer.
- Die probleem uit 'n gesinsperspektief te benader.
- Aanvaarding van 'n probleemoplossingsbenadering.
- Openbaring van geduld teenoor ander gesinslede.
- Vestiging van duidelike kommunikasiepatrone.
- Gesinskohesie en rolaanpasbaarheid.
- Voldoende ontginning van bronne.
- Afwesigheid van fisieke aanranding en verslawing van afhanklikheidsvormende middels.
- Gebruik van tweede orde veranderingstrategieë.
- Om te erken dat stres normaal is en kan lei tot verandering.
- Om oorwinnings te vier oor insidente wat tot stres kan lei.

3.9 DIE TEORETIESE GRONDE VIR DIE GESIN VANUIT 'N SIELKUNDIG-OPVOEDKUNDIGE PERSPEKTIEF

3.9.1 Gesinsamestelling

Inleidend kan die stelling gemaak word dat die gesin een van die belangrikste sosiale strukture in enige samelewing is (Griesel & Jacobs 1991: 27). Een aspek wat in die jongste tyd duidelik geword het, is dat die bestaansreg van die gesinslewe op allerlei wyses aangeval word vanuit verskillende oorde, soos byvoorbeeld kommunistiese lewensbeskouings en permissiewe neigings wat die tradisionele instellings en lewenswaardes oorboord wil gooi..

Die eise wat aan ouerskap gestel word deur die gevolge van die fenomenale tegnologiese en wetenskaplike vooruitgang, word ook al hoe moeiliker. Die eertydse trots van volk, taal en nasieskap is besig om te verdwyn om plek te maak vir 'n massagelykmakingsproses waarin alle kulturele en volksidentiteite verdwyn. Die gesin as primêre samelewingstruktuur beleef ook hierdie konflikte en veranderinge, maar tog word verantwoordelike ouerskap as vanselfsprekend aanvaar.

Die evangelis Billy Graham aanvaar die feit dat die gesinslewe tans onder swaar druk verkeer, maar hy is die mening toegedaan dat die onstuimigheid wat as gevolg van die tegnologiese ontwikkeling gekom het, daartoe kan lei dat die gesinslewe se belangrikheid as 'n veilige hawe in 'n onstabiele wêreld herontdek sal word. (Fine 1979:151)

Vanuit 'n tradisionele oogpunt bestaan die gesinsamestelling uit 'n vader, 'n moeder en 'n kind of kinders. Hierdie samestelling word uitgebrei wanneer 'n ander persoon soos byvoorbeeld 'n oupa of 'n ouma of ander familielid by die gesin inwoon. Die gesin kan egter ook baie ander vorme aanneem, soos byvoorbeeld die enkelouergesin of die gesin wat bestaan uit twee geskeide ouers, elk met kinders uit sy/haar vorige huwelik. (Griesel & Jacobs 1991: 28)

3.9.2 Die gesin as funksioneringsisteem

Omdat gesinslede saam lewe, neem elke lid in die gesin 'n rol aan wat hy of sy vervul. Die rol wat die persoon aanvaar is die gevolg van die wyse waarop die persoon betekenis gee aan die gesinsituasie, die wyse hoe hy daarby betrokke is en die intensiteit en kwaliteit van hoe hy dit belewe. Hierdie psigiese dinamiek van die persoon loop uit op die vorming en bestendiging van sy selfidentiteit. As gevolg van selfgesprek, met ander woorde, die wyse hoe hy sy identiteit evalueer, ontstaan 'n positiewe of negatiewe selfbeeld. Hierdie selfbeeld of selfkonsep moet hy handhaaf en verdedig op bewuste en onbewuste wyse, en dit het 'n invloed op die wyse waarop 'n persoon sy rol vervul. Dit gebeur dikwels dat die rol wat die een persoon uitleef, bots met die rol van 'n ander persoon en so ontstaan konflik en relasieprobleme.

Die rol van 'n derde lid van die gesin kan bydra tot die versterking of verswakking van die rol van een van die ander lede van die gesin, maar wanneer die gesin se funksionering as geheel gesien word, lyk dit na 'n funksioneringsisteem waarin almal se bydrae lei tot die unieke gedragspatroon wat eie is aan daardie spesifieke gesin.

In Hoofstuk 1 is aangetoon hoedat 'n persoon se betekenisgewing, betrokkenheid en belewing lei tot die vorming van sy selfkonsep, wat weer sy gedrag bepaal. Dit blyk dus regverdig te wees om te sê dat 'n individu se rolspel in die gesin herlei kan word na die

Daar sal vervolgens gekyk word hoe die klimaat in die gesin behoort te wees wat sal bydra tot die bevordering van 'n positiewe selfkonsep by elke lid van die gesin.

3.9.3 Die klimaat in die gesin

Volgens Jacobs(intreerede: 1987) is opvoeding 'n intermenslike aktiwiteit. Die opvoedingsklimaat verwys na daardie atmosfeer waarbinne die kind tot volwassenheid kan ontplooi en waar die opvoeder en die opvoedeling mekaar werklik ontmoet. Hierdie klimaat breek in 'n positiewe sin die skanse af waaragter die individu vir selfbeskerming wegkruip sodat die ouers en die kinders mekaar kan ontmoet en kommunikasie kan plaasvind.

Gesinslede verkeer in 'n besondere verhouding tot mekaar. Dit is 'n situasie waarin die nie-volwasse kinders afhanklik is van die hulp en steungewing van die volwasse ouers. Hulpverlening en steungewing is 'n funksie wat deur die klimaat van liefde, vertroue, begrip, gesag, respek en aanvaarding gekenmerk behoort te word (Griesel & Jacobs 1991: 30).

Die vernaamste komponente vir hierdie klimaat (volgens Jacobs se intreerede) is die volgende:

3.9.3.1 Liefde

"Liefde word altyd geken aan toegeneentheid, toenadering en selfopoffering. Die onvoorwaardelike aanvaarding is so eie aan liefde dat die geliefde nooit nodig het om te twyfel nie as daar egte, warme liefde gekommunikeer word".

Volgens Frankl (1980: 43) is liefde "'n menslike verskynsel. Liefde is dit wat die mens eers regtig mens maak. Dit stel hom in staat om na iets of iemand buite en bo homself te streef". Werklike liefde oorskry die blote gerigdheid op die liggaamlike en psigiese aspekte van die ander wat neerkom op verliefdheid. Ware liefde kom dus neer op die aanvaarding van die ander persoon ongeag sy voorkoms, tekortkominge en gebreke.

Die ouer wat sy kind liefhet is toegeneë tot sy kind en is bereid om opofferings te maak vir sy kind. Die kind beleef sy ouers se liefde as sekuriteit, warmte en toeganklikheid. Vanuit die geborgenheid wat hy deur sy ouers se liefde beleef, beweeg hy uit na andere en is hy in staat om outentieke relasies met sy huisgenote en met ander mense te stig. Wanneer die klimaat in die huisgesin gekenmerk word deur warmte en en onderlinge respek, is die kind in staat om 'n realistiese selfkonsep te ontwikkel. Kinders wat 'n hoë selfsiening het, is geneig om uitgaande en selfversekerd te wees. Hulle besit leierseienskappe en kom goed oor die weg met mense. Hierteenoor is die kind met 'n swak selfsiening geneig om beangs te wees, hulle te onttrek aan sosiale verkeer en hulle prestasiepeil is ook nie na wense nie (Thomas 1980: 44).

Dit kan wees dat die kind wat nie sy ouers se liefdevolle kontak beleef nie, dit moeilik vind om homself te aanvaar, want sy betekenisgewing is onrealisties, naamlik dat hy as persoon verwerplik is, omdat hy sy ouers se liefde nie ervaar nie. Sy verhoudinge met ander neig dan om gespanne en kunsmatig te wees, omdat hy gedurig ingestel is op die verwagting om verwerp te word, wat kan lei tot onbetrokkenheid in menslike verhoudinge.

3.9.3.2 Begrip

"Twee persone kan mekaar nie liefhê tensy hulle mekaar ken nie. So byvoorbeeld bring die ouer se gemoeidheid met die kind 'n meelewing in van die kind se belewinge, waaraan dan vanuit die kind se gesigspunt deur sy invoeling betekenis gegee word" (Jacobs intreerede:1987). Hierdie kennis veronderstel objektiewe kennis, intellektuele insig sowel as die gevoelsmatige.

In hulle langdurige en intieme saamwees leer die gesinslede mekaar baie goed ken. Die ouers se kennis van hulle kinders strek oor 'n wyer front as die kinders se kennis van hulle ouers. Die ouers se kennis van hulle kinders behels aspekte soos die kinders se fisiese behoeftes, maar dit gaan ook verder. Die ouers se kenverhouding met hulle kinders behels begrip, insig en aanvoeling vir die kind se verklaarde behoeftes van toenadering, ondersteuning en leiding. Omdat die ouer die inisieerder van sy verhoudinge met sy kind is, is dit noodsaaklik dat hy tyd afstaan om met sy kind te kommunikeer.

Sonnekus (1977: 5-6) voel dat die moderne ouer met die spesifieke probleem te doen het dat hulle nie genoeg tyd het om met hulle kinders te verkeer nie. Hy gee praktiese voorstelle oor hoe ouers hulle verstandhouding met hulle kinders kan bevorder. Hy voel dat dit nodig is dat ouers na hulle kinders moet kan luister sonder om bevooroordeeld te wees. Verder moet ouers ook sommige van hulle probleme met die kinders deel – dit veroorsaak wedersydse vertroue en samehorigheid en dit laat die kind voel sy ouers is ook mense met gevoelens. Dit is ook nodig dat kinders soms moet weet hoe hulle ouers voel oor sekere aangeleenthede en dat hulle ook foute kan maak. Fine (1979: 77) sê: ".....healthy family relationships involve active sharing, give-and-take, honest feelings, and the acting out of mutual responsibility to keep the family a satisfying experience".

Ouers maak dikwels 'n fout deur te dink dat as hulle hulle kinders oorlaai met materiële goedere, hulle 'n goeie verhouding met die kinders kan stig. Die kinders beleef egter die teendeel, en die betekenis wat hulle aan hulle ouers se optrede heg, is dat hulle ouers nie werklik in hulle as persoon belang stel nie en dat hulle ouers nie hulle probleme begryp nie. Dit kan wees dat hulle voel hulle ouers oorlaai hulle met materiële goedere om van hulle as persoon ontslae te wees.

Ten einde die kind te verstaan is dit dus nodig dat daar 'n gespreksomgang tussen ouer en kind sal wees. Jacobs (1980: 61) stel dit soos volg: "Indien hierdie tweerigting verkeer nie tussen ouer en kind bestaan nie, gebeur dit dat die kind homself terugtrek, met die gevolg dat die ouer die kind nie verstaan nie en die kind ook nie die ouer verstaan nie". Ouer en kind leef by mekaar verby. Wanneer die kind dus vreemdes, soos maats, onderwysers, ensovoorts se geselskap opsoek, voel die ouer verwerp en is hy vol beskuldigings dat sy kind hom nie aanvaar en vertrou nie.

3.9.3.3 Aanvaarding

"Kennis impliseer sorg. Die een moet vir die ander omgee, begaan wees oor die ander se welsyn, gesondheid, vreugde en leed" (Jacobs intreerede: 1987).

Die kind se behoefte om as persoon aanvaar te word is net so dringend, indien nie dringender nie, as om gevoed en fisies versorg te word. Pistorius (1976: 76) merk op:

"Selfs materieel goed versorgde kinders kan in die nog veel belangriker geestelike sin verwerp wees. Dit is trouens dikwels die geval dat 'n kind met stoflike gawes oorlaai word as vergoeding vir die feit dat die ouer hom geestelik van die kind distansieer".

Pistorius (1976: 139) toon aan hoedat verwerping deur die ouer(s) homself wreek en bydra tot 'n verskeidenheid onaanvaarbare gedragsuitinge deur die kind. Hy sê: "Die kind raak gevoelsmatig onstabiel" en verder: "Teenoor die verwerpers is hy vyandig, gevoelloos en onverskillig. Wat sy eie lewe betref, sien hy geen sin in sy bestaan en sy prestasies as hy nie aanvaar word nie. Hieruit volg dit dat so 'n kind se relasies met sy ouers en met ander opvoeders en sy huisgenote stremmend sal wees omdat hy aandagtrekkerig en skoorsoekend sal wees. Sy lastige, opvallende gedrag het egter die teenoorgestelede uitwerking, want hy stoot ander af".

Aanvaarding stel nie voorwaardes nie. Dit kan gebeur dat die ouer die onvervulde behoeftes van sy jeug in sy kind se prestasies wil uitleef. Indien die kind dus nie daarin slaag om sy ouers se prestasiebehoeftes te bevredig nie, kan die ouer sy teleurstelling nie verbloem nie en beleef die kind sy ouers se aanvaarding as voorwaardelik. Indien hy sy ouers se verwagtinge teleurstel, staar hy verwerping in die gesig.

As kinders aanvaarding beleef binne die gesin, sal hulle meer selfstandige gedrag openbaar. Die teenoorgestelde is ook waar. As kinders verwerping beleef is hulle geneig om gedurig die goedkeuring van hulle ouers te soek en dus onseker en twyfelagtig optree. Die ouer wat sy kind aanvaar is geneig om sy kind as persoon te respekteer en om hom te vertrou. So 'n ouer laat dus toe dat sy kind keuses maak ten opsigte van sy kleredrag, musiek, vriende en ontspanning.

Hy weerhou hom ook daarvan om inbreuk te maak op sy kind se privaatheid. Wanneer 'n kind aanvaarding beleef verkry hy selfvertroue om sy vermoëns te verwesenlik. So 'n kind openbaar waagmoed om sy opinies te verbaliseer, wat weer daartoe lei dat hy leer om selfstandig te dink en om sy leefwêreld te eksploreer, sy belangstelling te ondersoek en verwesenlik.

3.9.3.4 Respek

" Respek impliseer dat die een die ander in 'n aktiewe, positiewe sin aanvaar soos hy is. As daar ware respek is, sal die een die integriteit of waardigheid van die ander nooit deur spot of verkleinering afbreek nie" (Jacobs intreerede:1987).

Ouers sê dikwels van hulle kinders: "Hy/sy is nog 'n kind", wat daarop neerkom dat hulle die kind nie eintlik erken as 'n persoon, as iemand met gevoelens nie. Die kind word as't ware as minderwaardig tot die volwassene gestel en dit gebeur dan ook dat die wense en begeertes van die kind, as dit kom by die reëlings in die huishouding, geïgnoreer word. Deur respek vir iemand te betoon, word daardie persoon as menswaardig aanvaar. Respek beklemtoon die uniekheid van die mens. Daarom bied dit aan die kind die geleentheid om binne die gesin self-iemand-te-wees.

Deur aan iemand respek te betoon, dwing weer respek af. Die ouer wat die kind met respek behandel vind dat sy kind ook weer aan hom respek betoon. Respek kan as 'n aspek van vertroue beskryf word. Wanneer 'n ouer sy kind respekteer, beteken dit dat hy byvoorbeeld nie na willekeur in sy kind se kaste sal gaan krap nie en dat hy sy kind se privaatheid en gevoelens sal respekteer. Navorsing het ook aangetoon dat respek een van die aspekte is wat 'n positiewe selfbeeld by kinders bevorder (Thomas 1980: 41).

Colley (1978: 46) stel die volgende riglyne voor oor hoe die ouer kan optree om respek tussen ouer en kind te bevorder:

- Die ouer moet tyd aan die kind afstaan sonder dat die kind, op negatiewe wyse, daarvoor hoef te vra.
- Duidelik omlynde reëls behoort in die huishouding van toepassing te wees.
- Die reëls behoort toegepas te word sonder om verkleinerend, moraliserend of prekerig te wees. Die ouer moet hom ook daarvan weerhou om die een kind met die ander kind te vergelyk. Hierdie reëls moet konsekwent toegepas word.
- Indien meer as een kind in 'n onstigtelike handeling betrokke was, moet al die betrokkenes gelyktydig afgesonder word totdat almal die saak met rustigheid kan bespreek.

- Daar moet aan die kind die geleentheid gegee word om die saak reg te stel deur addisionele werkies as iets gebreek, gesteel of verloor is.
- Die kind(ers) se huiswerkies moet van so 'n aard wees dat daar nie gedurige inbraak op hulle tyd gemaak word nie.
- Wanneer die kinders begin skoolgaan moet daar bepaalde tye vir studies wees wanneer geen radio of televisie aan mag wees nie.
- Die kind(ers) se persoonlike besittings moet met rus gelaat word.
- Die kind moet nie gepamperlang word nie. Alles moenie agter hulle aangedra en vir hulle gedoen word nie.
- Die kind se persoon moet nooit aangeval word as die ouer met hom raas nie. Die verkeerde handeling word verbied sonder om die kind se persoonlikheid af te takel.
- Ouers is ook geregtig om pret te hê en die lewe te geniet sonder dat die kinders teenwoordig is.

Hierdie reëlings kan aan die kinders verduidelik word. Die kind sal verstaan, en omdat hy voel sy ouers glo en vertrou hom, sal sy betekenisgewing aan die situasie sodanig wees dat 'n klimaat van toegewingsgesindheid die kind se houding sal kenmerk.

3.9.3.5 Vertroue

Vertroue is 'n voorwaarde vir lief wees. Vertroue laat die kind veilig en seker van homself voel sodat hy in staat sal wees om te waag. Vertroue impliseer dat die kind aanvaar word en dat hy saak maak.

Griesel & Jacobs (1991: 31) haal Sonnekus aan wat van mening is dat 'n vertrouensverhouding tussen ouer en kind 'n voorwaarde vir opvoeding is. Sonnekus wys daarop dat vertroue tussen ouer en kind as 'n atmosfeer, 'n klimaat deur die kind aangevoel, en beleef word. Sonnekus toon verder aan dat vertroue tussen ouer en kind aan die kind veiligheid bied, wat weer sy waaghouding en selfvertroue bevorder. Ouers moet derhalwe nie verskil oor hulle kinders se opvoeding nie en hulle optrede moet konsekwent wees.

Dit blyk dus dat aanvaarding 'n uitvloeisel van die liefde is en dat aanvaarding lei tot wedersydse vertroue. Wanneer die ouer sy kind aanvaar beteken dit ook dat hy erkenning verleen aan sy kind se vermoëns en beperkinge. Die kind, aan die ander kant, beleef sy ouers se vertroue en aanvaarding as sekuriteit en geborgenheid en daarom trag hy om sy beste te lewer en sy ouers se vertroue waardig te wees. Sonder die vertrouensverhouding kan die gesin nie wees wat dit behoort te wees nie.

Deurdat die ouers hulle kind vertrou, ondersteun hulle hom om sy moontlikhede te verwesenlik, omdat hy voel hy word aanvaar soos hy is en nie ter wille van sy prestasies nie. Die vertroue wat ouers dus in hulle kinders, asook in mekaar, stel, lei tot onafhanklikheid en selfstandigheid van denke en handeling.

Daar kan nou afgelei word dat 'n gebrek aan vertroue daartoe kan lei dat gesinsrelasies versteur sal word. 'n Gebrek aan vertroue kan lei tot agterdog en wantroue, wat sal veroorsaak dat die gesinslede dit moeilik sal vind om harmonieus saam te leef, en dat hulle kommunikasie met mekaar oppervlakkig en geforseerd sal wees. 'n Kind se selfverwesenliking kan gedemp word, omdat die selfvertroue wat moes ontstaan het uit sy ouers se vertroue in hom, ontbreek. In sy selfgesprek sal hy geneig wees om homself af te kraak en hy sal gedurig aan sy vermoëns twyfel.

3.9.3.6 Gesag en dissipline

Pistorius (1976: 60-61) volgens Griesel & Jacobs (1991) meld dat een van die opvallendste veranderinge wat die gesin in moderne tye ondergaan het, die verval van die vader se gesag is. Hy stel dit verder dat hierdie lugleegte slegs gedeeltelik deur die moeder gevul kan word. Hy sê ook dat dit die mening van sielkundiges is dat neigings tot geslagsperversie, verwerping van orde, vandalisme, sinlose geweld, werkskuheid en so meer onbewuste vorme van protes is teen die verdwyning van die vader se gesagsfiguur.

Daar word derhalwe in toenemender mate op die skool gesteun om die gesagrol wat in die ouerhuis ontbreek, te vervul. Die gevolg is dikwels dat die akademiese onderrig ontwrig word omdat leerlinge nie geleer het om in die gesinsituasie gesag te aanvaar nie. Hulle vind dit dus moeilik om hulleself te onderwerp aan die gesag en dissipline van die skool.

Volgens Sonnekus (1977: 7) is vertroue en begrip die voorwaardes vir die aanvaarding van gesag. Indien daar nie 'n vertrouensverhouding tussen opvoeder en opvoedeling bestaan nie, kan dit wees dat die kind sal twyfel aan die sinvolheid en opregtheid van die opvoeder se gesagsuitoefening. Indien begrip aan die kant van die opvoeder ontbreek, oor die kind se vermoëns, geestelike volwassenheid en sy behoeftes, kan die opvoeder se gesagsuitoefening en sy vereistes onrealisties en selfs wreed wees. Sinvolle dissipline bevorder die kind se gevoel van veiligheid terwyl onrealistiese verwagtinge en standaarde kan lei tot frustrasie en 'n gevoel van onveiligheid wat neerkom op 'n selfsiening van ontoereikendheid.

Daar moet 'n duidelike onderskeid gemaak word tussen dissipline en straf. Deur die kind te straf word die boodskap oorgedra: "Jy het oortree en nou moet jy die prys daarvoor betaal". Deur die kind te dissiplineer, help die ouer hom om innerlike selfbeheer te ontwikkel en om te verstaan waarom sekere gedragsmanifestasies onaanvaarbaar is aangesien dit die huisgenote se regte benadeel. Dit wil dus voorkom of gesagsuitoefening met insig en begrip 'n opvoedingsproses is, terwyl straf dikwels 'n desperate poging is en aandui dat die ouer beheer oor sy kind se gedrag verloor het. Straf kan dus lei tot verdere negatiewe gedrag.

Fine (1979: 71-77) maak verskeie praktiese voorstelle oor hoe ouers 'n klimaat van dissipline eerder as 'n klimaat van straf in die gesin kan skep. In hoofsaak kom dit daarop neer dat –

- wanneer besluite geneem word, dit moet getuig van goeie beplanning en weldeurdagte beweegredes wat daartoe aanleiding gegee het;
- daar effektiewe kommunikasie tussen ouer en kind moet wees waarin almal se gevoelens gerespekteer word;
- goedbeplande roetine sal geld wat daartoe sal lei dat almal weet wat van hulle verwag word;
- ouers met begrip sal besluit wanneer hulle verantwoordelikhede aan hulle kinders toevertrou, met ander woorde, dat die kind se verantwoordelikhede by sy wordingspeil sal pas;

- ouers, in geskille tussen kinders, nooit impulsief sal optree nie maar alle moontlikhede, en elke kind se kant van die saak deeglik sal oorweeg voordat uitspraak gelewer word oor wie reg of verkeerd is;
- ouers daarop ingestel moet wees om eerder die kind se goeie gedrag raak te sien en te prys, as om sy foute gedurig aan hom uit te wys. Die ouer moet met ander woorde daarop ingestel wees om positiewe gevoelens by sy kind te bevorder;
- die ouer daarinteen moet waak om nooit in 'n magstryd met sy kind gewikkel te raak nie. Fine (1979: 73) voel dat konfrontasies tot so 'n situasie aanleiding kan gee, en daarom moet reëls in die huis betekenisvol wees sodat die ouer hom daarop kan beroep sonder om die reël as sodanig te verdedig. Die reëls self moet dus soveel waarde en sin hê dat die kind self die waarde daarvan sal insien. Indien dit gebeur dat uitgediende of onnodige reëls steeds toegepas word, kan die kind daarteen rebelleer en die nodigheid daarvan bevraagteken, wat weer aanleiding kan gee tot argumente en verbittering. Indien die ouers aan die ander kant die kind se samewerking verkry deur aan die kind verantwoordelikhede toe te vertrou en sy opinie in te win in die besluitnemingsproses, sal dit lei tot bereidwilligheid aan die kant van die kind om sy ouers te gehoorsaam, en konfrontasies sal uitgeskakel word;
- die ouer se gesagsuitoefening deur geduld gekenmerk sal word, aangesien sy kind gedurig met sy eie gevoelens en dié van ander eksperimenteer. Dit sal dus soms voorkom of die kind sy ouers se gesag doelbewus uitdaag. Deur geduld aan die dag te lê kan die ouer dan sy kind lei om norme en gesag te aanvaar;
- die ouer egter ook die geldende reëls en norme konsekwent en ferm moet toepas;
- dit nie verkeerd is as ouers ook erken dat hulle foute kan maak nie. Dit kan die kinders daarvan bewus maak dat hulle ouers ook mense met gevoelens is. Dit kan verder daartoe bydra dat die kind sal voel sy ouers is toeganklik, sodat hy sy probleme met sy ouers sal kan bespreek;
- lyfstraf meer nadele as voordele inhou. Fine (1979: 75) voel dat lyfstraf die boodsakp kan inhou dat probleme deur middel van geweld reggestel moet word. Daar word ook gevoel dat lyfstraf eerder straf as dissipline is en dat die kind nie eintlik 'n les daaruit leer nie – met ander woorde, die gedrag wat die straf veroorsaak, word vermy uit vrees, eerder as wat dit uit oortuiging laat vaar word;

- ouers altyd die verantwoordelikheid moet aanvaar om die relasies tussen hulle en hulle kinders reg te stel en te bevorder. Die ouer moet dus altyd daarop ingestel wees om die kommunikasiemoontlikhede tussen hom en sy kind te vergroot en te vergemaklik. Dit kom nie daarop neer dat hy homself aan sy kind opdring nie, maar dat hy homself beskikbaar en toeganklik maak sodat wanneer sy kind wil praat, hy daar is; en
- die ouer nie sy griewe moet laat ophoop tot op 'n dag van afrekening nie. Die ouer moet eerder dink aan al die mooi en goeie dinge wat sy kind doen en gedoen het as om homself te verknies oor die enkele misstap en toelaat dat dit sy perspektief ontwrig.

Opsommend kan gesê word dat indien die ouer se relasies met sy kind reg is, die kind hierdie verhouding as aangenaam en iets kosbaars sal beleef. Hy sal dan daarop ingesteld wees om sy ouers se wense na te kom en daarom sal straf weinig, indien ooit, ter sprake kom.

3.10 Begripsintegrasie

Die gesin bestaan uit individue, naamlik vader, moeder en kinders, en in sommige gevalle, ook uit ander inwoners soos die oupa, ouma, ensovoort. Hierdie mense staan gerelasioneerd teenoor mekaar maar ook teenoor hulleself. Die dinamiek van hierdie intrapsigiese en interpersoonlike relasies kan soos volg beskryf word:

Vandat die mens kan ken en verstaan gee hy betekenis aan objekte, idees en relasies, is hy daarby betrokke as gevolg van sy betekenisgewing daarvan en betrokkenheid daarby. Die graad van intensiteit van sy belewing kan sy betrokkenheid verhoog of verlaag, wat weer sy betekenisgewing kan beïnvloed (realistiese of onrealistiese betekenisgewing). As gevolg van hierdie psigiese dinamiek wat plaasvind, ontstaan die persoon se bewuswording van sy identiteit as 'n sekere persoon, en as gevolg van sy interaksie met sy omgewing en ander persone ontstaan sy selfkonsep. Die selfkonsep is dus die gevolg van 'n persoon se evaluering van sy identiteit na aanleiding van die interaksie wat plaasvind tussen hom en sy omgewing, en word bepaal deur sy betekenisgewing aan, betrokkenheid by en belewing van hierdie interaksie wat plaasvind tussen hom en mense, idees en objekte. Dit wil dus voorkom of die mens se bewus wees van sy identieit en sy evaluering van daardie identiteit

(die selfkonsep) die wyse waarop hy homself onder omstandighede sal gedra, sal rig. Daar kan dus gesê word dat die selfkonsep as die moderator van gedrag gesien moet word.

Hierdie intrapsigiese dinamiek met die selfkonsep as die moderator van gedrag word deur elke individu in die gesin uitgeleef, met die gevolg dat interpersoonlike relasiestrukture gevorm word deurdat elke individu se gedrag op een of ander manier elke ander individu se gedrag beïnvloed, want elke individu gee ook betekenis, is ook betrokke by en beleef elke ander individu se gedrag. Hierdie interpersoonlike relasiestrukture word gekenmerk deur 'n klimaat wat beskryf kan word met konsepte wat wissel van liefde tot liefdeloosheid, begrip tot die gebrek aan begrip, aanvaarding tot verwerping, respek tot die gebrek aan respek, vertroue tot wantroue, gesag tot gesagloosheid. Ook aan hierdie klimaatsaspekte, wat in die interpersoonlike relasies van die gesinslede teenwoordig is, word betekenis gegee. Gesinslede is daarby betrokke en beleef dit op een of ander manier.

Griesel & Jacobs (1991: 37) vervolg dat daar dus gesê kan word dat 'n persoon se intrapsigiese dinamiek sy interpersoonlike relasies beïnvloed, en sy interpersoonlike relasies beïnvloed sy intrapsigiese dinamiek.. Die klimaat in die gesin word hierdeur nadelig of ten goede beïnvloed.

3.11 Samevatting

Tydens die bepreking oor die gesin het dit duidelik geword dat daar in die gesin relasiestrukture (of patrone) ontstaan na aanleiding van die rol wat individue in die gesin vervul. Hierdie struktuur of patroon kan bevorderlik wees vir individuele groei en ontwikkeling, maar dit kan ook nadelig wees vir die bevordering van die geestelike groei van individue. Die rol wat 'n persoon aanneem, word gemodereer deur sy selfkonsep en as geheel gesien, is die patroon van relasies wat ontstaan as gevolg van die interaksie tussen die individuele gesinslede ongeveer konstant. Hierdie konstante karakter van die relasiepatroon kan as die gesinsbalans beskryf word, en gesinslede is geneig om weerstand te bied teen pogings tot verandering. Verandering kom egter voor as gevolg van omstandighede soos byvorbeeld die dood, ongelukke of wanneer 'n persoon besluit om sy rol te verander, soos byvoorbeeld wanneer 'n persoon tot ander insigte kom deur die lees van 'n boek of as gevolg van terapeutiese hulp.

'n Persoon se selfkonsep as die moderator van sy gedrag is die gevolg van die wyse waarop hy aan dinge betekenis gee, daarby betrokke is en dit beleef. Indien die klimaat in die gesin gekenmerk word deur liefde, warmte, aanvaarding, respek, ensovoorts, sal 'n persoon waarskynlilk geneig wees om 'n positiewe selfkonsep te ontwikkel, wat weer daartoe sal lei dat hy sy vermoëns sal aktualiseer. Dit wil dus voorkom of dit die taak van die gesinsterapeut behoort te wees om hom wanneer hy met die gesin werk, dit ten doel te stel om in te gaan op hoe die individuele lede in die gesin betekenis gee aan die gesinsituasie, daarby betokke is, en hoe elk dit beleef, want uit hierdie intrapsigiese dinamiek vloei voort die interpersoonlike verhoudinge in die gesin wat ontstaan as gevolg van die rolspel van elke individu, en wat as 'n sekere funksioneringspatroon beskryf kan word.

Indien 'n gesinslid se betekenisgewing aan die liefdesaspek van die gesinsklimaat byvoorbeeld oneg of onrealisties is, kan dit lei tot spanning en konflik in al die gesinsrelasies, sodat die gesinsklimaat as geheel daardeur nadelig getref word, en dan word die gesin se relasies as geheel benadeel. Dit kan dan lei tot onaanvaarbare gedrag wat almal in die gesin op die een of ander manier nadelig raak. Die taak in gesinsterapie moet dan wees om hierdie versteurde relasies reg te stel.

In hierdie studie waar daar 'n chroniese siek ouer binne die gesin teenwoordig is, sal daar in die volgende hoofstuk, uit literatuur en studies wat gedoen is, gekyk word of en tot watter mate dit ontwrigtend in werk op die gesinslewe en die kind in die besonder.

HOOFSTUK 4

LITERATUURSTUDIE OOR DIE INVLOED VAN DIE CHRONIESE SIEK OUER OP DIE KIND.

4.1 INLEIDING

Uit navorsing wat deur Armistead, Klein & Forehand (1995: 409) gedoen is, kom die volgende aanhaling: "Although physical illness among adults is prevalent, few studies exist which examine the relationship between parental illness and child functioning".

Uit hierdie navorsing is daar ook bevind dat die impak van chroniese siekte nie net deur die pasiënt ervaar word nie, maar ook die mense om hom/haar wat blootgestel word aan verskeie vorme van psigiese, ekonomiese en sosiale stressors wat met die siekte gepaard gaan.

"Adjusting to a serious illness may be particularly difficult for families with children or adolescents, as these families are already faced with the continuous challenges of development and childrearing" (Armistead, Klein & Forehand: 1995:409).

Dit blyk verder uit statistiek in Amerika dat daar in die ouerdomsgroep 25-44, waartydens 'n groot persentasie Amerikaners kinders groot maak, daar 35% sterftes voorkom as gevolg van mediese toestande. Verder is daar baie ouers binne hierdie ouderdomspan wat aan chroniese siektes ly, wat nie noodwendig tot die dood lei nie, maar waarby 'n noemenswaardige hoeveelheid kinders betrokke is. Hierdie kinders moet met die stressors van hulle ouers se chroniese siektetoestande worstel deur die verskillende stadia van ontwikkeling, van kleuter tot laat adolessent.

4.2 BEVINDINGE UIT STUDIES

4.2.1 Armistead, Klein & Forehand het in hulle navorsing verwys na, studies wat gedoen is, en daar word kortliks gekyk na die bevindinge van hierdie studies

- 'n Studie op skoolgaande kinders met 'n chroniese siek ouer is onderneem deur Siegel, Karus, Christ, Banks, & Moynihan (1992) en die volgende bevindinge is gemaak: Die kinders het beduidend hoër vlakke van depressie, angs en gedragsprobleme geopenbaar. Opmerklik was dan ook dat hulle laer selfbeelde en meer sosiale onbevoegdhede getoon het as die kontrolegroep.
- First, Mikail & von Baeyer (1990) het 'n studie gedoen van kinders tussen 9-17 jaar met 'n ouer met chroniese pyn. Hieruit het geblyk dat die kinders misdadige neigings openbaar en aanpassingsprobleme en swak sosiale vaardighede toon. Hulle het ook baie meer somatiese simptome en hoofpyne per maand gehad.
- Rickard (1988) het onderwysers se verslae gebruik vir 'n studie van leerlinge tussen 8 jaar en 12 jaar wie se ouers aan chroniese siektes ly. Die kinders het gedragsprobleme en somatiese klagtes gehad, was baie meer afwesig en het ook meer dikwels in die siekekamer gelê.
- Navorsing met 'n groep adolessente, 12 tot 18 jaar, wie se ouers aan depressie ly en 'n ander groep wie se ouers reumatoïde artritis het, is gedoen deur Hirsch, Moos en Reischl (1985) en het op die volgende gedui: adolessente uit beide die bg. groepe het 'n lae selfbeeld, en hulle het aan baie min skoolaktiwiteite deelgeneem teenoor die kontrolegroep, waar dit nie die geval was nie.

"These data provide some support for the suggestion by Hirsch et al. (1985) that the presence of parental disability, rather than the specific type of disability, may be responsible for placing children and adolescents at risk for poorer functioning" (Armistead, Klein & Forehand 1995: 413).

4.2.2 Hirsch het verder saam met Barton, Thomas en Reischl (1985: 272) die studie uitgebrei met die groep soos reeds hierbo verduidelik

Hirch et al. (1985), soos hierbo genoem, se bevinding is soos volg: "Adolescent friendships are related to fundamental developmental tasks of this period, such as emancipation from

the family and exploration of new social identities. Friendships also have important mental health consequences. Both developmentalists and psychopahologists however, seem to agree on several important dimensions of adolescent friendships: intimacy, sharing of similar interests, and regular interaction with at least several different people".

Bg. navorsers toon dat verskillende sosiale netwerke van die adolessente hierdeur geraak word.

Kommerwekkend is die feit dat adolessente met 'n chroniese siek ouer, nie altyd die sosiale ondersteuning by die skool en tuis het nie. Dit maak dit vir dié jong mense moeilik om die stressors te hanteer.

Tweedens, ontbeer die adolessente in die breër portuurgroepvriendskappe die volgende: die diverse aktiwiteite wat daar tussen vriende is, om hulle vriende in hulle vertroue te neem in terme van gemeenskaplike belange, hulle ontbeer interaksie met vriende en dan kom hulle ook baie makliker in konflik met hulle maats. Dit bewerkstellig 'n bose kringloop waar hulle steeds die behoefte het aan vriende en die ondersteuningsisteem, maar die konflik steeds verhoog.

Derdens ervaar hulle 'n gebrek in die megasisteem, wat verwys na koppelings tussen die verskillende sosiale gebiede, soos dié van vriende en familie.

Vierdens, ek haal aan: "This involves considering the perceived parent-friendship 'boundary density', which is defined as the proportion of actual ties to potential ties that are believed to exist between an adolescent's parents and an adolescent's friends." Hirch et. al. (1985:273)

Hierdie aspek is breedvoeriger ondersoek. Daar is normaalweg 'n ambivalensie tussen ouers en adolessente. Nou word dit verder gekompliseer deur die chroniese siekte van een van die ouers. Die adolessente is skaam vir hulle ouerhuis, aangesien hulle ouer siek is. Die siekte bring mee dat die ouer ook dikwels depressief raak. As die vriende kom kuier in tye wanneer die ouer baie siek is, is die adolessent skaam daaroor en maak dan gebruik van allerlei verdedigingsmeganismes (Sien hoofstuk 2).

Die kind moet dikwels die rol van die siek ouer oorneem, en dinamies genoeg wees om weer van die rol afstand te doen, wanneer die ouer weer in staat is om te funksioneer. Hoe beter hulle vriende en ouers mekaar leer ken, hoe hegter hierdie kontak, hoe intensiewer moet hulle hulself verdedig, aangesien hulle skaam is, en hoe groter raak die konflikmoontlikhede tussen die adolessent en die siek ouer. Dit gee aanleiding tot 'n verhoogde angstigheid dat hulle vriendkap in die gedrang is. Hulle is bang die ouer stel hulle in die verleentheid voor hulle vriende.

Die jong mense wat baie sterk bande met hulle vriende het, is baie meer bedreig hierdeur, aangesien hulle baie meer het wat hulle kan verloor en wat hulle moet verdedig. Die jong mense wat nie baie hegte vriendskappe het nie, voel minder bedreig en daar is ook minder konflik. Met hierdie skeefgetrekte idees en bedreiginge vorm die jong mens se identiteit nie behoorlik nie.

Die teendeel is waar vir adolessente wat die kontrolegroep gevorm het. Hulle interpersoonlike verhoudinge was gesond. Sosiale ondersteuning is gebied ten opsigte van 'n wye reeks aktiwiteite. Daar was ook 'n sterker "border density" tussen die ouers en die vriende. Dit is dus vir die adolessent baie makliker om nuwe sosiale identiteite te vorm en om sukses te behaal in probleemoplossing. Daar is ook gevind dat die ouers en vriende 'n sterk vriendskapsband gevorm het. Vir die adolessent se individualiteitsvorming is afstand en kontak nodig. Ouers en vriende bied vir die adolessent sekuriteit en geborgenheid, en dit vergemaklik sy persoonlike identiteitsvorming.

4.2.3 Power se bevindinge

Volgens Power(1977:70-78) het navorsing wat hy gedurende die afgelope tien jaar gedoen het, getoon dat chroniese siekte nie net die individu raak nie, maar 'n impak het op die hele gesin. Chroniese siekte geskied binne die konteks van gekompliseerde interpersoonlike verhoudinge. Kinders wat grootword in omstandighede waarin 'n chroniese siek ouer gepreokkupeerd is met oorlewing en betrokke is in 'n gesin met voortdurende verandering van gesinsrolle; soos die gesin poog om aan te pas by die omstandighede, van ekonomiese deprivasie; wat blootgestel is aan 'n ontmoedigende gesinsatmosfeer, waarin 'n donker toekoms gelees word, is aspekte wat voortvloei uit so 'n situasie.

Power se werk het hoofsaaklik chroniese siektes behels, maar hy was spesifiek met Huntingtons se siekte gemoeid. Die siekte het 'n oorerflike element en boonop stem die omstandighede waarin lyers se kinders opgroei ooreen met dié van ander chroniese siektes soos veelvuldige sklerose, Parkinsons se siekte en rumatoïde artritis. Hy het hierdie groepe gebruik, asook 'n kontrolegroep waar die ouer heeltemal gesond was.

Daar is verskeie reaksies wat kinders uit verskillende wordingsfases kan toon in hierdie omstandighede. Kinders kan positief of negatief reageer op sulke omstandighede.

4.2.3.1 Negatiewe reaksies op sulke omstandighede is die volgende

Angstigheid: Jong kinders se angstigheid is nie werklik gegrond op die feit dat hulle moontlik die slagoffer van dieselfde siekte kan word nie. Hulle groot kommer is oor die fisiese en emosionele beperkinge van die ouer. Hulle raak angstig aangesien hulle nie werklik weet tot watter mate dit die gesin finansieel affekteer nie. Dit bring ook verleentheid vir die kinders as hulle vriende kom kuier, aangesien hulle sosiale verhoudinge daardeur aan bande gelê word. Die ouer vereis gereeld noodsaaklike aandag en dit is nie vir hulle moontlik om vrylik uit te gaan nie. Chroniese siek persone ervaar ook dikwels gemoedskommelinge en die kind weet nie werklik wat om van die ouer te verwag nie. Dit veroorsaak 'n gespanne gesinsatmosfeer. Dikwels weet die kind eenvoudig net nie wat om volgende van die ouer te verwag nie.

Rou: Daar is ook rou en verlies, aangesien die ouer nie meer die versorger van die gesin kan wees nie en nie meer kan dien as die emosionele bron waaruit daar geput kan word nie. Die kinders aanskou en beleef die agteruitgang van die ouer en die kinders het 'n verdere verlies van 'n ouer wat so nodig is om as geslagsidentifikasiemodel te dien. Daarby is die ouer al meer geabsorbeer met bekommernisse en 'n ernstige gevoel van insekuriteit soos wat hy/sy die onbekende toekoms ingaan.

4.2.3.2 Negatiewe reaksies van die adolessent

Twee derdes van adolessente reageer negatief op 'n ouer se chroniese siektetoestand. Daar is hoofsaaklik drie reaksies wat getoon word: verwerping, verergerde hipokondriese simptome en ontvlugting.

Verwerping: Die kind word baie kwaad, aangesien sy ouer van hom af weggeneem word. Die woede word dikwels geaktiveer deur die finansiële las wat op die gesin geplaas word weens die mediese verpligtinge van die siektetoestand. Hierdie woede is teenwoordig met 'n mate van frustrasie en hulpeloosheid. Hierdie emosies werk woede-uitbarstings in die hand, wat aanvanklik gerig word teen enigiets of enigiemand. Geleidelik word hierdie uitbarsting gerig teenoor die siek ouer. Hierdie verwerping word erger, soos wat die kind skuldgevoelens ontwikkel oor sy gedrag teenoor die ouer. Die adolessent dink dat hy opstandig moet wees om outonoom te kan wees, dus ontstaan daar nou rebelsheid wat gekombineer word met skuldgevoelens, aangesien hulle weet dat hulle meer versorgend moet optree teenoor die ouer.

Verergerde hipokondriese gedrag: Een van die take van die adolessent is om gewoond te raak aan sy liggaam. As 'n adolessent in 'n huis grootword waar daar verhoogde belangstelling is in mediese aspekte wat kommer wek en waar die ouer ook nog 'n voorbeeld aan die kinders stel van 'n liggaam wat voortdurend afgetakel word, dan fasiliteer hierdie aspekte verhoogde aandag by die adolessent m.b.t. sy jong liggaam. Die adolessent reageer oormatig op enige ongemak wat hulle fisies mag ervaar. Daar is ook 'n groter sensitiwiteit en gewaarwording van pyne rondom die aanvanklike simptome wat hulle ouers ervaar het, toe die siektetoestand by die ouer gediagnoseer is.

Dikwels is daar by hulle die vrees dat hulle dieselfde siekte as hulle ouers ontwikkel, selfs al is daar nie werklik duidelike simptome daarvan teenwoordig nie. Ongelukkig, aangesien daar so baie van die adolessent se tyd gepreokkupeerd is met konstante gesprekke rondom die liggaam wat afgetakel raak, gebeur dit dat genotvolle gevoelens rondom die liggaam deur hierdie gewaarwording van siekte en aftakeling geïnhibeer word.

Ontvlugting: Vir baie jong mense is dit te veel om elke dag gekonfronteer te word met die daaglikse siekte en agteruitgang. Soos die adolessent 'n behoefte het aan onafhanklikheid, maar ook ondersteuning van die volwasse wêreld, vind hulle 'n plaasvervanger in ontvlugting van die gesin en verbind hulle tot 'n ander gesin of tot dwelms of drank. Die kind wil soms die ouer totaal verwerp en uit sy lewe sny, maar is te bang om dit te doen, maar kan nie funksioneer binne die omstandighede tuis nie. Sommige spandeer die meeste van hulle tyd saam met vriende, kom net sporadies huis toe om te slaap, of raak totaal van dwelms afhanklik.

4.2.3.3 Die positiewe reaksies van adolessente

'n Derde van die adolessente het angstigheid ervaar en gerou oor die ouer wat agteruitgaan, maar kon tog binne hierdie omstandighede in die gesin daarin slaag om te groei na volwassenheid, en kon selfs hierdie omstandighede gebruik tot persoonlike groei. Hulle reaksie teenoor die ouer se siekte het eintlik net een vorm aangeneem, en dit was 'n meerdere verantwoordelikheid binne die gesin.

Soos wat die rolle verander het binne die gesin, het hulle meerdere verantwoordelikheid aanvaar vir take wat nie meer deur die ouer uitgevoer kon word nie. Sommige het meer betrokke geraak by die ouer se versorging, ander het in oorleg met beide ouers, verantwoordelikhede opgeneem wat vroeër deur die siek ouer behartig is, asook die versorging van jonger broers en susters.

Die betrokkenheid by die versorging van die ouer het vir die kind hoop gebied. Die kind ervaar daardeur dat die ouer dalk beter kan word danksy sy insette, of dat hy dalk daardeur kan help dat die ouer se toestand nie verder verswak nie. Van die jongmense het gehelp dat hulle ouers deur baie ondersteuning betrokke geraak het by verskeie vorme van oefening wat gepas was by die omstandighede. Die jong mense het saam met die ouers aan die oefenprogramme deelgeneem. Hulle het hulle betrokkenheid by die ouer verhoog en nie gepoog om te ontvlug van die situasie nie. Daaglikse oefening is vir meeste chroniese siek pasiënte baie belangrik. Hierdie betrokkenheid het meegebring dat die kind besef het dat, al is die ouer siek, daar tog 'n bydrae gemaak kan word om die ouer beter te laat voel. As die siek persoon gehelp word om deel te neem aan aktiwiteite, is daar minder geleentheid tot

depressie en baat sy gemoedstoestand ook daarby. Hierdie samewerking van kinders met hul ouers is gevind by 16 en 17-jariges en nie soseer by jonger kinders, selfs dié van 13 en 14 jaar nie.

4.2.4 Thorne (1990: 209) het 'n studie gedoen van 16 moeders met chroniese siektetoestande, en haar bevindinge word kortliks gemeld

4.2.4.1 Werkverrigtingsaspek

'n Groot probleemarea vir die moeders was dat hulle nie altyd vir hulle kleiner kinders 'n veilige omgewing kon voorsien nie. Die een moeder het besef die kinders is by die swembad, maar sy was op daardie stadium nie fisies sterk genoeg om onmiddellik in te gryp nie. Die moeder se jongste kind is gebore nadat die chroniese siekte 'n aanvang geneem het. Hy het telkens gevra waarom sy moeder nie soos ander ma's is nie, aangesien hy net sy ma as sy verwysingsraamwerk gehad het.

Kleiner kinders word benadeel in terme van die ontbering van fisiese spel wat daar met hulle kon plaasvind. Heelwat van die chroniese siek moeders was te moeg en dikwels te swak om aan daardie groot behoefte van hulle kleiner kinders te voldoen. Ter motivering plaas ek die volgende aanhaling uit Thorne (1990:212):

"While the fatigue of chronic illness forced these women to curtail mothering activities, mothering itself contributed to fatigue. Small children were predictably demanding; however, many of the mothers found dealing with older children equally taxing".

4.2.4.2 Beskikbaarheidsaspek

Dit blyk verder uit die studie dat chroniese siek ouers nie so geredelik beskikbaar is vir hulle kinders met hulle behoeftes nie. Gewone opvoedingstake en emosionele steun wat hulle moet bied, put hulle geweldig uit. Kinders sien dit en probeer dan op hulle eie om hulle probleme op te los, wat 'n groot stressor is vir kinders om op hierdie stadium te hanteer. Aangesien die ouer se situasie baie wisselend is, bring dit mee dat daar onbestendigheid is in die kinders se lewe. Hulle sekuriteit word aangetas. Die siektetoestande is ook

wisselend en maak dit moeilik om te beplan vir sosiale aktiwiteite. Dit bring mee dat baie spesiale geleenthede nie bygewoon kan word nie, aangesien die ouer se toestand verswak en hy/sy eenvoudig net nie in staat is om die geleentheid by te woon nie.

4.2.4.3 Afhanklikheidsaspek

Die chroniese siektetoestand bring mee dat die ouer afhanklik raak van die kinders in plaas daarvan dat die kind van die ouer afhanklik moet wees. Dit is dikwels vir die kind nodig dat hy sy ouer fisies moet help en soms moet die kind ook die ouer emosioneel ondersteun.

4.2.4.4 Sosialiseringsaspek

Die kinders word groot met die intimiteit van die siekte. Dit veroorsaak versteurde kommunikasie binne die gesin. 'n Aanhaling uit Thorne (1990: 215) lui: "I mean people who have chronic diseases have them for a long time. After a while, you don't care how much somebody loves you, they're going to get tired of hearing you're sick again". Kinders reageer ook positief of negatief hierteenoor, aangesien sommige kinders die houding inneem dat dit die ouer se probleem is as hy/sy weer siek is. Hulle konsidereer nie altyd die siek persoon nie en raak oor die lang duur hard en ongevoelig.

Ander kinders leer weer van jongs af empatie en simpatie met siekte wat hulle later in hulle lewens meer diensbaar maak vir mense met sulke behoeftes. Hierdie kinders het vroeg in hulle lewens kennis gemaak met die harde realiteite van die lewe. Hulle kan daarby baat vind, maar andere raak hard en afgestomp.

4.2.5 Johnson et al. (1992:228) se bevindinge

Johnson, Martin, Martin en Gumaer het ook hieroor navorsing gedoen, aangesien hulle gevoel het dat kinders 'n groter behoefte het aan fisiese versorging en koestering as volwassenes. Vir kinders is die chroniese siekte van die ouer ontwrigtend, as gevolg van die gesinsroetine wat geaffekteer word en die onvermoë om die aard en kompleksiteit van die siekte te verstaan. Die onvermoë en die afwesigheid van die ouer ervaar hulle as 'n persoonlike verwerping. Die oorweldigende stres en aanspraak wat die siek ouer verg van

die gesonde ouer, bring mee dat die ouer baie min tyd, emosionele reserwes en energie het om aan die kinders te wy. Dus het chroniese fisieke siekte van 'n ouer 'n traumatiese effek op jong kinders, aangesien beide die ouers nou die kinders afskeep.

Die ouer kinders tree meer op soos wat volwassenes in hierdie omstandighede sal optree. Hulle ervaar gevoelens van eensaamheid, woede, hulpeloosheid, teleurstelling en negatiwiteit t.o.v. die toekoms vir homself en vir die familie. Hulle mag woede ervaar teenoor die siek ouer en ervaar dan weer skuldgevoelens, omdat hulle kwaad voel. Hulle voel skaam en verleë oor die siekte van die ouer.

Hulle het die behoefte om soos grootmense op te tree en steek hulle gevoelens weg vir ander gesinslede. Daar is al gevalle aangemeld waar die siekte van die ouer meegebring het dat die kinders gedragsprobleme openbaar, akademies swak vaar, sosiaal onttrek, seksueel promisku optree en aan drank of dwelms verslaaf kan raak. Hierdie meerdere verantwoordelikheid wat die ouer se siektetoestand meebring kan die kind se wording strem.

Dit blyk dat seuns en dogters verskillend geaffekteer word. Die dogter kry vroeg meerdere verantwoordelikhede by, en dit bring mee dat sy vroeër volwasse word, veral wanneer sy emosionele ondersteuning ontvang van andere, behalwe dié wat die moeder bied (Johnson et al. 1992:228).

Die seuns kon goed funksioneer onder hierdie omstandighede, as daar vir hulle struktuur geskep was. Daar was minder ontwrigting binne die familie as die vader teenwoordig was.

Daar kan dus tot die konklusie gekom word dat die chroniese siekte van 'n ouer, 'n krisis en uitdaging vir die hele familie sal wees. Dit kan ook meebring dat gesinne wat op die grens funksioneer, disfunksioneel kan word. In die proses om die siekte te hanteer, raak die rolle en die grense tussen die ouer en die kind baie diffuus, en die kind se wordingsbehoefes bly onbevredig. Die hantering van 'n chroniese siekte is nie 'n episode nie, maar 'n voortgesette proses.

4.2.6 Kruger se bevindinge

Kruger het 'n lys saamgestel van simptome wat deur stres veroorsaak word en wat hoofsaaklik by adolessente voorkom. Die gevolge van stres en simptome wat na vore kom, kan volgens Kruger (1991: 73) in twee kategorieë verdeel word, naamlik fisiese simptome en psigiese simptome. Sy het 'n lys saamgestel uit verskillende bronne, nl. Chandler 1985: 70-91; Cooper and Eaker 1988: 19; Hendren 1990: 259-261; Kucxen 1984: 27; Nash 1987: 130-131; O'Brien 1988: 106; Omizo & Suzuki 1988: 270 en Sutherland & Cooper 1990: 99-163. Dit bied 'n volledige lys van simptome. Die navorser het dit in 'n tabel vervat, waar die eerste kolom die simptome van stres is, soos deur Kruger saamgestel.

Die tweede kolom is die simptome van stres wat uit die literatuurstudie verkry is, wat langs die volledige lys deur Kruger ingevul is, sodat daardeur bepaal kan word watter simptome by die adolessent voorkom met 'n ouer wat aan 'n chroniese siektetoestand ly.

Die derde kolom gee telkens die navorser se van. Daaruit kan verder bepaal word dat sekere simptome deur 'n hele aantal navorsers gevind is, wat die frekwensie van die spesifieke simptoom aandui. Verwys na tabel 4.

Stres moet geïdentifiseer word, aangesien dit nie altyd duidelik is wanneer die las vir die adolessent te veel word nie. Die sleutel waarna gekyk moet word, is of daar enige verandering in die persoon se gedrag is. As daar verandering op meer as een gebied soos in die tabel hierbo uiteengesit, na vore kom, moet dit aanduidend wees van probleme wat die persoon ervaar. Die voorkoms moet meermalig wees en daar hoef nie opgetree te word ná slegs 'n enkele voorkoms nie.

4.2.6.1 Fisiese aanduiders

Uit bogenoemde tabel kan daar simptome na vore kom wat lewensbedreigend is, soos maagsere, hoë bloeddruk en asma. Uitermatige stres kan selfs aanleiding gee tot hartsiektes en kanker, volgens Caudill and Carrington (1986:7).

TABEL 4: STRESSIMPTOME

Simptome van stres by adolessente soos saamgestel deur Kruger	**Simptome geïdentifiseer by kinders met 'n ouer wat aan 'n chroniese siekte ly**	**Navorsers**
Fisiese simptome van stres		
Hoofpyne	Somatiese simptome soos hoofpyn en maagpyn	*Rickard
Maagpyn		*First, Mikail & Von Baeyer.
		*First, Mikail & Baeyer
		*Power
Spierspasmas		
Tandheelkundige probleme		
Diaree; konstipasie		
Kontante moegheid	Soos ouer se siekte	*Power
Hipertensie- hoë bloeddruk		
Maagsere		
Bed natmaak		
Verlies aan eetlus		
Drang na kos onderdruk		
Sooibrand		
Insomnia		
Sweet sonder goeie rede		
Senutrekkings		
Naelbyt		
Naarheid		
Uitasem sonder uitputting		
Floutes		
Huilerigheid		
Impotensie		
Vroetelrig		
Migraine		

Asma		
Jeuk		
Menstruele afwykings		
Uitslag		
Depressie	Verhoogde depressie	*Siegel, Karus, Christ, Bank & Moynihan
Hartkloppings		
Enurese		
Anorexia Nervosa; Bulimie		
Uitbranding	Ervaar ouer se simptome	*Power
Herhaalde urinering		
Droë mond; knop in keel		
Spraakprobleme, hakkel		
Kompulsiewe haretrek, oortrek, of ooghaarplukkery		
Hiperventilasie		
Nek- en rugpyn	Ervaar ouer se simptome	*Power
Skrik vir geluide		
Hiperaktiwiteit		
Bruksisme		
Duimsuig		
Bewing		
Hoë, senuweeagtige lag		
Psigiese simptome van stres		
Angs	Angs	*Siegel, Karus, Christ, Banks & Moynihan
	Angs ontstaan weens konflik met die ouer	*Hirsh et al. *Power
Verlies aan motivering	Vaar akademies swak.	*Power

		*Thorne
Onttrekking	Sosiale onbevoegdheid	*Siegel, Karus, Christ, Banks & Moynihan
	Swak sosiale vaardigheid	*First, Mikail, & Baeyer
	Sosiaal onttrek	*Thorne
Gemoedskommeling		
Konsentrasieprobleem		
Ongelukkigheid		
Selfmoordgedagtes		
Gebrek aan waaghouding		
Onrealistiese doelwitte		
Lae selfkonsep	Lae selfbeeld	* Moos en Reischl
		*Hirsh et al
Nagmerries		
Geïrriteerdheid		
Rusteloosheid		
Interpersoonlike probleme	Ontbeer portuurgroep vriendskappe. Ontbeer interaksie met vriende en konflik ontstaan maklik met die ouer	*Hirch et al.
	Sosiale verhoudinge word geïnhibeer	*Power
Gedragsprobleme	Gedragsprobleme	*Siegel, Karus, Christ, Banks, & Moynihan
		*Richard
	Misdadige neigings en aanpassingsprobleme	*First, Mikail & Baeyer
	Hard en ongevoelig	*Thorne
Gebruik van ontkenning en		

vermyding Swak eetlus of ooreet.		
Substans misbruik	Ontvlug deur drank of dwelmmisbruik	*Power *Thorne
Swak prestasies		
Wegloop van die huis Regresserende optredes, soos tantrums	Rebelsheid	*Power
Verbale en fisiese aggressie	Woede en aggressie Aggressie	*Power *Thorne
Dagdromery en ontrekking van die realiteit Impulsiewe optredes Verlies van geheue Selfvernietigende gedrag Vrees vir mislukking Oorreaksies Gevoel dat persoon nie in beheer is nie		
Lae selfbeeld	Lae selfbeeld	*Siegel, Karus, Christ, Banks & Moynihan *Thorne
Insekuriteit Skuldgevoelens	Veral, insekuriteit, by kleiner kinders Skuldgevoelens	*Power *Power *Thorne
Gebrek aan belangstelling in die lewe Konstante vrees vir siekte Voel dat almal hom bespot Verlies van sin vir humor Kan een taak nie voltooi, voordat 'n nuwe oorhaastig		

begin word nie.		
Swak akademiese prestasie		
Onderprestasie	Neem aan min skoolaktiwiteite deel	*Moos en Reischl *Thorne
Emosionele agteruitgang, toon geen emosies nie		
Ongewone skaamheid		*Hirsh et al.
	Skaam vir ouer en ouerhuis	*Power *Power
	Seksuele promiskuïteit, versteurde geslagsrolidentifikasie	*Power
	Verwerping	*Thorne
	Ongewone skaamheid en verwerping, seksueel promisku	

Fisiese stressimptome is diarree, broeknatmaak, slapeloosheid, intense gejeuk, velsiekte, depressie, anorexia nervosa en spraakprobleme. Die individu kan in 'n bose kringloop vasgevang word, waarvan daar dikwels moeilik ontsnap kan word. Hierdie toestand het implikasies vir die individu se gesondheid en ook vir die samelewing, daarom is dit noodsaaklik dat dit vroegtydig geïdentifiseer word.

4.2.6.2 Kognitiewe aanduiders

Stressimptome soos angs, depressie, verlies van motivering, onrealistiese doelwitte, dagdromery, wegbeweging van realiteit, vrees vir mislukking, verlaagde akademiese prestasie, wegloop van die huis en lae selfbeeld wys op die negatiewe impak wat stres op die kognitiewe ontwikkeling van die kind het. 'n Matige hoeveelheid stres kan gesond wees vir 'n student om hom/haar te motiveer, maar oormatige stres veroorsaak negatiewe skolastiese gevolge. Die negatiewe gevolge op skolastiese vlak spoel uiteindelik ook oor na die emosionele domein.

4.2.6.3 Affektiewe aanduiders

Kruger (1995: 74) is van mening dat langdurige en oormatige stres gedrag- en emosionele probleme veroorsaak. Van hierdie emosionele probleme is uitputting, verveeldheid, geïrriteerdheid, depressie, ongelukkigheid, selfmoordgedagtes, nagmerries, eetversteurings, substans misbruik, selfvernietigende gedrag, lae selfbeeld en veel meer. Oormatige stres kan aanleiding gee tot emosionele onstabiliteit en ontoereikende selfaktualisering.

4.2.6.4 Sosiale aanduiders

Die sosiale effekte van stres is dikwels te bespeur in die verbrokkeling van interpersoonlike verhoudinge. Isolasie, onttrekking, onwilligheid om verantwoordelikheid te aanvaar en mislukking in alledaagse take is aanduiders van sosiale stres. Aanvullend hierby is daar gemoedskommelinge, lae self-effektiwiteit, konstante geïrriteerdheid met mense, onaanvaarbare gedrag, wegloop van die huis, verbale en fisiese aggressie, die gevoel dat hulle die swartskaap vir alles is, die verlies van sin vir humor en oormatige skaamheid.

Dit is dus baie duidelik dat hierdie simptome by kinders gediagnoseer moet word op die vroegste moontlike stadium en dat daar so spoedig moontlik regstelling moet plaasvind, voordat daar verreikende gevolge plaasvind.

4.3 SAMEVATTING

As die simptome van stres geëvalueer word uit die navorsing wat gedoen is, kan tot die volgende gevolgtrekkings gekom word:

Fisiese aanduiders. Simptome soos hoofpyn en maagpyn het baie algemeen voorgekom. Daarbenewens het van die adolessente dieselfde simptome as hulle siek ouers geopenbaar, wat veral konstante moegheid, uitbranding en depressie is. Daar is dus genoegsame aanduiders om tot die gevolgtrekking te kom dat stres die adolessent nadelig raak. Wat wel bevind is, is dat die siektes nie lewensbedreigende siektes soos maagsere, asma of hoë bloeddruk is nie.

Kognitiewe aanduiders: Stressimptome soos angs en depressie, verlies aan motivering, verlaagde akademiese prestasie, geringe deelname aan buitemuurse skoolaktiwiteite, rebelsheid en 'n lae selfbeeld wys op die negatiewe impak wat stres op die kognitiewe ontwikkeling van die kind het. Die oormatige hoeveelheid stres wat die adolessent met 'n chroniese siek ouer ervaar, veroorsaak negatiewe skolastiese gevolge. Die negatiewe gevolge op skolastiese vlak, sal dus oorspoel na die emosionele domein.

Affektiewe aanduiders: Langdurige en oormatige stres veroorsaak dikwels gedrags- en emosionele probleme. Van hierdie probleme is depressie, substans misbruik, lae selfbeeld, skuldgevoelens, woede en aggressie, misdadige neigings, aanpassingsprobleme, seksuele promiskuïteit, versteurde geslagsrolidentifikasie, ongewone skaamheid – ook vir die siek ouer en 'n gevoel van verwerping, ens. Dit is duidelik uit die lang lys simptome wat by hierdie kinders voorkom dat oormatige stres, in hierdie geval as gevolg van die ouer se chroniese siektetoestand, aanleiding kan gee tot emosionele onstabiliteit en ontoereikende selfaktualisering.

Sosiale aanduiders: Die sosiale effekte is ook by hierdie adolessente te bespeur. Kyk na: die verbrokkeling van hulle interpersoonlike verhoudinge; ilsolasie; ontbering van portuurgroepvriendskappe; onttrekking; swak sosiale vaardighede ontwikkel en dit lei ook dikwels tot sosiale onbevoegdheid. Aanvullend hierby is lae-selfeffektiwiteit, onaanvaarbare gedrag, rebelsheid, aggressie en oormatige skaamheid.

Uit bogenoemde tabel en die uiteensetting van die verskillende aanduiders, naamlik fisies, kognitief, affektief en sosiaal is dit duidelik dat kinders met ouers wat aan chroniese siektes lei, volgens studies wat onderneem is, aan geweldige stres onderwerp is.. Dit blyk dus dat hierdie kinders in nood verkeer en dat terapeuties ingegryp moet word.

In Hoofstuk 5 gaan die empiriese navorsingsontwerp bespreek word en in Hoofstuk 6 sal die gevallestudies bespreek word, wat onderneem is om te bepaal wat die effek van die chroniese siekte van die ouers op die wordende kinders is.

HOOFSTUK 5

DIE EMPIRIESE NAVORSINGSONTWERP

5.1 DIE DOEL MET DIE EMPIRIESE NAVORSING

In Hoofstuk 1 tot 4 is die teoretiese begronding bespreek van die veranderlikes wat in die empiriese navorsing gebruik gaan word, naamlik: die chroniese siek ouer en die wordende kind wat deel is van die gesinstruktuur, asook die resultate wat uit navorsing bevind is, t.o.v. die effek wat die chroniese siek ouer op die kind het. Daar is bevind uit die literatuur dat daar heelwat simptome van stres voorkom by kinders wat in gevallestudies betrek is. In Hoofstuk 1 (Paragraaf 1.3.1 en 1.3.2.) is die doel van die ondersoek ook reeds gestel.

5.1.1 Die onmiddellike doelstelling

Die onmiddellike doelstelling van die empiriese navorsing is:

- Om chroniese fisieke siektetoestande te ondersoek.
- Om die gesinsopset te definieer en bestudeer.
- Om die invloed van die chroniese fisieke siektetoestand van die ouer op die kind te ondersoek.

5.1.2 Die verwyderde doelstelling

Die verwyderde doelstelling van die studie is om riglyne vir terapie vir die individu, sowel as die unieke gesin waarbinne hy homself bevind, daar te stel.

Om die doelstellings te bereik, word die navorsing aan die hand van die volgende navorsingshipoteses beplan.

5.2 DIE NAVORSINGSHIPOTESES

'n Aantal navorsingshipoteses word benodig vir die ondersoek, ter bereiking van die doelstelling van hierdie studie. Die hipoteses sal in twee verskillende groepe verdeel word. Die groepering van die navorsingshipoteses word hieronder uiteengesit:

GROEP 1: Die navorsingshipoteses het betrekking op die effek van die chroniese siek ouer op die kind.

GROEP 2: Die navorsingshipotese het betrekking op die effek van die chroniese siek ouer op die hele gesin.

5.2.1 Groep 1 - Hierdie groep hipoteses het betrekking op die kind

Navorsingshipotese 1

Die chroniese siektetoestand van die ouer hou nadelige effekte in vir die kind se skolastiese vordering.

Navorsingshipotese 2

Die chroniese siektetoestand van die ouer hou nadelige effekte in vir die kind se sosiale ontwikkeling.

Navorsingshipotese 3

Die chroniese siektetoestand van die ouer hou nadelige effekte in vir die kind se gedrag, dikwels veral geslagsrolidentifikasie met die ouer.

Navorsingshipotese 4

Die chroniese siektetoestand van die ouer hou nadelige effekte in vir die kind se emosionele ontwikkeling t.o.v. veral geborgenheid en sekuriteitesbelewing.

Navorsingshipotese 5

Die chroniese siektetoestand van die ouer hou nadelige effekte in vir die kind, sodat hy ook somatiese simptome ontwikkel, om daardeur aanvaarding en besorgdheid van die ouer te bekom.

5.2.2 Groep 2 - Hierdie hipotese het betrekking op die gesin as geheel

Navorsingshipotese 6

Die chroniese siektetoestand van die ouer hou nadelige effekte in vir die gesin in die geheel, veral ten opsigte van hulle sosiale-, emosionele-, kognitiewe en finansiële funksionering.

5.3 DIE PROGRAM VAN ONDERSOEK

5.3.1 Die gevallestudies

Daar gaan in hierdie navorsing na drie gevalle gekyk word. Die drie gevalle is al drie stedelike, Afrikaanssprekende gesinne, wat verskeie sosio-ekonomiese vlakke verteenwoordig. Die inligting rondom die gesinne is binne die bestek van twee jaar versamel. Skuilname is gebruik, sodat die gesinslede se ware identiteit anoniem kan bly.

5.3.2 Model van diagnose

Die model van diagnose wat gebruik gaan word, word eers verduidelik. Volgens Jacobs en Vrey (1982 :50-51) is die "kind met 'n probleem" 'n kind wat onder die aandag kom as gevolg van 'n probleem wat aanhoudend voorkom, en sal binne die konteks van hierdie verhandeling 'n funksioneringsbeeld genoem word. 'n Ontleding van hierdie funksioneringsbeeld toon gewoonlik dat dit vanweë die omvang daarvan beskou kan word as 'n besondere verskynsel wat hom in kenmerkende gedrag openbaar. In hierdie verhandeling word dit 'n funksioneringsfenomeen genoem. Dit vertak in verskeie probleemvelde, soos byvoorbeeld, gedrags-, skolastiese, emosionele en relasieprobleme.

Hierdie funksioneringsfenomeen is op sy beurt weer die resultaat van 'n bepaalde persoons- en relasiebeeld. Die kind kom byvoorbeeld onder die aandag omdat hy gedragsprobleme by die skool of huis openbaar. Hierdie gedragsprobleme is dus die bepaalde funksioneringsbeeld van die kind. By verdere ontleding blyk dit dat die kind relasieprobleme by sowel die huis as die skool ondervind. By die skool kom hy swak met sy maats oor die weg. Hy is aggeressief en word gevolglik deur sy maats geïgnoreer. Weens hierdie aggressiewe gedrag bots hy met onderwysers en is sy relasies met hulle swak.

Sy persoonsbeeld, aan die ander kant, toon dat hy intellektueel nie baie sterk is nie, met die gevolg dat hy sukkel om die skolastiese pas vol te hou. Hy is geneig om teruggetrokke, fyngevoelig, gespanne, ensovoorts te wees.

Daar bestaan 'n gedurige wisselwerking tussen die persoonsbeeld en die relasiebeeld. Hiervolgens het die relasieprobleme wat die kind ondervind, 'n invloed op sy persoonsbeeld en kan dit selfs die oorsaak van die terughoudende, sensitiewe en gespanne persoonlikheidskwaliteite wees. Aan die ander kant kan die persoonlikheidskwaliteite weer op hul beurt die oorsaak van die relasieprobleme wees. Omdat die kind teruggetrokke en sensitief van geaardheid is, probeer hy byvoorbeeld daarvoor kompenseer deur aggressiewe en traak-my-nie-agtige gedrag.

Watter een ook al die sterkste aanwesig is en dus bepalend t.o.v. die ander een is, is nie ter sake nie. Wat wel van belang is, is die wyse waarop die kind hierdie persoons- en relasiebeeld beleef, daarby betrokke is en betekenis daaraan gee. Hierdie belewing, betrokkenheid en betekenisgewing bepaal uiteindelik sowel die kind se selfkonsep (na buite) as sy uiteindelike selfaktualisering (na binne).

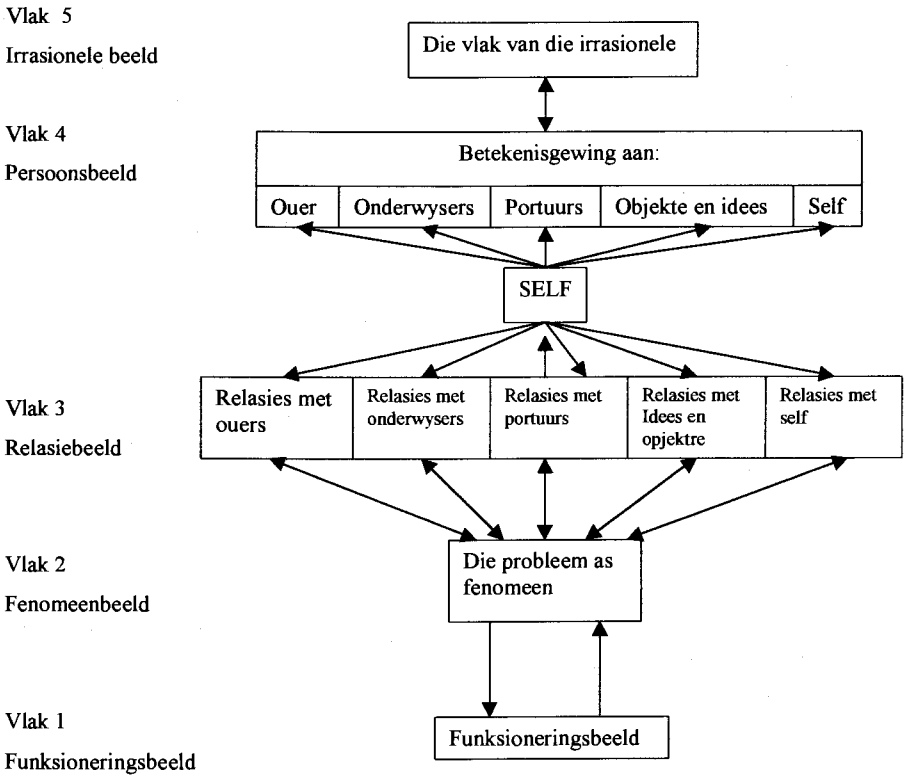
Om weer terug te keer tot bogenoemde voorbeeld: indien die kind die teruggetrokkenheid, sensitiwiteit en gespannenheid en die gepaardgaande aggressiwiteit as onaangenaam beleef, kan dit gebeur dat hy homself as 'n totale mislukking beskou. Hierdie onaangename belewing het op sy beurt weer tot gevolg dat die kind geneig sal wees om homself te distansieer, met ander woorde dat hy sal probeer om van hierdie onvriendelike beeld af weg te vlug. Die betekenis wat hy aan die onbetrokkenheid gee, is een van lafhartigheid, met die gevolg dat hy 'n lae selfbeeld ontwikkel. Hierdie lae selfkonsep

beperk sy selfaktualisering, aangesien hy te huiwerig sal wees om homself na buite te ontplooi of te verwesenlik.

Indien hierdie kind in so 'n kringloop beland en geen hulp ontvang nie, ontstaan 'n negatiewe polarisasie-effek met die gevolg dat die probleem steeds vererger.

Dit kan skematies soos volg voorgestel word:

FIGUUR 7: IDIOGRAFIESE NAVORSINGS- EN DIAGNOSERINGSMODEL (volgens Jacobs en Vrey 1982:56)



5.3.3 Bespreking van diagnoseringsmodel

Jacobs & Vrey (1982: 51-54) bespreek bogenoemde model vollediger.

5.3.3.1 Die funksioneringsbeeld

Die funksioneringsbeeld is die manifestasie van die probleme wat die kind onder die aandag bring, byvoorbeeld:

- Swak skolastiese prestasie.
- Konsentrasieprobleme.
- Leesprobleme.
- Stokkiesdraai.

Die funksioneringsbeeld kan dus beskryf word as die "klagte" waarmee die ouer en/of die onderwyser aangaande die kind kom.

5.3.3.2 Die Fenomeenbeeld

Dit is die taak van die terapeut om hierdie funksioneringsbeeld nou verder te ontleed ten einde na die wese daarvan deur te dring. Die doel is dus om deur te dring na dit wat die funksioneringsbeeld ten grondslag lê, te wete:

- Relasieprobleme.
- Gedragsprobleme.
- Skolastiese probleme.
- Emosionele probleme.

Die deurdring na die fenomeen van die funksioneringsbeeld impliseer dus dat die terapeut sekere hipoteses daarstel (wat weer die terapie rig). Hierdie ontleding dwing dus die terapeut tot 'n verantwoordelike besluit. Die terapie hang met ander woorde nie meer in die lug nie, maar is gegrond op bepaalde hipoteses wat rigting daaraan gee.

5.3.3.3 Die Relasiebeeld

Ná die ontleding van die probleem as fenomeen, val die klem op die relasiebeeld van die kind, en meer in die besonder op sy relasies met:

- Sy ouers.
- Sy onderwysers.
- Sy portuurs.
- Objekte en idees.
- Die self.

Op grond van die hipotese(s) wat reeds by die ontleding van die probleem as fenomeen gestel is, word daar dan op bepaalde "probleem"-relasies klem gelê.

5.3.3.4 Die Persoonsbeeld

Die persoonsbeeld bestaan uit die integrering van al die relasies tot 'n sinvolle geheel. Dit is dus die wyse waarop die kind betekenis gee aan bogenoemde relasies. Die wyse waarop die kind hierdie betekenis gee, bepaal die mate van sy betrokkenheid by en die belewing van hierdie relasies. Indien die kind byvoorbeeld aan sy ouers 'n betekenis gee wat hy as onaangenaam beleef, sal dit tot gevolg hê dat hy geneig sal wees om hom van hulle af te sonder (dus nie betrokke te wees nie). Die gevolg hiervan kan wees dat hy hierdie relasies óf as aggressief, óf as neutraal, ens. beleef. Hierdie wyse van betekenisgewing bepaal die kind se selfkonsep en daarom ook sy uiteindelike selfaktualisering.

5.3.3.5 Die vlak van die irrasionele

As gevolg van die voortdurende wisselwerking tussen die selfkonsep en selfaktualisering volg dit dat die selfkonsep dinamies tussen twee pole beweeg, soos reeds verduidelik is in Hoofstuk 1, naamlik die hoë en die lae pool. Dit is wanneer die selfkonsep van die kind verby die lae pool nog laer beweeg, dat die vlak van die irrasionele betree word. Die kind wat homself op hierdie vlak bevind, sal dit onmoontlik vind om rasioneel betekenis te gee.

Dit is op hierdie vlak dat patologiese gedrag ontstaan, wat gespesialiseerde kliniese terapie nodig het.

5.3.3.6 Die selfdinamiek.

Ná die verkenning van die persoonsbeeld dring die diagnose deur na die kern van persoonwees, naamlik na die selfdinamiek. Die uitkoms van die persoonsbeeld setel in die selfdinamiek van die persoon.

Die klein kind kom deur oriëntering en differensiasie tot onderskeiding van die self en die wêreld. Hy onderskei eers sy liggaam, byvoorbeeld: "Dit is my hande, voete, oë en ore", en dit gaan toenemend verder na: "My naam, my mamma, pappa, speelgoed". Hierdie onderskeidings vorm sy primêre selfidentiteit (Jacobs &Vrey 1982: 54).

Die term primitiewe selfidentiteit word gebruik omdat hierdie selfkennis van die klein kind betreklik diffuus en onverfynd is. Die klein kind kan homself in 'n spieël of op 'n foto onderskei en sê : "Dit is ek" , of "Dit is my hand". Hierdie primitiewe selfidentiteit behou blykbaar in sy geheel 'n objekskarakter, terwyl daar tog aanduidings van die subjektiewe is in sy sogenaamde "eiewysheid" of "koppigheid" met sy: "Ek wil self eet" of "Ek sal nie". Die vorming van hierdie primitiewe selfidentiteit is van fisieke en psigiese ontwikkeling afhanklik, maar dit moet aangeleer word en is as sodanig van opvoedingshulp afhanklik. Die primitiewe selfidentiteit sal toenemend meer funksioneel word, sodat 'n kernidentiteit en statusidentiteit geleidelik onderskei kan word.

Die kernidentiteit antwoord die vraag: "Wie is ek?" Die klem val hier baie sterk op die subjekskarakter van die self. Die persoon weet dat dit hy is wat dink, praat, voel, handel, sien, hoor en besluit. Hy kan dan sê: "Ek is ek". Met inagneming van baie beweegredes bly dit in die laaste instansie hy wat so dink, praat en besluit. Hy gaan voortdurend 'n beeld vorm van die produk van sy psigies-fisieke aktiwiteit, sodat die objekskarakter na vore kom.

Aangesien hierdie kernidentiteit verwys na die geïntegreerde totaliteit van wie die persoon is, kan en moet hy die "is"-heid van die self aanvaar. Die persoon kan 'n beter leerling, sterker man, beter rugbyspeler of beter minister word. Dit verg toewyding en ywer om te

identifiseer met die essensies van byvoorbeeld leerling-wees. Aan hierdie identiteite wat verwerf moet word, word die naam statusidentiteite gegee. In die statusidentiteit word verwys na die persoon as leerling, man, rugbyspeler, ens.

Hierdie statusidentiteite vul 'n persoon se kernidentiteite met ryker inhoud. Hoe ryker die statusidentiteite wat verwerf word, hoe meer is die persoon bewus van sy kernidentiteit.

Aangesien ons te doen het met die self in sy geïntegreerde totaliteit van menswees, is daar by die geestesgesonde persoon nie sprake van 'n botsing tussen kernidentiteit en statusidentiteit of tussen statusidenteite onderling nie.

Hierdie identiteitsvorming – status- sowel as kernidentiteite- is dus ekwivalent met selfaktualisering. Dit help dus die persoon om tot volle selfontplooiing te kom en homself in al sy fasette uit te leef. Indien 'n persoon nie sy potensialiteite realiseer nie, dus nie selfaktualiseer nie, word hy "siek".

Hiervolgens word dus gepostuleer dat die wese van neurose ongebruikte of ongerealiseerde potensialiteite is, vanweë omstandighede of konflikte wat inwaarts keer en morbiditeit, terneergedruktheid, en so meer veroorsaak (Jacobs & Vrey 1982: 55).

Van belang hier is ook die intrapsigiese gesprek wat die persoon met homself voer met sy onegte betekenisse. Die mens wat nie tot selfaktualisering kan kom nie, is reeds "siek" of op weg daarheen. Sy identiteit is diffuus en hy weet nie waartoe hy in staat is nie.

Die gevolg van hierdie dinamiek is dat die psigiese vitaliteit gebruik word om die self wat nie tot volle selfaktualisering kan ontplooi nie, te beskerm. So byvoorbeeld ontplooi 'n gevoel van waardeloosheid wat gou oorgaan tot selfhaat en nog gouer haat van andere. Selfveroordeling is die kortste pad na 'n plaasvervanger vir 'n gevoel van waardigheid.

'n Persoon wat feitlik alle gevoelens van eie waarde verloor het, het 'n sterk behoefte om sy self te veroordeel. Hy sê byvoorbeeld vir homself dat hy belangrik moet wees om homself so te veroordeel. Dit is duidelik dat selfsug en oormatige selfbesorgdheid afkomstig is van innerlike selfhaat. Selfliefde is dus die teenoorgestelde van selfsug.

Hiervolgens blyk dit dat onegte betekenisse selfaktualisering strem. Die selfkonsep is die resultaat van die evaluering van die persoon se kernidentiteit en statusidentiteite. Swak of onrealistiese kern- en statusidentiteite het dus 'n lae selfkonsep tot gevolg, wat op sy beurt weer vir allerlei emosionele en/of gedragsprobleme verantwoordelik is.

Wanneer daar dus gediagnoseer word, is dit noodsaaklik om deur te dring na hierdie selfproses, ten einde te poog om die werking daarvan vas te stel. Die ontleding van hierdie selfdinamiek stel die terapeut in staat om die emosionele en/of gedragswyses te verklaar.

5.3.3.7 Terapie

Nadat die diagnose op grond van hierdie diagnoseringsmodel gemaak is, word daar met terapie begin:

- In die eerste plek moet die kind gehelp word om te verstaan wie en wat hy werklik is as mens en as persoon.
- Om te verstaan wie of wat hy werklik is, sal beteken dat die kind realistiese betekenis aan sy self moet gee. Kinders ontspoor in baie gevalle omdat hulle onseker is van hulself. Die kind weet byvoorbeeld nie altyd of hy aanvaar word nie en of hy "goed" is of nie. Inkonsekwente optrede deur die ouers en /of onderwysers dra daartoe by dat die kind nie realisties betekenis aan sy self kan gee nie.
- Terselfdertyd moet die kind egter begryp dat die terapie nie daarop gemik is om al sy probleme onmiddellik op te los nie, maar dat hy aanvanklik gehelp word om homself te help.
- Die kind moet onmiddellik by 'n sinvolle taak betrokke raak. Die taak moet van so 'n aard wees dat dit die kind se betekenisgewing aan sy self positief sal beïnvloed.
- So gou as wat hy betekenis gee, moet hy verantwoordelikheid vir betekenisgewing aan sy self en die evaluering van die identiteit aanvaar.
- Die kind moet gesteun word om soveel nuwe take as moontlik met sukses aan te pak sodat opregte aanprysing kan volg.
- Aktiewe betrokkenheid by die kind moet positiewe polariteitseffek tussen die kind en die terapeut so gou as moontlik bewerkstellig. Trouens, die uiteindelike sukses van die

terapeutiese program berus grootliks op die verhouding wat tussen die terapeut en die ontspoorde kind ontstaan.

- Betekenisgewing- en betrokkenheidstake moet progressief moeiliker word, maar stadig genoeg sodat die kind steeds sukses beleef. Die take moet vir hom 'n uitdaging bly.
- Die kind moet oor sy sukses praat.
- "Ek kan nie" moet vervang word met "Ek dink ek kan".
- Ouers moet onmiddellik betrek word in die terapeutiese program, aangesien hulle die kind voortaan onvoorwaardelik moet aanvaar en steun.

In Hoofstuk 7 sal 'n terapeutiese model bespreek word waarvolgens terapie gegee kan word. In Hoofstuk 6, wat net hierna volg, sal die gevallestudies wat onderneem is, bespreek word.

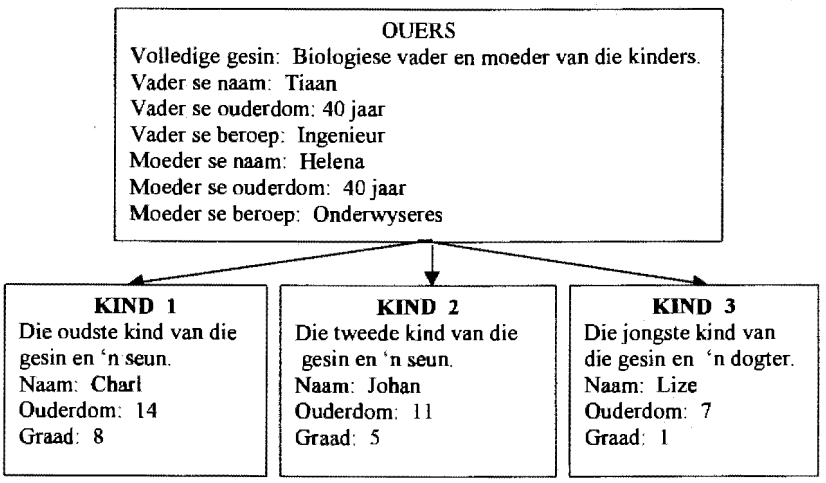
HOOFSTUK 6

GEVALLESTUDIES

6.1 INLEIDING

Vervolgens gaan drie gevalle bespreek en geëvalueer word op grond van die funksioneringsdiagram, wat in Hoofstuk 5 weergegee is. Daar is van skuilname gebruik gemaak, sodat die ware identiteit van die gesinslede anoniem kan bly.

6.1.1 Geval 1



6.1.2 Agtergrondsinligting

Die gesin bestaan uit die vader, die moeder en drie kinders. Daar is 'n chroniese siekte by die vader gediagnoseer toe die tweede kind 'n baba was. Die oudste kind was toe drie jaar oud. Die vader het 'n baie seldsame variëteit van artritis. Dit het implikasies dat die gewrigte sal verbeen, wat erge gewrigspyne veroorsaak het. Die prognose, volgens die dokter was baie swak. Die medici het daarin geslaag om te verhoed dat daar 'n inflammatoriese toestand in die gewrigte ontstaan, wat die pyn en ongemak draagliker gemaak het. Drie jaar later is die vader ook met chroniese moegheidsindroom

(uitbranding) gediagnoseer. Dit het meegebring dat die vader gedurig spierpyn gehad het. Hy was baie moeg en moes baie rus. Hy was passief binne die funksionering van die gesin. Hy was gemiddeld drie dae per maand met siekte afwesig by sy werk en het elke naweek die hele naweek in die bed deurgebring. Hy was ontoeganklik vir die gesin, aangesien hy baie gefrustreerd en kortgebonde was gedurende die tye wanneer hy baie pyn gehad het en moeg was.

Hierdie toestand het hom frustreer en hy was angstig oor die feit dat die siekte kon veroorsaak dat hy sy werk sou verloor. Dit het meegebring dat die vader ook aan depressie begin ly het. Met tye was die situasie beter onder beheer en ander tye het die depressie weer vererger. Die prognose was gelukkig beter as wat die dokters se aanvanklike scenario was. Die kinders het eintlik almal grootgeword in 'n atmosfeer waar daar siekte was en die vader met tye "afwesig" was. Hy het dae in die bed deurgebring en het homself van die gesin onttrek.

Dit het die sekuriteit van die kinders aangetas en daar het verskeie gedragsprobleme by die kinders gemanifesteer. Die oudste seun het adolessensie bereik en die vader kon nie as rolmodel dien waarmee hy hom kon identifiseer nie. Hy het tekens begin toon dat geslagsrolidentifikasieverwarring ontwikkel. Die tweede oudste kind, 'n seun, het somatiese simptome begin ondervind wat ooreengestem het met die simptome van die vader. Die jongste, 'n dogtertjie, het ook somatiese simptome ontwikkel en haar sekuriteit is tot so 'n mate aangetas dat daar ernstige aanduiding van skeidingsangs ontstaan het teen die einde van haar eerste skooljaar. Die moeder moes met tye wanneer die pa nie sy rol kon vervul nie, daarvoor kompenseer. Die oudste kind moes noodgedwonge meerdere verantwoordelikhede dra en take oorneem, wat die pa nie kon doen nie. Die moeder het ook fisies en emosioneel uitgeput geraak, aangesien sy gepoog het om die gesin so normaal as moontlik te laat funksioneer.

Dit het baie verwarring en insekuriteit vir die kinders meegebring, aangesien die situasie in die huis nie voorspelbaar was nie. Die een groot faktor was dat daar 'n situasie ontstaan het waar die pendulum swaai tussen hoop en wanhoop, en tussen normaal en abnormaal. Daar is beslis tye wanneer die vader so goed voel dat hy sy rol ten volle kon vervul en dan word hy skielik en onverwags so siek dat hy nie sy werk kan doen nie. Alles kan heel normaal verloop, hy kan sy verantwoordelikhede nakom en sy rol vervul, en die gesin pas

aan by die roetine. Skielik en onverwags kan die situasie so verander dat die gesin by ander rolle en patrone moet aanpas, 'n ander roetine moet volg en meerdere verantwoordelikhede moet opneem. Daar is dan weer 'n situasie van wanhoop. Dit is hierdie wipplanksituasie wat dan ook bydra tot die depressie van die siek vader. Net wanneer hy moed skep en glo dat die siekte onder beheer is, is hy die volgende dag so siek dat hy nie normaal kan funksioneer nie.

6.2.1 Evaluering

6.2.1.1 Kind 1 - Charl

Die funksioneringsbeeld

Charl se moeder het hom aangemeld aangesien daar aanduidings was dat verwardheid ontwikkel het in terme van sy geslagsrolidentifikasie. Daar was klein dingetjies in sy gesprekke en dade wat kommer gewek het. 'n Normale omgang met persone van die teenoorgestelde geslag was vir hom baie spannend en die maklikste vir hom was om hom so ver as moontlik uit die situasie te onttrek en sosiale byeenkomste te vermy.

Die Fenomeenbeeld

Ten einde vas te stel wat hierdie funksioneringsbeeld ten grondslag lê, is daar met die moeder 'n indringende onderhoud gevoer. Daar is uit die onderhoud wat gevoer is, tot die volgende gevolgtrekkings gekom:

Charl was op hierdie stadium 14 jaar oud en sy fisiese geslagsontwikkeling het 'n aanvang geneem. Hormonale veranderinge het ook plaasgevind. Binne 'n normale gesinsituasie is die vader gewoonlik sterk en gesond en kan as manlike rolmodel dien vir die kind(ers).

Die vader se chroniese siektetoestand het meegebring dat hy dikwels bedrus moes kry. Hy was fisies teenwoordig, maar hy was onbetrokke, aangesien hy gepreokkupeerd was met sy eie pyn en moegheid. Die vader se gesondheidstoestand het veroorsaak dat hy spesifiek op hierdie stadium van die siekte aan ernstige depressie gely het. Die vader is baie ambisieus

en beskik oor geweldige innerlike dryfkrag. Sy gesondheidstoestand het veroorsaak dat hy nie in beheer van omstandighede gevoel het nie en nie sy eie doelwitte en ideale kon verwesenlik nie, wat frustrasie veroorsaak het. Dit was ook die groot oorsaak van sy depressiewe toestand.

Hierdie "afwesigheid" van die vaderfiguur het veroorsaak dat daar binne die gesin rolverwarring ontstaan het. Daar was tye wat die vader sy rol kon vervul en ander tye moes die gesinslede sy verantwoordelikhede tussen hulle verdeel en was van Charl verwag om van sy vader se pligte oor te neem. Tesame met die feit dat die vaderfiguur "afwesig" was, was die moeder ook genoodsaak om 'n groter rol te speel in die opvoeding van die kinders.

Daar was meer interaksie met die moederfiguur as met die vaderfiguur. Charl het begin om met die moeder te identifiseer as rolmodel en daarom was die moeder bekommerd oor sy gedrag.

Bogenoemde, asook die feit dat hy kontak met lede van die teenoorgestelde geslag van sy portuurgroep begin vermy het, aangesien hy onseker was oor sy optredes teenoor hulle, het die kommer verhoog. Hy het onttrek van sosiale geleenthede en het spanning getoon as daar druk geplaas was dat hy byeenkomste moes bywoon. Die moeder het hulp dringend benodig, sodat die probleem aangespreek kon word, voordat verkeerde identiteite sou vorm, wat tot abnormale gedrag kon lei.

Die Relasiebeeld

Ten einde 'n volledige relasiebeeld te verkry, is met Charl 'n diagnostiese onderhoud gevoer en daar is tot die volgende gevolgtrekkings gekom:

Sy verhouding met sy ouers:
Charl se relasie met sy vader was verdraai, aangesien hy nie met hom kon identifiseer nie. Sy vader was nie in staat om met veral die twee seuns aktiwiteite te deel wat hulle op daardie stadium graag met hul vader wou deel nie. Sy pa was te moeg om uit die bed op te staan. Hulle kon nie gaan skyfskiet, saam tennis speel, met sy radio beheerde kar ry of sommer op die mat gestoei het nie, aangesien die vader pyn ervaar en baie moeg was. Sy

vriende se pa's doen sulke dinge en hy het werklik 'n gemis beleef. Hy was genoodsaak om aktiwiteite met sy moeder te deel en sy het nie belang gestel in die dinge waaraan hy 'n behoefte gehad het nie.

Hy is baie lief vir sy ma en kan haar ook nie kwalik neem dat sy nie werklik 'n pa kan wees nie. Hy voel dikwels baie jammer vir haar, aangesien hy sien dat sy swaar kry en baie dinge het om te doen, dat sy pa veeleisend is en soms selfs onredelik optree, veral as hy siek voel. Hy wil haar soms beskerm.

Hy probeer help waar hy kan. Hy is ook baie lief vir sy pa en voel dikwels dat sy ma sy pa nie altyd reg verstaan nie, dan dink hy weer dat sy net te moeg is om altyd nugter te oordeel oor sy pa se bedoelings. Dit laat hom skuldig voel, omdat hy eintlik kwaad is vir sy pa, omdat hy nie werlik al die lekker dinge met hom kan doen waaraan hy behoefte het nie. Hy weet egter dat sy pa te siek is en dat hy onredelik is om vir sy pa kwaad te wees.

Sy relasie met sy onderwysers:
Hy het 'n goeie verhouding met al sy onderwysers op skool. Hy is eintlik baie stil by die skool, kom dus nie maklik in die moeilikheid nie. Hy werk hard, is akademies 'n uitblinker en is selfs as leier gekies. Die onderwysers weet nie eintlik van die omstandighede by die huis nie. Hy is gekies vir die eerste rugbyspan en het baie hard geoefen en altyd sy beste gelewer, aangesien die onderwyser soms vir hom soos 'n pa gevoel het. Hy ervaar die verhouding met al sy onderwysers baie aangenaam en hy weet dat hulle ook almal van hom hou.

'n Gesprek met twee van sy onderwysers het dit bevestig. Hy toon leierseienskappe en funksioneer goed, al neig hy na die introverte kant. Hy is 'n staatmaker op sportgebied en woon oefeninge en wedstryde getrou by. Dit blyk ook dat hy goed aanvaar word deur sy portuurgroep.

Sy relasie met die portuur:
Hy het vier goeie vriende waarmee hy saam grootgeword het. Hulle kuier dikwels aan huis en ken die omstandighede met sy pa se siekte. Hy voel dat hulle hom aanvaar soos hy is. Hy beleef sy verhouding met sy seunsvriende baie aangenaam. Hy is skamerig en maak nie maklik nuwe vriende nie. Hy is op hierdie stadium baie skaam vir meisies en wil

eintlik nie met hulle gesels nie. Die waarheid is dat hy nie eintlik weet waaroor om met hulle te gesels nie. Hy dink hy kom so goed met sy seunsvriende klaar, omdat hulle almal van rekenaars hou en dat hulle daaroor kan praat. Meisies stel nie eintlik belang in rekenaars nie. Hy hou van musiek, maar het nie 'n baie moderne musieksmaak nie, hy voel hy kan ook nie met hulle oor musiek praat nie. Hy weet regtig nie waaroor hy kan praat nie en daarom sit hy liewer in sy kamer by sy rekenaar, daar is hy tuis en voel hy gelukkig.

Sy relasie met objekte en idees:
'n Sterk godsdiensbegrip was beslis in die omstandighede 'n anker.

Sy verhouding met die self:
Die relasie met die self was verwarrend, aangesien hy 'n soeke gehad het na wie hy werklik is en wie hy moet wees.

Die Persoonsbeeld

Charl se betekenisgewing aan die chroniese siektetoestand van die vader veroorsaak dat hy baie onseker is oor sy geslagsrol, aangesien daar nie werklik 'n sterk manlike rolmodel is nie. Hy is verward en dit bring mee dat hy onseker is of sy optrede as seun aanvaarbaar is, maar ook of sy optrede teenoor lede van die teenoorgestelde geslag aanvaarbaar is. Die onsekerheid bring mee dat hy onseker is van homself – bang vir verwerping. Hy is onseker van homself t.o.v. sy geslagtelikheid en sosiale rol wat hy moet speel. Ten opsigte van sy betrokkenheid by hierdie relasies verkies hy eerder om te onttrek op sosiale terrein en beleef hy homself as ontoereikend. Oor sy kognitiewe vermoëns is hy nie onseker nie en daarom kan hy steeds daarin presteer. Wat sy kognitiewe vermoëns, sy onderwysers en godsdienssin betref, beleef hy sukses, hy raak meer en meer betrokke en beleef hy dus sukses.

Die Vlak van die Irrasionele

Aangesien Charl hom net gedeeltelik kan aktualiseer, skep dit spanning. Met die sukses wat hy beleef op akademiese gebied, kompenseer hy vir die gebiede waar hy onseker is.

Die irrasionele sal betree word indien die akademie verswak en hy by gebrek aan 'n rolmodel identifiseer met die verkeerde geslag. Dit kan sy selfbeeld nog verder verlaag sodat dit by die lae pool verby sal beweeg, wat kan veroorsaak dat die vlak van die irrasionele betree word. Geslagsrolafwykings kan ontstaan. Dit is dus duidelik dat Charl dringend hulp nodig het.

6.2.1.2 Kind 2 - Johan

Die Funksioneringsbeeld

Die onderwysers het Johan aangemeld, aangesien hy moeg en lusteloos was. Hy het voortdurend gekla van hoofpyne, borspyne en geweldige moegheid. Hy het soms 'n pynpil by die skool gekry en is weer klas toe gestuur. Ander kere het hy in die siekekamer gelê en dan het hy werklik siek gelyk. Die indruk was nie dat hy aansit net om skool te ontduik nie. Die personeel by die skool was onseker of mediese oorsake vir die klagtes kan bestaan. Die skool het die ouers gekontak en dit het die moeder se eie vrese bevestig.

Die Fenomeenbeeld

Ten einde vas te stel wat hierdie funksioneringsbeeld ten grondslag lê is daar met die moeder 'n onderhoud oor Johan gevoer en daar is tot die volgende gevolgtrekkings gekom:

Johan is elf jaar oud en is in Graad 5. Die vader was op hierdie stadium baie moeg, het baie bedrus nodig gehad, het chronies pyn ervaar en was depressief. Die vader het dikwels vertel hoe hy voel en waar die pyn is. Uit hierdie gesprekke met familie en vriende het hy die simptome dikwels geopper en bespreek. Die vader was nie in staat om met die lewenslustige seuntjie te speel nie. Johan was ook van kleins af baie lief vir feitlik enige sport en het by sy skool uitgeblink in tennis. Hy moes die aktiwiteite volhou deur buite afrigting en oefening waarby nie een van die ouers fisies betrokke was nie.

Gaandeweg het Johan begin kla oor hoofpyn. Daar was 'n pynpil uitgedeel en besorg navraag gedoen of daar iets was wat aanleiding kon gegee het tot die hoofpyn. Dit het periodiek gebeur, tot die eerste keer dat hy spesifiek van borspyn en moegheid gekla het. Die vader het dadelik gereageer dat dit presies dieselfde pyne is wat hy ervaar. Daar is

baie aandag aan Johan gegee. Daar is bespreek dat hy ondersoek moet word, dat hy dalk dieselfde siektes as die vader kan ontwikkel.

Dit het die verkeerde reaksie gehad, hy het dadelik ook belangrik gevoel. Alles is gelos as hy kla en daar is aandag aan hom gegee. Die aandag van die pa was 'n belangrike faktor, wat sy optrede versterk het. Dit het hom belangrik laat voel en hy het 'n aanvaarding van die pa gekry wat hy lank moes ontbeer.

Sy sportbeoefening is nadelig beïnvloed deur sy gesondheidstoestand. Hy was dikwels afwesig by oefeninge aangesien hy siek gevoel het. Nadat die skool die moeder gekontak het, het sy hom dadelik dokter toe geneem om vas te stel of daar nie dalk mediese oorsake vir die siektetoestand bestaan nie.

Nadat al die toetse se uitslae negatief was, het die moeder besef dat die oorsake van die simptome psigologies moet wees.

Die Relasiebeeld

Ten einde 'n volledige relasiebeeld te verkry, is daar met Johan 'n onderhoud gevoer en daar is tot die volgende gevolgtrekkings gekom:

Sy relasiebeeld met sy ouers:
Johan het in die stigting van 'n relasie met sy vader hom geïdentifiseer met die siektetoestand van sy vader. Sy pa het voortdurend gekla en spesifieke simptome beklemtoon. Daar het soortgelyke siektesimptome gemanifesteer by hom en hy het gefloreer op die aandag wat hy as gevolg daarvan by sy ouers gekry het. Veral die vader het die gedrag onwetend versterk. Hy was bekommerd dat die kind dalk die siekte by hom kon oorgeërf het en die feit dat hy reeds gepreokkupeerd was met sy eie gesondheid, het veroorsaak dat hy te veel aandag aan die kind se klagtes geskenk het. Gelukkig, met die dokters se diagnose dat daar geen mediese gronde vir die klagtes is nie, het dit duidelik geword waar die kind hulp nodig het.

Sy relasie met sy onderwysers:

Die onderwysers het opgemerk dat hy voortdurend kla, dat hy siek voel en dat dit sy skoolwerk kan benadeel as daar nie aan die probleem aandag gegee word nie. Dit het ook sy sport nadelig geraak. Johan het egter nie gedragsprobleme geopenbaar nie. Hy het getrou sy werk bly doen en ingehaal as hy werk verloor het. Dit is waarom die onderwysers ook daaruit kon aflei dat hy nie probeer om kanse te vat nie. Die verhouding met die onderwysers het dus positief gebly en hulle het steeds empaties teenoor hom opgetree. Hy meen ook dat hy die verhouding met die onderwysers aangenaam gevind het. Hy het die bemoeienis wat die onderwysers met hom gemaak het as liefdevol en empaties beleef.

Sy verhouding met sy maats:

Hy het 'n goeie verhouding met sy maats. Hulle het sy siekte aanvaar sonder om dit te bevraag. Hulle het die dae wat hy goed gevoel het, pouses met hom gespeel en as hy nie lus was nie, het hulle hom gelos. Hulle het steeds oor naweke oor en weer gespeel.

As hy nie sy tenniswedstryde kon speel nie, het een van sy maats hom uitgehelp en sy plek volgestaan. Op die manier het hy ook sy plek in die span behou. Sy maats was werklik vir hom 'n ondersteuning gedurende die verwarrende tyd.

Sy verhouding met objekte en idees:

Hy het oor 'n gevestigde godsdienssin beskik. Hy het gebid vir beterskap, hy het ook daagliks gebid vir beterskap vir sy pa.

Sy verhouding met homself:

Johan was onseker oor sy gesondheid. Sy maats was altyd gesond en lewenslustig en hy het dikwels gevra waarom hy siek is. Hy het egter deurlopend sukses ervaar met sy akademiese werk en met sy sport, ten spyte daarvan dat hy dikwels afwesig was. Hy het selfvertroue behou en dit het meegebring dat hy steeds betrokke gebly het.

Die Persoonsbeeld

As gevolg van die vader se siekte het hy onrealistiese betekenis aan sy eie fisieke toestand gegee. Dit het die voordeel ingehou dat hy meer aandag as die ander kinders gekry het.

Dit het aanleiding gegee tot onrealistiese betekenisgewing in die relasie met homself. Hy is talentvol in sport, maar aangesien hy gedurig siek en moeg voel, kan hy nie betrokke wees by die sport nie, wat veroorsaak dat hy homself nie kan aktualiseer nie. Hy verkies dit bo die gevoel van verwerping, omdat sy ouers nie aan hom aandag gee nie, het hy gedink dat hy nie aanvaarbaar is nie.

Die Vlak van die Irrasionele

Sy selfbeeld is positief, ten spyte van sy eie siektetoestand.. Die somatiese simptome wat gemanifesteer het, het sy funksionering nog nie so nadelig geraak dat daar enige vorm van patologie waarneembaar is nie. Daar moet terapeuties toegetree word tot hom, voordat sy wording ernstig gestrem word.

6.2.1.3 Kind 3 - Lize

Die Funksioneringsbeeld

Lize se moeder het haar aangemeld aangesien sy vir drie weke lank elke oggend voor skool gehuil het en nie wou skool toe gaan nie. Sy wou by die moeder wees, want sy was bang dat die moeder gedurende die dag dalk iets sal oorkom. Aanvanklik kon sy goed funksioneer by die skool. As sy eers daar was, kon sy haar aandag by haar skoolwerk hou. Later het sy by die skool gehuil en gevra om huis toe te gaan, aangesien sy bekommerd was oor haar ma.

Die Fenomeenbeeld

Ten einde vas te stel wat die funksioneringsbeeld ten grondslag lê is, daar met die moeder 'n onderhoud gevoer en daar is tot die volgende gevolgtrekkings gekom:

Lize is 7 jaar oud en in Graad 1. Die vader se siekte was meer onder beheer met die aanvang van haar eerste skooljaar. Sy het gelukkig geleentheid gehad om gedurende die eerste maande van haar skoolloopbaan goed te vestig. Sy is akademies baie sterk en daar was nie by die skool 'n oorsaak vir haar onsekere optrede nie. Sy kon die take wat haar opgedra is by die skool met gemak bemeester.

Die moeder was besorgd oor die toestand van die pa se gesondheid asook oor die toekoms. Die vader se siektetoestand wat bly verswak het, kon werkloosheid veroorsaak het. Die moeder was nie baie toeganklik vir die kinders nie, aangesien haar rol oorbelas was. Lize het koestering en fisiese spel van die ouers ontbeer. Dit het haar sekuriteit aangetas, aangesien sy dit bedreigend beleef het en dit het aanleiding gegee tot insekuriteit.

Die moeder het die erns van die saak besef toe Lize eendag vir haar vra: "Wanneer gaan pa nou dood en kry klaar". Dit het die moeder laat besef dat die kind die situasie as baie spannend beleef en dat sy 'n uitkoms sien as die pa dan maar doodgaan.

Die Relasiebeeld

Ten einde die relasies wat Lize gestig het beter te kan verstaan, is daar met haar gesprek gevoer en sy het tekeninge gemaak om dit verder toe te lig. Uit bogenoemde is die volgende afleidings gemaak:

Haar verhouding met haar ouers:
Sy is 'n baie liefdevolle en sensitiewe kind. Sy is lief vir beide haar ouers en het haar pa oorlaai met haar spontane liefde. Hy was soms kortgebonde en gefrustreerd met sy siekte en met tye depressief en die inkonsekwentheid van sy optrede teenoor haar het haar baie onseker gelaat. Die toestand het haar ma gelaat met soveel verantwoordelikhede dat sy nie genoeg tyd aan Lize kon gee nie. Die moeder het absoluut die spil geraak waarom haar lewe gedraai het. Dit verklaar haar optrede dat sy nie die moeder wou verlaat nie, aangesien haar ma haar enigste anker geword het.

Alhoewel sy baie lief was vir beide ouers, het sy nie geweet hoe om die onsekerheid te hanteer nie. Dit het later so erg geword dat sy nie by die skool meer op haar werk kon konsentreer nie.

Haar relasie met haar onderwyseres:
Die graad 1 leerlinge het gelukkig net een onderwyseres en daar is telefonies met haar kontak gemaak. Sy was bewus van die situasie in die huis, aangesien sy ook gehoor het van haar ouer boetie se reaksie teenoor die vader se siekte. Sy het die moeder gekontak,

aangesien Lize akademies sterk is en haar skoolwerk nog nie werklik daaronder gely het, totdat die gepreokkupeerdheid met die moeder begin het nie. Die onderwyseres het Lize met baie deernis hanteer en sy glo dat Lize die verhouding met haar as aangenaam beleef het. Lize het dit self bevestig, sy het gesê dat sy baie lief is vir haar onderwyseres. Sy het verder bevestig dat dit vir haar lekker is by die skool, sy is net bang dat haar ma dalk in die oggend iets sal oorkom, terwyl sy moet skoolgaan.

Haar relasie met haar maats:
Sy beskik oor 'n baie innemende geaardheid en is baie geliefd onder haar maatjies. Hulle het haar goed aanvaar. Ten spyte van die feit dat sy soggens nie van die moeder wou skei nie, was sy tevrede as sy haar ma na skool gesien het, om in die middae by maatjies te speel as hulle haar nooi. Sy het bevestiging gekry dat die moeder daar is en niks oorgekom het nie.

Haar relasie met objekte en idees:
Gedagtig aan haar ouderdom, het sy 'n sterk geankerdheid in die godsdiens gehad.

Haar verhouding met haarself:
Sy het baie insekuur en bedreig begin voel. Daar het 'n gevaar ontstaan dat sy nie haar talente sal verwesenlik nie en nie tot selfaktualisering kom nie. Haar selfbeeld was positief, aangesien sy goed aangepas het by die skool en sukses beleef het.

Die Persoonsbeeld

Lize se betekenisgewing aan haar vader se siektetoestand het veroorsaak dat sy so bedreigd begin voel het, dat daar aanduidings was dat haar waaghouding nadelig geraak word en dat sy wil onttrek van die skool om groter sekuriteit te beleef, deur by die moeder te wees. Dit het meegebring dat die verhouding met die ouers en die relasie met die self nadelig geraak word.

Die Vlak van die Irrasionele

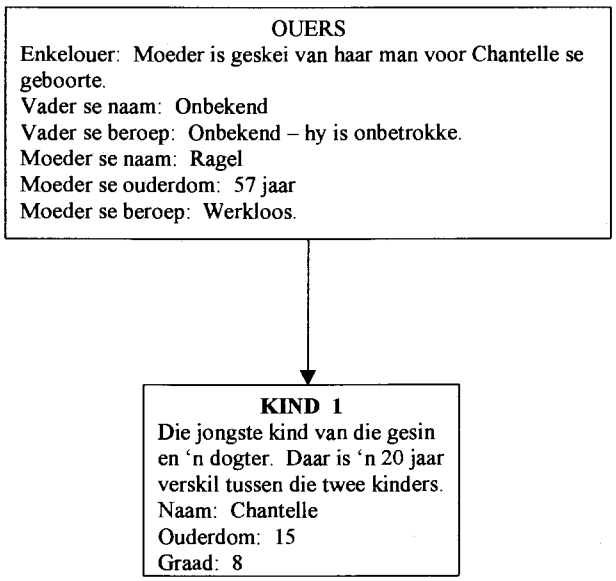
Daar is nog nie sprake van patologie nie, die gevaar is egter dat dit kan ontstaan en selfs aanleiding gee tot skoolfobie, wat sal meebring dat sy geensins tot selfaktualisering sal kom nie, ten spyte van goeie potensiaal waaroor sy beskik.

Dit is dus duidelik dat hierdie kind ook in nood is en dat daar terapeuties toegetree moet word, voordat haar wording benadeel word.

6.2.2 Huidige gesinsopset

Met die afhandeling van die navorsing kan gemeld word dat al drie kinders individuele terapie ontvang het, dat gesinsterapie positiewe resultate lewer en dat die kinders tans tot selfaktualisering kom. Daar vind gedurige herevaluering plaas en terapie word daarby aangepas.

6.3 GEVAL 2



6.3.1 Agtergrondsinligting

Hierdie geval bestaan uit 'n geskeide moeder en 'n vyftienjarige dogter. Die moeder het op 42 swanger geraak met haar. Daar was 'n 20 jaar ouderdomsverskil tussen haar en haar ouer broer. Die pa was uiters onredelik oor die ongewenste swangerskap en het van die moeder 'n aborsie geëis. Die moeder was nie bereid om 'n aborsie te laat doen nie en die uiteinde was dat hy haar verlaat het toe sy nog swanger was met Chantelle. Hulle is later geskei en die dogter het 'n enkelouer- opvoeding ontvang. Die pa het nooit met die dogter kontak gemaak nie. Die moeder was genoodsaak om voltyds te werk, aangesien sy geen finansiële ondersteuning van Chantelle se pa gekry het nie.

Die moeder het aanvanklik gekla van gedurige hoofpyne, later het sy ook 'n spastiese kolon ontwikkel. Sy het 'n rugbesering opgedoen wat bygedra het tot die feit dat sy chroniese pyn ervaar het. Die rugprobleem kon medies reggestel word, maar die moeder het dit gedurig uitgestel, aangesien dit sou meebring dat die moeder lank van haar werk afwesig sou moes wees en sy het gevrees dat sy daardeur haar werk sou verloor. Chantelle het opgegroei in 'n milieu van chroniese siekte en pyn wat die moeder ervaar het. Die moeder en dogter het by gebrek aan reserwe fondse byna 'n kluisenaarsbestaan gevoer in die woonstel waar hulle gewoon het.

Daar was 'n konstante gebrek aan geld, aangesien alles aan mediese kostes betaal moes word. Die moeder se gesondheidstoestand het veroorsaak dat sy dikwels van die werk afwesig was. Met die vermindering van personeel by die firma waar sy werksaam was, het sy haar werk verloor. Hulle was tegemoetkomend deur haar twee maande nog te betaal, sodat sy die rugoperasie kon ontvang, met die hoop dat sy beter lewenskwaliteit sou bekom.

Gedurende die operasie het daar komplikasies ontstaan en die moeder het by die dood omgedraai. Ongelukkig was die operasie nie 'n sukses nie en die moeder verkeer steeds in pyn. Die situasie het so verswak dat die moeder alleen tuis was bedags by die woonstel. Hulle finansiële reserwes wat sy as pakket ontvang het, het ook voortdurend gekrimp, as gevolg van volgehoue mediese onkostes.

6.3.2 Evaluering

6.3.2.1 Enigste kind - Chantelle

Die Funksioneringsbeeld

Chantelle was op gereelde basis afwesig van die skool. Baie getrou het daar 'n brief van die moeder gekom wat verduidelik het dat sy siek is. Periodiek het daar 'n doktersbrief saamgekom, aangesien die situasie so uitgekring het dat sy selfs op dae wanneer belangrike toetse geskryf is, afwesig was van die skool. Dit het die personeel by die skool so bekommer dat die moeder gevra is om skool toe te kom.

Die Fenomeenbeeld

Ten einde te verstaan wat die funksioneringsbeeld ten grondslag lê, is 'n indringende onderhoud met Chantelle se moeder gevoer en daar is tot die volgende gevolgtrekkings gekom:

Chantelle is in graad 9. Haar afwesighede het reeds aan die einde van haar graad 8 jaar begin. Gedurende die eerste kwartaal van graad 8 het sy voortdurend meer begin kla. Die moeder het Chantelle baie gereeld dokter toe geneem. Hulle het verskeie toetse gedoen. Telkens was daar geen ernstige mediese gronde vir die klagtes gevind nie. Dan het sy weer nuwe simptome ontwikkel, dit sou lyk of sy regtig baie siek is, sy was bleek en en het soms 'n koors ontwikkel.

Die moeder kon haar nie skool toe stuur nie en het gereeld geskakel. Die moeder het ook besef dat daar ernstige gevolge kom, toe sy heelwat van haar toetse begin mis het. Die moeder was steeds werkloos, sy kon redelik funksioneer op daardie stadium. Sy het steeds pyn gehad, maar besef dat hulle broodgebrek gaan ly as sy nie begin werk nie. Sy en Chantelle het nooit uitgegaan nie, behalwe een maal per maand na die ouer seun, wat getroud is. Hulle het ver gewoon en dit was nie moontlik om meer as een keer per maand te gaan kuier nie. Hulle het algaande 'n kluisenaarsbestaan begin voer. Die moeder dink dat Chantelle nou al bang is vir ander mense.

Die Relasiebeeld

Ten einde Chantelle se relasies beter te verstaan, is daar verskeie onderhoude met haar gevoer en daar is tot die volgende gevolgtrekkings gekom:

Haar relasie met haar moeder:
Met haar moeder se siekte en die feit dat sy haar werk verloor het en alleen by die woonstel was, met niemand om haar te versorg nie, het Chantelle se sekuriteit ernstig bedreig. Sy het begin om somatiese simptome te ontwikkel en het daardeur baie aandag van haar moeder ontvang. Sy het dan ook 'n grondige rede gehad waarom sy nie skool toe kon gaan nie en by haar ma kon bly. Sy was baie lief vir haar ma en dit was haar enigste anker. Sy het nie werklik vriende gehad nie en daarom was die impak van die omstandighede soveel ernstiger.

Haar relasie met haar onderwysers:
Haar onderwysers was baie bekommerd oor haar skolastiese vordering. Sy was geensins 'n kind wat veeleisend was nie, eerder baie stil en teruggetrokke. Sy het egter tot die einde van die vorige jaar baie goed presteer, ten spyte van die feit dat sy reeds heelwat van die skool afwesig was. Dit was dus duidelik dat Chantelle 'n begaafde kind is en die kommer was dat sy nie tot selfaktualisering sou kom, indien sy voortdurend siek is nie.

Die navorser was betrokke by Chantelle vanuit die Departement Opvoedkundige Leiding by die skool. Dit het gou duidelik geword dat sy aan skoolfobie begin ly het. Sy was nie bang vir die onderwysers nie. Hulle was almal voortdurend baie vriendelik en hulpvaardig. Sy het ernstig begin twyfel aan haar intellektuele vermoëns, dit was nie vir haar maklik om al die werk in te haal en by te bly nie. Wat dit gekompliseer het, is die feit dat sy voortdurend siek gevoel het.

Haar relasie met haar maats:
Die navorser het haar in groepterapie by die skool betrek. Haar vriendinne was baie gewillig om betrek te word. Wanneer sy by die skool was, het sy gekom na die groepsessies gedurende pouses, maar dit het gelyk of sy nie werklik deel wil wees van die groepterapie nie. Sy het alle uitnodigings van haar maats aangeneem, onderneem om hulle

op 'n spesifieke tyd by die fliek of restaurant te kry. 'n Halfuur voor die funksie, het sy gekanselleer, aangesien sy nog "te veel huiswerk het". Sy het gesê dat sy nie regtig meer tuis gevoel het tussen die maats nie. Sy het soos 'n buitestander gevoel. By die skool het sy nie deel gevoel van die aktiwiteite nie, aangesien sy nie betrokke was by enige sport – of kulturele aktiwiteite nie. Die akademie het begin voel asof sy dit ook nie kan byhou nie. Sy het toe 'n vrees vir die skool ontwikkel. Die moeder het haar negatiewe gedrag

versterk, deur die hele tyd vir haar van verskonings te voorsien. Die moeder het ook chronies hoofpyn, soos Chantelle. Haar moeder is ook baie skaam, soos Chantel. Sy het geen waaghouding gehad nie. Die moeder was radeloos, aangesien Chantelle gedreig het dat sy sal selfmoord pleeg, indien die moeder haar sou verplig het om skool toe te gaan. Op die moeder se versoek het sy vrystelling van skoolplig gekry vanaf die Departement van Onderwys.

Haar relasie met objekte en idees:
Chantel en haar moeder was gelowig. Hulle het egter nooit by 'n kerk uitgekom nie. Hulle het nie 'n motor nie en dan is beide gedurig siek, daarom is hulle nie in staat om te stap tot by die naaste kerk nie. Hulle het nie gemeentelede gehad wat hulle ondersteun het nie. Hulle het werklik vir broodnodige items na die winkel gegaan. Die woonstelblok is reg langs die winkelsentrum. Daar was nie 'n groei en 'n werklike diepte in hulle geestelike lewens nie.

Haar relasie met haarself:
Chantelle het totaal in haarself begin twyfel. Dit het aanleiding gegee tot 'n baie lae selfbeeld. Sy het geen waaghouding meer gehad nie. Sy wou nie uit die woonstel gaan nie en sy en die moeder leef in armoede en afsondering in die woonstel. Daar is geen sprake van selfaktualisering van haar vermoëns nie.

Die Persoonsbeeld

Chantelle het haar moeder se chroniese fisieke siektetoestand so bedreigend beleef, dat sy totaal insekuur gevoel het. Sy het onbewustelik met die moeder se siektesimptome geïdentifiseer. Dit het haar gehelp om tuis te wees om toe te sien dat haar moeder niks sal oorkom nie. Dit het veroorsaak dat sy onttrek het van skoolaktiwiteite, sowel as haar

maats wat sy by die skool gehad het. Sy beleef nou sekuriteit, maar net binne die mure van die woonstel. Sy het verval in 'n kluisenaarsbestaan met haar bejaarde, sieklike moeder. Wat gaan gebeur as die moeder te sterwe kom?

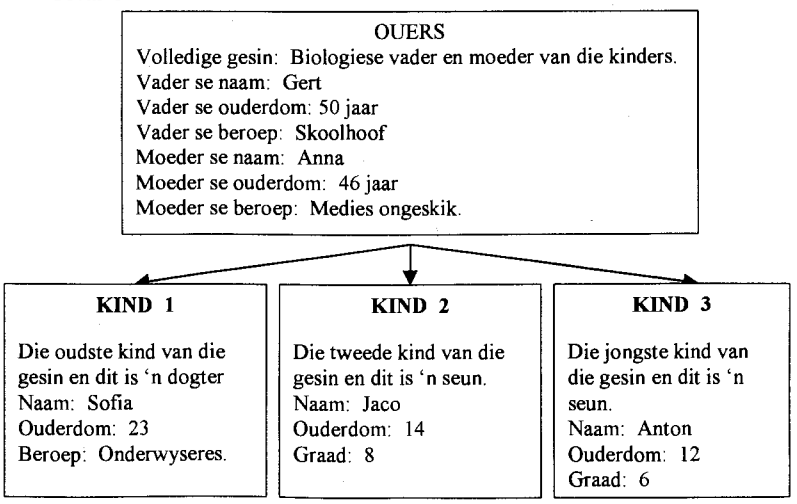
Die Vlak van die Irrasionele

In hierdie geval het patologie ontwikkel. Die kind het skoolfobie ontwikkel, wat aanleiding gegee het tot vrystelling van skoolplig. Chantelle het graad 8 behaal, sy is intelligent en sal uiters gefrustreerd wees in 'n beroep wat sy sal kan bekom met haar kwalifikasie. Tans is daar nie sprake van verdere studie of werk nie. Sy het nou 'n fobie ontwikkel om uit die woonstel te gaan. Sy en haar moeder slyt hulle dae in afsondering in mekaar se geselskap.

6.3.3 Huidige gesinsopset

Die moeder het nie geld vir terapie vir haar of Chantelle nie. Hulle is nou al so gewoond om so te leef dat hulle ook eintlik nie meer wil verander nie. Daar is 'n weerstandigheid teenoor verandering. Hulle sien nie kans vir aanpassings nie. Die moeder is bang dat Chantelle weer sal dreig om selfmoord te pleeg as sy van haar verwag om uit te reik en om werk te soek om hulle te onderhou. Chantelle is al wat sy het. Die moeder ervaar nie net chroniese fisieke pyn nie, maar dra emosioneel ook swaar aan haar vrag.

6.4 Geval 3



6.4.1 Agtergrondsinligting

Die gesin bestaan uit 'n vader, 'n moeder en drie kinders. Die oudste kind was al elf toe haar boetie gebore is. Die aanvang van die moeder se chroniese siektetoestand was met die geboorte van die tweede kind. Die moeder is 'n artritislyer. Die dokter het haar gewaarsku dat verdere swangerskappe haar gesondheid ernstig sou benadeel. Sy het onbepland swanger geraak met die derde kind. Dit was 'n baie moeilike besluit, maar die egpaar het besluit dat die swangerskap nie beëindig sal word nie, en dat hulle die risiko sal neem.

Wat die dokters gevrees het, het gebeur. Die moeder se gesondheid is tot so 'n mate geknou dat sy glad nie kon loop na haar derde kind se geboorte nie. Sy het geweldige pyn verduur en sy kon geensins die verantwoordelikhede van die huishouding of die versorging van die twee jongste kinders behartig nie. Die vader was 'n skoolhoof en kon nie die moeder in die omstandighede voltyds bystaan nie. Daar was nie 'n ander opsie as dat die dogter wat op daardie stadium dertien en in Graad 7 was, vir drie maande uit die skool gehaal moes word om tuis te bly en die ma en twee klein kindertjies te versorg nie. Dit was baie moeilik. Die dogter is egter baie skrander en kon met haar terugkeer skool toe, haar verpligtinge goed genoeg nakom en het die jaar geslaag.

Die moeder se toestand was baie wisselend en het 'n voortdurende stremming op die opvoedingsmilieu geplaas. Die kinders het almal op verskillende wyses daarop gereageer. Die oudste dogter is nou 'n jong onderwyseres. Sy staan op die punt om te trou, maar ondervind geweldige konflik, aangesien sy 'n abnormale vrees ontwikkel het om kinders te hê. Die trauma rondom die geboorte van die jongste boetie en die omstandighede waarin hy grootgemaak is, was vir haar so erg dat sy te bang is om te trou en dat sy dalk onbepland swanger kan raak. Haar verloofde het simpatie en was geduldig vir twee jaar lank. Hy verwag dat sy nou 'n keuse moet maak.

Die tweede seun is tans in Graad 8 en vind dit onaanvaarbaar dat sy moeder al langer periodes in 'n rolstoel moet deurbring en gedurig pyn moet ervaar. Hy het adolessensie bereik en is baie krities op sy ouers en blameer die jongste broer daagliks vir die moeder

se toestand. Die jongste broer het geweldige skuldgevoelens, omdat hy verantwoordelik voel vir die situasie waarin die moeder haar bevind.

6.4.2 Evaluering

6.4.2.1 Kind 1 - Sofia

Die Funksioneringsbeeld

Sofia het kom aanklop vir hulp, aangesien haar verloofde dreig om die verlowing te verbreek, indien sy nie bereid is om 'n troudatum te bepaal nie. Sy is baie lief vir hom en wil graag met hom trou, maar het 'n absolute vrees dat sy onbepland swanger sal raak en dieselfde lot wat haar ma getref het, haar dalk kan tref.

Die Fenomeenbeeld

Ten einde te bepaal wat ten grondslag van die funksioneringsbeeld lê, is daar 'n indringende onderhoud met Sofia gevoer en daar is tot die volgende gevolgtrekkings gekom:

Sofia was in Graad 7 toe haar jongste boetie gebore is. Die agtien maande oue boetie was baie lewenslustig en veeleisend. Haar ma kon glad nie funksioneer nie en moes in die bed versorg word. Dit was drie maande van geweldige verantwoordelikheid, met haar siek ma, die bababoetie en die ouer boetie, wat die hele tyd onder oog gehou moes word.

Gelukkig het haar pa in daardie tyd gereël dat hy na skool kon huis toe kom, om haar te kom help. Die gevolg van hierdie episode, is dat sy oordrewe verantwoordelik geraak het. Sy het geweldig hard geleer en akademies baie goed gevaar. In matriek het sy vyf onderskeidings behaal en sy was gekies as die hoofmeisie van haar skool.

Sy het haar eie verpligtinge nagekom en moes in die huis, as enigste dogter, haar plek vol staan met kos kook en die versorging van haar moeder. Daar was dikwels tye wanneer haar moeder nie kon loop nie. Haar toestand het geleidelik verswak en sy is tans die meeste van die tyd in 'n rolstoel.

Op universiteit het sy gedurende haar tweede jaar 'n totale ineenstorting beleef. Sy het geweldige hoë eise wat sy aan haarself stel en het haarself gedryf om steeds uit te blink in alles wat sy aanpak. Met behandeling in die hospitaal het sy tot nuwe insigte gekom. Daar het sy besef dat sy nie onrealistiese eise aan haarself hoef te stel nie. Sy het nuwe perspektief gekry op die impak wat haar moeder se siekte op haar gehad het.

Sy het haar studies voltooi, is reeds twee jaar verloof en het pas begin skoolhou. Haar verloofde vereis van haar 'n keuse. Sy stel elke keer die troudatum verder uit en dit is nou nie meer vir hom aanvaarbaar nie.

Die Relasiebeeld

Haar relasie met haar ouers:
Sofia is baie lief vir haar ouers. Sy gaan so dikwels as wat sy kan huis toe. Sy voel dat sy haar pa moet help, aangesien hy moeg is. Hy is verantwoordelik vir die versorging van die moeder en moet die huishouding ook aan die gang hou. Sofia kan beter aan die behoeftes van haar moeder voldoen as wat haar twee jonger boeties kan. Hulle is tans in graad 8 en graad 6 onderskeidelik. Jaco, die broer net jonger as sy, is geweldig veeleisend en sy is besorgd oor die rigting wat hy inslaan.

Sy is steeds baie verantwoordelik en gun haarself nie altyd die geleentheid om haar studentedae te geniet nie. Sy het egter beter insig, nadat sy terapie ontvang het.

Haar relasie met haar verloofde en vriende:
Sy is baie lief vir haar verloofde. Sy het dit baie waardeer dat hy bereid was om haar verantwoordelikheid te deel en naweke saam met haar huis toe te gaan. Nou is dit egter kompleks, aangesien hy van haar verwag om te trou en dit sal meebring dat sy haar verantwoordelikheid teenoor haar ouers tweede moet stel. Hy is deur sy beursgewer Venda toe gestuur, wat meebring dat sy hoogstens een maal per maand besoek by haar ouers kan aflê. Dit veroorsaak geweldige konflik.

Sy handhaaf goeie verhoudinge met haar vriendinne en hulle verstaan as sy nie sosiale geleenthede kan bywoon nie. Hulle toon begrip en is bereid om gedurende die week belangrike geleenthede te reël om haar ook te akkommodeer.

Haar verhouding met objekte en idees:
Sofia is steeds baie verantwoordelik in haar werk en dit grens aan perfeksionisme, wat aanleiding gee tot baie spanning. Sy doen alles met oorgawe en kry goeie terugvoer. Sy voel dat sy suksesvol en aanvaarbaar is.

Sy het 'n sterk geankerdheid in haar godsdiens. Dit is 'n behoudende faktor in haar lewe en dit help haar om deur moeilike tye steeds te funksioneer.

Haar verhouding met haarself:
Sy het 'n oordrewe verantwoordelikheidsin ontwikkel. Haar lewe draai om selfverwesenliking. Sy dryf haarself tot so 'n punt dat sy aan uitbranding ly. Dit het aanleiding gegee tot die ineenstorting op universiteit. Sy is 'n perfeksionis en daarom is dit vir haar moeilik om aanpassings te maak.

Die Persoonsbeeld

Sofia beleef die chroniese siektetoestand van haar ma so intens, dat sy 'n oordrewe verantwoordelikheidsin ontwikkel het. Dit veroorsaak dat sy oorbetrokke geraak het by die huishouding, maar ook in haar skoolwerk, universiteitstudies en nou in haar beroepslewe. Sy kom wel tot selfverwesenliking, met die prys dat sy haarself oorbelas, wat kan lei tot uitbranding. Die huwelik beleef sy egter bedreigend, aangesien die betekenis wat sy aan kinders gee onrealisties is, wil sy eerder onttrek en haar verlowing beëndig.

Die Vlak van die Irrasionele

Sy stel geweldige hoë eise aan haarself, wat kan aanleiding gee tot selfvernietiging. Sy heg onrealistiese betekenis aan kinders en daarom is sy te bang om haarself in die huwelik te begeef.

6.4.2.2 Kind 2 - Jaco

Die Funksioneringsbeeld

Jaco se skoolwerk het agteruitgegaan. Hy het met die verkeerde vriende deurmekaar geraak. Hy het aanvanklik aan feitlik alle buitemuurse aktiwiteite deelgeneem. Onder groepdruk het hy by minder aktiwiteite ingeskakel en meer saam met sy vriende begin uitgaan. Toe die vader daarteen begin optree, het hy selfs een keer van die huis af weggeloop. Hy het geweier om saam te gaan kerk toe. Die vader was baie geskok toe hy uitvind dat hy op 'n partytjie drank misbruik het. As hy aangespreek word, raak hy geweldig aggressief. Dinge het ernstig begin skeefloop in sy lewe en die vader het hom kom aanmeld.

Die Fenomeenbeeld

Ten einde te bepaal wat ten grondslag van die funksioneringsbeeld lê, is daar gesprekke gevoer met die ouers en met Jaco en daar is tot die volgende gevolgtrekkings gekom:

Jaco is 14 jaar oud en in Graad 8. Hy het van kleins af sy jonger broer wat tans in Graad 6 is, geblameer vir die moeder se gesondheidstoestand. Hy voel dit is sy boetie se skuld dat sy ma so siek is. As sy nie siek was nie, dan was dit nie vir hom nodig om vir haar skaam te wees nie. Dan kon hulle ook 'n normale gesinsituasie gehad het en met lekker vakansies weggegaan het. Hy het gaandeweg ontvlug uit die huislike omstandighede, deur aan feitlik alle skoolaktiwiteite deel te neem. Dit was aanvaarbaar vir die ouers. Sy skoolwerk het geleidelik begin verswak, maar hulle het aanvaar dit is as gevolg van die feit dat hy so aktief is en nie genoeg aandag aan sy skoolwerk gee nie.

Hy het vriende gemaak met maats wat nie baie verantwoordelikheid aan die dag gelê het nie en wat avontuurlustig is. Hulle het geëksperimenteer met allerlei dinge en partytjies toe gegaan. Dit het hom tuis laat voel en hulle het hom aanvaar vir wie hy is. Hulle aanvaarding het al belangriker geword en hom die geleentheid gebied om lekker dinge te doen, wat hulle as gesin nie kon doen nie. Sy ma het baie pyn ervaar en haar mediese kostes was hoog. Hulle kon nie bekostig om met vakansies weg te gaan nie.

Sy pa het begin om hom te straf vir sy optredes. Hy wou by sy vriende wees, die huislike omstandighede het hom terneergedruk laat voel. Hy moes toe skelm raak en saans by die venster uitsluip om by sy vriende te kom. Toe sy pa dit uitvind en hom "hok", het hy van die huis af weggeloop. Hy het een aand dronk geword.

Hy het ernstige vrae oor die lewe begin vra. Hy het begin twyfel in God se bestaan. "Waarom moes dit juis sy ma wees wat siek is?" " Waarom kon hy nie ook soos sy vriende 'n normale gesinslewe hê nie?" Dit het 'n godsdiensvraagstuk by hom laat ontstaan, hy het opstandig geraak en daarom wou hy nie meer kerk toe gaan nie.

Die Relasiebeeld

Sy relasie met sy ouers:
Hy kon nie sien dat sy ma so sukkel en voortdurend in pyn leef nie. Hy is lief vir haar, maar dit is vir hom baie makliker om uit die huis uit weg te kom en by sy vriende te wees. Daar is hy sorgvry. Hy is lief vir sy pa, maar sy pa het begin kla oor sy skoolwerk en sy vriende. Sy pa se optredes was onredelik, hy het Jaco verbied om sy vriende te sien, voordat sy punte nie verbeter nie. Hy het opstandig geraak teenoor sy pa en sy gesag begin uitdaag. Dit het meegebring dat hy geen vrymoedigheid gehad het om met sy pa enige van sy probleme te bespreek nie. Sy pa het ook nooit tyd gehad om saam met hom dinge te doen nie.

Sy relasie met sy broer en suster:
Hy kon nie sy broer verdra nie en het elke keer as hy hom gesien het, gevoel dat hy die oorsaak is van alles wat verkeerd is in sy lewe. As dit nie vir hom was nie, sou sy lewe gewees het soos dié van sy vriende. Sy suster was die enigste een met wie hy soms kon praat. Soms het dit gelyk asof sy verstaan, maar in die laaste tyd het sy ook net vir hom begin preek.

Sy verhouding met objekte en idees:
Sy skoolwerk het geleidelik al meer en meer verswak. Sy onderwysers het begin kla oor sy werk nie gedoen is nie en dat hy swak vaar in sy toetse. Dit het veroorsaak dat hy nog minder lus was om sy skoolwerk te doen.

Hy het aan God se regverdigheid begin betwyfel en gewonder of dit nog die moeite werd was om te glo. Hy het opstandig begin raak en wou later nie meer kerk toe gaan nie.

Sy verhouding met sy onderwysers:
Hy het 'n baie goeie verhouding met sy onderwysers gehad, aangesien hy goed gevaar het op skool en 'n ster was in sport. Geleidelik het hy begin onttrek van sy aktiwiteite en sy skoolwerk het verswak. Dit het veroorsaak dat almal aan hom begin karring het en wou weet wat verkeerd is. Dit het hom gefrustreer en opstandig gemaak en hy het later geweier om met hulle te praat. Dit het die verhouding met sy onderwysers begin knou.

Sy verhouding met sy vriende:
Die relasie met sy vriende het geblom. Hulle was nie sy ouers en onderwysers se keuse nie, maar hulle het die lewe vir hom die moeite werd gemaak. Om deur hulle aanvaar te word, het hy gedoen wat hulle voorgestel het. Dit het nie lank geduur nie of hy het alles saam met hulle gedoen. Hy het saam partytjies toe gegaan, selfs een keer dronk geword. Hulle het al voorstelle gemaak dat hulle by misdadige aktiwiteite, soos die steel van motorradio's betrokke moet raak. Die een vriend verkoop ongelisensieerde wapens en dié maak baie geld daarmee.

Sy verhouding met homself:
Hy voel net goed as hy by sy vriende is. Hy beleef homself as 'n mislukking by die skool, met die akademie, maar ook op sportgebied. By die huis stel hy net almal teleur. Dit het veroorsaak dat hy 'n swak selfbeeld ontwikkel het. Hy hou eintlik nie van homself soos hy is nie, maar sy vriende is die enigste wat hom aanvaar.

Die Persoonsbeeld

Jaco het onrealistiese betekenis gegee aan sy moeder se chroniese siektetoestand. Dit het aanleiding gegee tot die feit dat hy van die gesin onttrek het en sy broer gedurig verwyt. Hy beleef tans verwerping by die skool en verwerping van sy ouers. Die enigste plek waar hy aanvaarding beleef is tussen sy vriende en dit bring mee dat hy baie beïnvloedbaar is.

Die Vlak van die Irrasionele

Jaco is onrealisties oor sy moeder se siekte. Dit is te spannend vir hom by die huis en daarom ontvlug hy. Dit bring mee dat hy homself nie aktualiseer t.o.v. sy kognitiewe vermoëns nie, maar ook nie op sportgebied nie. Hy kry aanvaarding tussen sy vriende. Hy openbaar tans ernstige gedragsprobleme, wat selfs die gevaar inhou dat hy met die gereg kan bots, indien daar nie terapeuties toegetree word nie.

6.4.2.3 Kind 3 - Anton

Die Funksioneringsbeeld

Anton is 'n baie gehoorsame en hulpvaardige kind. Hy het geweier om aan buitemuurse aktiwiteite deel te neem. Hy was smiddae tuis, het sy skoolwerk gedoen en sy ma gehelp waar hy kon. Hy het selfs aangebied om kos te kook. Hy het nooit by maats gaan kuier nie en hulle ook nie oorgenooi nie. Dit het sy ouers bekommer dat hy nie wou deelneem aan buite aktiwiteite nie, en al meer en meer geïsoleer geraak het by die huis.

Die Fenomeenbeeld

Ten einde te bepaal wat ten grondslag lê van hierdie funksioneringsbeeld, is daar onderhoude gevoer met die ouers, maar ook met Anton. Daar is tot die volgende gevolgtrekkings gekom:

Anton is nou 12 jaar oud en in Graad 6. Hy is daagliks deur sy broer geblameer dat hy die oorsaak is van sy ma se siekte. As dit nie vir hom was nie, dan was sy nie so siek nie, het nie al die pyn ervaar nie en kon hy ook 'n gelukkige gesinslewe gehad het.Dit het geweldige skuldgevoelens by hom veroorsaak. Die enigste manier waarop hy kan bydra om die situasie te verbeter, is om die hele tyd na skool by die huis te bly en sy ma te help, met dit wat sy nie self kan doen nie. Hy het besluit om nie aan buitemuurse aktiwiteite deel te neem nie en is tevrede om net by die skool met sy maats te speel.

Die Relasiebeeld

Sy verhouding met sy ouers:
Hy is baie lief vir sy ouers. Hy voel elke dag skuldig, omdat dit sy skuld is dat sy ma so siek is en soveel pyn moet verduur. Hy het nie geweet wat om te doen, behalwe om baie lief te wees vir haar en te help met alles wat hy kan nie. Hy het aangebied om take af te handel wat sy pa moes doen, sodat sy pa meer tyd met sy ma kon spandeer. Op die manier kan hy ook vir sy pa wys hoe lief hy vir hom is.

Sy verhouding met sy onderwysers:
As hy by die skool sy werk doen en soet is, dan sal sy ouers nie nog bekommernis oor hom hê as hy by die skool is nie. Sy broer het al meer in die moeilikheid beland by die skool en Anton het al stiller geword. Hy het die relasie met sy ouers as aangenaam beleef, aangesien hulle hom geprys het vir sy voorbeeldige gedrag en omdat hulle nooit met hom hoef te raas nie. Dit was vir hom spannend om so korrek op te tree, al raas die ander kinders in die klas, het hy geweet hy mag nie praat nie.

Sy verhouding met sy maats:
Hy het goeie verhoudinge met sy maats aangeknoop. Dit was vir hulle moeilik om te aanvaar dat hy nooit by hulle kan kom speel nie. Hulle het hom gelukkig nie verwerp nie en sy vriende gebly.

Sy verhouding met objekte en idees:
Hy was baie gelowig en het 'n verdieping in sy godsdiens beleef. Dit mag wees dat hy uit skuldgevoelens so betrokke geraak het in die godsdiens. Dit het sy las vir hom draagliker gemaak.

Sy verhouding met homself:
Hy het baie skuldig gevoel, omdat hy die oorsaak was van alles wat verkeerd loop in die gesin. Sy ma is siek, sy broer blameer hom en toon ernstige gedragsprobleme en hy probeer hard om alles te doen wat hy kan, maar dit lyk nie of dit help nie. Dit raak alles net erger. Hy het homself as 'n mislukking begin beleef en dit het sy selfbeeld begin knou.

Die Persoonsbeeld

Anton gee onrealistiese betekenis aan sy moeder se siekte, aangesien hy persoonlik verantwoordelik voel daarvoor. Hy is baie verantwoordelik in die uitoefening van huislike pligte en raak meer en meer betokke by die huis en onttrek hom van sy maats en buitemuurse verantwoordelikhede. Hy beleef homself as 'n mislukking, aangesien hy deur sy dade probeer kompenseer vir dit wat sy ma nie kan doen nie. Al is hy soet by die skool, speel nie met sy maats nie en leer baie hard, help dit nie! Hy het hulp nodig.

Die Vlak van die Irrasionele

Hierdie onbetrokkenheid by normale aktiwiteite vir sy ouderdom en gevoel van magteloosheid kan aanleiding gee tot depressie by Anton. Die gevaar besaan dat patologie kan ontwikkel.

6.4.3 Die huidige gesinsopset

Sofia het 'n jaar gelede in die huwelik getree. Die gesin het terapie ontvang en daar was veral positiewe resultate by Jaco. Die gesin het verskeie aanpassings gemaak. Hulp is van buite gekry, sodat die vader meer betrokke kon raak by sy twee seuns en aan hulle behoeftes kon aandag gee.

'n Maand gelede is die vader wat pas afgetree het, skielik oorlede. Dit het die gesin opnuut in 'n krisis gedompel. Groot aanpassings is nodig. Die moeder se situasie het so verswak dat daar oorweeg word om haar in 'n inrigting te laat opneem vir versorging. Emosioneel is sy egter nie gereed daarvoor nie.

6.5 NAVORSINGSRESULTATE

Die evaluering wat gedoen is in Hoofstuk 4 uit die literatuurstudie wat onderneem is, gaan hier vergelyk word met die inligting wat verkry is uit die gevallestudies.Die lys van simptome wat saamgestel is deur Kruger (1991: 73) gaan weer as die basis gebruik word. Kolom 3 bevat die name van die kinders, soos bespreek is in die gevallestudies, wat die spesifiekte simptoom geopenbaar het. Die drie vergelykende tabelle volg net hierna:

TABEL 5: VERGELYKING VAN STRESSIMPTOME		
Simptome van stress by adolessente soos saamgestel deur Kruger	**Simptome geïdentifiseer by kinders met 'n ouer wat aan 'n chroniese siekte ly, volgens literatuurstudie**	**Simptome geïdentifiseer by kinders, soos bevind is uit die Gevallestudies wat onderneem is.**
Fisiese simptome van stres.		
Hoofpyne	Somatiese simptome soos hoofpyn en maagpyn	Johan, Chantelle
Maagpyn		Johan, Lize
Konstante moegheid	Soos ouer se siekte	Johan, Chantelle
Huilerigheid		Lize, Chantelle
Depressie	Verhoogde depressie	Skuldgevoelens en depressie Chantelle, Anton, Charl
Uitbranding	Ervaar ouer se simptome	Sofia, Johan
Nek- en rugpyn	Ervaar ouer se simptome	Identifisering met simptome van ouer – Johan
Psigiese simptome van stres		
Angs	Angs	Angs dat moeder iets sal oorkom – Lize en Chantelle
	Angs ontstaan weens konflik met die ouer	Jaco

Verlies aan motivering	Vaar akademies swak.	Akademie verswak - Jaco Skoolfobie – Chantelle
Onttrekking	Sosiale onbevoegdheid	Kluisenaarsbestaan-Chantelle
	Swak sosiale vaardigheid	Seun ontvlug gesinsopset-Jaco
	Sosiaal onttrek	Chantelle
Selfmoordgedagtes		Chantelle
Gebrek aan waaghouding		Chantelle, Sofia, Anton
Lae selfkonsep	Lae selfbeeld	Chantelle, Jaco, Anton, Charl
Interpersoonlike probleme	Ontbeer portuurgroep vriendskappe	Charl, Chantelle, Anton
	Ontbeer interaksie met vriende en konflik ontstaan maklik met die ouer	Jaco
	Sosiale verhoudinge word geïnhibeer	Charl, Anton, Chantelle
Gedragsprobleme	Gedragsprobleme	Jaco
	Misdadige neigings	Jaco
	Hard en ongevoelig	Jaco
Substans misbruik	Ontvlug deur drank of dwelmmisbruik	Jaco
Wegloop van die huis	Rebelsheid	Jaco

Tantrums		Lize, Chantelle
Verbale en fisiese aggressie	Woede en aggressie	Chantelle, Jaco
Selfvernietigende gedrag		Sofia
Vrees vir mislukking		Sofia, Chantelle
Insekuriteit	Veral kleiner kinders	Lize, Chantelle, Anton
Skuldgevoelens	Skuldgevoelens	Anton. Jaco
Gebrek aan belangstelling in die lewe		Chantelle
Swak akademiese prestasie	Neem aan min skoolaktiwiteite deel	Anton, Chantelle, Jaco, Johan
Onderprestasie		Chantelle, Jaco
Ongewone skaamheid	Skaam vir ouer en ouerhuis	Jaco.
	Seksuele promiskuïteit	
	Versteurde geslagsrolidentifikasie	Charl
	Verwerping	Jaco, Lize, Chantelle

6.6 NAVORSINGSHIPOTESES

Die resultate ten opsigte van verskillende navorsingshipotes word vervolgens gegee. Elke navorsingshipotese sal gegee word, waarna die resultate wat ten opsigte van die betrokke hipotese verkry is, verskaf sal word. Op grond van dié resultate sal die navorsingshipotese dan aanvaar of verwerp word.

6.6.1 Groep 1. Die navorsingshipoteses het betrekking op die effek van die chroniese siek ouer op die kind

6.6.1.1 Navorsingshipotese 1

Die chroniese siektetoestand van die ouer hou nadelige effekte in vir die kind se skolastiese vordering

Dit blyk duidelik uit die literatuur, soos vervat in Tabel 2, en uit die gevallestudies in Tabel 3 dat die kinders, van verskillende ouderdomme se kognitiewe funksionering nadelig geraak word deur 'n ouer wat aan 'n chroniese fisieke siekte ly.

Dit dui daarop dat die kinders nie hulle kognitiewe vermoëns kan aktualiseer nie. Daar is 'n geval met 'n ekstreme voorbeeld voorgehou waar die kind, Chantelle, skeidingsangs ontwikkel het, wat in skoolfobie verander het. Die kind moes aansoek doen vir vrystelling van skoolplig. Dit is 'n duidelike aanduiding van onderaktualisering van haar potensiaal.

Die navorsingshipotese word aanvaar.

6.6.1.2 Navorsingshipotese 2

Die chroniese siektetoestand van die ouer hou nadelige effekte in vir die kind se sosiale ontwikkeling

Charl het geslagrolidentifikasieverwarring ontwikkel, wat veroorsaak het dat hy hom sosiaal van lede van die teenoorgestelde geslag onttrek het. Chantelle se insekuriteit as gevolg van haar ma se chroniese siekte, het uitgeloop op skoolfobie, waar sy totaal van haar maats vervreemd geraak het, aangesien sy haar van hulle onttrek het. Dit het haar beperk tot 'n kluisenaarsbestaan. Anton onttrek hom van sy maats om sy verantwoordelikhede tuis na te kom, aangesien hy skuldig voel oor sy ma se toestand.

Jaco daarenteen, het ontvlug uit die gesinsopset, aangesien dit vir hom ondraaglik geraak het en het hy oorbetrokke geraak by verkeerde vriende, wat gelei het tot ernstige

gedragsprobleme. Die kinders is sosiaal ontoereikend, aangesien hulle die verkeerde betekenis geheg het aan die chroniese siektetoestand van die ouer.

Die navorsingshipotese word aanvaar.

6.6.1.3 Navorsingshipotese 3

Die chroniese siektetoestand van die ouer hou nadelige effekte in vir die kind se gedrag, dikwels veral t.o.v. geslagsrolidentifikasie met die ouer

In die literatuur is aangetoon dat kinders verward kan raak t.o.v. hulle geslagsidentifikasie. Andere het seksueel promisku opgetree. Aanvullend hierby was die vroeg adolessente kind, wat nie 'n rolmodel gehad het om mee te identifiseer nie, aangesien die ouer op daardie stadium nie bevoeg was daartoe nie. Uit die gevallestudies is dit verder bevestig deur Charl as voorbeeld.

Ander gedragsprobleme wat kinders geopenbaar het, beide uit die literatuur en uit die gevallestudies, is misdadige gedrag, substans misbruik in die vorm van drank en dwelms, rebelsheid, en wegloop van die huis af.

Hierdie gedragsprobleme het weereens veroorsaak dat hierdie kinders hulleself onderaktualiseer het. Meeste van hierdie kinders het 'n lae selfbeeld ontwikkel, as gevolg van die negatiewe terugvoer wat hulle van andere kry.

Die navorsingshipote word aanvaar.

6.6.1.4 Navorsingshipotese 4

Die chroniese siektetoestand van die ouer hou nadelige effekte in vir die kind se emosionele ontwikkeling t.o.v. veral geborgenheid en sekuriteitsbelewing

Dit het duidelik aan die lig gekom dat kinders se emosionele ontwikkeling gestrem word. Die een ouer is siek, die ander ouer is oorspanne en oormoeg as gevolg van ekstra verantwoordelikhede, maar ook die onsekerheid oor wat die toekoms kan bied.

Kinders het in hulle opvoeding liefde en geborgenheid nodig om as volwaardige volwassenes te kan ontwikkel.

In ekstreme gevalle uit die literatuur en gevallestudies kan dit skoolfobie tot gevolg hê. Dit bring ook mee dat hierdie kinders op geestelike gebied insekuur en ontredderd voel. Dit kan meebring dat kinders vertwyfeling beleef op godsdienstige niveau. Verwys hier na Jaco.

Die navorsingshipotese word aanvaar.

6.6.1.5 Navorsingshipote 5

Die chroniese siektetoestand van die ouer hou nadelige effekte in vir die kind, sodat hy ook somatiese simptome ontwikkel, om daardeur aanvaarding en besorgdheid van die ouer te bekom

Chantelle en Johan het somatiese simptome ontwikkel, wat ooreenstem met die simptome van die ouers. Aangesien die ouers gepreokkupeerd is met siekte, trek dit dadelik hulle aandag. Hulle gee aandag aan die kinders, neem hulle dokter toe, doen 'n paar keer per dag navraag oor hulle welstand. Dit bied aan die kinders heelwat aandag van die ouers, dit laat hulle aanvaar en geliefd voel. Onbewustelik versterk die ouer eintlik hierdie somatiese simptome by die kind.

Dit kan so erg word dat die kinders later glo dat hulle ook sieklik is en nie met hulle normale funksionering kan volhou nie, soos in Chantelle se geval. In Johan se geval is daar terapeuties toegetree tot die gesin, voordat die toestand in patologie ontwikkel het.

Die feit dat kinders somatiese simptome ontwikkel, wat ooreenstem met die van hulle siek ouers, is verder uit die literatuur bevestig. Dit is dus duidelik dat die chroniese siektetoestand van die ouer die kind se wording benadeel.

Die navorsingshipotese word aanvaar.

6.6.2 Groep 2. Hierdie navorsingshipotese het betrekking op die effek van die chroniese siek ouer op die hele gesin

6.6.2.1 Navorsingshipotese 6

Die chroniese siektetoestand van die ouer hou nadelige effekte in vir die gesin in die geheel, veral ten opsigte van hulle sosiale-, emosionele-, kognitiewe en finansiële funksionering

As die verskillende gesinne in die gevallestudies geëvalueer word, blyk dit duidelik dat die gesinsisteem benadeel word deur 'n ouer wat gediagnoseer word met 'n chroniese siektetoestand.

In al die gesinne het die individuele lede reaksies getoon wat hulle wording strem, mits daar terapeuties toegetree word. Hulle sosiale funksionering is geraak, aangesien die siek ouer dikwels nie 'n afspraak kan nakom nie, aangesien hy/sy kort voor die geleentheid te siek is om die funksie by te woon. Dit is moeilik om uitnodigings lank voor die tyd te aanvaar, aangesien dit dikwels op kort kennisgewing gekanselleer moet word. Dit gebeur soms dat uitnodigings wat die gesin gerig het, gekanselleer moet word, wanneer die gaste al amper vir die afspraak moet opdaag. Dit skep spanning by die gesinslede.

Adolessente wat vriende wil oornooi, is soms skaam vir hulle ouers. Dit is makliker om sosiaal te onttrek, of hulle vriende op openbare plekke te ontmoet, sodat die vriende nie by hulle aan huis moet kom kuier nie. Dit is moeilik om belangstellendes wat besoeke wil bring, te ontvang. Dikwels is daar met versorging besig wat vir die siek persoon 'n verleentheid sal skep as die besoekers toegelaat word. Soms is die siek persoon se emosionele toestand negatief en is hulle kortgebonde, wat die belangstellendes en geliefdes kan afstoot, juis die mense wat hulle eintlik baie nodig het gedurende hulle siekte.

Emosioneel is die gesin soms gedompel in tye van wanhoop, wanneer dit lyk of die ouer nie weer gaan herstel nie, ander tye kan die siekte minder aggressief wees en kan beter tye beleef word. Die onsekerheid dra by tot 'n emosioneel onvoorspelbaarheid vir die gesin.

Die siekte is 'n alomteenwoordige stressor binne die gesinstruktuur waarteenoor die gesinslede almal verskillend kan reageer. Dit benadeel die kinders se gevoel van sekuriteit en geborgenheid. Kinders wat grootword in sulke onseker omstandighede se wording word daardeur gestrem.

Dit kan gebeur dat die gesinslede emosioneel reageer op alle gebeure, sonder dat nugter gekyk kan word na die omstandighede. Emosionele labiliteit bring mee dat die gesinslede nie redelikheid laat seëvier nie.

'n Verdere komplikasie is dat die siek persoon afstand doen van kognitiewe funksionering, wanneer hy/sy hul werk verloor en dit bloot 'n oorlewingstryd is, wat meer op die emosionele vlak beweeg.

Die kinders se emosionaliteit gee aanleiding tot die feit dat hulle skoolwerk verswak. Die gevaar is dat sommige van hulle geensins hulleself aktualiseer nie. Daar word verwys na Chantelle, wat vrystelling van skoolplig moes ontvang, aangesien sy skoolfobie ontwikkel het.

Aangesien die ouer 'n chroniese siekte het, bring dit mee dat daar voortdurende mediese kostes is. Met tye wanneer die ouer vir mediese toetse moet gaan, of gehospitaliseer moet word, is die kostes hoër. Dit is moeilik vir 'n gesin om by hulle begroting te hou, aangesien dit moeilik is om te raam watter mediese kostes elke maand betaal moet word.

By meeste gesinne veroorsaak dit dat daar 'n groot finansiële las op die inkomstes geplaas word. Daar is dikwels nie ruim genoeg fondse vir die gesin om met vakansie te gaan, of vir luukses wat die kinders benodig nie. Dit veroorsaak spanning. Die kinders is gefrustreerd, maar besef dat daar nie geld is nie. Die ouers bekommer hulle of al die rekeninge betaal sal kan word aan die einde van die maand.

Uit die gevallestudies het dit geblyk dat die hele gesin in nood verkeer. Dit eis groot aanpassings vir die individuele lede, maar ook vir die gesin as geheel noodsaaklik is om funksioneel te bly.

Die navorsingshipotese word aanvaar.

6.7 SAMEVATTING

Uit die empiriese navorsing blyk dit dat die chroniese siekte van 'n ouer nadelige effekte inhou vir die kind, maar ook vir die gesin as geheel. Die literatuurstudie wat onderneem is, bevestig hierdie hipotese.

Dit blyk dat die kinders op affektiewe-, kognitiewe-, sosiale- en gedragsniveaus nadelig geraak word. Die chroniese siekte is 'n konstante stressor in die gesinsverband en dit is 'n proses waarby die individu en die gesin moet aanpas, aangesien die verloop van die siekte meestal onvoorspelbaar is.

Die gesin moet in staat wees om by verskillende rolle aan te pas, patrone te verander, dinamies aan te pas by ander roetines. As die gesin nie saam gebind word nie, bestaan die gevaar dat die gesin disfunksioneel raak. Dit is noodsaaklik dat die gesinne terapeuties begelei word, ten einde begrip te ontwikkel vir hulle unieke omstandighede en aanpassings te kan maak om steeds normaal te kan funksioneer.

Hoofstuk 7 word gewy aan die daarstel van riglyne vir terapeutiese begeleiding vir individue en gesinne waar 'n ouer met 'n chroniese siekte teenwoordig is.

HOOFSTUK 7

RIGLYNE VIR TERAPIE VIR DIE INDIVIDU, SOWEL AS DIE GESIN, MET 'N OUER WAT AAN 'N CHRONIESE SIEKTE LY

7.1. 'N MODEL VIR GESINSTERAPIE VANUIT 'N OPVOEDKUNDIG-SIELKUNDIGE PERSPEKTIEF

7.1.1 Inleidend.

'n Gesin kom gewoonlik onder die aandag van die opvoedkundige sielkundige deurdat óf die skool óf een of albei die ouers 'n kind aanmeld vir een of ander patroon van gedragsafwyking, soos byvoorbeeld stokkiesdraai, aggressiwiteit of selfs 'n kombinasie van verskeie tipes onaanvaarbare gedrag. So 'n kind word dan ook soms as die probleemkind in die gesin gesien. Die vraag wat egter ontstaan is of die enkeling alleen terapeutiese hulp nodig het, en of hierdie persoon se gedragsprobleme nie dalk 'n aanduiding is dat die relasies in die gesin as geheel skeef geloop het nie. In hierdie geval is daar ook reeds aangetoon dat die kind dikwels apart gesien moet word, maar in die meeste gevalle moet die hele gesin se patrone verander weens die siekte van die ouer, en is dit sinvol dat die hele gesin ook terapeutiese hulp sal ontvang.

Griesel & Jacobs (1991: 40-46) het 'n model daargestel om die kind en die gesin behulpsaam te wees. In gesinsterapie word die standpunt gehuldig dat die "probleemkind" dikwels slegs as 'n weerligafleier dien om die funksioneringsbalans in die gesin te handhaaf. In hierdie geval is gevind dat die kind uit die gesin waar 'n ouer aan 'n chroniese siekte ly, op verskeie gebiede stres ervaar en hulp moet ontvang, maar dat die hele gesin die balans soek om weer sinvol te kan funksioneer. Die gesinsterapeut redeneer dus dat –

- Versteurde relasies in die gesin dikwels die oorsaak kan wees van die gedragsprobleme van die individu;
- Individuele terapie dikwels vertraag word of selfs skipbreuk kan ly indien die relasies in die gesin nie verbeter nie;

- Relasies in die gesin beïnvloed word deur die wisselwerking tussen die intrapsigiese en interpersoonlike relasies in die gesin. Dit behels dat gesinsterapie, ook individuele terapie kan insluit, en andersom, met die verbetering van die relasies in die gesin as geheel die hoofdoel.

Simptome van stres by die kind met 'n ouer wat aan 'n chroniese siekte ly, is dikwels die gevolg van die versteurde relasie, en het dan ook weer die vertroebeling van relasies tot gevolg. Die wisselwerking tussen gedrag en relasies kan positief en opbouend wees, maar dit kan ook negatief en afbrekend vir die karaktervorming van die individu wees, veral as hy sukkel om aan te pas by die ouer wat weens die siekte nie in staat is om sy werklike rol te kan vervul nie.

7.1.2 Terapeutiese vertrekpunt

Dit is raadsaam dat die terapeut gedurende die eerste sessie die probleem sal herformuleer en nie die aanmeldingsprobleem as sulks aanvaar nie. Walrond-Skinner (1976: 37-38) stel dit soos volg: "In fact, coming to the first session with as little information about the family as possible is a very useful practice for the therapist to adopt. It enables him to begin to sensitise himself to the uniqueness of the newly formed system of which he finds himself a part".

7.2 DIE TERAPEUTIESE VERLOOP

7.2.1 Die doelstellings van die eerste ontmoeting

Die eerste terapiesessie moet as een van die moeilikste van die hele terapeutiese verloop gesien word. Na alle waarskynlikheid sal dit die eerste keer wees dat die gesinslede hulleself in hierdie situasie bevind en sal daar 'n sekere mate van angs en miskien nuuskierigheid by elkeen teenwoordig wees oor wat moontlik kan gebeur, of wat moontlik bespreek sal word, en wat individue persoonlik gaan raak.

Die afbreek van vooroordele en voorbehoude behoort dus as 'n eerste prioriteit gesien te word. Dit is die taak van die terapeut om te trag om 'n relasiestruktuur tussen hom en die

gesin te skep wat daartoe sal lei dat die gesin hom aanvaar en vertrou, maar hierdie poging aan sy kant sal moontlik deur die gesin of sekere lede van die gesin in 'n negatiewe lig gesien word. Walrond-Skinner (1976: 37) stel dit soos volg: "The family's interaction during this first encounter with the therapist, will to a greater or lesser extent, be directed towards meeting its unconscious need to overthrow the therapist's efforts to act as a therapist". Sy sê voorts dat die gesin se negatiewe gesindheid ten opsigte van verandering toegeskryf kan word aan die gesin se weerstand om die gesinshomeostase (balans) te verander.

Die tweede doelstelling tydens die eerste ontmoeting is die daarstelling van realistiese verwagtinge. Dit is belangrik dat die gesin daarvan bewus gemaak word dat die terapie nie gesien moet word as 'n magiese krag wat alle pyn en wanverhoudings in 'n oogwink sal verander nie, maar dat samewerking en geduld 'n voorvereiste is vir verandering in die gesin se relasiepatrone. Walrond-Skinner (1976: 37) sê: "The family is responsible for bringing itself into treatment and for struggling with the help of the therapist, to clarify the way in which it sees its problems and in defining what it wants to change". Dit kom daarop neer dat die gesinslede sal aanvaar dat die verantwoordelikheid om hulle gesin se probleme op te los, eintlik op hulle skouers rus, en nie as die terapeut se verantwoordelikheid gesien moet word nie (Griesel & Jacobs 1991: 42).

Die derde doelstelling kan as die bewuswordingsproses beskryf word. Tydens die eerste ontmoeting moet daar 'n bewuswording plaasvind ten opsigte van die volgende:

7.2.2 Wat is die werklike probleem?

Die probleem wat dien as oorsaak waarom 'n gesin aanmeld vir terapie is dikwels net 'n simptoom van dieperliggende relasieprobleme wat in die gesin teenwoordig is. Die terapeut moet tydens die eerste ontmoeting dus aan elke gesinslid die geleentheid bied om die probleem te stel soos hy/sy dit sien. Hierdie proses kan moontlik lei tot ander insigte oor wat die werklike probleem of probleme kan wees.

7.2.3 Hoe kommunikeer die gesinslede met mekaar?

Dit gebeur dikwels dat gesinslede se kommunikasie gekarakteriseer word deur eenrigtingverkeer. Hierby word bedoel dat die een nie "hoor" wat die ander sê nie, omdat die gesinslede in die problematiese gesinsituasie so vasgevang kan wees deur die werklikhede van hulle probleme, dat individue die volgende persoon se standpunt nie "kan" insien of "wil" insien nie. Die gesinslede se gesprekvoering is dus gewoonlik oppervlakkig en geforseerd en behels net die noodsaaklike kommunikasie om die noodsaaklike gesinsaktiwiteite aan die gang te hou.

Hierdie tipe eenrigtingverkeer kan dikwels ook veroorsaak word deur die sogenaamde "family myths" of gesinsbygelofies waaraan daar gekleef word. As daar dus 'n stereotipe wyse van betekenisgewing aan situasies en gebeure in die gesin gegee word, kan dit ook daartoe lei dat betekenisvolle kommunikasie skraal, indien nie onmoontlik nie, sal wees.

7.2.4 Hoe lyk die klimaat in die gesin?

Soos reeds gesê, behoort 'n gesinsituasie gekenmerk te word deur positiewe aspekte soos liefde, aanvaarding, respek, ensovoorts. Indien die klimaat in die gesin belemmer word deurdat die gesinslede mekaar byvoorbeeld nie vertrou nie, lei dit tot 'n gespanne klimaat wat tydens druk en krisisse uitloop op uitbarsting. Dit kan daartoe lei dat gesinsverhoudings verder vertroebel. Die gesinsterapeut behoort dus hierdie klimaats-aspekte te beskou as kriteria waarvolgens hy sy diagnose van die gesinsituasie kan rig.

7.2.5 Hoe lyk die relasiepatrone binne die gesin?

Elke persoon in die gesin vervul 'n rol, en wanneer die verskillende rolle in die gesinsituasie teenoor mekaar gestel word, beïnvloed elke individu se gedrag die volgende persoon en die hele gesin as geheel op een of ander manier. Hieruit ontstaan 'n relasiestruktuur of relasiepatroon. Die doelstellings wat elke individu op bewuste en /of onbewuste wyse probeer vervul, is om sy sin te kry en die situasie in die gesin op so 'n wyse te manipuleer dat sy psigiese behoeftes bevredig word. Wanneer verskillende persone dus saamwoon, soos in die gesinsituasie, ontstaan 'n relasiepatroon wat uniek is vir daardie gesin. Hierdie relasiepatroon kan bevorderlik wees vir die geestelike groei van

gesinslede, maar dit kan ook afbrekend wees en tot onaanvaarbare gedrag deur sekere lede van die gesin lei.

7.2.6 Die formulering van hipoteses

Uit die eerste terapiesessie wat as die bewuswordingsgesprek bestempel kan word, lei die terapeut sekere hipoteses af, wat verkry kan word uit vrae wat soos volg gestel kan word:

- Wat is die werklike probleem?
- Hoe lyk die klimaat in die gesin na aanleiding van kriteria soos liefde, respek, vertroue, aanvaarding, gesag en begrip?
- Hoe lyk die relasiepatrone van die gesin?
- Hoe kommunikeer gesinslede met mekaar?
- Hoe gee elke lid van die gesin betekenis aan die gesinsituasie?
- Hoe is elke lid van die gesin betrokke by die gesinsituasie?
- Hoe beleef elke lid van die gesin die gesinsituasie?

7.3 TERAPIE EN DIAGNOSE

Soos reeds aangedui, is diagnose en terapie in gesinsterapie daarop gemik om die gesin te lei om relasiepatrone te verander wat nadelig is vir die gesinslede se volwassewording en geestelike groei te verander sodat daar in die gesin 'n klimaat kan ontstaan waarin almal geborgenheid ondervind en waarmee almal gelukkig sal wees. Die diagnose is daarop gemik om die gesinslede te help om 'n helder insig te verkry oor wat presies die oorsake van die gesin se relasieprobleme is. Hierdie doelstelling kan verwesenlik word deur hulle te wys op onegte betekenisgewing en die daaropvolgende nadelige betrokkenheid by die belewing van die probleme in die gesin. In die terapie sal daar dan verder gegaan word deur die gesin te lei tot realistiese betekenisgewing wat op sy beurt sal lei tot veranderde gedrag en die vorming van relasiepatrone wat koesterend en bevorderlik sal wees en 'n positiewe selfbeeld tot gevolg sal hê.

In die proses van diagnose en terapie kan die volgende vlakke onderskei word:

- Die bewuswordingsvlak: Tydens hierdie fase word die gesin bewus gemaak van die werklike probleem wat moontlik toegeskryf kan word aan gebrekkige kommunikasie

tussen gesinslede en onegte betekenisgewing. In hierdie geval mag daar moontlik 'n gebrek aan kommunikasie oor die chroniese siektetoestand van die ouer wees, wat die kinders kan verwar en onseker maak sodat hulle ook nie sy veranderde rol kan verstaan nie.

- Die verkenningsvlak: Deurdat gesinslede bewus geword het van hulle probleem, kan die terapeut nou voortgaan en die probleem saam met hulle verken. Deur gesinslede te lei om hulle gesinsprobleme in 'n klimaat van aanvaarding en respek te bespreek, ontdek en beleef die gesin die moontlikheid om hulle probleme deur onderhandeling en dialoog op te los. Die gesinslede ontdek ook dat hulle van mekaar mag verskil sonder om vir mekaar kwaad te word. Hierdie verkenningsveldtog onder leiding van die onpartydige terapeut kan daartoe lei dat gesinslede nuwe begrip vir mekaar se standpunte en gevoelens ontwikkel.
- Die verpersoonlikingsvlak: Deurdat die gesin gelei word om meer doeltreffend met mekaar te kommunikeer, lei dit tot die belewing van suksesvolle relasies tussen gesinslede en die herhaling daarvan kan lei tot die permanente verandering van die relasiepatrone in die gesin.

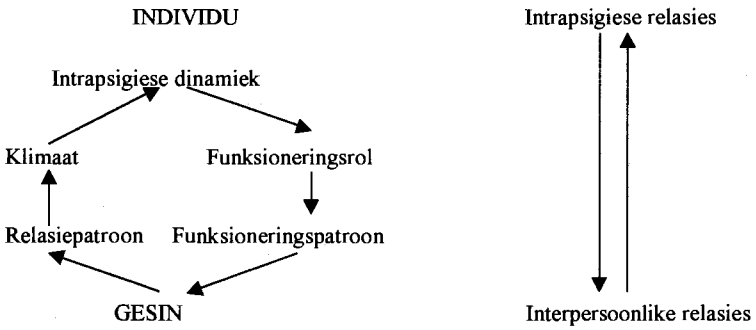
7.4 DIE GESINSDINAMIEK

In hoofsaak bestaan die gesin uit individue wat saamwoon en mekaar dus wedersyds beïnvloed. Aan die een kant is die individu en aan die ander kant die gesin. In die gesin loop die individu se intrapsigiese relasies uit op sy selfaktualisering, wat in gesinsverband neerkom op funksioneringsrol, volgens Griesel & Jacobs (1991: 44).

Hierdie funksioneringsrol, in samehang met dié van ander gesinslede, lei tot die unieke interpersoonlike relasiestruktuur van die gesin wat visueel as die funksioneringspatroon waargeneem kan word, en uitloop op die relasiepatroon van die gesin. Die relasiepatroon openbaar seker kenmerke wat die atmosfeer of klimaat in die gesin karakteriseer (byvoorbeeld warmte, aanvaarding, vertroue, begrip, ensovoorts.) Indien die klimaatseienskappe positief is, sal dit weer daartoe lei dat die individu se intrapsigiese relasies tot 'n positiewe selfkonsep aanleiding gee, wat moontlik die pesoon se gedrag (selfaktualisering) positief sal beïnvloed. Hierdie gesinsdinamiek kan moontlik as 'n kringloop beskryf word met die individu aan die een kant en die gesinsstruktuur aan die

ander kant. Hierdie twee pole verkeer in gedurige psigiese wisselwerking, wat soos volg gestruktureer kan word:

FIGUUR 8: GESINSDINAMIEK



Die intrapsigiese dinamiek = Betekenisgewing - betrokkenheid
Belewing - identiteitsvorming
- selfkonsep

Die funksioneringsrol: Selfaktualisering van relasies in gesinsverband
Funksioneringspatroon: As gevolg van die wisselwerking tussen die funksioneringsrolle van gesinslede, ontstaan 'n funksioneringspatroon
Relasiepatroon: Die psigiese dinamiek van die interpersoonlike relasies wat 'n konstante karakter openbaar
Klimaat: Die atmosfeer wat bestaan as gevolg van intrapsigiese en interpersoonlike relasies.

Volgens die Opvoedkundige-Sielkundige perspektief word die volgende benadering gevolg (en dit is dan ook wat geldig sal wees vir die doeleindes van die navorsing):

Hiervolgens kan die interpersoonlike en die intrapsigiese nie geskei word nie. 'n Persoon se relasies met ander mense word gekenmerk deur sy selfkonsep. Die interaksies tussen gesinslede kan nie waargeneem word sonder om die deelnemers aan die interaksies nie ook raak te sien nie. Daar word dus gedurig gelet op hoe die gesin in die geheel

funksioneer. Die wyse waarop hulle optree, hang af van hoe hulle as gesin, maar ook as individue aan situasies, relasies, invloede, gebeurtenisse, ensovoorts betekenis gee of daarby betrokke is en dit beleef, wat weer hulle gedrag(selfverwesenliking) sal beïnvloed.

Die wesenlike komponent van die sisteem is derhalwe inderwaarheid die interaksie tussen die lede van die sisteem, maar die wyse waarop hulle mekaar sal steun, kontrole oor mekaar sal uitoefen, ensovoorts sal afhang van elkeen se selfkonsep, wat die moderator van sy gedrag is en dus die relasies in die gesin beïnvloed.

7.5 IMPLEMENTERING VAN DIE MODEL

Uit die model wat hierbo bespreek is, moet bepaal word watter van die kind se relasies geaffekteer is deur die chroniese siektetoestand van die ouer.

Uit die gevallestudies het dit ook duidelik geblyk dat die relasies wat deur van die genoemde kinders gestig was, nadelig beïnvloed was. Daar is aanduiders dat hierdie kinders simptome van stres openbaar op fisiese, kognitiewe, affektiewe en sosiale terreine, wat aanleiding gee tot die onrealiste of onegte relasies wat met ouers, maats, skoolwerk, ens. gestig word.

Die gevaar bestaan in die praktyk dat die oorsaak vir byvoorbeeld akademiese onderprestasie by die skool gesoek kan word, of dat skoolfobie se oorsaak gesoek kan word by die skool waar die kind nie sekuur en geborge voel nie. Dit moet baie duidelik uitgelig word dat stres grondliggend is vir hierdie simptome. Die gediagnoseerde siektetoestand van die ouer is 'n konstante bron van stres binne die gesin. Terapeute mag dalk verkeerdelik die simptome behandel en nie werklik tot die grondliggende oorsaak van die probleem kom nie.

Die grondliggende probleem blyk dus stres te wees. Dit kan diagrammaties soos volg voorgestel word:

FIGUUR 9: GRONDLIGGENDE OORSAAK VAN SIMPTOME BY KINDERS IS STRES

Fisiese aanduiders	**Kognitiewe aanduiders**
• Hoofpyne	• Swak skolastiese prestasie
• Maagpyne	• Min deelname aan skoolaktiwiteite
• Moegheid	• Misdadige gedrag
• Nek- en spierpyne	• Rebelsheid
• Huilerigheid	• Lae selfbeeld

STRES

Sosiale aanduiders	**Affektiewe aanduiders**
• sosiale isolasie	• Angs
• sosiale onttrekking	• depressie
• skaamheid	• lae selfbeeld
• sosiaal onbevoeg	• insekuriteit – skoolfobie

Hieruit is dit duidelik dat bogenoemde simptome waarmee die kind meestal aangemeld word en wat die ouer noodsaak om aan te klop vir hulp vir die kind, toegeskryf kan word aan stres.

Die gevolgtrekking wat hieruit gemaak kan word, is dat die ouer wat gediagnoseer word met 'n chroniese siektetoestand stres veroorsaak vir die kind(ers), die siek ouer self, en die gesonde ouer, asook vir ander gesinslede.

7.6 AREAS WAT STRES VEROORSAAK BY KINDERS MET OUERS WAT AAN CHRONIESE SIEKTES LY.

- Gebrek aan inligting t.o.v. die aard, omvang en prognose van die siekte van die ouer.

- Gebrek aan begrip vir die veranderde rol van die chroniese siek ouer binne die gesinsverband.
- Wankonsepsie van die veranderde rol van die gesonde ouer binne die gesinsverband.
- Gebrekkige probleemoplossing- strategieë.
- Gebrekkige kommunikasievaardighede.
- Godsdiensvraagstuk.

In 'n diagram kan dit soos volg voorgestel word:

FIGUUR 10: AREAS WAT STRES BINNE DIE GESIN VEROORSAAK

Bogenoemde aspekte sal vervolgens meer volledig bespreek word.

7.6.1 Gebrekkige inligting t.o.v. die aard, omvang en prognose van die siektetoestand van die ouer

Aangesien baie van die stres wat binne die gesin aanwesig is en wat die kind ook ervaar, toegeskryf kan word aan onsekerheid, is dit dus belangrik dat die gesin die nodige inligting

bekom en dat daar deeglik gekommunikeer moet word met mekaar, maar ook met die mediese personeel en die terapeut wat die gesin bystaan.

Een van die eerste doelwitte van die terapeut moet dus wees om presies uit te vind wat die gesinslede van die siektetoestand van die ouer weet. Dit is dikwels nodig om met die betrokke mediese dokter of span te werk om alle relevante inligting rondom die siekte in te samel. Hierdie inligting word gekommunikeer met drie perspektiewe in gedagte:

- Die terapeut en die dokter se oordeel of die pasiënt en die familie gereed is om die inligting te ontvang.
- Die pasiënt en die gesin se vrae rondom die siekte moet beantwoord word.
- Om te bepaal of daar enige kommunikasieweerstand bestaan.

Met 'n beter begrip van die siekte, kan 'n positiewer verwagting gebou word rondom die funksies van die pasiënt. As die gesinslede weet wat die siek ouer kan doen, kan hulle gehelp word om meer realistiese verwagtinge te skep van die ouer.

Die inligting moet die volgende behels:

- Wat die siekte werklik behels.
- Kan hierdie siekte oorgeërf word? (Dit verminder angstigheid oor die effekte vir die kinders, byvoorbeeld diabetes, artritis, kanker, ens.)
- Kan hierdie siekte aangesteek word? (Soos in die geval van 'n pasiënt wat Vigs opdoen, sodat die gesinslede weet hoe hulle die siek ouer moet en kan hanteer)
- Hoe dit die siek ouer se lewenskwaliteit kan beïnvloed, byvoorbeeld watter beperkings dit op die siek persoon gaan plaas en tot watter mate dit die gesin sal affekteer. Wat hier belangrik is vir die kinders, is veral hoe dit die sosiale funksionering van die gesin kan raak.

Sosiale aspekte:

Die ouer se behoefte: As die ouer werklik gekonfronteer word met die dood, het die persoon mense nodig. Die meeste siek persone het 'n behoefte aan baie besoeke van andere, ten spyte van akute siektetoestande, aangesien hulle daardeur steeds aanvaar voel

deur gesinslede. Positiewe gevoelens van selfaanvaarding is gehandhaaf deur gesinne wat positiewer verwagtinge gestel het vir die ouer.
As die ouer se gevoel van selfaanvaarding verbeter, vind dieselfde gevoel in die kind(ers), plaas. "The ill patient's feelings of renewed self-esteem acted as a catalyst for the utilization of the young person's constructive energies" (Power 1977 : 78).

Die kind moet klaarheid kry oor 'n paar praktiese reëlings:

- Kan maats steeds enige tyd kom kuier, of is die tye wanneer die ouer versorg moet word, ongerieflik?
- Sal dit die kind se vrye tyd beperk, wat gewoonlik aan buitemuurse aktiwiteite of kuier by vriende bestee word?
- Sal die siektetoestand van die ouer die kind in die verleentheid bring voor sy vriende, byvoorbeeld, as die siekte konvulsies, gemoedskommelinge, ens veroorsaak?
- Kan dit wees dat sosiale afsprake gekanselleer sal moet word op kort kennisgewing, aangesien die siekte 'n skielike verandering in die ouer se toestand teweeg kan bring?
- Daar moet bepaal word watter ekstra las die versorging van die siek ouer op die gesinslede sal plaas, t.o.v. die versorging van die ouer aan die een kant, maar ook die ekstra verantwoordelikhede wat dit vir die kind kan meebring.
- Die kind moet ook ingelig word oor die prognose van die siekte. Die nodige inligting hier, kan die kind help om nie die hele tyd te vrees dat die ouer sal sterf, terwyl die ouer lank nie in 'n terminale fase verkeer nie.

Riglyne:

Daar moet bepaal word wat die kind weet van die siekte.
Daar moet bepaal word of daar enige miskonsepsies oor die siektetoestand bestaan.
Bepaal of die kind rou antisipeer, terwyl die ouer nie terminaal is nie.
Bepaal of daar enige onduidelikhede bestaan t.ov. die kind se vrye tyd
Help die gesin om 'n roetine te kry, sodat daar aan elke gesinslid vrye tyd beskikbaar sal wees.
Help die gesin om ontspannings- en rekreasieaktiwiteite aan te pas sodat die siek ouer geakkomodeer kan word, byvoorbeeld as die ouer net een ledemaat het. Met die gewaarwording van die aktiewe potensiaal van die siek ouer, neem die kind met meer

entoesiasme deel om die ouer te help om selfversorgingsaktiwiteite te bemeester. 'n Program kan ontwikkel word vir die kind oor hoe dit bewerkstellig kan word. Die betrokkenheid by die ouer inhibeer baie gevoelens van frustrasie en stimuleer die jong kind om meer tyd by die familie te spandeer.
Die gesin kan dan ook aan vriende en familie tye beskikbaar stel vir besoeke, sodat hulle ook by hulle roetine kan hou.
Omskryf die kind se ekstra verantwoordelikhede t.o.v. die ouer se versorging, maar ook t.o.v. die huistake.

Daar is nou beter begrip by die gesinslede van wat die siekte aan die individu as persoon doen. Hierdie kennis sluit in die fisiese agteruitgang van die siekte, die verloop wat die siekte kan neem, en tot watter mate elke gesinslid die siekte sien, in soverre dit die ouer affekteer. As die gesin nou die werklike kennis van die siekte het, word hulle die geleentheid gebied om deur die siekte te werk. Dit sluit in dat hulle deur die emosies van skok, verwerping en woede kan werk. Hulle word ook die kans gegun om die gesinsomstandighede realisties te sien.

Onsekerheid oor die impak van die siekte veroorsaak ontsteldheid en vrees vir die onsekerheid wat die toekoms kan inhou. Nadat die kind die karaktereienskappe van die siekte en die implikasies daarvan verstaan, kan die kind vir homself 'n begrip van die siekte saamstel. Dié wat angstig oor die siekte was, kan kalm en rustig raak dat die siekte nie noodwendig later in hulle lewens opgedoen kan word nie. Hulle sal dan ook nie enige simptoom ooraktualiseer nie.

Die kind moet ook daarop gewys word as hy sekere aspekte van die siekte van die ouer ignoreer. Hierdie kennis, maar ook die ontkenning van sekere aspekte van die siekte, maak deel uit van die poging om positief teenoor die siekte te reageer. Selfs vir dié wat nie positief teenoor die siekte reageer nie, is ontkenning die aspek wat die erns van die siekte versag en aanvaarbaar maak vir die kind. Daar moet bepaal word of dit 'n gesonde "kruk" vir die kind is, anders moet die kind daarop gewys word en gehelp word om die volle omvang van die siekte te aanvaar en te verwerk, anders sal dit die kind se toekomsvisie vertroebel.

7.6.2 Gebrekkige begrip vir die veranderde rol van die chroniese siek ouer binne die gesin

Kommunikasie t.o.v. die verandering van die rol van die siek vader/moeder binne die gesin.

Die chroniese siek vader:

Mans met 'n chroniese siekte regresseer maklik tot 'n afhanklike staat. Depressie, hand aan hand met regressie, en die feit dat hulle verantwoordelikhede binne die gesin vermy, veroorsaak eintlik dat die vader net 'n toeskouer word eerder as 'n deelnemer, in die gesinslewe. Die oorsake vir hierdie afhanklikheid en regressie is baie. Van die mans wat aflegging by die werk moes verwerk, tesame met die feit dat hulle nie langer die broodwinner is nie, het verreikende gevolge vir die mans ingehou. Hiermee saam is daar ook die feit dat daar nie veel verwagtinge van 'n seksuele verhouding bestaan tussen man en vrou nie. Dit het meegewerk dat die man in hierdie toestand verval. Die gesinslede is ook nie ten volle bewus van die realiteit van die verlies wat die vader ervaar nie. Die verlies van mag, asook die feit dat hy nie meer die versorger is nie en nie meer beheer het oor die gesinslede nie, maar ook sy verlaagde fisieke funksionering is 'n las wat die siek vader alleen moet dra.

Hierdie gedrag van die siek ouer het 'n negatiewe effek op veral die adolessente kind. Hulle voel dat die ouer afgetree het van die lewe, hulle beleef aandagsoekende gedrag van die ouer, wat meer van pas is vir 'n kind as vir 'n ouer, en dit veroorsaak verleentheid en woede. Die huweliksmaat reageer dikwels op die behoefte van die ander en die kind voel uitgesluit by die lewe van die ouers.

Riglyne:

Veral die adolessente kind het die vaderfiguur baie nodig om mee te identifiseer. Die vader moet ook bewus gemaak word van die leemte in die kind se wording en dat daarvoor gekompenseer moet word, as die vader nie in staat is om as die rolmodel te dien nie. Daar kan gereël word dat die kind 'n manlike sportafrigter kry, saam met 'n groep mans gaan jag of perdrylesse ontvang. Die vader is nie fisies in staat om dit met sy kind te ervaar nie.

Die ouer kan as 'n klankbord dien en die kind se ervaringe met hom bespreek, sy eie ervaringe met die kind deel en op 'n "kunsmatige" manier, wel vir die kind die behoefte vervul. Dit is beter as dat die kind geen rolmodel het nie en geslagsrolidentifikasieprobleme binne die gesin na vore kan kom.

Die ouer kan ook bygestaan word deur hom te wys op aandagsoekende gedrag, wat aangepas kan word solank die ouer nie fisies totaal so verswak dat hy niks vir homself kan doen nie. Die kind is op 'n stadium waar hy selfstandig wil optree, maar tog nog afhanklik wil wees, om werklik deel van die familie te voel.

By adolessente is daar 'n afhanklikheid-onafhanklikheids-behoefte. Die jong mense het 'n groot hoeveelheid gedisorganiseerde energie, wat ouers wil hê dat die kind moet kanaliseer in konstruktiewe doelwitte. Die soeke na nuwe adolessente impulse en aktiwiteite plaas die adolessent in 'n gefrustreerde posisie. Hierdie frustrasie vergroot in 'n siek gesinsatmosfeer. Die jong mens moet geleer word om eerder die siek ouer te versorg as om hom te vermy. Die jong mense wat dit doen, kry bevrediging in die afhanklikheid van die ouer, wat ook meebring dat daaruit 'n onafhanklikheid ontstaan.

Die vader moet status binne die gesin behou. Daar kan binne die gesinsverband geoordeel word. Die terapeut kan die gesin bystaan om areas daarvoor te identifiseer. Die vader moet betrokke bly, byvoorbeeld by die finansiële aspekte van die huishouding. Al kan hy betrek word in 'n raadgewende hoedanighheid. Hy moet geraadpleeg word en sy insette moet, indien dit realisties is, geïmplementeer word. Die man se ego is belangrik en hy moet voel dat hy onontbeerlik is, dit sal sy selfbeeld versterk en hy sal weer selfwaarde kry.

Die gevoelens van nutteloosheid en magteloosheid van die siek ouer moet verstaan word, en sy behoeftes bepaal word. Die gesin val dikwels in die slaggat om hulle blind te staar teen dit wat die vader nie kan doen nie, sodat hulle maklik aanvaar dat hy niks meer kan doen nie, en hulle funksionering beplan sonder om hom in aanmerking te neem. Daar moet met sy samewerking bepaal word watter rol hy wel nog in staat is om te vervul, en dit moet hom nie ontneem word nie. Net soos wat daar van die moeder steeds 'n sekere rol verwag word, t.s.v. haar siekte, so moet dit van die vader verwag word. As hy nie baie

fisiese kragte het nie, kan hy aan die kinders liefde gee. Hy kan na hulle probleme luister, of as 'n klankbord dien.

Die moeder:

Die moeder poog gewoonlik om so lank as moontlik 'n aandeel te behou binne die funksionering van die gesin, as gevolg van die rol wat sy voor die siekte reeds binne die gesin vervul het. Vroue slaag beter daarin om die mate van frustrasie wat hulle ervaar te verbloem binne die funksionering van die daaglikse roetine.

Kompensasie vind plaas by die vrou. As sy die funksie van sekere ledemate verloor het, pas sy aan en kyk hoe sy die taak kan uitvoer met dit wat sy nou nog tot haar beskikking het. Families bly van die moeder verwag om sekere take vol te hou. Die oorsake vir hierdie positiewe reaksies van die moeder word binne die gesin gevind. Die huweliksmaat moedig die moeder aan om sekere take vol te hou, en verwag dat die sosiale lewe moet voortgaan. Die vrou behou dus haar status binne die huis. Die kinders word aangemoedig om binne die huis meerdere verantwoordelikhede op te neem. Die siekte word nie deur die moeder gesien as dat dit noodwendig die huishoudelike take of sosiale verhoudinge moet ontwrig nie. Alhoewel die pa en die kinders moet aanpas by die veranderde omstandighede tuis, om vir die versorging van die moeder verantwoordelikheid op te neem, is dit so dat die gesin nou eintlik meer tyd met mekaar deel, as wat voor die aanvang van die siekte die geval was. Die saamwees word 'n wyse om die omstandighede te verwerk, waar daar 'n konstante bedreiging is wat die siekte binne die gesin gebring het, asook 'n vaardigheid vir gesamentlike oorlewing binne die gesin.

Die aktiwiteit van die moeder dien as 'n rol vir die meeste kinders, aangesien die moeder die kinders aanmoedig om sekere take op te neem wat sy nie meer kan doen nie. In sommige families mag dit voorkom asof die moeder te spyte van die siekte aktief haar rol in die gesin probeer speel, maar dat die negatiewe tog gebeur het: dat die agteruitgang van die siekte so 'n effek op die kinders het dat hulle die huis probeer vermy.

Riglyne:

Die kind kry te veel verantwoordelikhede binne die gesin. Hulle het al minder en minder vrye tyd, om balans vir hulleself te vind. Daarom gebeur dit dat die kind soms heeltemal wegbreek van die gesin. Dit kom neer op oorbelasting van sekere rolle, wat negatiewe gevolge mag inhou.

Take moet verdeel word en daar moet 'n rooster opgestel word, waarvolgens die gesinslede vrye tyd het en totaal van verantwoordelikhede onthef word om steeds deel te hê aan aktiwiteite met vriende en sport te kan beoefen, sonder om skuldig te voel.

Skuldgevoelens moet so gou as moontlik by kinders geïdentifiseer word, sodat hulle hulp ontvang en besef dat hulle 'n gesinsverantwoordelikheid het, maar ook 'n reg het om as 'n gebalanseerde individu tot volwassenheid te kom.

Dit is belangrik dat die moeder so lank as moontlik haar rol binne die gesin behou, maar sy moet ook daarop gewys word dat die kinders 'n groot behoefte het aan liefde en vertroeteling. Van die huislike pligte moet gedelegeer word, sodat die siek moeder ook kwaliteit tyd aan kinders kan gee. Die kind moet nie net by die ouer betrek word as hul pligte moet vervul nie, maar ook tyd hê waar hulle behoeftes en vrese aandag kan geniet.

7.6.3 Wankonsepsie oor die veranderde rol van die gesonde ouer in die gesin.

In die proses om by die ouer se siekte aan te pas, kan die ouderdom van die kind 'n belangrike faktor wees. Jong kinders het nog primitiewe denke en 'n groter behoefte aan koestering. Hulle poog om groter begrip en orde te skep deur roetine. Kleiner kinders het 'n groter behoefte aan fisiese versorging, vertroeteling en koestering as wat volwassenes het. Vir hulle is die siekte 'n groter ontwrigting in hulle roetine, daar is 'n onvermoë om die omvang en die aard van die siekte te verstaan, en vir hulle is die "afwesigheid" van die ouer 'n verwerping. Die oorweldigende spanning wat deur die gesonde ouer ervaar word, laat die ouer met min energie en tyd vir die kinders. As gevolg daarvan het die chroniese fisieke siekte van die ouer 'n traumatiese uitwerking op die jong kind, aangesien hy/sy 'n verwaarlosing van beide die ouers beleef.

Die realiteit van die gesonde ouer is met tye dié van krisisbestuur. Skielik is daar baie meer verantwoordelikhede met die versorging van die siek eggenoot, besluite moet gemaak word, finansiële druk en bekommernis oor verhoogde mediese onkostes neem toe. Dikwels is die ouer genoodsaak om te gaan werk. Die ouer raak uitgeput en het nie meer reserwes nie.

Riglyne:
Dit is noodsaaklik dat die gesonde ouer ook 'n infrastruktuur ontwikkel met ondersteuningsgroepe, vriendinne, en ook groepterapiesessies wat aangebied word. Die gesonde ouer moet gehelp word om kontak te maak met hierdie verskillende groepe.

Wanneer die siektetoestand min tyd laat vir die gesonde ouer, moet die behoefte van die kinders nie agterweë bly nie, en moet die ouer begelei word om hierdie kind(ers) by vriende, familie of ondersteuningsgroepe te besorg, sodat daar aan die behoefte van liefde en koestering voldoen kan word. Dit ontneem die ouer nooit van sy primêre verantwoordelikheid nie, maar daar word op hierdie manier gekompenseer vir die leemte.

Dit is baie belangrik dat daar aan die kind gekommunikeer sal word dat dit slegs 'n noodmaatreël is, aangesien die ouer op daardie stadium nie anders kan nie. Die kind sal dan nie die gevoel van verwaarlosing en verwerping so akuut beleef nie. Begrip sal gaandeweg ontwikkel.

Die gesonde ouer moet ook gehelp word om verantwoordelikhede te delegeer aan verantwoordelike opgeleide versorgers of vriende, sodat die kinders die nodige aandag kan kry en hulle vrese bespreek kan word. Die ouer moet ook tyd alleen kry, sodat daar ook geleentheid is om die situasie in perspektief te sien, sodat balans behou kan word.

As die stres vir die gesonde ouer onuithoudbaar raak, kan die persoon knak en kan die gesin nie meer funksioneer nie. Die psigiese gesondheid van die gesonde ouer moet deurgaans gemonitor word en daar moet terapeuties toegetree word, as dit nodig is.

Hulp moet ook aan die ouerpaar verleen word. Hulle moet geadviseer word om tyd af te staan waar beide van hulle weer tyd vir mekaar het, sonder eise van die gesin of versorging van die siekte. Vroeg in die oggende as die kinders slaap en aan die behoeftes van die siek

ouer aandag verleen is, is 'n goeie tyd. Hulle moet doelgerig werk aan koestering en om dinge met mekaar te deel, waarvoor daar andersins nie tyd is nie. Hulle moet ook hulle verhouding verstewig. Hulle moet hierdie tyd gebruik om grense tussen kinders en ouers te herdefinieer. Dit help ook dat daar nie konflik oor die rolle ontstaan nie en dat oorbelading van rolle nie plaasvind nie, nie by die kinders nie en ook nie by die ouers nie.

7.6.4 Gebrekkige probleemoplossing-strategieë

Gesinne wat voor die aanvang van die siekte daarin kon slaag om krisisse suksesvol te hanteer, is beter daartoe in staat om by die situasie te kan aanpas.

Die reaksie van die gesinslede op hierdie nuus is verskillend, die adolessent blyk die ergste te reageer. Dit is 'n groot uitdaging vir die gesin om aan te pas by die beperkende omstandighede. Hulle moet probleemoplossings-vaardighede ontwikkel, in ooreenstemming met die duur en intensiteit van die siekte, en elke gesinslid se perspektief en reserwes. In die proses waar hulle hulself wil handhaaf binne die veranderde omstandighede, is die gevaar groot dat haakplekke uit die verlede die proses kan laat skipbreuk ly.

Die meeste gesinne in hierdie omstandighede is gefokus op die hede en nie op die toekoms nie, hulle fokus op klein insidente en moet gehelp word om die positiewe te aksentueer. Hulle moet die uitdaging sien as 'n proses en nie 'n toestand nie. Kinders en ouers ervaar verskillende emosies van byvoorbeeld eensaamheid, verwerping, woede, skuldgevoelens, depressie en soms paniek.

Dit is duidelik dat die gesin probleemoplossings-vaardighede moet ontwikkel, anders kan dinge binne die gesinne baie skeefloop. Soos reeds in Hoofstuk 2 gemeld is, is daar 'n groot persentasie egskeidings wat plaasvind binne gesinne met 'n siek ouer.

Riglyne:

Die gesin moet deur die terapeut bygestaan word om op 'n strategie te besluit. Dit sal voordurend hersien en aangepas moet word, soos wat die omstandighede verander.

Gereelde gesinsvergaderings kan positiewe resultate hê.

'n Eerste stap sal wees om die aspekte wat die meeste spanning veroorsaak, te meld en neer te skryf. Die gesinslede sal vrymoedigheid moet neem en die sake meld, maar daar moet deeglik gekontroleer word dat die probleem aangespreek word en dat individue nie persoonlik aangeval word in die proses nie.

'n Tweede stap kan dan wees dat die sake geprioretiseer moet word, ten opsigte van belangrikheid, dit wat die noodsaaklikste aan aandag gegee moet word. So veel as moontlik van die praktiese- sowel as die emsionele aspekte van sake moet bespreek word.

'n Derde stap sal wees om 'n strategie uit te werk as al die moontlikhede bespreek is en die nodige inligting ingewin is. Daar moet optredes bepaal word. Daar moet ook bepaal word wie verantwoordelik is vir die uitvoering van die take, sodat daaroor nie later verwarring sal plaasvind en daar verdere konflikte binne die gesin sal ontstaan nie.

As die optredes slaag, moet dit ook by volgende byeenkomste vermeld word, sodat die gesin voel dat hulle vorder in die hantering van hulle moeilike omstandighede. Hulle moet ook vir die siek ouer take oplê wat binne sy vermoë is om te hanteer. Daar moet nie nagelaat word om ook positiewe terugvoer aan die ouer te gee vir sy aandeel nie, dit sal ook 'n bydrae tot die ouer se selfwaarde en nuttigheid lewer deurdat die siek persoon die gevoel kry dat hy nodig is, al is hy nie in staat om sy rol ten volle te vervul nie.

As optredes nie slaag nie, moet daar gekyk word waarom dit nie gewerk het nie, sodat daaruit geleer kan word en aanpassings gemaak kan word vir hantering van soortgelyke vraagstukke in die toekoms.

Dit kom daarop neer dat gesinne wat nie werklik probleemplossings-vaardighede gehad het voor die krisis nie, gefasiliteer moet word en bygestaan moet word, totdat daar 'n werkbare opset binne die gesin gevestig is. Dit sal hulle grootliks help deur ander krisisse wat later met die verloop van die siekte nog kan voorlê. Dit is 'n meganisme waarmee die situasie makliker hanteer kan word.

As die gesin daarin misluk, kan hulle dalk die stres oor die lang duur nie sinvol hanteer nie, wat die gevaar kan inhou dat die gesinstruktuur kan verbrokkel.

'n Belangrike probleemoplossings-vaardigheid is om te soek na nomalisering binne die gesin.

Aangesien die gesin op oorlewing en die hantering van daaglikse probleme ingestel is, verloor hulle die visie op die toekoms. Dit is dus hier belangrik dat die gesin so normaal as moontlik moet funksioneer, vir solank as wat dit moontlik is. Normalisering is 'n poging om patrone te voorsien vir die siek persoon, sowel as vir die gesin Daar moet vroeg werkbare patrone saamgestel word, maar ook om die siek persoon te help om verantwoordelikheid binne die gesin te kan behou. Hulle roetine is ook nou gevestig. Die gesin word nou aangemoedig om so ver as moontlik by hierdie patrone te hou, as die gesin begin aanpas om die siek persoon uit te sny, moet daarop gewys word, anders gaan daar nie by normalisering uitgekom word nie. Met die klem op gesinsnormalisering, kry die ouer die versekering van die ander rondom hom, dat ten spyte van fisieke beperkinge hy/sy steeds in gesinsaktiwiteite betrek kan word. In die gesinsatmosfeer van normalisering, besef die adolessent dat die gesinslewe nie disfunksioneel is as gevolg van die siekte nie.

Hierdie gewaarwording help die kind om ontslae te raak van gevoelens van vermyding/verwerping en voorkom dat jong kinders 'n te groot deel van hulle tyd by vriende bestee of te angstig raak om na die siek ouer om te sien, wat onwelkome afhanklikheid meebring en beperkinge plaas op normalisering.

Die belangrike wat hierdeur uitgewys word is dat, as daar tot normalisering binne die gesin gekom kan word, dit baie makliker vir die gesin is om weer te leef vir 'n toekoms. Met aanvaarding van die gesinsituasie, bring dit aanpassing en 'n nuwe energie en visie vir 'n toekoms.

7.6.5 Gebrekkige kommunikasievaardighede

Uit bogenoemde feite is daar herhaaldelik verwys na die feit dat baie van die misverstand, vrese en onsekerhede ontstaan omdat daar nie genoegsame inligting is nie, aangesien daar nie sinvolle kommunikasie tussen die verskillende partye bestaan nie. Dit bring ons

dadelik by die punt waar die uiterste belangrikheid van kommunikasie tussen alle gesinslede benadruk moet word.

Die gesin moet bygestaan word om met mekaar te kommunikeer oor sake wat die siekte raak, en om op hulle gemak te voel om hulle frustrasies te lug, sonder om deur ander gesinslede daaroor veroordeel te word.

Die doel is dat die siek persoon ingesluit moet word by hierdie kommunikasiesessies. Hierdie is ook deel van die rou van die siek persoon, en dit kan draagliker gemaak word, as die gesinslede saam met hom daardeur gaan. Uit ervaring is gesien dat gesinslede die leiding moet neem om die gesprekke te voer en aan die persoon te wys dat hulle ook verliese ervaar.

Verrassend is dat meeste siek persone nie geaffronteerd voel oor die woede van die ander gesinslede nie, dit gee hom ook geleentheid om uiting te gee aan sy eie gevoelens. 'n Nuwe verhouding waar daar binne die gesin gevoel word dat almal gemeenskaplike dinge het wat hulle deel, is helend in hierdie omstandighede. Hiedie openhartigheid help die adolessent om ontlading te kry van sy wonde en, as hy gemaklik voel, om soms emosies te lug. Dit sal ook geleentheid bied om die siek ouer te laat verstaan hoe belangrik dit vir die gesinslede is dat die vader sy rol en verantwoordelikhede moet dra so lank as wat hy kan, en nie sommer daarvan afstand doen nie.

Riglyne:

Daar moet geëvalueer word of daar sinvolle kommunikasie plaasvind binne die gesinsopset.
Daar moet ook bepaal word of die kommunikasiepeil nie bloot oppervlakkig is nie. Die gevaar bestaan dat daar baie maklik op oppervlakkige manier gekommunikeer word, slegs om die praktiese sake te organiseer en daar nie by die emosionele behoeftes van gesinslede uitgekom word nie.
Indien die kommunikasie oppervlakkig is, sal die emosionele behoeftes van die gesinslede nie aangeraak word nie en sal baie frustrasies opbou, met ander woorde 'n ernstige bron van stres tussen die gesinslede sal veroorsaak word.

Daar kan ook deur sinvolle kommunikasie gekyk word na patrone wat binne die gesin gevestig is, met die verandering binne die gesinsverband. As daar oneffektiewe patrone is, moet daar terapeuties leiding gegee word.

Daar kan ook, deur effektiewe kommunikasievaardighede te help skep, regstellings gemaak word aan die klimaat wat binne die gesin heers. Waar daar bepaal kan word dat daar nie genoegsame liefde, sorg, respek ens. bestaan nie, moet die gesin daarop gewys word, sodat die behoeftes in die toekoms raak gekommunikeer kan word.

7.6.6 Godsdiensvraagstuk

Menige persone wat pas die nuus ontvang het dat hulle gediagnoseer is met 'n spesifieke chroniese siekte, ervaar skok. Die meeste ervaar die emosies van 'n rouproses, aangesien hulle rou oor die verlies van gesondheid. Die eerste fase is dié van ontkenning, dit was dalk net 'n fout. Dit was dalk iemand anders se resultate wat met syne verwar is. Gewoonlik volg 'n fase van woede. Dit is meestal in hierdie fase dat die godsdiensvraagstuk ontstaan.

Daar ontstaan gewoonlik 'n tyd van intense selfondersoek. Die aanvanklike reaksie is dié van frustrasie. Die taal wat die persoon begin praat is, is die taal van verontregting. Hoekom ek? Hoekom het dit met my gebeur, op hierdie tydstip van my lewe? Hoe onregverdig! Hoekom nie iemand anders nie? Wat het ek gedoen om dit te verdien? Hoe is dit dat ek 'n goeie lewe probeer lei het en skielik is dit betekenisloos? Hoekom het siekte my wêreld binnegedring? Die opstand is oor die regverdigheid van die keuse vir swaarkry. Dit kring uit na 'n uiteindelike opstand teenoor God, aangesien die wêreld so onregverdig is. Gesprekke volg waarin daar met vriende en familie geargumenteer word oor die aangeleentheid en hulle die siek persoon meestal probeer reghelp en wys op die verkeerdheid van sy rebellie, maar dit kan die siek persoon dikwels aanvuur tot verdere rebellie, aangesien die mense wat met hom praat tog nie weet waarvan hulle praat nie, aangesien hulle nie by so 'n situasie betrokke is nie.

As hierdie fase verbygaan, sal die realiteit bly, dat die siekte nog nie weggegaan het nie al is hy rebels en opstandig. Nou is daar die volgende fase, waar die siek persoon na antwoorde soek vir die siektetoestand in die verlede, die hede en die toekoms. Die soeke

na sin en oorsaak vir die siekte gaan voort, met God en met ander aspekte van die persoon se lewe. Die maklikste is om te soek na antwoorde in die verlede, dit is die maklikste om te gaan soek. Is die siekte oorgeërf? Was daar iets in die persoon se lewenstyl, wat dit kon veroorsaak? Het hy iets gedoen wat sy fisiese gesteldheid kon benadeel?
Aangesien dit ook nie bevredigende antwoorde bied nie, begin daar 'n soeke in die hede. Die persoon vra of daar iets is wat gedoen kan word om die situasie te verander? Dieet word verander, lewenstyl word verander, prioriteite word verander, maar daar is steeds geen verandering nie. Uit desperaatheid word na die toekoms gereik. Die persoon lees op om uit te vind of die siekte nie ontgroei kan word nie. Die siek persoon voed homself met die hoop dat genesing van die siekte net om die draai is.

Dikwels verlaat die siek persoon hom op misterie. Misterie stop alle argumente. Daar is geen antwoorde nie. In die godsdiens eis die siek persoon nou die antwoorde van God, beveel God om 'n wonderwerk te laat gebeur. Die persoon dink dat God 'n doel het met die siekte, hy moet meer lees en bid, sy sondes bely en hy sal die antwoorde kry. Die siekte bly egter en die siek persoon kry nie antwoorde nie, hy bly agter met die misterie.

Wat nou gedoen as daar nie antwoorde is nie? Ons bly stil voor die misterie. Hierdie stilte oor die misterie bring nie antwoorde of heling nie. In hierdie "stilte" worstel die persoon steeds met die vrae: Waarom ek? Waarom, God, waarom? Verwarring tussen hoop en wanhoop, tussen aanvaarding en rebellie ontstaan en die persoon worstel elke dag daarmee.

'n Volgende fase is die krisis dat die gemiddelde persoon wat in 'n Christelike huis opgegroei het, glo dat as jy twyfel, jy eintlik ongelowig is. Daar word in hierdie situasie ook gedink dat mense soos Abraham, Maria, Paulus ens., nie getwyfel het nie, maar styf vasgeklou het aan hulle geloof as tragedies hulle getref het. Job was veral vir ons 'n voorbeeld hiervan. Die vrae maal weer deur die siek persoon se kop: as God Almagtig is en liefde, waarom neem God nie die pyn en lyding weg nie? Die gevoel dat al die gelowige gebede nie verhoor word nie, veroorsaak dat die siek persoon dink dat sy geloof nie eg is nie. Om eerlik te wees moet by die werklike vraag uitgekom word; of twyfel deel kan uitmaak van ware Christelike geloof.

As die Bybel bestudeer word, kan gesien word dat daar baie verhale is van groot leiers wat ook getwyfel het, soos Moses. Hy het ernstig getwyfel of hy dit sal kan doen al het God

self hom geroep. Jona moes deur 'n vis ingesluk word, voordat hy verander het. Die besef breek duidelik deur dat van die grootste gelowiges in die Bybel, ook twyfelaars was. Die misterie van die Christelike geloof is dat daar geglo word in 'n liefdevolle, getroue God. Deel van geloof is om twyfel te hê, dit is soms keerkante van dieselfde ervaring. Die besef breek deur dat in die swakheid die hulp kom, dan is die mens, in hierdie geval die siek mens, werklik afhanklik en word dan versterk.

As die twyfel verwerk is, kan daar gewroeg word om die geloof te behou. Die groot aanvaarding hier lê in die feit dat God "ja" kan sê, maar ook "nee" kan sê.

'n Fase van onderhandeling begin dikwels met God. Nou word gepleit vir minder simptome, minder pyn, stadiger agteruitgang. Beloftes word aan God gemaak, dat die persoon meer sal bid, harder sal werk, ens. Weereens die realiteit, by baie siek persone, dat die siektetoestand nie verbeter nie. Nou word gevra vir geduld met die siekte, lyding en pyn.

Daar kom nou 'n helende proses waar die volwassenheid in die emosies van geloof na vore kom. Om volwasse te wees beteken om te leef met jou herinneringe, jou geskiedenis en om te onthou wie jy was en hoe jy verander het tot wat jy nou is. God gee krag om te veg vir die lewe.

In die groeiproses kan die siek persoon wegbeweeg van homself en uitreik na ander en ander siek mense help om deur hierdie worsteling te kom om te kan besef dat daar wel 'n vervullende lewe kan wees, ten spyt van siekte. Hieruit vloei daar die wonderlike geleentheid dat chroniese siek persone ondersteuningsgroepe kan vorm en ook vir mekaar 'n ondersteuning skep op hierdie manier. As die siek persoon uitreik na ander, dan lyk hulle las soms weer lig genoeg om te dra.

Daar ontstaan nou die finale vraag: Waarom nie ek nie? Lyding is 'n verantwoordelikheid en kan ook as 'n geleentheid gesien word. In lyding kan die siek persoon as voorbeeld dien vir sy geliefdes, sodat hulle ook deur sy lyding groei in hulle geloof. Daaruit kan sin voortvloei, nie net vir die siek persoon nie, maar ook vir die versorgers en geliefdes wat die pad saam met hom moet stap.

Lyding kan ook 'n voorbereiding wees op sterwe. Dit kan meebring dat die siek persoon besef dat die aardse slegs tydelik is en dat hy hom moet instel op die hiernamaals. Lyding kan 'n ferm leermeester word in die lesse van sterwe.

Daar is gekyk na die verskillende kritieke fases wat daar in die geloofslewe van die siek persoon kan volg. Daar moet nie uit die oog verloor word dat sommige siek persone nie so 'n intense worsteling ervaar nie, en wat so sterk kan staan in die geloof dat hulle gesinslede kan ondersteun wat dalk worstel met hierdie vrae en in twyfel kan verval. Die verskillende individue in die gesin kan op verskillende wyses reageer.

Riglyne:

Die terapeut moet bedag wees op 'n godsdiensvraagstuk wat binne die gesin kan bestaan, indien dit 'n gelowige gesin is. 'n Evaluering sal gemaak moet word, waar die persoon homself bevind in die verskillende fases. Die persoon sal begeleiding benodig om deur die worsteling te groei tot geestelike volwassenheid. Die gesinslid wat met die godsdiensvraagstuk worstel, sal dikwels ook individuele terapie benodig.

Die siek persoon kan gehelp word om deel te vorm van 'n ondersteunigsgroep, waarby hy kan inskakel en waar ander persone met dieselfde emosies met hom 'n uur of meer in 'n week kan deel. Gedurende daardie tyd, sal dit 'n goeie idee wees vir die gesonde eggenoot om ook te rus of daardie tyd af te staan aan eie behoeftes, om op dié manier perspektief te probeer behou.

'n Kind binne die gesin wat 'n godsdiensvraagstuk ervaar kan ook gehelp word om by 'n ondersteuningsgroep in te skakel vir kinders met ouers wat aan chroniese siektes ly, waar die vraagstuk binne hulle geledere bespreek kan word en waar daar geput kan word uit ander se ervaringe.

Die siek persoon sal beslis baat by sterwensbegeleiding, indien die persoon in 'n terminale siek periode inbeweeg. Indien die terapeut nie opgewasse voel vir die taak wat redelik gespesialiseerd is nie, moet 'n ander terapeut by die gesin betrek word.

Die gesin sal ook begeleiding benodig gedurende die rouproses, indien die geliefde te sterwe sou kom. Die terapeut moet die gesin help om deur die rouproses te werk, sodat hulle weer gereed sal word om aan 'n toekoms te wil werk, sonder die gesinslid. Soms fikseer van die gesinslede binne 'n spesifieke fase van rou en kan nie by die punt kom om weer aan te gaan met die lewe en om tot selfaktualisering te kom nie.

Wenke vir die terapeut:

- Vestig 'n sterk terapeutiese band. Probeer eerder empaties op te tree as met simpatie. Werk vanuit 'n eksterne verwysingsraamwerk.
- Evalueer die kind t.o.v. sy vermoë met betrekking tot take wat hy kan uitvoer by die skool en by die huis. Oordeel op grond van die kind se ontwikkelingsfases en sy volwassenheid. Help die kind om sy veeleisende realiteit te balanseer.
- Stel prioriteite by die probleemareas. Begelei die gesin dat hulle doelgerig werk om die prioriteite te bereik, op hierdie manier meer toekomsgerig werk en nie net fokus op die hede nie.
- Ondersteuningsgroepe vir die kind(ers) en ouers lewer goeie resultate.

In hierdie hoofstuk is daar gepoog om riglyne neer te lê om gesinne behulpsaam te wees waarin daar 'n ouer is wat gediagnoseer is met 'n chroniese fisieke siektetoestand.

HOOFSTUK 8

BEVINDINGS, GEVOLGTREKKINGS, LEEMTES IN DIE ONDERSOEK EN AANBEVELINGS

8.1 INLEIDING

In die onderhawige ondersoek wat oor die effek van die chroniese fisieke siektetoestand van die ouer op die kind gehandel het, is eers 'n diepgaande studie uit die literatuur gemaak.

Die rol van die empiries-opvoedkundige kategorieë is uiteengesit. Klem is gelê op die effek wat die chroniese siekte van die ouer op die kind het. Die literatuurstudie is geverifieër deur gevallestudies wat onderneem is, om die studie verder uit te bou.

In hierdie slothoofstuk word die bevindings, gevolgtrekkings, leemtes in die ondersoek en die aanbevelings wat uit die ondersoek voortvloei, gegee.

8.2 BEVINDINGS

8.2.1 Bevindings uit die literatuurstudie

Bevindings uit die literatuurstudie het die volgende aan die lig gebring:

- Chroniese siektes stel fisieke en psigiese eise aan die siek persoon. Dit veroorsaak dat baie aanpassings van die pasiënt geverg word.

- Dit verg nie net 'n eenmalige aanpassing van die chroniese siek persoon en sy gesinslede nie, maar dit is 'n proses wat voortdurende aanpassings verg.

- Die siekte se verloop is onvoorspelbaar en daarom kompliseer dit die chroniese siek persoon se betrokkenheid by sy/haar beroep, en dit plaas 'n konstante finansiële las op die gesin.

- Binne die kerngesonde gesin is daar 'n klimaat van liefde, vertroue, respek, sorg en aanvaarding wat noodsaaklik is vir die wording van die kinders.

- Die wyse waarop die ouers persoonlike waarde en intimiteit ontwikkel as 'n huwelikspaar en die wyse waarop veranderings en uitdagings as ouers met beroepe en sosiale verpligtinge hanteer word, het 'n merkwaardige effek op hulle kinders.

- Daarom is daar in die literatuur gekyk na die effek wat 'n chroniese siek ouer op die kind het en daar is tot die volgende gevolgtrekking gekom:

- Die chroniese siekte van die ouer veroorsaak 'n konstante stressor binne die gesin en dit het 'n effek op die sosiale-, kognitiewe-, affektiewe- en gedragsontwikkeling van die kind.

8.2.2 Bevindings uit die empiriese navorsing

Uit die gevallestudies wat onderneem is, is daar tot die volgende gevolgtrekkings gekom:

- Die chroniese siekte van die ouer het 'n effek op die kind se sekuriteit.

- Die konstante stressor wat binne die gesin aanwesig is, laat kinders binne die gesin insekuur en ongeborge voel.

- Hierdie insekuriteit kan meebring dat die kind se waaghouding geknou word en dat skeidingsangs by sommige kinders ontwikkel.

- Kinders openbaar somatiese simptome wat ooreenstem met die chroniese siek ouer simptome, aangesien hy/sy daardeur aandag van die ouers ontvang en meer geborge voel.

- Die gesonde ouer se rol is dikwels oorbelas en die kinders word affektief verwaarloos, wat hull verwerp laat voel.

- Die atmosfeer van siekte binne die gesin laat baie kinders onttrek van die gesin, wat dikwels aanleiding gee tot gedragsprobleme. Kinders word deur verkeerde elemente beïnvloed tot afwykende gedrag, soos substans misbruik, rebelsheid, misdadige gedrag, wegloop van die huis, ens.

- Die chroniese siekte van die ouer strem die sosiale ontwikkeling van die kinders. Hulle kan dikwels nie by vriende kuier nie, weens vermeerderde verantwoordelikhede binne die gesin. Hulle is skaam vir die ouer en verkies dat vriende nie moet kom kuier nie.

- Dit is vir die gesin problematies om uitnodigings te aanvaar, aangesien chroniese siektes onvoorspelbaar is. Die gesin weet ook nie vooraf of die ouer gesond genoeg sal wees oor 'n week of twee nie, daarom is dit moeilik om uitnodigings lank voor die tyd te rig.

- Die onbeplande mediese uitgawes van die chroniese siek ouer plaas finansiële stremming op die gesin.

- Gesinslede kom dikwels voor 'n godsdiensvraagstuk te staan.

- Dit is nie net die kind wat stres beleef nie, die hele gesin is genoodsaak om dinamies te wees en aanpassings maak, om disfunksionaliteit te voorkom.

8.3 GEVOLGTREKKINGS

Die volgende gevolgtrekkings is gemaak:

- Die chroniese fisieke siekte van 'n ouer het beslis 'n effek op die wording van die kind.

- Die kinders toon stressimptome op sosiale-, emosionele, kognitiewe- en gedragsniveau's.

- Dit is nie net die kind wat in nood verkeer nie, maar ook die chroniese siek persoon wat gepreokkupeerd raak met sy siekte en oorlewing. Die persoon verloor toekomsvisie en dikwels die gesin saam met hom.

- Die gesonde ouer word oorbelas deur die gekompliseerde gesinsfunksionering.

- Die hele gesin verkeer in 'n proses van aanpassing en verandering.

- Die individue binne die gesinstruktuur, maar ook die gesin in geheel, benodig terapeutiese begeleiding om disfunksionaliteit te voorkom.

8.4 LEEMTES IN DIE EMPIRIESE ONDERSOEK

Om dieperliggende behoeftes en dryfvere bloot te lê, kon psigometriese toetse en projeksiemedia by die kinders afgeneem gewees het. Dit kon veral van hulp gewees het by die stel van riglyne vir terapie, vir die kind, maar ook vir die gesin.

Daar is met individuele lede van die gesinne wat gebruik is, onderhoude gevoer. Daar kon waardevolle inligting na vore gekom het, indien met die gesin as geheel ook onderhoude gevoer was. Dit sou by die stel van riglyne vir terapeutiese begeleiding van die gesin rigtinggewend gewees het. Daaruit sou behoeftes wat gesinne het, anders geprioretiseer kon word. Die gesinslede sou dan reeds besef het dat alle lede van die gesin in nood verkeer en nie net hy as individu nie. Dit sou die gesin voorberei het vir gesinsterapie en die noodsaaklikheid van 'n fasiliteerder laat besef, om disfunksionaliteit te voorkom.

8.5 AANBEVELINGS

In die lig van die bevindings uit hierdie navorsing kan die volgende aanbevelings gemaak word:

8.5.1 Riglyne vir terapie vir die individu, sowel as die gesin, met 'n ouer wat aan 'n chroniese siekte ly.

Daar is riglyne gestel vir areas binne die gesin waar die chroniese siekte van die ouer baie stres veroorsaak.

Die areas is die volgende:

- Gebrekkige inligting t.o.v. die aard, omvang en prognose van die siekte.
- Gebrek aan begrip vir die veranderde rol van die ouer met die chroniese siekte.
- Wankonsepsies van die veranderde rol van die gesonde ouer.
- Gebrekkige probleemoplossing-strategieë.
- Gebrekkige kommunikasievaardighede.
- Godsdiensvraagstuk.

Riglyne kan opsommend soos volg saamgevat word:

- Daar moet gesonde kommunikasievaardighede ontwikkel word binne die gesin.
- Gesinsvergaderings- of gesinsterapie skep geleenthede vir die gesinslede om hulle vrese en vreugdes met mekaar te deel.
- Die siektetoestand binne die gesin veroorsaak dat hul toekomsvisie verduister, maar toekomsgerigdheid is noodsaaklik.
- Probleemoplossingstrategieë moet aangepas word, as die gesin se strategieë nie meer effektief is nie.
- Rolle moet verander en aanpas vir die nuwe omstandighede, daar moet gewaak word teen rol-oorbelading by sekere lede van die gesin.
- Patrone binne die gesin moet voortdurend aanpas, aangesien die siektetoestand nie 'n eenmalig aanpassing vereis nie. Dit is 'n proses wat plaasvind, soos die siekte ontwikkel.

- Gesinslede moet genoeg inligting gegee word, sodat hulle perspektiewe kan ontwikkel oor hulle eie gesitueerdheid. Dit maak hullle aanpassings en aanvaarding van hulle omstandighede baie makliker.
- Met genoegsame inligting en diepte in die gesin se godsdiensbeoefening kan die gesinslede geankerd raak en nie in vertwyfeling fikseer nie.
- Die chroniese siektetoestand van die ouer is 'n stressor by die gesinslede. Daar is sosiale-, affektiewe-, kognitiewe- en gedragsaanduiders van stres by kinders in sulke gesinne. Dit is dus noodsaaklik dat die stres so ver as moontlik geminimiseer word.

8.5.2 Verdere navorsing.

'n Studie kan gedoen word van die verskillende chroniese siektes wat gekategoriseer is, om inligting te bekom oor die verloop van die siektes, asook die spesifieke aanpassings wat die siek persoon moet maak, sodat gesinslede effektief begelei kan word.

Twee groepe gesinne kan saamgestel word waar 'n ouer aan 'n chroniese siektetoestand ly. Die een groep gesinne moet met diagnose van die siekte terapie begin ontvang en 'n fasiliteerder hê wat op gereelde basis by die gesinne betrokke is. Die kinders van hierdie gesinne kan ook in groepsessies betrek word. Die kontrolegroep gesinne, wat nie terapie ontvang nie, kan gebruik word om te vergelyk of die gesinne en kinders van die gesinne wel soveel baat vind by terapie van buite.

Verdere navorsing word benodig t.o.v. siektebegeleiding aan die siek ouer.

8.6 SAMEVATTING

8.6.1 Bereiking van die doelstellings

Die doelstellings is in paragraaf 1.3. in hoofstuk 1 volledig uiteen gesit. Ten opsigte van die genoemde doelstellings is die volgende bereik:

8.6.1.1 Die onmiddellike doelstellings

Dit het uit die bevindings en gevolgtrekkings geblyk dat die onmiddellike doelstellings, naamlik om chroniese fisieke siektetoestande te bestudeer, die gesinsopset te definieer en om die invloed van die chroniese fisieke siektetoestand van die ouer op die kind te ondersoek, gerealiseer het. Die kinders uit sulke gesinne is op verskeie vlakke, naamlik sosiaal, affektief, kognitief en ook ten opsigte van hulle gedrag geaffekteer deur die spanning wat die chroniese siektetoestand van die ouer binne die gesin veroorsaak.

Die ondersoek na die invloed wat die ouer se siekte op die kind het, het aangetoon dat aangesien die kind en die ouer aan mekaar gebind is binne die gesin, die hele gesin geaffekteer word en in nood verkeer.

Daar is gekyk na die effek wat die siekte eerstens op die ouer het en op watter lewensterreine hy aanpassings moet maak. Daarna is daar gekyk na die dinamiek binne die gesin, die opvoedingsklimaat wat noodsaaklik is vir 'n kind, sodat hy/sy tot volwaardige volwassene kan ontwikkel. Die siekte van 'n ouer bring 'n stressor mee vir alle gesinlede, en die kinders binne die gesin reageer dikwels negatief op die spanning, aangesien hulle nie weet hoe om dit te verwerk nie.

Daar is bevind dat die chroniese siekte van die ouer soms net 'n geringe effek op die wording van die kind het en in ander gevalle gee dit aanleiding tot patologie.

8.6.1.2 Die verwyderde doelstelling

Aangesien die chroniese siekte van die ouer wel tot 'n mindere of tot 'n meerdere mate 'n effek op die kind het, behoort sulke kinders individuele hulpverlening en begeleiding te kry om hulle in staat te stel om tot volwaardige volwassenes te ontwikkel. Om die hulpverlening so effektief as moontlik te maak, is dit noodsaaklik dat die kind nie net in isolasie begelei word nie, maar die hele gesin betrek word. Die kind moet homself kan aktualiseer binne die gesin. As die gesin nie ook aanpas en verander nie, kan individuele terapie gestrem word.

Riglyne vir terapie vir die individu en die gesin is saamgestel en weergegee in paragraaf 6.6.

8.6.2 SLOTOPMERKING

In die lig van die resultate van die empiriese navorsing en die bevindings wat daarop gegrond is, blyk dit dat die chroniese siektetoestand van die ouer wel 'n effek het op die wording van die kind.

Sodanige kinders moet verder deur 'n opgeleide persoon begelei word om tot volwaardige volwassene te ontwikkel. Riglyne is saamgestel as hulpmiddel vir terapeute wat sulke kinders en gesinne begelei.

BIBLIOGRAFIE

ADAMS, G.M.; MOYNIHAN, R.T. 1983.

Helping the children of fatally ill parents. *American-Journal-of-Ortohopsychiatry,* vol. 53, no. 1, p. 219 – 229.

ALBERT, S.M. 1992.

Psychometric investigation of a belief system: caregiving to the chronically ill parent. *Social-Science-and-Medicine,* vol. 35, no. 5, p. 699 – 709.

ARMISTEAD, L.; KLEIN, K.; FOREHAND, R. 1995.

Parental physical illness and child functioning. Special Issue: The impact of the family on child adjustment and psychopathology. *Clinical-Psychology-Review,* vol. 15, no. 5, p. 409 – 422.

BLACK, R.B.; WEISS, J.O. 1991.

Chronic physical illness and disability. New York: Columbia University Press.

BLUM, M.L. & BALINSKY, B. 1957.

Counseling and psycology. New York: Prentice-Hall.

BOY, A.V.; PINE, G.J. 1995.

Child-centered counseling and psychotherapy. Illinois: Charles C Thomas Publisher.

BURY, M. 1988.

Living with chronic illness, the experience of patients and their families. London: Unwin Hyman.

CAUDILL, D.W. & CARRINGTON, M.R. 1986.

Helping students deal with stress. *Business Education Forum,* vol. 41, p. 7 – 8.

HESLER, M.A.; CHESNEY, B.K. 1988.

Self-help groups: Empowerment attitudes and behaviors of disabled or chronically ill persons. New York: Springer Publishing Co.

COLE, R.E. 1992.

How do families cope with chronic illness? Hillsdale: N.J.L. Erlbaum Associates.

COLLEY, K.D. 1978.

Helping parents help their children. New York: Brunner/Mazel.

CORBIN, J.M. 1988.

Unending work and care, managing chronic illness at home. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

DAVIS, K. 1996.

Families: A handbook of concepts and techniques for the helping professional. New York: Brooks/Cole Publishing Company.

DOKA, K.J. 1993.

Living with a life-treatening illness. A guide for patients, their families, and caregivers. New York: Lexington Books/Macmillan.

DRUSS, R. G. 1995.

The psychology of illness: In sickness and in health. Washington: American Psychiatric Press.

DU PLESSIS, F.J.V.Z. 1990.

Die aangenome kind en die aangenome ouer: 'n Ortopedagogies-sosiopedagogiese perspektief. M.Ed.-verhandeling, Universiteit van Pretoria, Pretoria.

ECOB, R.; MACINTYRE, S.; WEST, P. 1993.

Reporting by parents of longstanding illness in their adolescent children. *Social-Science-and-Medicine,* vol. 36, no. 8, p. 1017 – 1022.

EISER, C. 1993.

Growing up with a chronic disease. The impact on children and their families. Great Britain: Cromwell Press, Melksham, Wiltshire.

FRANKL, V.E. 1980.

Sê ja vir die lewe. Kaapstad: Tafelberg.

FINE, M.J. 1979.

Parents vs children. Making the relationship work. New Jersey: Prentice-Hall.

GLADDING, S.J. 1995.

Family therapy, history, theory and practice. New Jersey: Merrill.

GREGG, C.H.; ROBERTUS, J.L.; STONE, J.B. 1989.

The psychological aspects of chronic illness. V.S.A.: Charles C Thomas publisher.

GRIESEL, M.J.; JACOBS, L.J 1991.

Gesinsterapie. Pretoria: Academica.

HAMELTON, E.B.; JONES, M.; HAMMEN, C. 1993.

Maternal interaction style in affective disordered, physically ill, and normal women. *Family Process,* vol. 32, no. 3, p. 329 – 340.

HARPER, G.L. 1992.

Living with dying, finding meaning in chronic illness. Grand Rapids: Mich Eerdmans.

HUANG, I.C. 1991.

Family stress and coping. New York: Lexington Books/Macmillan.

HIRSCH, B.J.; REISHL, T.M. 1985.

Social networks and developmental psychopathology: a comparison of adolescent children of a depressed, arthritic, or normal parent. *Journal-of-Abnormal-Psychology,* vol. 94, no. 1, p. 272 – 281.

HIRSCH, B.J.; MOOS, R.H. 1985.

Psychosocial adjustment of adolescent children of a depressed, arthritic, or normal parent. *Journal-of-Abnormal-Psycology,* vol. 94, no. 1, p. 154 – 164.

HOLLINGWORTH, J.R.; HOLLINGWORTH, E.J. 1994.

Care of the chronically and severely ill: Comparative social policies. New York: Aldine de Gruyter.

HYMOVICH, D.P.; HAGOPIAN, G.A. 1992.

Chronic illness in children and adults.

V.S.A: W.B. Saunders company.

JACOBS, L.J.; VREY, J.D. 1982.

Selfkonsep, diagnose en terapie: 'n Opvoedkundige-sielkundige benadering.

Pretoria: Academica.

JACOBS, L.J. 1987.

Intreerede. UNISA: Pretoria.

JOHNSON, M.; MARTIN, D.; MARTIN, M; GUMAER, J. 1992.

Long-term parental illness and children: Perils and promises. *School Counselor,* vol. 39, no. 3, p. 225 - 231.

KASSELMAN, J.J. 1995.

Die bydrae van 'n program in denkvaardighede tot die wording van beroepstoetreders. D.Ed.-proefskrif, Universiteit van Suid-Afrika, Pretoria.

KILLIAN, J.G. 1955.

Die betrokkenheid van die kind by sy beroepsidentiteitsvorming. D.Ed.-proefskrif, Universiteit van Suid-Afrika, Pretoria.

KRUGER, N.

A proposed model for the identification and handling of stress in adolescents. *Educare,* vol. 24, no. 2, p. 70 – 81.

LANDMAN, W.A. & GOUWS, S.J. 1969.

Inleiding in die fundamentele pedagodiek. Johannesburg: Afrikaanse Pers.

LANDMAN, W.A. (red.) 1975.

Denkwyses in die Opvoedkunde. Pretoria: N.G. Kerkboekhandel.

LIEBERMAN, M.A.; FISHER, L. 1995.

The impact of chronic illness on the health and wel-being of family members. *Gerontologist,* vol.35, no. 1, p. 94 - 102.

LINDHART, N, & OOSTHUIZEN, J.D. 1985.

Careers education and the school counsellor. Kaapstad: Maskew Miller.

LUBKIN, I.M. 1986.

Chronic illness, impact and interventions. Boston: Jones and Bartlett Publishers.

LYONS, R.F. 1995.

Relationships in chronic illness and disability. Thousand Oaks: California Sage Publications.

MAURER, J.R.; STRASBERG, P.D. 1989.

Building a new dream, a family guide to coping with chronic illness and disability. VSA: Addison-Wesley publishing Company, Inc.

MOOTZ, M. 1990.

Attitudes towards health in social networks of chronic patients. Amsterdam: Swets & Zeitlinger.

NOONAN, K.A. 1981.

Coping with illness. New York: Delmar Publishers inc.

OSV 402-Q, STUDIEGIDS 1, 1985.

Kyk Universiteit van Suid-Afrika, Departement Empiriese Opvoedkunde 1985.

PISTORIUS, P. 1976.

Kind in ons midde. Kaapstad: Tabelberg.

POLLIN, I.; KANAAN, S.B. 1995.

Medical crisis counseling: Short-term therapy for long-term illness. New York: W. W. Norton & Co.

POWER, P.W. 1977.

The adolescent's reaction to chronic illness of a parent: Some implications for family counseling. *International-Journal-for-Family-Counseling,* vol. 5, no 1, p. 70 – 78.

QUIMETTE, P.C.; KLEIN, D.N.; CLARK, D.C.; MARGOLIS, E.T. 1992.

Personality traits in offspring of parents with unipolar affective disorder: An exploratory study. *Journal-of-Personality-Disorders,* vol. 6, no. 2, p. 91 – 98.

RAATH, M.C.; JACOBS, L.J. 1990.

Dinamiek van die selfkonsep.

Pretoria: Gutenberg Boekdrukkers.

REGISTER, C. 1987.

Living with chronic illness, days of patience and passion. New York: Free Press.

REISS, D.; STEINGLASS, P.; HOWE, G. 1993.

The family organization around the illness. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.

RICKARD, K. 1988.

The occurance of maladaptive health-related behaviors and teacher-rated conduct problems in children of chronic low back pain patients. *Journal of Behavior Medicine,* vol. 11, no. 1, p. 107 –116.

ROY, R. 1989.

Chronic pain and the family, a problem-centred perspective. New York: N. Y. Human Sciences Press.

ROY, R. 1992.

The social context of the chronic pain sufferer. Buffalo University: Toronto Press.

SCHOVER, L.R.; JENSEN, S.B. 1988

Sexuality and chronic illness: A comprehensive approach. New York: Guilford Press.

SCHMIDT, S. 1933.

Living with chronic illness, the challenge of adjustment.
V.S.A.: Augsburg Publishing House.

SHONTZ, F.C. 1975.

The psychological aspects of physical illness and disability.
London: Macmillan.

SIEGAL, K.; MESAGNO, F.P.; KARUS, D. & MOYNIHAN, R. 1992.

Psycosocial adjustment of children with a terminally ill parent. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry,* vol. 31, p. 327 – 333.

SOBOTOR, W.J. 1989.

Family coping with stressor: A theoretical approach. Philadelphia: The Charles Press.

SONNEKUS, M.C.H. 1977.

Ouer en kind. Pretoria: Perskor.

STEENKAMP, H.C. 1992.

Die implikasies van 'n diskrepansie tussen aanleg en belangstelling by die uitoefening van 'n beroepskeuse deur senior sekondêre skoolleerlinge. M.Ed.-verhandeling, Universiteit van Suid-Afrika, Pretoria.

STUIFBERGEN, A.K. 1990.

Patterns of functioning in families with chronically ill parents. *Research-in-Nursing-and-Health,* vol. 13, no. 1, p. 35 – 44.

SUTKIN, L.C. 1984.

Chronic illness and disability through the life-span, effects on self and family. New York: Springer Publishing Company.

TAYLOR, S.E.; ASPINWALL, L.G. 1993.

Coping with chronic illness. New York: Free Press.

TAYLOR, S.E.; ASPINWALL, L.G. 1990.

Psychosocial aspects of chronic illness. Washington: American Psychological Association.

THOMAS, J.B. 1980.

The self in education. Windsor, Berkshire: NFER.

THORNE, S.E. 1990.

Mothers with chronic illness: A predicament of Social Construction. *Health-care-for-Women-International,* vol. 11, no. 2, p. 209 – 221.

THORNE, S.E. 1993.

Negotiating health care: The social context of chronic illness. Newbury Park: Sage Publications.

VAN DEN AARDWEG, E.M. & VAN DEN AARDWEG, E.D. 1988.

Dictionary of Empirical Education/Educational Psychology. Pretoria: E & E Enterprises.

VAN RENSBURG, C.J.J. & LANDMAN, W.A. 1979.

Fundamenteel-pedagogiese begripsverklaringe – 'n Inleidende oriëntering. Pretoria: N.G. Kerkboekhandel.

VREY, J.D. 1984.

Die opvoedeling in sy selfaktualisering. Pretoria-Wes: Gutenberg Boekdrukkers.

WALROND-SKINNER, S. 1976.

Family therapy: The treatment of natural systems. London: Routledge & Kegan Paul.

WEINERT, C.; LONG, K.A. 1993.

Support systems for the spouses of chronically ill persons in rural areas. *Family-and-Community-Health,* vol. 16, no. 1, p. 46 – 54.

WRIGHT, L.M. 1987.

Families and chronic illness. Springhouse: Pa Springhouse Corporation.