

**'N ONDERSOEK IN VERBAND MET DIE VOORKOMS
VAN POST- TRAUMATIESE STRESSTEURING
BY KINDERS IN DIE WES-KAAP**

ANNELENE TRAUT

*Hierdie verhandeling word voorgelê aan die Fakulteit Gemeenskaps-
en Gesondheids Wetenskappe van die Universteit van Wes-Kaapland,
ter vervulling van die vereistes vir die graad Magister Curationis.*

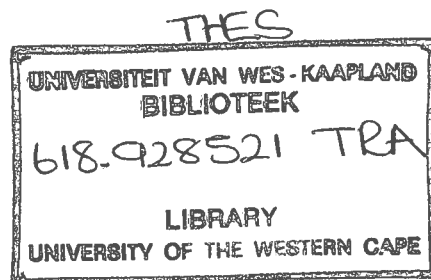


BELLVILLE: NOVEMBER 2000

**PROMOTOR: DOKTOR ELD BOSHOF
MEDE-PROMOTOR: PROFESSOR W KORTENBOUT**



UNIVERSITY *of the*
WESTERN CAPE



“Violence in South Africa has reached epidemic proportions and stands as a major public health problem today. It is a tragic reality that some primary health clinics see more children for child abuse and neglect than for measles.” (Lewis 1996:12).



SUMMARY

This study documents the attempt to address *the incidence of Post Traumatic Stress Syndrome (PTSS) in children in the Western Cape*. It is a retrospective study based upon information collected from patient's files during 1994 - 1996, at the Child and Adolescent Psychiatric Unit at Tygerberg Hospital in the Western Cape. According to this information it appears as if the professional nurse practitioner has no actual function in the prevention, and where it is not possible, the early identification and intervention of PTSS in children.

Chapter One focuses on the orientation to the study field of PTSS, the motivation for the study, the formulation of the research problem and the organization of the subsequent chapters.

In order to define and contextualize the problem and to describe the situation in which this particular problem has been identified, Chapters Two, Three and Four entails a comprehensive literature study regarding the history, etiology, contributing factors, pathogenesis, and symptomatology, the management and the role of the professional nurse practitioner in the prevention and early detection of PTSS in children.

Chapter Five deals with the research methodology while Chapters Six and Seven discuss the conclusions, recommendations and the limitations of the study.

oOo

OPSOMMING

Hierdie studie is 'n poging om die probleem synde *die voorkoms van Post Traumatiese Stressteuring* (PTSS) by kinders in die Wes-Kaap aan te spreek. Dit is 'n retrospektiewe studie wat baseer word op die inligting wat vanuit pasiënte- lêers verkry is gedurende die periode 1994 -1996, by die Kinder- en Adolescente Psigiatrie Eenheid by Tygerberg Hospitaal in die Wes-Kaap. Volgens hierdie inligting kom dit voor asof die professionele verpleegpraktisyn geen noemenswaardige rol speel in die voorkoming en waar dit nie moontlik is nie, in die vroeë identifisering en dienooreenkomstige tussentrede van PTSS by kinders nie.

Hoofstuk Een fokus op die oriëntering tot die terrein van die studie synde die voorkoms van PTSS by kinders in die Wes-Kaap, die motivering vir die studie, die probleemformulering en die organisering van die daaropvolgende hoofstukke.

Ten einde die probleem te definieer en te kontekstualiseer en die situasie waarbinne die betrokke probleem geïdentifiseer is, omvat Hoofstukke Twee, Drie en Vier 'n omvangryke literatuurstudie in verband met die geskiedenis, etiologie, bydraende faktore, patogenese en simptomatologie, die hantering en die rol van die professionele verpleegpraktisyn in die voorkoming en vroeë opsporing en tussentrede van PTSS by kinders.

Hoofstuk Vyf handel oor die navorsingsmetodologie, terwyl Hoofstukke Ses en Sewe die gevolgtrekkings, aanbevelings en die beperkinge van die studie toelig.

oOo

DANKBETUIGINGS

Slegs die opregtes kan egtheid in ander raaksien
(Thomas Carlyle in Fyn en Silwer woorde 1995:32)

Hierdie studie sou nie moontlik gewees het sonder die hulp en bystand van my vriende en familie nie. My opregte dank vir julle aanmoediging, geduld en ondersteuning.

'n Spesiale woord van dank aan die volgende persone:

- ▶ My studieleier, doktor ELD Boshoff, wat ten spyte van haar aftrede, steeds bereid was om haar leiding, geduld en bystand aan my te bied.
- ▶ My medestudieleier, professor W Kortenbout, vir haar ondersteuning en waardevolle insette.
- ▶ Professor Dan Stein en Dr Sue Hawkridge vir hulle vriendelike hulp en samewerking gedurende die verloop van my studie.
- ▶ Die Universiteit van Wes-Kaapland vir die finansiële ondersteuning en studieverlof aan my toegestaan vir die onderneming van hierdie studie.
- ▶ My kollegas in die Departement Verpleegkunde en Tygerberg Hospitaal vir al julle ondersteuning en begrip.
- ▶ My vriendin, Marina Ragotta, vir haar hulp met die voorbereiding van die figure.
- ▶ Joey Jansen van Vuuren vir haar ondersteuning en geduld.
- ▶ Bo alles en almal, alle eer aan my Skepper, wat gee, en dit in oorvloed.


INHOUDSOPGAWE

HOOFSTUK EEN

ORIËTERING TOT DIE TERREIN VAN DIE STUDIE (POST-TRAUMATIESE STRESSTEURING)

1.1	INLEIDING	1
1.2	ORIËTERING TOT DIE STUDIE	4
1.3	FORMULERING VAN DIE PROBLEEM	7
1.4	VERDUIDELIKING VAN DIE TERMINOLOGIE	10
1.4.1	Besering	10
1.4.2	Emosionele afstomping	11
1.4.3	Emosionele uitbarsting	11
1.4.4	Gesondheidspraktisyn	11
1.4.5	Geweld	11
1.4.6	Herbelewing	12
1.4.7	Hiperaktiwiteit	12
1.4.8	Hipersensitiwiteit	12
1.4.9	Kind	13
1.4.10	Post-Traumatiese Stressteuring (PTSS)	13
1.4.11	Psigiese Trauma	14
1.4.12	Repeterende Spel	15
1.4.13	Stres	16
1.4.14	Trauma	16

(i)

1.4.15	Verlies, Smart en Rou	17
1.4.16	Vermydingsgedrag	17
1.5	DOEL VAN DIE STUDIE	18
1.6	METODOLOGIE	19
1.6.1	Benadering	20
1.6.2	Literatuurstudie	20
1.6.3	Instrument	21
1.6.4	Etiese oorwegings	22
1.6.5	Bepèrkende faktore met betrekking tot die studie	22
1.7	VERDERE UITLEG VAN DIE STUDIE	23
1.8	SAMEVATTING	24
 <p>HOOFSTUK TWEE</p> <p>POST-TRAUMATIESE STRESSTEURING: 'N ALGEMENE OORSIG</p>		
2.1	INLEIDING	25
2.2	HISTORIESE AGTERGROND	26
2.3	TRAUMATIESE INSIDENTE WAT LEI TOT PTSS	27
2.3.1	Verkragting	29
2.3.2	Die werksomgewing en vereistes	30
2.3.3	Individuele- en omgewingsveranderlikes	30
2.4	PATOGENESE	32
2.4.1	Neuro-anatomie	32
2.4.2	Neurochemie	34

2.5	SIMPTOMATOLOGIE	35
2.6	HANTERING VAN PTSS	38
2.6.1	Terapeutiese funksies van ontlonting	39
2.6.2	Psigoterapie	40
2.6.3	Medikasie	41
2.7	SAMEVATTING	42

HOOFSTUK DRIE

POST-TRAUMATIESE STRESSTEURING BY KINDERS

3.1	INLEIDING	44
3.2	EPIDEMIOLOGIE	46
3.2.1	Natuurlike rampe	50
3.2.2	Industriële rampe	52
3.2.3	Skoolrampe	53
3.2.4	Seksuele molesting en fisieke mishandeling of beide	53
3.2.5	Gemeenskaps geweld	57
3.2.6	Ooggetuies van geweld	58
3.2.7	Politieke geweld / Oorlog	59
3.3	PATOGENESE	61
3.3.1	Neurobiologie	61
3.3.2	Ontwikkelingsfases	62
3.3.2.1	Proksimale ontwikkeling: 'n algemene verduideliking	62
3.3.3	Ko-morbiditeit	65

3.4	KLINIESE MANIFESTASIES	65
3.4.1	Faktore wat 'n invloed het op die respons tot trauma	67
3.4.2	Simptomatologie	69
3.5	BERAMING	71
3.6	SAMEVATTING	72

HOOFSTUK VIER

DIE ROL VAN DIE VERPLEEGKUNDIGE PRAKTISYN IN DIE VROEË IDENTIFISERING EN HANTERING VAN KINDERS MET PTSS: 'N LITERATUURSTUDIE

4.1	INLEIDING	74
4.2	DIE VERPLEEGKUNDIGE-KLIËNT VERHOUDING BINNE DIE RAAMWERK VAN 'N VERPLEEGPRAKTYK MODEL	79
4.2.1	Beraming	79
4.2.2	Diagnose	83
4.2.3	Beplanning	84
4.2.4	Implementering	85
4.2.5	Evaluering	88
4.2.6	Rekordhouding	89
4.3	SAMEVATTING	89



HOOFSTUK VYF

DIE NAVORSINGSMETODOLOGIE

5.1	INLEIDING	91
5.2	DOELSTELLINGS	91
5.3	NAVORSINGSONTWERP	92

(iv)

5.3.1	Die literatuurstudie	92
5.3.2	Die navorsingsmetodologie	93
5.4	DIE POPULASIE	94
5.5	STEEKPROEFNEMING	94
5.6	DATAVERSAMELING	95
5.7	VOORAF-STUDIE	97
5.7.1	Betroubaarheid	97
5.7.2	Geldigheid	98
5.7.3	Toestemming	99
5.8	DATA-ANALISE	99
5.8.1	Versameling van data	99
5.8.2	Analisering van data	100
5.9	SAMEVATTING	100



HOOFSTUK SES

UNIVERSITY of the

ANALISERING EN INTERPRETASIE VAN DIE VERSAMELDE DATA

6.1	INLEIDING	101
6.2	VOORLEGGING VAN BEVINDINGE	102
6.2.1	PTSS en blootstelling aan trauma	102
6.2.2	Simptomatologie	107
6.2.3	Behandeling	110
6.4	SAMEVATTING	113

(v)

HOOFSTUK SEWE

GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS

7.1	INLEIDING	114
7.2	GEVOLGTREKKINGS	114
7.2.1	Die voorkoms van PTSS	114
7.2.2	Geslagsverskille	114
7.2.3	Blootstelling aan trauma	115
7.2.4	Demografiese verspreiding en Primêre ondersteuningsgroep	116
7.2.5	Tussentredes en Uitkomstes	116
7.2.6	Die rol van die verpleegkundige praktisyn	118
7.3	AANBEVELINGS	118
7.4	BEPERKINGE	120
7.5	SAMEVATTING	121
BIBLIOGRAFIE		122
BYLAE A:	VRAELYS	137
BYLAE B:	KORRESPONDENSIE	141



LYS VAN FIGURE

HOOFSTUK SES

Figuur 1:	Demografiese verspreiding	102
Figuur 2:	Traumablootstelling en geslag	105
Figuur 3:	Selfmoordpogings	106
Figuur 4:	Tydsverloop tussen die verskyning van PTSS simptome en die eerste besoek aan die hospitaal	108
Figuur 5:	Oorheersende tipe PTSS simptome	109
Figuur 6:	Behandelingsmodaliteite	110
Figuur 7:	Opvolgbesoeke	112

LYS VAN TABELLE

HOOFSTUK SES

Tabel 1:	Aksis II, III en VI diagnoses van die PTSS teikengroep	103
Tabel 2:	Blootstelling aan trauma by die PTSS teikengroep	104
Tabel 3:	Familiegeskiedenis	107
Tabel 4:	Tydsverloop tussen die traumatiese gebeurtenis en die eerste besoek aan die hospitaal	108
Tabel 5:	Tydsduur van hospitalisasie	111
Tabel 6:	Medikasie	111
Tabel 7:	Uitkomst (Clinical Global Impression - CGI)	113

oOo

(vii)

HOOFSTUK EEN

ORIËTERING TOT DIE TERREIN VAN DIE STUDIE (POST-TRAUMATIESE STRESSTEURING)

1.1 INLEIDING

Post-traumatiese stressteuring is nie 'n nuwe konsep of verskynsel nie. Daar is reeds aansienlik oor hierdie onderwerp geskryf. Aanvanklik word die aandag gevestig op Post-traumatiese stressteuring (PTSS) by volwassenes, aangesien hierdie toestand by kinders, fundamenteel gebaseer word op navorsing omtrent dié toestand by volwassenes. Dit is redelik onlangs dat klinici toenemend bewus geword het van hierdie toestand en navorsing begin doen het. In hierdie verband word Stein en Levenstein as volg aangehaal:

... it is only recently that clinicians have classified post-traumatic stress disorder (PTSD) as a specific disorder and undertaken rigorous research on the condition. This work had led to a number of findings which have important clinical implications (Stein & Levenstein 1998:101).

Volgens bogenoemde outeurs is die eerste nuwe bevinding dat 'n betroubare diagnose van PTSS wel gemaak kan word indien die gesondheidspraktisyn die korrekte vrae stel. As gevolg van die hoë vlakke van geweld in Suid-Afrika, is gesondheidspraktisyns genoop om vir pasiënte te vra of hulle aan trauma blootgestel was of nie. Dit is dus belangrik dat daar vrae gestel sal word omtrent die drievoud van simptome naamlik: simptome waar aspekte van die traumatiese gebeure die normale funksionering van die pasiënt oorheers (*intrusive*), vermydingsgedrag/afstomping (*avoidant/numbing*) en simptome van hiperopwekking (*hyperarousal*).

Die diagnosering van PTSS by kinders is heelwat meer gekompliseerd as wat dit by volwassenes is. Terr (1991:757) noem dat kinders met verskillende kliniese manifestasies mag presenteer. Die kliniese manifestasies is verskillend, afhangende of die kinders

vroeg in die verloop van die toestand (binne dae), of later (weke of maande) nadat die gebeure plaasgevind het of baie laat (jare daarna), deur 'n gesondheidspraktisyn waargeneem word. Kinders presenteer ook met verskillende kliniese beelde tydens verskillende ontwikkelingsfasies en kinders van verskillende kulture mag ook verskillend presenteer.

Kinders se respons tot traumatiese gebeure word deur verskeie faktore beïnvloed. In hierdie verband noem Pfefferbaum (1997:1504) die volgende faktore wat kinders se respons tot trauma en hul herstelvermoë beïnvloed: die aard van die stressor, die mate van blootstelling, individuele faktore soos geslag, ouderdom en vlak van ontwikkeling, psigiatriese geskiedenis, familiële karaktertrekke en sosiale faktore.

Terr (1991:19) maak dit baie duidelik dat trauma gedurende die kinderjare wat nie behandel word nie, 'n verskeidenheid van probleme gedurende die persoon se volwasse lewe tot gevolg kan hê.

Stein en Levenstein (1998:101) meld voorts 'n tweede nuwe bevinding, naamlik dat alhoewel PTSS 'n algemene toestand is, dit nie naastenby so oorheersend is as die fenomeen van geweld nie. Die meeste pasiënte wat blootgestel was aan traumatiese gebeure, ontwikkel nie PTSS nie. Dit is belangrik om nie kliënte se innerlike krag en hanteringsvaardighede te onderskat nie.

Verpleegkundiges word afhange van waar hulle werksaam is (in gemeenskapsopsette of trauma-eenhede en selfs chirurgiese afdelings in hospitale) ook daagliks gekonfronteer met slagoffers van *geweld*. In sommige gesondheidsdienste word verpleegkundiges dikwels *self* aan *geweld* blootgestel.

Die voorkoms van *geweld* in Suid-Afrika is aanhoudend met verskillende ernstige gevolge vir slagoffers en hul gesinne, aangesien *geweld* as sinoniem gesien kan word met

traumatiese gebeure. In Suid-Afrika het *geweld* inderdaad reeds 'n epidemiese omvang bereik en word derhalwe as een van die hoofprobleme in gemeenskapsgesondheidsorg beskou. Lewis (1996:12) merk op dat dit 'n tragiese werklikheid is, dat daar by sommige primêre gesondheidsorgklinieke meer mishandelde en verwaarloosde kinders gesien word, as kinders met masels.

Kinders in die Wes-Kaap word daagliks blootgestel aan intra-familiële geweld wat insluit fisieke mishandeling, verwaarloosing, seksuele mishandeling asook die aanskouing van ouers wat mekaar aanrand en mishandel. Ander gewelddadighede wat kinders ook dikwels moet aanskou, is moord, selfmoord deur ouers of suster/broer gepleeg, verkragting/seksuele aanranding (dikwels van hul eie moeder) asook gemeenskapsgeweld, hoofsaaklik deur bendes (Pfefferbaum 1997:1504).

Alle kinders in Suid-Afrika het die reg tot basiese geestesgesondheidsorg, tog word die impak van die voortslepende gemeenskapsgeweld op die lewens van ons kinders verwaarloos (Ensink, Robertson, Zisis en Leger 1997:1526-1530).

Soos wat dit egter belangrik is om fisieke ongesteldhede te voorkom, is dit ook belangrik, indien nie nog belangriker nie, om geestesongesteldhede te voorkom nog voordat dit manifesteer. Dit is dus noodsaaklik dat gesondheidsorgpraktisyne nie moet skroom om vrae te vra omtrent trauma en emosionele pyn nie. Die meeste geestesongesteldhede is ongeneeslik, en selfs indien genesing moontlik is, word die persoon selde, indien ooit, as gesond en suksesvol behandel deur die gemeenskap aanvaar.

Volgens Stein en Levenstein (1998:101) is 'n derde nuwe bevinding van onlangse navorsing dat dit voorkom asof die onderliggende neurobiologie van PTSS verskil van die neurobiologie van 'n normale stres-respons. Hierdie bevinding is bevestigend van die bevinding dat nie almal wat aan traumatiese gebeure blootgestel was, PTSS ontwikkel nie. Post-traumatiese stressteuring kan dus beskou word as 'n abnormale of patologiese

respons.

Met die aanvang van 1997 is Dr Boshoff (voormalige Departementele Voorsitter van die Verpleegkunde Departement, Universiteit van Wes-Kaapland) en die navorser deur Dr Dan Stein (Direkteur: MNR Navorsingseenheid vir Angs en Stressteurings) genader om betrokke te raak by 'n navorsingsprojek aangaande Post-traumatiese stressteuring by kinders. Sedertdien is 'n artikel gepubliseer (Continuing Medical Education Journal: Februarie 1998). Die navorser in samewerking met Prof Dan Stein is tans besig om 'n navorsingsverslag finaal af te rond vir publikasie. Tydens die navorser se betrokkenheid by bogenoemde projek, het haar bewuswording van die probleem van Post-traumatiese stressteuring by kinders van die Wes-Kaap, haar gemotiveer tot 'n verdere studie in die verband.

Suid-Afrika is nou al oor 'n lang periode in 'n konstante staat van verandering wat bespoedig word hoofsaaklik deur politieke veranderinge. Die stabiliteit in die Suid-Afrikaanse gemeenskap word erg in gevaar gestel deur die voortslepende geweld, werkloosheid, armoede, stakings en hoë misdadafsyfer. Met laasgenoemde faktore in ag geneem, is dit duidelik dat die situasie in verband met hierdie studie buigbaar en dinamies is. Navorsing in hierdie verband sal nooit volledig en absoluut wees nie.

1.2 ORIËNTERING TOT DIE STUDIE

Sedert die Regering van Nasionale Eenheid, in 1994 aan die bewind gekom het, is heelwat veranderinge op alle vlakke: nasionaal, streek en plaaslik geïnisieer met 'n direkte en indringende invloed op die welsyn en gesondheidstatus van gemeenskappe. Vir die eerste keer in die geskiedenis van Suid-Afrika word wesentliche menseregte deur middel van wetgewing, in die Grondwet van die Republiek van Suid-Afrika (Wet No 108 van 1996), beskerm. Hierdie regte sluit, inter alia, die reg tot menswaardigheid, gelykheid, vryheid, privaatheid, 'n gesonde omgewing en onderwys, asook 'n aantal regte van kinders

in (Human Sciences Research Council, 1994).

Soos wat dit reeds genoem is in die inleiding, is die voorkoms van *geweld* in Suid-Afrika aanhoudend met verskillende gevolge vir slagoffers en hul gesinne. Vervolgens word die aandag gevestig op enkele faktore wat 'n direkte of indirekte invloed mag hê op die moontlike redes en oorsake van *geweld*. Terselfdertyd sal verwys word na die Heropbou- en Ontwikkelingsprogram (HOP) en die Nasionale Gesondheidsplan as raamwerk waarbinne die tema van hierdie studie, naamlik *'n ondersoek in verband met die insidensie van Post-Traumatiese Stressteuring by kinders in die Wes-Kaap*, aangespreek word.

Suid-Afrika het 'n populasie van meer as 40 miljoen mense, waarvan 73 persent vroue en kinders is. Dit is veral vroue en kinders wat onder die mees kwesbare groepe geklassifiseer word. Soveel as 61 persent van die kinders in die land leef in armoede, terwyl vroue oneweredig onder die armes verteenwoordig word (Departement Gesondheid 1995:1).

Alhoewel hierdie land in 1992 geklassifiseer is as 'n middel-inkomste land met 'n beraamde per kapita Bruto Nasionale Inkomste van R12639 (VS\$2670), waarvan 8,5 persent vir die doel van gesondheidsorg aangewend is, toon Suid-Afrika groot teenstydighede en ongelykhede wat hoofsaaklik toegeskryf kan word aan die vorige beleid wat rasse-, geslags- en streeks-ongelykhede verseker het (Departement Gesondheid 1995:1).

Die grootste deel van die inwoners van Suid-Afrika het nie geredelik toegang tot fundamentele dienste soos byvoorbeeld gesondheid- en skoon drinkwater geriewe nie. Tesame hiermee dui die statistieke van 1994 daarop dat tussen 35 persent en 55 persent van die populasie in armoede voortbestaan, terwyl 75 persent van die armes in landelike gebiede woon teenoor 53 persent van die algemene populasie (Departement Gesondheid

1995:1; Nzimande 1996:3).

Gesondheidsdienste ondergaan op talle verskillende wyses verandering, terwyl gesondheidsowerhede dringend soek na antwoorde op vrae soos die volgende: Wat werk, en wat werk nie? Waar is die grootste behoefte? Wat is nodig om so iets te laat werk? (Uys 1996:1).

In dieselfde verband gebruik Uys (1996:1) die voorbeeld van moeder-en kindersorg wat deur die regering as 'n prioriteit in die voorsiening van effektiewe gesondheidsorg geïdentifiseer is. Uys (1996:1) bevestig dat daar menige idees in verband met die verbetering van die gesondheidsorg van kinders in die land, in die literatuur beskryf word.

Desnieteenstaande word vroue en kinders daagliks aan verskillende tipes geweld, en heel dikwels binne familiële verband, blootgestel. Die Wet op die Voorkoming van Gesinsgeweld (Wet No. 33 van 1993) is reeds in 1993 aanvaar as een van die wyses waarop vroue en kinders beskerm kan word deur die verkryging van 'n interdik volgens die Wet op die Voorkoming van Gesinsgeweld (Wet No. 33 van 1993).

In die WHO Fact Sheet No 130 - August 1996 (Wêreld Gesondheidsorganisasie in Nursing News 1997:46) word dit duidelik gestel dat die kwaliteit van 'n persoon se sosiale omgewing beide sy/haar kwesbaarheid met betrekking tot geestesongesteldheid en die verloop van sodanige ongesteldheid beïnvloed. Armoede, oorbewoning, 'n gebrek aan werksbevrediging, huweliksprobleme, mensgemaakte- en natuurlike rampe, etniese geweld en geweld teenoor vroue, kinders en bejaardes is almal faktore wat 'n negatiewe invloed het op die geestesgesondheidstatus van 'n land se populasie.

Demografiese faktore soos byvoorbeeld die populasie van 'n bepaalde gemeenskap wat al hoe ouer word, en verstedeliking beklemtoon die vraag na omvattende gemeenskapsorg en die sosiale omvang van geestesongesteldheid.

Deur middel van die voorafgaande bespeking is gepoog om te bevestig dat geweld as 'n hooforsaak van PTSS, 'n algemene verskynsel in Suid-Afrika, en inderdaad ook in die Wes-Kaap is. Alhoewel PTSS by volwassenes reeds algemene aandag geniet, is daar nog weinig navorsing binne Suid-Afrika gedoen omtrent hierdie toestand veral by kinders. In Suid-Afrika word 'n Primêre Gesondheidsorgideologie onderskryf met die klem op die voorkoming van ongesteldheid en die herkenning van vroue en kinders as hoë risiko groepe.

Vervolgens word die probleem van die studie, synde *'n ondersoek in verband met die insidensie van Post-Traumatiese Stressteuring by kinders in die Wes-Kaap*, bespreek.

1.3 FORMULERING VAN DIE PROBLEEM

Soos reeds gemeld, word die toestand *Post-Traumatiese Stressteuring* fundamenteel gebaseer op studies van trauma in volwassenes, tog kom hierdie toestand wel ook by kinders voor. Dit is bekend dat *traumatiese gebeure* - trauma geassosieer met huishoudelike geweld, die verlies van geliefdes of ernstige besering - dikwels 'n diepgaande impak op die lewe van kinders het.



Kinders wat blootgestel was aan 'n erge traumatiese insident/insidente - dit is 'n traumatiese insident gepaardgaande met 'n bedreiging van die dood of 'n bedreiging van besering van die individu/andere of werklike besering van die individu/andere - kan met simptome van PTSS presenteer.

Algemene simptome in dié verband is onder meer: geïrriteerdheid, afleibaarheid, nagmerries, oorafhanklikheid en regressiewe gedrag.

Die reaksie van 'n volwassene wat aan 'n buitengewone/erge traumatiese insident (soos bo beskryf) blootgestel was, behels intense angs, hulpeloosheid of gevoelens van afgryse.

Terwyl volwassenes oor die vermoë beskik om hul reaksie te verbaliseer en te beskryf, is dit nie vir kinders moontlik om hul reaksies en emosies te verbaliseer nie. Kinders se reaksies op 'n traumatiese gebeure presenter by wyse van gedisorganiseerde of geagiteerde gedrag (American Psychiatric Association: 1994:209).

Pynoos, Steinberg en Goenjian (1996:331) konstateer dat daar gedurende die afgelope dekade 'n toenemende bewustheid is in verband met die mate waartoe kinders blootgestel word en slagoffers van intra-familiële geweld is. Redelik onlangs is die aansienlike risiko met betrekking tot die blootstelling van kinders aan gemeenskapsgeweld in die Verenigde State (Amerika) ook gedokumenteer. Dit is duidelik waarneembaar dat kinders toenemend blootgestel word aan terrorisme, oorloë, wreedaardighede teenoor inwoners in 'n bepaalde samelewing - etniese of godsdienstige geweld, politieke onderdrukking en mishandeling.

'n Onlangse studie in die Wes-Kaap (Khayelitsha) is uitgevoer, waarin bevind is dat gemeenskapsgeweld kinders se risiko verhoog om psigiatriese toestande te ontwikkel en baie kinders ontwikkel veral Post-traumatiese stressteuring (Ensink et al 1997:1526-1530).

Laasgenoemde outeurs noem verder dat die gemeenskap tans nie goed ingelig is omtrent die effek wat die blootstelling aan geweld op kinders se geestesgesondheid het nie. Hierdie outeurs stel dan ook voor dat kinders wat manifesteer met onverklaarbare simptome, gedragsveranderinge of verandering in hul normale funksionering, spesifiek gevra moet word of hulle 'n traumatiese gebeurtenis ervaar of aanskou het.

'n Belangrike waarneming deur Weisaeth (1993) in Pynoos, Steinberg en Goenjian (1996:331), is dat die morbiditeit- en mortaliteitsyfers in geïndustrialiseerde lande, wat met natuurlike rampe verband hou, 'n afname toon, terwyl dood, besering en vernietiging dikwels wyd verspreid met 'n groot aantal geaffekteerde kinders, in ontwikkelende lande, voorkom.

Die toenemende bewustheid in verband met *Post-Traumatiese Stressteuring* is egter nie beperk tot die buiteland nie maar is wel ook van toepassing op Suid-Afrika.

Gedurende die afgelope dekade het gesondheidspraktisyns toenemend bewus geword van die omvang van intra-familiële geweld en die mate waartoe kinders blootgestel word daaraan en ook slagoffers daarvan is. In Suid-Afrika en veral in die Wes-Kaap word kinders daaglik blootgestel aan ernstige geweld op verskillende vlakke: politieke, kriminele en huishoudelike geweld. Daar is bevind dat Post-traumatiese stressteuring een van die mees algemene toestande is wat voorkom in die Kinder- en Adolescente Psigiatrie Eenheid in Tygerberg-Hospitaal (Traut, Boshoff & Hawkrigde 1998:131).

Deur die monitering van media-beriggewing, is die navorser bewus gemaak daarvan dat kinders dikwels blootgestel word aan trauma sonder dat familie, vriende en gesondheidsorgpraktisyns die omvang van hul traumatisering besef. Kinders beweeg tussen hul tuiste, skool, speelplek, kerk en winkelsentrums en kan in aanraking kom met heelwat potensieel traumatiserende situasies. Dit is veral verwarrend vir kinders wanneer 'n traumatiese insident beleef word binne hul verwagte veilige familiële omgewing.

Uit die voorafgaande inligting is dit duidelik dat geweldadigheid en wreedaardigheid in 'n toenemende mate op alle vlakke van die gemeenskap voorkom en dat kinders al hoe meer blootgestel word aan geweld of self slagoffers van geweld is. Om hierdie rede is die probleem wat deur die studie aangespreek word 'n *ondersoek in verband met die insidensie van Post-Traumatiese Stressteuring by kinders in die Wes-Kaap*. Deur die aanspreek van hierdie probleem in die lig van die toenemende geweld, sal gepoog word om PTSS sover as moontlik te voorkom en waar dit nie moontlik is nie, deur onmiddellike tussentrede die impak van die traumatiese gebeure op die lewens van kinders te verminder.

Vervolgens word die aandag gefokus op die verduideliking van die toepaslike terme wat

in die studie verwoord word.

1.4 VERDUIDELIKING VAN DIE TERMINOLOGIE

Dit is noodsaaklik dat die tersaaklike terme wat in die studie verwoord word, selfs by implikasie, toegelig word om die verband, bedoeling en omvang daarvan in perspektief te stel. Met hierdie toeligting word gepoog om die terrein van aanwending van die terme af te baken en nie 'n indringende en omvattende analise van die terme daar te stel nie.

Die navorser het die terminologie meesal volgens haar eie ervaring en kennis gedefinieer en slegs met bronne gekontroleer vir korrektheid.

1.4.1 Besering

Aan die hand van Odendal, Schoonees, Swanepoel, Du Toit en Booyen (1997:77) word die term, *besering*, verklaar as liggaamlike skade of 'n bepaalde geval of plek waar iemand beseer is of 'n wond gekry het. Vanuit 'n wetlike oogpunt kan besering ook 'n verkeerdelike aksie of foutiewe behandeling beteken.



Die simboliese betekenis van besering as 'n versteuring het verreikende implikasies vir gedrag. Die grootte van die weefselbesering bepaal oor die algemeen die mate van verminking asook die mate van funksieverlies en die psigosomatiese ervaring wat beleef sal word. Die ervaring van enige fisieke verlies het 'n veel groter invloed as slegs die pynlike verwringing van die liggaamsbeeld en die selfbeeld as 'n fisieke wese. In hierdie verband word Murray en Huelskoetter (1987:340) soos volg aangehaal:

It involves the image of self as a social being whose family, social relationships, occupation and hobbies may become altered from a cherished ideal. Independence, self-sufficiency and autonomy may have to be surrendered.

1.4.2 Emosionele afstomping

Vir die doel van hierdie studie, definieer die navorser *emosionele afstomping* as 'n verlies aan emosionele meeleving, wat dikwels gekenmerk word deur onttrekking van die self, 'n gebrek aan belangstelling en die vermyding van aktiwiteite wat voorheen vir die kind aangenaam was (American Psychiatric Association 1994:209).

1.4.3 Emosionele uitbarsting

Emosionele uitbarstings mag deur verskeie komplekse gedragstipes gekenmerk word. Hierdie gedrag mag enkelvoudig of in 'n kombinasie van aksie gedemonstreer word en sluit ondermeer woede-uitbarstings, frustrasie, destruktiewe gedrag (waar persone hulself probeer beseer, of voorwerpe in die onmiddellike nabyheid probeer beskadig) en geagiteerde gedrag in (American Psychiatric Association 1994:209).

1.4.4 Gesondheidspraktisyn

Vir die doel van hierdie studie word 'n *gesondheidspraktisyn* gedefinieer as 'n persoon wat geregistreer is onder die Wet op Geneeshere, Tandartse en Gesondheidsberoep (Wet no.56 van 1974), soos gewysig en/of die Wet op Verpleging (Wet no. 50 van 1978) soos gewysig.

1.4.5 Geweld

Na aanleiding van Odendal et al (1997:278) word *geweld* verklaar as krag wat met hewigheid/ onstuimigheid uitgeoefen word. Vir die doel van hierdie studie word voorkeur gegee aan die beskrywing van die term, geweld, in Thompson (1995:1564) naamlik,

fisieke afdwinging en intimidasie. Vanuit 'n wetlike oogpunt kan geweld beskou word as die onwettige uitoefening van fisieke dwang. Ten einde die effek wat geweld op 'n slagoffer mag hê, te verduidelik, word Figley (1994:15) as volg aangehaal:

In short, after serious trauma, the human becomes a reflection of the violence wrought upon him and remains so until there are dynamic changes in adaptive resource modification and moderating the violent impulses via interactions with others.

1.4.6 Herbelewing

Vir die doel van hierdie studie word *herbelewing* in die konteks beskryf waar 'n slagoffer 'n traumatiese gebeurtenis weer beleef of ervaar in die vorm van ten minste een van die volgende: repeterende spel of herhaalde ontstellende gedagtes/beelde of herhaalde ontstellende drome/nagmerries of die persoon raak baie ontsteld as hy of sy weer blootgestel word aan enige aspek van die gebeurtenis (American Psychiatric Association 1994:209).



1.4.7 Hiperaktiwiteit

Hiperaktiwiteit is 'n gedragstipe wat gekenmerk word deur rusteloosheid, geïrriteerdheid en oormatige reaksies. Soms gaan hierdie gedrag gepaard met aggressiwiteit, emosionele uitbarstings en hipersensitiwiteit (American Psychiatric Association 1994:64).

1.4.8 Hipersensitiwiteit

Hipersensitiwiteit word gekenmerk deur oormatige reaksie op die geringste stimulus, al word die persoon nie aanleiding gegee daartoe nie. Hipersensitiwiteit gaan gepaard met die volgende: slaapsteurnisse, geïrriteerdheid en 'n afname in konsentrasievermoë

(American Psychiatric Association 1994:64).

1.4.9 Kind

In die Wet op Kindersorg No 74 van 1983 word *kind* omskryf as 'n persoon onder die leeftyd van 18 jaar.

1.4.10 Post-Traumatiese Stressteuring (PTSS)

Post-Traumatiese Stressteuring (PTSS) is 'n toestand wat by beide volwassenes en kinders voorkom, nadat die persoon blootgestel was aan 'n erge traumatiese gebeurtenis waar die persoon self, of waar die persoon gesien het hoe 'n ander persoon in 'n lewensgevaarlike situasie was, en die persoon verskrik, hulpeloos en bang gevoel het. PTSS kom gewoonlik voor binne 3 maande na die blootstelling aan die inisiële traumatiese gebeurtenis. Soms mag dit egter maande en selfs jare neem om te manifesteer (Traut, Boshoff & Hawkridge 1998:131).

Volgens McFarlane (1990:69) word *post-traumatiese stressteuring* veroorsaak deur psigologiese traumatiese gebeurtenis wat buite die normale bestek van die menslike ondervinding is. Laasgenoemde outeur sluit die volgende gebeure hierby in:

- ▶ 'n ernstige bedreiging van 'n persoon se lewe of fisiese integriteit (verkragting of motorvoertuigongeluk);
- ▶ vernietiging van 'n persoon se huis of gemeenskap (natuurrampe of vuur);
- ▶ aanskouing van die skending of dood van 'n ander persoon.

McFarlane (1990:69) is egter bedag daarop dat die definisie van 'n traumatiese gebeurtenis nie te rigied moet wees nie, aangesien die persepsie by individue in verband met gevaar of bedreiging wat deur 'n insident veroorsaak word, afhang van 'n reeks

veranderlikes soos bv. vorige ondervinding.

Volgens Gilliland en James (1993:163) is *post-traumatiiese stressteuring* die langtermyn residuele gevolge van trauma op slagoffers. Indien die trauma verwerk is, sal kinders weer homeostase herwin. In gevalle waar die omgewing nie aktief ondersteuningsisteme bevorder nie, en kinders nie oor die nodige vaardighede beskik om trauma te verwerk nie, is dit moontlik dat simptome maande en selfs jare na die traumatiiese gebeure weer te voorskyn mag kom (Gilliland & James 1993:163). Hierdie herverskyning van simptome staan dan bekend as PTSS.

Scott en Stradling (1992:1) beskou *post-traumatiiese stressteuring* as 'n ernstige geestesgesondheids- probleem wat dikwels nie van 'n kortstondige aard is nie, maar wel kronies van aard.

1.4.11 Psigiese Trauma



Psigiese trauma word deur Eth en Pynoos (1985:173) as volg gedefinieer:

Psigiese trauma kom voor wanneer 'n individu aan 'n oorweldigende traumatiiese gebeurtenis blootgestel word en gevolglike hulpeloosheid, in die aansig van onuitstaanbare gevaar, angs en instinktiewe opwekking, ervaar.

Gordon en Wraith (1993:562-563) beskryf agt eienskappe van *psigiese trauma*, naamlik:

- ▶ dit oorskry die normale ondervinding;
- ▶ dit genereer verskeie emosies;
- ▶ dit skend en verbrokkel normale psigologiese eiemaking;
- ▶ dit verbrokkel toekomsverwagtinge;
- ▶ dit verbrokkel bestaande verwerkings;

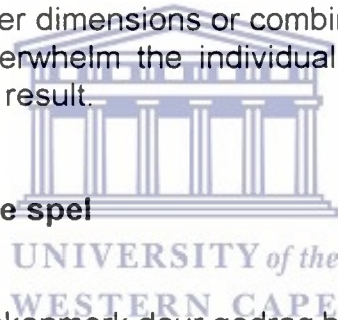
- ▶ dit verbreek betekenis van die lewe;
- ▶ dit word nie in 'n tydskonteks geplaas nie en word konstant herhaal in die hede;
- ▶ dit het 'n eksistensiële dimensie wat vrae oor die lewe, bestaan en waardes tot gevolg het.

Van der Merwe (1999:20) beklemtoon die intense effek wat trauma op die geheue het. Buitengewone gebeure het traumatiese geheue by jong kinders tot gevolg. Sulke herinneringe is die sleutel vir die deurwerk en integrasie van die kritiese insident.

Dit is ook belangrik om in gedagte te hou dat selfs 'n kleinere gebeurtenis chaos kan veroorsaak by 'n individu of gemeenskap met spesifieke swakhede en kwesbaarheid. In hierdie verband word Simpson (1993a:601-602) as volg aangehaal:

... if the psychic demands of the situation are sufficient (in length, breadth, or depth, in whatever dimensions or combinations of characteristics) so as to substantially overwhelm the individual's capacity to cope or defend, psychic trauma will result.

1.4.12 Repeterende spel



Repeterende spel word gekenmerk deur gedrag by kinders waardeur die uitbeelding van temas of aspekte van die traumatiese gebeurtenis herhalend plaasvind (American Psychiatric Association 1994:209).

1.4.13 Stres

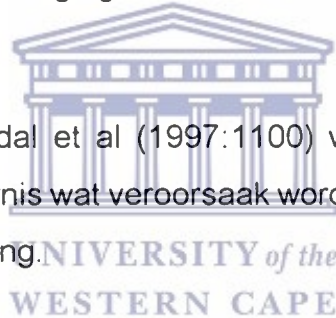
Daar bestaan verskeie definisies vir stres. Selye's (1946) in Anthony (1986:300) voer aan dat stres 'n nie-spesifieke respons is tot enige aandrang tot verandering wat gevolglik optree as 'n universele stressor.

Stres kan in die normale lewensomgang verwag word. Matige stres is normaal en help mense om voldoende te funksioneer en om doelwitte te bereik. Trauma daarenteen is nie te wagte en normaal nie, is buite die normale bestek van die lewe, en kan veroorsaak dat stres tot ongesonde vlakke styg.

1.4.14 Trauma

In die DSM-IV (American Psychiatric Association 1994:424) word *trauma* gedefinieer as 'n buitengewone traumatiese stressor as gevolg van 'n direkte persoonlike ondervinding van 'n gebeurtenis waardeur die persoon bedreig is deur die dood of ernstige besering of 'n bedreiging van die persoon se fisiese integriteit; of waar die persoon gesien het hoe 'n ander persoon bedreig is deur die dood of ernstige besering of van sy fisiese integriteit; of waar dit tot die persoon se aandag gekom het van 'n onvoorsiene geweldadige dood, ernstige besering, of 'n bedreiging van dood of ernstige besering wat ondervind is deur 'n familielid of goeie vriend.

Aan die hand van Odendal et al (1997:1100) word die term, *trauma*, verklaar as 'n blywende geestelike steurnis wat veroorsaak word deur hewige geestelike of emosionele spanning of fisiese besering.



Munson (1995:152) klassifiseer *trauma* gedurende die kinderjare as volg:

- ▶ direkte trauma soos verkragting;
- ▶ waargeneemde trauma soos om te sien hoe 'n ander persoon doodgemaak word.

James (1989:1) verwys na *trauma* en beklemtoon veral die effek daarvan wanneer gemeld word dat trauma 'n oorweldigende onbeheerbare ondervinding is wat 'n psigologiese impak op slagoffers het deurdat dit gevoelens van hulpeloosheid, kwesbaarheid, verlies van veiligheid en verlies van kontrole voort bring.

Vir die doel van hierdie studie word verwys na Terr (1991:10-19) se kategorisering van trauma. Die outeur het *trauma* wat gedurende die kinderjare die ontwikkeling van PTSS mag veroorsaak, in twee breë kategorieë verdeel.

Tipe I trauma behels 'n skielike enkele traumatiese gebeurte. 'n Voorbeeld van hierdie tipe trauma is om 'n slagoffer van aanranding/verkragting te wees, of om 'n moord te aanskou het.

Tipe II trauma verwys na herhaalde blootstelling aan 'n traumatiese gebeurte, byvoorbeeld herhaalde fisiese en/of seksuele mishandeling, verwaarlosing en verwerping (Terr 1991:10-19).

1.4.15 Verlies, Smart en Rou

Verlies is 'n eksterne gebeurte wat dikwels deur 'n uiterste traumatiese stressor veroorsaak word, terwyl *smart* die emosies omvat wat geïdentifiseer word met ontneming ('n geliefde aan die dood afstaan) en *rou* verwys weer na die intrapsigiese proses van die verwerking van 'n verlies (Lindy 1986:198).



1.4.16 Vermydingsgedrag

Vermydingsgedrag mag gekenmerk word deur enkelvoudige of gekombineerde aksies en/of response. Hierdie tipe gedrag gaan gepaard met emosionele afstomping en 'n verlies aan belangstelling. Gedagtes, gevoelens of gesprekke in verband met die traumatiese gebeurtenis mag vermy word. Enige aspek wat die kind mag herinner aan die gebeurte mag vermy word byvoorbeeld aktiwiteite, plekke, situasies en/of persone. Die kind voel verwyderd van ander persone en toon 'n verlies aan belangstelling in aktiwiteite wat voorheen vir die kind baie aangenaam was (American Psychiatric Association 1994:209).

Met die terminologie in die regte konteks geplaas, word daar vervolgens oorgegaan in die uiteensetting van die doel van die studie.

1.5 DOEL VAN DIE STUDIE

Deur middel van hierdie studie word gepoog om:

- ▶ 'n wetensinsig te verkry in verband met die bepaalde terrein (Post-traumatische stressteuring by kinders) van die studie;
- ▶ die moontlike redes vir, en aanleidende oorsake van Post-traumatische stressteuring te identifiseer by kinders;
- ▶ wyses te identifiseer om Post-traumatische stressteuring by kinders te voorkom of om hierdie toestand so vroeg as moontlik te identifiseer;
- ▶ behandelingsmodaliteite te ondersoek;
- ▶ om leemtes in die rol van die professionele verpleegkundige te identifiseer;
- ▶ gevolgtrekkings te maak in verband met die uitkoms van hierdie studie;
- ▶ aanbevelings te maak ten opsigte van die leemtes van hierdie studie wat as grondslag kan dien vir verdere navorsing.

Met die doel van die studie uiteengesit, sal daar vervolgens oorgegaan word na 'n kortlikse uiteensetting van die metodologie van hierdie studie.

1.6 METODOLOGIE

Metodologie is afgelei van die Griekse woord "methodos" wat letterlik beteken, "die pad waarlangs" (Van Vuuren, Griessel, Fourie, Visser, Söhnge & Stone 1976:28). Laasgenoemde verklaring beteken dus dat die metodologie verwys na die wyse waarop navorsing beplan en uitgevoer moet word.

Polit en Hungler (1987:536) definieer navorsing as 'n sistematiese navraag/ondersoek wat ordelike en wetenskaplike metodes bevat om antwoorde op vrae of oplossings vir probleme te verkry.

Dit is essensieel dat die navorser 'n betroubare metode sal gebruik wat die fenomeen of terrein van ondersoek sal toelig, op 'n wyse wat sal verseker dat die verskynsel is soos wat dit is en nie soos wat dit beskou word nie (Boshoff 1986:15).

Verpleegnavorsing behels veel meer as slegs 'n wetenskaplike ondersoek wat uitgevoer word deur 'n professionele verpleegkundige. Verpleegnavorsing verwys inderdaad na navorsing/navraag wat gerig is op die ontwikkeling van 'n kennissisteem omtrent "menslike responsies" op wesenlike en/of potensiele gesondheidsprobleme (American Nurses' Association 1980:9)

Kozier, Erb en Blais (1992:74) ondersteun hierdie standpunt wanneer hulle meld dat navorsing in verpleging, nie slegs 'n instrument vir die identifisering van oplossings vir probleme in alle kliniese verpleegpraktyke is nie, maar wel ook 'n politieke instrument verteenwoordig. In hierdie verband meld laasgenoemde outeurs dat navorsing noodsaaklike kennis voorsien wat benodig word om verpleegpraktyke te verbeter en om professionele status te verbeter.

Deur middel van hierdie studie word gepoog om 'n wetensinsig te verkry in verband met

die bepaalde terrein (PTSS) van die studie, om moontlike redes vir, en aanleidende oorsake van PTSS te identifiseer, wyses te identifiseer om PTSS te voorkom en/of hierdie toestand so vroeg as moontlik te diagnoseer deur tydige tussentrede, en om gevolgtrekkings en aanbevelings te maak in verband met die uitkoms van hierdie studie wat as grondslag kan dien vir verdere navorsing.

1.6.1 Benadering

Vir die doel van hierdie studie sal van 'n beskrywende benadering gebruik gemaak word. Beskrywende navorsing word ook opname navorsing genoem. Die studie vind plaas deurdat data versamel, opgeskryf en geanaliseer word.

Opname navorsing is beskrywende, nie-eksperimentele navorsing waardeur die navorser ondersoek instel na 'n gemeenskap of 'n groep mense. Laasgenoemde benadering word gebruik om 'n vraag te beantwoord, of om nuuskierigheid te bevredig, of om 'n probleem op te los of om 'n oorsaak-gevolg verhouding te vestig. Met 'n beskrywende benadering word gepoog om akkurate kwantitatiewe beskrywings die lig te laat sien, aldus Treece en Treece (1977:57,58,149). Ten spyte van die feit dat laasgenoemde bron reeds uit 1977 dateer, bly die beskrywende benadering steeds dieselfde.

'n Beskrywende of opname benadering word gebruik in hierdie studie, synde *'n ondersoek na die insidensie van post-traumatische stressteuring by kinders in die Wes-Kaap*, aangesien dit die ideale benadering is om die doel van hierdie studie aan te spreek.

1.6.2 Literatuurstudie

Gedurende die afgelope twee jaar het die navorser gepoog om 'n intensiewe literatuursoeke uit te voer ten einde relevante en resente data in verband met die terrein van ondersoek (PTSS) te versamel. Boeke, artikels en tydskrifte wat oor die onderwerp

handel, is gefynkam. Die navorser het egter vroeg agtergekom dat, soos voorheen vermeld, daar min inligting oor PTSS by kinders bestaan.

Universiteits-biblioteke is gebruik asook literatuur beskikbaar gestel deur die Mediese Navorsingsraad en die Departement Psigiatrie (Mediese Skool: Universiteit van Stellenbosch).

Daar is ook gebruik gemaak van rekenaar soektogte deur middel van internet navrae.

1.6.3 Instrument

'n Retrospektiewe studie is uitgevoer waardeur alle pasiënte-lêers in die Kinder-en Adollesente Psigiatrie Eenheid van Tygerberg Hospitaal vir die tydperk 1994 - 1996, nagesien is.

Die data is versamel aan die hand van 'n gestruktureerde vraelys (Bylae A) wat voorsiening gemaak het vir die volgende kategorieë: ouderdom, geslag, demografie, huidige diagnose, tipe trauma, die tydsverloop voordat PTSS gediagnoseer is, familiegeskiedenis, selfmoordpogings, opvolgbesoeke en die uitkomstes van bepaalde mediese en sielkundige tussentredes.

Hierdie vraelys is gestruktureer op 'n konsep van 'n vraelys wat ontwerp en suksesvol geïmplimenter word deur die Geestesgesondheid Inligtingsentrum van die MNR se Navorsingseenheid vir Angs- en Stressteurings. Bykomend by laasgenoemde vraelys, is gebruik gemaak van die *Clinical Global Impression (CGI)*, soos uiteengesit deur Guy (1976:217-222) om die uitkoms van tussentrede te beraam.

Die versamelde data sal manueel statisties verwerk en analiseer word. Daar sal van frekwensietabelle, histo- en pie-diagramme gebruik gemaak word vir die aanbieding en

interpretasie van hierdie data.

1.6.4 Etiese oorwegings

Die navorser het haarself voor die aanvang van hierdie navorsing vergewis van die etiese en wetlike aspekte inherent verbonde aan enige navorsing, veral met mense as deelnemers. Sy is ook bewus van die etiese riglyne soos bepaal deur die Suid-Afrikaanse Mediese Navorsingsraad, die navorsingskode van die Menslike Wetenskaplike Navorsingsraad en die voorgeskrewe riglyne van die South African Society of Nurse Researchers.

Die navorsingsprojek is geïnisieer deur Prof Dan Stein (Direkteur van die Navorsingseenheid vir Angs-en Stressteurings) en Dr S Hawkrige (Hoof van die Kinder- en Adollesente Psigiatrie Eenheid, Tygerberg Hospitaal). Toestemming vir die gebruik van pasiënte-lêers is deur laasgenoemde persone verkry (Bylae B).

Die pasiënte se identiteit sal anoniem bly aangesien die lêers numeries hanteer is. Daar is verder ooreengekom dat die navorsingsuitslae van die studie ook vir die Departement Psigiatrie aan Tygerberg Hospitaal en die Navorsingseenheid beskikbaar gestel sal word vir verdere navorsingsdoeleindes.

1.6.5 Beperkende faktore met betrekking tot die studie

Beperkende faktore met betrekking tot hierdie studie, naamlik 'n *ondersoek in verband met die insidensie van Post-Traumatiese Stressteuring by kinders in die Wes-Kaap*, kan as volg aangedui word:

- ▶ die studie is 'n retrospektiewe studie (1994 - 1996);

- ▶ die insameling van data het slegs by Tygerberg Hospitaal plaasgevind en gee dus net 'n oorsig van die voorkoms van PTSS by kinders wat die Kinder- en Adollesente Psigiatrie Eenheid van Tygerberg Hospitaal besoek het;
- ▶ die trauma-geskiedenis was soms volledig weergegee in die pasiënte-lêers nie wat toegeskryf kan word aan die volgende: Nadat 'n erge traumatiese gebeurtenis plaasgevind het, word daar dikwels 'n *trauma membraan* of 'n beskermende skild gevorm rondom diegene wat geaffekteer is, veral by kinders (Saylor 1993:5).

1.7 UITLEG VAN DIE STUDIE

Die studie bestaan uit sewe hoofstukke:

Hoofstuk Een sluit in: die oriëntering tot die terrein van die studie (PTSS), die formulering van die probleem onder bespreking, die verduideliking van die terminologie en metodologie asook die verdere uitleg van die verhandeling.

Hoofstukke Twee en Drie bevat 'n literatuurstudie, ten einde die tema van die studie, naamlik Post-traumatiese stressteuring, in perspektief te stel. 'n Teoretiese vertrekpunt sal aan die orde gestel word. Faktore en aangeleenthede soos die insidensie van PTSS, etiologiese en aanleidende faktore, patologie, effekte en gevolge sal aangespreek word asook *geweld* per sé as hoofdeterminant van PTSS by veral kinders.

In Hoofstuk Vier sal 'n literatuurstudie in verband met die rol van die verpleegkundige praktisyn in die vroë identifisering en hantering van kinders met PTSS bespreek word.

Hoofstuk Vyf sal die navorsingsmetodologie toelig, terwyl Hoofstuk Ses sal handel oor die analisering en interpretasie van die versamelde data. Die beperkende faktore sal ook toegelig word.

In Hoofstuk Sewe sal die gevolgtrekkings en aanbevelings vervat word.

1.8 SAMEVATTING

Soos wat dit reeds genoem is in die inleiding van hierdie hoofstuk, is dit belangrik om geestesongesteldhede te voorkom nog voordat dit manifesteer. Dit is dus noodsaaklik dat gesondheidspraktisyns nie moet skroom om vrae te vra omtrent trauma en emosionele pyn nie. 'n Betroubare diagnose van PTSS kan wel gemaak word indien die gesondheidspraktisyn die korrekte vrae vra. Die diagnosering van PTSS by kinders is egter heelwat meer gekompliseerd as by volwassenes.

Alhoewel PTSS 'n algemene toestand is, is dit nie naastenby so oorheersend as die fenomeen van geweld nie. Nie almal wat aan erge traumatiese gebeure blootgestel was, ontwikkel PTSS nie. Post-traumatiese stressteuring kan dus beskou word as 'n abnormale of patologiese respons.

Met hierdie studie is die vooruitsig daar, dat die toestand van Post-traumatiese stressteuring by kinders voorkom of vroeg geïdentifiseer kan word. In hierdie verband word Sampter et al (1992) in (Keltner, Schwecke & Bostrom 1995:443) soos volg aangehaal: *The overall goal, whether with groups or individuals, is to prevent or decrease PTSD ...*

HOOFSTUK TWEE

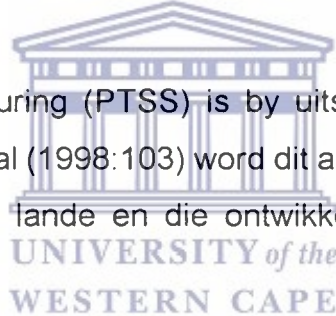
POST-TRAUMATIESE STRESSTEURING: 'N ALGEMENE OORSIG

2.1 INLEIDING

Dit is reeds alombekend dat 'n kultuur van geweld verspreid voorkom in die Suid-Afrikaanse gemeenskap. Politieke, kriminele en huishoudelike geweld is lankal reeds kenmerke van ons sosiale omgewing. Daar is min mense in die Suid-Afrikaanse samelewing wat nog nie geaffekteer is deur die omvang van die kultuur van geweld in ons land nie.

Uit die oogpunt van klinici, kan geweld op verskillende maniere presenteer. Volgens Niehaus, Van Niekerk en Stein (1998:103) sluit dit in: fisiese trauma, emosionele trauma/psigologiese simptome en intra-familiële konflik.

Post-traumatische stressteuring (PTSS) is by uitstek die gevolg van blootstelling aan geweld. Aldus Niehaus et al (1998:103) word dit al hoe meer bewys dat daar in beide die ekonomies ontwikkelende lande en die ontwikkelde lande 'n hoë voorkoms van die toestand PTSS voorkom.



Soos reeds genoem in die inleiding van hoofstuk een van hierdie verhandeling, word die aandag aanvanklik gevestig op Post-traumatische stressteuring by volwassenes, aangesien hierdie toestand by kinders, fundamenteel gebaseer word op navorsing omtrent dié toestand by volwassenes.

Vervolgens sal daar dan 'n algemene oorsig gegee word omtrent die toestand: Post-traumatische stressteuring.

2.2 HISTORIESE AGTERGROND

Vir honderde jare reeds is daar al erkenning gegee aan die menslike reaksie op persoonlike en kollektiewe katastrofes. Belangrike historiese gebeure van die twintigste eeu beklemtoon die realiteit van menslike reaksies tot erge traumatiese gebeure, veral die ondervindings van persone wat blootgestel was aan die Nazi-konsentrasiekampe in Duitsland, die atoombomontploffings op Hiroshima en Nagasaki asook die unieke kenmerke van die Viëtnam konflik. Deur die jare was die mens dan ook voortdurend blootgestel aan natuurlike rampe soos aardbewings en siklone.

Trimble (1985) (in Petersen, Prout en Schwarz, datum onbekend: 3) noem verskeie benamings wat in die geskiedenis voorgekom het om PTSS te beskryf. Gedurende 1879 is die term kompensasieneurose gebruik. As gevolg van ongeldige kompensasiereise teen spoorwegmaatskappye het dit ook later bekend gestaan as *spoorweg rug*. As gevolg van die invloed van die Eerste Wêreld Oorlog (1919), het die term *bomskok* tot stand gekom. Teen 1941 is die term *traumatiese neurose* gebruik.

Dit is egter eers onlangs, teen 1980, met die publikasie van die derde uitgawe van die *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-III), dat PTSS ten volle erken is as 'n bepaalde en geldige diagnostiese kategorie. In die hersiene DSM-III-R en daaropvolgende DSM-IV (American Psychiatric Association 1994:209) is daar voorsiening gemaak vir spesifieke kriteria om die diagnose van die toestand te vergemaklik.

Met voorgenoemde agtergrondskennis, sal daar voortgegaan word met 'n bespreking van traumatiese insidente wat lei tot PTSS.

2.3 TRAUMATIESE INSIDENTE WAT LEI TOT PTSS

Post-traumatische stressteuring is nie 'n nuwe konsep of verskynsel nie, soos reeds voorheen vermeld onder historiese agtergrond. Daar word reeds sedert 1879 melding gemaak van hierdie toestand. Terme soos *bomskok* en *oorlogsneurose* het aanleiding gegee tot die beskrywing van post-traumatische stresreaksies. Dit is dus hoofsaaklik die invloed van gebeure soos die Eerste (1914-1918) en Tweede (1939-1945) Wêreld Oorloë, die Nazi-kampe (1939-1940), die atoombomontploffings (1945) en die Viëtnamese Oorlog (1965-1975) wat studies omtrent PTSS geïnisieer het.

Daar is aangeneem dat PTSS 'n toestand is wat hoofsaaklik by oorlogsveterane voorkom wat betrokke was by hewige gevegte. Studies wat onderneem is, het dus hoofsaaklik oudsoldate betrek. Stein et al (1998:112) noem ook dat dit slegs oudsoldate is, wat betrek was by die meeste studies wat onderneem is om die neurobiologie van PTSS te ondersoek.

Navorsers het egter deeglik daarvan bewus geword dat navorsing uitgebrei moet word om ook slagoffers van ander tipes trauma by hul studies in te sluit. Pynoos (1990) in (Garfinkel et al 1990:51) noem dat op een of ander stadium van hul lewe, ongeveer 1 persent van die volwasse populasie kan voldoen aan die diagnostiese kriteria vir PTSS.

In die DSM IV (American Psychiatric Association 1994:209), word vermeld dat die traumatiese gebeurtenis wat PTSS simptome voorafgaan, gekenmerk word deur 'n lewensgevaarlike situasie waar die persoon self bedreig was, of waar die persoon gesien het hoe 'n ander persoon in 'n lewensgevaarlike situasie bedreig word. Tydens die persoon se blootstelling aan die erge traumatiese gebeure, moes die persoon ook verskrik, hulpeloos en bevrees gevoel het.

Stressors of erge traumatiese gebeure wat kan aanleiding gee tot PTSS, sluit onder meer

in :

- ▶ blootstelling aan geweld bv. terrorisme, bendegeweld;
- ▶ ontvoering en gyselaar situasies;
- ▶ verkragting, seksuele en/of fisiese mishandeling/misbruik;
- ▶ om 'n getuie te wees van verkragting, moord of selfmoord;
- ▶ ernstige ongeluksbeserings bv. brandwonde, tref-en-trap ongelukke;
- ▶ lewensbedreigende siektes en lewensbedreigende mediese prosedures;
- ▶ trein-, vliegtuig-, skeeps- en motorvoertuigongelukke;
- ▶ natuurrampe bv. orkane, aardbewings;
- ▶ mensgemaakte rampe soos kernkragrampe.

Daar is reeds in hoofstuk een is dit uitgewys dat *geweld* as 'n hooforsaak van PTSS, 'n algemene verskynsel in Suid-Afrika, en ook in die Wes-Kaap is. As die vooraf vermelde lys van stressors wat kan aanleiding gee tot PTSS, in oënskou geneem word, is dit duidelik dat die meeste daarvan deur *geweld* oorheers word. Waar daar voorheen aanvaar is dat PTSS meestal 'n toestand is wat by oorlogsveterane voorkom, weet navorsers nou dat die toestand by beide vrouens en mans in die samelewing voorkom (Stein et al 1998:112).



Verder is dit ook vermeld in hoofstuk een dat Suid-Afrika 'n populasie van meer as 40 miljoen mense het, waarvan 73 persent vroue en kinders is (Department of Health 1995:1). Dit is dan ook vroue en kinders wat die kwesbare groepe is en meestal die slagoffers van *geweld* is.

Traumatiese insidente wat kan lei tot PTSS is in die voorafgaande paragrawe in brêe trekke bespreek. Om die bespreking rondom traumatiese insidente wat kan lei tot PTSS mee af te sluit, sal die volgende aspekte meer spesifiek bespreek word.

2.3.1 Verkragting

Die bespreking van geweld as die hooforsaak van PTSS is nie volledig indien daar nie verwys word na die voorkoms van verkragting nie, veral die voorkoms daarvan in Suid-Afrika.

Verkragting is een van die mees verwoestende persoonlike traumatiese gebeure en gee dikwels aanleiding tot die ontwikkeling van PTSS. Die meeste slagoffers voel asof hul lewens verwoes is en dat hul psigologiese en fisiese privaatheid binnegedring is. Die emosionele letsels kan maande of selfs jare neem om te herstel.

Suid-Afrika is een van die lande in die wêreld met die hoogste voorkoms van verkragting. In 1988 was 'n totaal van 19 308 gevalle van verkragting rapporteer aan die Suid-Afrikaanse Polisie (SAPD). Gedurende 1994 het hierdie syfer verhoog na 42 429 gerapporteerde gevalle en in 1996 is 'n totaal van 50 481 gevalle van verkragting aangemeld by die SAPD, aldus Robertson, (1998:139).

Volgens die Nasionale Instituut vir Misdaadvoorkoming en Rehabilitasie (NICRO), is die situasie egter veel ernstiger. Die Nasionale Instituut vir Misdaadvoorkoming en Rehabilitasie se skatting is dat slegs een uit elke twintig verkragtings by die polisie aangemeld word. Op grond van hierdie skatting, word dit bereken dat een verkragting elke 83 sekondes plaasvind. Onlangs het die SAPD egter nog 'n donkerder prentjie geskilder. Hulle voer aan dat een verkragting elke 35 sekondes in Suid-Afrika plaasvind (Robertson 1998:139).

Robertson (1998:140) noem dat die meeste studies dit eens het dat die meerderheid van geweldsoortreders mans is, en dat dit dikwels vrouens en kinders is wat die slagoffers is.

2.3.2 Die werksomgewing- en vereistes

'n Aspek wat min aandag geniet in die literatuur, is die invloed van 'n persoon se werksituasie op die moontlike ontwikkeling van PTSS. Menige stressors wat kan aanleiding gee tot PTSS, kan afkomstig wees van 'n persoon se werksomgewing of werksvereistes. Dit sluit in die daaglikse ondervindings van paramedici, brandweermanne, ander reddingspersoneel, lede van die polisie of weermag asook personeel van trauma- en psigiatriese eenhede van hospitale. Persone wat hierdie beroepe beoefen, is daaglikse ooggetuies of selfs slagoffers van *geweld* of ander traumatiese gebeure (Wessels 1998:147).

Geestesgesondheidsfasiliteite is egter geïdentifiseer as een van die meer riskante werksomgewings as ander. Volgens Wessels (1998:147) is daar in een studie bevind dat 61 persent van die kliniese personeel by 'n geestesgesondheidsorgfasiliteit simptome van PTSS rapporteer het, terwyl 10 persent voldoen het aan die diagnostiese kriteria van die toestand.



2.3.3 Individuele- en omgewingsveranderlikes

UNIVERSITY of the
WESTERN CAPE

Wanneer die epidemiologie van PTSS bespreek word, is dit belangrik om te beklemtoon dat nie almal wat aan erge traumatiese gebeure blootgestel word, PTSS ontwikkel nie. Volgens Niehaus et al (1998:104) is daar grondige bewyse dat die waarskynlikheid om PTSS te ontwikkel, verhoog met die hewigheid, duurre en nabyheid van blootstelling aan die traumatiese gebeure, asook die persepsie van die persoon ten opsigte van die gebeure. Dit hang ook af van die persoon se persoonlikheidsienskappe, en sy/haar *vermoë om te herstel* ("resilience").

'n Komplekse interaksie van 'n menigvuldige veranderlikes, beide voor en na trauma, bepaal die respons van 'n spesifieke individu tot 'n spesifieke traumatiese gebeurtenis.

Individuele veranderlikes (soos die persoon se persoonlikheid), veranderlikes ten op sigte van die traumatiese gebeurtenis (soos die aard, hewigheid, onverwagsheid en duurte daarvan) en omgewingsveranderlikes (soos die sosiale bestand na die trauma) beïnvloed mekaar om die uitkoms van die traumatiese gebeurtenis te bepaal, aldus Allen, La Grange, Niehaus, Scheurkogel en Stein (1998:138).

Volgens laasgenoemde outeurs speel die volgende individuele veranderlikes 'n rol in die ontwikkeling van PTSS al dan nie:

- ▶ sommige mense is geneties meer geneig om PTSS te ontwikkel
- ▶ persoonlikheidsveranderlikes bv. mense met 'n angstige, afhanklike, nie-selfgeldende geaardheid wat dit moeilik vind om by nuwe situasies aan te pas, is meer geneig om PTSS te ontwikkel. Dit is ook 'n alombekende fenomeen dat wat sommige individue as 'n katastrofe beskou, 'n ander individu dit as 'n uitdaging beskou.
- ▶ persone met 'n geskiedenis van emosionele of psigiatriese probleme het 'n hoër risiko om PTSS te ontwikkel
- ▶ vorige lewenservaring - dit is nie die aantal traumatiese gebeure wat 'n persoon al ervaar het nie, maar die manier hoe die persoon die traumatiese gebeure hanteer het, wat 'n rol speel in die ontwikkeling van PTSS.

Met die epidemiologie kortliks in perspektief gestel, sal daar voortgegaan word om die patogenese te bespreek.

2.4 PATOGENESE

Volgens Pynoos (in Garfinkel, Carlson & Weller 1990:48-49) is PTSS die enigste angstoestand waar die etiologie geassosieer word met 'n bekende eksterne gebeurtenis, naamlik 'n erge traumatiese gebeurtenis. Hoewel dit moeilik is om traumatiese stres te definieer, word daar eerder gefokus op hoe die persoon die traumatiese hulpeloosheid ervaar.

Stein, Schmidt en Van der Linde (1998:109) maak dit egter baie duidelik dat die teenwoordigheid van 'n voorafgaande traumatiese gebeurtenis, nie beteken dat PTSS geen onderliggende neurobiologie het nie. Dit word lankal reeds erken dat stres hand aan hand gaan met bepaalde somatiese veranderinge. Gedurende die afgelope jare het dit duidelik geword dat PTSS nie gekenmerk word deur die normale stres respons nie, maar deur 'n patologiese reeks van neurobiologiese veranderinge.

2.4.1 Neuro-anatomie



James W. Papez was een van die eerste fisioloë wat aangedui het dat spesifieke dele van die brein, onder andere die amigdala en hippokampus, betrokke is by emosionele ondervindings en daaropvolgende response (Jacob, Francone & Lossow 1978:297).

Dit is waarskynlik dat verskeie dele van die brein 'n rol speel by PTSS. Daar is egter twee spesifieke strukture in die brein wat deur onlangse studies beklemtoon is, naamlik die amigdala en die hippokampus.

Die amigdala ontvang insette van die talamus en korteks en stuur efferente impulse na die breinstam, hipotalamus en striatum. Dit is moontlik dat hierdie verbindings belangrik is in die respons tot bedreigende informasie vanaf die omgewing via die outonome, neuro-endokriene en motoriese sisteme (Stein et al 1998:110).

Die hippokampus ontvang insette van en stuur efferente impulse na beide die amigdala en korteks en speel 'n essensiële rol in die omskepping van korttermyn na langtermyn geheue (Jacob et al 1978:299).

Volgens Stein et al (1998:110) het studies met positron emissie tomografie (PET) getoon dat daar verhoogde aktiwiteit van die regter amigdala is by oudsoldate met PTSS, wanneer hulle blootgestel word aan oorlogsrolprente.

Studies met magnetiese resonansie beelding (MRI) het weer getoon dat beide manlike oorlogsveterane met PTSS en vroulike slagoffers van seksuele wanpraktyke tydens kinderjare, met PTSS, gekrimpte hippokampale volumes toon. In studies deur Bremner (1999:797-805) en Bremner en Narayan (1998:871-886) is gevind dat daar 'n korrelasie is tussen verminderde hippokampale volumes en blootstelling aan trauma of geheue inkorting.

Verder noem Stein et al (1998:111) dat PTSS gekenmerk word deur traumatiese herinneringe wat anders voorkom as ander vorme van herinnering. Hierdie traumatiese herinneringe kan vir dekades aanhou en word maklik geaktiveer. 'n Verdere kenmerk van die herinneringe van die persoon wat aan PTSS ly, is dat herinneringe gefragmenteerd is - sekere aspekte van die traumatiese gebeure kan nie onthou word nie. Hierdie kliniese manifestasie is dan in lyn met die huidige bevindings (Stein et al 1998:111) dat daar 'n wanfunksie in die amigdala en hippokampus voorkom - wat belangrike strukture is in die *emosionele geheue sisteem* van die brein. Die *emosionele geheue sisteem* verwys na die voorgenoemde inligting omtrent die strukture in die brein wat betrokke is by emosionele ondervindings en respons daarop. Die inter-konneksie tussen hierdie strukture, staan ook bekend as die *limbiese sisteem*.

2.4.2 Neurochemie

Stein et al (1998:110) voer aan dat daar verskeie neurogeleiersisteme betrokke is by PTSS. Dit sluit in die noradrenalin-, serotonien-, dopamien- en opioïede sisteme. Bykomend is ook gevind dat die hipotalamiese-pituitêre-adrenale aksis (HPA) ook 'n belangrike rol speel in hierdie toestand.

Laasgenoemde outeurs noem verder dat die navorsing wat tot op hede gedoen is omtrent die neurobiologie van PTSS, reeds 'n belangrike bydrae gelewer het tot farmakoterapie vir hierdie toestand, aangesien sommige neurobiologiese wanfunksies in PTSS met die verskillende groepe van simptome van hierdie toestand verbind kan word. 'n Voorbeeld van laasgenoemde is die wanfunksies in die amigdala en hippokampus wat met geheuesteurnisse by die PTSS pasiënt verbind word.

Daar kan veronderstel word dat noradrenergiese sensitisasie aan die basis lê van die hiperopwekkingssimptome, terwyl opioïede wanfunksie onderliggend is van die afstompingsimptome wat by PTSS gevind word. Dopamienwanfunksie kan weer 'n rol speel in simptome van paranoia en hiperwaaksaamheid, terwyl beskadiging van die hippokampus weer onderliggend is van probleme met geheue.

Vir die gesondheidspraktisyn is laasgenoemde kennis van groot waarde, aangesien dit die keuse van farmakoterapie kan beïnvloed.

In die toekoms mag dit wees dat neurobiologiese metings roetinegeweg gebruik word in die omvattende beraming van die pasiënt met PTSS. Dit sal weer die moontlikheid daar stel dat vroeë tussentrede by PTSS, die aanbring van patologiese sensitisasie kan voorkom.

Vervolgens sal die simptomatologie van PTSS beskryf word.

2.5 SIMPTOMATOLOGIE

Die kriteria vir die diagnosering van PTSS word as volg in die DSM IV (American Psychiatric Association 1994:209) beskryf :

- A. Die persoon moes blootgestel gewees het aan 'n erge traumatiese gebeurtenis waar :
1. die persoon self, of waar die persoon gesien het hoe 'n ander persoon in 'n lewensgevaarlike situasie was, en
 2. die persoon verskrik, hulpeloos en bevrees gevoel het.
- B. Hierdie traumatiese gebeurtenis word weer daarna ervaar in die vorm van ten minste een van die volgende :
1. Herhaalde, indringende en ontstellende herinneringe van die traumatiese gebeurtenis in die vorm van beelde, gedagtes of persepsies.
 2. Herhaalde ontstellende drome of nagmerries van die gebeurtenis.
 3. Optrede of ervaring van gevoelens asof die gebeurtenis weer plaasvind, met ander woorde 'n herlewing van die trauma. Wanneer dit gebeur, kom dit voor asof die persoon nie heeltemal bewustelik optree nie bv. 'n oorlogsveteraan wat optree asof hy steeds in die gevegsfront is.
 4. Intense psigologiese en fisiologiese ontsteltenis wanneer daar weer blootstelling is aan interne of eksterne stimuli wat simbolies is of ooreenkom met enige aspek van die traumatiese gebeurtenis.

Niehaus et al (1998:104) noem dat hierdie blootstelling soms subtiel is. Daar is bv. die bekende herdenkingsreaksie waar persone simptome van herbeleving toon op dieselfde datum waarop die traumatiese gebeurtenis plaasgevind het.

- C. Volgehoue vermydingsgedrag en emosionele afstomping (wat nooit voor die

traumatiese gebeure ervaar is nie) in die vorm van ten minste drie van die volgende:

1. Vermyding van gedagtes, gevoelens of gepreke wat handel oor die traumatiese gebeure.
2. Vermyding van aktiwiteite, plekke of persone wat herinneringe aan die traumatiese gebeure teweegbring.
3. Vind dit moeilik om belangrike aspekte van die traumatiese gebeure te onthou.
4. Merkbare verminderde belangstelling of deelname aan aktiwiteite wat voorheen geniet is.
5. Gevoelens van verwydering of vervreemding van ander persone.
6. Inperking van die omvang van affek bv. onmag om gevoelens van liefde, geluk of blydschap te ervaar.
7. 'n Gevoel van 'n verkorte lewensduur en toekoms bv. die persoon verwag nie om te trou, kinders te hê of 'n normale beroepslewe te hê nie.

D. Volgehoue simptome van verhoogde opwekking (nie teenwoordig voor die gebeure nie) in die vorm van ten minste twee van die volgende :

1. Vind dit moeilik om aan die slaap te raak of aan die slaap te bly.
2. Irriteerbaarheid of woede uitbarstings.
3. Vind dit moeilik om te konsentreer.
4. Oormatige versigtigheid en hipersensitiwiteit.
5. Oordrewe skrikreaksie.

E. Die simptome soos genoem in die kriteria B, C en D, moet vir meer as een maand teenwoordig wees.

F. Die steuring veroorsaak kliniese betekenisvolle ontsteltenis en aantasting van funksionering op sosiale, beroeps of ander areas van funksionering.

Niehaus et al (1998:107) noem dat die simptome vir jare kan voortduur en die gepaardgaande inkorting ten op sigte van sosiale-, beroeps-en ander aspekte van funksionaliteit 'n betekenisvolle invloed mag hê op die land se ekonomie.

Bogenoemde outeurs noem verder dat die grootste aantal persone wat blootgestel word aan trauma, nie PTSS ontwikkel nie. Selfs al word psigologiese simptome na 'n traumatiese gebeurtenis ondervind, sal dit nie noodwendig die kriteria vir die diagnosering van PTSS nakom nie. Post-traumatiese stressteuring is dus nie net 'n normale respons tot trauma nie, dit moet eerder as 'n patologiese reaksie beskou word.

Daar moet egter ook beklemtoon word dat baie persone met PTSS, nie as sulks gediagnoseer word nie omdat gesondheidsorgpraktisyns ongemaklik voel om vrae te vra omtrent die blootstelling aan traumatiese gebeure. Die professionele verpleegkundige praktisyn is in 'n ideale posisie om 'n vertrouensverhouding op te bou met 'n pasiënt, aangesien hierdie praktisyn meer geredelik beskikbaar is as ander gesondheidsorgpraktisyns. Die belangrikheid van die neem van 'n geskiedenis omtrent traumatiese gebeure word verder onderstreep, aangesien daar ook kenmerke is wat kan meegaan met PTSS. Major depressie en middelmisbruik is veral algemeen by persone met PTSS. Ander meegaande kenmerke sluit in skuldgevoelens, gevoelens van vernedering, paniekaanvalle, swak impuls kontrole, disosiatiewe simptome, persoonlikheidsveranderinge en selfmoordgedrag (Niehaus et al 1998:106).

Daar moet ook verder daarop gelet word dat persone met PTSS dikwels presenteer met somatiese simptome. Persone wat die gesondheidspraktisyn dikwels besoek met fisiese klagtes, behoort gevra te word omtrent 'n geskiedenis van traumatiese gebeure. Aan die hand van Niehaus et al (1998:106), het epidemiologiese studies gewys dat persone met PTSS 'n verhoogde risiko het om mediese toestande soos asma en hipertensie te ontwikkel.

Hierna sal daar voortgegaan word om kortliks te verwys na die hantering van PTSS.

2.6 HANTERING VAN PTSS

Dit het duidelik na vore gekom in die bespreking van die simptomatologie, dat 'n slagoffer van 'n erge traumatiese gebeurtenis kan presenteer met psigologiese en somatiese simptome sowel as gedragsveranderinge.

Met vroeë tussentrede nadat 'n persoon aan 'n erge traumatiese insident blootgestel was, kan die ontwikkeling van PTSS voorkom word. Robinson en Mitchell (1993:368) en Meichenbaum (1994:519) stel voor dat ontlonting toegepas moet word tussen 24 en 72 uur nadat 'n persoon aan 'n erge traumatiese insident blootgestel was.

Die doel van ontlonting is om traumatiese beelde te verminder, om die ontwikkeling van PTSS te voorkom en om die impak van die traumatiese insident te versag (Van der Merwe 1999:354).

Daar is verskeie ontlontingsmodelle. Die model wat mees algemeen toegepas word, is die generiese *Critical Incident Stress Debriefing (CISD)* model (Mitchell 1983). Sommige hoofdoelwitte van krisistussentrede toon ooreenkomste met die terapeutiese funksies van ontlonting (Parad en Parad 1990:4), naamlik om die impak van die erge traumatiese insident te verlig en om die hantering daarvan te versterk.

Mitchell en Everly (1995:270) definieer kritiese insident stresontlonting (CISD) en ontlontingsprosesse as volg: "... *group meetings or discussions about a traumatic event or serious of such events*". Klingman (1993:198) beskryf weer ontlonting as 'n tussentrede wat daarop gemik is om akute emosies te ventileer deur te vertel wat gebeur het en ook die effek daarvan te verbaliseer.

2.6.1 Terapeutiese funksies van ontlonting

Dit word algemeen aanvaar dat ontlonting nie terapie is nie, maar 'n psigo-opvoedkundige benadering met opvoedkundige, ondersteunende en voorkomende komponente (Meichenbaum 1994:16,514). Hierdie opvoedkundige tussentrede teorie word ook verbind met krisistussentrede teorieë (Mitchell & Everly 1995:270).

Van der Merwe (1999:356) posisioneer ontlonting as deel van 'n kritiese insident stresshanterings benadering deur middel van die volgende saamgestelde definisie:

Debriefing is a semi-structured, psycho-educational approach by which traumatised groups or individuals are accompanied step-by-step by a debriefer, using talking, drawing, playing or other creative means, through the facts, cognitions, affects and perceptual aspects of extreme events shortly after these have occurred. Post-trauma responses are normalised and experiences validated. Major elements of current and future concerns as well as previous trauma are discussed. Debriefing forms part of a critical incident stress management approach focused at information processing and trauma narratives.

Die bogenoemde definisies van ontlonting, maak dit duidelik dat die verpleegkundige praktisyn 'n belangrike rol kan speel in die terapeutiese funksies van ontlonting as 'n psigo-opvoedkundige benadering. In hoofstuk vier sal die rol van die verpleegkundige praktisyn verder bespreek word.

Indien PTSS wel ontwikkel, behels die hantering daarvan 'n omvattende benadering. Effektiewe behandeling sluit in: die behandeling van simptome, psigologiese terapieë, die effektiewe gebruik van medikasie en sosiale herintegrasie.

Hierdie omvattende benadering help die persoon met PTSS om probleme te oorkom en sodoende die trauma en pyn te verwerk.

Vervolgens volg 'n kortlikse bespreking van twee verskillende behandelingsmetodes wat in kombinasie gebruik kan word vir die effektiewe hantering van PTSS. Hierdie behandelingsmetodes kan egter slegs deur psigiaters, kliniese sielkundiges en ander toepaslik opgeleide persone gedoen word.

2.6.2 Psigoterapie

Marais en Möller (1998:122) voer aan dat kognitiewe gedragsterapie 'n sentrale terapeutiese benadering is om PTSS te hanteer en kan in die algemene praktyk uitgevoer word. Hierdie vorm van psigoterapie word baseer op die veronderstelling dat kognitiewe, emosionele en gedragsprosesse betekenisvolle interaksie en 'n wederkerige oorsaak-en-gevolg verhouding het. Die doelwitte is om die persoon bloot te stel aan die gevreesde situasie en die persoon te help om te herontdek dat die gevreesde stimuli nie noodwendig gevaarlik of bedreigend is nie.



UNIVERSITY of the
WESTERN CAPE

'n Belangrike aspek van die hantering van PTSS, is om die persoon bloot te stel aan die gevreesde situasie deur gebruik te maak van 'n trapleer benadering. Die persoon moet ook ingelig word omtrent die oorsake en simptome van PTSS, die behandeling en implikasies sowel as wat verwag sal word van die persoon gedurende behandeling.

Deur gebruik te maak van die kognitiewe gedragsbenadering, word die persoon gedragsvaardighede geleer sodat effektiewe hantering en vermindering van stres en angst kan plaasvind wanneer die persoon met 'n angstwekkende situasie konfronteer word, aldus Marais en Möller (1998:122).

Die persoon met PTSS moet aangemoedig word om die trauma te herbeleef, deur oor die

ondervinding en gepaardgaande gevoelens te praat. Sodoende word deur die traumatiese gebeurtenis gewerk in plaas van om dit te vermy. Die terapeut help ook die persoon om onrealistiese gedagtes te identifiseer en met realistiese gedagtes te vervang. Hierdeur sal die persoon se selfbeeld verbeter en 'n gevoel van integriteit en persoonlike trots sal tot stand kom.

'n Uitstaande kenmerk van PTSS, is die effek wat dit het op die lyer se sosiale verhoudings. Groepsterapie en Familieterapie is dus 'n belangrike komponent van die omvattende benadering in die hantering van PTSS. Hierdie tipe behandeling kan slegs deur kliniese sielkundiges en toepaslik opgeleide persone toegepas word.

2.6.3 Medikasie

Die patogenese van PTSS het uitgewys dat die toestand nie gekenmerk word deur die normale stres respons nie, maar wel deur 'n patologiese sensitisasie van sekere neurochemiese sisteme asook deur beskadiging van spesifieke neuro-anatomiese strukture (die hippokampus en amigdala). Navorsing wat in hierdie verband gedoen is, het dus die belang van medikasie by die hantering van PTSS, uitgewys.

UNIVERSITY of the
WESTERN CAPE

Marshall (1998:128) beveel aan dat medikasie vir die behandeling van PTSS in die volgende gevalle oorweeg moet word :

- ▶ Die persoon toon erge inkorting ten op sigte van funksionering as gevolg van sy/haar simptome. Toediening van medikasie en psigoterapie sal in kombinasie gegee word.

- ▶ Die persoon presenteer met toestande soos major depressie, panieksteuring of veralgemeende angssteuring. In hierdie geval sal die behandeling van voorgenoemde steurings dit vir die persoon makliker maak om te fokus op die

hantering van die traumatiese gebeurtenis.

- ▶ Psigoterapie het na drie maande geen verbetering tot gevolg nie.
- ▶ Waar psigoterapie nie beskikbaar is nie of waar die persoon vinnige simptomatiese verligting versoek, veral met verhoogde opwekking en slaaploosheid.

Die tipes medikasie wat effektief gebruik kan word, sluit in : selektiewe serotonien heropneem inhibitore, trisikliese antidepressante, monoamien oksidase inhibitore, bensodiasipiene, gemoedsstabiliseerders (lithium, karbamasipien), betablokkers en brofaromien.

2.7 SAMEVATTING

In die historiese agtergrond kom dit duidelik na vore dat PTSS nie 'n nuwe konsep of verskynsel is nie. Dit is egter eers teen 1980 dat PTSS ten volle erken is as 'n bepaalde en geldige diagnostiese kategorie. In die DSM-IV (1994:209) is daar voorsiening gemaak vir spesifieke kriteria om die diagnosering van hierdie toestand te vergemaklik.

UNIVERSITY of the
WESTERN CAPE

Politieke, kriminele en huishoudelike geweld is lankal reeds kenmerkend van ons sosiale omgewing en daar is min mense in die Suid-Afrikaanse samelewing wat nog nie daardeur affekteer is nie.

As gevolg van die hoë vlakke van *geweld* in Suid-Afrika, is dit belangrik dat gesondheidspraktisyne persone moet uitvra omtrent hul blootstelling aan traumatiese gebeure. Dit moet egter in gedagte gehou word dat nie almal wat aan traumatiese gebeure blootgestel word, PTSS sal ontwikkel nie.

Dit kom voor asof die onderliggende neurobiologie van PTSS verskil van dié in 'n normale

stres respons. As gevolg van hierdie indikاسie, kan PTSS voorgestel word as 'n abnormale patologiese respons. Deurdat die neurobiologie van PTSS beter verstaan word, kan meer effektiewe tussentredes toegepas word. In die hantering van hierdie toestand word psigoterapie en/of medikasie doeltreffend gebruik.

Om mee af te sluit word Stein (1998:102) as volg aangehaal :

PTSD should be considered in the context of South Africa, where high levels of political, domestic and criminal violence have long been part of the landscape.

In hoofstuk drie sal daar 'n breedvoerige literatuurstudie omtrent post-traumatische stressteuring by kinders, weergegee word.



HOOFSTUK DRIE

POST-TRAUMATIESE STRESSTEURING BY KINDERS

3.1 INLEIDING

In hoofstuk twee is die simptome en neurologie van PTSS bespreek en is dit duidelik dat 'n betroubare diagnose van hierdie toestand wel gemaak kan word. Dit is egter weer belangrik om te beklemtoon dat alhoewel PTSS 'n algemene toestand is, nie almal wat blootgestel was aan traumatiese gebeure, die toestand sal ontwikkel nie. PTSS word dus beskou as 'n abnormale of patologiese respons en nie 'n normale respons tot trauma nie.

In die DSM-IV (American Psychiatric Association 1994:209) word vermeld dat die traumatiese gebeurtenis wat PTSS simptome voorafgaan, gekenmerk word deur 'n lewensgevaarlike situasie waar die persoon self bedreig was, of waar die persoon gesien het hoe 'n ander persoon in 'n lewensgevaarlike situasie bedreig word

Dit is wêreldwyd duidelik waarneembaar dat kinders toenemend blootgestel word aan terrorisme, oorloë, etniese- of godsdienstige geweld, politieke onderdrukking en intra-familiële geweld. Die afgelope jaar het ook sy kwota natuurrampe gehad soos verskeie aardbewings in Turkye en orkane wat Amerika en lande in die Ooste getref het. Suid-Afrika is ook geteister deur storms en oorstromings waarvan die hewigste, die orkaan was wat die Kaapse Vlakte getref het. Die slagoffers van voorgenoemde ramp, is steeds in die proses om hierdie onverwagse traumatiese ervaring te verwerk.

Daar is daagliks berigte in die media van moeilike lewenssituasies met die potensiaal om kinders fisies of psigies skade te berokken. Insidente in die media verwys hoofsaaklik na misdaad, bendegegeweld, motorvoertuigongelukke, motorkapings, skietvoorvalle en taxi-

geweld.

Verpleegpraktisyns moet hulself daarop voorberei dat hul daaglik getraumatiseerde kinders sal teëkom. In hierdie hoofstuk sal dan 'n oorsig gegee word om die tipes kritiese insidente of traumatiese gebeure wat kinders affekteer, in oënskou te neem. Die kategorisering van trauma is nie maklik nie en dikwels nie afgebaken nie (Van der Merwe 1999: 29).

Die diagnose van PTSS by kinders is egter heelwat meer gekompliseerd as wat dit by volwassenes is. Kinders se respons tot traumatiese gebeure word deur verskeie faktore beïnvloed, naamlik die aard van die stressor, die mate van blootstelling, individuele faktore soos geslag, ouderdom, vlak van ontwikkeling, psigiatriese geskiedenis, familiële karaktertrekke en sosiale faktore.

Die afgelope tien jaar is verskeie studies onderneem (verwys 3.2) om PTSS by kinders, wat aan 'n verskeidenheid traumatiese gebeure blootgestel was, te beskryf. Ten spyte van hierdie studies, is steeds min bekend omtrent die epidemiologie van hierdie toestand by kinders.



Aangesien daar verwag word dat PTSS by kinders sal voorkom na rampsituasies, is die meeste literatuur beskrywend van kinders se reaksies na 'n spesifieke ramptoestand. 'n Verskeidenheid faktore wat die reaksie tot trauma en die herstel daarna beïnvloed, word breedvoerig in die literatuur bespreek, asook die simptomatologie.

Vervolgens sal daar voortgegaan word met 'n oorsig van die huidige kennis omtrent die epidemiologie, patogenese, kliniese manifestasies en beraming van PTSS by kinders.

3.2 EPIDEMIOLOGIE

Alhoewel vele referate tydens simposia bespreek is, daar skripsies en publikasies beskikbaar is in verband met die psigologiese effek van politieke geweld op Suid-Afrikaanse kinders, bestaan daar min spesifieke data omtrent kinders wat blootgestel word of slagoffers is van huishoudelike en kriminele geweld (Traut, Boshoff & Hawkrigde 1998:134).

Giaconia, Reinherz, Silverman, Pakiz, Frost en Cohen (1995) in Pfefferbaum (1997:1503) het gevind dat teen die ouderdom van 18 jaar, meer as twee vyfdes van jeugdige in 'n gemeenskapssteekproef, die kriteria nagekom het van ten minste een DSM-III-R trauma en meer as 6 persent het kriteria nagekom vir 'n leeftyd diagnose van PTSS.

Vir die doel van hierdie studie, is dit belangrik om te verwys na Suid-Afrikaanse kinders as tweede en eerste generasie intergenerasionele transmissie van trauma.

Dit is algemeen bekend dat trauma kan transendeer na volgende generasies. In hierdie verband verwys Meichenbaum (1994:18-19) na plaasvervangende blootstelling en sekondêre viktimisasie. Trauma affekteer ouerlike style en getraumatiseerde ouers is dikwels nie in staat om te voorsien in kinders se materiële en emosionele behoeftes nie.

Suid-Afrika het 'n trauma nalatenskap wat plaasvervangend die huidige generasie jeug mag beïnvloed. Dit maak laasgenoemde meer kwesbaar vir verdere trauma. Die fokuspunt van die Waarheids- en Versoeningskommissie (WVK) was om lig te werp op die ouers se direkte of indirekte beleving van menige wreedhede. Bo en behalwe hierdie sekondêre traumatisering, word menige kinders daagliks getraumatiseer deur direk betrokke te wees of deurdat hulle ooggetuies is van 'n traumatiese gebeurtenis. In die konteks van trauma, kan sulke kinders beskou word as beide eerste en tweede generasie getraumatiseerde individue. Deurdat hulle tweede generasie en daarom plaasvervangend getraumatiseerd

is as gevolg van hul ouers se trauma, maak dit hulle meer kwesbaar en enige daaropvolgende buitengewone stressor is moeiliker om te hanteer.

Suid-Afrika word gekenmerk deur geweld en onstabiliteit. Kinders word steeds daaglik blootgestel aan soortgelyke traumatiese gebeure as wat hul ouers beleef het, veral in minderbevoorregte gemeenskappe. Menige probleme wat vandag voortgaan om Suid-Afrikaners te traumatiseer, mag 'n nalatenskap wees van die voortslepende geweld en onderdrukking uit vorige dekades wat globale psigiese trauma in gemeenskappe tot gevolg gehad het. Die huidige misdaadgolf in Suid-Afrika kan verbind word met daardie onstuimige tye in die Suid-Afrikaanse geskiedenis. In 'n brief aan *The Citizen*, word Masuku in hierdie verband aangehaal:

What can you expect from children who grew up in the appalling surroundings you call townships? They witnessed murders and necklacing since they were young. It was a recipe for hardened criminals. (Masuku 1995-11-22:19).

In die verlede het baie vreesaanjaende insidente in die publiek plaasgevind, in die strate en oop spasies van die *townships*. Die kinders en jeugdige wat blootgestel was aan hierdie insidente gedurende die 1970's en 1980's is huidig volwassenes. Die vraag wat nou ontstaan is, hoeveel van hierdie individue worstel steeds met herinneringe aan hierdie gebeure? Dit kan ook hul houdings en huidige gedrag beïnvloed en kan ondermeer veroorsaak dat hulle meer onsensitief en onsimpatiek is teenoor geweld.

Vervolgtik gaan 'n kort opsomming gegee word van buitengewone situasies wat kinders op 'n direkte of indirekte wyse kan traumatiseer. Die wreedhede wat plaasgevind het in Suid-Afrika gedurende die periode voor die 1994 verkiesing, kan breedvoerig as volg gekategoriseer word:

- ▶ *Necklacing* en verbranding van liggame. Insidente van publieke *necklacing* en

verbranding van liggame was eens 'n algemene gesig in Suid-Afrikaanse woongebiede (*townships*) en het ook wye media-dekking gekry. Gedurende *necklacing* was daar gewoonlik 'n skare toeskouers, onder andere jong kinders. Die emosionele impak van so 'n gebeurtenis op die jong kinders moes verwoestend gewees het, tog is daar berig van kinders wat onsensitief geraak het en gedans en gespeel het rondom die brandende liggaam (Simpson 1993a:606; Schoeman en van der Merwe 1996:45).

- ▶ Skietvoorvalle. Jong kinders is gedood deur skerpskutters en dikwels was broers, susters en/of vriende ooggetuies van sulke voorvalle. 'n Vader wat deur 'n WVK verhoor gedurende 1996 aangehoor is, word as volg aangehaal:

Patricia's sister was a bright-eyed St.5 pupil until the shooting of her sibling. Three years after the tragedy, she languishes in the same grade and is unable to concentrate in class. Patricia's brother, Mvulane is sickly and has developed what his father called an unhealthy obsession with guns. Hadese said his son had lost his childhood and could not relate to boys his own age. The family was suffering from nightmares. (Dlamini 1996-08-11:7).

Verseker het menige *township* kinders hul kinderjare in die onstuimige tye voor die 1994 verkiesing verloor.

- ▶ Bomontploffings. Ten tyde van die WVK-verhore, is verskeie ooggetuies en slagoffers se herbeleving van hul blootstelling aan bomontploffings, aangehoor. 'n Bom het op 20 Mei 1983 in kerkstraat, Pretoria ontplof waarin 19 mense gedood is en meer as 'n honderd beseer is (Officer... 1996-08-14:8). Op 14 Junie 1986 het 'n motorbom ontplof by Magoo's Bar en die Why Not-bar in Durban waarin 3 mense gedood is en 89 beseer is (Du Toit 1996-09-01:11). Nog vele meer sulke insidente het plaasgevind waarin onskuldige mense se lewens onomkeerbaar ontwig is.
- ▶ Menseslagtings. Gedurende September 1992 is tien mense gedood en vele meer

beseer as gevolg van 'n aanval met outomatiese gewere op 'n groep jeugdige by Nswangwsine. Die jeugdige was op pad na 'n jeugkonferensie (Officer... 1996-08-14:8). Die Boipatong menseslagting gedurende 1992 het 49 mense dood gelaat en veel meer beseer. Families was verwoes en die oorlewendes was gelaat met fisiese en psigiese littekens (Truth... 1996-08-11:7). In die KwaMakutha slagting op 21 Januarie 1987 is 13 mense, meesal vrouens en kinders gedood deur 'n moordbende met AK47 gewere (KwaMakutha... 1996-10-15:13). In die Bisho slagting van September 1992 het weermagde van Ciskei op betogers geskiet en 29 mense gedood (Friedman 1996-09-12:8). In veral KwaZulu-Natal is onskuldige kinders en hul bejaarde familielede dikwels gedood of beseer in menseslagtings.

- ▶ Marteling en Polisiebrutaliteit. Menige verhore is aangehoor ten tye van die WVK-verhore van marteling en polisiebrutaliteit dikwels teenoor jongelinge (Aranes 1996-08-06:4). Wetenskaplike navorsing het getoon dat daar uitermate magteloosheid en ander intense ongunstige response ervaar word gedurende marteling en detensie (Simpson, 1993b:667-684; Turner en Hough, 1993:725-732). Dit is duidelik dat daar 'n definitiewe gevaar is vir tweede generasie traumatisering by kinders van slagoffers van sulke beproewinge.

UNIVERSITY of the
WESTERN CAPE

Mdlela (1994-11-29:3) voer aan dat die helingsproses van handeling met die verlede, in plaas van om dit te ontken, bevorder moet word om die groei van 'n nuwe samelewing vanuit die ashoop van die verlede, daar te stel. Die WVK het 'n lang pad geloop om met die verlede te handel, maar kon ook in sommige gevalle wonde oopgekrap het sonder 'n behoorlike afhandeling. Desnieteenstaande word die voorsitter van die WVK, Aartsbiskop Desmond Tutu, in die eerste interim verslag van die Kommissie as volg aangehaal:

We open wounds in order to cleanse them, to deal with the past effectively and so close the door on that dark and horrendous past for ever. Together we can then turn to the present and the future. (Friedman 1996-08-16:4).

Die gebeure wat hier genoem is, is slegs 'n fraksie van die insidente wat die nasie getraumatiseer het voor die 1994 verkiesing. Wat belangrik is, is die feit dat die mense wat toe kinders was, nou hul eie families het. Op dieselfde manier soos wat ondervind is met die Atoombom oorlewendes en Viëtnamese veterane, kan die kinders van hierdie oorlewendes negatief transgenerasioneel beïnvloed word deur die traumatiese ondervindinge van hul ouers.

In die volgende paragrawe sal daar verwys word na studies in verband met PTSS by kinders nadat hulle blootgestel was aan spesifieke traumatiese gebeure of rampe.

3.2.1 Natuurlike rampe

Drie maande nadat Orkaan Hugo Suid-Carolina in Amerika getref het, is daar 'n opname onder 5 687 skoolgaande kinders gemaak om hulle ondervindings en reaksies aangaande die storm te ondersoek. Shannon, Lonigan, Finch en Taylor (1994:80-92) het gevind dat 5 persent van hierdie steekproef voldoende simptome rapporteer het om PTSS te diagnoseer. Vroulike en jonger kinders was in die meerderheid om te voldoen aan die kriteria van PTSS. Laasgenoemde outeurs het ook gevind dat van die ander kinders wat nie PTSS ontwikkel het nie, wel 'n erge post-traumatiese reaksie getoon het met gevolglike funksionele inkorting. 'n Verdere studie deur dieselfde outeurs in verband met die risiko faktore vir die ontwikkeling van PTSS, het gevind dat die persoonlike graad van angstrekke wat by 'n individu teenwoordig is, die enkele grootste risiko faktor is vir die ontwikkeling van hierdie toestand (Lonigan, Shannon, Taylor, Finch & Sallee 1994:94).

'n Epidemiologiese studie na 'n aardbewing in Italië wat deur Galante en Foa (1986:357-363) onderneem is, het bevind dat 'n belangrike risiko faktor vir kinders om PTSS te ontwikkel, die tydsbestek is wat dit die gemeenskap neem om te herorganiseer na 'n ramp. Faktore wat belangrik is, is die kind se familiële ondersteuningstelsel, die spoedige herstel van die daaglikse roetine, insluitend skool toe gaan, en ook 'n gestruktureerde geleentheid

om vrese en ondervindings aangaande die ramp te bespreek en deur te werk.

Curtis (1995:91) som die gestruktureerde geleentheid om vrese en ondervindings aangaande 'n traumatiese insident te bespreek en deur te werk volgens die CISD-model van Mitchell (vergelyk 2.6.1) as volg op:

- ▶ Slagoffers vertel hul stories.
- ▶ Reaksies op buitengewone insidente word gedeel.
- ▶ Begrip van oorlewingsreaksies word gegeneer.
- ▶ Kontraktering vir herstel vind plaas.
- ▶ Afsluiting van die ontloeringsproses vind plaas.

Orkaan Andrew van 24 Augustus 1992, het twee studies geïnisieer. 'n Studie om die psigologiese effek van die orkaan op laerskoolleerlinge te ondersoek, is onderneem deur Shaw, Applegate, Tanner, Perez, Rothe, Campo-Bowen en Lahey (1995:1193). Met hierdie studie is bevind dat 3 persent manlike en 9 persent vroulike adolessente aan die kriteria vir PTSS voldoen het. Terwyl dit 'n relatief klein persentasie van die adolessente verteenwoordig het, het die meeste adolessente van hierdie steekproef wel sommige post-traumatiese simptome aangemeld. Bevindings het ook aangedui dat die voorkoms van PTSS verhoog met ouderdom.

Twee verskillende studies een en 'n half jaar na 'n aardbewing in Armenië in 1988 (Goenjian, Pynoos, Steinberg, Najarian, Asarnow, Karayan, Ghurabi & Fairbanks 1995:1174-1184; Pynoos, Goenjian, Tashjian, Karakashian, Manjikian, Manoukian, Steinberg & Fairbanks 1993:239-247) het getoon dat na 'n katastrofiese natuurlike ramp soos hierdie, kinders 'n hoë risiko het om kroniese PTSS en sekondêre depressie te ontwikkel. Goenjian et al (1995:1174) beveel vroeë kliniese tussentrede aan om kroniese PTSS en sekondêre depressie te voorkom. Bevindings dui ook aan dat so 'n katastrofiese gebeurtenis tot gevolg kan hê dat PTSS by kinders 'n epidemiese omvang kan aanneem

en dus die welstand van die kinderpopulasie van 'n groot streek kan aantas. Sistematiese sifting van kinders vir die voorkoms van PTSS, kan kritiese inligting oplewer wat belangrik is vir 'n rasionale openbare geestesgesondheidsprogram na so 'n ramp (Pynoos et al 1993:240).

3.2.2 Industriële Rampe

Rampe as gevolg van omgewingsbesoedeling deur kernkragbestraling of deur toksiese chemikalieë, is relatief nuut en staan bekend as industriële rampe. Sulke rampe kan ook bekend staan as tegnologiese ongelukke. Die gevare vir die omgewing sowel as die mens se gesondheid is gewoonlik hoog, alhoewel daar nie sigbare korttermyn gevolge teenwoordig is nie.

Daar is tot op hede nie veel studies omtrent die psigologiese gevolge van hierdie soort rampe op volwassenes en kinders onderneem nie.

Die bekendste studie wat in hierdie verband onderneem is, is die studie om kinders en ouers se reaksie op die *Three Mile Island* kernkragongeluk te bepaal. Hierdie studie was uniek deurdat mense se psigologiese reaksies na 'n ramp wat geen lewensverlies, verminking of eiendomsverlies tot gevolg gehad het nie, ondersoek is.

Handford, Mayes, Mattison, Humphrey II, Bagnato, Bixler en Kales (1986:352) het gevind dat alhoewel laasgenoemde ramp geen fisiese gevolge gehad het nie, dit wel deur sy geluidlose, onsigbare en verraderlike natuur, 'n *psigologiese ramp* wat die denke en emosies van die mans, vrouens en kinders beïnvloed, tot gevolg gehad het. Die kinders en ouers van die omliggende gemeenskappe moes dit hanteer om saam te leef met 'n akute bedreiging van moontlike ontploffings en die langtermyn effek van blootstelling aan bestraling wat ernstige gesondheidsgevale tot gevolg kan hê.

Laasgenoemde outeurs het gevind dat ouers 'n verhoogde angsvlak getoon het onmiddellik na die ramp, maar dat dit gewyk het een en 'n halfjaar later. Inteenstelling daarmee, het die kinders 'n residuele vlak van angs openbaar een en 'n halfjaar na die ramp.

Breton, Valla en Lambert (1993:438-444) het ondersoek ingestel na die geestesgesondheid van kinders en hul ouers een jaar na 'n industriële ramp naby Montreal plaasgevind het. Hierdie outeurs het gevind dat kinders tussen ses en elf jaar ouderdom die meeste PTSS simptome getoon het. Hulle het dit beklemtoon dat ouers en onderwysers bedag daarop moet wees dat die afwesigheid van gedragsveranderinge by die kind, nie noodwendig 'n aanduiding is dat daar ook geen psigologiese gevolge is nie.

3.2.3 Skoolrampe

Een maand nadat 'n skerpskutteraanval op 'n laerskool plaasgevind het, is 'n studie deur Pynoos, Frederick, Nader, Arroyo, Steinberg, Eth, Numez en Fairbanks (1987:1057) uitgevoer om lewensbedreiging en PTSS by skoolgaande kinders te ondersoek. Hierdie studie het onomwonde bewys dat PTSS wel voorkom by skoolgaande kinders en dat daar 'n merkbare korrelasie tussen die nabyheid tot die geweld en die tipe en aantal PTSS simptome is.

Dieselfde kinders se PTSS reaksies veertien maande na laasgenoemde skerpskutteraanval op hul skool, is weer deur Nader, Pynoos, Fairbanks en Frederick (1990:1526) ondersoek. Hierdie navorsers het gevind dat die mate van blootstelling tot die traumatiese gebeure, die primêre voorspeller was tot die voortgaande PTSS reaksies.

3.2.4 Seksuele molestering en Fisieke mishandeling of beide

Die hoë voorkoms van seksuele molestering en fisieke mishandeling van kinders

wêreldwyd, maak dit een van die belangrikste oorsake wat aanleiding gee tot die ontwikkeling van PTSS. Soos met ander publieke gesondheidsprobleme, is dit nie maklik om die werklike insidensie of voorkoms van kindermishandeling te bepaal nie.

Desnieteenstaande het die Kinderbeskermingseenheid van die Suid-Afrikaanse Polisie (SAPD) aangedui dat hulle gedurende 1995 meer as 28 000 gevalle van kindermishandeling hanteer het, en dit verteenwoordig 'n jaarlikse toename van 28 persent sedert 1993 (SAPA 1996:3).

'n Studie wat gesamentlik deur die Kinderbeskermingseenheid van die Suid-Afrikaanse Polisie en die Menslike Wetenskaplike Navorsingsraad met 4606 kindermishandelingsgevalle wat aan die SAPD gedurende Julie 1994 tot Junie 1995 rapporteer was, het die volgende uitslag getoon (SAPA 1996:3):

- ▶ die meeste gevalle (62%) was slagoffers van misdrywe van 'n seksuele aard soos verkragting, onsedelike aanranding, pogings tot verkragting en sodomie;
- ▶ 83 persent van die oortreders was bekend aan die slagoffers;
- ▶ ongeveer die helfte van die mishandelings het plaasgevind in die teenwoordigheid van ander mense;
- ▶ 35 persent van die gevalle het plaasgevind in die kind se eie huis en
- ▶ meer as 44 persent van die slagoffers het geen terapie ontvang gedurende 1994 - 1995 nie.

Die Menslike Wetenskaplike Navorsingsraad en die Kinderbeskermingseenheid van die SAPD het ook bekend gemaak dat daar 'n 60 persent styging in kinderverkragtinggevalle

was tussen Julie 1994 en Junie 1995 (SAPA 1996:3). Volgens 'n projeksie voorspel voorgenoemde instansies ook dat Suid-Afrika ongeveer 1,5 miljoen mishandelde kinders teen die jaar 2000 sal hê (SAPA 1996:3).

Dit bly egter steeds 'n probleem om nuwe gevalle van kindermishandeling bloot te lê. Oppervlakkig kom dit voor asof dit 'n eenvoudige taak sal wees om definisies te gee aan die verskillende vorme van kindermishandeling, maar nóg die professionele persone nóg die publiek kan ooreenkom om te bepaal watter aksies of versuime as mishandeling beskou sal word (Van Aswegen 1999:56).

Volgens Green (1993:577) het die traumatiese impak van fisieke mishandeling en seksuele misbruik op kinders, 'n verskeidenheid van angstoestande, affeksteurings en inkorting van impulscontrole tot gevolg. Bykomend by fisieke mishandeling, mag die kognitiewe funksies en taalvaardighede ook benadeel wees en wanfunksies van die sentrale sensuweestelsel mag ook voorkom.

Allen, Gaines en Green (in Green 1993:578) het gevind dat 61 persent van fisieke mishandelde en seksueel gemolesteerde kinders, voldoen het aan die DSM-III-R kriteria vir PTSS. Die meeste kinders in hierdie studie, het repeterende- en angssimptome rapporteer. Daar was ook 'n hoë voorkoms van enuresis, fobies en aggressiewe gedrag by hierdie kinders teenwoordig.

Green (1993:890) voer ook aan dat dit eers die afgelope tien jaar is dat kinder- en geestesgesondheidspraktisyne die probleem van kindermishandeling begin aanspreek het. Dit is dan ook gedurende die afgelope tien jaar dat daar verskeie studies gedoen is in verband met die voorkoms van PTSS by mishandelde kinders.

Drie verskillende tipes faktore kan help om die aard en hewigheid van psigiatriese steurings by mishandelde kinders te bepaal, naamlik mishandelingsverwante faktore soos

die hewigheid van die mishandeling of die verwantskap van die oortreder tot die kind, faktore ten opsigte van die kind soos ouderdom en geslag en omgewingsfaktore en omstandighede soos ouerlike praktyke en psigososiale stressors (Livingston, Lawson & Jones 1993:948).

In 'n studie met 41 kinders wat herhaaldelik fisiek mishandel of seksueel misbruik is deur 'n ouer of voog, het laasgenoemde outeurs gevind dat PTSS gediagnoseer is by 51,7 persent van die seksueel misbruikte kinders en 33,3 persent van die fisiek mishandelde kinders.

In 'n ander studie deur Pelcovitz, Kaplan, Goldenberg, Mandel, Lehane en Guarrera (1994:305) is weer gevind dat fisies mishandelde adolessente 'n hoër risiko het om gedragsprobleme en sosiale inkortings te ontwikkel as om PTSS te ontwikkel. Dit mag daaraan toegeskryf word dat slagoffers van fisieke mishandeling opgroei in 'n omgewing waar die geweld waaraan hulle onderwerp word, eerder gesien word as deel van hul ouers se manier van kinderopvoeding, as wat hulle dit sien as 'n traumatiese gebeurtenis buite die bestek van 'n normale menslike ondervinding.



Dit wil voorkom asof kinders wat beide fisiek mishandel en seksueel misbruik word, 'n groter risiko het om PTSS te ontwikkel. Volgens Ackerman, Newton, McPherson, Jones en Dykman (1998:759) wil dit voorkom asof hierdie risiko verhoog wanneer die kind nog baie jonk was toe die mishandeling begin het en as dit ook geheim gehou is. Laasgenoemde outeurs is dit ook eens dat wanneer PTSS diagnoseer word, die gesondheidpraktisyn ook moet ondersoek instel na ander ko-morbiede toestande soos algemene angssteuring, depressie en gedragssteurings. Hulle beveel verder aan dat navorsers hulle daarop moet toespits om terapeutiese tussentredes te vind wat die skadelike gevolge by mishandelde kinders sal verminder.

In laasgenoemde verband, naamlik terapeutiese tussentrede, het Cohen en Mannarino

(1997:1228) gevind dat kognitiewe gedragsterapie 'n effektiewe wyse van tussentrede is om simptome van PTSS te verminder by seksueel misbruikte voorskoolse kinders.

3.2.5 Gemeenskapgeweld

Daar is in verskeie studies aangetoon dat PTSS by oorlogsveterane beskryf is, terwyl daar min bekend is omtrent PTSS by die algemene populasie wat blootgestel word aan gemeenskapgeweld of stedelike terrorisme.

In Amerika is 'n studie onderneem om die voorkoms van PTSS by oorlewendes van die Brooklyn Brug skietery te ondersoek. Hierdie voorval het in Maart 1994 plaasgevind toe daar 'n terroriste aanval op 'n groep Joodse jeugdige was, wat per minibus gereis het. Trappler en Friedman (1996:705) het gevind dat van die elf oorlewendes, vier gediagnoseer is met PTSS, een persoon met major depressiewe steuring en twee persone met aanpassingsteuring.

In Suid-Afrika is die peil van gemeenskapgeweld hoog, veral in die histories minderbevoorregte gemeenskappe. Ensink, Robertson, Zissis en Leger (1997:1526) het 'n studie onderneem om ondersoek in te stel na die omvang waartoe plaaslike kinders wat blootgestel word aan gemeenskapgeweld, PTSS ontwikkel. Die teikengroep wat gebruik is in hierdie studie, was 60 Xhosa-sprekende kinders met ouderdomme tussen 10 en 16 jaar oud - 30 kinders van 'n kindershuis wat Khayelitsha bedien en 30 kinders van 'n skool in 'n geweldgeteisterde area van Khayelitsha.

In bogenoemde studie is bevind dat al 60 kinders indirek aan geweld blootgestel was. Sewe-en-vyftig (95%) kinders was ooggetuies van geweld en twee-en-twintig (36%) het self geweld ervaar. Vier-en-twintig (40%) kinders het voldoen aan die kriteria van een of meer DSM-III-R diagnose en dertien (21,7%) het voldoen aan die kriteria vir PTSS.

Aan die hand van bogenoemde bevindings is dit duidelik dat gemeenskapsgeweld 'n hoë risiko plaas op kinders om ernstige psigiatriese toestande te ontwikkel en baie kinders ontwikkel PTSS. Geen van die kinders in die skoolsteekproef van hierdie studie, het enige intervensie gehad voordat die studie plaasgevind het nie. Dit wys daarop dat daar 'n dringende behoefte is dat gemeenskappe en gesondheidpraktisyns meer bewus gemaak moet word omtrent die kinders wat gevaar loop om geestesongesteld te raak as gevolg van gemeenskapsgeweld.

3.2.6 Ooggetuies van geweld

Daar is reeds in hoofstuk twee (2.3) van hierdie studie genoem dat om 'n ooggetuie van 'n moord of geweld te wees, ook 'n stressor is wat kan aanleiding gee tot die ontwikkeling van PTSS.

Malmquist (1986:320) het ondersoek ingestel na die post-traumatiese aspekte van kinders wat die moord op 'n ouer moes aanskou. Sestien kinders tussen die ouderdomme 5 en 10 jaar wat 'n moord op 'n ouer aanskou het, is in hierdie studie gebruik. Hierdie outeur het gevind dat al sestien kinders voldoen het aan die kriteria vir PTSS en ook dat daar baie faktore is wat so 'n studie kompliseer. Een van hierdie faktore is dat die kind, wat reeds getraumatiseerd is, as 'n ooggetuie betrokke moet wees in daaropvolgende hofsake.

Pynoos en Nader (1988:320) het ook 'n studie in hierdie verband gedoen. Hierdie outeurs het ondersoek ingestel na die traumatiese reaksies van tien kinders wat ooggetuies was van seksuele aanranding op hul moeders.

Met laasgenoemde studie is bevind dat al tien kinders voldoen het aan die DSM-III-R kriteria vir PTSS. 'n Verdere bevinding was dat al die kinders 'n verhoogde gevoel van kwesbaarheid ondervind het, nadat hulle gesien het hoe hulpeloos 'n volwasse persoon

(hul moeders) is tydens so 'n gewelddadige daad. Die gevoel van kwesbaarheid was veral hoog onder die dogters aangesien hulle kan identifiseer met hul moeders as slagoffer van seksuele mishandeling.

3.2.7 Politieke geweld / Oorlog

Verskeie studies is uitgevoer om ondersoek in te stel na die voorkoms van PTSS by kinders wat blootgestel was aan politieke geweld of oorloë. Vervolgens sal daar na 'n paar van hierdie studies verwys word.

Heelwat studies is onderneem met Kambodjaanse kinders wat slagoffers was van erge traumatiese gebeure oor 'n tydperk van vier jaar. Hierdie kinders was vervreem van hul ouers, was onderwerp aan kinderarbeid en verhongering, en was ook getuies van baie sterftes. Nadat hulle vir twee jaar in vlugtelingkampe gewoon het, het hulle op die ouderdom van veertien jaar na die Verenigde State van Amerika geïmmigreer. Kinzie, Sack, Angell, Manson en Rath (1986:370) het bevind met 'n steekproef van veertig kinders, 50 persent van hierdie kinders vier jaar nadat hulle Kambodja verlaat het, PTSS ontwikkel het. Die simptome was erger en meer algemeen by die kinders wat nie saam met familieledede gewoon het nie.

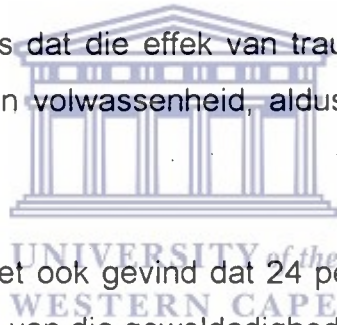
Met dieselfde groep kinders, is die rol van die familie, woonplek en skool ook ondersoek. Sack, Angell, Kinzie en Rath (1986:377) het met hierdie studie gevind dat die kinders se versorgers en onderwysers minder bekommernis en angstigheid waargeneem het as wat die kinders self rapporteer het. Die skool se onderwysers is geïdentifiseer as belangrike rolspelers om aanpassings makliker te maak ten op sigte van 'n nuwe vaderland, 'n nuwe taal en nuwe kulturele vereistes. Baie familieledede het ook soortgelyke simptome van post-traumatiese stres en depressie openbaar as wat by die kinders voorgekom het.

Om aan te sluit by laasgenoemde bevinding, kan verwys word na 'n studie omtrent die

voorkoms van PTSS by twee generasies Kambodjaanse vlugteling. Sack, Clark en Seeley (1995:1160) het met hierdie studie bevind dat dit moontlik is dat PTSS in families voorkom. Hierdie fenomeen moet egter nog verder nagevors word.

In Suid-Afrika is ook ondersoek ingestel na die invloed van politieke geweld op kinders. Dawes (1990:13) is dit eens dat 'n aantal verweefde faktore in gedagte gehou moet word wanneer die psigologiese sequellae van blootstelling aan politieke geweld, verstaan wil word. Hierdie faktore sluit in die tipe politieke geweld wat ervaar word, die kind se vlak van ontwikkeling en die beskikbaarheid van ondersteuning in die familie en gemeenskap. Laasgenoemde outeur het gevind dat daar geen eenvoudige verwantskap is tussen blootstelling aan geweld en psigologiese versteurings of die aanneem van geweldadige gedrag by kinders nie.

'n Belangrike bevinding deur 'n studie met Kambodjaanse vlugteling vyftien jaar nadat hulle trauma beleef het, is dat die effek van trauma wat ondervind is gedurende die kinderjare, voortduur tot in volwassenheid, aldus Hubbard, Realmuto, Northwood en Masten (1993:1167).



Laasgenoemde outeurs het ook gevind dat 24 persent van die steekproef vyftien jaar nadat hulle weggeneem is van die geweldadighede, met PTSS gediagnoseer is.

In 'n meer onlangse studie is die stresreaksies van kinders en adolessente in oorlog en belegstoestande in Sarajevo ondersoek. Husain, Nair, Holcomb, Reid, Vargas en Nair (1998:1718) het 'n opname gemaak onder 791 kinders tussen die ouderdomme 7 en 15 jaar, om simptome van PTSS en vlakke van agteruitgang te beraam. Hierdie outeurs het gevind dat meisies meer stres rapporteer het as seuns en die verlies aan familieledede en agteruitgang van basiese behoeftes is geassosieer met meer simptome van vermyding en hipersensitiwiteit. Hulle bevindings impliseer verder dat nabyheid tot oorlogsgruwels en persoonlike verliese baie hoog korreleer met die ontwikkeling van PTSS simptome.

Met al die kennis tot ons beskikking omtrent die voorkoms van PTSS by kinders, is dit moontlik om publieke geestesgesondheid tussentredeprogramme op te stel vir kinders wat blootgestel is aan geweld, rampe en traumatiese rou. Van hierdie programme is onder meer in Joegoslawië gebruik selfs terwyl die oorlog nog aan die gang was.

Met die epidemiologiese kennis omtrent PTSS by kinders tot ons beskikking, sal daar voortgegaan word om te verwys na die patogeneese.

3.3 PATOGENESE

Die woord *patogeneese* verwys na die oorsprong en die ontwikkeling van 'n siektetoestand of versteuring (Thomas 1978:P32).

Die patogeneese van PTSS by kinders is nog nie goed nagevors nie, maar daar is wel bewyse dat dit ooreenkom met dié van volwassenes.

3.3.1 Neurobiologie



In hoofstuk twee van hierdie studie is die neurobiologiese veranderinge by PTSS bespreek. In hierdie verband word daar weer net bevestig dat daar definitiewe neurofisiologiese en neurobiologiese veranderinge plaasvind in respons tot trauma. Post-traumatiese stressteuring word nie gekenmerk deur die normale stres respons nie, maar wel deur 'n reeks patologiese neurobiologiese veranderinge.

Volgens Pynoos, Steinberg en Goenjian (1996:343) kan traumatiese ondervindings gedurende kinderjare kritiese ontwikkelingsfases vertraag of versnel. Dit is dus belangrik om die impak wat traumatiese stres op ontwikkelingsvaardighede het, in gedagte te hou. Perry (1994) in Pfefferbaum (1997:1504) het gevind dat die verhoogde aktiwiteit van neurogeleiers tydens erge en voortdurende traumatiese stres by kinders, hulle risiko

verhoog het om ontwikkelingsteurings te ontwikkel.

Perry (in Pfefferbaum 1997:1504) het ook gevind dat die veg- en vlugreaksie wat by volwassenes voorkom, nie by jong kinders aangetref word nie. Wanneer getraumatiseerd, sal jong kinders respondeer met hiperopwekking en indien daar nie aandag gegee word aan hierdie simptome nie, sal hulle respondeer met immobilisasie of vrees en later dissosieer of oorgee.

3.3.2 Ontwikkelingsfases

Een van die uitstaande kenmerke van 'n groeiende/ontwikkende embrio (fetus) en na geboorte die baba, is die snelle veranderinge in die vorm en verhoudings van die verskillende liggaamsdele.

3.3.2.1 Proksimale ontwikkeling: 'n algemene verduideliking

In die geval van 'n twee maande oue embrio, verteenwoordig die skedel 50 persent van die embrio. Na geboorte is die skedel ongeveer 25 persent in vergelyking met die res van die liggaam. Die oorblywende 75 persent is eweredig verdeel tussen die romp en die onderste ledemate (Krech, Crutchfield & Livson 1969:57).

Algaande weg ontwikkel die baba tydens die verskillende ontwikkelingsfases tot 'n kind en later 'n *gemiddelde* volwassene, wie se lengte verteenwoordig word deur 50 persent onderste ledemate, een derde romp en ongeveer 12 - 14 persent skedel (Krech et al 1969:57).

Hierdie progressiewe groei, van die skedel, dan die romp en onderste ledemate, word beskryf as sefalo-kandale ontwikkeling (kop-tot-stuit).

Terwyl die liggaam in lengte groei vind daar ook groei en ontwikkeling in 'n proksimale rigting plaas, dit wil sê vanaf die sentrale deel na die perifêre dele (buitewaartse groei) (Krech et al 1969:57).

Tydens die ontwikkelingsfases is die ontwikkelende kind veronderstel om sekere essensiële fisieke en kognitiewe vaardighede te ontwikkel. Die ontwikkeling van hierdie vaardighede kan egter deur 'n wye verskeidenheid van faktore beïnvloed word (negatief of positief).

Pynoos et al (1996:333) meld in hierdie verband dat studies in verband met traumatiese stres by kinders voorheen uitgevoer is, sonder om volledige beramings van hierdie ontwikkelingsvaardighede te doen. Sodoende is verskeie ontwikkelingsversteurings nie geïdentifiseer nie.

Beraming in hierdie geval behoort beide die proksimale en distale ontwikkelingsvaardighede asook die oorgang tussen die kritieke ontwikkelingsoorgangsfases in te sluit. Wanneer gelykwaardige aandag geskenk word aan hierdie ontwikkelingsrisiko's in die menslike psigopatologie kan die gepaardgaande interaksie tussen laasgenoemde twee veranderlikes beter verstaan, gemonitor en aangespreek word (Pynoos et al 1996:333).

Pynoos et al (1996:333) meld voorts dat vordering op die gebied van ontwikkelingsielkunde al meer verfynde instrumente voorsien, om die impak van traumatiese stres op die ontwikkelingsvaardighede te evalueer. Laasgenoemde outeurs gebruik in hierdie verband die voorbeeld dat onlangse navorsing aan die lig gebring het hoe die normale ontwikkelingsvaardigheid van verhalende samehang (byvoorbeeld die kind se vermoë om verhalende materiaal te organiseer in 'n begin, in die middel en aan die einde van die vertelling) beïnvloed kan word.

Huidige navorsing onder voorskoolse kinders wat blootgestel was aan beide intrafamiliële - en gemeenskapsgeweld het daarop gedui dat dit beslis inmeng met die voorafgaande ontwikkelingstaak, en chaotiese verhalende konstruksies tot gevolg het. Dit wil sê dat kinders nie in staat is om 'n storie duidelik te vertel nie en hulle onsamehangend praat.

Die ontwikkeling van hierdie vaardigheid/taak is essensieel vir die ontwikkeling van ander vaardighede soos byvoorbeeld lees, skryf en kommunikasie. Die gebruik van inkoherente verhalende style mag verder ook die prosessering en verbalisering van traumatiese ervarings beïnvloed en mag verkeerdelik opgevat word as 'n dissosiatiewe verskynsel (Pynoos et al 1996:333).

Die voorafgaande verduideliking is nie gemik op 'n in diepte bespreking van ontwikkelingsvaardighede/take nie. Dit is slegs bedoel om die verband tussen traumatiese stres en die verskillende ontwikkelingstake, en die gevolglike invloed van eersgenoemde op die ontwikkelingstake toe te lig.



Volgens Pynoos et al (1996:343) kan die interaksie tussen proksimale stresverwante psigopatologie met proksimale ontwikkeling as volg aangedui word :

Proksimale Ontwikkeling	↔	Proksimale Stresverwante Psigopatologie
Selektiewe aandag/kognisie/leer		PTSS
Generering van intense negatiewe emosies		Depressie
Self-toeskrywings (eienskappe)		Fobies
Outonome wedywering		Nuwe aandagtekort/ hiperaktiwiteitsteuring
Persepsies van self-effektiwiteit		Ander angstoestande
Spesifieke psigodinamiese/		

narsistiese ondernemings

Slaapstoornisse

Impulskontrolle

Somatoformesteurings

Morele ontwikkeling

Steurings van verkleefdheid

Bewustheid/sin vir historiese voortbestaan

Gedragsteurings

Verteenwoordiging van self en ander

Dissosiatiewe steuring

Biologiese volwassewording

Eetsteurings

Interpersoonlike en intrafamiliële fases

Middelmisbruik

Ontogenes of Vaardighede

3.3.3 Ko-morbiditeit

Ko-morbiditeit verwys na 'n verhoogde kwesbaarheid of risiko om ander ongesteldhede (in hierdie geval geestesongesteldhede) te ontwikkel. Met 'n studie met meer as 300 jeugdiges het Giaconia, et al (in Pfefferbaum 1997:1504) gevind dat 'n diagnose van PTSS teen die ouderdom van 18 jaar, 'n aansienlike verhoogde risiko inhou vir ander diagnoses soos depressie, angs en middelmisbruik, wat tydens die lewensduur van individue/persone mag voorkom.

3.4 KLINIESE MANIFESTASIES

In hoofstuk twee van hierdie studie is die simptomatologie van PTSS aan die hand van die kriteria soos vervat in die DSM-IV (American Psychiatric Association 1994:209-211) volledig uiteengesit. In hierdie afdeling sal daar spesifiek verwys word na die kliniese manifestasies van PTSS by kinders.

Kinders word blootgestel aan verskillende traumatiese gebeurtenisse of stressors. Terr (1991:11) verdeel al die trauma strestoestande in twee breë kategorieë naamlik:

- ▶ Tipe I trauma wat verteenwoordigend is van een skielike erge traumatiese gebeurtenis soos om die slagoffer van verkragting te wees of om ooggetuie van 'n moord te wees.
- ▶ Tipe II trauma verwys na herhaalde blootstelling aan 'n traumatiese gebeurtenis soos voortdurende fisiese of seksuele mishandeling.

'n Meer moderne benadering is om 'n meer presiese karakterisering van traumatiese gebeure wat verband hou met PTSS, weer te gee. Volgens Van der Kolk et al (1996:346-347) sluit dit die volgende in:

- ▶ blootstelling aan direkte lewensbedreiging;
- ▶ besering van die self insluitend die omvang van die fisiese pyn;
- ▶ ooggetuie van verminkende besering of die dood (veral van familieledede of vriende);
- ▶ geweldplegingsdade teenoor ander;
- ▶ die aanhoor van onbeantwoorde hulpkrete;
- ▶ om vasgekeer te wees;
- ▶ nabyheid aan 'n geweldsbedreiging;
- ▶ die onverwagsheid en duurtte van die ondervinding;
- ▶ die omvang van die geweldsdaad en die gebruik van 'n wapen;
- ▶ die aantal en aard van bedreigings gedurende 'n geweldsepisode;
- ▶ getuie wees van wreedaardighede;
- ▶ die verwantskap met die oortreder en slagoffers;
- ▶ gebruik van fisiese dwang;
- ▶ skending van die kind se fisiese integriteit;
- ▶ graad van brutaliteit en vyandigheid.

Buiten die tipering van die traumatiese gebeurtenisse wat kan aanleiding gee tot die ontwikkeling van PTSS, is daar ook faktore wat 'n invloed het op die kind se respons tot

trauma en die herstel daarna.

Vervolgens sal 'n oorsig van hierdie faktore gegee word.

3.4.1 Faktore wat 'n invloed het op die respons tot trauma

- ▶ Die eerste faktor wat 'n invloed het op die kind se respons tot trauma, is die aard van die traumatiese gebeurte en die mate van blootstelling daaraan. Die mate van blootstelling word bepaal deur fisiese en emosionele nabyheid. Volgens Pfefferbaum (1997:1504) verwys fisiese nabyheid na die fisiese afstand vanaf die gebeurte en die getuie wees van besering of dood. Emosionele nabyheid word bepaal deur eienskappe van die gebeurtenis wat verteenwoordigend is van die emosionele betrokkenheid soos die besering of dood van 'n geliefde. Deelname aan reddingspogings, voortdurende blootstelling aan beskrywings van die gebeurte deur middel van mediadekking, hervestiging en ekonomiese probleme is ook faktore wat die trauma respons beïnvloed.
- ▶ Die geslag van die kind is 'n tweede faktor wat 'n invloed het op die trauma respons. Geslag beïnvloed 'n kind se verdedigings- en hanteringsstyl. Oor die algemeen is gevind dat meisies met meer simptome as seuns presenteer.
- ▶ 'n Derde faktor is ouderdom en ontwikkelingsvlak. Ouderdom en ontwikkelingsvlak beïnvloed die kind se persepsie en begrip van trauma, die kwaliteit van die respons, hanteringsstyl en vaardighede, die herinneringe van die gebeurte en die ontvanklikheid van ouerlike angs. Ouderdom en ontwikkelingsvlak beïnvloed ook die reaksie van ander teenoor die getraumatiseerde kind. - mense is meer beskermend teenoor jonger kinders. Verder is daar ook reeds genoem dat trauma en die kind se respons daarop, normale ontwikkeling kan beïnvloed ten op sigte van kognisie, konsentrasie, sosiale vaardighede, persoonlikheid, selfkonsep/

selfbeeld en impulscontrole. Daar is ook ouderdomsverwante verskille met betrekking tot die spesifieke simptome wat ondervind word. Schwarz en Kowalski (in Pfefferbaum 1997:1505) het gevind dat vermydingssimptome meer algemeen is by jonger kinders en ouer kinders ondervind weer simptome van herbeleving en opwekking.

- ▶ 'n Vierde faktor is vorige blootstelling aan traumatiese gebeure, die psigiatriese geskiedenis van die kind en die inisiële respons tot die trauma. Volgens Pfefferbaum (1997:1505) is daar min studies waarin hierdie faktore ondersoek is, maar daar is wel bewyse dat voorafgaande toestande en vorige blootstelling aan trauma, die kind se kwesbaarheid verhoog tydens stresvolle situasies. Die outeur beveel aan dat hierdie faktor in toekomstige studies nagevors kan word.
- ▶ Familiële invloede is 'n vyfde faktor wat bepalend is tot 'n kind se trauma respons. Kinders en ouers repondeer op mekaar se stres en ouers dien as rolmodelle vir die hantering daarvan. McFarlane (1987:727-738) het gevind dat skeiding van die ouers onmiddellik na 'n natuurlike ramp, voortslepende moederlike preokkupasie met die gebeure en veranderde familiële funksionering meer bydraend was om PTSS simptome by kinders te ontwikkel na die ramp as die blootstelling en verlies wat gevolg het.
- ▶ 'n Sesde faktor is sosio-ekonomiese en kulturele verskille. In die epidemiologie van hierdie hoofstuk, is melding gemaak van verskeie studies wat uitgevoer is met vlugteling, veral Kambodjaanse vlugteling. Met hierdie studies is gevind dat alhoewel daar PTSS en ko-morbiede angs en depressie by hierdie jeugdige voorgekom het, hulle nie gedrags-, aanpassingsteurings of middelmisbruik ontwikkel het nie.

Met die faktore wat 'n invloed het op 'n kind se trauma respons in perspektief gestel, sal

daar voortgegaan word om die simptomatologie te bespreek.

3.4.2 Simptomatologie

Die algemene simptome van PTSS by kinders kom in dieselfde groepe as by dié van volwassenes voor, naamlik indringende/repeterende simptome, vermydingssimptome en simptome van hiperopwekking. Die uitstaande kenmerke van die simptome by kinders in die drie groepe is as volg:

I Repeterende simptome in die vorm van:

1. repeterende spel waarin temas of aspekte van die traumatiese gebeurtenis uitgebeeld word;
2. herhaalde vreesaanjaende drome of nagmerries wat kan oorgaan in veralgemeende nagmerries van monsters wat die self of ander bedreig;
3. ontsteltenis indien die kind weer blootgestel word aan enige aspek van die gebeurtenis, byvoorbeeld as die kind naby aan die plek kom waar die oorspronklike trauma voorgekom het of as daar kontak is met die persone wat daarby betrokke was.

II Volgehoue vermydingsgedrag en emosionele afstomping in die vorm van:

1. vermyding van gedagtes, gevoelens, of gesprekke oor die gebeurtenis;
2. vermyding van aktiwiteite, plekke, situasies of persone wat die kind daaraan laat dink;
3. moeilik om belangrike aspekte van die gebeurtenis te onthou;
4. verlies aan belangstelling in aktiwiteite wat voorheen baie lekker was vir die kind;
5. 'n gevoel van verwydering van ander persone, asof die kind nie meer deel

- is van die groep nie;
6. verminderde ervaring van gevoelens/emosies soos liefde, geluk, hartseer en blydschap;
 7. 'n gevoel van lewensverkorting soos dat hy/sy nooit gaan trou, kinders hê of 'n normale beroepslewe gaan hê nie.

III Hiperopwekking in die vorm van hipersensitiwiteit en hiperaktiwiteit soos dat die kind:

1. dit moeilik vind om aan die slaap te raak of aan die slaap te bly;
2. baie geïrriteerd raak en maklik emosionele uitbarstings kry al word hy/sy nie aanleiding gegee daartoe nie;
3. dit moeilik vind om te konsentreer.

Kinders wat ly aan PTSS word dikwels geïrriteerd en reageer oormatig, al word hulle nie aanleiding gegee daartoe nie. Ouers soek dan hulp vir die kind se hiperaktiwiteit en aggressewiteit. Emosionele afstomping en verlies aan belangstelling in aktiwiteite wat voorheen baie geniet is, is soms moeilik om deur die kind verduidelik te word. Vir hierdie rede is terugvoer deur die ouers, onderwysers of ander versorgers van die kind, van uiterste belang.

Die kriteria in die DSM-IV (American Psychiatric Association 1994:209-211) vir die diagnose van PTSS by kinders, kom grootliks ooreen met dié van volwassenes. Volgens laasgenoemde moet daar aan die volgende voldoen word:

- ▶ die kind moes blootgestel gewees het aan 'n erge traumatiese gebeurtenis;
- ▶ ten minste een simptome uit groep I (indringende simptome) moet teenwoordig wees;
- ▶ ten minste drie simptome uit groep II (vermydingsgedrag) moet teenwoordig wees;

- ▶ ten minste twee simptome uit groep III (hiperopwekkings simptome) moet teenwoordig wees;
- ▶ simptome soos hierbo aangedui, moet vir ten minste een maand teenwoordig wees;
- ▶ funksionele aantasting moet teenwoordig wees.

PTSS ontwikkel gewoonlik binne die eerste drie maande na die traumatiese gebeurtenis. Dit is egter bevind dat dit soms jare na die traumatiese gebeurtenis kan neem, voordat PTSS ontwikkel, aldus Traut et al (1998:132).

3.5 Beraming

Die kompleksiteit van kinders se reaksie op traumatiese gebeure word dikwels onderskat. Volgens Traut et al (1998:135) moet dáar aandag gegee word aan die vlak van ontwikkeling en die kritiese ontwikkelingsfases by kinders, wanneer beraming gedoen word van kinders wat aan trauma blootgestel was wat tot die ontwikkeling van PTSS kan lei.



Vermyding en somtyds skaamte, kan die teenwoordigheid van PTSS verdoesel. Dit is dus belangrik dat gesondheidpraktisyns die vrymoedigheid moet hê om vrae te vra omtrent blootstelling aan traumatiese gebeure. Terugvoering deur ouers, onderwysers of ander versorgers van die kind is van uiterste belang, aangesien dit soms moeilik is vir 'n kind om sy/haar simptome te verduidelik.

In die voorafgaande epidemiologie van hierdie hoofstuk is daar egter melding gemaak in sommige studies, dat daar soms teenstrydighede is tussen die kind en die ouers se terugvoer omtrent die kind se reaksie op die traumatiese gebeure. Dit kan toegeskryf word daaraan dat ouers ontkennend kan optree om sodoende hul ongemak ten op sigte van hul eie post-traumatiese reaksie te verdoesel of dat kinders nie altyd hul ware angsvlak ten toon stel nie.

Volledige beraming van PTSS sluit in:

- ▶ die neem van die geskiedenis ten op sigte van vorige en huidige blootstelling aan trauma;
- ▶ die neem van die geskiedenis ten op sigte van die respons tot die traumatiese gebeurtenis;
- ▶ waarneming;
- ▶ projeksietegniese soos spel- en kunswerke;
- ▶ formele psigologiese toetsing.

Udwin (1993:123) maak dit ook duidelik dat familieledede dikwels ook ondersteuning en leiding nodig het, aangesien hulle self ook terapeutiese tussentrede benodig om hulle eie post-traumatiese stresvlakke te verlaag, voordat hulle hul kinders kan help. Hulle benodig ook inligting omtrent die omvang van kinders se post-traumatiese reaksies en hoe hulle die kinders kan ondersteun. Onderwysers mag ook baat vind by hierdie inligting aangesien hulle dikwels nie kennis neem van die omvang van hul leerlinge se post-traumatiese reaksies nie.



3.6 SAMEVATTING

Post-traumatiese stressteuring is 'n toestand wat algemeen by kinders voorkom en moet nie oor die hoof gesien word nie. Uit vorige studies, soos weergegee in die epidemiologie (3.2) van hierdie hoofstuk, kan heelwat inligting en kennis versamel word om die reaksies van kinders en adolessente wat blootgestel was aan traumatiese gebeure, beter te verstaan.

Breë kategorieë was voorheen gebruik om kinders se traumatiese ervarings te klassifiseer. Die hedendaagse tendens is om die spesifieke, objektiewe kenmerke van die traumatiese ervaring wat geassosieer word met die ontwikkeling van PTSS, meer akkuraat af te baken.

Faktore is ook geïdentifiseer wat beide die aanvang en die langdurigheid van PTSS by kinders en adolossente, mag beïnvloed.

Daar is steeds 'n behoefte aan meer omvattende navorsing in hierdie veld, veral in Suid-Afrika, met spesifieke verwysing na vroeë identifisering van PTSS by kinders, akkurate diagnose en onmiddellike tussentrede.

In hoofstuk vier sal 'n literatuurstudie in verband met die rol van die verpleegkundige praktisyn ten opsigte van die vroeë identifisering en hantering van kinders met PTSS, toegelig word.



HOOFSTUK VIER
DIE ROL VAN DIE VERPLEEGKUNDIGE PRAKTISYN IN DIE VROEË
IDENTIFISERING EN HANTERING VAN KINDERS MET PTSS:
'N LITERATUURSTUDIE

4.1 INLEIDING

Die Suid-Afrikaanse gemeenskap word vir 'n geruime tyd al gekenmerk deur verandering met gepaardgaande onrus en verwarring. Hierdie onrus strek van voortslepende geweld in verskeie areas tot by die mees waardevolle en kwesbare stelsel in die gemeenskap, naamlik die gesin. Terwyl geweld alle lede in die familie op die een of ander wyse beïnvloed, is dit veral kinders wat die ergste daardeur benadeel word. Die stres wat families ervaar as gevolg van politieke onstabiliteit, onsekerheid oor die toekoms en ekonomiese probleme, het al hoe meer tot gevolg dat geweld ook in families voorkom in die vorm van huishoudelike geweld en familiemoorde. Kinders word dus al hoe meer in hul beskermende omgewing, naamlik in die gesin, blootgestel aan erge traumatiese gebeure.

Al die gesinslede word beïnvloed wanneer 'n gesinslid aan 'n erge traumatiese gebeurtenis blootgestel was, maar dit is veral die kinders wat die ergste benadeel word deur so 'n insident. Dit is so dat elkeen "... is at times subject to the whims of a randomly cruel universe" (Gilliland & James 1993:12), maar dit is die jong kind wat besonder kwesbaar is, aangesien hulle te jonk is om te verstaan wat met hulle gebeur. As negatiewe aspekte soos geweld 'n alledaagse verskynsel in die kind se lewe is, kan dit deur die kind geïnternaliseer word en hom of haar van 'n sorgvrye kind na 'n erg getraumatiseerde kind verander.

Die ideaal is dat die omgewing waarin die kind funksioneer, 'n buffer moet vorm vir getraumatiseerde kinders. Waar dit nie plaasvind nie, kan die kussing-effek deur gesondheidspraktisyns soos die verpleegpraktisyn en sosiale werkers gefasiliteer word. Voorgenoemde praktisyns se tussentrede kan individueel, in groepsverband, of in 'n

gemeenskapsgebaseerde verband wees.

In die **WHO Fact Sheet No 130 - August 1996** (World Health Organisation in Nursing News, 1997:46) word dit duidelik gestel dat die kwaliteit van 'n persoon se sosiale omgewing beide sy/haar kwesbaarheid met betrekking tot geestesongesteldheid en die verloop van sodanige ongesteldheid beïnvloed. Armoede, oorbewoning, 'n gebrek aan werksbevrediging, huweliksprobleme, mensgemaakte- en natuurlike rampe, etniese geweld en geweld teenoor vroue, kinders en bejaardes is almal faktore wat 'n negatiewe invloed het op die geestesgesondheidstatus van 'n land se populasie (vergelyk 1.2).

In Suid-Afrika word 'n Primêre Gesondheidsorgideologie onderskryf met die klem op die voorkoming van ongesteldheid en die herkenning van vroue en kinders as hoë risiko groepe. Volgens die Nasionale Gesondheidsplan word moeder- en kindersorg as 'n prioriteit in die voorsiening van effektiewe gesondheidsorg geïdentifiseer. Desnieteenstaande word vroue en kinders daaglik aan verskillende tipes geweld, en heel dikwels binne familiële verband, blootgestel.

Die Primêre Gesondheidsorgverpleegpraktisyn, synde die persoon wat gereedlik in die gemeenskap beskikbaar is, is dus in die ideale posisie vir die onmiddellike tussentrede na 'n traumatiese gebeurtenis asook vir die vroeë identifisering van PTSS by kinders. Laasgenoemde persoon is 'n geregistreerde verpleegkundige (Algemene-, Psigiatriese- en Gemeenskapsverpleegkundige en Vroedvrou) onder die Wet op Verpleging (Wet no. 50 van 1978) soos gewysig.

In beide hoofstukke twee en drie (sien afdelings 2.3 en 3.2) is die epidemiologie van PTSS bespreek. *Geweld* as 'n hooforsaak vir die ontwikkeling van PTSS by kinders word deurgaans beklemtoon. Daar is ook in hoofstuk drie verduidelik dat kinders se respons tot 'n traumatiese gebeurtenis, beïnvloed word deur individuele ontwikkelingsfases, die aard van die gebeurtenis en die impak wat die traumatiese gebeurtenis op die kind het.

Getraumatiseerde kinders benodig onmiddellike tussentrede om die gevolge van trauma te verminder. 'n Basiese beginsel van krisisintervensie, is die veronderstelling dat tydige en effektiewe tussentrede tydens en na 'n krisis, die slagoffer kan help om op 'n hoër vlak as voorheen te kan funksioneer.

Die literatuurstudie het dit ook duidelik gemaak dat herstel na 'n traumatiese gebeurtenis beïnvloed word deur die ernstigheid van die gebeure, die slagoffer se ondersteuningstelsel en die aard van die tussentrede wat plaasgevind het direk na die gebeure.

Volgens Keltner, Schwecke en Bostrom (1995:443) sal die ideaal wees om die volgende beginsels vir tussentrede te volg:

- ▶ tussentrede onmiddellik na die traumatiese gebeurtenis;
- ▶ onmiddellike tussentrede wanneer die stres-reaksie ontwikkel;
- ▶ tussentrede met die verwagting dat herstel sal plaasvind;
- ▶ tussentrede nadat rus en ondervraging plaasgevind het.

Deur bogenoemde beginsels te volg, bring dit mee dat die slagoffer die stres-respons eenvoudig, tydelik en te wagte is en dat herstel in 'n relatief kort periode moontlik is (McDuff & Johnson 1992:812).

Die oorhoofse doel van tussentrede, hetsy met groepe of individue, is om PTSS te voorkom of te verminder. Indien 'n slagoffer wel hierdie toestand ontwikkel, moet die tussentrede individueel plaasvind met inagneming van die oorheersende simptome en die meegaande probleme soos depressie, selfmoordgedagtes of middelmisbruik.

Die beplanning van tussentrede is daarop gemik om progressiewe, intensiewe beskouing van die traumatiese gebeure te laat plaasvind en daarna integrasie van die gevoelens en herinneringe, meestal van die minste tot die meeste pynlike herinneringe.

In die herstelproses moet daar gepoog word om te beweeg van 'n slagofferstatus na 'n oorlewende status. Volgens Hierholzer et al (in Keltner et al 1995:443) is daar met enige krisis die potensiaal vir groei en die ontwikkeling van beter hanteringsvaardighede, waardering van die waarde van die lewe en verbeterde opbou van verhoudings.

Indien getraumatiseerde kinders nie tydig en effektief gehelp word nie, gaan hulle die volwasse lewe binne met onopgeloste gevoelens en abnormale gedragspatrone. Hulle mag dan ook onstabiele volwassenes word wat nie hul regmatige plek in die samelewing kan inneem nie. Burman en Allen-Meares (1994:28) ondersteun bogenoemde aanname en word as volg aangehaal:

When therapeutic care of such children is neglected or postponed, adaptation to satisfactory and optimal functioning, both transitory and prolonged, may be compromised.

Die voorafgaande literatuurstudie (hoofstukke twee en drie) en gesprekke met kundiges in die veld van kindersorg, het die navorser se oortuiging ondersteun dat 'n omvattende studie in hierdie verband, van 'n verpleegkundige praktisyn se oogpunt, nog nie voorheen in Suid-Afrika onderneem is nie. Hobfoll, Dunahoo en Monnier (1995:30) voer aan dat alhoewel geestesgesondheidpraktisyns in Sielkunde, Psigiatrisse Verpleegkunde en Sosiale Werk, dikwels slagoffers van traumatiese stres teëkom in hul alledaagse praktyk, net enkele van hierdie praktisyns spesiale opleiding ontvang het om met hierdie spesiale groep mense te werk. Dit is dus duidelik dat daar 'n groot behoefte is vir 'n verpleegkundige praktyk model wat gebruik kan word vir die identifisering en hantering van getraumatiseerde kinders, en wat in al die verskillende dissiplines van verpleegkundige praktyk toegepas kan word.

Aangesien daar tans nie 'n spesifieke verpleegkundige praktyk model vir die hantering van getraumatiseerde kinders bestaan nie, word 'n bestaande verpleegpraktyk model, naamlik die verpleegproses, gebruik om die hantering van getraumatiseerde kinders te bespreek.

Die verpleegpraktyk model wat vervolgens bespreek word, word beskou as 'n omvattende probleemoplossingsproses. Soos reeds genoem, word traumatiese ondervindings wat tydens die kinderjare ervaar word, dikwels her-aktiveer in hul volwasse lewens. Die kwesbaarheid wat deur die trauma veroorsaak word, mag blywend wees in die psigologiese dimensie van die getraumatiseerde kind. Soos wat kinders ontwikkel en grootword, vereis veranderde persepsies van die traumatiese gebeurtenisse, dikwels opvolg-tussentrede. Met die ontwikkeling van die abstrakte denkprosesse en 'n meer volwasse begrip van die dood, mag nuwe vroeë, onsekerhede en angs ontstaan (Van der Merwe 1999:411).

Op die vraag of kinders ooit heeltemal kan herstel van die traumatiese gebeure waaraan hulle blootgestel was, verwys die navorser net soos Van der Merwe, 'n maatskaplike werker, (1999:411) na die voorafgaande hoofstukke waarin dit duidelik gemeld word dat die getraumatiseerde kind se mees fundamentele aannames in verband met die lewe en die wêreld, verbreek en gewysig is. Van der Merwe meld voorts dat dit duidelik is dat sommige kinders nooit volledig sal herstel of terugkeer na die pre-trauma periode nie.

Die navorser is oortuig daarvan dat verpleegpraktisyns getraumatiseerde kinders kan help om die traumatiese gebeure te integreer binne die konteks van hul funksionering deur gebruik te maak van kritiese insident stresontlonting (CISD) (vergelyk hoofstuk 2, 2.6.1). Getraumatiseerde kinders kan dus gehelp word om 'n nuwe werklikheid te sien vanuit 'n groei perspektief. Van der Merwe (1999:354) stel dit as volg: die kind wat blootgestel was aan 'n erge traumatiese insident moet deur middel van hierdie tussentrede (ontlonting) gehelp word om 'n gebroke realiteit wat nie sin maak nie, te verstaan en te hanteer. Die verpletterende aannames van hierdie kinders kan gewysig word om selfs meer realisties te wees as vantevore.

Van der Merwe skryf dat die doel van tussentrede nie is om die kinders te laat vergeet van die traumatiese gebeure nie, maar wel om hulle te help om dit anders te onthou. Volgens Van der Merwe (1999:411) is een van die doelwitte van 'n inligtings-

prosesseringsperspektief, om kinders te help om met hulle ervarings op bewuste kognitiewe vlakke te werk. Herman (1992:1) meld dat *die storie van die traumatiese gebeure dikwels voorkom as 'n simptoom en nie as 'n mondelinge vertelling nie.*

4.2 DIE VERPLEEGKUNDIGE-KLIËNT VERHOUDING BINNE DIE RAAMWERK VAN 'N VERPLEEGPRAKTYK MODEL

In verpleegkunde bestaan daar ook verskeie modelle vir verpleegpraktykvoering. Een van die vernaamste modelle wat oor die algemeen in die publieke- sowel as privaat praktyk geïmplimenteer word, is die wetenskaplike metode van verpleging of die sogenaamde verpleegproses.

Die verpleegproses kan beskou word as 'n onderliggende raamwerk wat orde en rigting aan verpleegpraktykvoering gee. Dit is 'n instrument, 'n metodologie van die verpleegberoep en help dus die verpleegpraktisyn met besluitneming en die voorspelling van verwagte uitkomstes van bepaalde tussentredes. Die verpleegproses kan gedefinieer word as 'n doelbewuste, intellektuele aktiwiteit waardeur die verpleegpraktyk op 'n ordelike en sistematiese wyse benader word (George 1990:13).


UNIVERSITY of the
WESTERN CAPE

Een van die doelstellings van hierdie studie (sien 5.2) is om verpleegpraktisyns in staat te stel om PTSS sover as moontlik te voorkom of so spoedig as moontlik te kan identifiseer en dienooreenkomstig te kan tussentree.

Die verpleegproses bestaan uit ses interafhanklike fases, synde beraming, diagnosering, beplanning, implementering, evaluering en rekordhouding.

4.2.1 Beraming

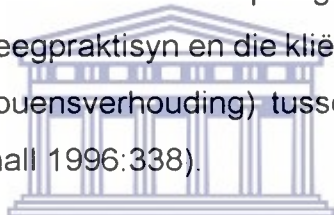
Beraming is die eerste fase van die verpleegproses en is uiters belangrik vir dataversameling en data-analisering. Nadat 'n volledige beraming plaasgevind het, kan

die kliënt se probleme uiteengesit word en gevolglike diagnose gemaak word (Marriner 1979:1). Om die proses te laat plaasvind, word gebruik gemaak van verpleegpraktykvoering wat omsluit word deur wetenskaplike kennis sowel as verpleegkundige kennis (Fitzpatrick & Whall 1996:338).

Volgens George (1990:16) moet enige beramingsriglyne die volgende bevat:

- ▶ biografiese data,
- ▶ 'n gesondheidsgeskiedenis insluitend familie- en sosiale geskiedenis,
- ▶ subjektiewe en objektiewe data aangaande die huidige gesondheidstatus, insluitend die redes waarom daar kontak gemaak is met 'n gesondheidspraktisyn, die mediese diagnose en die uitslae van diagnostiese studies.

Tydens die beramingsfase vind daar verpleegkundige aktiwiteite plaas waar daar interaksie tussen die verpleegpraktisyn en die kliënt is. Deur middel van interaksie, word daar 'n verhouding (vertrouensverhouding) tussen die verpleegkundige en die kliënt opgebou (Fitzpatrick & Whall 1996:338).



Die belangrikste aspek van die opbou van 'n verhouding met 'n kind wat getraumatiseerd is of wat PTSS ontwikkel het, is om sy/haar vertroue te wen. Om 'n vertrouensverhouding op te bou mag dalk moeilik wees, aangesien pasiënte met PTSS 'n algemene tendens toon van agterdogtigheid, teruggetrokkenheid en gevoelens van vervreemding. Die verpleegpraktisyn se interpersoonlike vaardighede is die belangrikste instrument wat gebruik kan word wanneer ontlasting by getraumatiseerde kinders moet plaasvind (vergelyk afdelings 2.6.1 en 3.2.1).

Ontlonting by kinders as 'n enkele tussentrede binne die eerste 72 uur na blootstelling aan 'n traumatiese insident is nie altyd voldoende nie, aangesien dit die wonde van trauma op ongesonde maniere kan oopmaak sonder 'n behoorlike afsluiting (Van der Merwe 1999:357). Hierdie siening van laasgenoemde navorser kom ooreen met die definisie van

vier fases van ontlooting op 'n tydskontinuum wat deur Mitchell (1983:36-39) beskryf word. Die vier fases is as volg: op of naby die plek ontlooting, inisiële ontlooting, formele kritiese insident stresontlooting en opvolg tussentrede.

Om 'n suksesvolle vertrouensverhouding op te bou, moet die verpleegpraktisyn eerlik, empatiek, ondersteunend en nie-veroordelend optree. Dit is ook belangrik om erkenning te verleen aan enige ongeregthede wat saamgegaan het met die traumatiese gebeure.

Die vertrouensverhouding voorsien die getraumatiseerde kinders met 'n verbintenis waarbinne hulle hul trauma verhaal kan herkonstrueer terwyl hulle gebruik maak van die innerlike krag van helpers waarop hulle kan vertrou (Van der Merwe 1999:366). Die doel van ontlooting is nie om normale trauma reaksies te voorkom nie, maar om kinders en hul families te help om dit te hanteer op aanpasbare wyses (Van der Merwe 1999:366).

Die verpleegpraktisyn moet dit oordra aan kinders met hierdie toestand dat hulle nie geestesongesteld is nie, maar dat hulle tipiese reaksies toon tot ernstige trauma. As die kind sekere vrese of selfs fisiese simptome soos maagpyn, naarheid of slapeloosheid ontwikkel, moet hy/sy gerusgestel word dat dit normaal is om so te voel - daar is niks met hom/haar verkeerd nie.



Dit is ook belangrik dat die verpleegpraktisyn daarop voorbereid moet wees om gruwelverhale aan te hoor omtrent afgryslieke besering, verliese en veranderings in hul lewens as gevolg van die traumatiese gebeurtenis.

Dit is dikwels die hele familie wat betrokke is by 'n traumatiese gebeurtenis soos natuurrampe en gemeenskapsgeweld. Familielede van kinders met PTSS behoort dus saam met die pasiënt beraam te word.

In Suid-Afrika is dit veral gemeenskapsgeweld en seksuele mishandeling wat voortdurend onder die aandag gebring word deur middel van die media.

Die kind se huis raak vir hom/haar al minder van 'n oninneembare vesting. Die ouers en ander familieledede raak in die kind se gemoed al weerloser en al minder die magtige beveiligers van sy/haar klein wêreld.

Deurdadig *geweld* 'n algemene fenomeen word van die kind se daaglikse lewe, wag te veel ouers heeltemal te lank na 'n traumatiese gebeurtenis voordat hulle hulp soek. Meerendeels word daar eers hulp gesoek as die kind se vrees maande later met probleme by die skool begin presenteer.

Soos reeds vermeld in die inleiding van hierdie hoofstuk, moet 'n kind wat 'n angswekkende belewenis gehad het, so gou as moontlik (nie langer as vyf dae na die gebeurtenis), berading kry. Die beleid is reeds standaard praktyk in Europa en Amerika. Dit is belangrik om te luister na wat mense buite die onmiddellike gesinsverband opmerk omtrent die kind se gedrag. Dikwels sien vriende of onderwysers gedragsveranderinge by die kind gouer raak as die ouers self.



Die volgende aspekte rakende die familie, kan deur die verpleegpraktyk aangespreek word:

- ▶ beraam of enige of alle familieledede aan dieselfde traumatiese gebeurtenis blootgestel was as waaraan die kind met PTSS blootgestel was en of enige van hulle ook PTSS simptome ervaar;
- ▶ beraam of enige of alle familieledede reaksies toon teenoor die gedrag van die kind met PTSS.

Die beramingsfase is dus die belangrikste fase wanneer ontlofting by getraumatiseerde kinders moet plaasvind. Die verpleegpraktyk sal vind dat alhoewel beraming die eerste fase van die verpleegproses is, dit mag voorkom dat herberaming gedurende al die ander fases sal voorkom wanneer nuwe inligting bekom word (George 1990:15).

4.2.2 Diagnose

Die diagnose is die tweede fase van die verpleegproses en is daarop gerig om die kliënt se basiese behoeftes en reaksies asook die hulpbrongebreke te identifiseer en daarvolgens die verpleegoptrede en verpleegsorg te beplan.

Die diagnostiese fase is 'n gekompliseerde besluitnemingsproses wat kognitiewe en intuïtiewe vaardighede, ondervinding en 'n wetenskaplike grondslag vereis.

Soos reeds voorheen aangedui, begin hierdie diagnostiese fase in werklikheid met die eerste kontak met die pasiënt tydens die beramingsfase.

Mallick (1983:455) benadruk die belangrikheid van die diagnoseringsfase by wyse van die volgende woorde, *die rol van die praktisyn wat die diagnose maak behoort beskou te word as deel van die basiese verpleegpraktyk rol.*

Van kardinale belang tydens hierdie fase, is die analisering en sintetisering van die versamelde data. By wyse van analisering word die data geskei in samestellende dele, en krities ondersoek om sodoende die essensiele kenmerke en hul verhoudings te definieer. In die geval van die diagnostiese proses, is analisering dus die kategorisering van die data en die identifisering van leemtes in die data.

Daarteenoor, behels sintetisering die kombinerings van die dele of elemente tot 'n saamgestelde entiteit. Dit is 'n proses van redenasie waardeur die gevolgtrekking gemaak word op grond van die gegewe vasstellings en die daargestelde of veronderstelde aannames. Sintese van data in verpleging tydens die diagnostiese fase is dus die bepaling van bepaalde patrone; die toepassing van standaarde, norme, teorieë en modelle; die identifisering van sterktes en gesamentlike belange en die afbakening van verhoudings wat uniek is met betrekking tot die individuele pasiënt/kliënt en in die geval van hierdie studie die kind (Christensen en Kenny 1990:132).

Nadat die diagnoses geïdentifiseer is, moet dit volgens prioriteit hanteer word. Die areas wat die grootste impak op die kliënt, die familie of beide het, moet eerste aandag geniet. Die verpleegpraktisyn sal prioriteite bepaal na aanleiding van haar/sy vorige verpleegondervinding asook haar/sy wetenskaplike kennis van die behoeftes en funksies van die mens, in hierdie geval die kind en sy/haar familie.

4.2.3 Beplanning

Beplanning is die derde fase van die verpleegproses. Die plan vir die daarstelling van verpleegsorg kan beskryf word as die vasstelling van wat gedoen kan word om die kliënt by te staan asook die wedersydse opstelling van doelwitte en die beplanning van metodes wat gebruik kan word om die probleme op te los (George 1990:19).

Volgens Christensen en Kenny (1990:179) word verpleegsorg/planne vir implementering gebaseer op die beraming en diagnose van die kliënt (die kind en sy/haar gesin) se gesondheidstatus, sterktes en areas van kommer. Nadat die diagnose geldig verklaar is, voorsien dit rigting vir die bepaling van hoe om die kind by te staan in die herstel en hoe om gesondheid in stand te hou en te bevorder. Die beskrywende en etiologiese afdelings van die diagnostiese proses help die gesondheidspraktisyn om die plan vir implementering te ontwikkel. Die beplanningskomponent behels die beoordeling van prioriteite, die daarstelling van doelstellings en die ontwikkeling van doelwitte, die identifisering van strategieë en die spesifisering van verpleegbevele vir implementering.

Tydens die beplanningsfase vind daar interaksie plaas tussen die verpleegpraktisyn en die kliënt en sodoende word 'n verhouding opgebou tussen die twee partye.

Met die opbou van 'n vertrouensverhouding tussen die verpleegpraktisyn en die kliënt tydens die beramingsfase, vind beplanning van die verpleegtussentredes plaas en kan die fases in die proses nie altyd duidelik van mekaar onderskei word nie. Tydens die beplanningsfase word daar voortgegaan met interaksie tussen die verpleegpraktisyn en

die kliënt en word die vertrouensverhouding dus verder uitgebou.

4.2.4 Implementering

Na beplanning vind implementering plaas, die vierde fase van die verpleegproses. Implementering verwys na die aksies wat moet plaasvind om die doelwitte te bereik wat tydens die beplanningsfase opgestel is.

Die implementeringsfase word gesien as die fase waar die werklike verpleegsorg toegepas word (George 1990:22). Alhoewel die fokus op aksie is, is die aksie intellektueel, interpersoonlik en tegnies van aard.

Soos reeds vermeld by die beraamingsfase van die verpleegproses, is die verpleegpraktisyn se interpersoonlike vaardighede die belangrikste instrument wat gebruik kan word wanneer ontlonting by getraumatiseerde kinders moet plaasvind.

Die ontlontingsonderhoud is die eerste tussentrede in die helpende proses om getraumatiseerde kinders te help om afsetters van traumatiese herinneringe te identifiseer en te hanteer (Van der Merwe 1999:365).

Dit het reeds in hoofstuk 2 (sien 2.4.1) duidelik geword dat traumatiese geheue verskillend is van die algemene geheue. Dyregrov (1995:17) beskryf die verblindende herinneringe wat deur trauma nagelaat word as 'n soort super geheue waarby alle sintuie in 'n verhoogde vorm van wakkerheid reageer.

Dit mag tyd neem vir die pasiënt om die verwantskap tussen huidige probleme en die oorspronklike traumatiese gebeurtenis te herken. Wanneer pasiënte dus nie inisieel bewus is van die verwantskap tussen die oorspronklike traumatiese gebeure en huidige gevoelens en probleme nie, moet die verpleegpraktisyn taktvol en sagkens hierdie verwantskappe, soos wat hulle voorkom, duidelik maak.

Volgens Figley (1986:45; 1989:14) kan 'n teenmiddel vir PTSS gevind word in die antwoorde op vyf fundamentele vrae. Hierdie vrae kan gebruik word as riglyne in die eerste ontloftingsonderhoud en daaropvolgende opvolg onderhoude. Getraumatiseerde kinders behoort dus helderheid te hê oor die volgende vyf fundamentele vrae:

- ▶ Wat het met my gebeur?
- ▶ Hoe het dit gebeur?
- ▶ Hoekom ek?
- ▶ Hoekom het ek opgetree soos wat ek opgetree het?
- ▶ Wat sal ek doen tydens 'n volgende katastrofe?

Volgens Herman (1992:178) moet die fokus van ontlofting en opvolg tussentredes gerig wees op feite, gedagtes, perseptuele ondervindinge en emosies van kritiese insidente om uiteindelik bogenoemde vrae te kan beantwoord.

Dit is nie altyd maklik vir kinders om 'n nuwe perspektief omtrent die oorspronklike trauma te ontwikkel nie. Dit behels dat die verpleegpraktisyn helderheid moet gee aan die feite, gevoelens en waardes sodat die kind nie skuldgevoelens beleef en veroordelend omtrent hulself moet wees nie.



Die verpleegpraktisyn moet die kind aanmoedig en ondersteuning bied om sy/haar gevoelens te verbaliseer, veral woede, wat dikwels ontken of onderdruk word. Kinders vind veral baat daarby om met spel en teken hul gevoelens uit te druk. Die skokkende ervaring word stuk vir stuk deurleef en daar word stil gestaan by die kind se gevoelens tydens die traumatiese gebeurtenis. Die kind moet gevra word wat hy/sy gevoel, gedink of selfs geruik het tydens die gebeure.

Herbelewing van die traumatiese insident deur middel van ontlofting help getraumatiseerde kinders om die volgorde van die gebeure korrek weer te gee, om ontbrekende informasie by te lê asook om lig te werp op aspekte wat onduidelik is (Van

der Merwe 1999:360).

Janoff-Bulman (1992:172) ondersteun die uitgangspunt dat herbeleving noodsaaklik is aangesien onaangename gevoelens, gedagtes en beelde wat verbind word met traumatiese stressors, gekonfronteer word.

Volgens Monahan (1993:70) is dit noodsaaklik om kinders te help met die herbeleving van stresvolle insidente en word as volg aangehaal: "over and over, detail by detail- as part of the healing process".

Met effektiewe kommunikasie vaardighede kan die verpleegkundige praktisyn progressiewe terugskouing van die traumatiese gebeure en die gevolge daarvan fasiliteer. Hierdie terugskouing help kinders om hul gevoelens en herinneringe te integreer en sodoende met die normale rouproses te begin.

Pasiënte maak dikwels gebruik van wanaangepaste of disfunksionele hanteringsvaardighede (bv. vermyding van verantwoordelikhede, middelmisbruik) om sodoende die hantering van hul gevoelens te ontduik. Die verpleegpraktisyn kan 'n belangrike rol speel om aanvaarbare funksionele hanteringsvaardighede aan te moedig asook ontspanningstegnieke aan die pasiënt voor te stel.

Pasiënte moet aangemoedig word om verhoudings met familie en vriende op te bou of herop te bou om sodoende hul ondersteuningstelsel te vestig. As gevolg van die tipiese vermydingsgedrag by die pasiënt met PTSS, is dit baie belangrik dat die verpleegkundige volgehoue ondersteuning sal bied om vir die persoon moontlik te maak om verhoudings te bou.

Hospitalisasie van pasiënte is normaalweg net nodig wanneer die kind selfmoordgedagtes openbaar of wanneer dit onmoontlik is vir die hom/haar om in die daaglikse aktiwiteite te funksioneer.

Tydens die beramingsfase (fase een) is dit beklemtoon dat dit dikwels die hele familie is wat betrokke is by 'n traumatiese gebeurtenis.

Die volgende aspekte rakende die familie, kan deur die verpleegpraktisyn aangespreek word:

- ▶ onderrig familieledede omtrent die oorsake, simptome en hantering van PTSS,
- ▶ gee inligting aan familieledede omtrent maniere hoe hulle diegene met PTSS kan help,
- ▶ verwys familieledede na 'n ondersteuningsgroep of inisieer 'n ondersteuningsgroep vir families met kinders wat aan PTSS ly,
- ▶ verwys ouers vir huweliksberading of familieterapie.

4.2.5 Evaluering



Evaluering is die vyfde fase van die verpleegproses. Hierdie fase kan beskou word as 'n beoordeling van die pasiënt se gedragsveranderinge as gevolg van die aksies wat die verpleegpraktisyn toegepas is (George 1990:24).

Alhoewel evaluering beskou word as die voorlaaste fase, beeindig dit nie noodwendig die proses nie. Evaluering mag lei tot herberaming wat dan die proses weer van vooraf kan begin. Tydens die evaluering fase kan die volgende vrae gevra word:

- ▶ Is die doelwitte bereik?
- ▶ Was daar noemenswaardige veranderinge in die pasiënt se gedrag?
- ▶ Indien wel, hoekom?
- ▶ Indien nie, hoekom nie?

Bogenoemde vrae kan die verpleegpraktisyn help om te bepaal watter probleme opgelos is en watter probleme herberaam en herbeplan moet word.

Die evaluerings fase speel 'n belangrike rol in die hantering van getraumatiseerde kinders. Die verpleegpraktisyn sal vind dat na elke sessie met die kind, evaluering plaasvind met moontlike herberaming en herbeplanning soos wat nuwe inligting bekom word.

4.2.6 Rekordhouding

Rekordhouding word beskou as die sesde fase en finale fase van die verpleegproses. Alhoewel rekordhouding deurlopend plaasvind gedurende die verpleegproses, is dit belangrik om dit te beklemtoon as die finale fase van die proses.

Die belang van volledige en korrekte rekordhouding kan nooit te veel beklemtoon word nie. Tydens hierdie fase word daar dus seker gemaak dat alle inligting korrek, volledig en verstaanbaar skriftelik weergegee is.

4.3 SAMEVATTING



Negatiewe aspekte soos geweld word al hoe meer 'n alledaagse verskynsel in kinders se lewens. Kinders word selfs in hul beskermende omgewing, naamlik die gesin, blootgestel aan erge traumatiese gebeure. In Suid-Afrika word 'n Primêre Gesondheidsorgideologie onderskryf met die klem op die voorkoming van ongesteldheid en die herkenning van onder andere, kinders, as 'n hoë risiko groep.

Die primêre gesondheidsverpleegpraktisyn kan 'n belangrike rol speel in die onmiddellike tussentrede na 'n traumatiese gebeurtenis asook die vroeë identifisering van PTSS by kinders. In die literatuurstudie is verskeie studies bespreek waar dit duidelik na vore gekom het dat die aard van die tussentrede wat plaasgevind het direk na die trauma, die herstel van die individu beïnvloed. Die fundamentele doel van tussentrede, is om PTSS

te voorkom of te verminder.

Die onmiddellike tussentrede na 'n traumatiese gebeurtenis en die vroeë identifisering van PTSS by kinders, is wel belangrik vir die doel van hierdie studie. In hierdie hoofstuk is die verpleegpraktisyn-pasiënt verhouding binne die raamwerk van 'n verpleegpraktyk model, naamlik die verpleegproses, bespreek. Die verpleegpraktisyn-pasiënt verhouding is belangrik om ontlasting na 'n traumatiese gebeurtenis te laat plaasvind. Kinders vind veral baat daarby om met spel en teken hul gevoelens uit te druk.

Dit is dikwels die hele familie, en nie net die kind nie, wat betrokke is by 'n traumatiese gebeurtenis. Daar is dus verskeie aspekte rakende die familie, wat ook deur die verpleegpraktisyn aangespreek moet word. Die hantering van die getraumatiseerde kind vind nie in isolasie plaas nie, en sodoende word die familielede ook onderrig in die oorsake, simptome en hantering van PTSS.

Vervolgens word die navorsingsmetodologie bespreek.



HOOFSTUK VYF

DIE NAVORSINGSMETODOLOGIE

5.1 INLEIDING

In hoofstukke twee en drie is 'n uiteensetting gegee van die literatuurstudie. Hoofstuk twee het 'n algemene oorsig omtrent post-traumatische stressteuring aangebied. In die algemene oorsig is die historiese agtergrond, epidemiologie, patogenese, en simptomatologie bespreek.

Hoofstuk drie het spesifiek gekonsentreer op post-traumatische stressteuring by kinders en in hierdie hoofstuk is die epidemiologie, patogenese, kliniese manifestasies en beraming van hierdie toestand by kinders, uitgelig.

Met die inligting in hoofstuk vier vervat, is gepoog om deur middel van 'n literatuurstudie die rol van die verpleegkundige praktisyn in die vroeë identifisering en hantering van PTSS by kinders duidelik te maak.



Vervolgens word die empiriese ondersoek van hierdie navorsing bespreek.

5.2 DOELSTELLINGS

Die navorser stel haar ten doel om:

- ▶ die moontlike redes vir, en aanleidende oorsake van post-traumatische stressteuring by kinders te identifiseer;
- ▶ wyses te identifiseer om post-traumatische stressteuring by kinders te voorkom of om hierdie toestand so vroeg as moontlik te identifiseer;

- ▶ verskillende behandelingsmodaliteite te ondersoek;
- ▶ leemtes te identifiseer met betrekking tot die rol van die verpleegkundige praktisyn ten opsigte van die vroeë identifisering en hantering van PTSS by kinders;
- ▶ gevolgtrekkings te maak in verband met die uitkoms van hierdie studie;
- ▶ aanbeveling te maak ten opsigte van die leemtes van hierdie studie wat as grondslag kan dien vir verdere navorsing.

5.3 NAVORSINGSONTWERP

Die doel en omvang van die literatuurstudie word vervolgens beskryf, en die gevolglike navorsingsmetodologie.

5.3.1 Die literatuurstudie

Vir die literatuurstudie van die studie is bronne wat handel oor post-traumatische stressteuring, post-traumatische stressteuring by kinders en adolessente en trauma-respons, bestudeer.

Bogenoemde bronne is verkry deur middel van die Mediese Inligting Disseminasiestelsel en gebruik te maak van die biblioteke van die Universiteite van Wes-Kaapland en Stellenbosch. Bronne is ook verkry van die personeel van die Geestesgesondheid Inligtingsentrum van die Mediese Navorsingsraad (MNR) se Navorsingseenheid vir Angs- en Stressteurings en die Departement Psigiatrie (Mediese Skool: Universiteit van Stellenbosch).

Daar is ook gebruik gemaak van rekenaar soektogte en internet navrae. Die webtuiste van die *National Centre for PTSD* het belangrike insette gelewer.

Tydskrifte wat veral van waarde was, is die volgende:

- ▶ die *Continuing Medical Education Journal* (Februarie 1998);
- ▶ die *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*;
- ▶ die *Nursing News/ Nursing Update*.

Die literatuurstudie het rondom spesifieke temas sentreer, naamlik:

- ▶ studies wat uitgevoer is nadat spesifieke traumatiese gebeurtenisse plaasgevind het soos natuurrampe, industriële rampe, skoolrampe, seksuele misbruik en fisieke mishandeling of beide, gemeenskapsgeweld, om ooggetuie te wees van geweld en politieke geweld/oorlog;
- ▶ patogenese;
- ▶ simptomatologie;
- ▶ hantering van post-traumatiese stressteuring.



5.3.2 Die Navorsingsmetodologie

Die doel van die metodologie is om begrip te bevorder ten opsigte van die produk en die proses van wetenskaplike ondersoek.

Soos in afdeling (1.6) aangedui is, is 'n beskrywende studie deur middel van 'n kwantitatiewe metodologie beoog. Daar is dus van 'n opname metode gebruik gemaak waartydens 'n retrospektiewe studie uitgevoer is om data te versamel omtrent *die voorkoms van post-traumatiese stressteuring by kinders in die Wes-Kaap*.

'n Opname metode is toepaslik gevind vir hierdie studie, aangesien manipulerings van veranderlikes nie nodig was nie.

5.4 DIE POPULASIE

Die populasie verwys na die geheel van 'n gespesifiseerde groep persone, met ander woorde 'n groep met gemeenskaplike eienskappe (Complete wordfinder 1993, sv: *population*).

Die populasie wat vir hierdie ondersoek uitgesonder is, is deur middel van 'n retrospektiewe studie uitgevoer waardeur alle pasiënte-lêers in die Kinder-en Adollesente Psigiatrie Eenheid van Tygerberg Hospitaal in die Wes-Kaap vir die tydperk 1994 -1996, nagesien is.

Vir die doel van hierdie studie, het die populasie bestaan uit 84 kinders tussen 0 en 18-jarige ouderdom wat pasiënte was gedurende bogenoemde tydperk.

5.5 STEEKPROEFNEMING



'n Steekproef verwys na 'n deel van die geheel. 'n Aantal individue, wat verteenwoordigend is van die groter groep, word geselekteer. Die grondliggende doel van steekproefneming is om die navorser in staat te stel om die verlangde inligting op 'n betroubare wyse te verkry, sonder om die populasie te betrek (Uys & Basson, 1983:95).

Vir die doel van hierdie studie is die steekproef as volg bepaal:

'n Totaal van 737 pasiënte-lêers is nagesien. Uit hierdie 737 pasiënte, het 84 pasiënte voldoen aan die kriteria vir die diagnose van post-traumatiese stressteuring soos beskryf in die DSM IV (American Psychiatric Association 1994:209). Die diagnose is gemaak deur psigiaters, kliniese sielkundiges en ander toepaslik opgeleide personeel.

Nadat 8 pasiënte (10%) van bogenoemde 84 pasiënte gebruik is vir 'n vooraf-studie om die instrument op te toets, is die res van die 84 pasiënte, naamlik 76 pasiënte (teikengroep), se data gebruik vir analisering.

5.6 DATAVERSAMELING

Die instrument wat tydens hierdie navorsingsonderzoek gebruik is, is geselekteer omdat dit waarskynlik die mees gepaste metode is vir die versameling van die data (sien 1.6.3) wat vir die doel van hierdie studie benodig is. In 'n studie van hierdie aard (vergelyk afdelings 1.6 en 5.3.2) word data gewoonlik versamel deur middel van vraelyste, onderhoude en waarnemings.

Vir die doel van hierdie studie is daar van 'n vraelys gebruik gemaak ten einde soveel moontlike inligting te versamel in verband met post-traumatische stressteuring by kinders.

Bogenoemde vraelys is gestruktureer op 'n konsep van 'n vraelys wat ontwerp is en suksesvol geïmplementeer word deur die Geestesgesondheid Inligtingsentrum van die MNR se Navorsingseenheid vir Angs- en Stressteurings (vergelyk afdeling 1.6.5).



Die vraelys (sien Bylae A) is saamgestel na 'n intensiewe literatuurstudie en in samewerking met die Direkteur van die Mediese Navorsingsraad (MNR) se Eenheid vir Angs- en Stressteurings. Die verskillende temas is as volg geïdentifiseer:

- ▶ tydens die omvattende literatuurstudie;
- ▶ op aanbevelings van die deskundiges (MNR).

Die temas is so omvattend as moontlik gestruktureer, ten einde die nasien van die pasiënte-lêers maksimaal te benut. Dieselfde vraelys is gebruik om ook data te versamel van pasiënte wat aan ander psigiatrisse toestande ly. Vir naslaandoeleindes is daar gebruik gemaak van die *Diagnostic Criteria from DSM-IV* (APA 1994:209).

Die vraelys het ten doel om die volgende inligting te versamel:

- ▶ ouderdom van die pasiënt;
- ▶ geslag van die pasiënt;
- ▶ woonadres (geografie);
- ▶ huidige diagnose (Aksis I,II,III enIV);
- ▶ tipe traumatiese gebeurtenis;
- ▶ tydstip wanneer trauma voorgekom het;
- ▶ simptomatologie;
- ▶ familiegeskiedenis;
- ▶ selfmoordpogings;
- ▶ metodes van tussentrede;
- ▶ hospitalisasie;
- ▶ frekwensie van opvolg van die pasiënt;
- ▶ uitkoms na tussentrede.



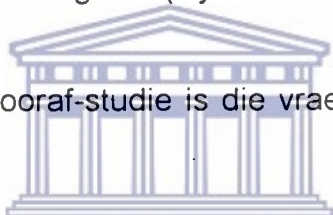
Die uitkoms na tussentrede is volgens 'n *Clinical Global Impression Rating Scale (CGI)* (Guy 1976:217-222) bepaal.

5.7 VOORAF- STUDIE

.Die doel met die vooraf-studie/loodsstudie is om inligting in te samel om die projek te verbeter of die uitvoerbaarheid van die studie vas te stel (Polit & Hungler 1997:44).

Uit die steekproef van 84 (100%) (vergeelyk afdeling 5.5) is 8 (10%) ewekansig geselekteer om die instrument op te toets. Vir die doel van hierdie vooraf-studie is van 'n ewekansige steekproefneming gebruik gemaak, ten einde die steekproef so verteenwoordigend moontlik te maak. Van die 84 pasiënte-lêers, is elke tiende lêer gebruik om die instrument op te toets.

Met 'n ewekansige seleksie het alle lêers (84) 'n gelyke kans op insluiting in die steekproef vir 'n vooraf studie gehad. Dit berus op die teorie van die waarskynlikheidsleer en behels dus die beginsel van gelykkansigheid (Uys en Basson, 1983:97).



Deur middel van hierdie vooraf-studie is die vraelys dus evalueer ten opsigte van die volgende:

- ▶ beskikbaarheid van die relevante inligting;
- ▶ enige belangrike tema/onderwerp wat moontlik uitgelaat is;
- ▶ verstaanbaarheid en duidelikheid van alle vrae;
- ▶ die algemene ontwerp van die vraelys.

Enkele aanpassings met verwysing na tydsduurtes is aangebring om hierdie aspek meer akkuraat af te baken.

5.7.1 Betroubaarheid

Die betroubaarheid van 'n instrument verwys na die mate waarin dit akkuraat en konstant

meet, ongeag wat dit ook al meet (Uys en Basson, 1983:82). Volgens Polit en Hungler (1997:295) word betroubaarheid gemeet aan die mate waarin 'n instrument konstant die betrokke konstruk meet. Hoe minder variasies die instrument toon, hoe hoër is die betroubaarheid van die instrument. Ten einde akkuraatheid te verseker, is die voorafstudie uitgevoer op 'n geselekteerde groep pasiënte (N=8), wat nie deel van die steekproef uitgemaak het nie.

Die betroubaarheid van die instrument kan vergelyk word met die stabiliteit, interne konstantheid (*internal consistency*) en gelykwaardigheid (*equivalence*) van die meetinstrument (Polit & Hungler 1997:296).

5.7.2 Geldigheid

Waar betroubaarheid die vernaamste voorvereiste vir enig dataversamelingsinstrument is, is die geldigheid die vernaamste kenmerk daarvan. Geldigheid verwys na die vermoë van die navorsingsinstrument om te meet wat dit veronderstel is om te meet (Polit & Hungler 1997:299).



Ten einde siggeldigheid te verseker, moet bepaal word of die instrument op die oog af 'n geldige instrument is deur te evalueer of die vraelys fokus op die tema van die studie.

'n Poging is aangewend om die siggeldigheid, wat verwys of dit lyk of die instrument die toepaslike konstruk meet, en die inhoudsgeldigheid, wat verwys na die mening van deskundiges of die instrument die inhoud van die ondersoek voldoende dek, vas te stel (Polit & Hungler 1997:300). Siggeldigheid is deur ervare navorsers verbonde aan die Universiteite van Stellenbosch en Wes-Kaapland verkry.

Inhoudsgeldigheid is verseker deur 'n omvattende literatuurstudie (vergelyk Hoofstukke twee en drie).

5.7.3 Toestemming

Deurdad Dr S Hawkrige (Konsultant: Kinderpsigiatrie) die behoefte identifiseer het vir 'n studie in hierdie verband, het die navorser volle samewerking verkry van alle personeel in die Kinder- en Adolescente Psigiatrie Departement van Tygerberg Hospitaal. Dr S Hawkrige het ook skriftelike toestemming verleen aan die navorser om pasiënte-lêers in bogenoemde departement te gebruik vir die versameling van data (Bylae B).

Die pasiënte sal anoniem bly aangesien die lêers numeries hanteer is (vergelyk 1.6.6).

5.8 DATA-ANALISE

Soos reeds vermeld, het die navorser alleen die data ingesamel deur middel van die nasien en analisering van pasiënte-lêers.

5.8.1 Versameling van data

Die navorser het een dag per week 'n kantoor tot haar beskikking gehad in die Kinder- en Adolescente Psigiatrie Departement van Tygerberg Hospitaal. Die pasiënte-lêers vir die tydperk 1994-1996 was beskikbaar in staalkabinette in die sekretaresse se kantoor. Die lêers is stelselmatig uit laasgenoemde kabinette verkry, nagesien en weer terugbesorg. Alle dokumente is vertroulik hanteer en nooit uit bogenoemde departement geneem nie.

Die nasien van die pasiënte-lêers was as volg:

- ▶ $84 - 8 = 76$ (8 =10% wat vir die vooraf -studie gebruik is)
- ▶ $(N = 76) = 100\%$

5.8.2 Analisering van data

Aangesien die navorser nie 'n gerekenariseerde vraelys gebruik het nie, is die data statisties manueel analiseer. Die geanaliseerde data word deur frekwensietabelle, histogramme, staafdiagramme en pie-diagramme aangebied en word as figure aangedui (sien hoofstuk ses).

5.9 SAMEVATTING

In hierdie hoofstuk is die navorsingsontwerp wat vir die studie gebruik is, verduidelik. Die doel van die studie is verantwoord deur 'n literatuurstudie en 'n empiriese ondersoek. In die volgende hoofstuk sal oorgegaan word tot die analisering en interpretasie van die versamelde data



HOOFSTUK SES

ANALISERING EN INTERPRETASIE VAN DIE VERSAMELDE DATA

6.1 INLEIDING

Ten spyte daarvan dat internasionale navorsing 'n kommerwekkende hoë syfer toon van kinders wat blootgestel word aan trauma, of as slagoffers of as waarnemers daarvan (Giaconia et al 1995:1369-1381) is empiriese studies van PTSS by kinders ver agter by dié van die volwasse populasie. Gerapporteerde voorkomssyfers van PTSS by risiko kinders (kinders wat aan trauma blootgestel was) toon groot uiteenloopenheid. Die voorkoms van PTSS na enkel insident traumatiese gebeure wissel van 5 persent van kinders wat blootgestel was aan 'n orkaan (Shannon et al 1994:80-93) tot 77 persent van kinders wat direk bedreig was gedurende 'n skerpskutter aanval op 'n skool (Pynoos et al 1987:1057-1063).

Gegewe die huidige fiskale druk op die gesondheidstelsel om tussentredes te prioritiseer, is daar 'n dringende aandrang om die kinders wat die hoogste risiko vir trauma blootstelling en PTSS het, te identifiseer en om die effektiwiteit van die huidige tussentredes vir hierdie kinders te evalueer. Die huidige studie het dit ten doel om voorlopige data in verband hiermee te voorsien deur die evaluering van die demografiese en diagnostiese profiele, trauma geskiedenis, behandelings en responspatrone by 'n groot teikengroep van kinders en adolessente wat by 'n binnepatiënte psigiatriese eenheid in Kaapstad, Suid-Afrika, aangemeld het.

Deur middel van hierdie afdeling word gepoog om die bevindinge, soos verkry deur middel van die vraelyste, te beskryf. Die resultate word aangebied met 'n kort bespreking en interpretasie.

6.2 VOORLEGGING VAN BEVINDINGE

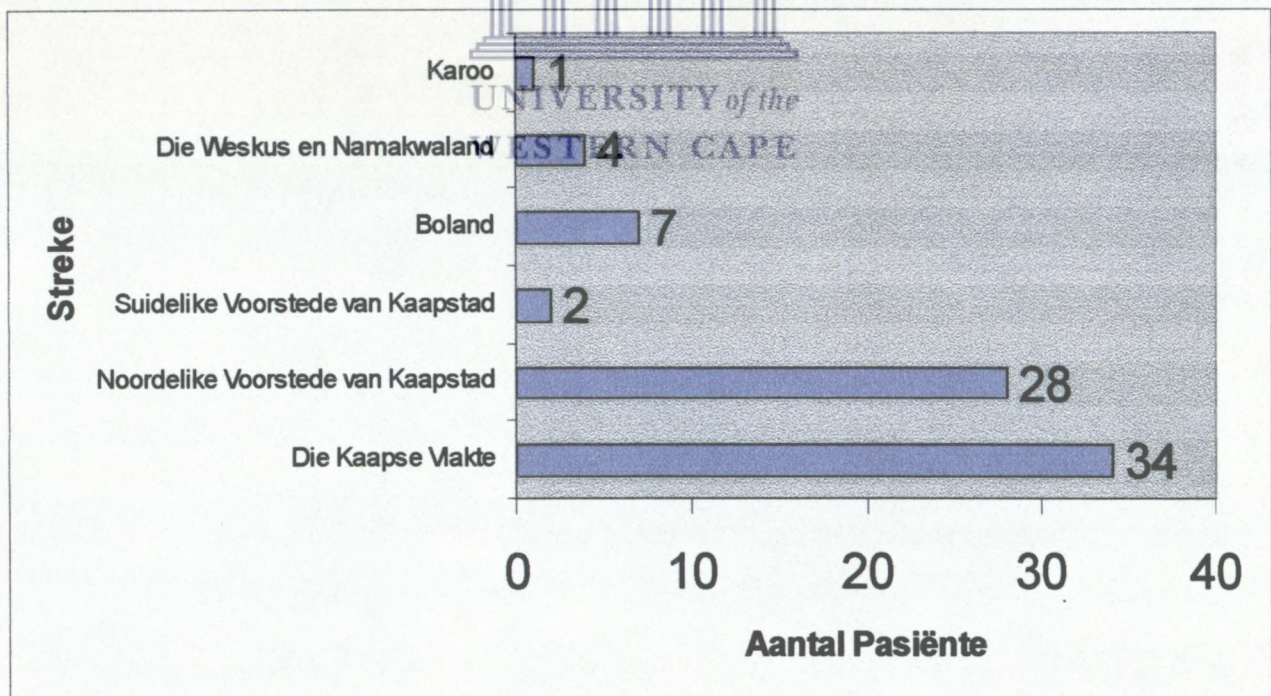
6.2.1 PTSS en blootstelling aan trauma

'n Totale aantal van 737 pasiënte-lêers was nagesien. 'n Diagnose van PTSS was gevind in 84 (11.4%) van die teikengroep. Uit die steekproef van 84, is 8 ewekansig geselekteer om die instrument op te toets. Die res van die steekproef, 76 (10.3%) is gebruik vir data-analise.

Die ouderdomme van die steekproef was tussen 0 - 18 jaar oud, met 'n gemiddelde ouderdom van 11.87 (standaard afwyking = 4.47).

Uit die steekproef was 85.5% vroulik (dogters) en 14.5% manlik (seuns).

FIGUUR 1 : DEMOGRAFIESE VERSPREIDING (N = 76)



Die meerderheid van die teikengroep is woonagtig in óf die Kaapse Vlakte (44.7%) óf die Noordelike Voorstede van Kaapstad (36.8%). Laasgenoemde reflekteer ook die demografiese samestelling van die pasiënte wat Tygerberg Hospitaal in die geheel besoek (sien figuur 1).

TABEL 1 AKSIS II, III EN IV DIAGNOSES VAN DIE PTSS TEIKENGROEP (N = 76).

AKSIS II	%	AKSIS III	%	AKSIS IV	%
Verstandelike gestremdheid	5.3	Epilepsie	3.9	Probleme met primêre ondersteuningsgroep	89.3
Grensllyn Inteligensiekwosiënt	9.2	Enurese	5.3	Opvoedingsprobleme	2.6
Grensllyn Persoonlikheidssteuring	2.6	Enkoprese	1.4	Sosio-ekonomiese probleme	5.3
Histrioniese Persoonlikheidssteuring	2.6	Middeloor-dosering	14.5	Tienerswangerskap	1.4
Geen	80.3	Vaginale afskeiding	7.9	Motorvoertuigongeluk	1.4
		Beserings/wonde	6.6	Geen	0
		Asma	2.6		
		Brandwonde	1.4		
		Geen	56.4		
	100		100		100

Die multi-aksale diagnoses van die teikengroep (met die **Aksis I** diagnose van PTSS) word in Tabel 1 uiteengesit. Aksis II diagnoses was gevind in 19.7% van die groep, met grensllyn Inteligensie Kwosiënt as die mees algemene diagnose. In die teikengroep waar

43.6% 'n Aksis III diagnose gehad het, was middelmisbruik die mees algemene diagnose. Die Aksis IV diagnose wat die meeste voorgekom het, was probleme met die primêre ondersteuningsgroep (89.3%).

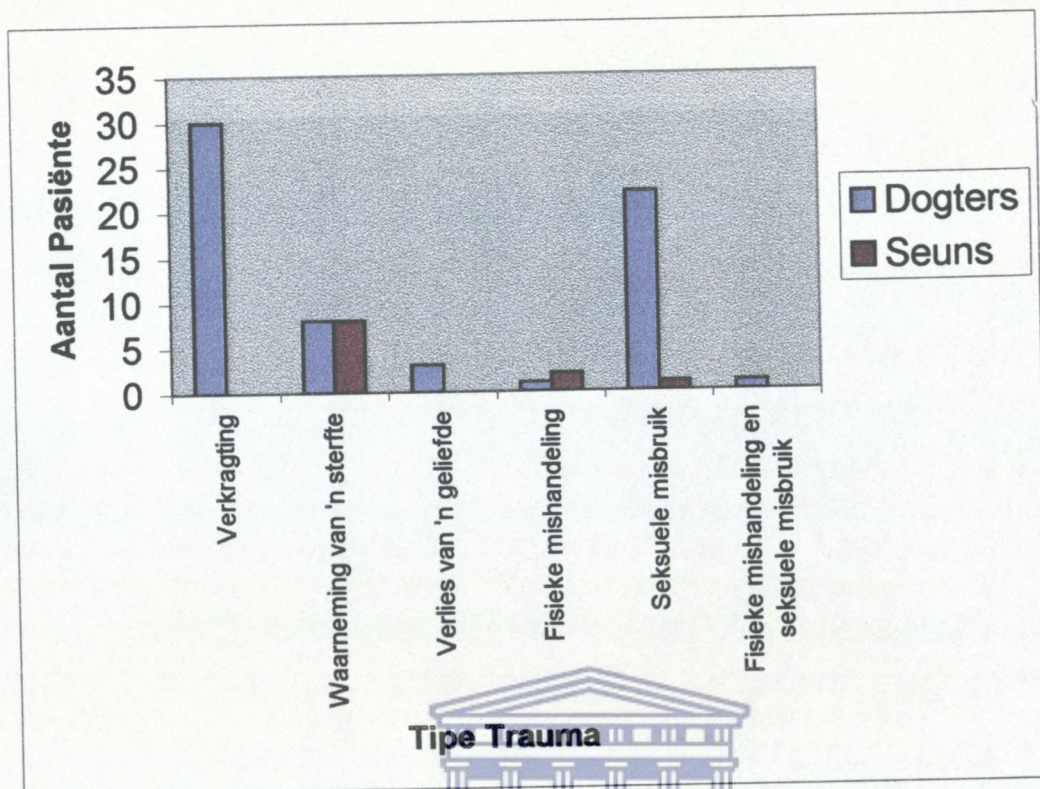
TABEL 2 BLOOTSTELLING AAN TRAUMA BY DIE PTSS TEIKENGROEP (N = 76)

Akute trauma	f	%
Verkragting	30	39.5
Waarneming van 'n sterfte	16	21.0
Verlies van 'n geliefde	3	3.9
Kroniese trauma		
Fisieke mishandeling	3	3.9
Seksuele misbruik	23	30.3
Fisieke mishandeling en seksuele misbruik	1	1.4
	76	100

Blootstelling aan trauma word in Tabel 2 vertoon. Die meerderheid (64.4%) van die pasiënte met PTSS was blootgestel aan 'n akute (enkel insident) traumatiese gebeurtenis. Die mees algemene akute traumatiese gebeurtenis, was verkragting, gevolg deur die waarneming van 'n sterfte van 'n persoon en die verlies van 'n geliefde persoon. Die res van die groep het kroniese (voortgaande, repeterende) traumatiese gebeure beleef. Dit het hoofsaaklik plaasgevind in die vorm van seksuele misbruik, gevolg deur fisieke mishandeling en gekombineerde fisiese mishandeling en seksuele misbruik.

Seuns en dogters het die risiko geloop vir verskillende tipes trauma soos uiteengesit in Figuur 2.

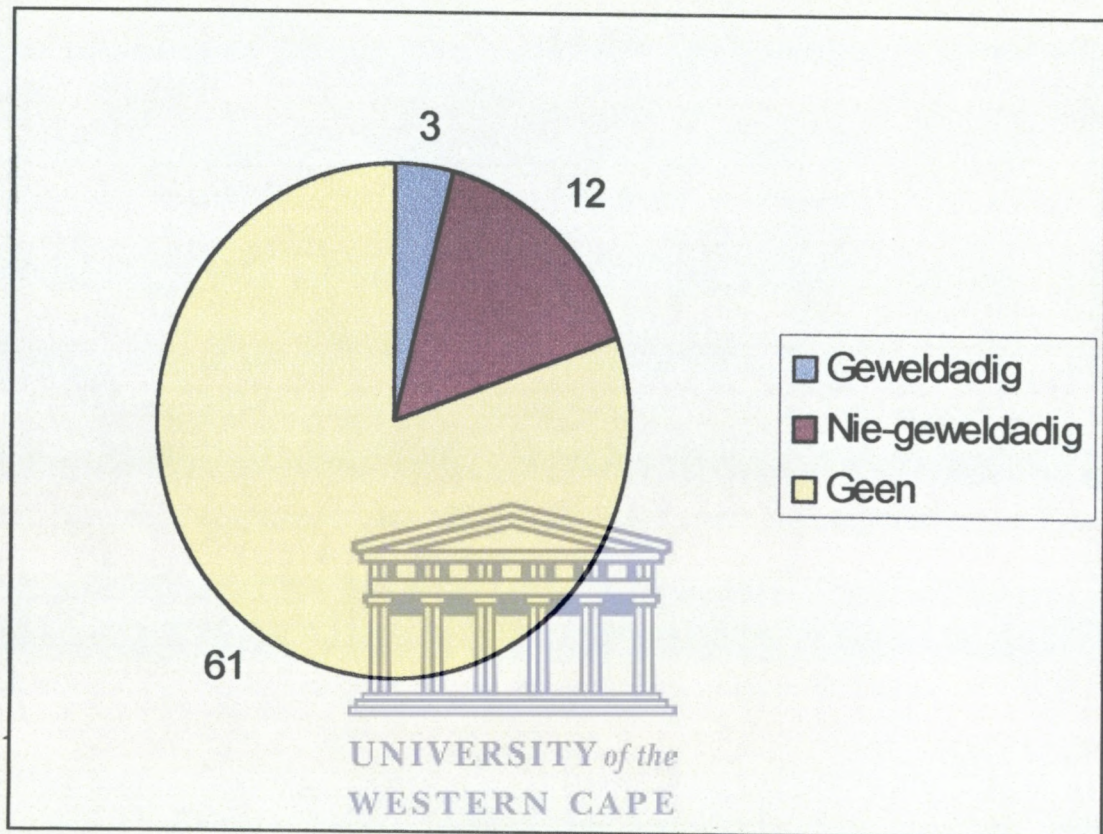
FIGUUR 2: TRAUMA BLOOTSTELLING EN GESLAG (N = 76)



Verkragting (39.5%) en seksuele misbruik (28.9%) is mees algemeen rapporteer deur dogters, terwyl die aanskouing van die dood van 'n persoon die mees algemene traumatiese blootstelling is wat voorgekom het by seuns.

Alhoewel selfmoordpogings nie 'n kenmerk is van PTSS nie, het die Direkteur van die Mediese Navorsingsraad se Eenheid vir Angssteurings (Prof D Stein) na konsultasie voorgestel dat die moontlikheid van selfmoordpogings nie uitgesluit moet word nie.

FIGUUR 3 : SELFMOORDPOGINGS (N = 76)



Ongeveer een vyfde van die teikengroep het 'n geskiedenis gehad van selfmoordpogings. Middel-oordosering (nie-geweldadig) was die mees algemene metode van selfmoordpoging wat voorgekom het. Figuur 3 bied 'n oorsig van die aard van die geskiedenis van selfmoordpogings.

TABEL 3 FAMILIEGESKIEDENIS (N = 76)

Siektetoestand/versteuring	f	%
Depressie	4	5.3
Alkohol- en middelmisbruik	12	15.8
Skisofrenie	1	1.4
Epilepsie	1	1.4
Asma	1	1.4
Geen	56	74.7
	76	100

'n Familiegeskiedenis van mediese- of psigiatriese toestande was teenwoordig in ongeveer een kwart (25.3%) van die pasiënte in die teikengroep. Die mees algemene toestand was alkohol- en middelmisbruik (15.7%) gevolg deur depressie (5.3%), soos uiteengesit in tabel 3.



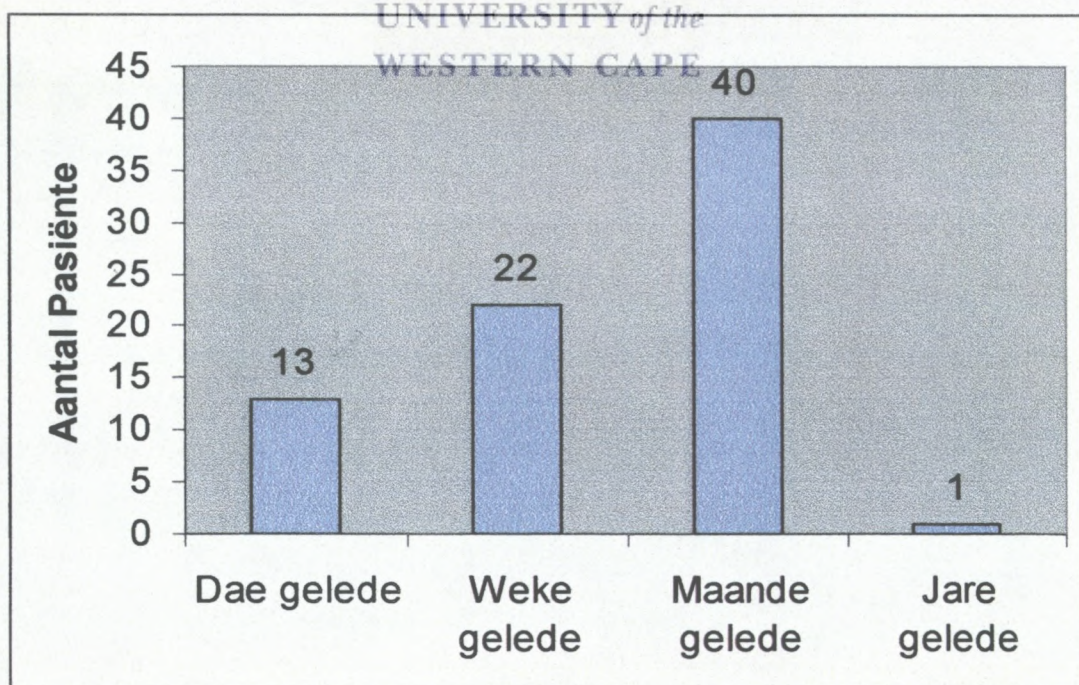
6.2.2 Simptomatologie **UNIVERSITY of the WESTERN CAPE**

Tabel 4 en figuur 4 toon die tydsverloop wat voorgekom het tussen die traumatiese gebeure en die eerste besoek aan die Psigiatrie Eenheid, en die tydsverloop tussen die verskyning van PTSS simptome en die eerste besoek aan die hospitaal onderskeidelik. In die meeste gevalle het die trauma voorgekom meer as drie maande (27.6%) of jare (38.1%) voor die eerste besoek, terwyl die PTSS simptome teenwoordig was vir maande by die meerderheid van die pasiënte (52.6%), voordat hulp gesoek is.

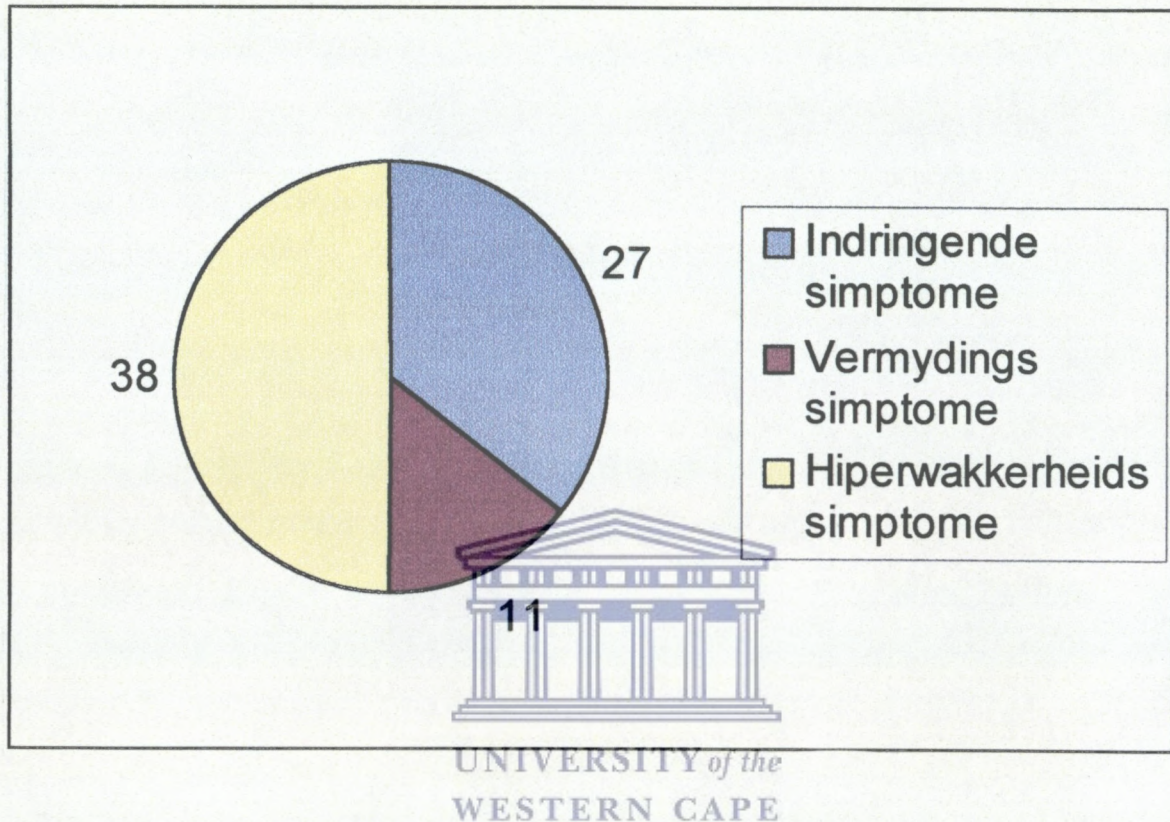
TABEL 4 TYDSVERLOOP TUSSEN DIE TRAUMATIESE GEBEURTENIS EN DIE EERSTE BESOEK AAN DIE HOSPITAAL (N = 76)

Tydsduur	f	%
Dae gelede	4	5.3
Binne 3 weke	1	1.4
1-3 maande	18	23.7
4-6 maande	13	17.1
7-9 maande	8	10.5
1-2 jaar	17	22.3
3-4 jaar	6	7.9
5-6 jaar	6	7.9
Meer as 6 jaar	3	3.9
	76	100

FIGUUR 4: TYDSVERLOOP TUSSEN DIE VERSKYNING VAN PTSS SIMPTOME EN DIE EERSTE BESOEK AAN DIE HOSPITAAL (N = 76)



FIGUUR 5: OORHEERSENDE TIPE PTSS SIMPTOME (N = 76)

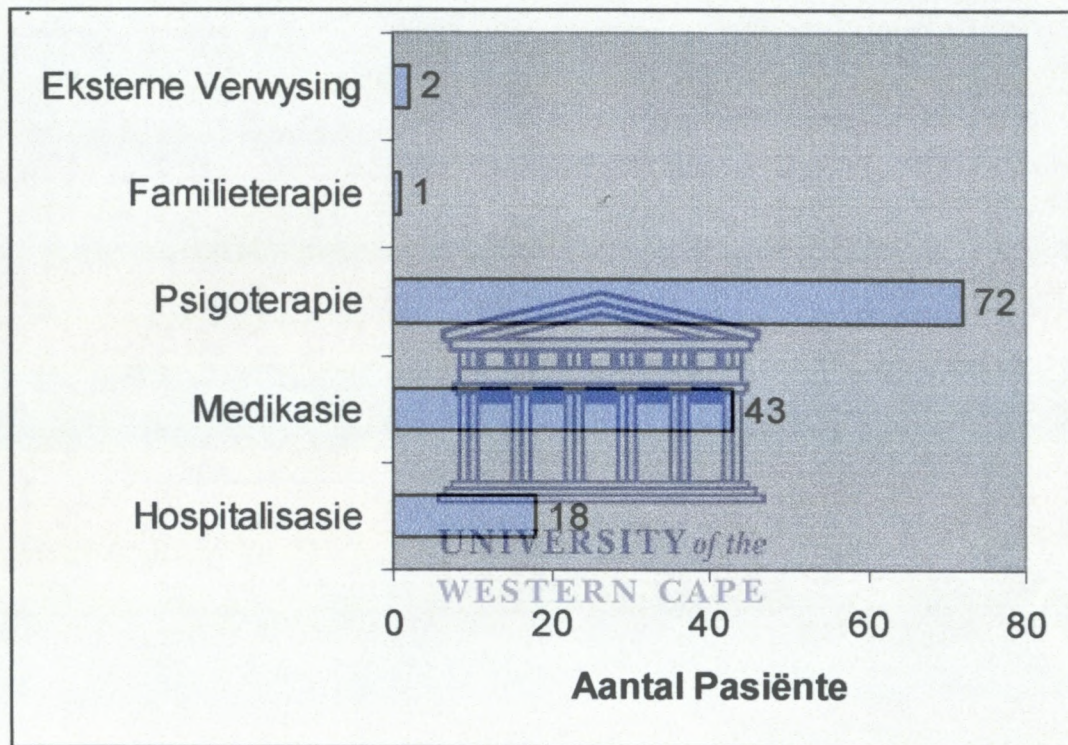


In figuur 5 kan gesien word dat die mees oorheersende tipe PTSS simptome hiperwakerheidssimptome (50%) was, gevolg deur indringende simptome (35.5%) en vermydingssimptome (14.5%).

6.2.3 Behandeling

Die behandelingsmodaliteite wat aangewend was by die PTSS pasiënte, word in figuur 6 getoon.

FIGUUR 6: BEHANDELINGSMODALITEITE (N = 76)



Die meerderheid van alle PTSS pasiënte (97.4%) het psigoterapeutiese tussentredes en/of medikasie as binne- of buite pasiënte ontvang.

TABEL 5 TYDSDUUR VAN HOSPITALISASIE (N = 76)

Periode	f	%
5 dae	4	5.3
10 dae	3	3.9
2 weke	8	10.5
5 weke	3	3.9
Geen	58	76.4
	76	100

Ongeveer 'n kwart (23.6%) as toegelaat in die hospitaal. Die meeste pasiënte was gehospitaliseer vir 'n tydperk van twee weke (10.5%) en die langste tydsduur van hospitalisasie was vyf weke (3.9%) soos uiteengesit in tabel 5.



In tabel 6 word 'n uiteensetting van die tipes medikasie wat tydens behandeling toegedien is, weergegee.

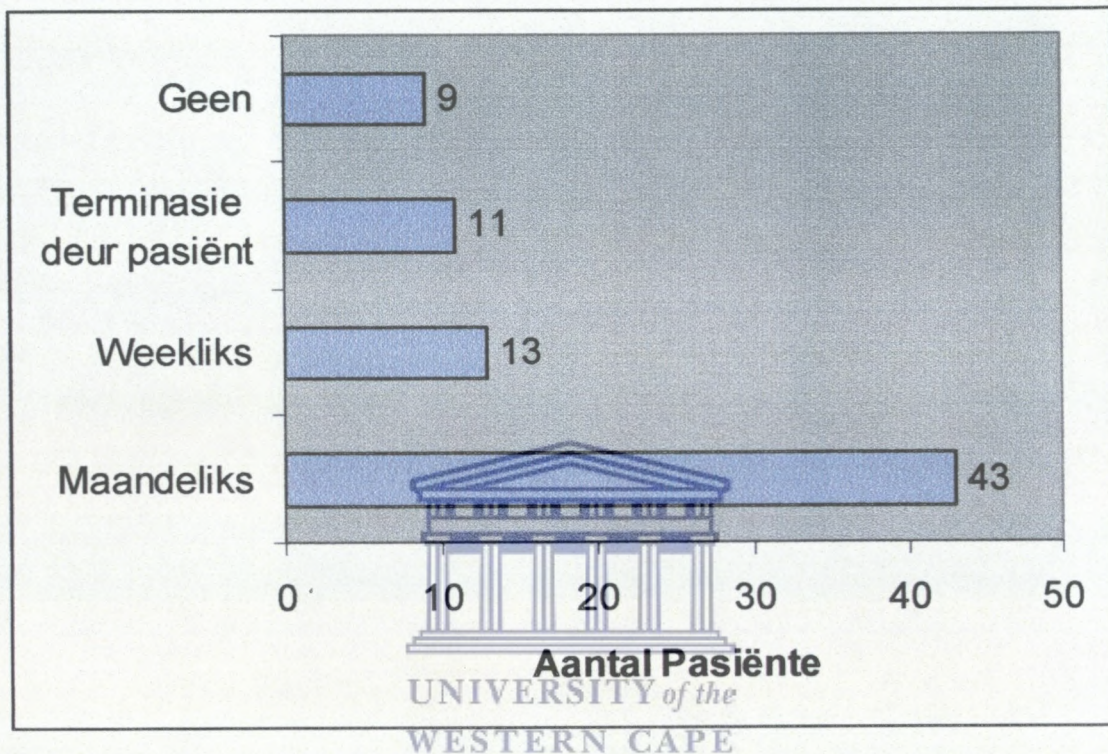
UNIVERSITY of the
WESTERN CAPE

TABEL 6 MEDIKASIE (N = 43)

Tipe	f	%
Imipramien (Tofranil)	28	65
Fluoksetien (Prozac)	9	21
Amitriptalïen (Tryptanol)	2	4.7
Paroksetien (Aropax)	2	4.7
Karbamasipien (Tegretol)	1	2.3
Hidroksisien (Aterax)	1	2.3
	43	100

'n Trisikliese antidepressant was die middel wat mees algemeen voorgeskryf is (65%).

FIGUUR 7: OPVOLGBESOEKE (N = 76)



Opvolgbesoeke vir tussentrede was gemaak vir 73.7% van die pasiënte, terwyl 14.5% van die pasiënte hul behandeling gestaak het deurdát hulle nie hul eerste opvolgbesoek nagekom het nie. Die meerderheid van diegene wat opvolgbesoeke gehad het (56.6%), het plaasgevind op 'n maandelikse basis (figuur 7).

TABEL 7 UITKOMSTE (CLINICAL GLOBAL IMPRESSION-CGI)

CGI	f	%
Uitermate baie verbeter	6	7.9
Baie verbeter	26	34.2
Minimaal verbeter	23	30.3
Nie verbeter nie	2	2.6
Minimaal verswak	0	0.0
Baie verswak	0	0.0
Uitermate baie verswak	0	0.0
Terminasie deur pasiënt	19	25
	76	100

'n Kwart van die pasiënte het hul behandeling getermineer, terwyl van diegene wat behandeling voltooi het, 97.4% verbeter het voordat behandeling deur die terapeut getermineer is (sien Tabel 7).



6.3 SAMEVATTING

Die teenwoordigheid van PTSS in 10.3% van die teikengroep, is 'n aanduiding van die ernstigheid van hierdie toestand. Dit gee ook 'n aanduiding dat die toestand by 'n betekenisvolle aantal van erge noodlydende kinder- en adolessente psigiatriese pasiënte voorkom.

Die implikasies van hierdie resultate en bevindinge, soos vervat in hierdie hoofstuk, sal vervolgens in hoofstuk sewe aangebied word. Aanbevelings vir verdere navorsing in die verband sal ook gedoen word.

HOOFSTUK SEWE

GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS

7.1 INLEIDING

Op grond van die literatuurstudie en die ge-analiseerde bevindinge, soos beskryf in Hoofstuk Ses, is daar tot verskillende gevolgtrekkings gekom.

7.2 GEVOLGTREKKINGS

7.2.1 Die voorkoms van PTSS

Kinder- en adolessente Psigiatrie Eenheid van Tygerberg Hospitaal (op tersiêre vlak), hanteer pasiënte wat te siek of noodlydend is om op primêre vlak of sekondêre vlak behandel te word. Die voorkoms van PTSS in 10.3 persent van die kinders en adolessente wat op tersiêre vlak behandel word, is 'n aanduiding van die ernstigheid van hierdie toestand en dui daarop dat PTSS verantwoordelik is vir 'n betekenisvolle proporsie van alle erge noodlydende kinder- en adolessente psigiatrisiese pasiënte.

Bogenoemde gevolgtrekking beklemtoon die belang van gesondheidsvoorligting en -opvoeding met betrekking tot die voorkoming van PTSS by kinders. Hierbenewens is dit noodsaaklik om laasgenoemde toestand so vroeg as moontlik te identifiseer, tussen te tree en sodoende die nodigheid vir behandeling op tersiêre vlak te verminder.

7.2.2 Geslagsverskille

In ooreenstemming met internasionale bevindinge wat daarop dui dat PTSS meer algemeen by dogters as by seuns voorkom (Pynoos et al 1993:239-247, Yule 1992:82-98), is daar met hierdie studie bevind dat PTSS ses keer meer algemeen by dogters voorgekom

het.

Alhoewel hierdie gevolgtrekking 'n verwysingsvooordeel mag reflekteer, in plaas van werklike geslagsverskille in die gemeenskap, is die 6:1 ratio 'n spieëlbeeld van wat in 'n gemeenskapsstudie met Amerikaanse adolessente bevind is (Giaconia et al 1995:1369-1381).

7.2.3 Blootstelling aan trauma

Met hierdie studie is tot die gevolgtrekking gekom dat verkragting en seksuele misbruik die mees algemene traumatiese gebeure is wat aanleiding gegee het tot PTSS. Tesame verantwoord dit amper 70 persent van die trauma blootstelling in die PTSS teikengroep.

Met hierdie studie is ook tot die gevolgtrekking gekom dat daar duidelike geslagsverskille is met betrekking tot die blootstelling aan traumatiese gebeure.

Verkragting en seksuele misbruik was die mees algemene traumatiese gebeure deur dogters aangemeld. Alhoewel hierdie twee oorsake 'n wesenlike verskynsel in die hedendaagse samelewing geword het, behoort die voorkoms daarvan deur middel van gesondheidopvoeding en -inligting verminder te word.

Die waarneming van 'n persoon wat gedood word, was weer meer algemeen deur seuns aangemeld.

Bogenoemde gevolgtrekking is 'n aanduiding dat seuns en dogters 'n verhoogde risiko het vir verskillende vorme van geweld en moontlik benodig die verskillende geslagte dus ook tussentredes met differensiële fokuspunte.

7.2.4 Demografiese verspreiding en primêre ondersteuningsgroep

Die meerderheid van die teikengroep is woonagtig in óf die Kaapse Vlakte óf die Noordelike voorstede van Kaapstad (vergelyk figuur1). Die Aksis IV diagnose wat die meeste voorgekom het, was probleme met die primêre ondersteuningsgroep (vergelyk tabel 1). Dit kom dus voor asof daar 'n korrelasie kan wees tussen die woongebiede waar die teikengroep woonagtig is en die probleme wat oënskynlik met die primêre ondersteuningsgroep ondervind is.

Met hierdie studie is tot die gevolgtrekking gekom dat probleme met die primêre ondersteuningsgroep, algemeen voorgekom het (89.3%). Alhoewel hierdie stressors oorwegend in die hele gemeenskap wat deur hierdie studie betrek is mag voorkom en nie net spesifiek is tot die PTSS teikengroep nie, impliseer hierdie bevinding tog dat tussentredes 'n fokus op die primêre ondersteuningsgroep moet insluit.

7.2.5 Tussentredes en Uitkomstes

Met betrekking tot gebruikmaking van tussentredes/behandelingsmodaliteite, is tot die gevolgtrekking gekom dat minder as een derde van die PTSS pasiënte die hospitaal besoek het binne drie maande nadat die traumatiese gebeure plaasgevind het, terwyl meer as die helfte om behandeling aangeklop het maande nadat die simptome vir die eerste keer verskyn het.

Die onvermoë om betyds hulp te soek, mag 'n rol speel in die hoë voorkoms van PTSS wat in hierdie teikengroep op tersiêre vlak gevind is. Hier kom die rol van die verpleegkundige in die praktyk (gemeenskaps- en hospitaalopsette) weer eens ter sprake. Die belang van gesondheidsopvoeding en -voorligting is van kardinale belang in die voorkoming en waar dit nie moontlik is nie, vroeë identifisering van PTSS en dienooreenkomstige tussentrede.

Alhoewel selfmoordpogings nie 'n kenmerk is van PTSS nie, het die Direkteur van die MNR se eenheid vir Angssteurings (Prof D Stein) na konsultasie voorgestel dat die moontlikheid van selfmoordpogings nie uitgesluit moet word nie. Dit is dan ook merkbaar dat een vyfde van die PTSS groep 'n selfmoordpoging aangewend het. Vroeë identifisering en verwysing mag tussentrede op primêre of sekondêre vlak fasiliteer, voordat PTSS simptome onbeheerbaar word.

Minder as 'n kwart van die PTSS pasiënte het toelating as 'n binne-pasiënt benodig. Vir die PTSS groep as 'n geheel, was psigoterapie die mees oorwegende vorm van behandeling, gevolg deur toediening van medikasie waarvan 'n trisikliese antidepressant die mees algemene was.

Meer as die helfte van die groep het gekombineerde behandeling met psigoterapie en die toediening van medikasie, ontvang. Alhoewel 'n kwart van die pasiënte hul behandeling gestaak het, het die meerderheid wat behandeling voltooi het, verbeter as gevolg van die behandeling.

Bogenoemde bevinding dui aan dat huidige tussentrede doeltreffend toegepas word, alhoewel daar groter klem geleë moet word op onderworpenheid en instandhouding van behandeling.

Daar is geen gekontroleerde eksperimentering met medikasie of van medikasie teenoor psigoterapie in hierdie groep gedoen nie. Nietemin is hierdie bevindings in ooreenstemming met vorige verslae dat trisikliese antidepressante effektief is in die behandeling van PTSS (Kosten, Frank, Dan, McDougle & Giller 1991:366-370). Die relatiewe hoë respons ratio gevind met hierdie studie, gee 'n aanduiding dat sulke agente dit verdien om 'n gekontroleerde studie te loods.

7.2.6 Die rol van die verpleegkundige praktisyn

Deurgaans tydens die verloop van hierdie studie (insluitende die literatuurstudie) het dit al hoe duideliker geword dat die verpleegkundige praktisyn nie 'n noemenswaardige rol speel in die voorkoming of die vroeë identifisering van PTSS by kinders nie.

Alhoewel die vier-jarige kursus wat lei tot die registrasie as 'n Verpleegkundige (Algemene, Psigiatriese en Gemeenskaps-) en Vroedvrou (55/M88:2) verpleegstudente voorberei om in enige van bogenoemde dissiplines as onafhanklike praktisyn te funksioneer skyn daar volgens die literatuur 'n groot leemte te bestaan in verband met die rol van die verpleegkundige met betrekking tot die voorkoming en tussentrede van PTSS by kinders

7.3 AANBEVELINGS

Die onderstaande aanbevelings word baseer op die bevindinge en gevolgtrekkinge van hierdie studie, asook die toekomsverwagtinge binne die omvang van die voorgeskrewe professionele riglyne vir voortgesette ontwikkeling en verbetering van die verpleegberoep, met spesifieke verwysing na geestesgesondheid, in die Wes-Kaap.



Die navorser is daarvan bewus dat basiese verpleegonderwysprogramme voortdurend hersien en aangepas word, tog wil sy herbevestig dat dit essensieel is dat verpleegonderwyskurrikula gerig moet wees op die voorsiening in die gesondheidsbehoefte van bepaalde gemeenskappe en dat die belang van geestesgesondheid, as 'n voorvereiste vir 'n gesonde voortbestaan van die mens, beskou moet word.

'n Ander belangrike aangeleentheid in hierdie verband is dat verpleegkundige studente oor goeie kennis van die wetenskaplike metode van verpleging (die verpleegproses) moet beskik. Voldoende kennis en ervaring is noodsaaklik vir effektiewe beraming, beplanning, tussentrede en evaluering.

Die tekort aan professionele verpleegkundiges wat in staat is om in die fundamentele geestesgesondheidsbehoefte van pasiënte/kliënte in alle gesondheidsopsette te voorsien, kan oorbrug word deur 'n meer liberale houding met betrekking tot die ontwikkeling van *generalist*-rolle. Professionele verpleegpraktisyns wat basiese vaardigheid in die instandhouding van geestesgesondheid en tussentrede in die geval van psigiatrisiese ongesteldheid demonstreer, behoort die geleentheid te kry om in psigiatrie- en geestesgesondheidspraktyke te funksioneer.

Die Algemene Verpleegkunde komponent van verpleegkurrikula behoort so beplan en geïmplementeer te word dat studente sal beseftig dat alle verpleegopsette geestesgesondheidskennis en -vaardighede vereis. Dit wil sê professionele verpleegpraktisyns behoort in staat te wees om ten alle tye (tydens die voorsiening van algemene verpleegsorg) in staat te wees om simptome van geestesongesteldheid te kan identifiseer en dienooreenkomstig te kan tussentree.

Die rol van die professionele verpleegpraktisyn in die voorkoming van PTSS by kinders, en waar dit nie moontlik is nie, die vroeë identifisering en onmiddellike tussentrede behoort beslis aandag te geniet. Vroeë identifisering en verwysing mag tussentrede op primêre of sekondêre vlak fasiliteer, voordat PTSS simptome onbeheerbaar word (vergelyk 7.2.5).

'n Ander belangrike aanbeveling is die aangeleentheid van gesondheidsopvoeding en -voorligting in verband met die etiologie en die kliniese manifestasies van PTSS by kinders en wat om daaromtrent te doen. Hierdie inligting behoort beskikbaar gestel te word vir die breë publiek, onder andere gemeenskapsleiers, predikante, onderwysers, gesondheidspersoneel by gesondheidsopsette, by skole, kerke en enige ander verwante instansies byvoorbeeld sosiale klubs en sportklubs wat deur kinders bygewoon word.

Voortgesette onderwys- en indiensopleidingsprogramme behoort aangebied te word nie slegs vir gesondheidspersoneel nie, maar ook in ander werksituasies sodat ouers, familieledede en die gemeenskap bewus gemaak kan word van PTSS.

Die media behoort ook betrek te word in bogenoemde verband.

Bevindinge met hierdie studie dui aan dat huidige tussentrede met psigoterapie en medikasie doeltreffend toegepas word, alhoewel daar groter klem gelê moet word by pasiënte met betrekking tot onderworpenheid en instandhouding van behandeling. In hierdie verband kan daar beslis beter samewerking en opvolgprosedures tussen die primêre en tersiêre gesondheidsorgfasiliteite bewerkstellig word.

Alhoewel hierdie bevindinge beperkend is as gevolg van die gebrek aan 'n gestandaardiseerde beramings protokol en ook die afwesigheid van 'n kontrole groep, voorsien dit tog belangrike vooraf data oor kinder- en adolessente PTSS en die behandeling daarvan, in die Suid-Afrikaanse konteks, en behoort dit aangevul te word deur toekomstige epidemiologiese studies en gekontroleerde behandelingstudies.

Die bevindinge van hierdie studie behoort onder die aandag van die hoofde van alle gesondheids- en onderwysinstansies in die Wes-Kaap asook die *Democratic Nursing Organisation of South Africa* gebring te word.



7.4 BEPERKINGE

Beperkende faktore met betrekking tot hierdie studie, naamlik 'n ondersoek in verband met die insidensie van Post-Traumatische Stressteuring by kinders in die Wes-Kaap, kan as volg aangedui word:

- ▶ die studie is 'n retrospektiewe studie (1994-1996);
- ▶ die insameling van data het slegs by Tygerberg Hospitaal plaasgevind en gee dus net 'n oorsig van die voorkoms van PTSS by kinders wat die Kinder- en Adolessente Psigiatrie Eenheid van Tygerberg Hospitaal besoek het;

- ▶ die trauma-geskiedenis was soms nie volledig weergegee in die pasiënte-lêers nie wat toegeskryf kan word aan die volgende: nadat 'n erge traumatiese gebeurtenis plaasgevind het, word daar dikwels 'n *trauma membraan* of 'n beskermende skild gevorm rondom diegene wat geaffekteer is, veral by kinders (Saylor 1993:5);
- ▶ die bevindinge is beperkend as gevolg van die gebrek aan 'n gestandaardiseerde beramings protokol en ook die afwesigheid van 'n kontrole groep.

7.5 SAMEVATTING

In hierdie laaste hoofstuk van die studie is eerstens gepoog om 'n oorsig te gee van die gevolgtrekkings wat gemaak is op grond van die resultate soos verkry deur die data wat versamel is ten tye van die studie asook die literatuurstudie.

Tweedens is die aanbevelings geformuleer en derdens is die beperkinge van die studie beknopt weergegee.

Hierdie studie is die resultaat van 'n poging om PTSS by kinders in die Wes-Kaap aan te spreek ten einde laasgenoemde toestand te voorkom, of waar dit nie moontlik is nie, die toestand vroeg te identifiseer en dienooreenkomstig tussen te tree.

oOo

“Many people, when they hear the term mental health, think of mental illness. But health is far more than an absence of a mental illness; mental health is something all of us want for ourselves.” (Nel 1998:22).



BIBLIOGRAFIE

Ackerman, PT., Newton, JEO., McPherson, WB., Jones, JG. & Dykman, RA. 1998. Prevalence of post traumatic stress disorder and other psychiatric diagnoses in three groups of abused children (sexual, physical and both). *Child Abuse and Neglect*, 22(8):759-774.

Allan, A., La Grange, H., Niehaus, D., Scheurkogel, R. & Stein, D. 1998. Resilience. *Continuing Medical Education Journal*, 16(2):138-139.

Allen, R., Gaines, R. & Green, A. Post-traumatic stress disorder in abused children. In *International handbook of traumatic stress syndromes*. (ed) Green, A. 1993. New York: Plenum Press.

American Nurses' Association. 1980. *A social policy statement*. Kansas City, Mo.: American Nurses' Association.



American Psychiatric Association. 1987. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders: DSM-III-R*. 3rd edition, revised). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. 1994. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders: DSM-IV*. 4th edition. Washington, DC: Author.

Anthony, EJ. 1986. Children's reaction to severe stress. The response to overwhelming stress: some introductory comments. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 25(3):299-305.

Aranes, J. South African youth 'scarred' by apartheid. *The Argus*, 1996-08-06:4.

Boshoff, ELD. 1986. *Verpleegonderwysgeleiding binne die andragogiese opset*, ongepubliseerde skripsie voorgelê ter vervulling van die vereistes vir die graad Magister Curationis. Bellville: Universiteit van Wes-Kaapland.

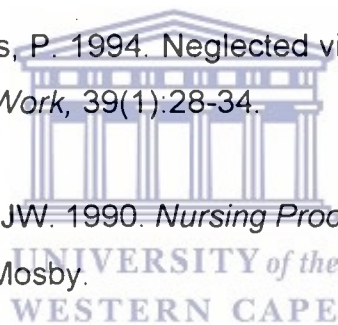
Bremner, JD. 1999. Does stress damage the brain? *Biological Psychiatry*, 45:797-805.

Bremner, JD. & Narayan, M. 1998. The effects of stress on memory and the hippocampus throughout the life cycle: implications for childhood development and aging. *Development and Psychopathology*, 10:871-886.

Breton, JJ., Valla, JP. & Lambert, J. 1993. Industrial disaster and mental health of children and their parents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32(2):438-445.

Burman, S. & Allen-Meaures, P. 1994. Neglected victims of murder: children's witness to parental homicide. *Social Work*, 39(1):28-34.

Christensen, PJ. & Kenny, JW. 1990. *Nursing Process: application of conceptual models*. 3rd edition. St Louis: CV Mosby.



Carlyle, T. 1995. *Fyn en silwer woorde*. Kaapstad: Lux Verbi.

Cohen, JA. & Mannarino, AP. 1997. A treatment study for sexually abused preschool children: outcome during a one-year follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(9):1228-1235.

Complete wordfinder. A unique and powerful combination of Dictionary and Thesaurus. 1987. Sv *population*. London: Readers Digest Association.

Curtis, JM. 1995. Elements of critical incident debriefing. *Psychological reports*, 77:91-96.

Dawes, A. 1990. The effects of political violence on children: a consideration of South African and related studies. *International Journal of Psychology*, 25:13-31.

Departement Gesondheid. 1995. *Towards a national health system: draft for discussion*.

Dlamini, J. "That was the day they destroyed my family". *Sunday Times*, 1996-08-11:7.

Du Toit, ZB. 'ANC verswyg waarheid oor Magoo's Bar voor die WVK'. *Rapport*, 1996-09-01:11.

Dyregrov, A. 1995. *Grief in children. A handbook for adults*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Ensink, K., Robertson, BA., Zissis, C. & Leger, P. 1997. Post-traumatic stress disorder in children exposed to violence. *South African Medical Journal*, 87(11):1526-1530.

Eth, S. & Pynoos, RS. (Ed.) 1985. *Post-traumatic stress disorder in children*. Washington: American Psychiatric Press Inc.

Figley, CR. 1986. *Trauma and its wake. Volume II: traumatic stress theory, research, and intervention*. New York: Brunner/Mazel.

Figley, CR. 1989. *Helping traumatized families*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Fitzpatrick, JJ. & Whall, AL. 1996. *Conceptual models of nursing: analysis and application*. 3rd edition. Stamford, Connecticut: Appleton & Lange.

Friedman, R. 'Only the wilfully blind can dispute TRC fairness'. *Cape Times*, 1996-08-16:4.

Friedman, R. Victims were shot while trying to flee, TRC told. *Cape Times*, 1996-09-12:8.

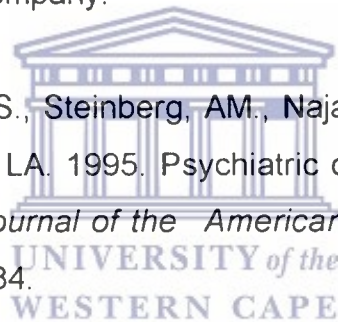
Galante, R. & Foa, D. 1986. An epidemiological study of psychic trauma and treatment effectiveness for children after a natural disaster. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 25(3):357-363.

George, JB. 1990. *Nursing theories. The base for professional nursing practice*. 3rd edition. Norwalk, Connecticut: Appleton & Lange.

Giaconia, RM., Reingerz, HZ., Silverman, AB., Pakiz, B., Frost, AK. & Cohen, E. 1995, Traumas and posttraumatic stress disorder in a community population of older adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34:1369-1381.

Gilliland, BE. & James, RK. 1993. *Crisis intervention strategies*. 2nd edition. Pacific Grove: Brooks Cole Publishing Company.

Goenjian, AK., Pynoos, RS., Steinberg, AM., Najarian, LM., Asarnow, JR., Karayan, I., Ghurabi, M. & Fairbanks, LA. 1995. Psychiatric comorbidity in children after the 1988 earthquake in Armenia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34(9):1174-1184.



Gordon, R. & Wraith, R. 1993. Responses of children and adolescents to disaster. In: Wilson, JP. & Raphael, B. (Eds.). *International handbook of traumatic stress syndromes*. New York: Plenum Press: 561-575.

Green, A. 1993. *International handbook of traumatic stress syndromes*. New York: Plenum Press.

Guy, W. 1976. *ECDEU assessment manual for psychopharmacology*. revised. Rockville, Md: National Institute of Mental Health, Psychopharmacology Research Branch: 217-222.

Handford, HA., Mayes, SD., Mattison, RE., Humphrey II, FJ., Bagnato, S., Bexler, EO. & Kales, JD. 1986. Child and parent reaction to the Three Mile Island nuclear accident. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 25(3):346-356.

Herman, JL. 1992. *Trauma and recovery*. United States of America: Basic Books.

Hobfoll, SE., Dunahoo, CA. & Monnier, J. 1995. Conservation of resources and traumatic stress. In Freedy, JR. & Hobfoll, SE. (Eds.) *Traumatic stress. From theory to practice*. New York: Plenum Press: 29-47.

Hubbard, J., Realmuto, GM., Northwood, AK. & Masten, AS. 1995. Comorbidity of psychiatric diagnoses with posttraumatic stress disorder in survivors of childhood trauma. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34(9):1167-1173.

HUMAN SCIENCES RESEARCH COUNCIL (HSRC). 1994. Research in Progress. Human Sciences Research Council: Pretoria.

Husain, SA., Nir, J., Holcomb, W., Reid, JC., Vargas, V. & Nair, SS. 1998. Stress reactions of children and adolescents in war and siege conditions. *American Journal of Psychiatry*, 155(12):1718-1719.

Jacob, SW., Francone, CA. & Lossow WJ. 1978. *Structure and function in man*. 4th edition. Philadelphia: W.B. Saunders Company.

James, B. 1989. *Treating traumatized children. New insights and creative interventions*. Toronto: Lexington Books.

Janoff-Bulman, R. 1992. *Shattered assumptions. Towards a new psychology of trauma*. New York: The Free Press.

Keltner, NL., Sc.hwecke, LH. & Bostrom, CE. 1995. *Psychiatric Nursing*. 2nd edition. St Louis: C.V. Mosby.

Kinzie, D., Sack, WH., Angell, RH., Manson, S. & Rath, B. 1986. The psychiatric effects of massive trauma on Cambodian children:I. The children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 25(3):370-376.

Klingman, A. 1993. School-based intervention following a disaster. In Saylor, CF. (Ed.) *Children and disasters*. New York: Plenum Press:187-210.

Kosten, TR., Frank, JB., Dan, E., McDougle, CJ. & Giller EL. 1991. Pharmacotherapy of PTSD using phenelzine or imipramine. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 179:366-370.

Kozier, B., Erb, G. & Blais, K. 1992. *Concepts and issues in nursing practice*. 2nd edition. California: Addison-Wesley Nursing. A division of the Benjamin/Cummings Publishing Company, Inc.

Krech, D., Crutchfield, RS. & Livson, N. 1969. *Elements of Psychology*. 2nd edition. New York: Alfred A. Knopf.

KwaMakutha slagting 'dalk weer ondersoek'. *Die Burger*, 1996-10-15:13.

Lewis, W. 1996. The shocking reality. *Nursing News*, 20(4):12.

Lindy, JD. 1986. An outline for the psychoanalytic psychotherapy of Post-Traumatic Stress Disorder. In: Figley, CR. (Ed.). *Trauma and its wake. Volume II: Traumatic stress theory, research, and intervention*. New York. Brunner/Mazel Publishers:195-212.

Livingston, R., Lawson, L. & Jones, JG. 1993. Predictors of self-reported psychopathology

in children abused repeatedly by a parent. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32(5):948-953.

Lonigan, C.J., Shannon, M.P., Taylor, C.M., Finch, A.J. & Sallee, F.R. 1994. Children exposed to disaster: II. Risk factors for the development of Post-Traumatic Symptomatology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33(1):94-105.

Mallik, M.J. 1983. Nursing diagnoses and the novice student. *Nursing Health Care*, 8:455.

Malmquist, C.P. 1986. Children who witness parental murder: posttraumatic aspects. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 25(3):320-325.

Marais, A. & Möller, A.T. 1998. Psychotherapy of post-traumatic stress disorder. *Continuing Medical Education Journal*, 16(2):115-122.

Marriner, A. 1979. *The nursing process: a scientific approach to nursing care*. 2nd edition. St. Louis: CV Mosby.



Marshall, R.D. 1998. Using medication in the treatment of post-traumatic stress disorder. *Continuing Medical Education Journal*, 16(2):125-128.

Masuku, B. Letter. (Groomed for Crime), *The Citizen*, 1995-11-22:19.

McDuff, D.R. & Johnson, J.L. 1992. Classification and characteristics of army stress casualties during Operation Desert Storm. *Hospital Community Psychiatry*, 43(8):812.

McFarlane, A.C., Policansky, S. & Irwin, C.P. 1987. A longitudinal study of the psychological morbidity in children due to a natural disaster. *Psychological Medicine*, 17:727-738.

McFarlane, A.C. 1990. Post-Traumatic Stress Syndrome revisited. In: Parad, H.J. & Parad,

LG. (Ed.). *Crisis intervention, Book 2. The practitioner's sourcebook for brief therapy.* Milwaukee, Wisconsin: Family Service America: 69-92.

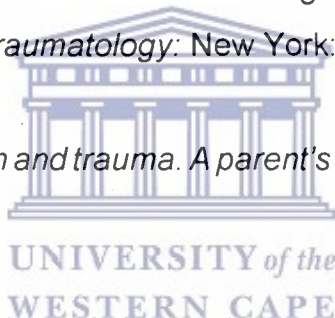
Mdhlela, J. Youths undergo reintegration, War's over. Embattled kids learn new skills. *The Sowetan*. 1994-11-29:3.

Meichenbaum, D. 1994. *Treating post-traumatic stress disorder. A handbook and practice manual for therapy.* New York: John Wiley & Sons.

Mitchell, JT. 1983. When disaster strikes: critical incident stress debriefing. *Journal of Emergency Medical Services*, 8:36-29.

Mitchell, JT. & Everly, GS. 1995. Critical Incident Stress Debriefing (CISD) and the prevention of work-related traumatic stress among high risk occupational groups. In Everly, GS. & Lating, JM. *Psychotraumatology*: New York: Plenum Press:267-280.

Monahan, C. 1993. *Children and trauma. A parent's guide to helping children heal.* Toronto: Lexington Books.



Munson, CE. 1995. Overview of diagnosis and treatment of psychological trauma in children. *Early Child Development and Care*, 106:149-166.

Murray, RB. & Huelskoetter, MMW. 1987. *Psychiatric/Mental health nursing: giving emotional care.* California: Appleton & Lange.

Nader, K., Pynoos, R., Fairbanks, L. & Frederick, C. 1990. Children's PTSD reactions one year after a sniper attack at their school. *American Journal of Psychiatry*, 147 (11):1526-1530.

Nel, I. 1998. Mental health and you: what is mental health? *Nursing News*, 22(10):22.

Niehaus, DJ., Van Niekerk, A. & Stein, DJ. 1998. Symptoms of post-traumatic stress disorder. *Continuing Medical Education Journal*, 16(2):103-107.

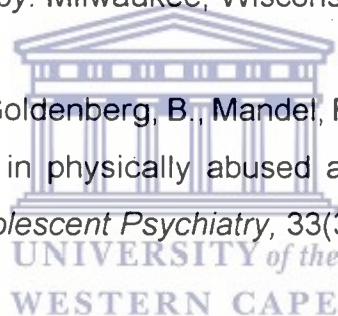
Nzimande, P.N. 1996. *The preventative and promotive health digest in the changing Africa*. 2nd edition. Pinetown: Albertus Publishers.

Odendal, FF., Schoonees, PC., Swanepoel, CJ., Du Toit, SJ. & Booyen, CM. 1997. *Verklarende Handwoordeboek van die Afrikaanse Taal*. Vierde hersiene uitgebreide uitgawe. Midrand: Perskor Uitgewery.

Officer 'advised not to sue ANC'. *Cape Times*. 1996-08-14:8.

Parad, HJ. & Parad, LG. (Eds.) 1990. *Crisis intervention, Book 2. The practitioner's sourcebook for brief therapy*. Milwaukee, Wisconsin: Family Service America.

Pelcovitz, D., Kaplan, S., Goldenberg, B., Mandel, F., Lehane, J & Guarrera, J. 1994. Post-traumatic stress disorder in physically abused adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33(3):305-312.



Pfefferbaum, B. 1997. Posttraumatic stress disorder in children: A review of the past 10 years.1997. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(11):1503-1511.

Polit, DE. & Hungler, BP. 1987. *Nursing research: principles and methods*. Philadelphia: Lippincott.

Polit, DE. & Hungler, BP. 1997. *Essentials of nursing research: methods, appraisals and utilization*. 4th edition. Philadelphia: Lippincott.

Pynoos, RS. Post-Traumatic stress disorder in children and adolescents. In *Psychiatric*

disorders in children and adolescents. (eds) Garfinkel, B.D., Carlson, G.A. & Weller, E.B. 1990. Philadelphia: W.B. Saunders Company.

Pynoos, RS., Frederick, C., Nader, K., Arroyo, W., Steinberg, A., Eth, S., Nunez, F. & Fairbanks, L. 1987. Life threat and posttraumatic stress in school-age children. *Arch Gen Psychiatry*, 44(12):1057-1063.

Pynoos, RS., Goenjian, A., Tashjian, M., Karakashian, M., Manjiakian, R., Manoukian, G., Steinberg, AM. & Fairbanks, LA. 1993. Post-traumatic stress reactions in children after the 1988 Armenian earthquake. *British Journal of Psychiatry*, 163:239-247.

Pynoos, RS. & Nader, K. 1988. Children who witness the sexual assaults of their mothers. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27(5):567-572.

Pynoos, RS. & Nader, K. 1993. Issues in the treatment of posttraumatic stress in children and adolescents. In Wilson, JP. & Raphael, B. (Eds.) *International handbook of traumatic stress syndromes*. New York: Plenum Press:535-550.

Pynoos, RS., Steinberg, AM. & Goenjian, A. 1996. Traumatic stress in childhood and adolescence: recent developments and controversies in *Traumatic stress: the effects of overwhelming experience on mind, body and society*. (eds) Van Der Kolk, BA., McFarlane, AC. & Weisaeth, L. New York: Guilford Press.

Raphael, B. & Wilson, JP. 1993. Theoretical and intervention considerations in working with victims of disaster. In Wilson, JP. & Raphael, B. (Eds.) *International handbook of traumatic stress syndromes*. New York: Plenum Press:105-118.

Robertson, M. 1998. An overview of rape in South Africa. *Continuing Medical Education Journal*, 16 (2):139-142.

Robinson, RC. & Mitchell, JT. 1993. Evaluation of psychological debriefings. *Journal of Traumatic Stress*, 6(3):367-382.

Sack, WH., Angell, RH., Kinzie, JD. & Rath, B. 1986. The psychiatric effects of massive trauma on Cambodian children: II. The family, the home and the school. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 198625(3):377-383.

Sack, WH., Clarke, GN. & Seeley, J. 1995. Posttraumatic stress disorder across two generations of Cambodian refugees. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34(9):1160-1166.

SAPA. 1996. SA child abuse cases up by 60%. *Pretoria News*, 1996-06:3.

Saylor, CF. (Ed.) 1993. *Children and disasters*. New York: Plenum Press.

Schoeman, JP. & Van der Merwe, M. 1996. *Entering the child's world. A play therapy approach*. Pretoria: Kagiso Tertiary.

Schwarz, ED. & Kowalski, JM. 1991. Malignant memories: PTSD in children and adults after a school shooting. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30: 936-944.

Scott, MJ. & Stradling, SG. 1992. *Counselling for post-traumatic stress disorder*. London: Sage Publications.

Shannon, MP., Lonigan, CJ., Finch, AJ. & Taylor, CM. 1994. Children exposed to disaster: I. Epidemiology of post-traumatic symptoms and symptom profiles. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33(1):80-93.

Shaw, JA., Applegate, B., Tanner, S., Perez, D., Rothe, E., Campo-Bowen, AE. & Lahey,

BL. 1995. Psychological effects of hurricane Andrew on an elementary school population. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34(9):1185-1192.

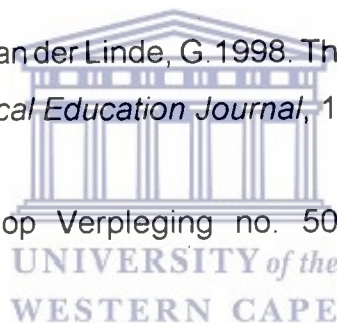
Simpson, MA. 1993a. Bitter waters. Effects on children of the stresses of unrest and oppression. In: Wilson, JP. & Raphael, B. (Eds.). *International handbook of traumatic stress syndromes*. New York: Plenum Press:601-624.

Simpson, MA. 1993b. Traumatic stress and the bruising of the soul. The effects of torture and coercive interrogation. In: Wilson, JP. & Raphael, B. (Eds.). *International handbook of traumatic stress syndromes*. New York: Plenum Press:667-684.

Stein, DJ. & Levenstein, S. 1998. Post-traumatic stress disorder: new findings with clinical relevance. *Continuing Medical Education Journal*, 16(2):101-102.

Stein, DJ., Schmidt, A. & Vander Linde, G. 1998. The neurobiology of post-traumatic stress disorder. *Continuing Medical Education Journal*, 16(2):109-112.

Suid-Afrika. 1978. Wet op Verpleging no. 50 van 1978 soos gewysig. Pretoria: Staatsdrukker.



Suid-Afrika. 1983. Wet op Kindersorg no. 74 van 1983 soos gewysig. Pretoria: Staatsdrukker.

Suid-Afrika. 1993. The Prevention of Family Violence Act, no. 33 of 1993. Pretoria: Staatsdrukker.

Suid-Afrika. 1996. *Konstitusie van die Republiek van Suid-Afrika, no.108, 1996*. Pretoria: Staatsdrukker.

Terr, LC. 1991. Acute response to external events and posttraumatic stress disorder. In

Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook, (ed.) Lewis, M. USA: Williams & Wilkins.

Terr, LC. 1991. Childhood traumas: An outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148:10-20.

Thomas, CL. 1978. *Taber's cyclopedic medical dictionary*. 13th edition. Philadelphia: F.A. Davis Company.

Thompson, D. (ed) 1995. *The Concise Oxford Dictionary of current English*. 9th edition. Oxford: Clarendon Press.

Trappler, B. & Friedman, S. 1996. Posttraumatic stress disorder in survivors of the Brooklyn bridge shooting. *American Journal of Psychiatry*, 153(5):705-707.

Traut, A., Boshoff, ELD. & Hawkrige, S. 1998. Post-traumatic stress disorder in children. *Continuing Medical Education Journal*, 16(2):131-136.

Treece, EW. & Treece, JW. 1977. *Elements of research in nursing*. 2nd edition. St Louis: C.V. Mosby.

Trimble, MR. 1985. In Peterson, KC., Prout, MF. & Schwarz, RA. *Post-traumatic stress disorder: a clinician's guide*. Ontario: Plenum Press.

Truth that moved a commissioner. *Sunday Times*, 1996-08-11:7.

Turner, SW. & Hough, A. 1993. Hyperventilation as a reaction to torture. In: Wilson, JP. & Raphael, B. (Eds.) *International handbook of traumatic stress syndromes*. New York: Plenum Press:725-732.

Udwin, O. 1993. Annotation: children's reactions to traumatic events. *Journal for Child Psychology and Psychiatry*, 34(2):115-127.

Uys, HHM. & Basson, AA. 1983. *Navorsingsmetodologie in die verpleegkunde*. Eerste uitgawe. Pretoria: HAUM Opvoedkundige Uitgewery.

Uys, L. 1996. Redaksioneel op uitnodiging. *Curationis*, 19(3). Durban: University of Natal.

Van Aswegen, EJ. 1999. Child sexual abuse. A bewildering reality part 1. *Nursing Update*, 23 (8):56-57.

Van der Merwe, M. 1999. *A social work practice model for young children traumatised by witnessing sudden, unexpected extreme life events*. Ongepubliseerde skripsie voorgelê ter vervulling van die vereistes vir die graad Doktoraat van Filosofie in Maatskaplike Werk. Stellenbosch: Universiteit van Stellenbosch.

Van Vuuren, JLG., Griessel, GAJ., Fourie, GN., Visser, PS., Söhnge, WF. & Stone, HJS. 1976. *Oriëntering in die pedagogiek. 'n Studieboek vir beginners*. Pretoria: UNISA.

Weisaeth, L. 1993. Disasters: Psychological and psychiatric aspects. In Goldberger, L. & Breznitz, S. (eds), *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects*. 2nd edition. New York: Free Press: 591-616.

Wessels, CJ. 1998. Workplace issues. *Continuing Medical Education Journal*, 16(2):146-148.

Webtuiste: http://www.ncptsd.org/about/annual_report/ar99.html.

WHO *Fact Sheet* No 130, August, 1996: WHO.

Yule, W. 1992. Resilience and vulnerability in child survivors of disasters. In Tizard, B. & Varma, V (Eds.) *Vulnerability and resilience: a festschrift for Ann and Alan Clarke*. London: Jessica Kingsley:82-98.

oOo



BYLAE A

VRAELYS VIR DIE OPNAME VAN DIE VOORKOMS VAN PTSS BY DIE KINDER- EN ADOLESSENTE PSIGIATRIESE EENHEID VAN TYGERBERG HOSPITAAL VIR DIE TYDPERK 1994 - 1996

1. Lêernommer:

2. Ouderdom:

3. Geslag: Manlik
Vroulik

4. Adres:

Die Kaapse Vlakte	<input type="checkbox"/>	Suidelike Voorstede van Kaapstad	<input type="checkbox"/>
Noordelike Voorstede van Kaapstad	<input type="checkbox"/>	Boland	<input type="checkbox"/>
Die Weskus en Namakwaland	<input type="checkbox"/>	Karoo	<input type="checkbox"/>
Suid-Kaapland	<input type="checkbox"/>	Noord-Kaapland	<input type="checkbox"/>
Oos-Kaapland	<input type="checkbox"/>	Namibia	<input type="checkbox"/>
Ander	<input type="checkbox"/>		

5. Huidige Diagnose (DSM IV):

5.1 Aksis I: Kliniese Steuring

Aandagtekort/Hiperaktiwiteitsteuring	<input type="checkbox"/>	Gedragsteuring	<input type="checkbox"/>
Opposisionele uitdagende steuring	<input type="checkbox"/>	Eetsteurings	<input type="checkbox"/>
Tourette's steuring	<input type="checkbox"/>	Motoriese/Vokale Tic steuring	<input type="checkbox"/>
Enkoprese	<input type="checkbox"/>	Enurese	<input type="checkbox"/>
Selektiewe Mutism	<input type="checkbox"/>	Middelmisbruik	<input type="checkbox"/>
Skisofreneform steuring	<input type="checkbox"/>	Paranoïede skisofrenie	<input type="checkbox"/>
Psigotiese steuring	<input type="checkbox"/>	Major Depressiewe steuring	<input type="checkbox"/>
Bipolêre Gemoedssteuring	<input type="checkbox"/>	Panieksteuring	<input type="checkbox"/>
Sosiale Fobie	<input type="checkbox"/>	Obsessiewe-kompulsiewe steuring	<input type="checkbox"/>
Posttraumatische Stressteuring	<input type="checkbox"/>	Veralgemeende Angssteuring	<input type="checkbox"/>
Konversie steuring	<input type="checkbox"/>	Faktiewe steuring	<input type="checkbox"/>
Geslagsidentiteitssteuring	<input type="checkbox"/>	Aanpassingssteuring	<input type="checkbox"/>
V-kode steuring: Verhoudingsprobleme	<input type="checkbox"/>	V-kode steuring: Rouproses	<input type="checkbox"/>
Ander	<input type="checkbox"/>	Geen	<input type="checkbox"/>

5.2 Aksis II: Persoonlikheidssteurings en Verstandelike Gestremdheid

Grenslyn Inteligensiekwosiënt	<input type="checkbox"/>
Verstandelike Gestremdheid	<input type="checkbox"/>
Grenslyn Persoonlikheidsteuring	<input type="checkbox"/>
Histrioniese Persoonlikheidsteuring	<input type="checkbox"/>
Geen	<input type="checkbox"/>
Ander	<input type="checkbox"/>

5.3 Aksis III: Algemene Mediese Toestande

Epilepsie	<input type="checkbox"/>	Enurese	<input type="checkbox"/>
Enkoprese	<input type="checkbox"/>	Strabisme	<input type="checkbox"/>
Vaginale afskeiding	<input type="checkbox"/>	Beserings/wonde	<input type="checkbox"/>
Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/>	Rektale prolaps	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	Migraine	<input type="checkbox"/>
Brandwonde	<input type="checkbox"/>	Middeloordosering	<input type="checkbox"/>
Seksueeloorraagbare siektes	<input type="checkbox"/>	HIV/VIGS	<input type="checkbox"/>
Ander	<input type="checkbox"/>	Geen	<input type="checkbox"/>

Aksis IV: Psigososiale- en omgewingsprobleme

Probleme met primêre ondersteuningsgroep	<input type="checkbox"/>	Opvoedingsprobleme	<input type="checkbox"/>
Sosio-ekonomiese probleme	<input type="checkbox"/>	Tienerswangerskap	<input type="checkbox"/>
Motorvoertuigongeluk	<input type="checkbox"/>	Hospitalisasie	<input type="checkbox"/>
Blootstelling aan geweld	<input type="checkbox"/>	Geen	<input type="checkbox"/>

6. Tipe Trauma

6.1 Akute

Verkragting	<input type="checkbox"/>
Waarneming van 'n persoon se dood	<input type="checkbox"/>
Verlies van 'n geliefde	<input type="checkbox"/>
Geen	<input type="checkbox"/>

6.2 Kroniese

Fisieke mishandeling	<input type="checkbox"/>
Seksuele molestering	<input type="checkbox"/>
Kombinasie	<input type="checkbox"/>
Geen	<input type="checkbox"/>

7. Trauma en Geslag

	Seuns	Dogters
Verkragting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waarneming van 'n persoon se dood	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Verlies van 'n geliefde | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fisieke mishandeling | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Seksuele molestering | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fisiese mishandeling en seksuele molestering | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

8. Selfmoordpogings

- | | |
|-----------------|--------------------------|
| Gewelddadig | <input type="checkbox"/> |
| Nie-gewelddadig | <input type="checkbox"/> |
| Geen | <input type="checkbox"/> |

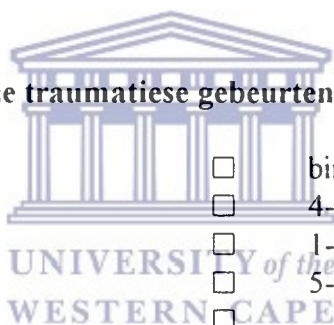
9. Familiegeskiedenis

- | | | | |
|---------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|
| PTSS | <input type="checkbox"/> | Depressie | <input type="checkbox"/> |
| Angssteurings | <input type="checkbox"/> | Alkohol-en middelmisbruik | <input type="checkbox"/> |
| Skisofrenie | <input type="checkbox"/> | Bipolêre gemoedsteuring | <input type="checkbox"/> |
| Eetsteuring | <input type="checkbox"/> | Selfmoordgedrag | <input type="checkbox"/> |
| Tics | <input type="checkbox"/> | Enurese | <input type="checkbox"/> |
| Enkoprese | <input type="checkbox"/> | Epilepsie | <input type="checkbox"/> |
| Asma | <input type="checkbox"/> | Geen | <input type="checkbox"/> |

10. Simptomatologie

10.1 Tydsverloop tussen die traumatiese gebeurtenis en die eerste besoek aan die hospitaal

- | | | | |
|----------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|
| Dae gelede | <input type="checkbox"/> | binne drie weke | <input type="checkbox"/> |
| 1-3 maande | <input type="checkbox"/> | 4-6 maande | <input type="checkbox"/> |
| 7-9 maande | <input type="checkbox"/> | 1-2 jaar | <input type="checkbox"/> |
| 3-4 jaar | <input type="checkbox"/> | 5-6 jaar | <input type="checkbox"/> |
| meer as 6 jaar | <input type="checkbox"/> | | |



10.2 Tydsverloop tussen die verskyning van PTSS simptome en die eerste besoek aan die hospitaal

- | | | | |
|---------------|--------------------------|-------------|--------------------------|
| Dae gelede | <input type="checkbox"/> | Weke gelede | <input type="checkbox"/> |
| Maande gelede | <input type="checkbox"/> | Jare gelede | <input type="checkbox"/> |

10.3 Oorheersende tipe PTSS simptome

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| Indringende simptome | <input type="checkbox"/> |
| Vermydingssimptome | <input type="checkbox"/> |
| Hiperwakkerheidssimptome | <input type="checkbox"/> |

11. Behandelingsmodaliteite

- Hospitalisasie
- Medikasie
- Psigoterapie
- Familieterapie
- Eksterne Verwysing
- Ander

12. Tipe medikasie

- Imipramien (Tofranil)
- Fluoksetien (Prozac)
- Amitriptalies (Tryptanol)
- Paroksetien (Aropax)
- Karbamasipien (Tegretol)
- Hidroksisien (Aterax)
- Ander
- Geen

13. Tydsduur van hospitalisasie

- 5 dae
- 10 dae
- 2 weke
- 5 weke
- Langer as 5 weke
- Nie van toepassing



14. Opvolgbesoeke

- Weekliks
- Mandeliks
- Terminasie deur pasiënt
- Nie van toepassing

15. Uitkomst (Clinical Global Impression-CGI)

- | | | | |
|-------------------------|--------------------------|---|--------------------------|
| Uitermate baie verbeter | <input type="checkbox"/> | Baie verbeter | <input type="checkbox"/> |
| Minimaal verbeter | <input type="checkbox"/> | Nie verbeter nie | <input type="checkbox"/> |
| Minimaal verswak | <input type="checkbox"/> | Baie verswak | <input type="checkbox"/> |
| Uitermate baie verswak | <input type="checkbox"/> | Terminasie deur pasiënt (<i>defaulting</i>) | <input type="checkbox"/> |



UNIVERSITEIT VAN STELLENBOSCH
UNIVERSITY OF STELLENBOSCH

4th January 1994

To whom it may concern:

This is to confirm that Mrs Anneline Traut, working in conjunction with the Medical Research Council Unit for Anxiety and Stress Disorders, has permission to access the confidential clinical records of the Child and Adolescent Psychiatry Unit of Tygerberg Hospital for research purposes.

I have satisfied myself that accepted ethical guidelines will be adhered to.

This authorisation extends until the completion of Mrs Traut's project, which is anticipated to be the end of 1996.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Susan M Hawkrige (D)'.

**DR SUSAN M HAWKRIDGE
HEAD: CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY UNIT
TYGERBERG HOSPITAL/UNIVERSITY OF STELLENBOSCH**