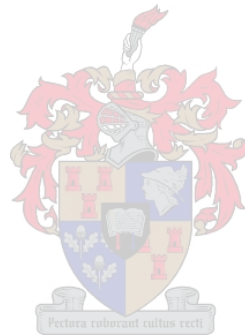


**DIE PSIGOSOSIALE EFFEK VAN POSTNATALE DEPRESSIE  
BY DIE VROU: DIE PERSEPSIE EN ERVARING VAN DIE  
LEWENSMAAT**

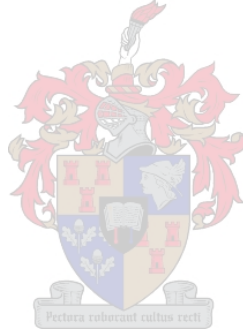


**EMERENTIA ESTERHUYSE**

**DIE PSIGOSOSIALE EFFEK VAN POSTNATALE DEPRESSIE  
BY DIE VROU: DIE PERSEPSIE EN ERVARING VAN DIE  
LEWENSMAT**

**DEUR**

**EMERENTIA ESTERHUYSE**



Tesis ingelewer ter gedeeltelike voldoening aan die vereistes vir die graad van  
Magister in Maatskaplike Werk aan die Universiteit van Stellenbosch

**Studieleier: Prof. S. Green**

**Stellenbosch**

**April 2006**

## VERKLARING

Ek, die ondergetekende, verklaar hiermee dat die werk in hierdie tesis vervat, my eie oorspronklike werk is en dat dit nie vantevore in die geheel of gedeeltelik by enige universiteit ter verkryging van 'n graad voorgelê is nie.



---

Handtekening

---

Datum

## OPSOMMING

Die ondersoek is gerig op die persepsies en ervarings van die psigososiale effek wat postnatale depressie op die lewensmaats van vroue met hierdie siekte het. Postnatale depressie is 'n gemoedstoestand wat soms by vroue voorkom na die geboorte van 'n baba.

Dit is egter 'n redelike onbekende siektetoestand, wat nie dikwels in die gemeenskap bespreek word nie. Die navorser bied gevolglik eers 'n oorhoofse beeld van die siekte aan en dui die verskille wat bestaan tussen die bekende nageboortelike neerslagtigheid ("The Blues"), postnatale depressie en postnatale psigose. Sodoende word 'n vertroudheid bewerkstellig met die spesifieke siektetoestand. Daarna word die oorsake wat tot die siekte lei en simptome wat voorkom, verduidelik, aangesien dit die vrou se gedrag kan beïnvloed en 'n direkte effek op haar en haar lewensmaat se psigososiale lewe kan hê.

Om begrip te verkry vir die lewensmaat se omstandighede waarin hy homself bevind, is die rol as lewensmaat en vader in die literatuur ondersoek. Met in agneming hiervan is die lewensmaat se persepsies en ervarings ten opsigte van sy vrou se depressie beskryf en hoe hy daardeur beïnvloed is. Aandag is ook gegee aan die verskillende metodes van intervensie wat benut word tydens postnatale depressie. Die rede hiervoor is omdat die pasiënt en haar lewensmaat direk deur die intervensieproses geaffekteer word wanneer hulle toelaat dat professionele persone tydens die herstelperiode by hulle betrokke raak.

Hierdie navorsing is gedoen deur die opinies te bekom van deelnemers wat ingeskakel is by 'n reeds bestaande ondersteuningsgroep vir die lewensmaats van depressiewe vroue. Die navorser het, tydens die verloop van hierdie ondersoek, die ondersteuningsgroep binne 'n privaat maatskaplike werk praktyk hanteer. Inligting is verkry deur fokusgroepe te hou en daarna ook individuele onderhoude met elke deelnemer te voer. Die deelnemers moes

kommentaar lewer oor die wyse waarop postnatale depressie hulle verhouding met hulle vrouens, babas en uitgebreide familie beïnvloed het en watter aanpassings hulle moes maak om die gesin te akkommodeer. Hulle moes hulle eie emosies ten opsigte van die gebeure probeer beskryf en 'n opinie uitspreek oor die behandeling wat beskikbaar was en voorstelle maak om dienslewering in die toekoms te verbeter.

Die algemene gevolgtrekking wat in hierdie studie gemaak is, is dat maatskaplike werkers in die gemeenskap voor 'n groot uitdaging te staan kom, wanneer postnatale depressie ter sprake is. Hierdie siekte moet hoofsaaklik voorkom word, maar indien dit reeds by die vrou gediagnoseer is, moet dit korrek behandel word, sodat gesinsverbrotting verhoed kan word. Die primêre doel van enige gemeenskap is om met albei ouers as rolmodelle gesonde gesinstrukture daar te stel en te handhaaf. Die doel hiervan is om kinders voor te berei om in gebalanseerde volwassenes te ontwikkel sodat hulle hulle regmatige plek in die samelewing inneem.



## SUMMARY

This study is based on the perceptions and experiences of the psychosocial effect that post natal depression has on the partners of women diagnosed with this illness. Post natal depression is an emotional state of mind experienced by some women after the birth of a baby.

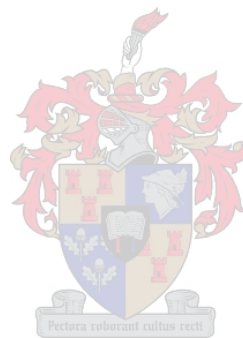
In reality, it is a relatively scarce illness that is not openly spoken of in the community. Firstly the researcher will present an overview of the illness, and show the differences between the “baby blues”, post natal depression and post natal psychosis in order to heighten the awareness of this specific illness. Thereafter, the circumstances that lead to the illness as well as the symptoms present are explained since the women’s behaviour can impact on, as well as directly affect, both the partners psychosocial lives.

To understand the circumstances in which a partner finds himself, the role of a man and father will be examined. With this in mind, the mans perceptions and experiences are further described with regard to his partner’s depression and how this affects him. Attention is also given to the different methods of treatment of postnatal depression, since the patient and her partner’s lives are directly impacted by professional involvement during the recovery period.

This research is based on the opinions expressed by the participants of an existing support group for the partners of depressed women. The group is conducted by the researcher as a social worker in her private practice. Information was obtained through group sessions and followed up by individual interviews with each participant. The participants were required to comment on the way in which post natal depression had affected their relationship with their partners, babies and extended families as well as how they adjusted to the situation. The participants were recruited to describe their emotions with regard to the circumstances and express an opinion on the

treatment available. They were also requested to suggest ways of improving the existing methods.

The overall conclusion reached in this study is that social workers in the community are faced with a great challenge where post natal depression is concerned. Ideally this illness should be prevented but when it does occur, correct treatment is essential in order to obviate the breakdown of the family. The primary aim of any community is to provide and maintain a healthy family structure with both parents acting as role models. The purpose is to prepare children to develop into balanced adults in order to take their rightful place in society



## ERKENNING

Hiermee word opregte dank en waardering betuig aan die volgende persone en instansies:

### 1 Korintiërs 12: 7

**“Aan elkeen afsonderlik word ‘n werking van die Gees gegee tot voordeel van almal.”**

1. Dankie aan my Hemelse Vader wat my elke dag toerus met kennis, wysheid en liefde, terwyl Hy Sy vertrouwe in my stel om met die kroon van Sy skepping te werk.
2. Aan my man Riaan vir al sy liefde, vir sy geloof in my en dat hy my toelaat om my passie uit te leef en volwaardig myself as mens te ontwikkel, terwyl dit dikwels van hom groot opofferings gekos het.
3. Daar is te min woorde om aan my kinders, Elzaan en Corlia, dankie te sê vir al die kere wat ek nie aandag aan julle kon gee, ter wille van hierdie studie nie. Dankie dat julle aan mamma tyd, liefde en baie geduld gegee het.
4. Aan my eie ma wat altyd my potensiaal help ontwikkel het en nie net in my glo nie, maar selfs ure afgestaan en my gehelp het met die transkribering van die empiriese studie.
5. Dankie vir Pa Fanie en Ma Tokkie vir al die gebede en julle onbaatsugtige beskikbaarheid vir ons as gesin.
6. Thank you Liz Mills and the Post Natal Depression Support Association South Africa for all your help with literature on this topic and your ongoing support.



7. Dankie aan prof. Green, my studieleier, vir al u geduld en raad. Sonder u positiwiteit en ondersteuning sou dit beslis nie moontlik gewees het nie.
8. Dankie aan Wouter en Carla, Rean en Sanette, Victor en Tana, Frans en Marietjie en Richard en Amanda dat julle bereid was om julle stories met my te deel.
9. Dankie Theresa vir al die tikwerk en die ure wat jy jou eie gesin moes afskeep om te help op die rekenaar. Jou vriendskap is spesiaal.
10. 'n Dankie aan Estelle du Toit wat gehelp het met die verwerking van die taal.
11. Vir Leon, dankie dat jy saans na 'n moeilike dag op kantoor nog kans gesien het om dié studie deur te lees en jou gedagtes daaroor met my te deel. Dit word opreg waardeer.
12. Dankie aan al ons vriende in Sonnekus gemeente vir al julle gebede, ondersteuning, liefde en lojaliteit.
13. 'n Spesiale dank aan Johann Goussard vir al jou opregte belangstelling en motivering. Dit is jammer dat jou onverwagse dood in September 2005 veroorsaak het dat jy nooit die einresultaat van hierdie tesis saam met my kon meemaak nie.

# INHOUDSOPGAWE

## HOOFSTUK 1

### INLEIDING

	<b>Bladsy</b>
1.1 Motivering vir navorsing	1
1.2 Doelstellings van die navorsingsprogram	6
1.3 Woordomskrywing	7
1.3.1 Depressie	7
1.3.2 Lewensmaat	7
1.3.3 Pasiënt	8
1.3.4 Postnatale depressie (PND)	8
1.4 Afbakening van die navorsingsveld	8
1.5 Navorsingsmetodologie	9
1.5.1 Fokusgroepe	10
1.5.2 Onderhoude	11
1.6 Beperkinge van ondersoek	12
1.7 Tydsduur van die ondersoek	12
1.8 Inhoud van die studie	12

## HOOFSTUK 2

### POSTNATALE DEPRESSIE EN DIE PSIGOSOSIALE IMPLIKASIES VIR DIE GESIN

2.1 Inleiding	14
2.2 Die begripsomskrywing van postnatale depressie	15
2.2.1 Nageboortelike neerslagtigheid ( "The Blues")	18
2.2.2 Postnatale Depressie (PND)	19
2.2.3 Postnatale Psigose	20
2.3 Die Geskiedenis van PND	21
2.4 Die simptome van die verskillende postnatale gemoedsteurings	22
2.4.1 Simptome van nageboortelike neerslagtigheid	23
2.4.2 Simptome van postnatale depressie	23

2.4.2.1 Die fisiese kenmerke van PND	24
i) Hoofpyne en liggaamspyne	24
ii) Duiseligheid	24
iii) Hartkloppings	24
iv) Tintelende gevoel in die ledemate	25
v) Hiperventilasie	25
vi) Kroniese moegheid	25
vii) Verandering in die slaappatroon	25
viii) Verandering in eetlus	26
ix) Verdere fisiese klagtes	26
2.4.2.2 Die psigiese kenmerke van PND	26
i) 'n Depressiewe en pessimistiese gemoed	26
ii) Gevoelens van ontoereikendheid	27
iii) Angs, angsaanvalle en paniek	27
iv) Verlies aan konsentrasie	28
v) Apaties	28
vi) Selfmoordneigings	28
vii) Bizarre gedagtes	29
2.4.2.3 Die gedragskenmerke van PND	29
i) Huilerigheid en melankolie	29
ii) Teruggetrokkenheid en isolasie	29
iii) Rusteloosheid en geïrriteerdheid	30
iv) Besluiteloosheid	30
v) Hiperaktiwiteit	30
vi) Onvermoë om met die baba te bind	31
vii) Sensitiwiteit ten opsigte van klank	31
viii) Fobies en nagmerries	31
ix) Verlies aan libido	32
2.4.3 Simptome van postnatale psigose	32
2.4.4 Simptome van obsessiewe kompulsiwiteit en paniek	33
2.4.5 Simptome van postnatale manie	35
2.5 Die identifisering van PND	35
2.6 Die oorsake van PND	36
2.6.1 Fisiese oorsake van PND	37



2.6.1.1	Die ouderdom van die vrou	37
2.6.1.2	Die persoonlikheid van die vrou	38
2.6.1.3	Vorige geskiedenis van depressie	38
2.6.1.4	Hormone	38
2.6.1.5	Die Premenstruele siklus (PMS)	39
2.6.1.6	Tiroïed- probleme	40
2.6.1.7	Anemie	40
2.6.1.8	Borsvoeding	41
2.6.1.9	Komplikasies met die geboorteproses	42
2.6.1.10	Vorige infertiliteit	42
2.6.1.11	Fisiese probleme wat volg na die geboorte	43
2.6.1.12	Onvermoë om gewig te verloor	43
2.6.2	Emosionele Oorsake	43
2.6.2.1	Verhoudings wat verander	44
i)	Verhouding met haar moeder	44
ii)	Verhouding met die baba	45
iii)	Verhouding met die lewensmaat	45
iv)	Verhouding met vriende	46
2.6.2.2	Vertraagde reaksie op verliese/trauma	46
i)	Die dood van 'n geliefde	46
ii)	Vorige aborsies, miskrame en stilgeboortes	47
iii)	Premature baba	47
iv)	Swangerskap en geboortes	
v)	van meerlinge	47
vi)	Verhuising	48
vii)	Seksuele mishandeling	48
2.6.3	Maatskaplike oorsake van PND	48
2.6.3.1	Moeder – en ouerskap	49
2.6.3.2	Onbeplande swangerskap	49
2.6.3.3	Bedanking of terugkeer na die arbeidsmark	50
2.6.3.4	Invloed van die uitgebreide familie	50
2.6.3.5	Isolasie van PND	51

2.7	Die psigososiale implikasies van PND	51
2.7.1	Die psigososiale implikasies vir die vrou	52
2.7.2	Die psigososiale implikasies vir die baba en ander kinders	52
2.7.2.1	Die baba	52
2.7.2.2	Ander kinders	54
2.8	Samevatting	55

### HOOFSTUK 3

#### DIE PSIGOSOSIALE IMPLIKASIES VAN POSTNATALE DEPRESSIE OP DIE PASIËNT SE LEWENSMAAT

3.1	Inleiding	57
3.2	Die psigososiale ontwikkeling van 'n vader	59
3.2.1	Vaderskap soos dit tradisioneel verstaan word	60
3.2.1.1	Die vader as koning	64
3.2.1.2	Die kritiese vader	64
3.2.1.3	Die passiewe vader	64
3.2.1.4	Die afwesige vader	64
3.2.2	Die moderne vader van vandag	66
3.2.3	Die vader se hantering van swangerskap en geboorte	68
3.2.4	Die bindingsproses tussen vader en kind	70
3.2.5	Versorging, voorsiening en tyd met die baba	71
3.2.6	Die emosionele effek van vaderskap	73
3.3	Die psigososiale effek van PND op die lewensmaat	76
3.3.1	Die invloed wat die vrou se siekte op die lewensmaat het	77
3.3.1.1	Die vrou raak soos 'n vreemdeling	77
3.3.1.2	Die invloed van PND op die lewensmaat se verhoudings	79
i)	Die vrou se emosionele onstabieliteit	79
ii)	Konflik in die huwelik	79
iii)	Die oorneem van verantwoordelikhede	80

vi)	Gevoelens van uitsluiting	81
v)	Emosionele belewenis van die man	82
vi)	Langdurige stres op die verhouding	83
vii)	Die invloed van die uitgebreide familie	84
viii)	Die effek van PND op vriende	84
3.3.1.3	Die verandering ten opsigte van intimiteit	85
i)	Seksualiteit in die algemeen	86
ii)	'n Tekort aan intimiteit	87
iii)	Die fisiese veranderinge van die vrou	87
iv)	Die invloed wat die baba op seksualiteit het	88
v)	Kommunikasie oor seksualiteit	89
vi)	Die invloed van PND op seksualiteit	90
3.3.2	Die lewensmaat se hantering van PND	92
3.3.2.1	Die probleemoplos-vermoëns van die lewensmaat	93
3.3.2.2	Die verlies en beheer van emosies by die lewensmaat	95
3.3.2.3	Aanpassings wat 'n lewensmaat moet maak	98
3.4	Postnatale depressie by die lewensmaat self	101
3.5	Samevatting	104

## HOOFSTUK 4

### INTERVENSIESTRATEGIEË VIR POSTNATALE DEPRESSIE

4.1	Inleiding	105
4.2	Mediese intervensie	107
4.2.1	Hospitalisasie	107
4.2.2	Medikasie	108
4.2.3	Elektrokonvulsiewe behandeling	114
4.2.4	Hormoonterapie	116
4.3	Maatskaplike werk intervensie	117
4.3.1	Individuele beraad aan die moeder	118
4.3.2	Bemagtiging van die vader	120

4.3.3	Beraad met albei lewensmaats	123
4.3.4	Groepwerk	124
4.4	Alternatiewe intervensiestrategieë	125
4.5	Samevatting	127

## HOOFSTUK 5

### DIE PERSEPSIE EN ERVARING VAN DIE LEWENSMAAT TEN OPSIGTE VAN POSTNATALE DEPRESSIE

5.1	Inleiding	128
5.2	Die navorsingsmetodologie	129
5.3	Etiese oorwegings in die studie	132
5.4	Die resultate van die studie	134
5.4.1	Postnatale depressie as 'n siekte	136
5.4.1.1	Die bekendheid van die siekte by die lewensmaat	136
5.4.1.2	Die risikofaktore wat volgens die lewensmaat PND veroorsaak het	138
5.4.2	Die effek van PND op verhouding	141
5.4.2.1	Die effek van PND op die verhouding tussen die lewensmaat en die vrou	141
i)	Kommunikasie wat versleg	142
ii)	Die ooremosionaliteit van die vrou	144
iii)	Intimiteit wat afneem	145
iv)	Die effek van die swak verhouding op die lewensmaat	147
v)	Inmenging deur die uitgebreide gesin	148
vi)	Die isolasie van vriende	148
5.4.2.2	Die effek van PND op vaderskap	149
i)	Die lewensmaat se rolmodel	149
ii)	Emosies betrokke ten opsigte van vaderskap	150
iii)	Die bindingsproses tussen die vader en kind	151
iv)	Die aanpassings wat die lewensmaat moes maak ten einde verhoudings en sy huishouding te akkomodeer	152
5.4.3	Die effek van PND op die lewensmaat as persoon	158

5.4.3.1 Die beheer en die verlies van die lewensmaat se emosies	158
5.4.3.2 Postnatale depressie by die lewensmaat	162
5.4.4 Die intervensiestrategie om PND te oorkom	162
5.4.4.1 Die lewensmaat se vermoë tot probleemoplossing	163
5.4.4.2 Die deelnemers se menings oor die effektiwiteit van behandeling	164
5.5 Samevatting	168

## HOOFSTUK 6

### GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS

6.1 Inleiding	169
6.2 Gevolgtrekkings en aanbevelings	169
6.2.1 Die profiel van die deelnemers	169
6.2.2 Die hoof en subtemas in hierdie studie	170
6.2.2.1 Postnatale depressie as 'n siekte	172
i) Die bekendheid van die siekte by die lewensmaat	172
ii) Die risikofaktore wat volgens die lewensmaat PND veroorsaak het	173
6.2.2.2 Die effek van PND op verhoudings	174
i) Die effek van PND op die verhouding tussen die lewensmaat en die vrou	175
a) Kommunikasie wat versleg	175
b) Die ooremosionaliteit van die vrou	175
c) Intimiteit wat afneem	176
d) Die effek van die swak verhouding op die lewensmaat	176
e) Inmenging deur die uitgebreide gesin	177
f) Die isolasie van vriende	178
ii) Die effek van PND op vaderskap	179
a) Die lewensmaat se rolmodel	180
b) Emosies betrokke ten opsigte van vaderskap	181
c) Die bindingsproses tussen die vader en kind	181
iii) Die aanpassings wat die lewensmaat moes maak	



ten einde verhoudings en sy huishouding te akkommodeer	182
6.2.2.3 Die effek van PND op die lewensmaat as persoon	183
i) Die beheer en die verlies van die lewensmaat se emosies	183
ii) Postnatale depressie by die man	184
6.2.2.4 Die intervensiestrategie om PND te oorkom	185
i) Die lewensmaat se vermoë tot probleemoplossing	185
ii) Die deelnemers se mening oor die effektiwiteit van die intervensie	186
6.3 Verdere navorsing	187
6.4 Afsluiting	187

## FIGURE

Figuur 4.1 Klassifikasie van anti-depressante	112
Figuur 4.2 Teenangs medikasie	113
Figuur 5.1 Die profiel van die deelnemers in hierdie studie	130
Figuur 5.2 'n Skematiese uiteensetting van die hoof en subtemas in hierdie studie	135
Figuur 5.3 Risikofaktore wat deur die lewensmaats geïdentifiseer is	139
Figuur 6.1 'n Skematiese uiteensetting van die hoof en subtemas in hierdie studie	171

# HOOFSTUK 1

## INLEIDING

### 1.1 MOTIVERING VIR NAVORSING

Die geboorte van 'n baba is gewoonlik een van die vreugdevolste gebeurtenisse in 'n egpaar se lewe. Dit is vir beide ouers deel van 'n nuwe lewensfase. Hierdie fase word egter verkeerdlik geromantiseer en veroorsaak dikwels dat ouers nie voorbereid is op die negatiewe gevoelens en fisiese uitputting wat ouerskap op die huweliksverhouding het nie. Vriende en familie wat hierdie lewensfase reeds bemeester het, is dikwels nie openlik en eerlik oor die impak wat 'n baba op die verhouding het nie. Die rede vir hierdie stilswye is heelwaarskynlik omdat niemand kans sien om die opgewonde ouerpaar en hulle familie negatief te beïnvloed nie (Dunnewold & Sanford 1994:30).

Bishop (1999) is baie meer realisties en minder romanties wanneer sy die geboorte van 'n baba as een van die mees stresvolle gebeurtenisse in 'n vrou se lewe beskryf. Volgens haar is swangerskap en geboorte verantwoordelik vir grootskaalse hormonale-, emosionele- en fisiologiese veranderinge wat in 'n vrou se liggaam plaasvind. Sy brei soos volg uit op hierdie stelling "... times of great joy and satisfaction for many families. But more than ten percent of new mothers will experience post natal depression after the birth of a child and their lives will be thrown into turmoil. For these women, life holds little joy" (Bishop 1999:7,8).

Na die geboorte van 'n baba moet enige moeder, haar lewensmaat en ander familie dikwels rolaanpassings maak, wat noodwendig die gemoedsvlak van al die betrokke partye kan beïnvloed (Carter 1994:2). Verskillende gemoedstoestande kan by die vrou voorkom na die geboorte van haar baba.

Hiermee saam moet die effek wat dié gemoedstoestande op haar lewensmaat het ook in gedagte gehou word.

Drie tipes gemoedstoestande, wat na die geboorte van 'n baba by vroue kan voorkom, word deur Harvey (1999:3) soos volg uiteen gesit, nl. die nageboortelike neerslagtigheid ("the blues"), postnatale depressie (PND)<sup>1</sup> en postnatale psigose. Volgens statistiek wat in Brittanje saamgestel is, word aangedui dat ongeveer 80% van alle vroue aan nageboortelike neerslagtigheid kan ly en 30% PND na die geboorte van hulle babas kan kry. Postnatale psigose is die meer ernstige toestand van die drie, waar vroue dikwels geen ander uitweg vind as kinder- en selfmoord nie (Curham 2000:36). Dit word gevolglik duidelik dat hierdie gemoedstoestande vir die gesin gevaar kan inhou. Daarom moet professionele persone en die gemeenskap bewus gemaak word van hierdie toestand en onderrig word in die hantering daarvan.

Postnatale depressie is reeds so vroeg as 2 000 jaar gelede deur Hippokrates in Griekeland aangeteken as 'n gemoedsversteuring wat by vroue voorkom na die geboorte van 'n baba. Dit is eers veel later in 1858 dat Louis Victor Marcé in Frankryk inligting gepubliseer het oor gemoedsversteurings gedurende en na swangerskap. Dit het daartoe gelei dat die publiek hierdie toestand in 'n ernstiger lig begin beskou het (Curham 2000:36).

Die navorser se persoonlike belangstelling in hierdie onderwerp het ontstaan deurdat sy self na die geboorte van haar eersteling, 13 jaar gelede, aan PND gely het. In daardie stadium was daar nie veel ondersteuning of hulpbronne beskikbaar vir vroue met PND in Suid-Afrika nie. Die navorser het bewus geraak van 'n tekort aan kennis oor die effek wat die geboorte van 'n baba op 'n moeder se gemoedstoestand kan hê en hoe dit haar en haar lewensmaat se daaglikse

---

<sup>1</sup> Die afkorting PND sal voortaan gebruik word vir die term postnatale depressie

funksionering kan beïnvloed. Verder het dit, deur gesprekke met ander ouers, onder die navorser se aandag gekom dat hierdie toestand meer dikwels voorkom as wat die gemeenskap wil erken, maar dat ouers nie altyd bereid is om daaroor te praat nie.

Die navorser lewer vanuit haar beroep as maatskaplike werker in privaatpraktyk, hoofsaaklik 'n diens aan vroue met PND en die gesinne wat daardeur getraumatiseer word. Verder is sy 'n bestuurslid van die "*Post Natal Depression Support Association of South Africa*" (PNDSA)<sup>2</sup>. Hierdie organisasie sien om na die behoeftes van, en tekortkominge in dienslewering aan vrouens met hierdie siekte. Verder lei die organisasie ook 'n bewusmakingsveldtog onder die publiek, ten einde inligting te versprei oor PND. Ten einde vroue met depressie te assesser en hulpverlening te verskaf word indiensopleidingsessies aan professionele persone by die hoofkantoor in Wynberg, Kaapstad, en by hospitale landswyd gebied. Ondersteuningsgroepe word ook deur PNDSA in die meeste van die provinsies van Suid-Afrika gestig. Dieselfde organisasie hanteer ook 'n telefoniese hulplyn wat tussen 25 en 30 oproepe per maand ontvang en 'n webwerf wat gemiddeld 37 besoeke per dag kry (PNDSA: Jaarverslag 2003).



Volgens statistiek wat by die Milnerton Medikliniek verkry is, word daar gemiddeld 60 babas per maand gebore. Hierdie is tans die enigste hospitaal in Milnerton en een van die hoofbronne van verwysing van pasiënte aan die navorser se praktyk (Milnerton Medikliniek 16 Februarie 2005). Indien dit volgens literatuur statisties aanvaar word dat 30% van hierdie vroue PND gaan kry, is daar elke maand net in die Milnerton area 18 vroue met hierdie siekte. Gevolglik is dit duidelik dat postnatale depressie, namate 'n groter bewuswording ontstaan, 'n toenemende probleem wat dan op sy beurt dienslewering in die verband onder die soeklig plaas.

---

<sup>2</sup> Die afkorting PNDSA sal gebruik word vir die Post Natal Depression Support Association of South Africa

Volgens Copeland (1994:170) is die eerste opsie van dienslewering aan 'n vrou met PND op individuele vlak, waar probleemoplossend gewerk word en huidige stressors so spoedig moontlik verlig moet word. Die belangrikheid van die positiewe invloed wat mede-pasiënte op mekaar in 'n groepwerksituasie uitoefen, word ook as 'n bykomende ondersteuningstelsel bespreek. Die navorser beoefen tans in haar praktyk gevalle- en groepwerk as intervensiemetodes. Dit is belangrik dat die maatskaplike werker saam met die pasiënt alle beskikbare maatskaplike sisteme evalueer, probleme en oplossings identifiseer en nuwe bronne in die pasiënt se persoonlike netwerk, familie en gemeenskap mobiliseer. Dit help die pasiënt om weer optimaal te funksioneer en haar plek as vrou, eggenote en moeder vol te staan (Walther 1997:108).

'n Verdere belangrike faktor in die vrou se herstelperiode is die benutting van haar ondersteuningsnetwerk wat bestaan uit die gesin, familieledede en vriende (Dunnewold & Sanford 1994:79). Copeland noem ook in "The Depression Workbook" (1992:115) dat 'n depressielyer genees kan word wanneer hy/sy ten minste vyf goeie vriende of ondersteuners het. Sy noem spesifiek die pasiënt se eggenoot of lewensmaat as iemand van deurslaggewende belang. Martyn (2001:81) benadruk dit selfs verder deur te noem dat die lewensmaat sy vrou kan help om depressie te voorkom.

Roan (1997:173) maak die stelling dat "...when a post partum mother becomes ill, you can be sure that her husband, infant, other children, and perhaps relatives and friends will be affected – sometimes dramatically so ". Die probleme wat as gevolg van die siekte ontstaan, is dikwels groter as die siekte self aangesien dit al die persone betrokke by die pasiënt ook affekteer. Daar is veral drie verhoudings wat geaffekteer word wanneer 'n vrou aan PND ly, naamlik:

- haar **huwelik**,
- haar **primêre ondersteuningspersoon (lewensmaat)**,
- haar **baba en ander kinders** (Roan 1997:173).

Ten spyte daarvan dat die lewensmaat 'n deurslaggewende persoon is, wanneer sy vrou aan PND ly, is daar ongelukkig baie min studies wat gedoen is oor die effek wat die siekte op die man het (Meighan, Davis, Thomas, Droppleman 1999:202). Bishop (1999:78) verduidelik dat die siekte 'n geweldige effek op die huweliksverhouding kan hê en dat dit soms tot 'n egskeiding kan lei. Dit kan toegeskryf word aan die eggenoot se beperkte begrip van PND wat veroorsaak dat hy weerstandig kan raak teenoor sy vrou en die nuwe baba (Meighan et al 1999:203). Die skrywer plaas ook klem op die verlies wat die lewensmaat kan ervaar van die kameraderie en die verhouding wat die egpaar voor die baba gehad het (Meighan et al 1999:205). Hoë stresvlakke, wat met baie negatiewe gevoelens gepaard gaan, word dus deur die lewensmaat ervaar. Een studie het volgens Roan (1997:179) gewys dat 13% van alle nuwe vaders in die eerste agt weke na hulle baba se geboorte self depressiesimptome ondervind het.

Verdere moontlike redes waarom die lewensmaat stres beleef, kan wees omdat:

- hy hom met sy vrou identifiseer,
- hy angs beleef,
- hy 'n verlies aan vryheid ondervind na die baba se geboorte,
- hy groter finansiële druk het om vir sy gesin te sorg,
- hy onseker is en dit aanleiding gee tot stres,
- hy soos die nuwe moeder ook 'n gevoel van verwardheid kan beleef, aangesien die realiteit van die versorging van 'n baba en hulle drome voor die geboorte van die baba nie ooreenstem nie, en
- hy kan twyfel in sy vermoë om 'n goeie rolmodel vir sy kind te wees (Roan 1997:180; Martyn 2001: 179).

Die voorafgaande literatuur en die navorser se ervaring met PND pasiënte het die vraag laat ontstaan of dienslewering aan Suid Afrikaanse gesinne in dié verband effektief is, veral met verwysing na die lewensmaat van die pasiënt.

Suid-Afrika het nie gemeenskapshulpbronne beskikbaar soos in die geval van Brittanje se “*Fathers Direct*” en “*Parents in Partnership/Parent Infant Network*” (*PIPPIN*) nie waar nuwe vaders van ondersteuning en raad voorsien word (Martyn 2001:217,218). Dit is dus duidelik dat die lewensmaat van die PND pasiënt se persepsie en ervarings van die siekte nie na wense hanteer word nie. Die meeste literatuurbronne sal net ‘n lys verskaf van wat ‘n lewensmaat te doen staan om die pasiënt te help, maar geen aandag gegee aan sý psigososiale behoeftes nie. Te oordeel aan Roan (1997:180), Bishop (1999:8) en Curham (2000:36) om net ‘n paar bronne uit te lig, wil dit voorkom asof die lewensmaat se behoeftes meer aandag moet kry. Dit sal die familiesisteem versterk en die pasiënte help om vinniger te herstel, wat tot voordeel van die hele gesin sal wees. Dit is dus die maatskaplike werker se taak om die gesin te ondersteun en te begelei met behulp van gevalle- en groepwerkmetode ten einde die gesinsfunksionering te herstel.

## 1.2 DOELSTELLINGS VAN DIE NAVORSINGSPROGRAM

Die **doelstelling** van die studie is om die vrou met PND se lewensmaat se persepsies en ervaring van PND te verstaan ten einde dienslewering aan die gesin te verbeter.

Om die doelstelling van die studie te bereik is die volgende **doelwitte** geformuleer:

- 1.2.1 om PND by die vrou te omskryf en aan te dui wat die psigososiale omstandighede van die gesin tydens die duur van die siektetoestand is;
- 1.2.2 om die vrou met PND se lewensmaat se psigososiale omstandighede te beskryf;
- 1.2.3 om die aard van intervensie aan die pasiënt en haar lewensmaat te verduidelik;

1.2.4 om die persepsies en ervarings van die lewensmaats van die vrouens met PND te ondersoek.

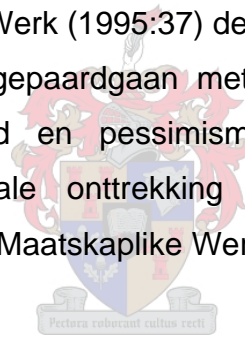
### 1.3 WOORDOMSKRYWING

Die woordomsrywings wat op hierdie studie van toepassing is, word volgende aangebied.

#### 1.3.1 Depressie

Die hooftema in hierdie studie handel oor depressie. Dit is noodsaaklik om die begrip te definieer en te verstaan as 'n gemoedsversteuring en nie soos dit in die volksmond algemeen bekend staan, as 'n alledaagse gevoel nie. Die Nuwe Woordeboek vir Maatskaplike Werk (1995:37) definieer depressie as:

“Intense neerslagtigheid wat gepaardgaan met gevoelens van hulpeloosheid, ontoereikendheid, onsekerheid en pessimisme oor die toekoms, en wat gekenmerk word deur sosiale onttrekking en verlaagde psigomotoriese aktiwiteite” (Vaktaalkomitee vir Maatskaplike Werk 1995:37).



#### 1.3.2 Lewensmaat

Daar is besluit om die term lewensmaat te gebruik in plaas van eggenoot. Dit kan nie in vandag se samelewing as vanselfsprekend aanvaar word dat 'n man en vrou getroud is wanneer hulle 'n baba kry nie. Die **Verklarende Handboek van die Afrikaanse Taal** (Odendal, Schoonees, Swanepoel, du Toit, Booyen 1981:674) beskik nie oor die woord lewensmaat nie. Hulle beskryf wel dat 'n maat 'n metgesel is. Die **Tweetalige Woordeboek** (Bosman, Van der Merwe, Hiemstra 1984:286) beskryf die lewensmaat as 'n huweliksmaat of 'n lewenslange metgesel. Vir die doeleindes van hierdie studie word die term lewensmaat gebruik, aangesien aanvaar word dat die man wat by die vrou en baba betrokke is, 'n lewenslange metgesel is.



### 1.3.3 Pasiënt

Die **Psigologie Woordeboek** beskryf 'n pasiënt as 'n persoon wat aan 'n fisiese of psigiese siekte, kwaal, versteuring, wanfunksionering of afwyking ly en wat weens die ongerief wat dit meebring behandeling of terapie ontvang (Gouws, Louw, Meyer, Plug 1979:225). Die **Verklarende Handboek van die Afrikaanse Taal** (Odendal et al 1981:823) beskryf 'n pasiënt as: " 'n Persoon wat behandeling vir 'n siekte kry." Wanneer die term pasiënt in hierdie studie gebruik word dui dit op die vrou wat aan die siekte, depressie, ly en behandeling daarvoor behoort te ontvang.

### 1.3.4 Postnatale depressie (PND)

Wanneer die term postnatale depressie gebruik word, is Louw (1989:173) en Bishop (1999:9) se verduideliking daarvan maklik om te verstaan. Postnatale depressie is 'n gemoedsteuring wat by vroue, na die geboorte van hulle kinders, kan voorkom. Die vrou ervaar depressie- of angssimptome wat nie binne twee weke vandat dit begin het, wil opklaar nie. Die simptome van PND beïnvloed die vrou se funksionering op 'n fisiese, psigiese en gedragsvlak. Derhalwe veroorsaak PND dat die betrokke persone rondom die vrou ook deur die siekte geaffekteer word en ook die maatskaplike omgewing van 'n gesin kan benadeel.

## 1.4 AFBAKENING VAN DIE NAVORSINGSVELD

Die navorser het die deelnemers vanuit haar praktyk as maatskaplike werker geselekteer. Die geografiese area wat deur die praktyk bedien word sluit die volgende gebiede in: Milnerton, Table View, Platteklouf, Durbanville en Bellville.

'n PND-ondersteuningsgroep, wat uit vyf lede bestaan, is as 'n fokusgroep benut ten einde die inligting in te samel vir hierdie ondersoek. Verder is individuele onderhoude met elkeen van hierdie groeplede gevoer om sodoende hulle persepsies en ervarings van PND te bepaal.

## 1.5 NAVORSINGSMETODOLOGIE

Hierdie navorsing is 'n verkennende studie soos beskryf word in Williams, Tutty en Grinnell (1995:146-169). Aangesien PND en die behandeling daarvan 'n redelik onbekende terrein in die maatskaplike werk-professie is, wil die navorser tot nuwe insigte en begrip kom met behulp van die studie. Volgens De Vos (2002:91) lei verkennende navorsing tot leidrade en word insig verkry met betrekking tot vrae oor 'n spesifieke onderwerp, wat in hierdie geval, PND is. Die navorser wil gevolglik met hierdie studie kennis en begrip verkry oor die persepsies en ervarings wat die lewensmaat van die PND-pasiënt beleef.

Aangesien min bekend is oor hoe PND die psigososiale omstandighede van die lewensmaat affekteer, is soveel moontlike data eerstens vanuit die literatuur en daarna van die respondente tydens die ondersoek ingesamel ten einde die effek van die siekte op die gesin te bestudeer. Hierdie metode van navorsing waar die literatuur eerstens ondersoek word en die bevindings van die navorsing daarteenoor gemeet word, staan bekend as die metode van deduktiewe logika. Die realiteit word gevolglik aan die literatuur gemeet (Williams & Grinnell 1998:103). Hierdie tipe navorsing is in ooreenstemming met Babbie (1998:91) en Williams et al (1995:228) 'n nie-waarskynlikheidseleksie omdat die laasgenoemde outeur verklaar dat "...this form of sampling is often used in exploratory research studies where the purpose of the study is only to collect as much data as possible about a particular issue."

'n Doelbewuste seleksie is gebruik as steekproef in hierdie ondersoek, omdat die navorser die respondente met 'n spesifieke doel gekies het (De Vos 2002:230). Die insluitingskriteria vir hierdie steekproef het die volgende eienskappe:

- die deelnemers is lewensmaats van vroue met PND;
- hulle is vaders van babas tussen een en 24 maande oud;
- hulle vrouens woon elke week 'n PND-ondersteuningsgroep by; en
- hulle woon die groepsessies elke tweede maand by tydens die duur van die ondersoek.

Vir die doel van dataversameling is daar van twee navorsingsmetodes gebruik gemaak, naamlik; fokusgroepe en individuele onderhoude. Die vier fokusgroepe en vyf individuele onderhoude het in die tydperk vanaf Januarie 2004 tot Desember 2004 plaasgevind.

Die navorsingsmetodes wat in hierdie ondersoek gebruik is, word soos volg verduidelik:



### **1.5.1 Fokusgroepe**

'n Fokusgroep sluit persone in met sekere karaktertrekke of eienskappe wat vir die navorser belangrik is. Hierdie groepe verskaf die geleentheid om 'n interaksie van die deelnemers waar te neem binne 'n beperkte tydperk (Babbie & Mouton 2001:292). De Vos (2001:16) noem dat die navorser tydens groepbesprekings in fokusgroepe belangrike data kan insamel. Verder is fokusgroepe ideaal om persone se ervarings, opinies, behoeftes en besorgdhede te eksploreer. In hierdie navorsing sal 'n reeds bestaande groep, met vyf mans wie se vrouens aan PND ly, gebruik word. Vier groepsessies sal met al vyf mans gehou word.

## 1.5.2 Onderhoude

Ten einde die persepsies en die ervarings van die lewensmaats van die PND pasiënt te bepaal, sal die navorser met al vyf mans in die fokusgroep ook onderhoude voer. Ongeskeduleerde onderhoude sal gevoer word om sodoende maksimum persoonlike ervarings van die deelnemers te verkry. Die navorser sal gebruik maak van 'n onderhoudskedule, wat volgens Williams en Grinnell (1998:273-274) 'n geskrewe plan is wat as 'n riglyn vir die onderhoude dien. Die onderhoudskedule bepaal die struktuur en konteks van die spesifieke vrae en dit plaas die navorser in beheer van die hantering van die onderhoud ( Williams & Grinnell 1998:267-269). Die onderhoudskedule is in bylae 2 ingesluit.

Bandopnames en geskrewe notas is deur die navorser gebruik vir datavaslegging tydens die fokusgroepe en individuele onderhoude. Volgens Williams en Grinnell (1998:297) verskaf bandopnames meer omvattende data en bied dit die navorser die geleentheid om deelnemers se nie-verbale gedrag beter te observeer vir emosies en reaksies. Die bandopnames help ook om die navorser se geheue later te verfris, wanneer die data verwerk moet word.



Die etiese oorwegings van hierdie ondersoek word breedvoerig in hoofstuk vyf (5.3) bespreek en sal dus nie in hierdie hoofstuk uiteen gesit word nie.

Hierdie ondersoek is kwalitatief van aard, aangesien 'n beskrywing van 'n bepaalde groep se opinies en persepsies aangebied word (Williams & Grinnell 1998:149-169). Die navorser kan hiervolgens tot nuwe insigte kom en die doelstelling van hierdie navorsing naamlik, om die persepsies en ervarings van die lewensmaats van die PND pasiënte te bepaal, sodoende bereik.

## 1.6 BEPERKINGE VAN ONDERSOEK

In Suid-Afrika en in die meeste ander wêrelddele is PND 'n siektetoestand wat nie groot publieke aandag geniet nie en wat deur vele hulpverlenende professies ignoreer word. Hierbenewens is daar vroue wat hulle siektetoestand wegsteek as gevolg van die sosiaal onaanvaarbaarheid van die toestand en dus nie hulp soek nie. Gevolglik is daar wêreldwyd min literatuur oor PND, en byna geen plaaslike bronne beskikbaar nie.

'n Tweede beperking is die tekort aan respondente. Omdat vroue dikwels self die siekte ontken, het dit tot gevolg dat die lewensmaats ook nie professionele hulp sal soek nie, aangesien dit vir mans nog moeiliker is om die siekte te aanvaar. Wanneer die vrou aan PND ly, vereis dit in die eerste instansie hulp aan die vrou en haar baba en vergeet hulpverleners dikwels om aan die lewensmaat ook aandag te gee.

## 1.7 TYDSDUUR VAN DIE ONDERSOEK



Ter aanvang van die ondersoek is 'n literatuurstudie wat in Maart 2004 ingelewer is onderneem. Gedurende Maart 2004 tot Desember 2004 is die empiriese studie uitgevoer en die finale verslag is op 14 Oktober 2005 ingelewer.

## 1.8 INHOUD VAN DIE STUDIE

Die volgende hoofstukke word in hierdie studie ingesluit:

- In hoofstuk twee sal PND en die effek wat die siekte op die familiesisteem het, beskryf word.
- Hoofstuk drie sal die persepsie en die ervarings van die lewensmaats van die pasiënte onder die soeklig plaas.

- In hoofstuk vier word die dienslewering wat aan egpare gebied word, toegelig.
- In hoofstuk vyf volg die empiriese studie waarin die persepsies en die ervarings van die lewensmaats van die PND pasiënt bespreek word.
- Die navorsing word in hoofstuk ses afgesluit met die gevolgtrekkings en aanbevelings.



## HOOFSTUK 2

### POSTNATALE DEPRESSIE EN DIE PSIGOSOSIALE IMPLIKASIES OP DIE GESIN

#### 2.1 INLEIDING

Die geboorte van 'n baba is gewoonlik vir die vrou een van die hoogtepunte van haar lewe, wat haar eufories en verwonderd kan laat (Brockington:1999:133). In teenstelling met Brockington huldig Nonacs en Cohen (1998:24) die standpunt dat die aankoms van 'n nuwe baba een van die stresvolle gebeurtenisse in 'n mens se lewe is.

Moederskap word volgens Nicolson (1999:162) as die kern van vroulike identiteit beskou. Tog bestaan die paradoks dat moederskap aan die een kant 'n vreugdevolle gebeurtenis is en aan die ander kant verliese meebring, wat minder aangenaam is. Hierdie verliese beskryf Du Plessis (2001:51) as 'n afname aan 'n inkomste en sosiale kontak wat verminder. Gotlib, Whiffen, Wallace en Mount (1991:122) verduidelik dat die huweliksverhouding, gesinsbande en die daaglikse roetine normaalweg dramaties verander na die geboorte van 'n baba, wat met die voorkoms van depressie 'n verdere krisis vir moeder, baba en haar gesin meebring.

Tammentie, Tarkka, Ästedt-Kurki en Paavilainen (2002:244) noem dat die vrou tydens swangerskap en die geboorte van 'n baba biologiese-, psigologiese- en sosiale veranderinge ondergaan. Hoe die kindergeboorte haar gaan affekteer hang af van haar eie waarde en hoe sy haar sosiale netwerk rondom haar beskou. Saam met moederskap kom angs en onsekerheid of sy die vermoë het om die kind groot te maak en 'n goeie ouer te wees. Die nuwe moeder moet intra-psigiese aanpassings maak en haarself interpersoonlik herorganiseer om by die nuwe aankomeling aan te pas (Brockington 1999:138).

Die rede waarom depressie in die postpartum tydperk voorkom, beskou Nonacs en Cohen (1998:34) as die onrealistiese verwagtings wat ouerpare het oor die koms van 'n baba, teenoor die realiteit van die verantwoordelikhede wat die baba meebring. Dunnewold en Sanford (1994:12) verwys daarna dat ouers nie 'n handleiding vooraf ontvang om kinders groot te maak nie.

Postnatale depressie het 'n verskeidenheid van oorsake. Dit kan ontstaan as gevolg van hormonale steuringe, uitermate stres as gevolg van die baba, sosiale omstandighede asook individuele stres. Die omvangrykheid van die siekte maak dit 'n multifaktor siekte, wat breedvoerig in hierdie hoofstuk beskryf word (Roan 1997:81). Vir die lewensmaat om sy vrou beter te verstaan is dit nodig dat hy kennis bekom oor PND. Die navorser gee in hierdie hoofstuk 'n uiteensetting van die geskiedenis van die siekte en 'n verduideliking van die simptome en oorsake. Wanneer die emosionele oorsake bespreek word, is dit duidelik dat die lewensmaat ook deur sy vrou se siektetoestand geaffekteer word, omdat haar funksionering daardeur belemmer word en dit hom beïnvloed.

## **2.2 DIE BEGRIPSOMSKRYWING VAN POSTNATALE DEPRESSIE**

Die woord "depressie" word algemeen in die volksmond gebruik wanneer 'n persoon wil verduidelik dat hy emosioneel sleg voel. Kleiman en Raskin (1994:4) verwys in die mediese professie en aanvullende hulpprofessies na die term depressie na aanleiding van twee aspekte. Eerstens dui dit op 'n emosionele reaksie by 'n persoon wat 'n intense ongelukkigheid met 'n leë innerlike gevoel ervaar en tweedens word dit beskryf as die gemoedsversteuring wat bekend staan as kliniese depressie, met simptome wat twee weke en langer duur. Depressie is gevolglik nie volgens Roan (1997:4) 'n verbygaande gemoedstoestand of 'n persoonlike swakheid nie, maar 'n ernstige gesondheidsorgsiekte.



Alvorens PND verder toegelig word, word algemene depressie omskryf, aangesien die mediese profesie PND onder depressie klassifiseer. 'n Oorsaak van algemene depressie is volgens Harvey (1999:1) wanneer 'n persoon nie 'n traumatiese lewenservaring of verandering kan hanteer nie, byvoorbeeld wanneer hy/sy sy/haar werk verloor. Die geboorte van 'n baba is derhalwe 'n groot lewensveranderingsproses wat PND tot gevolg kan hê. Die ouers se lewensbeskouing kan dramaties beïnvloed word en dit beskik oor al die elemente om depressie te veroorsaak. Kleiman en Raskin (1994:4) is van mening dat 'n vrou na die geboorte van haar baba emosionele en fisiese simptome van algemene depressie kan toon. Postnatale depressie is derhalwe nie net 'n versinsel van die pasiënt nie en benodig derhalwe volgens Bishop (1999:7) langtermynbehandeling.

Roan (1997:5) verdeel algemene depressie in twee tipes, naamlik endogene en reaktiewe depressie. Endogene depressie word veroorsaak deur 'n biochemiese wanbalans in die brein, terwyl reaktiewe depressie deur stressors, negatiewe gedagteprosesse en 'n lewenstylverandering teweeg gebring word. Louw (1989:172) vereenvoudig die verskil tussen endogene en eksogene depressie as een wat van binne en een van buite veroorsaak word.

Postnatale depressie ontstaan op 'n endogene of eksogene wyse. Die ooreenkoms tussen algemene depressie en PND word deur Harvey (1999:1) as volg beskryf:

- Albei kan geassosieer word met 'n spesifieke stressor; by PND is dit die veranderinge ten opsigte van rolle, verhoudings en persoonlike omstandighede wat na die geboorte van 'n baba verwag kan word.
- Albei kan veroorsaak word deur fisiese veranderinge in die liggaam. Die verandering van hormonale vlakke na die geboorte van 'n baba kan 'n invloed uitoefen op 'n vrou se emosionele toestand en PND veroorsaak.
- Albei vind gewoonlik binne 'n spesifieke tydperk plaas; PND kom byvoorbeeld tussen ses maande en een jaar na die geboorte van die baba voor.

'n Algemene opvatting is dikwels volgens Nicolson (1999:162) dat PND toegeskryf kan word aan 'n irrasionele respons op hormone. Tog kon dit nog nooit deur navorsing bewys word dat die verandering van hormone die hooforsaak van PND is nie. Roan (1997:6) is egter van mening dat vroue, in hulle reprodukeringsiklus, wat hormonale veranderinge insluit, meer vatbaar vir depressie is as mans. Die rede hiervoor wat deur die *American College of Nurse Midwives* (2002:391) aangegee word is dat 'n kindergeboorte 'n ingrypende lewensgebeurtenis in 'n vrou se lewe kan wees. Dit kan soms vorige onverwerkte traumatiese insidente na vore bring wat depressie tot gevolg kan hê.

Hanna, Adams, Lee, Glover en Sandler (1992:779) maak die afleiding dat PND ook soos algemene depressie veroorsaak word deur biologiese, sosiale en psigologiese faktore. Bykomende tot hierdie faktore is daar 'n verdere oorsaak, naamlik dat die vrou die lewe geskenk het aan 'n baba. Kleiman en Raskin (1994:175) is van mening dat die diagnose van PND, tydens die laaste paar dekades, soos die siektetoestand meer bekend geword het, meer effektief uitgevoer is. Laasgenoemde outeur beskryf PND eerder as 'n sindroom. Dit is wanneer daar nie net een oorsaak is vir 'n siekte nie, maar 'n verskeidenheid van oorsake kan voorkom. Gevolglik word 'n foutiewe diagnose makliker gemaak, omdat daar soms verwarring kan bestaan oor die simptome en oorsake van die siekte. Daar is ongelukkig nie 'n spesifieke toets, x-strale of 'n ondersoek wat die siekte kan identifiseer nie. Daarom besef baie vroue nie eens dat hulle PND onder lede het nie (Kleiman & Raskin 1994:5).

Nhiwatiwa, Patel en Acuda (1998:264) beklemtoon dat die baba se gesondheid deur hulpverleners dikwels prioriteit geniet bo dié van die moeder. Volgens Harvey (1999:6) probeer vroue ook die siekte wegsteek, omdat hulle nie hulle eie

ontoereikendheid ten opsigte van die situasie wil erken nie. Bishop (1999:10) reken dat 'n verdere rede vir hierdie stilsweye veroorsaak word deur die stigma wat in die gemeenskap aan enige psigiatriese siekte gekoppel word. Vroue beskou ook dikwels die simptome van PND as 'n normale aanpassingsfase wat gepaard gaan met nuwe ouerskap (Nonacs & Cohen 1998:35). Hulle besef nie dat hulle angs en vrese gepaard gaan met 'n siekte wat hulpeloosheid en 'n verlies aan beheer meebring nie (Bishop 1999:10).

Martyn (2001:181) beskryf drie tipes gemoedsversteurings wat kan voorkom by vroue na die geboorte van hulle babas, naamlik nageboortelike neerslagtigheid ("the blues"), postnatale depressie (PND) en postnatale psigose.

### **2.2.1 Nageboortelike neerslagtigheid ("the blues")**

Nageboorte neerslagtigheid kom, volgens Kleiman (2000:20), voor by tussen 60% en 80% van moeders, na die geboorte van hulle babas. Dit begin gewoonlik tussen die derde en tiende dag na die geboorte van die baba en duur nie langer as vyf tot sewe dae nie. Gemoedswisselinge, 'n aanhoudende gevoel van hartseer en huilerigheid is dikwels simptome wat manifesteer. Dit duur gewoonlik net 'n paar dae, waarna die moeder emosioneel herstel. Bishop (1999:8) waarsku dat hierdie toestand nie as minderwaardig beskou moet word nie, aangesien hierdie vroue baie simpatie, begrip en ondersteuning nodig het. Die erns van nageboortelike neerslagtigheid word deur Roan (1997:19) beklemtoon, omdat dit die vrou se gedrag kan beïnvloed. Wanneer moegheid en angs intree, lei dit tot 'n geïrriteerdheid wat haar gedrag affekteer en depressiesimptome tot gevolg kan hê (American College of Nurse-Midwives 2002: 391). Indien dit langer as twee weke voortduur, is Nonacs en Cohen (1998:35) van mening dat PND gediagnoseer kan word. Nageboortelike neerslagtigheid benodig normaalweg nie professionele ingryping nie (Dunnewold & Sanford 1994:12).

### 2.2.2 Postnatale depressie (PND)

Postnatale depressie vind volgens Najman, o'Callaghan en Williams (2000:20) op 'n kontinuum van ligte tot ernstige depressie plaas. Dit is ernstiger as nageboortelike neerslagtigheid en minder ernstig as postnatale psigose. Gewoonlik kom die eerste simptome van PND voor binne drie tot ses maande na die geboorte van die baba. Wanneer die simptome van nageboortelike neerslagtigheid langer as twee weke aaneenlopend voortduur, kan PND gediagnoseer word.

Nonarcs en Cohen (1998:34) dui aan dat 10% tot 15% van vroue binne die eerste jaar na die geboorte van hulle babas PND kan kry. Die simptome, soos reeds vroeër beskryf, kom ooreen met dié van algemene depressie. 'n Persoon met 'n depressiewe gemoed het dikwels 'n lae energievlak, ervaar onrealistiese skuldgevoelens en het soms selfmoordgedagtes wat voorkom. Kleiman en Raskin (1994:9) is van mening dat die tydperk van aanvang verleng kan word van een jaar tot selfs binne die eerste drie jaar na die geboorte van 'n baba. Hulle verduidelik dat die stres van kinderopvoeding en versorging dikwels eers later die depressie kan veroorsaak, maar dat sommige simptome reeds gemanifesteer het kort na die geboorteproses.

Dit is ook belangrik om daarop te let dat PND met die geboorte van enige kind kan voorkom en nie net met die eersteling nie. Dit gebeur meer dikwels dat depressie by party vroue reeds so vroeg as in die laaste trimester van swangerskap gediagnoseer kan word (Bishop 1999:9). Party vroue neem soms lank om te herstel volgens Nonacs en Cohen (1998:34-37), en kan selfs 'n jaar na die geboorte van hulle babas steeds bedruk wees. Indien hierdie vroue nie behandeling ontvang vir hulle depressie nie, kan dit 'n langtermynneffek op hulle hê wat tot 'n kroniese en herhalende gemoedsteuring kan lei. Daar word tans

gereken, volgens 'n opname wat Bennett en Indman (2003:34) onder Amerikaanse vroue gedoen het, dat tussen 50% en 80% van vroue wat vroeër aan PND gely het weer later in hulle lewe depressie kan ontwikkel, omdat hulle 'n geneigdheid daartoe het. Al hierdie inligting beklemtoon dat die vroeë diagnosering van PND en die behandeling daarvan uiters noodsaaklik is, aangesien dit die vrou se funksionering op die langtermyn kan benadeel indien sy nie aandag daaraan gee nie. Die depressie het dus onaanvaarbare gedrag tot gevolg wat 'n negatiewe invloed op die gesin kan hê. Met hierdie studie wil die navorser op PND konsentreer en spesifiek vasstel wat die invloed van die siekte op die vrou se lewensmaat het en of die huidige dienslewering aan die gesin se behoeftes voldoen.

### **2.2.3 Postnatale psigose**

Postnatale psigose is volgens Bishop (1999:9) die meer ernstige psigiatriese toestand wat aan die teenoorgestelde kant van die kontinuum as nageboortelike neerslagtigheid voorkom. Hierdie toestand word as 'n mediese probleem hanteer en die persoon moet dadelik gehospitaliseer word. Bennett en Indman (2003:39) beskryf, volgens Amerikaanse statistiek, dat een of twee vroue uit elke 1000 hierdie toestand 'n week na die geboorte van die baba kan beleef. Hulle kom gedisorïenteerd voor, het dikwels hallusinasies en verloor kontak met die werklikheid. Die *American College of Nurse-Midwives* (2002:391) verduidelik dat die hallusinasies gewaarwording is wat die vrou hoor ervaar wat nie in werklikheid bestaan nie en waarsku dat hulle ook vreemde gedrag kan openbaar wat 'n gevaar vir hulself of hulle babas kan inhou.

### 2.3 DIE GESKIEDENIS VAN PND

Die geskiedenis van PND strek so ver terug as 2000 jaar gelede toe Hippokrates opgemerk het dat sommige vroue aan 'n gemoedsversteuring, na die geboorte van hulle babas ly. Sy verklaring van die siekte was, dat borsmelk oor die vrou se brein gespoel het en sodoende haar psige aangetas het. In die middeleeue is hierdie toestand in 'n ernstige lig beskou en is dié vroue dikwels as hekse geïdentifiseer as gevolg van hulle onverklaarbare gedrag en op brandstapels verbrand (Bishop 1999:11).

Roan (1997:24) neem die geskiedenis verder na aanleiding van Louis Victor Marcé se siening. Hy het in 1858 die eerste inligting oor vroue se psigiatrisiese toestand na die geboorteproses gepubliseer. Hy het die diagnose die eerste keer gemaak nadat een van sy pasiënte die lewe geskenk het aan 'n tweeling en daar ses dae later 'n rusteloosheid by haar opgemerk is. Simptome wat hy aangeteken het, was 'n melankoliese gemoed, bloedarmoede, gewigsverlies, hardlywigheid, geheueverliese en verstoorde gedagtes. Hierdie simptome word vandag steeds beskou as kenmerkende eienskappe van PND.



Die behandeling van PND het tot so onlangs as 1950 volgens Bishop (1999:11) daaruit bestaan dat vroue vir jare in psigiatrisiese hospitale opgeneem is. Dit was as 'n langtermynsiekte met 'n swak prognose beskou. In die laaste 20 jaar met navorsing en die vooruitgang van mediese dienste, is PND beter verstaan en het behandelingsmetodes meer aanvaarbaar geraak. Tog lig Najman et al (2000:19) uit dat 'n polemieek steeds bestaan rondom hierdie siekte en dat die woorde *postpartum*, *postnataal*, *puerperaal* uit die psigiatrisiese woordeboek gehaal is.

Gevolgtlik erken die DIAGNOSTIC AND STATISTIC MANUAL OF MENTAL DISORDERS (DSM), 'n diagnostiese boek vir psigiaters, nie hierdie siekte nie. Die nuutste uitgawe van DSM IV van 1997 sluit steeds PND uit. Melding word egter daarin gemaak van die gevaar wat geboortepsigose inhou en dat mediese behandeling daarvoor aangedui is.

Dit wil voorkom asof PND nog steeds gebaseer word op 'n geloof of mites. Hierbenewens sukkel navorsers steeds om konsensus te bereik oor die relevansie van PND. Die navorser stem saam met Nicolson (1999:163) dat PND 'n maklik identifiseerbare siekte is, wat met aanhoudende bewusmaking in die gemeenskap moontlik in die toekoms die erkenning van alle professionele persone sal kry.

#### **2.4 DIE SIMPTOME VAN DIE VERSKILLENDE POSTNATALE GEMOEDSTEURINGS**

Bishop (1999:13) dui op elke vrou se uniekheid, wat veroorsaak dat elkeen PND op 'n eiesoortige manier beleef. Sommige vroue is meer angstig en paniekerig, terwyl ander meer bedruk voorkom met selfmoordgedagtes. Omdat die siekte nie op die oog af sigbaar is nie, is identifisering daarvan moeilik.

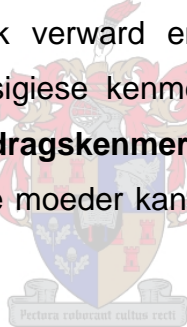
Vir die doeleindes van hierdie studie word die simptome van die verskillende gemoedstoestande wat 'n vrou postnataal kan beleef, in die volgende kategorieë verdeel, naamlik die simptome van:

- nageboortelike neerslagtigheid ("the blues")
- postnatale depressie
- postnatale psigose
- obsessiewe kompulsiwiteit en paniek, en
- postnatale manie.

### 2.4.1 Simptome van nageboortelike neerslagtigheid (“the blues”)

Hierdie toestand manifesteer vanaf die derde en vierde dag na die baba se geboorte. Gewoonlik duur dit nie langer as ‘n week nie en is medikasie of terapie nie aangedui nie (Curham 2000:41). Verskeie skrywers (Curham 2000:41; Bishop, 1999:8; Dunnewold & Sanford, 1994:18) verdeel die simptome aan die hand van fisiese, psigiese en gedragskenmerke.

Die **fisiese kenmerke** sluit slaap- en eetverlies in. Die moeder ervaar hiermee saam ‘n konstante moegheid wat tot gevolg het dat haar fisiese kragte verminder. Angstigheid en senuweeagtigheid, wat as **psigiese kenmerke** geïdentifiseer kan word, kom ook voor. Die vrou twyfel oor haar vermoë as moeder en of sy die baba kan versorg. Hierdie verlies aan selfvertroue maak haar oor-emosioneel, negatief en hartseer. Sy raak verward en voel dat sy beheer oor haar omstandighede verloor. Die psigiese kenmerke lei daartoe dat die vrou se gedrag beïnvloed word. Die **gedragskenmerke** kan huilerigheid, hiperaktiwiteit en ‘n oor-sensitiwiteit insluit. Die moeder kan ervaar dat sy nie met haar baba emosioneel bind nie.



### 2.4.2 Simptome van postnatale depressie

Wanneer die simptome van nageboortelike neerslagtigheid vir langer as twee weke voortduur, is dit gewoonlik ‘n goeie indikasie volgens Najman et al (2000:21) dat die vrou aan PND ly. Dunnewold en Sanford (1994:23) is van mening dat PND stadig en geleidelik begin en oor ‘n tydperk van ses tot ag weke kan manifesteer.

Die simptome van PND word ook, soos dié van nageboortelike neerslagtigheid ingedeel in **fisiese**, **psigiese** en **gedragskenmerke**.



### 2.4.2.1 Die fisiese kenmerke van PND

Die eerste tekens dat 'n persoon aan stres ly kom dikwels in die liggaam as fisiese kenmerke voor. In die geval van enige depressie wat by 'n persoon voorkom, sal die liggaam reeds 'n teenreaksie toon ten einde die stres te verwerk (Van der Merwe 2004:52). Hierdie tekens kan soos volg uitsien wanneer PND bespreek word:

#### i) Hoofpyne en liggaamspyne

Roan (1997:13) en Curham (2000:42) verduidelik dat hoofpyne een van die eerste klagtes is waarmee vroue na vore kom. Dit word dikwels toegeskryf aan 'n hormonale veranderinge in die liggaam en word nie as 'n stresreaksie beskou nie. Aanhoudende klagtes van liggaamspyne, sonder enige fisiese indikasies daarvan, gee die hulpverlenende persoon 'n goeie idee van 'n moontlike oormaat stres wat die vrou moet hanteer, sonder dat sy emosioneel sterk genoeg is daarvoor.

#### ii) Duiseligheid

Duiseligheid is volgens Bishop (1999:13-26) en Curham (2000:42) 'n algemene klage by baie vroue. Hulle sal van mening wees dat hulle nie motor kan bestuur of die baba kan optel nie, omdat die gevaar bestaan dat hulle 'n ongeluk kan veroorsaak.

#### iii) Hartkloppings

Hartkloppings word deur Roan (1997:13), Bishop (1999:13-26) en Curham (2000:42) uitgelik as die eerste aanduiding dat 'n persoon angstig is. Gewoonlik hou dit geen mediese gevaar vir die persoon in nie, maar sy beleef dit asof sy 'n hartaanval kry. Sommige vroue het selfs borspyne, wat met 'n angina-aanval vergelyk kan word, maar geen werklike gevaar inhou nie.

#### **iv) Tintelende gevoel in die ledemate**

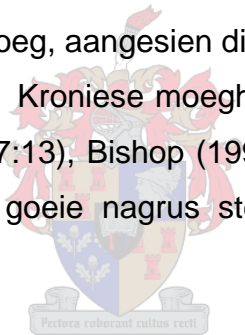
Sommige vroue ervaar 'n tintelende gevoel in die ledemate, wat dit moeilik maak om stil te sit of rustig te wees (Curham 2000:42). Dit word dikwels veroorsaak deur sensuweerpunte wat sensitief is, as gevolg van die oormatige stres wat die persoon beleef (Van der Merwe 2004:53).

#### **v) Hiperventilasie**

Bishop (1999:13-26) en Curham (2000:42) verduidelik dat angstige vroue soms ook kan hiperventileer. Dié vroue voel onseker wanneer die baba begin huil en raak gevolglik kortasem, wat 'n vlak asemhalingspatroon veroorsaak en hiperventilasie meebring.

#### **vi) Kroniese moegheid**

Enige vrou wat 'n baba het is moeg, aangesien die baba 'n 24 uur-roetine het wat soms vir haar te veel kan raak. Kroniese moegheid kom egter volgens Kleiman en Raskin (1994:5), Roan (1997:13), Bishop (1999:13-26) en Curham (2000:42) voor wanneer die vrou na 'n goeie nagrus steeds geen verligting van haar uitputting ervaar nie.



#### **vii) Verandering in die slaappatroon**

Een van die groot oorsake van kroniese moegheid, is as gevolg van die veranderde slaappatroon wat die versorging van 'n baba meebring. Die moeder was voor die baba se geboorte heelwaarskynlik gewoond aan sewe tot agt ure slaap per nag. Met die koms van 'n baba kry sy dikwels nie meer as twee ure ononderbroke slaap nie en is dit verstaanbaar as sy emosioneel daardeur beïnvloed word (Kleiman & Raskin 1994:5; Bishop 1999:13-26; Najman et al 1999:21).

### **viii) Verandering in eetlus**

Roan (1997:13); Bishop(1999:13-26); Tammentie et al (2002:241) en *The American College of Nurse-Midwives* (2002:391) is dit almal eens dat depressie die eetpatroon op twee maniere kan affekteer. Enersyds het die vrou geen eetlus nie en verloor sy derhalwe vinnig gewig, andersyds eet sy te veel en tel sy gewig op, wat haar selfbeeld negatief kan beïnvloed en haar depressie vererger.

### **ix) Verdere fisiese klagtes**

Roan (1997:13) rapporteer dat vroue met PND ook soms kla oor 'n droë vel, haarverlies en hande en voete wat swel. Dit is nie 'n algemene klagte nie, aangesien die ander bronne nie melding hiervan maak nie.

Dit is egter belangrik dat 'n hulpverlenende persoon bewus moet wees van die fisiese kenmerke waarmee 'n vrou wat PND het na vore kom. Dit sal die hulpverlener 'n leidraad gee ten einde die siekte vinniger te identifiseer.

### **2.4.2.2 Die psigiese kenmerke van PND**

Die psigiese kenmerke is die moeilikste om te identifiseer, aangesien dit nie sigbare tekens is nie en die pasiënt in 'n onderhoudsituasie dit self moet aanbied. Omdat die vrou dikwels self onseker en verleë is oor haar simptome, moet die onderhoudvoerder baie empaties te werk gaan om die inligting te bekom en die diagnose te maak. Die psigiese kenmerke sien soos volg daar uit:

#### **i) 'n Depressiewe en pessimistiese gemoed**

Vroue se onrealistiese verwagtings oor wat die versorging van 'n baba verg, maak die aanpassing na ouerskap moeilik. Kleiman en Raskin (1994:5), Harvey (1999:30) en Najman et al (2000:21) beskryf hierdie aanpassing as teleurstellend, frustrerend en met ongelukkigheid. Dit is hierdie emosies wat by

die vrou ontstaan wanneer sy met die realiteit van moederskap gekonfronteer word en besef dat sy nie perfek kan wees nie. Sy kan moedeloos en negatief raak, wat haar vermoë tot positiewe kommunikasie en probleemoplossing benadeel. Die mense wat die meeste deur haar negatiewe beïnvloeding word, is haar lewensmaat, ander kinders en die baba.

## **ii) Gevoelens van ontoereikendheid**

Curham (2000:42) en Tammentie et al (2002:241) meld hoe vroue buite beheer van hulle omstandighede begin voel en 'n onvermoë ontwikkel om alledaagse lewensomstandighede te hanteer. Hulle ervaar 'n funksioneringsafname en kan skaars elke dag die noodsaaklike dagtake verrig. Bishop (1999:13-26), Brockington (1999:161-163) en *The American College of Nurse-Midwives* (2002:391) verduidelik dat 'n vrou haarself as 'n mislukking kan beskou, wanneer sy nie in haar baba se behoeftes kan voorsien nie. Gevolglik is die vrou van mening dat die baba beter sonder haar kan klaarkom. Om hierdie ontoereikendheid teë te werk, besoek sy dikwels die pediater om aan haar te bevestig dat die baba gesond is, ten spyte daarvan dat hy/sy nooit siek was nie. Party moeders raak neuroties oor hulle babas se welstand en kan selfs 'n fobie daarvoor ontwikkel.

## **iii) Angs, angsaanvalle en paniek**

Die vrou se gevoel van ontoereikendheid kan ook 'n mate van angs tot gevolg hê. Sy wil dikwels nie alleen gelaat word met die baba nie, aangesien sy nie opgewasse voel om na die baba se behoeftes om te sien nie. Sy kan paniekerig voel wanneer die baba huil omdat sy nie weet wat die kind nodig het nie. Dit lei soms tot slaaploosheid en ooraktiwiteit, omdat die vrou van mening is dat sy heertyd beskikbaar moet wees vir die baba. Angsaanvalle, met hartkloppings, kort van asem, benoudheid oor die bors en spierlamheid kan ontstaan wanneer die vrou nie hulp vir haar angs en paniek ontvang nie (Bishop 1999:13-26; Brockington 1999:161-163; Harvey 1999:30; Tammentie et al 2002:241; *The American College of Nurse-Midwives* 2002:39).

#### **iv) Verlies aan konsentrasie**

Bishop (1999:13-26), Curham (2000:42), Najman et al (2000:21) en *The American College of Nurse-Midwives* (2002:391) noem dat baie vroue aan 'n konsentrasieverlies ly. Hulle het klagtes dat hulle nie afsprake kan onthou, lank kan lees of op 'n televisieprogram kan konsentreer nie. Hierdie kenmerk van PND is dikwels vir die vrou vernederend, omdat sy voor die geboorte van die baba moontlik 'n hoë profiel werk gedoen het en nou die mees eenvoudige inligting nie kan onthou nie. Sy word ook angstig, aangesien sy onseker is of haar konsentrasie herstel sal word en sy weer sal funksioneer soos voor die geboorte van die baba.

#### **v) Apaties**

Vroue met PND kan volgens Bishop (1999:13-26), Najman et al (2000:21) en Tammentie et al (2002:241) apaties raak en die lewe as sinneloos ervaar. Hulle geniet nie meer ervaringe wat vroeër vir hulle genot verskaf het nie. Dikwels voel dit vir hulle asof hulle hulle identiteit prysgee, terwille van die baba se behoeftes en daar nie meer aandag gegee kan word aan hulle eie nie.

#### **vi) Selfmoordneigings**

Kleiman en Raskin (1994:5), Bishop (1999:13-26), Harvey (1999:30) en Curham (2000:42) verduidelik dat selfmoordgedagtes eers as 'n preokkupasie met die dood begin. Die vrou wens aanvanklik dat sy op 'n natuurlike wyse te sterwe sal kom, sodat sy verlos kan word van al haar verantwoordelikhede. Later begin sy self planne beraam hoe om selfmoord te pleeg, wat uiteindelik sal lei tot 'n selfmoordpoging soos die depressie vererger. Gewoonlik is hierdie kenmerk nie maklik identifiseerbaar deur die hulpverlener nie, aangesien die pasiënt die inligting weerhou as gevolg van skuldgevoelens. Selfmoordneigings is 'n ernstige teken van PND en vereis onmiddellike intervensie.

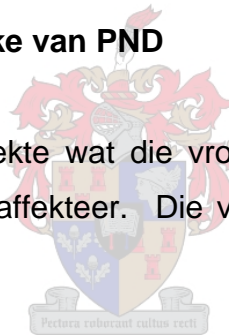
### **vii) Bizarre gedagtes**

Saam met selfmoordgedagtes voeg Bishop (1999:13-26) en Curham (2000:42) by dat daar dikwels ook tekens van bizarre gedagtes kan voorkom. Die vrou dink byvoorbeeld daaraan om haar baba skade aan te doen terwyl sy met 'n mes werk, of sy visualiseer hoe sy die baba van die balkon kan afgooi. Hierdie gedagtes is gewoonlik vir die vrou skokkend en onaanvaarbaar en laat haar met geweldige skuldgevoelens worstel.

Die psigiese kenmerke is moeilik identifiseerbaar en veroorsaak dikwels skok en skuldgevoelens by die pasiënt. Daarom moet die hulpverlener tydens die onderhoud met die vrou 'n atmosfeer skep, sodat sy die psigiese simptome sal bekend maak, ten einde PND te identifiseer en hulp te verleen.

### **2.4.2.3 Die gedragskenmerke van PND**

Depressie is 'n omvattende siekte wat die vrou in haar totaliteit beïnvloed en gevolglik ook haar gedrag sal affekteer. Die volgende gedragskenmerke word omskryf:



#### **i) Huilerigheid en melankolie**

Kleiman en Raskin (1994:5), Bishop (1999:13-26) en Tammentie et al (2002:241) noem dat die vrou huilerig en melankolies kan wees. Sy voel ongelukkig oor haar verlies aan funksionering en is moedeloos omdat die depressie te lank na haar sin aanhou.

#### **ii) Teruggetrokkenheid en isolasie**

Depressie bring mee dat 'n persoon gewoonlik enige sosiale kontak wil vermy en alleen wil wees. Sy voel dikwels angstig en onseker wanneer te veel mense om haar is, aangesien sy nie in daardie stadium die energie het om sinvol te

kommunikeer nie. Die ironie van hierdie sosiale isolasie is dat die vrou nie mense om haar kan verdra nie, maar terselfdertyd ook nie alleen gelaat wil word met haar baba nie (Bishop 1999:13-26; Curham 2000:42; *The American College of Nurse-Midwives* 2002:39).

### **iii) Rusteloosheid en geïrriteerdheid**

Rusteloosheid of geïrriteerdheid is kenmerke wat dikwels nie verwag word by 'n depressiewe persoon nie (Bishop 1999:13-26; Najman et al 2000:21). Die algemene opvatting is dat 'n persoon wat aan depressie ly slegs terneergedruk en passief moet voorkom, terwyl dit ver verwyderd is van die werklikheid. Die vrou met PND is geïrriteerd oor haar omstandighede en met haar lewensmaat, familie en die baba. Dit laat haar dikwels gefrustreerd en bakleierig voorkom. Die familie beleef haar as 'n moeilike en onrealistiese persoon, wat gedurige konflik kan veroorsaak.

### **iv) Besluiteloosheid**

Die American College of Nurse-Midwives (2002:391) noem hoe besluiteloosheid by 'n vrou met PND kan voorkom. Waar sy in die verlede self oor alledaagse lewensomstandighede besluite kon neem, ervaar sy onsekerheid tydens die siekte wat daartoe lei dat sy moeilik keuses uitoefen. Skielik raak sy van haar lewensmaat afhanklik vir besluitneming, wat weer vir hom 'n baie uitputtende proses kan raak.

### **v) Hiperaktiwiteit**

Op die ander punt van die kontinuum kom vroue voor wat hiperaktief is en gedurig besig moet bly. Hulle babas en huishoudings is onberispelik versorg en op die oog af lyk dit asof hulle die nuwe lewensomstandighede baie goed hanteer. Dit is egter hulle angsk dat die dryfkrag agter die toename in aktiwiteite is, omdat hulle bang is om beheer van die situasie te verloor. Slaaploosheid kan

ontstaan, aangesien die vrou eers al die werk wil afhandel. Hierdie vroue kom nooit tot rus nie en word in die proses uitgeput. Wat duidelik waarneembaar is tydens die hiperaktiwiteit van die vrou, is dat die frekwensie in haar spraak toeneem (Bishop 1999:13-26).

**vi) Onvermoë om met die baba te bind**

Curham (2000:42) verduidelik dat vroue dikwels klagtes het dat hulle moeilik emosioneel met hulle babas bind. Omdat PND 'n persoon se emosies affekteer, beleef 'n moeder soms 'n onvermoë om aan enige nuwe verhouding op 'n emosionele vlak te werk. Dit laat haar dikwels met skuldgevoelens en selfverwyf, omdat sy nie emosioneel met haar baba verbind is nie.

**vii) Sensitiwiteit ten opsigte van klank**

In haar boek dui Bishop (1999:13-26) aan dat sommige vroue 'n sensitiwiteit kan ontwikkel ten opsigte van klank. Haar baba se gehuil kan haar irriteer, die verskillende klanke in 'n winkelsentrum kan maak dat sy dit wil vermy om inkopies te doen en enige eentonige klank van speelgoed, die watersproeier of die grassnyer kan vir haar te veel raak.

**viii) Fobies en nagmerries**

Vroue ontwikkel soms allerlei fobies tydens PND. Curham (2000:42) beskryf hoe 'n vrou skielik bang kan wees om haar motor te bestuur, of sy is heeltyd bekommerd oor haar baba se gesondheid en veiligheid. Sy kan nie toelaat dat iemand anders na haar baba omsien nie, aangesien sy niemand met haar baba vertrou nie en sy hom/haar heeltyd onder oë moet hê. Soms beskryf die vroue dat hulle nagmerries kry oor skade wat aan hulle babas berokken word en dat hulle bang is dat dit in die werklikheid ook kan gebeur.



### ix) Verlies aan libido

Bishop (1999:13-26) en Brockington (1999:161-163) is dit albei eens dat die seksuele verhouding wat tussen paartjies bestaan nie die belangrikste aspek van hulle verhouding uitmaak nie. Wanneer daar egter seksuele probleme ontstaan, kan dit 95% van die verhouding in beslag neem. Na die geboorte van 'n baba is daar by die vrou normaalweg 'n fisiese ongemak wat haar seksualiteit negatief beïnvloed. Wanneer sy aan PND ly en egter oor 'n langtermyn steeds geen behoefte aan seks ervaar nie, raak dit 'n probleem in die verhouding. Dit is dikwels die afname in libido wat die paartjie noodsaak om hulp te gaan soek vir hulle probleme.

### 2.4.3 Simptome van postnatale psigose

Postnatale psigose is die derde tipe gemoedstoestand wat by vroue na die geboorte van hulle babas kan voorkom. Gemiddeld een of twee uit elke 1000 vroue wat aan 'n baba die lewe geskenk het, word daardeur geraak. Die aanvang is vinnig en kan reeds so vroeg as 48 tot 72 uur na die geboorte van die baba plaasvind (Nonacs en Cohen 1998:35; Martyn 2001:187). Roan (1997:16) waarsku dat hierdie toestand 'n mediese krisis is en dat hospitalisering gewoonlik onafwendbaar is. Selfmoordgedagtes en -pogings kom algemeen tydens hierdie toestand voor.

Curham (2000:44) en Martyn (2001:187) deel die simptome van postnatale psigose ook in volgens die **fisiese, psigiese** en **gedragskenmerke**. Die **fisiese kenmerke** kan bestaan uit 'n fanatieke ooraktiwiteit wat by die vrou voorkom waar sy haarself nie toelaat om te slaap nie. Terselfdertyd weier sy ook om te eet, omdat sy haarself nie die tyd daarvoor gun nie. Die teenoorgestelde kenmerke kan ook voorkom, waar die vrou sodanig uitgeput is, dat sy aanhoudend slaap en haarself heeltemal aan die buitewêreld onttrek.

Die **psigiese kenmerke** bestaan daaruit dat die vrou bisarre hallusinasies kry en ervaar dat sy stemme kan hoor of gebeurtenisse wat nie bestaan nie, waarneem. Soms is daar gedagtes van paranoia, waar sy alles met agterdog bejeën. Dit laat haar angstig en gespanne voorkom. Gewoonlik het sy erge geheueverlies na so 'n episode (Curham 2000:44; Martyn 2001:187).

Postnatale psigose het **gedragskenmerke** wat die vrou suspisies, geïrriteerd, huilerig, rusteloos en maklik afleibaar laat. Postnatale psigose kom nie dikwels voor nie, omdat dit 'n redelike skaars gemoedstoestand is. Dit is egter belangrik vir professionele persone soos maatskaplike werkers om bewus te wees van die simptome van postnatale psigose ten einde dit te kan identifiseer. Indien die simptome geïdentifiseer is, kan die regte gemeenskapshulpbronne in aksie gestel word (Curham 2000:44; Martyn 2001:187).

#### **2.4.4 Simptome van obsessiewe kompulsiwiteit en paniek**

Vroue wat aan PND ly, kan ook obsessiewe kompulsiewe en paniekerige gedrag openbaar. Obsessiewe kompulsiwiteit en paniek neem volgens Roan (1997:17) tussen twee en ses weke na die geboorte van die baba 'n aanvang. Wanneer die vrou obsessiewe kompulsiewe gedrag openbaar, het sy herhalende gedagtes waarop sy moet reageer, ten einde die angs en ongemak uit die weg te ruim. Hierdie toestand beïnvloed nie net die vrou se gedagtes nie, maar het ook 'n definitiewe invloed op haar gedrag. Voorbeelde van sulke obsessiewe kompulsiewe gedrag is:

- wanneer die vrou obsessief is oor higiëne en die baba en die huis uitermatig probeer skoonmaak;
- wanneer haar kommer oor die huis se sekuriteit sodanig raak dat sy aanhoudend toets of die deure en vensters toe is;

- wanneer sy die behoefte het om artikels te tel of dit op 'n rituele manier aan te raak.

Volgens Dunnewold en Sanford (1994:33) kom paniek voor wanneer daar aanhoudende kommerwekkende gedagtes, idees en beelde in die moeder se gedagtes voorkom. Soms is dit daarop gerig om die baba skade aan te doen. Hierdie vroue is bewus daarvan dat hulle gedagtes egter onrealisties is en probeer die aggressiewe gedrag beheer, maar dit veroorsaak erge paniek en vrees. Hulle is bang dat hulle 'n volgende keer dalk nie die gedrag sal kan voorkom nie.

Die vrees vir wiegiedood veroorsaak volgens Brockington (1999:160) ook by sommige vroue paniek. Daar word gevind dat hierdie vrees die moeder noodsaak om aanhoudend die baba wakker te maak en sodoende vas te stel dat of hy/sy nog leef. Roan (1997:18) meen ook dat die geboorteproses en die verantwoordelikheid van 'n pasgebore baba vir die nuwe moeder oorweldigend kan wees wat haar paniekerig kan maak. Sy kan voel dat sy nie by magte is om hierdie baba groot te maak en haar rol as moeder te vertolk nie.



Simptome van 'n paniekaanval word deur Dunnewold en Sanford (1994:27) hoofsaaklik beskryf as 'n somatiese reaksie. Die vrou kan ervaar dat sy kortasem is, borspyn het, 'n wurgsensasie om die keel voel, 'n tintelende gevoel in die hande en voete het en bewerig is. Sy kan voel asof sy gaan flou word en het warm en koue gloede wat met 'n oormatige sweetreaksie gepaard gaan. Oor die algemeen voel hierdie persoon of sy beheer verloor het oor die lewe en op die plek gaan sterf. Die voorkoms van paniekaanvalle kan wissel van een aanval per dag tot een keer per week. Sommige vroue word in die nag wakker met 'n aanval, wat op sigself verdere angs kan meebring.

Dit wil voorkom asof vroue wat obsessiewe kompulsiewe en paniekerige gedrag openbaar baie ondersteuning gaan nodig kry van haar gesin en professionele persone, ten einde haar irrasionele gedagtes die hoof te bied.

#### **2.4.5 Simptome van postnatale manie**

'n Verdere emosionele toestand wat by vroue na die geboorte van hulle babas kan voorkom, is postnatale manie. Dit kan verduidelik word as 'n teenpool van depressie. Volgens Dunnewold en Sanford (1994:27) kry postnatale manie min erkenning in die literatuur. Dit was ook die enigste bron wat opgespoor kon word wat hierdie toestand beskryf het. Die navorser het in haar persoonlike hoedanigheid as maatskaplike werker hierdie toestand in 'n psigiatriese hospitaal telkens kon waarneem. Postnatale manie manifesteer enkele dae na die geboorte van die baba met 'n ooraktiwiteit wat by die vrou voorkom. Sy beweeg vinnig, kan nie ontspan nie en slaap byna glad nie. Wanneer sy wel slaap, is dit nie langer as 'n uur of twee nie en is sy ook nie daarna moeg nie. Haar gedagtes spring van die een na die ander onderwerp, wat dit vir 'n luisteraar moeilik maak om die gesprek te volg. Geen taak wat sy aanpak word voltooi nie en daar is 'n toenemende irritasie by haar te bespeur. Hierdie toestand moet deur 'n psigiater behandel word.

### **2.5 DIE IDENTIFISERING VAN PND**

Dit is belangrik vir professionele persone om PND te kan identifiseer. Die gevolg van vroeë identifisering, is dat 'n vrou vinniger behandeling kan ontvang vir haar toestand en sodoende die stres in haar huishouding en gesin kan verlig. Die **Edinburg postnatale depressieskaal (EPDS)**<sup>3</sup> (Cox, Holden, Sagovsky 1987) is 'n internasionale skaal wat spesifiek ontwikkel is om PND te meet. Dit is 'n tien

---

<sup>3</sup> Die afkorting EPDS word gebruik vir die Edinburg postnatale depressieskaal

item skaal wat volgens die psigiatriese diagnostiese kriteria – DSM IV saamgestel is (Najman et al 2000:20). Lovestone en Kumar (1993:210) beklemtoon dat die EPDS slegs 'n assesseringsfunksie het en nie 'n instrument is om depressie te diagnoseer nie. Hierdie skaal het groot nut vir die professionele persoon wanneer 'n pasiënt evalueer word vir PND. In Bishop (1999:11) se boek **Postpartum Depression** word genoem dat dr. J.L.Cox, J.M.Holden en R.Sagovsky in 1987 die EPDS ontwerp het. Die vraelys bevat die mees algemene simptome van PND en kan deur die pasiënt self ingevul word. Elke vraag bied 'n keuse van vier antwoorde, wat vanaf nul tot drie gemeet word. Die vraelys is verstaanbaar en maklik om in te vul en kan deur die pasiënt en die hulpgewer geïnterpreteer word. Nonacs en Cohen (1998:35) gaan so ver om voor te stel dat elke vrou tydens haar ses-weke roetineondersoek by die dokter hierdie vraelys behoort te voltooi.

'n Meer uitgebreide en aangepaste vraelys van die EPDS verskyn tans op die internasionaal beskikbare Suid Afrikaanse webwerf. Vroue kan self identifiseer of hulle aan PND ly wanneer hulle die webwerf besoek. Dit motiveer hulle om berading en mediese hulp te verkry ([www.pndsa.co.za](http://www.pndsa.co.za)). Die EPDS word in die studie ingesluit as bylae 1, sodat die hulpverlenende persoon bekend kan raak met die inhoud daarvan. Hierdie skaal lys van die mees algemene simptome van depressie. Dit dui ook die verskil aan tussen nageboortelike neerslagtigheid en PND, omdat dit die tydsduur van die toestand aandui. Wanneer 'n vrou meer as 12 punte op die skaal verwerf het, is dit 'n goeie aanduiding dat sy wel aan depressie ly en moet sy na die regte hulpverlenende professies verwys word.

## **2.6 DIE OORSAKE VAN PND**

Elke vrou wat aan PND ly, wil gewoonlik weet wat haar siekte veroorsaak het. Dit is die werk van die professionele persone, wat betrokke is, om aan haar die

oorsake te verduidelik, sodat sy dit kan verstaan en haar onmiddellike stres kan verlig. Elke mens het volgens Harvey (1999:10) 'n uniekheid, wat bestaan uit 'n spesifieke samestelling van persoonlikheidstrekke. Die wyse waarop nuwe lewenservarings hanteer gaan word, sal bepaal word deur 'n vrou se persoonlikheid, die tydsduur en die maatskaplike omstandighede waarin sy haar op daardie oomblik bevind. Die kombinasie van hierdie elemente het tot gevolg dat enige persoon oor die moontlikheid beskik om aan depressie te ly. Nicolson (1999:163) verduidelik spesifiek dat die kombinasie van 'n vrou se sielkundige agtergrond, haar persoonlikheid en die geboorte van haar baba, wat 'n nuwe lewenservaring vir haar is, PND kan veroorsaak.

Vroue is volgens Roan (1997:2) sewe keer meer geneig om depressie te kry nadat hulle die lewe geskenk het aan 'n baba, omdat die geboorteproses 'n psigologiese, gedrags, sosiologiese, eksistensiële en biologiese effek op haar kan hê. Roan (1997:26) en Brockington (1999:181) stem saam dat PND 'n kombinasie van siekte en maatskaplike probleme is wat 'n vrou emosioneel kan beïnvloed. Vir die doeleindes van hierdie studie gaan die fisiese, emosionele en sosiale oorsake wat kan lei tot PND verduidelik word.



## **2.6.1 Fisiese oorsake van PND**

Die geboorte van 'n baba het 'n fisiese effek op 'n vrou se liggaam. Dikwels is sy nie voorbereid op hoe haar liggaam in daardie situasie gaan reageer nie en kan dit lei tot PND.

### **2.6.1.1 Die ouderdom van die vrou**

Harvey (1999:25) is van mening dat hedendaagse vroue langer wag alvorens hulle kinders kry. Die moeders wat tussen die ouderdom van 25 – 40 jaar hulle

eerste babas kry, gaan dikwels deur 'n groot aanpassing. Hierdie vroue is gewoonlik voor die baba se geboorte hoogs funksionerende, goed aangepaste vroue wat hulle babas beplan en uitsien na moederskap.

Die geboorteproses waardeur hierdie vroue gaan, is volgens Roan (1997:3) dikwels 'n positiewe ervaring. Dit is egter die verlies aan identiteit, die gevoel van hopeloosheid en die baba se onvoorspelbare roetine wat volgens Harvey (1999:25) en Martyn (2001:182) die aanpassing ten opsigte van moederskap bemoeilik. Die vrou het 'n gevestigde lewenstyl gehad, wat deur die koms van 'n baba drasties verander word.

#### **2.6.1.2 Die persoonlikheid van die vrou**

Die wyse waarop die persoonlikheid van die vrou saamgestel is, kan soms veroorsaak dat sy aan PND kan ly. Vroue wat perfeksionisties is, openbaar min aanpasbaarheid, kom rigied voor en is bevrees om beheer te verloor. Hulle kan dikwels kandidate vir depressie wees. Verdere persoonlikheidstrekke soos vermyding, passiwiteit, afhanklikheid, pessimisme en negatiwiteit kan ook depressie veroorsaak (Roan, 1997:100).

#### **2.6.1.3 Vorige geskiedenis van depressie**

Die *American College of Nurse-Midwives* (2002:391) dui aan dat vroue met 'n vorige geskiedenis van depressie 'n hoër risiko toon om die siektetoestand na 'n kindergeboorte weer te kry. Harvey (1999:12) verduidelik dat depressie 'n biochemiese reaksie in die brein is. Die chemiese stowwe wat in die brein bekend staan as neurotransmitters, naamlik: serotinen, noradrenalin en dopamien, is verantwoordelik vir die regulering van die vrou se gemoedstoestand. Verder gelei hulle boodskappe van 'n mens se gevoelens,

besluite, slaap- en eetpatrone. By vroue wat 'n vorige episode van depressie gehad het, is die vlakke van die neurotransmitters dikwels baie laer as by persone wat nog nooit vantevore depressie gehad het nie. Gevolglik kan die stres van 'n baba se geboorte en die aanpassing daarna die neurotransmitters se vlakke verder laat daal wat weereens 'n depressiewe gemoed kan veroorsaak.

#### **2.6.1.4 Hormone**

Volgens Welford (1998:33) is daar nie konsensus in die literatuur of vorige navorsing, dat PND veroorsaak word deur 'n hormoonwanbalans nie. Daar is egter sommige vroue wat beweer dat hormoonbehandeling hulle emosioneel beter laat voel het. Roan (1997:28) verklaar dat hormone tog 'n belangrike rol speel tydens swangerskap. In die laaste week van die swangerskap versnel die estrogeen en progesteron sirkulasie in die liggaam. Dit word veroorsaak deur die pituitêre klier wat in die breinstam geleë is. Hierdie klier hanteer 'n hoë bloedvloei en produseer hormoonstimulasie. Tydens geboorte neem die estrogeen- en progesteronvlakke dramaties af soos plasenta verminder. Terselfdertyd neem die pituitêre klier se funksie ook af en beide hierdie gebeurtenisse kan 'n depressiewe gemoed tot gevolg hê.

#### **2.6.1.5 Die premenstruele siklus (PMS)**

Dit is alombekend dat hormone 'n effek op vroue se gemoedstoestand in die gewone premenstruele fase het. Estrogeen en progesteron is verantwoordelik vir die regulering van die vroulike reproduksiesiklus. Estrogeen is gewoonlik in klein hoeveelhede teenwoordig in die liggaam en neem geleidelik toe tot by ovulasie, maar verminder weer na menstruasie. Progesteron neem dramaties toe tot ovulasie en val tot byna geen tydens menstruasie (Harvey, 1999:13).



Na aanleiding van bogenoemde verduideliking maak Harvey (1999:13) die afleiding dat hormone in die nageboorte tydperk 'n rol kan speel, aangesien swangerskap ook 'n verskuiwing meebring in 'n vrou se hormone. Tog noem Curham (2000:46) dat daar geen bewyse bestaan dat vroue wat voor hulle swangerskap aan die premenstruele siklus gelyk het, ook aan PND sal ly na die geboorte van die baba nie. Navorsing toon wel dat die teenoorgestelde waar is naamlik, dat 90% van vroue wat aan PND ly daarna ook aan die premenstruele siklus ly.

#### **2.6.1.6 Tiroïed probleme**

Die tiroïedklier se funksie is volgens Curham (2000:47) verantwoordelik om die mens se metabolisme, energievlakke en liggaamstemperatuur te beheer. Na 'n swangerskap verminder al die hormoonvlakke en tussen ses tot sewe persent van vroue kan aan hipoteroïdisme (onderaktiewe klier) ly. Die simptome van hipoteroïdisme kom baie ooreen met dié van depressie en dit kan maklik verkeerdelik gediagnoseer word. Hipoteroïdisme word gewoonlik uitgeskakel met 'n roetine-bloedtoets, wanneer 'n pasiënt depressiesimptome toon. Met die regte behandeling kan die hipoteroïdisme binne ses maande herstel word.

#### **2.6.1.7 Anemie**

Die ystervlakke in 'n vrou se liggaam daal gewoonlik gedurende swangerskap. Verdere daling kan plaasvind tydens die geboorteproses wanneer baie bloed verloor word. 'n Tekort aan yster in die liggaam staan bekend as anemie. Iemand wat anemies is, kom ook depressief voor en PND kan verkeerdelik by haar gediagnoseer word. Gewoonlik kom die vrou uiters moeg en kragteloos voor. Diagnostisering vind plaas deur 'n bloedtoets en behandeling geskied met ysteraanvullings (Curham, 2000:47).

### 2.6.1.8 Borsvoeding

Borsvoeding het volgens Hanna et al (1992:780) 'n langtermynneffek op 'n vrou se gemoedstoestand. Die samewerking tussen die hormone wat afgeskei word tydens die produsering van melk en die sielkundige effek wat die voorsiening van voeding vir die baba het, is dikwels vir die vrou emosioneel oorweldigend en kan depressie veroorsaak.

Brockington (1999:136) verduidelik dat moeders onder groot druk geplaas word om die noodsaaklikheid van borsvoeding te bewys. Hulle wil hulleself bewys as goeie moeders deur te doen wat sosiaal van hulle verwag word. As gevolg hiervan noem Lane, Keville, Morris, Kinsella, Turner en Barry (1997:554) dat vroue dit as 'n persoonlike mislukking beskou wanneer hulle met borsvoeding faal. Om hierdie mislukking te alle koste te voorkom, raak party vroue tydens borsvoeding angstig en paniekerig. Haar onvermoë om te borsvoed en in haar baba se behoeftes te voorsien, kan ook die vrou se selfbeeld negatief beïnvloed.

Die vrou se beperkinge en behoeftes word dikwels uit die oog verloor. Sy voel moeg en gefrustreerd omdat sy alleen moet sukkel, aangesien haar lewensmaat, familie of vriende nie kan help nie. Hierdie proses kan lei tot depressie waarvoor Curham (2000:48) twee verklarings het, naamlik dat:

- groot druk op 'n vrou geplaas word om te borsvoed, maar niemand waarsku haar dat dit aanvanklik moeilik is alvorens sukses behaal word nie, en
- niemand voorbereid is op die isolasie wat borsvoeding kan veroorsaak nie, veral as 'n moeder nie in die openbaar of voor ander mense haar baba wil voed nie.

### **2.6.1.9 Komplikasies met die geboorteproses**

Die geboorte van 'n baba is soms, volgens Roan (1997:87), vir party vroue 'n spannende ervaring. Hulle bevind hulle in 'n vreemde omgewing, met medici wat besluite namens hulle neem, terwyl hulle intense fisieke pyn ervaar. Daarom is dit goed as daar iemand is om hulle te ondersteun en geselskap te hou tydens die geboorteproses. Ten spyte van die stres wat met die geboorte gepaard gaan en komplikasies wat kan intree, is daar geen navorsing wat tot op hede bewys het dat PND daardeur veroorsaak word nie. Tog skryf vroue dikwels die aanvang van hulle depressie toe aan die stres wat 'n gekompliseerde geboorteproses veroorsaak.

Wanneer komplikasies tydens die geboorte voorkom, meen Welford (1998:21) dat dit angswekkend vir die vrou kan wees en haar buite beheer van die situasie kan laat voel. Harvey (1999:24) neem dit verder deur te verduidelik hoe party vroue van mening is dat wanneer hulle nie op 'n natuurlike wyse die lewe geskenk het nie, hulle gefaal het as moeder. Hulle is emosioneel beïnvloed toe mediese intervensie moes plaasvind. Albei outeurs stem saam dat die stres van 'n gekompliseerde geboorte wel latere depressie by die vrou kan veroorsaak, ten spyte daarvan dat navorsing dit nog nie bewys het nie. Nhwatiwa et al (1998:262) verklaar dat 'n gekompliseerde geboorte 'n risiko vir PND is, veral as 'n vrou reeds 'n vorige geskiedenis van depressie het.

### **2.6.1.10 Vorige infertiliteit**

Probleme met infertiliteit is volgens Roan (1997:85) 'n groot oorsaak van PND. Alhoewel vroue dikwels geen depressie tydens die infertiliteitsbehandeling ervaar nie, kan hulle ironies genoeg depressie kry nadat die baba gebore is. Dit kan veroorsaak word deur die lang en stresvolle infertiliteitsperiode wat die swangerskap en geboorte voorafgegaan het. Curham (2000:52) verduidelik dat

die vrou se bestaan vir jare daarom gedraai het om swanger te raak. Swangerskap was vir haar die oplossing van al haar probleme en sy het nooit verder gedink aan die werklikheid na die geboorte van 'n baba nie. Gevolglik bestaan die gevaar dat die werklikheid met die geboorte van haar baba nie aan haar verwagtings voldoen nie. Die realiteit kan 'n skok vir haar wees, aangesien sy nie beseft het dat ouerskap sy eie stres en aanpassings meebring nie.

#### **2.6.1.11 Fisiese probleme wat volg na die geboorte**

Die moeder ervaar normaalweg fisiese ongemak na die geboorte van 'n baba. Verdere fisiese probleme wat kan ontstaan, is mastitis, urieneweginfeksie, geïnfekteerde steke in die keisersneewond, bloedvloei en pyn. Hierdie fisiese komplikasies kan later daartoe lei dat die vrou PND kry. Ten spyte daarvan dat sy siek is, moet sy steeds haar baba 24 uur versorg en het sy nie tyd om genoegsaam te herstel van haar eie fisiese probleme nie (Harvey, 1999:24).

#### **2.6.1.12 Onvermoë om gewig te verloor**

Dunnewold en Sanford (1994:98) noem dat vroue teleurgesteld is wanneer hulle na die geboorte steeds swanger lyk. Daar is nie altyd tyd, ondersteuning en energie vir haar om ontslae te raak van die ekstra gewig nie. Verder beskryf Bishop (1999:51) dat sommige depressielyers die geneigdheid het om hulle emosionele troos in die verkeerde tipe kos te soek. Dit bring 'n siklus van skuld en gevoelens van moedeloosheid mee.

### **2.6.2 Emosionele oorsake**

Benewens die fisiese oorsake van PND, is daar ook emosionele oorsake wat die vrou sodanig kan affekteer dat sy depressief kan raak. Roan (1997:92), Bishop (1999:62), Harvey (1999:21) en Curham (2000:50-58) verduidelik die emosionele

oorsake aan die hand van verhoudings wat in die vrou se lewe 'n rol speel en soms verander. Die manier waarop sy verliese of trauma hanteer kan haar ook emosioneel beïnvloed. Verhoudings wat deur die koms van 'n baba beïnvloed word, is die band tussen die vrou en haar moeder, haar lewensmaat, haar vriende en haar baba. Verliese en traumas wat in die verlede deur die vrou hanteer moes word soos die dood van 'n geliefde, 'n vorige aborsie, miskrame, stilgeboortes, premature baba-geboortes, 'n meerlingswangerskap, onlangse verhuising en enige vorm van mishandeling, kan later veroorsaak dat die vrou PND ontwikkel.

### **2.6.2.1 Verhoudings wat verander**

Die verhoudings wat beïnvloed word wanneer die vrou aan depressie ly, sluit haar verhouding met haar moeder, haar binding met haar baba, haar lewensmaat en haar vriende, in.

#### **i) Verhouding met haar moeder**

Die moeder-dogter-verhouding word deur Crockenberg en Leerkes (2003:90) beskou as 'n belangrike voorkomende maatreël teen depressie. As die vrou as kind deur haar moeder onvoorwaardelik aanvaar was en haar moeder 'n goeie rolmodel was, kan sy dieselfde goeie eienskappe van moederskap teenoor haar baba openbaar.

Die teenoorgestelde kan ook, volgens Welford (1998:38), plaasvind wanneer die vrou na die geboorte van haar baba juis bewus raak van die emosionele tekortkominge in haar en haar eie moeder se verhouding. Onopgeloste probleme met haar moeder kan vir haar 'n struikelblok tot ouerskap wees, omdat sy onseker raak oor haar nuwe rol as moeder en wat na regte van haar verwag word. Curham (2000:50) brei op hierdie punt uit as hy melding maak dat die vrou

juis van haar moeder se verlies aan sorg teenoor haar as vrou bewus kan raak, wanneer sy vir die eerste keer besef watter sorg 'n pasgebore baba nodig. Dikwels ervaar hierdie vrou weersin en woede teenoor haar eie moeder. Party vroue projekteer hierdie negatiewe gevoelens op 'n irrasionele wyse op haar baba, omdat sy jaloers is op die liefde wat haar baba ontvang en van haar ontnem was.

## **ii) Verhouding met die baba**

Postnatale depressie kan veroorsaak word, wanneer 'n baba gedurig siek of gestremd is. Ouers begin heel dikwels hulle vaardighede om 'n kind groot te maak bevraagteken wanneer hulle baba kort-kort siek is of spesiale sorg nodig (Roan 1997:92).

## **iii) Verhouding met die lewensmaat**

Die koms van 'n baba kan ekstra stremming op enige huwelik- of saamleefverhouding plaas (Harvey 1999:21). Indien verhoudingsprobleme voor die geboorte van die baba tussen die man en vrou bestaan het, kan dit na die geboorte vererger (Roan 1997:8). Wanneer die vader van die baba nie genoegsame ondersteuning aan die moeder bied nie, kan dit daartoe lei sy depressie ontwikkel (Harvey 1999:18). Die vrou is dikwels van mening dat die man deel vorm van die baba en belang behoort te hê by hulle albei se welstand. Wanneer haar lewensmaat nie aan hierdie verwagting voldoen nie, is sy teleurgesteld (Harvey 1999:18).

Volgens Curham (2000:58) kan min slaap, wat by beide man en vrou 'n geïrriteerdheid en oorsensitiwiteit meebring 'n verdere oorsaak vir hierdie spanning wees. Die gebrek aan seksuele toenadering kan die man verder van

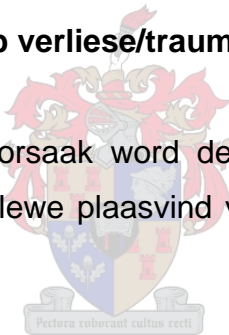
die vrou uitgesluit laat voel. Die vrou daarenteen kan voel dat die baba meer verantwoordelike op haar lewe plaas en haar aktiwiteite meer beperk as dié van haar lewensmaat. Gevolglik kan sy jaloers voel op sy vryhede.

#### **iv) Verhouding met vriende**

Vriende wat self nog nie kinders het nie, kan moeilik verstaan wat die verantwoordelike van 'n pasgebore baba op 'n paartjie plaas. Hulle verstaan nie altyd die spanning waaronder hierdie nuwe ouerpaar verkeer nie en kan dit self laat toeneem wanneer hulle sosiale reëlings tref wat nie die nuwe baba akkommodeer nie. Dikwels het vriende onrealistiese verwagtings dat die ouers, soos voor die baba se koms, alles moet meemaak (Bishop 1999:62).

#### **2.6.2.2 Vertraagde reaksie op verlies/trauma**

Postnatale depressie kan veroorsaak word deur enige verlies of traumatiese gebeurtenis wat in die vrou se lewe plaasvind voor, tydens en na die geboorte van die baba.



#### **i) Die dood van 'n geliefde**

Vorige stresvolle lewensgebeurtenisse kan volgens Welford (1998:21) 'n oorsaak wees van PND. Om 'n nuwe lewe in die wêreld te bring is soms 'n onaangename herinnering aan dié wat reeds gesterf het, veral as die persoon nie die geleentheid gehad het om te rou nie (Curham 2000:64).

Nicolson (1999:174) dui daarop dat verliese 'n natuurlike veranderingsproses by 'n mens kan meebring. As die verlies korrek hanteer word, kan die proses van herintegrasie by nuwe omstandighede baie sinvol wees. Wanneer die verlies egter nie voorheen aandag geniet het nie, kom daar 'n vertraagde roureaksie voor wat tot psigiatriese siektes kan lei.

## **ii) Vorige aborsies, miskrame en stilgeboortes**

Wanneer 'n vrou voorheen 'n aborsie, miskraam of stilgeboorte gehad het, kan sy na die koms van die nuwe baba aan PND ly. Postnatale depressie is dikwels 'n manifestasie van 'n dormante rouproses (Roan 1997:84). Na die geboorte van 'n welgeskape, gesonde baba kan die moeder volgens Curham (2000:64) gedagtes kry oor hoe haar ongebore baba sou gelyk het en begin sy vergelykings tref tussen haar huidige baba en die een wat gesterf het. Dit impliseer dat sy nog onverwerkte gevoelens kan hê teenoor die gestorwe baba.

## **iii) Premature baba**

Roan (1997:93) is van mening dat 'n premature baba, wat in die hospitaal se intensiewe sorg geplaas word, later PND kan veroorsaak by die moeder. Sy self voel dikwels nog in daardie stadium fisies siek, afhangende van die oorsake wat tot die vroeggeboorte gelei het. Soms is 'n hospitaal nie toegerus om 'n premature baba te versorg nie en word die baba na 'n ander hospitaal oorgeplaas, terwyl die moeder nog nie eens die geleentheid gehad het om haar baba te sien nie. Verder bestaan die vrees ook deurentyd dat die baba kan sterf. Moeders hanteer dikwels hierdie krisistydperk baie goed totdat al die gevaar en risiko's uit die weg geruim is en die baba veilig tuis is. Gewoonlik is dit wanneer die vrou veronderstel is om te ontspan dat die werklike implikasies van wat met haar gebeur het tot haar deurdring, en tot depressie kan lei.

## **iv) Swangerskap en geboortes van meerlinge**

Postnatale depressie kan veroorsaak word deur 'n swangerskap en die geboorte van meerlinge. Dit plaas die ouers onder geweldige stres om meer as een baba terselfdertyd te versorg (Roan 1997:7).



## **v) Verhuising**

Curham (2000:65) is van mening dat 'n vrou met die geboorte van 'n nuwe baba die sekuriteit van die bekende om haar nodig het. Sy moet nou al reeds aanpas by nuwe lewensomstandighede en behoort nie meer stres op haarself te plaas as wat nodig is nie. Nuwe ouerpare is geneig om voor die koms van die baba of net na die geboorte te verhuis, aangesien hulle besef dat hulle huis te klein is en hulle groter spasie benodig. Dit is bekend dat verhuising een van die mees stresvolle gebeurtenisse van die moderne samelewing is. Wanneer dit dus gepaard gaan met die koms van 'n nuwe baba, kan dit die balans verplaas van reeds bestaande stres na PND.

## **vi) Seksuele mishandeling**

Seksueel mishandelde vroue is volgens Dudley, Roy, Kelk en Bernard (2001:199) meer vatbaar vir angs en depressie na die geboorte van hulle babas. Die oorsaak van hierdie gebeurtenis word deur Dunnewold en Sanford (1994:115) as psigologies beskryf. Die baba word deur die geboortekanaal verlos wat die vrou met haar geslagsdele in verband bring wat deur die trauma van seksuele mishandeling geaffekteer was. Hierdie verbintenis wat die vrou maak, kan lei tot verwerping van die baba, omdat sy 'n negatiewe beleving ervaar teenoor haar geslagsdele. 'n Vrou se vrees kan ook vererger wanneer sy spesifiek die lewe skenk aan 'n dogtertjie, juis omdat sy bang is dat haar kind aan dieselfde mishandeling onderwerp sal word. Hierdie moeders reageer dikwels oorbeskermend en paranoïes oor enige persoon wat na haar kind omsien.

### **2.6.3 MAATSKAPLIKE OORSAKE VAN PND**

Naas die fisiese en emosionele oorsake is daar ook maatskaplike oorsake wat kan veroorsaak dat 'n vrou PND kan ontwikkel.

### **2.6.3.1 Moeder – en ouerskap**

Welford (1998:1) maak die stelling dat moederskap kompleks is en dikwels misverstaan word. Dit kan 'n interessante ervaring vir die vrou wees, maar dit kan ook slegs 'n staat van bestaan wees. Hierop brei Roan (1997:3) uit wanneer hy die geboorte- en moederskapervaring van die vrou beskryf as positief of negatief. Die realiteit van die fisieke versorging van die baba en die moegheid wat dit meebring, kan dikwels die moeder onemosioneel laat voorkom. Ander maatskaplike probleme kan ook die aanpassing by moederskap bemoeilik, aangesien die vrou se gedagtes verdeel word tussen haar baba en ander aspekte van haar lewe.

Volgens Harvey (1999:19) word die vrou se identifisering met moederskap bemoeilik wanneer sy in haar baba se behoeftes probeer voorsien, terwyl sy geen verstaanbare kommunikasie met die pasgeborene het nie. Curham (2000: 40) noem dat hierdie proses verder bemoeilik word, omdat die moeder self nog ongemak en pyn verduur na die geboorte. Hierby word die verlies aan roetine en vryheid wat sy voorheen ervaar het, deur Roan (1997:27) as onverwags beskryf. Die nuwe moeder kan dus verwarring en teleurstelling beleef, omdat haar verwagtings, die werklikheid ten opsigte van die versorging van die baba en haar rol as moeder nie ooreenstem nie (Welford 1998:24).

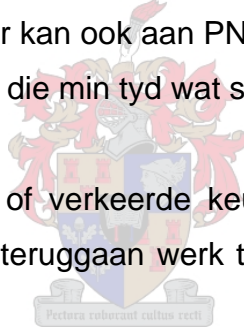
### **2.6.3.2 Onbeplande swangerskap**

As een of albei ouers nie op die swangerskap voorbereid was nie, bestaan die moontlikheid dat die moeder PND kan ontwikkel. Die vrou kan depressie kry wanneer haar lewensmaat nie ten gunste van die swangerskap is nie, of haar ook nie ondersteun na die geboorte van die baba nie (Roan 1997:87). Harvey (1999:28) noem dat 'n onbeplande swangerskap dikwels by die vrou tot enkelouerskap kan lei, omdat die baba se vader nie betrokke wil wees nie. Enkelouerskap kan PND veroorsaak.

### 2.6.3.3 Bedanking of terugkeer na die arbeidsmark

Vroue van vandag werk hard daaraan om hulle beroepslewe gevestig te kry. Wanneer sy te staan kom voor die besluit om 'n baba te hê, word sy gekonfronteer met 'n keuse van 'n beroepslewe of voltydse moederskap. 'n Vrou wat die tweede keuse, van voltydse moederskap uitoefen, kan soms die drastiese verandering nie hanteer nie. Sy kan PND ontwikkel omdat sy dikwels geïsoleer is van volwasse geselskap en selfs eensaam is (Curham 2000:67). Gevolglik is Harvey (1999: 20) van mening dat wanneer die vrou teruggaan werk toe dit nie altyd die oorsaak van PND is nie, maar eerder die kuur. Die baba se koms is vir baie ouers 'n finansiële las. Die vrou se inkomste is derhalwe nodig om die gesin te help om finansiëel te oorleef, wat terselfdertyd ook haar eiewaarde kan herstel, omdat sy 'n ekonomiese bydrae lewer tot haar gesin se welvaart. Die werkende moeder kan ook aan PND ly, omdat sy weer gebukkend gaan onder skuldgevoelens oor die min tyd wat sy aan haar baba kan bestee.

Daar is gevolglik nie 'n regte of verkeerde keuse wat 'n moeder kan uitvoer wanneer sy moet besluit of sy teruggaan werk toe of nie. Albei keuses dra die risiko dat sy PND kan kry.



### 2.6.3.4 Invloed van die uitgebreide familie

Roan (1997:30) is van mening dat die moeder nie altyd uitgesonder kan word as die sondebok wat PND laat ontstaan nie. Swak kommunikasie en interaksie tussen familieledes kan 'n groot oorsaak wees van PND en moet tydens intervensie aandag geniet. Die wyse waarop 'n vrou aanvaar word deur haar eie ouers kan volgens Crockenberg en Leerkes (2003:81) as 'n buffer dien ten einde haar teen potensiële depressie te beskerm. Haar ouers is 'n rolmodel wat haar help om haar rol as ouer te definieer. Indien sy 'n negatiewe belewenis van haar eie ouers ervaar het, kan sy ontoereikend voel en depressie ontwikkel.

### **2.6.3.5 Isolasi van PND**

Daar kleef 'n stigma in die samelewing aan mense wat aan depressie ly. Dit veroorsaak dat mense nie wil erken dat hulle aan depressie ly nie. 'n Studie wat in 1996 deur Curham (2000:70) gedoen is, wys dat alhoewel 90% van vroue besef het dat hulle aan depressie ly, net 20% hulp by professionele mense gaan soek het, juis omdat hulle nie wou hê ander moes van hulle toestand weet nie.

## **2.7 DIE PSIGOSOSIALE IMPLIKASIES VAN PND**

Soos reeds genoem is, het PND ook 'n psigologiese invloed op die vrou. Een van die kenmerke van PND is dat dit die vrou se gedrag kan verander, wat opsigself weer implikasies kan hê op die mense rondom haar. Postnatale depressie het derhalwe 'n effek op die vrou se sosiale omgewing.

Tammentie et al (2002:241) verduidelik dat die geboorte van 'n nuwe gesinslid aanpassings meebring wat deur die hele gesinsisteem gemaak moet word. Na die geboorte vorm die moeder en baba 'n eenheid, aangesien die nuweling totaal van haar afhanklik is vir al sy/haar behoeftes. Dit veroorsaak dat sy nie altyd beskikbaar kan wees vir die ander gesinslede nie. Derhalwe gaan die gesin deur 'n aanpassingsfase waar elkeen 'n nuwe rol moet definieer. Wanneer 'n vrou egter aan PND ly, beïnvloed en bemoeilik dit hierdie aanpassings in haar gesin. Roan (1997:173) lig hierdie aspek soos volg uit : "When a post partum mother becomes ill, you can be sure that her husband, infant, other children and perhaps close relatives and friends will be affected – sometimes dramatically so." PND veroorsaak nie net 'n funksionele afname by die vrou nie, maar ook by haar gesin. Alhoewel die siekte in die vrou manifesteer, stem Hamilton en Harberger (1992:305) en Carter (1994:2) saam dat die gesin, ouers, skoonouers, en soms ook vriende almal hierdeur geaffekteer kan word.

Vir die doel van die studie word eerstens bespreek hoe die vrou self psigososiaal deur PND beïnvloed word. Aandag sal dan gegee word aan die psigososiale effek wat PND op die nuwe baba en die ander kinders in die huis het. Aangesien die lewensmaat heelwaarskynlik die meeste deur die vrou se siekte beïnvloed word, sal die psigososiale implikasies wat dit vir hom inhou meer breedvoerig in die volgende hoofstuk uiteengesit word.

### **2.7.1 Die psigososiale implikasies vir die vrou**

Nicolson (1999:174) noem dat enige verandering wat in 'n mens se lewe plaasvind, verliese tot gevolg kan hê. Dieselfde outeur meld ook dat die geboorte van 'n baba vir 'n vrou 'n groot mate van verlies kan meebring (Nicholson,1999:167). Sy beleef soms 'n verlies aan tyd en outonomie, omdat sy die verantwoordelikheid van ouerskap oorweldigend kan vind.

Vele introvertiese vroue ervaar ook 'n verlies aan hulle interpersoonlike ruimte, omdat die baba vasgehou en gewoonlik geborsvoed word. Ander verliese wat voorkom, is dat haar jeug en sorgvryheid verdwyn het, tyd vir haarself, en saam met haar lewensmaat, is beperk en haar seksualiteit is geaffekteer as gevolg van die swangerskap en geboorte (Nicholson 1999:170).

### **2.7.2 Die psigososiale implikasies vir die baba en ander kinders in die huis**

'n Moeder met PND is altyd bekommerd oor die effek wat haar siektetoestand op haar baba en ouer kinders het.

#### **2.7.2.1 Die baba**

Volgens Roan (1997:186) is kinders die aanpasbaarste wesens op aarde. Harvey (1999:39) verduidelik hierdie stelling aan die hand van navorsing wat gedoen is

met babas wat in oorlogtye gebore is. Aanvanklik beleef die baba verwerping wanneer hy/sy van sy/haar ouers geskei word, maar na die aanneming deur 'n nuwe gesin wat stabiliteit en liefde tot gevolg het, ontwikkel hy/sy in 'n gebalanseerde volwassene. Albei die outeurs gebruik hierdie navorsing as 'n voorbeeld van die effek wat PND op 'n baba kan hê. Dit wil voorkom asof 'n baba baie min geraak word deur sy/haar moeder se siektetoestand. Wanneer die siekte egter oor 'n lang tydperk aanhou en nie betyds aandag kry nie, kan die baba egter tog daardeur beïnvloed word.

Harvey (1999:39) verduidelik dat die bindingsproses tussen 'n moeder en kind 'n dinamiese proses is wat oor 'n tydperk van tussen drie en tien maande na die geboorte van die baba kan plaasvind. Hierdie tydperk behoort die vrou genoegsame tyd te gee om haar siekte beter te beheer en selfs genesing by party vroue te bewerkstellig. Die vrou is egter teleurgesteld wanneer sy nie onmiddellik met haar baba 'n emosionele band smee nie.

Vir die baba bestaan sy/haar wêreld primêr uit sy/haar moeder. Hy/sy is van haar afhanklik vir sy emosionele en sosiale behoeftes (Brockington 1999:534). Babas word van geboorte deur Harvey (1999:35) as interaktief beskou waar die moeder as 'n spieël dien van hoe die wêreld daarna uitsien. Enige boodskap wat die baba van sy/haar moeder ontvang, sal hy/sy op reageer. Bishop (1999:85) is dus van mening dat moeders wat meer emosioneel voorkom, heelwaarskynlik babas sal hê wat meer rusteloos is. Die verhouding tussen 'n moeder en haar baba help die kind, volgens Roan (1997:186), om interpersoonlik te ontwikkel. Die kind leer daardeur om goeie verhoudings met ander te handhaaf. Gevolglik vorm die moeder die grondslag vir hierdie ontwikkeling.

Brockington (1999:534) en Crockenberg en Leerkes (2003:91) is van mening dat 'n depressiewe moeder nie altyd daartoe in staat is om met haar baba te kommunikeer nie. Die moeder se negatiwiteit veroorsaak dat sy op 'n minder

sensitiewe wyse kan optree teenoor haar baba. Sy kry dit derhalwe nie altyd reg om haar baba se kommunikasiestyl te verstaan nie en kom kwaai en ongeduldig voor. Die baba reageer weer op sy depressiewe moeder deur self hartseer voor te kom en minimaal te kommunikeer. Volgens Curham (2000:82) gebeur dit ook soms dat die baba hiperaktief raak om sy moeder se aandag te trek en sodoende 'n mate van kommunikasie te bewerkstellig.

Dit is baie moeilik om deur navorsing vas te stel wat die langtermyn effek van 'n moeder se PND op die baba is. Bishop (1999:85) noem dat baie moeders skuldig kan voel en hulle self blameer, omdat hulle nie genoeg aandag aan hulle babas gegee het nie. Tog is daar geen rede hoekom 'n moeder nie 'n goeie verhouding met haar baba kan hê nie. Wanneer 'n moeder se PND behandel en goed onder beheer is, behoort dit nie 'n langtermyn effek op die baba te hê nie.

### **2.7.2.2 Ander kinders**

Volgens Nonacs en Cohen (1998:34) het PND 'n definitiewe langtermyn effek op die ouer kinders in die gesin. Dit beïnvloed hulle sosiale, emosionele en kognitiewe ontwikkeling. Curham (2000:82) verduidelik dat die kinders dikwels verhoudingsprobleme met ander mense ontwikkel, omdat hulle blootgestel word aan die moeder se gedurige irritasie en woede. Sy is gevolglik nie 'n goeie rolmodel van hoe die kind verhoudings moet bou nie. Verder kan hierdie kinders gedragsprobleme soos rebelsheid openbaar, omdat hulle die aandag van hulle moeders daardeur probeer kry, al is dit negatiewe aandag. Die kinders kan ook volgens Bishop (1999:86) swak eters wees, hulle slaappatroon kan onderbroke wees en hulle is dikwels geneig tot bedbenatting. Navorsing het bewys dat 'n moeder wat oor 'n lang tydperk PND het, 'n gebrek aan belangstelling vir haar kinders toon. Sy stimuleer hulle ook nie op 'n kognitiewe vlak nie, wat tot die kinders se lae IK-telling kan lei (Curham, 2000:82). Die duur van die siekte is gevolglik 'n bepalende faktor in hoe 'n mate die kind daardeur beïnvloed sal word (Brockington 1999:532).

Roan (1997:197) meld dat die depressiewe vrou minder vir haar kinders sal glimlag, stories lees, drukkie gee en nie kans sien vir die roetinetake soos maaltydvoorbereiding en badtyd nie. Die langtermyn effek wat die siekte op die ouer kinders het, hang ook volgens Harvey (1999:43) van hulle ouderdomme af. Hoe ouer hulle is, hoe meer begrip kan hulle toon vir hulle moeder se siekte. Kleiner kinders kan die probleem internaliseer en dink dat hulle moeder hartseer is oor iets wat hulle gedoen het. Hulle kom soms tot die gevolgtrekking dat hulle, hulle ouers gefaal het. Party kinders raak oorangstig en bang as gevolg van die moeder se onvoorspelbare optrede.

Kinders van vroue met PND is geneig om meer negatief teenoor hulle moeders te wees. Hulle het dikwels 'n lae selfbeeld, omdat hulle van mening is dat hulle nie goed genoeg vir hulle moeders is nie en kan self later aan depressie ly (Harvey 1999:37). Ouer kinders kan die baba kwalik neem vir die moeder se toestand en aggressief optree teenoor die baba (Roan 1997:193).

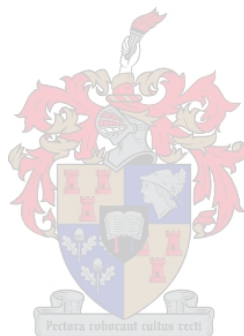
Die meeste kinders kom egter op die lange duur met redelik min nagevolge deur die krisis. Die ondersteuning van die uitgebreide familie, hulle pa se liefde en sorg dien gewoonlik as 'n buffer vir die kind teen die aanslae van die moeder se negatiewe houding (Harvey 1999:43). Bishop (1999:86) is van mening dat kursusse waar ouers positiewe ouerskap tegnieke kan aanleer, die langtermyn effek van PND op die ouer kinders sal kan verminder. Berading vir die ouer kinders kan ook positief aangewend word, sodat hulle die geleentheid kan kry om oor hulle gevoelens, angste, vrese en verwardhede te praat.

## **2.8 SAMEVATTING**

Alhoewel die literatuur en vorige navorsing nie altyd ooreenstem dat PND as 'n psigiatriese siekte geklassifiseer kan word nie, is daar tog baie vroue wat PND as 'n werklikheid ervaar. Die omvangrykheid van PND maak dat elke vrou die siekte



verskillend en op haar eie unieke manier beleef en dat 'n kombinasie van fisiese, emosionele en sosiale oorsake die rede vir die siekte kan wees. Wat die impak van die siekte vererger is dat dit 'n definitiewe effek op die gesin en hulle sosiale omgewing het. Om hierdie rede is dit noodsaaklik dat 'n maatskaplike werker oor kennis moet beskik en insig moet toon ten opsigte van PND. Vroue in alle gemeenskappe skenk elke dag die lewe aan babas en word dikwels depressief. Hulle het hulp, ondersteuning en berading nodig van professionele persone om hulleself en hulle gesinne geestesgesond te hou.



## HOOFSTUK 3

### DIE PSIGOSOSIALE IMPLIKASIES VAN POSTNATALE DEPRESSIE OP DIE PASIËNT SE LEWENSMAT

#### 3.1 INLEIDING

Baie min inligting is tot op hede bekend oor die effek wat 'n baba se geboorte op die vader se emosionele toestand het. Hedendaagse literatuur begin egter meer aandag skenk aan die verskillende rolle wat 'n man in die moderne samelewing vertolk (Dudley et al, 2001:188). Mills (2004) beskryf die geboorte van 'n baba as 'n lewensveranderende proses vir die vader. Indien die egpaar egter 'n goeie verhouding het, kan die geboorte-ervaring vir albei deel van 'n wonderwerk wees. Die man se bestaan verander na dié van vader, voorsiener en beskermer ten opsigte van sy gesin en hy beweeg weg van sy vorige rol as seun.

Die geboorte van 'n baba bly volgens Roan (1997:173) vir enige egpaar 'n ontwrigtende gebeurtenis en dit plaas dikwels stremming op die huwelik, al was die swangerskap gesond en die geboorteproses normaal. 'n Man se aanpassing tydens vaderskap word deur Misri (1996:210) as net so kompleks en belangrik, as die aanpassing van moederskap vir sy vrou, beskryf. Tog word sy gevoelens en behoeftes as vanselfsprekend aanvaar en dikwels geïgnoreer. Hy gaan self ook as individu deur belangrike veranderinge in sy daaglikse roetine en nabye verhoudings. Die wyse waarop hy hierdie veranderinge hanteer, sal bepaal word deur sy eie emosionele gesondheid en dié van sy maat. Psigodinamiese studies wat deur Lovestone en Kumar (1993:213) gedoen is, benadruk dat die nuwe rol van ouerskap psigososiale druk op albei ouers kan plaas, wat kan meebring dat hulle geestesgesondheidsprobleme kan ontwikkel.

Meighan et al(1999:203) beskryf hoe die man, soos sy vrou, tydens die geboorte van sy baba verliese kan ervaar. Hy kan beleef dat sy verhouding met sy vrou nie meer dieselfde is nie en dat hulle intimiteit afgeneem het. Dikwels voel 'n man dat hy beheer oor sy omstandighede verloor het en dat alles verander het sedert die baba se geboorte. Wanneer die vrou verder ook nog aan postnatale depressie ly, kan dit die man se aanpassingsvrese ook beïnvloed. Smith (1999:200) beskryf hoe die siekte sonder waarskuwing toeslaan, terwyl die gesin nog besig is om by die nuwe baba aan te pas. Soos die vrou haar depressie probeer verstaan en hanteer, kan die man verward en onseker voel oor die hantering van die werklikheid. Hy probeer verstaan dat sy vrou deur veranderings gaan wat haar rol as moeder en vrou kan benadeel.

Gevolgtrek maak Welford (1998:71) 'n logiese afleiding dat PND die huweliksverhouding dramaties kan beïnvloed. Albei persone, man en vrou, kan hartseer wees, misverstande en woede teenoor mekaar en die baba beleef. Meighan et al (1999:202) verduidelik dat die tekort aan navorsing wat oor PND gedoen is, tot gevolg het dat daar ook te min bekend is oor die effek wat die siektetoestand op die lewensmaat het. Laasgenoemde skrywers maak saam met Welford die afleiding dat 'n depressiewe lewensmaat die ander persoon in die verhouding negatief kan beïnvloed. Omdat sommige mans glo dat dit 'n teken van manlikheid is om probleme op te los, kan hulle erg gefrustreerd wees wanneer hulle gekonfronteer word met 'n siekte waarvoor hulle geen oplossing kan vind nie.

Simptome soos sosiale onttrekking, 'n verlies aan kommunikasie en die afname in libido, kan 'n egpaar se huweliksverhouding verder benadeel. 'n Depressiewe persoon is soms kwaad, geïrriteerd en voel hopeloos, wat 'n uitdaging vir die maat skep om elke dag daarmee saam te leef (Logan, 1988:34). Min mans weet volgens Meighan et al (1999:202,203) hoe om hulle vrouens te ondersteun terwyl hulle aan depressie ly. Dikwels kan hierdie onbegrip en 'n tekort aan kennis oor

die situasie tot 'n egskeiding lei. Dit is egter onbekend of depressie die oorsaak of gevolg van huweliksprobleme is, aangesien daar nog te min navorsing gedoen is om die verband te trek.

Lovestone en Kumar (1993: 210) beskryf verder hoe mans, wat saam met depressiewe vroue leef, soms self ook simptome van depressie kan ervaar. Om hierby aan te sluit, noem Welford (1998:71) hoe Dilys Dawn, 'n kindersielkundige, op 'n kongres van PND in 1996 die situasie opsom: "Who supports the father? He is also prone to depression...as much as the mother he has had experiences, good or bad, which will directly affect his baby...".

Kinders het vir psigologiese redes vaders in hulle persoonlike lewe nodig. 'n Mandra by tot konsekwentheid, fermheid, warmte en betrokkenheid in kinders se lewens (Biddulph 1995:106). Om hierdie redes en vele meer is dit noodsaaklik om in hierdie hoofstuk aandag te gee aan die effek wat PND op die lewensmaat van die vrou het en om spesifiek aandag te gee aan die behoefte van die man en sy rol as nuwe vader.

Klem sal in hierdie hoofstuk veral val op wat vaderskap onder normale omstandighede behels teenoor vaderskap tydens PND. Die veranderende rolle wat PND tot gevolg het, hoe die man se liefdesverhouding met die vrou hierdeur beïnvloed word en sy emosionele verwerking van PND, gaan onder die soeklig kom. Die hoofstuk word afgesluit met die voorkoms van PND by mans.

### **3.2 DIE PSIGOSOSIALE ONTWIKKELING VAN 'N VADER**

Om 'n vader te word verander nie net 'n man se denke ten opsigte van homself nie, maar dit beïnvloed ook sy sosiale lewe. Ballard, Davis, Cullen, Mohan, en Dean (1994: 782) dui in hulle navorsing aan dat vaders se ouerskapsvaardighede 'n belangrike rol speel in die ontwikkelingsproses van

babas en kinders. Tog is daar min geskryf oor die probleme wat mans het met rolverwardheid wat dikwels na die geboorte van babas kan voorkom. Om 'n vader te word is volgens Mills (2004) een van die grootste ervarings wat 'n man ooit beleef. Die taak van vaders is uitdagend en vereis genoegsame tyd, energie en kreatiwiteit om belonend te wees. Verder word 'n mate van volwassenheid ook benodig om sy eie behoeftes opsy te kan skuif vir dié van 'n kind. Daar is verder ook 'n verskuiwing van die rol van vaderskap vanuit die tradisionele na 'n meer moderne opvatting.

### 3.2.1 Vaderskap soos dit tradisioneel verstaan word

Alvorens vaderskap, soos dit tans uitsien, bespreek kan word, moet dit in perspektief geplaas word om sodoende die man se kognitiewe denkwysse en agtergrond beter te kan verstaan. Die tradisionele rolmodelle waaraan die man vir jare blootgestel was sal eers verduidelik en omskryf word. Teen hierdie agtergrond sal gepoog word om sy rol as vader in die hedendaagse samelewing vas te stel.

Die geskiedenis en tradisionele rol van die man word nie veel in literatuur beskryf nie. Biddulph (1995) is een van die weinige bronne wat die geskiedenis van die man se rolontwikkeling breedvoerig in sy boek "**Manhood**" omskryf. Dus sal Biddulph (1995) as een van die primêre bronne van hierdie hoofstuk dien.

Biddulph (1995:108) verduidelik dat families duisende jare gelede in klein groepe 'n nomadiese bestaan gevoer het. In 'n persoon se hele leeftyd was hy soms aan nie meer as 200 mense blootgestel nie. Derhalwe was 'n persoon se verwysingsraamwerk redelik beperk. Soos die groter stede ontstaan het, het die mense in die samelewing se rolle verander en moes aanpassings gemaak word.

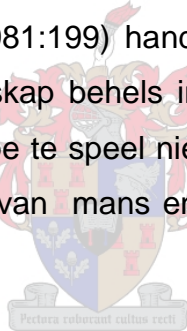
Hierdie outeur (Biddulph 1995:108) vergelyk stede soos Athene en Rome in die middeleeue met hedendaagse groot dorpe waar almal mekaar geken het. In hierdie stede het kinders die ouers se ambagte aangeleer wat daartoe gelei het dat vaders en seuns saam gewerk het. Oupas en ooms was ook teenwoordig om as modelle te dien waar die vader die rol van vaderskap en manlikheid nie altyd kon uitleef nie. Seuns was gevolglik elke dag omring deur mans en kon leer hoe hulle veronderstel is om op te tree.

Hierdie stelsel van modellering waar ouer mans vir die jonger generasie as model gedien het, het binne 'n bestek van vyf generasies verander. Die verskuiwing van selfbestaan na landbouontwikkeling, die totstandkoming van stede en die industriële revolusie het mans gedwing om agter werksgeleenthede aan te trek om hongersnood te voorkom. Die gevolg was dat vaders die arbeidsmark betree het en weg van hulle huise en dus weg van hulle seuns gewerk het (Biddulph 1995:110). Biddulph (1995:111) verduidelik verder hoe seuns minder blootstelling aan hulle vaders gekry het, omdat die mans soggens vroeg moes opstaan vir werk en laat van hulle werk terugkeer het wanneer die kinders reeds geslaap het. Vir die eerste keer in die geskiedenis het 'n generasie seuns met afwesige vaders groot geword. Die skrywer trek hierdie gebruik van destyds deur na die moderne samelewing, waar dit vandag steeds aanvaar word dat vaders werk en moeders alleen die kinders groot moet maak, met nie altyd positiewe resultate nie. Die vader is meestal onbetrokke by sy kind se opvoeding en die nodige binding wat tussen ouer en kind behoort voor te kom, het dikwels ontbreek.

Biddulph (1995:112) en Misri (1996:211) stem saam dat daar so onlangs as 30 jaar gelede min veranderinge in gesinsrolle was en dat dit minder verwarring veroorsaak het. Die toetrede van die vrou tot die ope arbeidsmark en die feministiese beweging het egter die stereotipe mans- en vrouerolle verander en

bygedra tot die verwardheid in geslagsrolle. Die wêreldoorloë het 'n verdere verandering in geslagsrolle meegebring. Vroue het meer prominente manlike rolle in die werksplek en samelewing begin vertolk, wat outomaties gelei het tot die liberalisering van die vrou. Na die oorlog moes mans weer hulle plek in hul huwelike en hulle rol in kinderopvoeding vind (Mander 2001:141).

Mans is van nature anders geprogrammeer as vroue. Hul emosionele respons is dikwels deur die samelewing bepaal as geslagspesifiek (Dunnewold & Sanford 1994:155). As gevolg hiervan lei Misri (1996:211) af dat mans nie “voel” of “omgee”, veral met betrekking tot hulle kinders se gesondheid of behoeftes nie. Hierdie basiese verwagtings van mans- en vrouegegedrag word reeds vroeg in 'n kind se lewe vasgelê. Gevolglik is dit vir 'n man moeilik om te midde van hierdie vasgelegde patroon uit die tradisionele rol te beweeg en sy eie weg te baan. Cronenwett en Kunst-Wilson (1981:199) handhaaf die siening dat dit vir mans moeilik is om te leer wat vaderskap behels in 'n gemeenskap waar seuns nie aangemoedig word om met poppe te speel nie. Wat alles vererger, is dat daar 'n tekort aan inligting is oor wat van mans en vroue in die samelewing verwag word.



Dunnewold en Sanford (1994:155) beskryf hoe baie mans ongemaklik kan voel omdat hulle nuut gevonde familieverantwoordelikhede nie ooreenstem met hul vooropgestelde idees van wat vaderskap behels nie. Hy is bekommerd oor wat sy vriende sal sê as hy sy gholf afspraak kanselleer ten einde die wasgoed te was of wat sy werkgewer sal sê indien hy tyd afneem om sy baba dokter toe te neem. Tog raak mans, ten spyte van tradisionele rolvaslegging, met elke nuwe generasie meer by hulle kinders betrokke. Die resultaat is dat vaders en kinders baie gelukkiger mense kan wees. Vroue het ook 'n beter verhouding met die mans indien hulle meer aktief by die opvoeding van hulle kinders betrokke raak. Vaderskap kan net soos moederskap as 'n dinamiese proses beskryf word wat

oor 'n tydperk geleidelik ontwikkel. Die baba kom nie tuis van die hospitaal en die man voel onmiddelik soos 'n vader nie. Die gevoel van vaderskap groei soos wat die kind groter word en hulle aan mekaar gewoon raak.

Mander (2001:141) verduidelik Freud se teorie oor vaderskap. Die vader word beskou as die patriarg in die gesin, hy is die meester, die voorsiener, die wetmaker en hy verwag gehoorsaamheid van almal teenwoordig. Hierdie beskrywing is die bebaarde gesigte in foto's uit die vorige eeu wat respek en angs afgedwing het. Freud het 'n verdere teorie dat die mens se beeld van God ook as 'n prototipe gebruik word om sy rol as vader op aarde te vertolk. Indien God ervaar word as outokraties en 'n strawwende God, kan hy derhalwe sy aardse vaderskap ook so uitleef.

Biddulph (1995:49) beklemtoon dat 'n man se manlikheid hoofsaaklik afhang van sy verhouding met sy eie vader. Manlikheid is gevolglik nie 'n ouderdom of fase waardeur 'n man gaan nie, maar dit is 'n verbintenis met 'n persoon met wie hy hom kan identifiseer. 'n Man identifiseer hom met 'n aangebore of oorerflike manlikheid wat deur generasies voor hom reeds bepaal is. Of hy daarvan hou of nie, sy manlikheid is onbewustelik geskoei op sy vader as rolmodel. Enige mens is op soeke na liefde en aanvaarding, maar 'n man verwag dit spesifiek van sy pa. Hierdie binding tussen een geslag mans met 'n volgende het 'n sterk sielkundige uitwerking en het 'n langtermyn effek op kinders wat hierdie verwysingsraamwerk nie het nie.

Volgens Lovestone en Kumar (1993:215) is die verhouding wat mans met hul eie vaders het, bepalend van hoe hy vaderskap en die moontlikheid van depressie sal hanteer. As hy gewoon was aan kritiek en min ondersteuning wat hy van sy vader gekry het, sal hy self probleme ervaar om sy rol as vader te definieer.



Daar is vier tipes oneffektiewe vaderskaprolmodelle wat Biddulph (1995:108) beskryf waarvolgens vaders in die verlede opgetree het en wat selfs vandag nog waarneembaar is:

### **3.2.1.1 Die vader as koning**

Hierdie man tree op soos 'n koning en alles word vir hom gedoen. Hy is emosioneel onbereikbaar en die kinders is bang om hom lastig te val. Die enigste betrokkenheid by sy kinders is wanneer hy straf uitdeel.

### **3.2.1.2 Die kritiese vader**

Die kritiese vader is meer aktief by sy kind se ontwikkeling en opvoeding betrokke, maar op 'n negatiewe wyse. Dikwels is dit die man wat in sy werk en huwelik frustrasies beleef en dit dan op sy kinders uithaal.

### **3.2.1.3 Die passiewe vader**

Die passiewe vader is die een wat televisie kyk en nie betrokke is by sy vrou en kinders nie. Dikwels beleef die kinders hierdie vader as ruggraatloos en is hulle negatief teenoor hom, omdat hy nie namens hulle optree en vir hulle instaan wanneer hulle hom nodig het nie.

### **3.2.1.4 Die afwesige vader**

Die afwesige vader beskik oor mag en geld en werk hard vir sy gesin. Hy gaan soggens vroeg werk en kom saans laat huis toe. Hy is besig om sy beroep te bou onder die voorwendsel dat dit tot voordeel van sy hele gesin is. Hy is egter

nie betrokke by sy kinders se skool of sportaktiwiteite nie. Hierdie man dien slegs as 'n voorsiener vir sy gesin en is afwesig op alle ander gebiede.

Die beperkinge wat 'n man kan ervaar kom, volgens Hickman en Hickman (1999:1), voor omdat hy van hierdie verkeerde rolmodelle geleer het. Dit kom daarop neer dat baie mans nie weet hoe om ondersteunend te wees nie, omdat hulle dit nooit by hulle eie vaders gesien of geleer het nie. In baie lande en kulture is dit onaanvaarbaar dat 'n man die huishouding of kinders moet hanteer en word hy in die algemeen ontmoedig om dit te doen. Wanneer hy egter gedwing word om sulke take te verrig, kan dit sy selfbeeld aantast en hom huiwerig en ongelukkig maak. Mans in hierdie omstandighede kan maklik geïntimideerd en gefrustreerd voel.

Misri (1996:213) is van mening dat die tradisionele manier om ouerskapsrolle aan te leer, deur observasie van jou eie ouers was. Dit is egter nie noodwendig nodig dat moderne paartjies hulle kinders soos die voorgeslagte hoof groot te maak nie. Rolmodelle vorm wel 'n leerkurwe met praktiese kennis, maar is nie altyd die mees effektiewe metode van opvoeding nie. As gevolg van die generasiegaping tussen geslagte en die veranderende sosiale omgewing is die raad wat oupas aan nuwe vaders gee dikwels nie meer toepaslik en prakties nie. Dit gebeur dikwels dat vriende, wat in dieselfde generasie is, se kennis en ondervinding eerder gebruik sal word as dié van ouer familieledes. Omdat vaders self nie betrokke was by die vrou se swangerskap en tydens die geboorte van die baba nie, is 'n jong vader soms teleurgesteld oor sy eie vader se raad en sal eerder sy moeder of skoonmoeder nader om kindersorgvaardighede aan te leer.

Uit die literatuur word afgelei dat die moderne vader in 'n veranderende wêreld leef en alternatiewe maniere moet vind om sy rol as lewensmaat, vader en broodwinner effektief te vertolk. Die vorige generasies van manlike rolmodelle is nie altyd van veel hulp en waarde vir die nuwe vader wat nuwe rolle moet aanleer nie.

### **3.2.2 Die moderne vader van vandag**

Cronenwett en Kunst-Wilson (1981:197) bevestig vorige outeurs se menings dat die samelewing van vandag nie 'n definitiewe vaderrol voorskryf nie. 'n Man leer nie meer uit die verlede hoe om met sy kinders interaktief te wees en hulle emosioneel te versorg nie. As gevolg van die onsekerheid van hoe hy veronderstel is om op te tree, kan hy erge stres ervaar omdat hy nie die verskillende rolle wat van hom verwag word, gelyk kan hanteer nie. Dat vaderskap derhalwe 'n dramatiese verandering meebring in 'n man se lewe word beklemtoon deur Martyn (2001:76). Die meeste vaders van vandag wil baie meer by hulle kinders betrokke wees, omdat hulle bewus is daarvan dat almal in die gesin daaruit voordeel sal trek. Hierdie motivering vergemaklik egter steeds nie die balansering van al die rolle wat die man moet vertolk nie, al is dit 'n gedeelde verantwoordelikheid met sy vrou. Prioriteitsverandering en 'n effektiewe tydsbenutting is van die uiterste belang om homself te kan handhaaf en sy verpligtinge oral na te kan kom.

Die vrou dien dikwels volgens Zelkowitz en Milet (1997:433) as 'n tussenganger tussen vaders en babas. Sy lei hom op ten opsigte van babasorg deur hom te betrek by alledaagse take en 'n model vir hom te wees oor wat haar verwagtinge oor ouerskap, behoort te wees. Hierdie kameraderie tussen man en vrou het 'n tweërlei voordeel, dit versterk die verhouding tussen man en vrou en dit bied die

nuwe vader die geleentheid om sy rol as ouer te ontwikkel. Die feit dat die vrou die man leer om 'n effektiewe ouer te wees, maak haar nie noodwendig die kenner op die gebied nie. Die vrou is egter volgens Martyn (2001:96) normaalweg die persoon wat meer boeke lees oor babasorg en kinderopvoeding wanneer sy swanger is en kan sy gevolglik haar maat daarvoor inlig. Mills (2004) bevestig hierdie siening omdat mans al hoe meer saam met hulle vrouens voorgeboortelike klasse begin bywoon, waar hulle opleiding ontvang oor swangerskap, geboortes en ouerskap. Kraamverlof vir die man is ook nie meer vir die moderne vader 'n vreemde konsep nie.

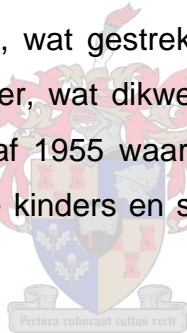
Nuwe vaders van vandag is redelik verlig genoeg om met mekaar tydens sosiale gesprekke te praat oor ouerskap en hulle ervaring in die kraamsaal. Tog word sulke besprekings steeds nie altyd in huidige manskringe aanvaar nie en bestaan daar steeds verwarring oor watter persoonlike inligting mans onder mekaar mag deel, sonder om té feministies voor te kom (Misri 1996:216).

Die moderne vaderrol blyk volgens Mander (2001:143) verskillende vorme aan te neem, wat nie altyd maklik definieerbaar is nie. Die rede wat hiervoor aangegee word, is dat gesinne en familiestrukture oor die afgelope 20 jaar soveel verander het dat daar tans meer as net die tradisionele model kan voorkom. Daar is byvoorbeeld die geskeide vader wat gereelde toegang of gedeelde ouerskap met sy gewese vrou het. Wanneer hierdie geskeide man weer trou en sy nuwe vrou ook kinders het, neem hy 'n substituuTvaderrol aan. Daar is ook die ongetroude vader wat nie met die moeder van sy kind getroud is nie. Hierdie tipe vader kan betrokke wees by sy kind se opvoeding, maar is dikwels niks meer as 'n spermskenker nie, omdat sy verhouding met die moeder beeindig is en sy hom nie verdere toegang tot die kind wil gee nie. 'n Vader wat nie met die moeder van sy kind getroud is nie, word dikwels in die meerderheid gevalle slegs

die finansiële voorsiener van die kind en het verder geen wetlike reg op toegang tot die kind nie. Die teendeel van betrokkenheid deur vaders by hulle kinders kom volgens Martyn (2001:78) ook voor, waar sommige mans hulle werk in die formele sektor bedank en voltyds na hulle kinders omsien, terwyl die vrou die broodwinner is.

### **3.2.3 Die vader se hantering van swangerskap en geboorte**

Volgens die geskiedenis was die kraamsaal sedert die 15de eeu hoofsaaklik 'n vroulike domein, waar vroedvroue sonder dokters die geboorte waargeneem het. In 1665 is die eerste keer in Engeland aangeteken dat Willoughby, 'n vroedvrou, die hulp moes inroep van 'n dokter. Sy moes voorgee dat dit haar hande is wat die baba verlos het en nie haar manlike kollega nie. Vanaf die 17de eeu het dokters babas verlos met doeke, wat gestrek het vanaf hulle nekke tot by die moeder se bene, sodat die dokter, wat dikwels manlik was, nie kon sien waar hulle werk nie. Dit is eers vanaf 1955 waar vaders, by tye, teenwoordig kon wees met die geboorte van hulle kinders en selfs toe is dit as 'n rariteit beskou (Brockington 1999:526).



Vandag bevestig Rix (1995:43) dat die meeste mans dit positief ervaar om by die geboorte van hulle babas teenwoordig te wees en dat dit hulle help om onmiddellik met die baba te bind. Party mans beleef volgens Brockington (1999:518) selfs swangerskapsimptome uit blote simpatie met die pyn wat hulle vrouens tydens die kraamproses beleef. Dit kan ook toegeskryf word aan kommer oor die toekoms, wat naarheid en abdominale pyn kan veroorsaak. Misri (1996:213) noem hierdie verskynsel die Couvade sindroom. Ten spyte hiervan meen Brockington (1999:527) dat die meeste vaders met die geboorte van hulle babas 'n gevoel van trots en geluk ervaar.

Daar is steeds sommige vaders wat die geboorteproses nie kan hanteer nie. Hulle voel oorweldig om hulle vrou in soveel pyn te sien of raak naas gevolg van die bloed en mediese prosedures. Dunnewold en Sanford (1994:152) beskryf hoe die man die geboorte van die kantlyn af beleef en hy tot sy skok beseft dat hy verantwoordelikheid moet dra vir die nuwe baba. Voor die geboorte is daar vir die man geen tasbare teken van wat vaderskap gaan behels nie. Gevoelens van opgewondenheid, verwardheid en angs is almal kontrasterende emosies wat tegelykertyd mekaar kan afwissel terwyl die man langs sy vrou in die kraamsaal staan. Wat die omstandighede so finaal maak en vererger, is die beseft dat hy geen kans meer het om die situasie te verander nie.

Die verwagtings van ouerskap en die werklikheid daarvan kom dikwels nie ooreen nie. Ongelukkig word ouerskap en babasorg in die media geromantiseer, wat 'n valse beeld gee van wat kinderopvoeding in werklikheid is. Navorsing wat Martyn (2001:95) gedoen het, het bewys dat slegs vier paartjies uit elke 100 gevind het dat kinderopvoeding hulle verwagtings bevestig het. Die ander ouers was van mening dat hulle selfs nog langer sou gewag het om kinders te kry as hulle geweet het wat die werklikheid daarvan behels. Sommige mans sou selfs volgens Brockington (1999:528) verkies om kinderloos te gebly het.

Dit gebeur volgens Misri (1996:212) dikwels dat 'n man aan die begin van sy vrou se swangerskap byna belangeloos voorkom. Eers vanaf die 25-30 ste weke van die swangerskap begin hy belangstelling toon, byvoorbeeld deur die babakamer te verf of om met aanbouings aan die huis te begin. Brockington (1999:528) meen die rede hiervoor is dat sommige mans dit onwerklik vind dat hulle binnekort ouers gaan word. Dit is eers wanneer die vrou swanger begin lyk, dat hy hom daarmee kan vereenselwig. Dan eers verander sy afsydigheid teenoor sy vrou na ondersteuning en liefdevolheid.

Wanneer 'n vrou, na al die aanpassings wat haar man op emosionele vlak moes deurmaak, ook nog ná die geboorte aan PND ly, kan dit erge nagevolge hê. Hy voel moontlik spyt oor sy besluit om enigsins kinders te hê. Die tydsduur van sy beplanning om kinders te kry, word ook in twyfel getrek. Sommige mans kan selfs die baba blameer vir sy vrou se emosionele toestand. Alhoewel hy besef dat hy onrealisties is in sy optrede, is dit moeilik vir enige mens wat 'n krisis beleef om helder daaroor te dink en realistiese besluite te neem (Dunnewold & Sanford 1994:163).

### **3.2.4 Die bindingsproses tussen vader en kind**

Om die verantwoordelikheid van vaderskap te aanvaar, word deur Cook (1995) en Welford (1998:75) reeds as 'n traumatiese lewensverandering beskou. Om verder nog met die baba 'n emosionele verbintenis aan te knoop is selfs moeiliker. Binding tussen die vader en die baba is 'n dinamiese proses wat oor 'n tydperk plaasvind en nie noodwendig onmiddellik na die geboorte nie. Die onrealistiese verwagtings van 'n man om aanvanklik goed met sy kind te bind, laat hom skuldig voel, omdat hy dikwels op eerste kontak nie eens van die baba hou nie. Dunnewold en Sanford (1994:152) beskryf hoe baie mans min of geen babasorg-ondervinding het nie en dat dit soms vir hulle skokkend is dat 'n baba nie glimlag of tekens toon van herkenning nie. Vir die vader kan die kind ook lelik wees en die lawaai wat die baba maak kan onaanvaarbaar raak. Slaapdeprivasie, as gevolg van die baba se roetine, kan volgens Cook (1995) die vader geïrriteerd en kwaai laat optree, wat die bindingsproses nog meer vertraag.

'n Man kan 'n mislukking voel, omdat hy nie emosioneel oorweldig is met die baba se koms nie. Verder beleef hy 'n afstand tussen hom en sy vrou, omdat sy vrou nou meer aandag aan die baba gee as aan hom ( Du Plessis 2001:47).

Mills (2004) is tog positief dat baie vaders 'n oorweldigende gevoel van liefde ervaar wanneer hulle die eerste keer aan hulle babas raak en dadelik 'n positiewe bindingsproses hiermee aan die gang gesit word. Hierdie reaksie word deur Brockington (1999:528) bevestig, en hy noem byvoorbeeld dat 'n vader sy baba se gesig sal dophou vir enige herkenning, en die behoefte het om aan die baba te raak en sy bewegings waar te neem. Mans geniet dikwels ook die sagtheid van babas. 'n Vader wat by sy kind betrokke is, sal sy baba optel as hy huil, hom/haar sus en met hom/haar speel, gesels en lag. Hy sal ook net soveel take vir die baba verrig as die moeder.

### **3.2.5 Versorging, voorsiening en tyd met die baba**

Die meeste mans sien hulle primêre verantwoordelikheid aan die gesin as voorsiener, al is dit so dat hulle maats ook in die ope arbeidsmark werksaam is (Mills 2004). Die twee-inkomste-gesin word in huidige tye deur Misri (1996:216) beskryf as die norm en nie die uitsondering nie. Alhoewel vaders probeer deel in die take rondom kindersorg, is die vader se werksplek dikwels minder bereid om hom te ondersteun en tyd af te gee wanneer hy "gesinsprobleme" ondervind. Die samelewing gee nog nie aan mans gelyke regte, soos aan vroue, wanneer dit by die versorging van hulle gesin kom nie. Gevolglik beleef vaders dikwels konflik tussen hulle verantwoordelikhede ten opsigte van hulle werk en huishoudelike pligte.

Martyn (2001:79) wys daarop dat mans dikwels tydens die vrou se kraamverlof die enigste broodwinner is, wat die gesin se inkomste natuurlik laat daal in 'n tyd wanneer hulle in werklikheid meer geld nodig het. Kommer ontstaan by die man oor hoe hy in die basiese behoeftes van sy gesin gaan voorsien. Mills (2004) beskryf hoe die man dikwels van sy werk af huis toe jaag, waar hy verder met die



baba en huishoudelike take moet help. As gevolg van min slaap en al die verantwoordelikhede tuis, ontwikkel hy dikwels 'n vrees dat dit sy werksproduktiwiteit kan beïnvloed.

Ten spyte van al die onsekerhede wat vaderskap meebring, beklemtoon Dunnewold en Sanford (1994:155) dat vaders meer as finansiële voorsieners is. Alhoewel die vader nie die baba kan borsvoed nie en so fisiek bevredig nie, kan hy tog die baba liefhê en versorg. Babas benodig meer as net melk om te groei en te ontwikkel. Mills (2004) wys daarop dat om in 'n vader te ontwikkel 'n lewenslange vertrouensverhouding nodig is. 'n Kind benodig altyd 'n vader se insette en ondersteuning net soos hy 'n moeder se sorg benodig. Hulle floreer dus op liefde en geduld van beide ouers. Vaders is volgens Dunnewold en Sanford (1994:155) dikwels van mening dat babas hulle nie so nodig het as hulle moeders nie. Tog is dit bekend dat babas reeds terwyl hulle in die uterus is hulle vaders se stemme kan hoor. Die verhouding tussen vader en kind begin dus reeds voor geboorte. Na die geboorte is dit vir die man en baba voordelig om elke dag tyd saam te spandeer, sodat hulle hierdie verhouding kan versterk en uitbou (Mills 2004).



Mander (2001:143) voer verder aan dat kinders albei ouers nodig het vir 'n gesonde seksuele en emosionele ontwikkeling. Waar albei ouers betrokke is by 'n kind se opvoeding leer hy/sy om liefde te gee en ontvang en ontwikkel die kind die vermoë tot gesonde denke. Hierdie verskynsel word volgens Mander (2001:147) die oedipus-kompleks genoem waar kinders sonder vrees groot word met albei ouers in die huis. Vaderskap is 'n taak en nie net 'n titel wat aan 'n man gegee word die oomblik dat hy 'n ouer word nie. Sy eerste taak is om tydens die babafase 'n gesinseenheid te vorm, waar hy die moeder help en die baba se wêreld stimuleer.

Die vrou se vermoë om vir die baba te sorg en die huishouding effektief te bestuur, gee dikwels aan die man 'n gevoel van sekuriteit en veiligheid. Dit maak die man gewoonlik baie bereid om te help, nadat die aanvanklike aanpassings gemaak is. Soos vroeër in die studie genoem kan die vrou as rolmodel dien vir die man sodat hy sy taak as vader kan vasstel. Wanneer die vrou egter in haar gedrag en funksionering beperk word, kan party mans simptome van stres ervaar, omdat hulle nie 'n voorbeeld het van hoe om op te tree nie (Hickman & Hickman 1999:2). Die teenoorgestelde kan egter ook plaasvind waar sommige vaders op 'n natuurlike wyse sy vaderskap aanvaar en buitengewoon goed funksioneer as enkel-ouer. Dit kan ook gebeur dat die paar rolle omruil en die man primêr die kinders se versorging oorneem, terwyl die vrou voltyds in die ope arbeidsmark werk (Brockington 1999:527).

'n Vader en moeder se optrede teenoor die baba is volgens Cronenwett en Kunst-Wilson (1981:197) soms verskillend, maar nie noodwendig 'n probleem nie. Vaders is dikwels meer betrokke by die kinders se fisiese spel as moeders. Die verskil wat wel voorkom, is die tyd wat vaders saam met die kinders spandeer teenoor dié van die moeders. 'n Vader investeer nie altyd genoeg tyd by die kind om te bewys dat hy net so goed as sy vrou, die versorging kan hanteer nie.

### **3.2.6 Die emosionele effek van vaderskap**

Daar word aanvaar dat mans soos vroue deur emosionele veranderinge gaan na die geboorte van 'n baba. Min is egter bekend oor wat vaders werklik ervaar, omdat hulle nie maklik daaroor praat nie (Dunnewold & Sanford 1994:151). Die

probleem met sommige mans is dat hulle nie maklik hulle gevoelens wil erken nie, omdat die sterk emosioneel onaantasbare beeld wat vroeër van mans geskep was, nog nie verdwyn het nie (Misri 1996:213; Martyn 2001:79).

Ten spyte van hierdie sterk beeld wat mans voorhou, is Misri (1996:213) van mening dat enige mens homself emosioneel moet instel op 'n lewensverandering. By mans kom baie van die emosionele gereedmaking voor deur middel van humoristiese opmerkings. Ongelukkig is dit steeds in die westerse wêreld vandag bekend dat vaders min of geen voorbereidings tref om hulle gereed te maak vir hulle nuwe gesinsrol nie. Mills (2004:PNDSA) en Martyn (2001:79) is albei van mening dat hierdie tekort aan vooraf emosionele voorbereiding kan bydra dat 'n man redelik oorweldig is wanneer die baba gebore word en dat hy ontsteld kan raak oor al die wisselende emosies wat in hom voorkom.

Een van vele fluktuerende emosies wat die man kan beleef, is die weerstand wat hy ervaar teenoor die veranderinge wat die baba in sy lewe laat plaasvind. Hy kan voel asof die baba sy vorige welaangepaste lewe kom verander het. Hy kan ook soos 'n buitestaander voel, omdat al die aandag op die vrou en baba gevestig is en hy buite rekening gelaat word. Vrees kan ontstaan dat sy vrou se preokkupasie met die baba hom uitsluit, wat kan veroorsaak dat hulle verhouding nie weer dieselfde sal wees nie. Verder het hy bedenkinge of hy kan voldoen aan sy maat en andere se verwagtings ten opsigte van hoe 'n vader behoort te wees. Vaderskap kan ook onverwerkte gebeurtenisse vanuit 'n man se kinderdae laat opduik, aangesien hy nou self met vaderlike verantwoordelikhede gekonfronteer word. Hy besef dat sy eie vader nie 'n voorbeeld van vaderskap was nie en vrees dat hy net soos sy vader sal optree (Martyn 2001:79; Mills 2004).

Wanneer die man teenwoordig is by die baba se geboorte kan verskillende emosies mekaar afwissel (Dunnewold & Sanford 1994:152) . Soms raak die man bang vir die pyn wat sy vrou moet deurgaang wat hom naer en olik kan laat voel. Verbasing en skok oor wat alles besig is om te gebeur, kom ook voor. Die meeste van die tyd beleef die man 'n blydschap soos hy nog nooit tevore ervaar het nie. Party mans is so oorweldig deur geluk dat hulle huil. Angs en onsekerheid kan ook voorkom, omdat hy wonder hoe hy vir die nuwe baba gaan sorg. Vir beide man en vrou kan die totale afhanklikheid van die kind intimiderend en oorweldigend voorkom.

Roan (1997:180) dui aan hoe ouers geskok voorkom oor die verantwoordelikheid wat ouerskap meebring. Wat dit vir beide ouers moeilik maak, is dat die samelewing hulle nie toelaat om die negatiewe effek van ouerskap te bespreek nie. Almal se opgewondenheid en positiwiteit oor die baba help nie die ouers om deur hulle negatiewe emosies te werk nie. Ouers kry dikwels skuldgevoelens omdat hulle verwagtings en die werklikheid so ver van mekaar is. Die vrou wat ook nog aan PND ly, plaas ekstra stres op die reeds bestaande aanpassings. 'n Nuwe vader reageer dikwels volgens Hart, Field, Stern en Jones (1997:443) met skok, ontkenning en woede op hierdie bykomende probleem, wat hom dan ook met simptome van depressie kan laat. Die man kan die baba dan net as werk en 'n taak beskou en nie as 'n persoon wat hy met liefde moet hanteer nie. Omdat die baba sy ouers se ongemak kan aanvoel, raak hy/sy aandagsoekend en selfs meer huilerig, wat verdere hoë eise aan beide die man en vrou kan stel.

Dit word deur Kleiman en Raskin (1994:162) benadruk dat 'n man ook soms emosioneel gepreokkupeerd kan wees met sy eie belange en onsekerhede, terwyl hy deur hierdie lewensveranderende proses werk. Hy het ook ondersteuning of 'n goeie rolmodel nodig om hom te help om gewoon te raak

aan sy nuutgevonde vaderskaprol en hoe om prioriteite te bepaal. Hierdie onsekere tyd word egter vererger wanneer die vrou PND het en dit maak die veranderingsproses vir die man uiters verwarrend.

### **3.3 DIE PSIGOSOSIALE EFFEK VAN PND OP DIE LEWENSMAAAT**

Enige man koester verwagtings oor hoe die koms van die baba sy verhouding met sy maat gaan komplimenteer. Hy het toekomsplanne en drome wat radikaal beïnvloed word sodra die vrou aan PND begin ly (Meighan 1999:203). Meighan (1999:204) haal 'n lewensmaat se opmerking uit haar navorsing aan: "She ... within one afternoon became a completely different person."

Postnatale depressie het tot gevolg dat die vrou se gedrag verander. Die lewensmaat beleef verliese, onsekerhede en is bekommerd. Die man is nie by magte om die probleem op te los nie en moet toesien hoe sy gesin se gesondheid en veiligheid deur die siekte benadeel word. Postnatale depressie raak vir die lewensmaat 'n mallemeule van emosies, waar hy frustrasie, hartseer, vernedering en soms woede moet verwerk (Smith 1999:200).



Tot op hede het hierdie hoofstuk gekonsentreer op vaderskap in die algemeen, sodat begrip bewerkstellig kon word vir die man as lewensmaat en vader. Die res van hierdie hoofstuk sal spesifiek konsentreer op die effek wat PND op die lewensmaat het. Aandag gaan gegee word aan die krisis, vanuit die man se oogpunt, die aanpassings wat hy moet maak om die vrou se siekte te hanteer en hoe hy self ook uiteindelik aan depressie kan ly.

### **3.3.1 Die invloed wat die vrou se siekte op die lewensmaat het**

Postnatale depressie beïnvloed 'n vrou se gedrag. Vir die man wat saam met die vrou leef, is dit opsigtelik dat sy in verskillende aspekte van haar lewe verander het. Gevolglik moet die man leer om haar vreemde gedrag te hanteer en daarby probeer aanpas.

#### **3.3.1.1 Die vrou raak soos 'n vreemdeling**

Die eerste observasie wat die man gewoonlik maak, is dat die vrou buite haar aard begin optree. Dié vrou wat hy voor die baba se geboorte geken het, het skielik verander en tree vreemd op. Fadden, Bebbington en Kuipers (1987:664) het reeds in 1987 in 'n navorsingstudie bepaal dat twee derdes van 'n steekproef van mans wie se vroue aan PND ly, van mening was dat hulle maats soos totale vreemdelinge begin optree het. Hulle het gevoel asof hulle hulle maats verloor het. Lovestone en Kumar (1993:214) beklemtoon hoe moeilik dit vir die man is wanneer sy vrou aan PND ly en dat hy nie altyd weet hoe om die situasie te hanteer nie. Lovestone en Kumar (1993:214) en ook Cook (1995), verduidelik hoe die man voldag moet werk en met sy tuiskoms nie alleen na 'n siek vrou moet omsien nie, maar ook die verantwoordelikhede van 'n pasgebore baba en soms ook ouer kinders moet aanvaar.

Bishop (1999:74) beskryf hoe mans ervaar dat hulle vrouens buite hulle normale persoonlikhede begin optree wanneer hulle siek is. Waar die vrou vroeër 'n vriendelike, positiewe mens was, is sy, as gevolg van die depressie, teenoor alles baie negatief. 'n Depressiewe vrou is volgens Hamilton en Harberger (1992:310) redelik bakleierig en geïrriteerd, dikwels tot op die punt waar die man nie meer wil huis toe kom nie. Hy verstaan nie altyd hoekom sy vrou op hom

skree of stiltes handhaaf nie. Omdat depressie die vrou se gedrag verander, kan die ouer kinders en moontlik ook die uitgebreide familie deur die siekte beïnvloed word.

Die simptome wat die moeilikste hanteerbaar is vir die gesin, is die vrou se gedurige kommer, irritasie en klagtes, aangesien dit haar kommunikasievermoë beïnvloed (Fadden et al 1987:667). Roan (1997:181) verduidelik hoe die man dikwels geskok is wanneer sy vrou buite beheer van haar omstandighede is. Hy mag moontlik vanuit sy kinderdae 'n beeld hê van 'n liefdevolle, allesopofferende moeder, waaraan sy vrou skielik nie voldoen nie. Angs dat die vrou haar funksionering gaan verloor, kan baie groot en oorheersend word. Vir vele mans is dit moeilik om te aanvaar dat hulle vrouens nie perfek is nie en foute maak. 'n Man word dikwels, volgens Mills (2004), daardeur verras dat sy eens vaardige vrou, tydens 'n swangerskap en daarna, hulpeloos kan raak.

Dit raak moeilik vir 'n man om te glo dat sy vrou wat hy liefhet en so intiem ken, so dramaties kan verander. Hy beleef dit veral as hy probleme met haar wil bespreek en sy nie meer oor die vermoë beskik om saam met hom na oplossings te soek nie. Die paartjie se kommunikasie word bemoeilik as gevolg van onvoltooide en oop-einde-gesprekke. Sy verander die onderwerp en haar sin vir logika is belemmer as gevolg van die depressie. Terwyl die man normaliteit in sy lewe wil bewerkstellig, is sy vrou by tye paranoïes en verloor sy haar vertroue in hom, sonder dat hy beheer daarvoor het. Hierdie vreemde optrede van die vrou lei verder ook tot verhoudingsprobleme met ander mense, omdat hulle haar nie meer verstaan nie (Hamilton & Harberger 1992:311).

### **3.3.1.2 Die invloed wat PND op die lewensmaat se verhoudings het**

Die man se verhoudings word op verskillende wyses beïnvloed as gevolg van die vrou se depressie. In hierdie gedeelte sal sommige van die invloede bespreek word.

#### **i) Die vrou se emosionele onstabiliteit**

Dit is, volgens Dunnewold en Sanford (1994:158), alombekend dat 'n vrou tydens haar swangerskap soms geneig kan wees om emosioneel te word, wat opsigself 'n negatiewe effek op haar verhoudingslewe kan hê. Wanneer die man uitsien na emosionele stabiliteit by sy vrou na die geboorte van die baba, kan dit skokkend wees as hy uitvind dat dit vererger het. Die oorsake van hierdie verskynsel is dat die vrou se fisiese, emosionele en sosiale aanpassing, wat postnataal plaasvind, nog meer stres tot gevolg het as tydens die swangerskap. Dieselfde outeurs (Dunnewold & Sanford 1994:152) beklemtoon verder dat soos die vrou deur postnatale veranderings gaan, die man ook sy eiesoortige aanpassings beleef. Meighan (1999:207) voer aan dat 'n man ook kan voel asof die wêreld rondom hom nooit weer na normaal sal terugkeer nie. Soms veroorsaak die onverwagte druk wat op hom geplaas word dat hy kwaad vir die situasie is en dat sy verhouding met sy vrou daardeur benadeel word.

#### **ii) Konflik in die huwelik**

Roan (1997:174) het 'n paar algemene oorsake geïdentifiseer van die konflik wat tussen ouers plaasvind wanneer 'n baba gebore word. Die paartjie laat dikwels na om hulle huishoudelike en ouerpligte te herorganiseer. Die ouers aanvaar dat elkeen weet wat van hom of haar verwag word en die probleme word nie direk



hanteer nie. Hulle is nie meer eerlik met mekaar nie. Elkeen raak geïsoleerd in sy eie behoeftes en vrese. Hulle begin glo dat die res van hulle lewe op hierdie ongelukkige wyse gaan voortduur. Nie een van hulle het die hoogte of laagtepunte verwag nie en albei ouers is moeg, angstig en oorweldig. Konflik tussen die twee nuwe ouers word vererger sodra PND by die normale aanpassings bygevoeg word.

Argumente wat van tyd tot tyd plaasvind, word deur Martyn (2001:166) as normaal tussen twee mense wat 'n huishouding deel, beskou maar na die geboorte van 'n baba en veral wanneer PND voorkom, raak die argumente te veel en kan dit 'n probleem raak. Konflik ontstaan oor hulle tydsbenutting en alles wat gedoen moet word. Hulle argumenteer oor geld en die tekort daaraan. Hulle verskil oor die huishoudelike werkslading en wie aandag aan die nuwe baba en ouer kinders moet gee.

### **iii) Die oorneem van verantwoordelikhede**

Die dinamika van die gesin verander as die vader, al was hy vroeër betrokke by sy kinders, die disfunksionele maat se verantwoordelikhede ook moet oorneem. Nou moet hy na die ouer kinders en 'n pasgebore baba omsien, wat die druk al hoe meer op hom plaas (Misri 1996:216). Sommige goed aangepaste en hoogs funksionerende vroue raak as gevolg van PND soms emosioneel en fisies afhanklik van hulle lewensmaats. Dit veroorsaak 'n verandering vir die man en maak dit al hoe moeiliker vir hom om te hanteer (Welford 1998:75).

Mans beskryf hoe hulle van die werk af kom en die vrou reeds by die deur vir hom inwag. Sy oorlaai hom met haar emosies, raak onnodig kwaad of gaan onbeheers aan die huil. Die huis raak gevolglik vir hom 'n oorlogssone. Wanneer

die man aan haar noem dat hy moeg is, word hy daarvan beskuldig dat hy selfsugtig is, alhoewel hy heeldag werk en saans tuis die baba moet versorg, sodat sy vrou kan rus (Dunnewold & Sanford 1994:163). Gevoelens van woede en weersin ontstaan wanneer hy byna geen ondersteuning van sy vrou, die familie en vriende kry nie. Dit vererger as hy agterkom dat sy vrou dink dat hy nie genoeg doen nie. Sy selfbeeld kan begin skade ly, omdat sy vrou gedurig krities is oor hom. Die gevolg is dat die man soms langer by die werk wil bly om die konflik tuis te vermy (Misri 1996:219).

Martyn (2001:166) is van mening dat konflik tussen twee mense soms 'n versteekte agenda openbaar. Wanneer die konflik oor finansies gaan soos wanneer die vrou onnodig spandeer, is die man moontlik bang dat sy vrou van hom afhanklik sal raak en hy die enigste voorsiener sal moet wees. Dit kan daartoe lei dat hy haar nie kan vertrou met finansiële sake nie. Daarenteen voel sy vrou jaloers en afgeskeep wanneer die man weer te veel tyd by die werk spandeer om juis meer geld te kan verdien. Wanneer intimiteit daarmee saam afneem, voel die vrou dikwels onaantreklik en kan sy die man van 'n verhouding met 'n ander persoon begin verdink. Wanneer die vrou teruggaan werk toe kan sy in twee geskeur voel oor die verpligtinge by die werk teenoor dié van haar gesin. Wat alles vererger, is wanneer 'n vrou moet veg vir die vanselfsprekendheid daarvan dat sy die huishouding moet hanteer net omdat sy vroulik is.

#### **vi) Gevoelens van uitsluiting**

Die vrou kan gevolglik volgens Roan (1997:174) verwaarloos voel omdat daar van haar verwag word om baie rondom die baba en huishouding te doen, terwyl die man ook afgeskeep kan voel. 'n Verhouding tussen twee mense wat nou drie

geword het, kan veroorsaak dat een persoon uitgelaat voel. Martyn (2001:167) bevestig dat die man homself die vraag kan afvra waar hy in hierdie nuwe gesinstruktuur inpas. Hy kan voel soos 'n buitestaander as hy sy vrou se verhouding met die baba waarneem. Verder laat die vrou haar dikwels uit as 'n kenner op die gebied van kindersorg en kritiseer sy die man as hy probeer help, wat hom oorbodig en ongewaardeerd laat voel.

Dunnewold en Sanford (1994: 154) beskryf hoe 'n vrou met PND oorbeskermend en territoriaal kan wees oor haar baba en soms die vader kan weerhou van fisieke kontak met die baba. Onder normale omstandighede het die vrou en nie die man nie 'n voorsprong op betrokkenheid en binding met die baba, omdat sy fisies die swangerskap en geboorte beleef het. Wanneer PND ter sprake kom, raak die fokus al hoe meer op die moeder en kind gerig en word die vader se emosies nog verder op die agtergrond geskuif. Die man moet soms, volgens Smith (1999:201), selfs seker maak dat sy vrou en kind veilig is, omdat die vrou vir haarself en die baba 'n bedreiging kan inhou. Dit kan 'n weersin teenoor sy vrou by hom laat ontstaan. Meighan (1999:207) beskryf 'n man wat sy vrou se dreigement van selfmoord moes hanteer met die volgende gedagtes: "I thought her suicide would be an answer, then I felt guilty for having those feelings".

#### **v) Emosionele belewenis van die man**

Die man se vermoë om deur die lewe te gaan asof niks hom pla nie, word volgens Dudley et al (2001:200) as te vanselfsprekend deur die gemeenskap aanvaar. 'n Man is meer sensitief as wat mense te kenne wil gee en daarom is dit belangrik om ook aan sy emosies aandag te gee. Dunnewold en Sanford (1994:159) stem saam dat 'n man soms sal voorgee asof hy nie deur sy vrou se

depressie geraak word nie, maar dit is byna onmoontlik vir enige mens om dit volkome reg te kry. Omdat die vrou fisies en psigies gedreineer voorkom, raak sy maklik kwaad en geïrriteerd en kom sy buite beheer voor, en dit beïnvloed haar gedrag en omdat dit nie sal help om vir die baba kwaad te raak nie, is dit dan makliker om vir haar lewensmaat kwaad te raak. Dit kan hom nie op die lang termyn onaangeraak laat nie, veral as hulle nie vinnig genoeg hulp kry nie.

Baie mans voel ook, volgens Roan (1997:182), ongemaklik om oor pynlike omstandighede en gevoelens te praat. Hierdie onvermoë is as gevolg van hulle opvoeding, wat hulle geleer het om sterk en altyd in beheer van hulle emosies voor te kom. Hierdie tipe agtergrond laat die man dikwels in ontkenning oor sy vrou se siekte, want dit beskerm hom van 'n emosionele oorlading wat hy nie wil of kan hanteer nie. Gevolglik tree hy minder sensitief en liefdevol teenoor sy vrou op.

#### **vi) Langdurige stres op die verhouding**

Hamilton en Harberger (1992:306) noem dan ook dat PND soms ekstra stres op die huweliksverhouding kan plaas, wat kan voortduur nadat die meeste simptome van PND al verdwyn het. Omdat herstel dikwels langer neem as wat die paartjie verwag beskryf Smith (1999:201) hoe die man dikwels oorweldig raak met die langtermynversorging van iemand wat aan depressie ly. Dit laat hom selfs alleen voel ten spyte van sy vrou se fisiese teenwoordigheid, omdat sy nie vir hom emosioneel beskikbaar is nie. Meighan (1999:207) beskryf hierdie ongelukkigheid van die man soos volg: "Most of the time I just wanted to say I am leaving... I wanted to leave... escape, but I couldn't leave the child...not with her."

Lovestone en Kumar (1993:211) dui ook aan dat 'n swak huweliksverhouding voor die baba se koms dikwels PND by party vroue kan laat ontwikkel. Dit is egter moeilik, volgens Tammentie et al (2002:241), om te bepaal watter gebeurtenis eerste plaasgevind het, naamlik dat die depressie as gevolg van 'n swak huweliksverhouding ontstaan het of dat die depressie die swak huweliksverhouding veroorsaak het. Afhangende van watter een eerste gekom het, sê Crockenberg en Leerkes (2003:81), is die resultaat hiervan die ouers se onvermoë om na 'n baba se behoeftes om te sien, omdat hulle gepreokkupeerd is met hulle eie probleme.

#### **vii) Die invloed van die uitgebreide familie**

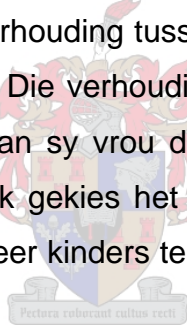
Familie tree dikwels in wanneer hulle sien dat die ouerpaar nie die mas kan opkom nie. Dit kan egter eiesoortige nuwe tipe probleme vir die ouers skep. Vroue is geneig om eerder hulp en ondersteuning van hulle moeders te vra wanneer die baba arriveer, wat 'n tipe driehoek-verhouding tot gevolg het. Die ongeluk is dat die vrou se moeder en haar skoonmoeder nie altyd weet hoe om 'n afstand te behou nie en hulle kan die man uitgesluit laat voel (Martyn 2001:85). Die familie se aanhoudende vrae wat hy moet beantwoord wanneer die vrou aan PND ly, kan beskuldigend voorkom, asof hy die oorsaak van haar siekte is. Hulle neem hom ook soms kwalik dat sy vrou oor die onvermoë beskik om na haar eie baba om te sien, aangesien hy haar nie genoeg ondersteun nie. Die man bevind homself in die middel van die hele familie se negatiewe houding (Misri 1996:219).

#### **viii) Die effek van PND op vriende**

Vriendskappe met ander ouers van dieselfde ouderdom kan soms, volgens Hamilton en Harberger (1992:310), deur PND belemmer word. Postnatale depressie kan 'n paartjie van sosialisering isoleer. Hulle voel dat die ander

mense op hulle neersien as gevolg van die stigma wat nog steeds aan die siekte gekoppel word. Dit laat die ouers dikwels skaam voel om in die openbaar te verskyn. Aan die ander kant beskryf Fadden et al (1987:662) dat PND kan veroorsaak dat al minder mense die egpaar wil besoek. Vriende word negatief beïnvloed deur die vrou se gedrag en haar houding en dit weerhou hulle om daar te wil kuier. Postnatale depressie laat die vrou veral meer krities en onvriendelik of stil voorkom tydens gesprekke, wat weer 'n ongemak by ander mense kan skep. Isolاسie van die nuwe ouerpaar kom dus voor, wat die man en vrou net meer vasgevang laat in die gevolge van depressie.

Volgens Roan (1997:175) is angs en depressie reeds in 1988 geïdentifiseer as reaksies wat mans toon het wanneer hulle vrouens aan PND ly. Die siekte affekteer die man se hele lewenstyl en beïnvloed sy hoop en drome. Selfs na die depressie genees is, gaan die verhouding tussen man en vrou nie altyd terug na soos dit voor die baba was nie. Die verhouding het 'n emosionele verwydering ondergaan. Dikwels sien die man sy vrou dan as tingerig en sensitief en nie meer die maat wat hy aanvanklik gekies het nie. Dit is verstaanbaar dat baie egpare na PND besluit om nie meer kinders te hê nie, omdat hulle bang is dat dit weer kan begin.



### **3.3.1.3 Die verandering ten opsigte van intimiteit**

Dit kan aanvaar word dat 'n paartjie 'n verandering in hulle intieme en seksuele lewe sal beleef. Moontlike verklarings hiervoor is dat die vrou deur fisieke veranderinge gaan na die geboorte van 'n baba en een van die simptome van depressie 'n afname in libido is.

## i) Seksualiteit in die algemeen

Om die effek van PND op die seksuele verhouding te verstaan, moet seksualiteit in die algemeen tussen 'n man en vrou eers ondersoek word. Rix (1995:154) benadruk 'n alombekende feit dat mans en vroue op seksuele, fisies en emosionele vlak verskil. Mans beskou seks as 'n bevestiging dat sy vrou hom lief het en iets wat gebeur wanneer daar liefde teenwoordig is. Vroue het daarenteen nodig om eers liefde te ontvang, deur emosionele toenadering, waarna sy dan meer toegeneë sal wees om seksueel te verkeer. 'n Veralgemening kan dus gemaak word dat mans wat 'n tekort aan seksuele intimiteit ervaar, voel asof niemand hulle lief het nie. Hulle moet gerusgestel word dat hulle nog deel uitmaak van die gesin en dat hulle nie deur die baba vervang word nie.

Vroue wil aan die ander kant voel dat daar begrip en waardering by die man is vir hulle postnatale pyn, moegheid en afname in libido. 'n Vrou se behoefte is dikwels om liefde en toenadering te ervaar sonder dat dit noodwendig tot die seksuele daad lei. Hulle wil tyd en aandag hê, en nie noodwendig seksueel verkeer nie.

Kleiman en Raskin (1994:170) verduidelik hoe baie vroue na die geboorte van 'n baba belangstelling in seks kan verloor. Vele faktore dra blykbaar by om hierdie toestand tot gevolg te hê, nl. as sy steke het na die geboorte, 'n keisersnee gehad het, die baba borsvoed asook moegheid, vaginale droogheid en die ang om weer swanger te raak. Vroue wat verder nog aan PND ly, ondervind verergerde moegheid, 'n lae selfbeeld en biochemiese veranderinge in hulle brein wat seksualiteit beïnvloed en hulle nog minder aantreklik laat voel.

## ii) 'n Tekort aan intimiteit

Hierdie verandering in seksualiteit is in 'n studie wat Fadden et al (1987:663) gedoen het waargeneem. Die mans het evalueer dat hulle na die geboorte van hulle baba minder liefde as vroeër van hulle vrouens gekry het. Verder het die navorsing ook bewys dat 'n derde van die mans, as gevolg van hulle vrou se depressie, geen seksuele toenadering gekry het nie.

Die man en vrou slaap heelwaarskynlik nie eens saam nie, of gaan nie op dieselfde tyd bed toe nie, omdat sy nie haar maat in die nag wil pla as gevolg van die baba se roetine en borsvoeding nie. As albei uiteindelik tog saam in die bed is, is hulle gewoonlik moeg en wil slaap en sien nie kans vir seks nie (Dunnewold & Sanford 1994:155). So gebeur dit dikwels dat die affek vir die vrou en seks vir die man ontbreek en die paartjie ondervind dat maande reeds verstryk het sonder enige seks (Hamilton & Harberger 1992:310).

## iii) Die fisiese veranderinge van die vrou

Die vrou se veranderende liggaam na die geboorte van 'n baba speel ook volgens Kleiman en Raskin (1994:171) 'n rol in die man en vrou se seksuele herstel. Vir die man is sy vrou steeds aantreklik en is hy opgewonde oor die feit dat hy verantwoordelik was vir die skep van 'n nuwe lewe. Dit maak wat hom haastig om weer seksueel betrokke te raak by sy vrou. Mills (1994) beskryf hoe die vrou egter nie altyd so aantreklik voel na die geboorte van haar baba nie en dit haar lus vir seks beïnvloed. Dit wil nie sê dat sy nie haar man aantreklik vind nie, maar dat die versorging van 'n baba soveel emosioneel en fisieke druk op haar plaas dat sy nie energie het om seksueel te verkeer nie. Du Plessis



(2001:510) beskryf ook die teenoorgestelde reaksie by die man. Hy kan getraumatiseer wees deur die ervaring en die waarneming van die geboorteproses, dat dit hom aanvanklik kan weerhou om seksueel met sy vrou te verkeer. Sommige mans kan ook volgens Dunnewold en Sanford (1994:157) ongemaklik voel met hulle vrou se fisiese verandering en dat sy nou meer soos sy ma as sy maat lyk. Verder voel party mans asof die baba emosioneel saam met hulle in die bed is, omdat sy vrou nie net op hom kan konsentreer nie, maar ook die baba in gedagte moet hou.

#### **iv) Die invloed wat die baba op seksualiteit het**

Martyn (2001:84) is van mening dat wanneer daar net twee persone in 'n verhouding is, kompromieë makliker is om te tref, as wanneer 'n baba arriveer en 'n derde persoon in ag geneem moet word. Dunnewold en Sanford (1994:156) benadruk dat 'n man eers begrip moet toon vir sy vrou se gemoed en verantwoordelikhede voor hy haar seksuele gedrag kan verstaan. Alhoewel die man heeldag in die ope arbeidsmark werk en sy vrou tuis is, is haar dag langer en meer uitputtend as gevolg van die dodelike roetine van voeding, winde uitklop, doeke omruil en die baba troos. Om dit vir 24 uur te doen sonder 'n breuk, is uitputtend. Daar is niemand wat haar aflos, sodat sy iewers kan ry of gaan stap nie en daar is geen ander volwasse geselskap nie. Oral waar sy kyk, is werk om te doen, skottelgoed en wasgoed om te was, vuil vloere om skoon te maak ensovoorts. 'n Ander faktor wat 'n vrou se verhouding met haar man beïnvloed, is haar nabye fisieke kontak met die baba. So 'n gedurige fisieke kontak laat 'n gevoel van emosionele nabyheid. Haar behoefte aan nabyheid word deur die baba bevredig en sy benodig gevolglik minder fisieke kontak met haar man. Die

teenoorgestelde is ook waar dat die fisieke kontak met die baba vir haar te veel raak en sy alle soortgelyke kontak verminder en haar man sodoende verstoot. Saans is sy ook meer geïnteresseerd in slaap as in seksuele aktiwiteite.

Voor 'n baba se koms beskryf Dunnewold en Sanford (1994:157) dat seks vir die meeste paartjies op 'n natuurlike wyse plaasvind, maar na die baba se koms moet hulle byna 'n afspraak maak om by mekaar te wees. Daar is gevolglik geen spontaniteit of vryheid meer nie. Kleiman en Raskin (1994:161) verduidelik dat indien die paartjie nie goeie verbale en nie-verbale kommunikasie gehad het ten opsigte van hulle seksualiteit voor die baba nie, dit na die baba en PND kan vererger. Skielik word die paartjie gekonfronteer met die gedagte dat hulle openlik moet praat oor hulle seksuele behoeftes en dat dit nie meer 'n spontane reaksie is nie.

#### **v) Kommunikasie oor seksualiteit**

Kleiman en Raskin (1994:171) beweer dat dit vir party paartjies moeilik is om oor seks te praat, juis omdat sommige mense glo dat dit op 'n natuurlike wyse gehanteer moet word en nie openlike kommunikasie nodig het nie. Gevolglik kan wankommunikasie plaasvind waar die vrou nie seks wil hê nie, maar tog die aanraking en liefde van haar man benodig. Sy interpretasie is dat wanneer sy aanraking van hom versoek, sy ook seks sal waardeer. 'n Wanbegrip ontstaan dus wanneer haar man die nie-verbale tekens verkeerd verstaan. Gevolglik kan afgelei word dat intimiteit skade kan ly as die paartjie nie openlike en direkte kommunikasie het oor hulle seksuele behoeftes nie.

Meighan (1999: 207) beskryf hoe die verhouding tussen 'n man en vrou afsydig en verdedigend kan raak wanneer daar seksuele probleme ontstaan. Een man

het dit soos volg uitgedruk: "I would approach by simply just laying a hand on her shoulder or rubbing her back and waiting to see if there was any reaction... in those 3 or 4 years, 99% of the time there was no response...I would swallow that hurt, that rejection... I remember times of sobbing and trying not to let her hear it. The head says, I understand that there is a medical reason or a hormone reason, it's not because she doesn't love you, but for the heart and the natural desires that a man should have for his wife – to be rejected continually – that's a tough one"

#### **vi) Die invloed van PND op seksualiteit**

Postnatale depressie en die afname in libido word deur Smith (1999:200) aangevoer as 'n moontlike oorsaak van verlies, onsekerheid en kommer by die man. Hy besef nie altyd hoekom sy vrou anders optree nie en weet nie hoe om die probleem op te los nie. Hy voel alleen en sonder ondersteuning. Die man het sy verhouding met die vrou wat hy liefhet en sy verwagtings van die toekoms verloor. Dit maak dat PND vir hom 'n emosionele mallemeule word, waar hy tegelykertyd frustrasie, hartseer en woede kan ervaar. Misri (1996:218) vergelyk die man se emosionele ervaring met dié van 'n persoon wat deur 'n rouproses gaan. Die man moet deur die ontkenningfase werk tot by aanvaarding van sy maat se siekte en totdat sy vir hom nie meer soos 'n vreemdeling sal voel nie. Melding word ook daarvan gemaak dat party mans selfs skuldig voel en hulleself blameer vir hulle vrouens se postnatale depressie, want sy het swanger geword as gevolg van sy toedoen.

Vir die man om deur al hierdie emosies te werk, is 'n moeilike proses. In die eerste plek praat mans nie maklik oor hulle gevoelens en swakhede nie. Verder is reeds daarvan melding gemaak dat daar oor die algemeen nie 'n goeie

ondersteuningstelsel vir mans en nuwe vaders in die gemeenskap is nie en dat hulle eie vaders dikwels as gevolg van die generasiegaping nie die nodige ondersteuning kan bied nie. Wat alles vererger, is dat die enigste vrou met wie hy dikwels intiem oor sy innerlike behoeftes kon gesels het, nie nou beskikbaar is nie en gevolglik ook die oorsaak van sy verwardheid is (Mills 2004). Fadden et al (1987:663) bevestig hoe die man dikwels besluit om nie sy vrou met sy probleme te bemoei nie, omdat hy sy behoeftes as minderwaardig beskou teenoor dié van sy vrou, aangesien die siekte by haar gediagnoseer is en nie by hom nie. Die man weerhou homself ook soms van gesprekke volgens Hickman en Hickman (1999:1) wat tot 'n emosionele uitbarsting kan lei, omdat hy nie in daardie stadium sy eie en sy vrou se emosies kan verstaan en hanteer nie.

Meighan (1999:205) verduidelik dat die man self later bedruk kan word indien hy konstant aan sy vrou se konflik en negatiewe blootgestel word. Dit lei daartoe dat hy dikwels nie vir homself en sy sosiale omgewing omgee nie. Misri (1996:216) spreek skok uit dat die man se emosionele behoeftes of praktiese probleme selfs nie deur professionele mense, vriende en familie raakgesien word nie. Mense verwag van hom om die steunpilaar in sy gesin te wees, terwyl hy self geïsoleerd en fyngvoelig kan wees. Die verlies aan libido word deur Rix (1995:152) verduidelik as 'n moontlike oorsaak van sy huweliksprobleme met sy vrou. Soms gebeur dit dat die man self aan depressie ly en ook 'n libido-verlies as simptoom ervaar. Dit kan veroorsaak dat dit een van die laaste dinge is wat in die verhouding herstel kan word. Dit kan baie maande sonder seks beteken.

As 'n vrou gehospitaliseer word, is dit soms makliker vir die man om te hanteer as wanneer sy tuis aansterk. Die emosionele stres wat sy op haar gesin plaas, is dikwels erger as die siekte self. Wanneer sy nie tuis is nie, kan die man ook nie van haar 'n seksuele verhouding verwag nie (Misri 1996:217). Wat egter wel in

sommige gevalle volgens Brockington (1999:521) kan gebeur, is dat sommige mans op die probleem reageer deur by buite-egtelike verhoudings betrokke te raak. Fadden et al (1987:666) is van mening dat hierdie verskynsel voorkom veral in die gevalle waar die paartjie reeds voor die baba se koms verhoudingsprobleme gehad het.

Martyn (2001:81) voer egter aan dat die teenoorgestelde ook kan plaasvind, waar die meeste paartjies ondervind dat ouerskap en selfs PND hulle nader aan mekaar gebring het. Albei persone moes verskeie persoonlike aanpassings maak om die siekte te oorleef. 'n Vrou wie se man betrokke is by die gesin en haar siektetoestand probeer verstaan, raak vinniger gesond. Die outeur beweer daar is gevolglik 'n konneksie tussen betrokke vaders en die geluk en stabiliteit van die paartjie se huwelik, omdat hulle reeds baie ervarings saam moes verwerk.

### **3.3.2 Die lewensmaat se hantering van PND**

In die voorafgaande gedeelte van hierdie studie is aandag gegee aan die effek wat PND op die man het. In hierdie afdeling word die man se reaksie en hantering van die probleme waarmee hy gekonfronteer word, bespreek. Spesifieke aandag word ook gegee aan die man se probleemoplossende vermoëns en hoe hy die beheer wat hy oor sy omgewing en homself verloor het probeer herstel deur verskillende aanpassings te maak. Hierdie bespreking sluit af met 'n moontlike negatiewe gevolg, naamlik dat die man self ook aan PND kan ly.

### 3.3.2.1 Die probleemoplos-vermoëns van die lewensmaat

Meighan (1999:204) beskryf dat mans gewoonlik probleme wil oplos deur te probeer om vas te stel wat die oorsake is... "I was trying to find something wrong, you know. I wanted a wrong we could fix." Bishop (1999:73) sluit hierby aan en beweer dat mans van kleins af geleer word om artikels wat gebreek het, inmekaar te sit en te herstel. Wanneer sy vrou egter aan PND ly, wil hy dieselfde metode gebruik as dit waaraan hy gewoon is om haar te help gesond word. Terwyl sy vrou siek is, vra hy vrae en probeer hy gedurig oplossings vir die probleem vind. Hy raak egter volgens Lovestone en Kumar (1993:214) gefrustreerd as hy geen oplossings vind nie en begin onseker voel oor homself, omdat dit vir hom voorkom asof hy nou nie meer oor die vermoë beskik om sy vrou gelukkig te maak nie. Meighan (1999:204) noem hoe party mans selfs begin om materiële dinge, byvoorbeeld 'n nuwe huis of motor aan te koop om sy vrou gelukkiger te maak.

Mans heg ook volgens Hickman en Hickman (1999:2) groot waarde aan hulle vermoë om probleme op te los. Wat hulle nie besef nie, is dat die bykomende verantwoordelikhede van ouerskap en die hantering van 'n siek vrou vir hulle onbekend is. Hulle moet derhalwe nog die vaardighede om die situasie te hanteer aanleer, en in hierdie probeer en tref stadium word foute gemaak. As gevolg van mans se trots, wil hulle nie altyd erken dat hulle hierdie nuwe probleem in hulle lewens nie kan hanteer nie. Soos hy moeër word en hy onder druk begin verkeer, kan hy al hoe minder die probleem hanteer.

Dit is in hierdie stadium dat Roan (1997:183) uitwys dat die man sy vrou se simptome begin ignoreer en die siekte wil ontken, omdat hy onkundig is oor hoe om die situasie te hanteer en hy nie oplossings kan vind vir die probleem nie.

Wat die verstaan van die siekte nog meer bemoeilik, is dat daar geen eksterne tekens van PND sigbaar is nie en die man van mening is dat die vrou haarself net moet regruk (Smith 1999:200).

Roan (1997:176) beskryf ook die teenoorgestelde houding by die man, waar hy soms emosioneel probeer sterk wees vir die vrou se onthalwe in 'n poging om haar beter te laat voel. Hy raak dan die optimis en sy die pessimis, wat egter die vrou al hoe meer bewus maak van haar tekortkominge en haar hopeloosheid. In teenstelling met die vrou kan die man egter nie sy angs uitspreek teenoor sy maat nie, want dit sal haar net meer skuldig en sleg laat voel, omdat sy haarself as die oorsaak van alles beskou. Terwyl die vrou siek is, kan sy in elk geval volgens Bishop (1999:73), nie altyd onthou wat gesê is of die regte interpretasies maak van die gesprek nie. Gevolglik moet die man dikwels self besluite neem, wat daartoe lei dat hy ophou om belangrike aspekte met haar te bespreek.

'n Man soek antwoorde op al sy vrae, wat ongelukkig in die geval van PND nie maklik is om te beantwoord nie (Kleiman 2000:24). Wanneer sy positiewe verwagtings van vaderskap hom ontnem word en sy maat verander in 'n vreemdeling, begin hy besef dat hy nie oor die vermoë beskik om die probleem self op te los nie. Dit is op hierdie punt waar hy dikwels sy eie behoeftes ontsê om sodoende die gesin te help oorleef (Meighan 1999:204). Smith (1999:201) omskryf hoe die man onrealisties raak deur te glo dat hy voltyds kan werk, na sy gesin kan omsien en sy vrou met haar siekte kan help, sonder dat hy van die gemeenskap enige hulp hoef te ontvang.

Kleiman en Raskin (1994:183) benadruk die man se teensinnigheid om eksterne hulp vir sy gesin te ontvang. Hulle skryf dit toe aan die moontlikheid dat die man voel dat hy die skuld dra vir die probleem en dat hy nie deur professionele

hulpverleners voorgeskryf en uitgewys wil word waar hy as man gefaal het nie. 'n Man moet besef dat sy vrou behandeling benodig en eerder met 'n samewerkingsooreenkoms tussen die professionele persone en homself moet begin ten einde sy vrou tot voordeel te strek. Hy kan volgens Smith (1999:201) ook dienste in die gemeenskap benut en sy vrou daaraan bekendstel, sodat hy nie die hele las self hoef te dra nie. Verder sal dit help as hy die waarde van ondersteuningsgroepe vir vroue wat aan PND ly insien en sy vrou aanmoedig om hierby aan te sluit.

### **3.3.2.2 Die verlies en beheer van emosies by die lewensmaat**

Mills (2004) beskou dit as standaardpraktyk vandag dat vaders teenwoordig is met die geboorte van hulle babas. Baie mans ervaar dit as 'n oorweldigende en onvergeetlike gebeurtenis. Wat hulle egter nie oor praat nie, is hoe moeilik dit is om te sien hoe die een wat hulle lief het, pyn moet verduur en hoe hulle angsk ervaar oor die onbekende mediese ingrypings. Hulle is deel van die geboorteproses maar het geen beheer oor die situasie nie. Dit laat hulle geskok en getraumatiseer. Waar baie vroue self soms nie oor die geboorte wil praat of die geleentheid het om die ervaring met iemand te deel nie, sal mans nog minder dit met iemand bespreek nie. Verder is mans se verwagtings, volgens Kleiman en Raskin (1994:184), van die realiteit van vaderskap dikwels verskillend. Hulle is nie altyd vooraf gereed vir die uitbranding wat ouerskap meebring nie en hulle sien nie na hulle eie en hulle vrou se behoeftes om nie.

Wanneer PND bygevoeg word by die normale aanpassing van ouerskap is woede dikwels 'n emosie wat by die man kan voorkom, omdat die onverwagte draai van omstandighede vir hom 'n skok en teleurstelling kan wees (Roan 1997:177). Soms sal die man sy vrou somer verbaal aanval, aangesien hy



kwaad is vir haar oor die situasie waarin hulle verkeer. Hy is ook kwaad omdat die nageboorte-tyd wat spesiaal moes wees, so negatief uitgedraai het. Dikwels is die woede ook gemik op die professionele mense wat die paartjie nie reg behandel nie. Woede kan ook gerig wees tot die baba wat hulle lewens kom ontwrig het.

Fadden et al (1987:665) beweer dat die man nie altyd beseft dat sy vrou ook nie beheer oor haar siekte en emosies het nie. Kleiman en Raskin (1994:188) voeg hierby dat dit die man laat met gevoelens van hartseer, verwardheid en magteloosheid omdat nie hy of sy vrou die siekte kan beheer nie en hy moet toesien hoe die vrou wat hy bemin, swaar kry.

Roan (1997:181) noem dat baie mans vrees dat die siekte vir 'n onbepaalde tyd sal voortgaan en dat die lewe nooit na normaal sal terugkeer nie. Verder oorweldig die angs hom omdat sy vrou nie soos voorheen kan funksioneer nie. Die vrou, wat voorheen onafhanklik was, word nou deur hom beleef as 'n afhanklike wese wat hom bekommerd laat dat die vrou waarmee hy getrou het nie meer bestaan nie. Kleiman en Raskin (1994:175) verduidelik verder dat vrae by die man kan ontstaan dat sy vrou afhanklik kan raak van die medikasie wat sy gebruik, en dat sy nie op haar eie sal kan funksioneer nie.

Die man beseft dat sake buite beheer is, en volgens Kleiman en Raskin (1994:194) maak dit nie saak wat die man doen nie, sy vrou bly steeds depressief en angstig. Die gevoelens kan selfs vererger namate die man uitgesluit word tydens die vrou se behandeling. Besluite word geneem sonder dat die man sy bydrae lewer. Alhoewel die man dikwels wil help, word dit gewoonlik nie deur die vrou aanvaar nie. Wat 'n verdere las op die man plaas, is die finansiële uitgawe vir berading, medikasie en hospitalisasie wat die man moet betaal, ten spyte daarvan dat daar nie altyd geld beskikbaar is nie.

Meighan (1999:206) beklemtoon dat die lewe vir die man onvoorspelbaar en buite beheer raak. 'n Stelling wat 'n man gemaak het tydens die navorsing wat sy gedoen het som die gevoel op:" I dreaded going home, because I never knew what to expect... Some days were good and some days very bad. I didn't know how long it would take to get over it – if we ever did get over it... I was really afraid that she was going to be a mental case forever... “.

'n Verdere vrees wat by die man mag voorkom, is om sy vrou alleen te laat, omdat sy haarself of die baba skade kan aandoen. Bishop (1999:78) meld dat die vrou soms dreig om haar lewe te neem en hierdie selfmoordneigings skep geweldige angs by die man, omdat hy nie sy gesin 24 uur lank kan oppas en beskerm nie. Dit laat by die man 'n voortdurende angs, omdat hy te bang raak om die huis te verlaat, vir wat sy vrou moontlik aan haar en die baba kan doen.

Cook (1995) verduidelik dat 'n man dikwels uitgesluit voel wanneer sy moeder, skoonma of enige ander vroulike persoon kom help met die baba en huishouding, omdat dit vir hom laat voel dat hulle wil oorneem. Voor die geboorte het hy gedink hy gaan 'n aktiewe rol speel in sy kind se versorging, om dan net uit te vind dat sy vrou hom nie nodig het nie. Hy kry take om te doen wat nie verband hou met die baba nie en daar is min mense wat hom vra hoe hy die nuwe rol as vader van die baba beleef.

Bishop (1999:78) meen dat daar tydens die vrou se depressie tye is wanneer die man moed verloor met sy vrou se herstelproses en hulle verhouding as 'n paartjie. Hy wil dan dikwels sy ideale om in die verhouding te bly prysgee, maar dan dien die kinders dikwels as 'n motivering om te bly, sodat hy hulle die reg op albei ouers se liefde en versorging kan bied.

### 3.3.2.3 Aanpassings wat 'n lewensmaat moet maak

Soos reeds vroeër bespreek, is mans net soos vroue baie onrealisties in hulle verwagtings oor ouerskap. Die aanpassing ten opsigte van hulle lewenswyse, verantwoordelikheid en fisiese omstandighede is dikwels aspekte waarmee die ouerpaar nie rekening gehou het nie (Welford 1998:75). Mills (2004) beskryf hoe die verwagte vader aan die begin reeds gewoond moet raak aan sy vrou se veranderende liggaam tydens en na die swangerskap. Albei volwassenes beseft baie gou dat hulle behoeftes ondergeskik raak aan dié van hulle baba.

Roan (1997:181) noem dat 'n vrou gewoonlik die primêre fisiese en emosionele versorger van haar gesin is. Dit maak dit vir die man moeilik wanneer sy vrou aan PND ly en hy die rol van versorger ten opsigte van sy vrou en gesin moet oorneem. Alhoewel tye verander het, is Dunnewold en Sanford (1994:154) dit eens dat min mans bekend is met huishoudelike take. As die man voor die geboorte reeds by die huishouding betrokke was, is die aanpassing gewoonlik makliker. Tog veroorsaak die koms van 'n nuwe baba geweldige stres, omdat daar werk bygevoeg word by die reeds bestaande huishoudelike verantwoordelikhede. Wanneer die vrou verder nog aan PND ly, lig Hamilton en Harberger (1992:305) uit dat die rol van die lewensmaat van kritieke belang raak. Soos die moeder se vermoë om optimaal te funksioneer afneem, word van hom verwag om vir haar in te staan. Dit kan druk plaas op sy tyd, energie en geduld, wat by tye vir hom oorweldigend kan raak.

Meighan (1999:205) beskryf hoe die man hoë stresvlakke kan beleef, omdat hy fisies uitgeput raak en die toenemende druk daartoe bydra. Daar is egter by 'n man 'n natuurlike bereidwilligheid om sy gesin te help herstel en hy sal aanpassings maak om die lewe tot normaal terug te kry. Sy sin vir verantwoordelikheid wil die gesin bymekaar hou. Hy is egter dikwels ongeduldig

en dit is vir hom moeilik om te wag dat die herstelproses sy natuurlike verloop neem. Hamilton en Harberger (1992:307) bevestig dat die siekte vir maande kan voortduur, waar die vrou nie optimaal kan funksioneer nie. Soms sal die lewensmaat tog 'n verbetering opmerk, maar hy raak dan nogtans moedeloos omdat die siekte na die verbetering nog steeds nie tot 'n einde kom nie.

Wat hierdie situasie volgens Dunnewold en Sanford (1994:162) vererger, is dat die man dikwels eksterne hulp weier, omdat hy meen hy is 'n mislukking omdat hy nie die probleme self kan oplos nie. Dit is moeilik vir 'n man om te erken dat die probleem waarmee hy te kampe het groter is as wat hy kan hanteer. Hy voel derhalwe dikwels of hy beheer verloor het oor sy lewe, wat volgens die sosiale norme en kultuur van die manlike geslag, oorweldigend en onaanvaarbaar is.

Roan (1997:176) verklaar dat die man op een van twee maniere kan reageer wanneer sy vrou aan PND ly. Hy kan hom òf aan die gesin onttrek, òf hy neem sy vrou se rol oor ter wille van die voortbestaan van sy gesin. Wanneer hy hom onttrek gebeur dit dikwels dat die vrou kla dat haar man al later by die werk bly of, soos Welford (1998:74) ook byvoeg, iewers in 'n kroeg gaan sit en drink. Hierdie gedrag dra by tot die vrou se siekte, omdat sy al hoe meer geïsoleerd raak en nie die nodige ondersteuning kry nie. Die gevaar bestaan selfs dat so 'n vrou as gevolg van hierdie afsondering haar baba kan skade aandoen. Die teenoorgestelde reaksie van die man, waar hy sy vrou se rol oorneem, laat die paartjie in 'n geen-wen-situasie. Vir hoe meer huishoudelike take hy verantwoordelikheid aanvaar, hoe meer laat dit sy vrou na 'n mislukking voel. Dit laat haar twyfel oor haar rol in die gesin, omdat sy nie die vermoë het om alles te vermag wat sy vroeër kon hanteer nie.

Die werklikheid van hierdie situasie is dat die huweliksverhouding geweldig onder druk geplaas word as gevolg van die gedragsveranderinge van die twee persone

betrokke (Hamilton & Harberger 1992:305). Zerkowicz en Milet (1997:433) verduidelik verder dat die oorlading van al die werk wat die man moet verduur dikwels sy psigologiese gesondheid en persepsie van ouerskap negatief beïnvloed. Wanneer hy daarmee saam ook nog stres by sy werk ervaar, kan die druk vir hom te veel raak. Hy begin dit dan oorweeg om uit die huwelik en gesin te beweeg om sodoende beter te voel. Wat die saak, volgens Kleiman en Raskin (1994:177), verder benadeel, is dat die depressiewe vrou dikwels nie eens haar lewensmaat se pogings om die huishouding en gesin te laat oorleef, waardeur nie. Sy is heelwaarskynlik uit die aard van die siektetoestand baie krities ingestel en beskou derhalwe die man en sy gedrag ook in daardie lig.

Een vader het tydens die navorsing wat Meighan (1999:205) gedoen het soos volg gereageer: "I guess I just felt like – do whatever is necessary to get through this... I also tried to make it peaceful ... peace at all costs, even if I had to sacrifice my own feelings... I didn't want the children to suffer... I tried to protect them... It was part of the weight I was carrying." 'n Man steek dikwels sy eie behoeftes en emosies weg ter wille van die gesin se oorlewing en benadeel homself in die proses. Vrees dat sy vrou haarself of die baba skade kan aandoen laat hom ook nie toe om aandag aan homself te gee nie. Verder noem Harvey en McGrath (1988:506) dat die hele situasie nog meer bemoeilik word wanneer die vrou gehospitaliseer word en hy haar moet besoek en na die kinders tuis moet omsien, terwyl hy voltyds moet werk.

Van die nuutste navorsing wat gedoen is deur Martyn (2001:77) het bewys dat 80% van Britse vaders meer as 46 ure per week werk, en dit sluit nie die naweke se werk in nie. Baie mans voel geskeur tussen hulle tyd by die werk en hulle kinders. Mans vandag wil nie net beskou word as die finansiële voorsieners vir hul gesin nie, maar wil direk betrokke wees by hulle kinders se opvoeding. Ongelukkig is dit so dat daar selde in die arbeidsmark buigsamheid en

gesinsvriendelike werksomstandighede is. Wat alles vererger, volgens Mills (2004:PNDSA), is dat die man dikwels tydens sy vrou se siekte die enigste broodwinner is, wat hom kan intimideer en met baie kommer laat. Fadden (et al 1987;662) dui aan dat baie gesinne se inkomste 50% afneem na die geboorte van 'n baba. Al die bykomende mediese uitgawes as gevolg van die vrou se siekte dra ook nog by tot hierdie finansiële las. Dikwels sal die gesin vir die verlies aan inkomste kompenseer deur te besnoei op vrye- en vakansieuitgawes of om te leen op 'n polis. Dit veroorsaak nie net ekstra spanning nie, maar dit beperk die gesin tot hulle huis, wat uit die aard van die saak nie goed is vir 'n depressiewe persoon nie.

Die man bevind homself in 'n baie moeilike situasie wanneer sy vrou PND het. Hy word geskeur tussen werk, huis en kinders maar die bepaling van prioriteite tussen die drie is vir die duur van sy vrou se siektetoestand, byna onmoontlik. Dit laat die man oorweldig, verward en dikwels uitgebrand.

### **3.4 POSTNATALE DEPRESSIE BY DIE LEWENSMAT SELF**



Daar is 'n indikasie dat mans na die geboorte van hulle babas, net soos vrouens ook hoë stres beleef, wat volgens Lane et al (1997:552) toegeskryf kan word aan die lewensveranderende omstandighede wat plaasgevind het. Cook (1995) bereken dat as die vrou reeds aan PND ly, so veel as 10% van alle nuwe vaders ook simptome van die siekte kan openbaar. Soliday et al (1999:31) is egter van mening dat die getal mans wat aan PND ly, baie groter is en so veel as 30% van alle nuwe vaders kan uitmaak. Wanneer 'n familiegeskiedenis van depressie by die man teenwoordig is, is die kans ook groter dat hy bedruk kan voel (Misri

1996:226). Ongelukkig bevestig Ballard et al (1994:786) dat die man nie altyd sy toestand wil erken nie en hy heelwaarskynlik ook nie sy algemene praktisyn daarvoor sal raadpleeg nie.

Du Plessis (2001:48) beskryf dat daar baie bydraende faktore is wat 'n rol kan speel om die depressie by die vrou na vore te bring. By die man is die hooforsaak, die toenemende verantwoordelikhede wat 'n baba tot gevolg het. As albei ouers emosioneel sensitief is, kan die geboorte van 'n baba beide persone depressief laat voel. By mans word dit egter dikwels gediagnoseer as 'n aanpassingsteuring met 'n depressiewe gemoed.

Welford (1998:73) beskryf ook hoe post-traumatiese stressindroom by mans gediagnoseer kan word, veral nadat hulle 'n moeilike geboorte met hulle vrouens moes deurmaak. Die moderne idee is dat die man teenwoordig moet wees by die baba se geboorte, maar sy stres is by tye onverrekenbaar aangesien sy vrou op hom skree, hy magteloos moet toesien hoe sy pyn verduur en hy haar nie enigsins regtig kan help nie. Verder is die skok groot as die pasgeborene nie mooi pienk en fraai vertoon soos die media dit dikwels uitbeeld nie.

Stressors wat Zelkowitz en Milet (1997:433) ook uitlig wat die vader se depressie kan veroorsaak, is wanneer die man onder normale omstandighede 'n hoëprofiel-werk handhaaf, daar finansiële druk is en die paartjie sosiaal geïsoleerd raak as gevolg van die baba en die moeder se omstandighede na die geboorte. Mans beleef ook aanpassings met hulle nuwe identiteit as vader en Mills (2004: PNDSA) beskryf dat hulle simptome van depressie kan beleef omdat hulle die "ou lewe" mis en daarvoor rou. Ongelukkig is daar nog nie 'n meetinstrument wat spesifiek vir vaders gebruik kan word om vas te stel of hulle aan PND ly of nie (Dudley et al 2001:188).

Die man ervaar egter meestal dieselfde simptome as die vrou wanneer hy aan PND ly. Hy kan ook volgens Du Plessis (2001:51) aan slaapdeprivasie ly, hartseer en geïrriteerd wees, swak konsentrasie handhaaf, lae energievlakke en 'n totale verlies aan plesier hê. Die risiko-faktor wat veral in aanmerking geneem moet word vir 'n man, net soos vir 'n vrou, is wanneer hy perfeksionisties is. Die nuwe baba kan so 'n persoon se skedule en georganiseerde lewe redelik omkrap.

Mans is geneig om steeds hulle depressie baie meer weg te steek as vroue. Hulle sal meer tyd by die werk begin spandeer om sodoende nie huis toe te gaan nie, of om meer alkohol in te neem. Hulle het swakker sosiale ondersteuningstelsels en vra byna nie vir enige ander persoon om hulp nie (Dudley et al 2001:188). As vroue egter sleg voel, huil hulle en praat met familie of vriendinne, maar as mans dieselfde voel, bly hulle eerder stil en gee voor dat niks verkeerd is nie (Curham 2000:75). Raskin, Richman en Gaines (1990:659) verduidelik die rede waarom die man soos volg optree. Hulle is van mening dat die man die vrou, wat reeds aan PND ly, wil uitbalanseer deur voor te gee dat hy niks makeer nie en om haar sodoende beter te laat voel. Hy wil ook nie verder bydra tot sy vrou se bekommernis nie, daarom die stilswye.

Rix (1995:152) som die situasie so op dat dit moeilik is om by iemand te bly wat aan PND ly, maar dat dit dikwels erger is om sonder daardie mens te leef. Studies wys daarop dat die man nie onaangeraak is deur sy vrou se siekte nie. Dit beklemtoon dat PND 'n gesinsprobleem is en nie net 'n individu beïnvloed nie. Gevolglik kan die afleiding gemaak word dat vaders by terapie ingesluit moet word en van die begin af ondersteuning saam met die vrouens moet kry.



### 3.5 SAMEVATTING

Hedendaagse mans het nie duidelike riglyne wat hulle kan volg om goeie vaders en lewensmaats te wees nie. Dit blyk asof elke man self moet besluit hoe hy sy rol in sy gesin gaan definieer. Asof dit nie reeds moeilik genoeg is vir hom nie, raak omstandighede gekompliseerd wanneer die vrou aan PND ly. Haar siekte het 'n invloed op sy verhouding met haar en vloei deur na hulle intieme lewe. PND doen selfs inbreek op die man se sosiale kontak met vriende en sy werk. Sy vrou se depressiwiteit kan tot gevolg hê dat hy self depressief raak, veral as hy en die vrou nie die regte hulp kry nie. Mans word groot gemaak met die idee dat hulle probleme kan oplos. Wanneer die vrou aan PND ly, is dit egter nie 'n probleem wat hy kan regmaak nie, en dit is vir hom moeilik om te erken dat hy en sy vrou professionele hulp benodig.



## HOOFSTUK 4

### INTERVENSIESTRATEGIEË VIR POSTNATALE DEPRESSIE

#### 4.1 INLEIDING

Die voorkoming van PND is waarna elke vrou moet streef, wanneer sy swanger is. Al hoe meer navorsing word gerig op die metodes om voorkomend op te tree. Die hoofdoel van intervensie is om die vrou so spoedig moontlik te help en haar lyding te verlig (Bennett & Indman 2003:93,95). Een van die eerste stappe vir die hantering van PND is die moeder se erkenning dat sy depressie ervaar en professionele hulp benodig. Wat dit moeilik maak vir die moeder om hulp te gaan soek, is wanneer sy bang is dat sy deur die gemeenskap veroordeel sal word, omdat sy erken dat sy nie haar verantwoordelikheid as versorger binne gesinsverband kan nakom nie (Bishop 1999:38).

Wat egter, volgens Kleiman (2000:99), in ag geneem moet word is dat hoe langer die moeder neem om hulp te soek hoe langer die herstelproses sal neem. Baie mense is onder die valse indruk dat PND met tyd self sal weggaan en behandeling onnodig is, maar Bishop (1999:39) stem nie saam nie. Onderhoude wat deur Bishop gevoer is met ouer vroue wat depressie ervaar het en nie behandeling daarvoor ontvang het nie, het erken, dat hulle na hulle kinders se geboorte, dikwels nog met depressie gesukkel het. Wat hieruit afgelei word, is dat daar 'n langtermyn-effek kan plaasvind, soos aanhoudende gemoedswisselinge voorkom en die persoon geen behandeling ontvang nie.

Roan (1997:124) bevestig dat 'n pasiënt voordeel daaruit sal trek indien sy so vroeg as moontlik haar simptome erken en behandeling daarvoor kry. Wat egter die behandeling benadeel, is dat vroue dikwels uitstel om hulp te kry ter wille van die nuwe baba, maar ten koste van hulle eie gesondheid.

Wanneer die vrou uiteindelik professionele hulp oorweeg, is Roan (1997:125) van mening dat sy die kompleksiteit van PND in ag moet neem. Omdat sy op fisiese, emosionele en verhoudingsterreine deur die siekte geaffekteer word, word 'n interdisciplinêre spanbenadering benodig om behandeling meer effektief te maak. Kennedy, Beck en Driscoll (2002:325) noem professies soos die psigiater, pediater, maatskaplike werker en verpleegkundige, as ook informele ondersteuningsbronne soos die gesin en gemeenskapshulpbronne wat die moeder kan help. Almal kan saam werk om die vrou se gezondheidstoestand te verbeter. Die bronne wat Kleiman (2000:100) aandui as verwysingsbronne is hospitale, borsvoedingsklinieke en webwerwe wat gemik is op die vrou en babasorg.

Bishop (1999:41-42) wys op die verskeidenheid van behandelingstrategieë wat bestaan vir die hantering van PND. Die vrou kan na raadpleging besluit op hospitalisasie, die gebruik van antidepressante, berading vir haar en haar lewensmaat, hormoonterapie of alternatiewe intervensiestrategieë soos aromaterapie, akupunktuur of refleksiologie. Die soort intervensiestrategieë word volgens Roan (1997:124) bepaal deur die erns van die depressie. Behandeling moet geïndividualiseer word om sodoende aan die behoeftes van die pasiënt te voldoen. Kleiman (2000:100) beskou die belangrikste aspek van al hierdie verskillende strategieë die moeder en haar lewensmaat se vertroue in die hulpverlener en die intervensiemetode. Hulle moet glo dat die intervensie tydens sessies sal help en hulle hoop sal gee. Dit is belangrik dat die moeder kan ervaar dat na haar huidige behoeftes omgesien word, sodat sy reeds van die begin af verligting van haar stres kan ervaar.

Hierdie hoofstuk gaan aandag gee aan die verskillende intervensiestrategieë vir PND. Dit sal slegs dien as 'n riglyn vir professionele persone, aangesien alle intervensie geïndividualiseer moet word, volgens die pasiënt se behoeftes. Aandag sal gegee word aan die mediese intervensie wat sal bepaal wanneer hospitalisasie aangewese is. 'n Breë oorsig van die

verskillende soorte medikasie en hulle uitwerking sal toegelig word en 'n eenvoudige verduideliking sal gegee word van wat elektrokonvulsiewe behandeling is. Aandag word kortliks gegee aan hormoonterapie wat vir depressie gebruik kan word. Die maatskaplike werk intervensiestrategieë word bespreek aan die hand van individuele, groep en huwelikberaad. Spesifieke aandag word gegee aan die tipe hulp wat vir vaders beskikbaar is waarna die hoofstuk afgesluit word met alternatiewe intervensiestrategieë wat vir die behandeling van depressie kan help.

## **4.2 MEDIESE INTERVENSIE**

Tydens die behandeling van depressie is daar dikwels 'n vorm van mediese intervensie nodig. Dit kan daaruit bestaan dat die moeder gehospitaliseer moet word, medikasie moet gebruik, in uiterste gevalle selfs elektrokonvulsiewe behandeling sal benodig of hormoonterapie ontvang.

### **4.2.1 Hospitalisasie**

Hospitalisasie is die eerste soort mediese intervensiestrategie wat bespreek sal word. Hospitalisasie is gewoonlik, volgens Bishop (1999:42), aangewese vir die meer ernstige gevalle veral as die vrou moontlik psigoties is. Roan (1997:134) beklemtoon verder dat daar tye is wanneer hospitalisasie onafwendbaar is, soos in die geval waar die moeder selfmoordneigings het en nie net haar eie nie, maar ook haar baba se lewe in gevaar kan stel. Die moeder se disfunksionaliteit sal derhalwe bepaal of sy in die hospitaal opgeneem sal word al dan nie.

Moeder-en-baba-eenhede is baie skaars en kom soms voor in spesiale psigiatriese eenhede. Die rol van so 'n eenheid is om die moeder te help om met haar baba te bind en terselfdertyd ook behandeling vir haar siekte te ontvang. Tydens hospitalisasie kan individuele, groep en huweliksberaad aangebied word. Daar is ook genoegsame ondersteuning en hulp van professionele persone en ook van mede pasiënte. (Bishop 1999:42). Ten

spyte van al die voordele van hospitalisasie verduidelik Roan (1997:134) dat die vrou dikwels bang is vir hierdie stap, omdat dit hulle psigiatryse onstabieleit in die gemeenskap kan bekendmaak en almal bewus word van haar diagnose en opname. Dit is om hierdie rede dat Kennedy et al (2002:324) meen dat indien dit nie uiters noodsaaklik is om 'n vrou in die hospitaal op te neem vir PND nie, buitepasiënt-behandeling steeds die voorkeur behoort te geniet.

#### **4.2.2 Medikasie**

Die gebruik van medikasie is die tweede mediese intervensie. 'n Sleutelement vir die gebruik van medikasie is dat die vrou eers deur 'n dokter medies geëvalueer moet word vir moontlike tiroïeddisfunksie, anemie en diabetes, want hierdie siektes kan lyk soos depressiesimptome (Kennedy et al 2002:323). Wanneer vasgestel word dat daar geen ander valse oorsake van depressie of enige ander siekte teenwoordig is nie, kan die pasiënt antidepressante gebruik soos wat dit deur 'n mediese dokter voorgeskryf word (Roan 1997:131).

Kleiman ( 2000: 113) beklemtoon dat medikasie aangewese is wanneer die vrou se daaglikse roetine beïnvloed word deur die depressie, en haar algehele funksionering afneem. Verder moet die siekte haar fisiologies affekteer in die sin dat sy probleme ondervind met gemoedswisseling dat sy sukkel om te konsentreer, dat haar slaap- en eetpatroon verander, en dat sy emosioneel prikkelbaar voel en moontlik selfmoordgedagtes begin kry. As die pasiënt 'n vorige geskiedenis van depressie het en sy op 'n spesifieke anti-depressant gereageer het, is die kans volgens Roan (1997:138), goed dat sy weer by dieselfde medikasie baat sal vind.

Gewoonlik is die vrou se eerste reaksie wanneer sy gekonfronteer word met die besluit dat sy medikasie moet neem een van verrassing en ontsteltenis. 'n Wanpersepsie bestaan dat wanneer die dokter medikasie voorskryf dit 'n aanduiding is van die graad van die siekte. Dokters en professionele persone

soek egter vir 'n sekere patroon van simptome wat die gebruik van medikasie sal aandui (Kleiman & Raskin 1994:99).

As medikasie vir die vrou voorgestel word, stel Kennedy et al (2002:324) voor, dat dit 'n weldeurdagte en gesamentlike besluit moet wees tussen die pasiënt en haar dokter. Haar lewensmaat moet ook insette lewer en die baba se ouderdom, met die moeder se behoefte om te borsvoed moet in aggeneem word. Tog noem Kleiman (2000:112) dat hierdie besluit gekompliseerd kan wees. Die man is soms onwillig dat sy vrou op medikasie gaan, omdat hy bang is dat dit haar persoonlikheid sal verander en haar in 'n illusie van beterskap plaas. Medikasie behandel egter 'n werklike siekte en laat haar juis helder dink en fokus.

Kleiman en Raskin (1994:103) verduidelik dat medikasie voorgeskryf word om die chemiese stowwe in die brein wat die mens se gemoed, gedagtes en gedrag verander, reg te stel. Die mees algemene medikasie wat gebruik word, is antidepressante en benzodiazepines. Volgens Bishop (1999:44) is daar meer as 'n dosyn verskillende antidepressante beskikbaar en word nuwe soorte gereeld ontwikkel. Baie van die nuwe middels het minder newe-effekte en is meer effektief in hulle uitwerking op die brein. Ongelukkig werk alle antidepressante nie vir alle persone nie. Dit hang af watter van die drie chemiese stowwe in die brein geaffekteer is, naamlik, serotien, norepinefrien of dopamien.

Roan (1997:136) beklemtoon ook die feit dat antidepressante nie afhanklikheidsvormend is nie. Dit werk met die deel van die brein wat die boodskappe tussen die senuwees beheer. Ongelukkig neem die middels volgens Kleiman (2000:114) tussen een tot agt weke om optimaal in te werk op die brein. Vir almal wat by die pasiënt betrokke is, kan dit moeilik wees om so lank te wag. Bishop (1999:44) noem dat die meeste vroue beweer dat die voordele van medikasie die lang periode wat hulle moet wag by verre oortref en dat dit steeds beter is om medikasie te gebruik as om daarsonder te bly.

Anti-depressante val in drie kategorieë, naamlik, trisikliese, atipiese antidepressante (selektiewe serotinen re-opnemende inhibitors) en monoamien oksidasie-inhibitors. Die gewildste medikasie op die huidige oomblik is in die atipiese antidepressantegroep waar die middel Prozac redelik bekend is aan die meeste mense. Dokters skryf gewoonlik die meeste medikasie voor uit die trisikliese en atipiese lys, aangesien sekere voedsel uitgesluit moet word uit die persoon se dieet as monoamien oksidasie-inhibitors voorgeskryf word. As nie streng gehou word by die voorskrifte nie, kan dit lewensgevaarlik wees (Kleiman & Raskin 1994:105).

Roan (1997:136 -137) verklaar dat al die kategorieë van middels ewe effektief is vir die behandeling van PND, behalwe dat die atipiese anti-depressante (byvoorbeeld Prozac) minder newe-effekte toon. By Prozac kan naarheid, slaaploosheid, senuagtigheid en afname in libido voorkom. 'n Positiewe effek van Prozac is dat dit gewigsverlies veroorsaak in plaas van die prominente gewigstoename wat ander anti-depressante tot gevolg het. Baie vroue is bang om Prozac te gebruik weens die kontroversie wat dit veroorsaak het in die media, waar beweer is dat dit neigings tot selfmoord kan veroorsaak. 'n Amerikaanse studie wat die staat self onderneem het, kon egter nie hierdie bewerings bevestig nie. Dit is tog gebruikelik dat enige pasiënt wat op medikasie is, gereeld deur haar dokter gemonitor moet word om enige newe-effekte of nuwe simptome te identifiseer en te behandel.

In teenstelling met atipiese anti-depressante wat vinnig werk, verduidelik Kennedy et al (2002:324) dat die ouer trisikliese middels eers effektief is wanneer die optimale dosis gebruik word. Dit is dan ook die rede waarom baie pasiënte nie op medikasie reageer nie, omdat hulle nog nie die korrekte dosis ingeneem het nie. Newe-effekte wat hierdie middels veroorsaak, sluit in 'n droë mond, urineweg-probleme, hardlywigheid, diarree, hoë bloeddruk, senuagtigheid, belemmerde visie en die afname in libido. Ten spyte van al die newe effekte skat Roan (1997:136) dat in die algemeen tussen 60% en 65% van vroue wat anti-depressante neem 'n definitiewe verbetering toon van hulle depressie.

Soos reeds gemeld reageer PND ook dikwels op monoamien oksidasie-inhibitors. Hierdie medikasie word soms voorgeskryf wanneer die trisikliese groep oneffektief is. Dit is blykbaar ook meer effektief wanneer die pasiënt angs en paniek beleef. Wanneer hierdie medikasie gebruik word, moet die pasiënt sekere kossoorte vermy soos kaas, wyn en enige produk met gis in (Roan 1997:136). Die verskil tussen die werking van die trisikliese en die monoamien oksidasie-inhibitors word deur Harvey (1999:50) soos volg verduidelik: eersgenoemde voorkom dat serotinen in die liggaam herabsorbeer word, terwyl laasgenoemde die ensieme stop wat die serotinen en die noradrenalin in die liggaam afbreek. Roan (1997:136) beskryf die nuwe-effekte as duiseligheid, blaasprobleme, verandering in seksuele funksie, dubbelvisie, droë mond, hardlywigheid en moegheid.

Die dosis van enige medikasie sal van individu tot individu verskil, omdat medikasies uit verskillende elemente bestaan wat nie dieselfde uitwerking op mense het nie. Dikwels is medikasie aan die begin 'n probeer-en-tref poging totdat die regte een vir die individu gevind word. Dit is altyd belangrik om in gedagte te hou dat medikasie alleen nie genoeg is vir herstel nie, maar dat die moeder ook ondersteuning, begrip en berading nodig het om ten volle te herstel (Bishop 1999:45).





'n Lys van die drie kategorieë anti-depressante en die bekendste middels daaronder word in figuur 4.1. aangebied.

<b><i>Klassifikasie van anti-depressante</i></b>			
<b><i>Trisikliese antidepressante</i></b>			
Anafranil	(clomipramin)	Asendin	(amoxapine)
Elavil	(amitriptylin)	Ludiomil	(maprotilin)
Norpramin	(desipramin)	Pamelor	(nortriptilin, Aventyl)
Sinequan	(doxepin, Adapin)	Surmontil	(trimipramin)
Tofranil	(imipramin)	Vivatil	(protriptyline)
<b><i>Atipiese antidepressante</i></b>			
<i>( selektiewe serotonien re – opnemende inhibitors)</i>			
Desyrel	(trazodone)	Effexor	(venlafaxine)
Paxil	(paroxetine)	Prozac	(fluoxetine)
Serzone	(nefazodone)	Wellbutrin	(bupropion)
Zoloft	(sertraline)		
<b><i>Monoamien Oksidasie-Inhibitors</i></b>			
Marplan	(isocarboxazid)	Nardil	(phenelzine)
Parnate	(tranylcypromine)		

Figuur 4.1 Klassifikasie van anti-depressante

Die handelsname van die verskillende anti-depressante is in hoofletters en die generiese name in hakies geplaas. Die tabel dien slegs as 'n riglyn van die verskillende soorte anti-depressante, sodat die hulpverlenende persoon kennis kan dra van die medikasie waarop die pasiënt geplaas is (Kleiman & Raskin 1994:106).

Dikwels beleef die vrou ook angs waarvoor sy dan 'n teenmiddel sal ontvang soos Valium, Librium, Ativan en Klonopien. Voorbeelde van die mees algemene teenangs medikasie word in figuur 4.2 aangebied.

<b>Voorbeelde van teenangs medikasie</b>			
<b><i>Benzodiazepines</i></b>			
Ativan	(lorazepam)	Centrax	(prazepam)
Klonopin	(clonazepam)	Librium	(chlordiazepoxide)
Serax	(oxazepam)	Tranxene	(clorazepate)
Valuim	(diazepam)	Xanax	(alprozolam)
<b><i>Atipiese Angsmiddel</i></b>			
Buspar (buspirone)			

Figuur 4.2 Teenangs medikasie

Al die teenangs medikasie in die bogenoemde tabel, werk vinnig en gee aan die pasiënt verligting van simptome sodat sy meer positief raak oor die behandeling. Die groot nadeel van hierdie medikasie is dat dit oor die lang termyn afhanklikheidsvormend is en nie aanhoudend gebruik kan word nie (Sebastian 1998:89; Kennedy et al 2002:324).

Vir die pasiënt met psigose en manie sal sterker antipsigotiese middels soos litium wat meer effektief is, voorgeskryf word. Gewoonlik is vroue wat psigoties is redelik sensitief vir medikasie en reageer hulle vinnig daarop en raak vinniger beter. Die rede vir hierdie sensitiwiteit is onbekend. Na twee of drie maande kan antipsigotiese middels stadig verminder word en uiteindelik na vyf of ses maande deur 'n dokter gestaak word (Roan 1997:138).

Die vraag wat ontstaan wanneer die moeder op antidepressante is, is of sy steeds haar baba sal kan borsvoed. Daar is baie verskillende opinies oor die

veiligheid van borsvoeding terwyl die moeder anti-depressante drink, omdat die newe-effekte van die medikasie 'n negatiewe uitwerking op die baba kan hê. Kennedy et al (2002:323) is van mening dat die medikasie wel in die borsmelk opgeneem word en dat babas se neurologiese sisteem en hulle liggaamsvet bevorderlik is om juis die middels in te neem. Vroue moet derhalwe die risiko en voordele van borsmelk teen mekaar opweeg. Party kenners is van mening dat borsvoeding wel kan geskied as die moeder op 'n lae anti-depressant is. Sommige moeders gebruik die anti-depressant na die laaste voeding van die dag, en pomp die volgende paar voedings vir die nag uit, om dit met 'n bottel aan die baba te gee. Sodoende kan die moeder voorkom dat die anti-depressant deur die moedersmelk geabsorbeer word en die baba dit kan inneem (Roan 1997:139). Volgens Kleiman (2000:116) moet die moeder versigtig wees om die baba se behoeftes bo haar eie te plaas, aangesien sy al sieker sal word en nie na die baba of die res van haar gesin sal kan omsien nie.

Kleiman (2000:121) beklemtoon dat medikasie altyd volgens 'n voorskrif gebruik moet word. Geen pasiënt moet self besluit om die dosis te verander of om die medikasie te staak sonder om haar dokter te konsulteer nie. Wanneer die vrou beter voel, beteken dit nie dat sy die medikasie kan staak nie. Dit kan juis as gevolg van die medikasie wees dat sy beter voel. Wanneer sy verder ook 'n geskiedenis het van depressie en voorheen op medikasie was, kan dit beteken dat die dokter haar vir 'n langer termyn op medikasie hou totdat hy/sy tevrede is met haar vordering. Daar word in elk geval voorgestel dat vroue vir ses tot nege maande op medikasie moet bly nadat hulle reeds beter begin voel het, om sodoende terugvalle te voorkom.

#### **4.2.3 Elektrokonvulsiewe behandeling**

Elektrokonvulsiewe behandeling is die derde mediese intervensie wat bespreek word. Hierdie tipe behandeling word nie in die algemeen vir PND gebruik nie, daarom is daar baie min bronne wat hiervan melding maak. Roan (1997:141) meen dat die behandeling meer in Europa as in Amerika gebruik

word. Dit gebeur egter by uitsondering dat party vroue nie op antidepressante reageer nie en elektrokonvulsiewe behandeling word dan, selfs in Suid-Afrika, aanbeveel. Elektrokonvulsiewe behandelings word reeds sedert 1940 gebruik, maar kontroversie het ontstaan toe die behandeling nie reg toegedien is nie. 'n Stigma oor hierdie behandeling het ongelukkig ontstaan, as gevolg van die negatiewe publisiteit in die media. Ten spyte hiervan kan 'n pasiënt elektrokonvulsiewe behandeling as 'n effektiewe behandelingsmetode beskou. Sy moet, wanneer dit as behandeling voorgeskryf word, 'n oop gemoed daaroor hê en verdere mediese opinies inwin indien sy enige onsekerhede ervaar (Sebastian 1998:94).

Vandag word elektrokonvulsiewe behandeling voorgestel wanneer die pasiënt psigoties is, selfmoordpogings aangewend het en wanneer geen ander medikasie die depressie wil genees nie (Sebastian 1998:94; Bishop 1999:48-49). Hierdie tipe behandeling kan met die konsultasie van 'n dokter baie effektief wees en is 'n veilige behandelingsmetode. Gewoonlik ontvang die persoon drie keer per week behandeling en daar is in totaal tussen sewe en twaalf behandelings nodig om die depressie effektief te behandel.

Roan (1997:141) verduidelik dat die pasiënt met narkose aan die slaap gemaak word wanneer die elektrokonvulsiewe behandeling toegedien word. Die persoon ontvang ook 'n spierverslapper ten einde die spiere te laat ontspan om weerstand te verminder. Elektrodes word op beide of slegs een kant van die skedel geplaas, waarna 'n lae vlak van elektriese strome toegedien word. Bishop (1999:49) beskryf elektrokonvulsiewe behandeling as 'n ligte elektriese stroom wat deur die brein gestuur word om aktiwiteite te stimuleer. Die hele proses duur slegs sekondes en die narkose slegs 'n paar minute.

Nuwe-effekte word deur Roan (1997:141) beskryf as 'n inkorting van die korttermyngeheue. Die persoon kan egter dikwels nog die verlede onthou maar moet nou nuwe informasie verwerk.

Omdat mense nog bang is vir die elektrokonvulsiewe behandeling voel hulle meer veilig met die gebruik van medikasie of selfs die toediening van hormone tydens hormoonterapie.

#### **4.2.4 Hormoonterapie**

Hormoonterapie is die vierde mediese intervensie wat gebruik kan word vir die behandeling van PND. Vroue met PND word met dieselfde medikasie behandel as persone met algemene depressie. Wat hierdie vroue egter anders maak, is dat hul hormone ook 'n rol kan speel in hulle siekte. Hormoonterapie, soos die toediening van estrogeen en progesteron, word soms ook gebruik in die behandeling van die persoon se depressiewe gemoed. Die studies oor die effektiwiteit van die behandeling is redelik onvolledig en kontroversieel en glad nog nie deur navorsing as effektief bewys nie (Bishop 1999:50). Dit is derhalwe volgens Sebastian (1998:94) 'n betreklike nuwe strategie van behandeling waarvoor voortdurend navorsing gedoen word. Dikwels dien hierdie behandeling as 'n voorkomingstrategie vir PND, maar dit is moeilik om vas te stel watter kombinasie van hormone vir 'n individu sal werk. Welford (1998:54) waarsku dat bloedklonte wat as gevolg van hormoontoediening gevorm kan word, 'n nuwe effek van hierdie behandeling is en dat dit ernstige gevolge vir die vrou kan inhou. In so 'n geval moet hormoontoediening dan eerder vermy word.

Baie vroue met PND borsvoed steeds en mag of wil nie medikasie, wat hulle babas kan affekteer gebruik nie. Daarom verkies hulle om eerder, sonder medikasie te bly en berading te ontvang, totdat hulle borsvoeding staak en medikasie dan begin gebruik.

### 4.3 MAATSKAPLIKE WERK INTERVENSIE

Maatskaplike werk intervensie kan bestaan uit berading wat gedoen word met die pasiënt en haar gesin. Bishop (1999:48-49) dui aan dat berading gewoonlik deur 'n opgeleide professionele berader of terapeut moet geskied. Die doel van die tipe behandeling is om in samewerking met die toediening van medikasie of daarsonder die persoon aan te moedig om aan sekere aspekte van haar lewe te werk, naamlik:

- om die verhouding tussen gevoelens en gedrag reg te kry en daaroor te praat,
- om haar denkwyses oor realiteit en verwagtings te bepaal sodat dit bymekaar kan aansluit,
- om hanteringsmeganismes vas te stel om die situasie te hanteer,
- om huidige en vorige kwelpunte in haar lewe te hanteer,
- om haar rol as moeder te bespreek en
- om nuwe maniere te vind om haar emosies op 'n meer aanvaarbare wyse tot uiting te laat kom.

Berading word deur Kleiman (2000:103) ook nie net alleen vir die pasiënt aanbeveel nie, maar ook vir haar lewensmaat. Wanneer die man betrokke by die vrou se behandeling is, dui dit op sy samewerking en belangstelling in haar herstelproses. Die man benodig ook hulp en ondersteuning en verskaf terselfdertyd ook aan die terapeut waardevolle inligting oor die vrou se toestand, verhoudings en relevante geskiedenis. Postnatale depressie is 'n gesinsgebeurtenis en behoort as sodanig gehanteer te word tydens berading. Berading duur tussen drie en vyf maande.

Vervolgens word aandag gegee aan individuele berading met die pasiënt, die bemagtiging van die vader, die beraad met albei lewensmaats ten einde hulle verhouding te verbeter, en groepwerk vir die moeder en vader.

### 4.3.1 Individuele beraad aan die moeder

Die eerste maatskaplike werk intervensie is om berading met die moeder te doen. Tydens individuele berading kan 'n maatskaplike werker die assessering doen om die moeder se fisieke welsyn te bepaal. Verder kan die moeder die geleentheid kry om emosioneel en intellektueel te ontwikkel en groei, sy leer om goeie verhoudings met haar medemens te bou en te handhaaf en om voorsiening te maak vir haar spirituele behoeftes waaraan sy aandag wil gee. Al hierdie aspekte word beïnvloed wanneer 'n persoon deur 'n lewensveranderende siklus gaan, soos die moeder wanneer sy by haar nuwe baba probeer aanpas (Johnson & Yanca 2004: 3-14).

Wanneer die maatskaplike werker tydens individuele berading met 'n pasiënt werk, moet elke persoon se uniekheid ten opsigte van geslag, ouderdom en algemene funksionering in die gemeenskap in ag geneem word. Dit is belangrik om die persoon wat berading ontvang altyd as deel van die groter sisteem te evalueer, byvoorbeeld binne haar gesin, die uitgebreide familie en die gemeenskap. Tydens berading moet die moeder se swakhede omskep word in sterkpunte om haar sodoende te bemagtig sodat sy haar gesondheid en haar omgewing kan hanteer (Johnson & Yanca 2004: 3-14).

Individuele beraad aan die vrou met PND help haar om met die gevolge van die siekte om te gaan. Kennedy et al (2002:325) beweer dat alhoewel PND 'n biologiese oorsaak het, dit vir die pasiënt nodig is om by berading betrek te word. Hierdie kenners is van mening dat die gevoel van mislukking en ontoereikendheid meer dominant voorkom en met tye meer berading vereis as wat die biologiese siekte nodig het.

Kleiman (2000:99) voel sterk dat nie die pasiënt of haar lewensmaat die depressie sal oorkom indien hulle nie albei by berading betrek word nie. Albei persone moet besef dat dit nie op 'n swakheid dui indien hulle professionele hulp benodig om die krisis in hulle lewe te oorkom nie. Die gevaar bestaan

ook volgens Kennedy et al (2002:325) dat indien hulle te lank wag om professionele hulp te kry, die herstelproses baie langer sal duur. Wanneer 'n vrou egter insig in die omvangrykheid van PND ontwikkel, verminder dit dikwels haar weerstand en voel sy nie meer verneder omdat sy aan die siekte ly nie. Sy verstaan haar situasie dan beter en dit help om die stigma af te breek. Sy begin verstaan dat sy nie verantwoordelik gehou kan word vir die siekte nie en leer om dit te hanteer en op haar innerlike krag staat te maak.

Die doel van berading soos Kennedy et al (2002:323-325) dit sien, is om eerstens die vrou geestesgesond te kry sodat sy vir haar baba kan sorg. Die eerste stappe van berading is dikwels eenvoudige en praktiese wenke, byvoorbeeld om die gesin te mobiliseer om die moeder te help. Die ander gesinslede kan voedsel vir die gesin voorberei, en sodoende die pasiënt help. Hulle kan haar aanmoedig om gesond te eet, te rus, geestelike hulp te kry, indien dit haar behoefte is, en fisies te oefen.

Die sleutel in die herstelproses van depressie is volgens Kennedy et al (2002:323-325) om alles wat depressie in die kiem kan smoor, te benut en die gesin te help. Gevolglik word die holistiese en familiegesentreerde benadering die effektiwste gebruik vir hierdie tipe intervensie. Dit sluit die voorsiening van basiese behoeftes in saam met die verandering van gedagteprosesse en die behandeling van die fisiologiese siekte deur medikasie. Hoe die pasiënt hierdie siekte gaan oorkom, sal bepaal hoe sy in die toekoms al die aspekte van haar lewe gaan hanteer, insluitende haar selfbeeld, haar moederinstink, haar kinders se ontwikkeling, haar beroep en haar verhoudings met haar lewensmaat, ouers en familie.

Dit is belangrik dat die vrou reeds tydens die eerste assesseringsonderhoud voel dat daar na haar onmiddellike behoeftes omgesien word en dat die hulpverlenende professie werk na 'n omvattende assesseringsprogram (Roan 1997:131). Kennedy et al (2002:323-325) beklemtoon dat dit van die uiterste belang is dat elke vrou as 'n individu haar eie beradingsplan moet hê wat haar persoonlike behoeftes sal hanteer.



Intervensie aan die vrou behels ook volgens Roan (1997:146) 'n proses waar sy moet leer om stres te hanteer en haar tyd verantwoordelik te benut. Sy moet leer om enige onrealistiese gedagtes oor moederskap, haar negatiewe perfeksionisme en oorkontrolering te oorkom. Intervensie gee die pasiënt kans om haar emosies te identifiseer en te erken en op 'n aanvaarbare wyse uit te druk. Die professionele persoon kan haar help om negatiewe gevoelens te orden, veral om die skuldgevoelens en selfblaam uit die weg te ruim. Vorige verliese en rou word ook hanteer in die intervensieproses. Ander aspekte wat na Roan (1997:132) se mening ook hanteer moet word, indien dit van toepassing is, is die vrou se vroeë misbruik van middels, vorige probleme van geweld teen haar gerig en miskrame of aborsies wat sy gehad het.

Berading help die vrou om haarself te ontleed en die oorsake en gevolge van depressie beter te verstaan. Dit breek die stigma van die siekte af en help haar om vinniger te herstel, aangesien sy daadwerklike aanpassings moet maak om haar lewenstyl te verbeter.

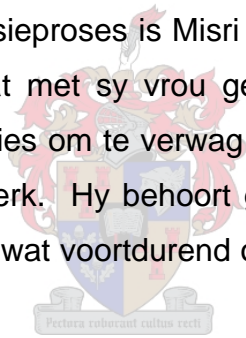
#### **4.3.2 Bemagtiging van die vader**

Die tweede maatskaplike werk intervensie bestaan daaruit dat die vader bemagtig moet word om sy situasie beter te hanteer. Depressie affekteer ook ander mense rondom die vrou, en Kleiman (2000:126) is oortuig dat die lewensmaat die een is wat deur die vrou se siekte beïnvloed word. Hy is dikwels die een wat die vrou ondersteun en help wanneer sy siek is, en dit laat hom op die ou end met min reserwes. Kennedy et al (2002:325) beskryf hoe die lewensmaats se wêreld inmekaar tuimel en hulle drome verydel word wanneer hulle vrouens siek raak. Vaders ervaar derhalwe ook verliese, en voel alleen en sonder ondersteuning. Dit is daarom, volgens Logan (1988:34), vir die man 'n spesiale uitdaging om die vrou konstruktief met haar probleme te help, veral omdat die siekte haar dikwels negatief, geïrriteerd en hulpeloos laat voel. Wat moeilik vir die man is, is om te aanvaar dat sodra sy vrou se diagnose gemaak is, haar behandeling in die professionele persone se hande is en hy nie die probleem namens haar kan oplos nie, maar net 'n

ondersteuningsrol kan vervul.

Dit is egter vir die man makliker om sy vrou te ondersteun indien hyself ondersteuning ontvang. Hy benodig dikwels meer ondersteuning as dié wat sy vrou hom kan bied, aangesien sy self siek is en hulp moet ontvang. Die beste en effektiwste ondersteuning wat hy kan kry, is van familie, vriende, professionele persone en ander mans in dieselfde posisie as hy (Hickman & Hickman 1999:2).

Die man se bydrae om sy vrou te help is volgens Logan (1988:41) om haar simptome te verlig en perspektief te behou veral wanneer sy vrou perspektief verloor. Roan (1997:134) meen dat dit soms gebeur dat die man ook perspektief verloor en valse verligting gaan soek in alkohol, sigarette, dwelmiddels en lang ure wat hy by die werk spandeer. Wanneer die man egter deel is van die intervensieproses is Misri (1996:220) van mening dat hy meer in beheer voel van wat met sy vrou gebeur en bied hy makliker sy samewerking. Dit is onrealisties om te verwag dat hy in een onderhoud alles gaan verstaan en gaan verwerk. Hy behoort gevolglik meermale by beraad betrek te word om al sy vrae wat voortdurend opduik te beantwoord te kry en te verwerk.



Die beste intervensietyd vir die vader begin, volgens Roan (1997:134), wanneer die vrou se krisistyd afgeweer is. Dan kan hy aan homself aandag gee en is sy vrou gereed om aan die ander familieledede rondom haar se behoeftes om te sien. Aspekte wat in die intervensiesessies met die man aandag moet kry, is hoe hy die toekoms van die gesin sien, en hoe hy sy werksituasie moet aanpas om saam met sy werk ook sy kinders te versorg. Hickman en Hickman (1999:2) lê klem daarop dat die man aangemoedig moet word om ook na homself om te sien en bereid moet wees om ander se hulp te aanvaar.

Terwyl groepwerk vir die vroue waardevol is, beskryf Hamilton en Harberger (1992:307) dat dit ook vir die mans kan help om in 'n groep te gesels met

ander wat deur dieselfde prosesse gaan as hy. Die mans se groep kan redelik verskil van dié wat deur die vroue bywoon word. Waar vroue meer gereeld groepe moet bywoon, kan mans as gevolg van beperkte tyd een keer per maand 'n groep bywoon. In hierdie groep kan mans meer te wete kom oor die biologiese eienskappe van die siekte en die fisiese impak wat dit op die vrou se liggaam het. Hulle wil veral hoor dat die vroue 'n goeie prognose het. Vir die mans om in die groep die vroue se gedrag en persoonlikheidsveranderinge te bespreek, hulle ondervindings te deel en raad aan mekaar te gee is, volgens Hickman en Hickman (1999:4), baie waardevol.

Die groep kan vir die man ook as 'n model dien om nuwe vaardighede aan te leer ten einde 'n situasie tuis beter te hanteer. Hy bevind hom ook in 'n posisie waar hy aan ander groepelede raad kan verskaf, wat hom minder geïsoleerd laat voel en tussen die mans kameradie bewerkstellig.

Dikwels dink 'n man dat sodra die vrou haar medikasie kan begin verminder sy beter is en daarom moedig hy dit soms vroegtydig aan, wat haar net weer sieker laat raak. Sy behoefte om hierdie siekte agter die rug te kry noop hom dikwels om die voorstel te maak. 'n Groep of individuele berader kan hierdie situasie hanteer en verduidelik met die nodige ondersteuning aan die man (Hamilton & Harberger 1992:308).

Kleiman en Raskin (1994:187) verduidelik dat die man moet weet dat hy nie die oorsaak van haar siekte is nie en dat hy nie die vrou kan genees nie. Hy moet bewus gemaak word van sy eie beperkinge en veral ook aandag aan sy eie behoeftes gee. Hy benodig ook genoeg slaap, moet gesond eet, oefen en tyd op sy eie deurbring. Kontak met sy vriende is ook belangrik sodat hy nie geïsoleerd raak nie, en soms moet hy indien moontlik saam met sy vrou uitgaan sonder die baba.

Mans het net soos die vrou met PND hulp en ondersteuning nodig, en groepe speel 'n belangrike rol. Hy wil net sy en sy gesin se lewens so spoedig

moontlik na normaal laat terugkeer. Hy kan die vrou help tot herstel, indien hy verstaan waaroor PND gaan en wat die proses na beterskap behels.

### **4.3.3 Beraad met albei lewensmaats**

Die derde maatskaplike werk intervensie sluit albei ouers in wanneer hulle saam berading ontvang sodat hulle verhouding herstel kan word. Wanneer 'n vrou PND het, het sy verskillende opsies van intervensiestrategieë wat sy kan oorweeg. Haar lewensmaat word egter nie altyd voor dieselfde keuse gestel nie, omdat hy nie as die siek persoon beskou word nie. Kleiman (2000:105) voel egter sterk dat depressie enige verhouding tussen lewensmaats skade kan berokken. Dikwels gebeur dit dat juis die sterk verhoudings en huwelike probleme ervaar wanneer die vrou aan PND ly, omdat die ouerpaar eers hulle behoeftes in hulle verhouding opsy skuif ter wille van die siekte en om die aanvanklike krisis te oorkom. Dit laat albei persone in die verhouding alleen, ongeliefd en verwyderd voel.

Dit is altyd raadsaam dat die man een van die sessies saam met sy maat by die professionele hulpverlener bywoon. Baie vroue verkies dat die man die eerste sessie saam met haar bywoon, terwyl ander eers self 'n verhouding met die professionele persoon wil opbou alvorens die man betrek word by berading. Die vrou bly egter die een wat moet besluit waarmee sy gemaklik sal wees (Kleiman 2000:103).

In 'n sessie waar die man en vrou albei teenwoordig is, behoort elkeen die geleentheid te kry om dinge wat die verhouding belemmer te kan bespreek Bishop (1999:50). Hierdie sessies help die paartjie om hulle kommunikasiestyl te verbeter, konflik op te los, aandag te gee aan seksuele probleme, dagtake te verdeel sodat een nie voel hy/sy doen meer as die ander nie en die aanpassing van die baba te hanteer.

'n Ander belangrike rede, volgens Kleiman (2000:103), waarom die man saam met die vrou die hulpverlener moet ontmoet, is om ondersteuning in haar herstelproses te wys. Die man leer dan ook die berader ken en dit sal enige moontlike bedreiging wat die man kon ervaar het, uit die weg ruim. Hy kry self ondersteuning, informasie en die geleentheid om al sy vrae te vra oor die siekte. Die berader daarenteen kan goeie agtergrondinligting bekom oor die pasiënt se werklike funksionering tuis, wat weer vordering in intervensie bespoedig. Dit is bekend dat vroue wie se lewensmaats betrokke is by hulle herstelproses, makliker en oor 'n korter tydperk herstel.

#### **4.3.4 Groepwerk**

Die vierde maatskaplike werk intervensie bestaan uit die groepwerkmetode. In maatskaplike werk word groepwerk gerugsteun deur 'n sisteem van persoonlike en professionele waardes. Hierdie waardes word bepaal deur die berader se intervensiestyl. Daar is vier hoof waardes wat in ag geneem moet word. Die eerste is respek teenoor die groeplede. Die tweede is die groep se gemeensaamheid en hulle vermoë om mekaar te help om te ontwikkel sodat hulle gesond kan word. Die derde waarde is wanneer die groep mekaar help om bemagtig te word. Hulle leer in die teenwoordigheid van mekaar om hulle eie vaardighede te benut sodat hulle hulle-self kan help. Die vierde waarde bestaan daaruit dat 'n mens in 'n diverse groep, bestaande met mense van verskillende agtergronde, kan leer om mekaar te respekteer en kameradie te bewerkstellig (Toseland & Rivas 2005:6-10).

Groepwerk is veral belangrik vir vroue met PND, omdat dit hulle die geleentheid gee om ander vroue te ontmoet met dieselfde simptome en vrese. Dit bring gerusstelling en bevorder normaliteit (Sebastian 1998:91). Hulle vorm vriendskappe en kry die geleentheid om hulle gevoelens te bespreek. Hamilton en Harberger (1992:305) noem dat hulle by mekaar leer om die situasie te hanteer en ook sien hoe ander vroue reeds besig is om gesond te word, wat op sigself hoop op herstel gee.

'n Ondersteuningsgroep word gewoonlik, volgens Bishop (1999:38), geleid deur 'n vroulike berader wat self van PND herstel het of 'n berader wat oor deeglike kennis van die onderwerp beskik. Vroue het 'n geneigdheid om in tye van stres hulself en hulle kinders te versorg deur bande met ander vroue te vorm. Van der Merwe (2004:37) noem dit die omgee-en-bevriend-reaksie. Vroue het 'n natuurlike diere instink om soos olifante bymekaar te bly en vir mekaar se kleintjies te sorg. Sedert prehistoriese tye weet vroue intuïtief dat netwerkgroepe die beste manier is van oorleef.

#### **4.4 ALTERNATIEWE INTERVENSIESTRATEGIEË**

Alternatiewe hulpverlenende intervensiestrategieë word onderskat wanneer die vrou met haar depressie gehelp moet word. Baie van die strategieë is nog nie met navorsing as effektiewe intervensiestrategieë bewys nie, maar heelwat vroue maak reeds gebruik daarvan. Dit is 'n individualistiese keuse wat vroue kan uitoefen en baie vind dit waardevol om in hulle persoonlike behoeftes te voorsien (Bennett & Indman 2004:95). Bishop (1999:51) beskryf hoe baie mense dikwels alternatiewe behandelingsmetodes soek, omdat hulle nie in die formele metodes van herstel glo nie of omdat hulle dit in samewerking daarmee wil gebruik om vinniger te herstel.

Die volgende alternatiewe behandelingstrategieë word deur Harvey (1999:53-57) uitgelig:

- Homopatie kan help met tipiese verligting van ligte depressiesimptome, soos huilerigheid, angs, woede en uitputting. Medikasie wat oor die toonbank by apteke en sekere supermarkte gekoop kan word, is "St John's Wort". Dit is die enigste kruie medikasie wat deur die Internasionale Kongres van Neurofarmakologie in Amerika in 1997 aanvaar is vir die behandeling van ligte depressie.

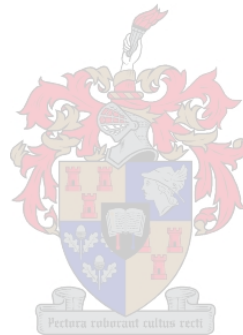
- Hipnoterapie gee vir die pasiënt die geleentheid om in 'n diep staat van ontspanning te verkeer en oor haar probleme te praat. Dit is nie hipnose nie, aangesien sy by haar volle bewussyn is en die gesprek te eniger tyd kan staak.
- Chinese medikasie is daarop gemik om die balans in die liggaam te herstel. Dit sluit die gebruik van kruie, akupunktuur, massering, dieet en ligte oefening in.
- Aromaterapie is wanneer essensiële olies wat die gemoed affekteer gebruik word om die liggaam te masseer.
- Yoga is 'n tipe oefening wat ontspanning bied deur middel van reëlmatige asemhalingsmetodes.
- Meditasie is 'n vorm van diep ontspanning wat deur 'n kenner aan die persoon geleer word.
- Dieetkunde kan die persoon help om nie kos as troos te gebruik nie. Dieetkundiges help om die tekorte in die liggaam aan te vul met die regte kosse en om die persoon se algemene immunitetsisteem op te bou.

Alternatiewe intervensiemetodes wat Logan (1988:39) veral vir slaaploosheid voorstel, is makliker en meer koste effektief. Hierdie metodes behels dat die vrou haar omgewing verander, 'n warm bad neem, oorpluisies insit as geraas haar pla, 'n warmwatersak in haar bed sit of 'n verversing nuttig wat slaap sal bevorder. Wanneer sy oor die algemeen gespanne, is kan sy 'n entjie gaan stap, in die son lê, swem, 'n borrelbad neem, 'n massering kry, trampolien spring en verskillende ontspanningstegnieke toepas. Sy kan ook haar aandag aflei deur 'n telefoongesprek met 'n vriendin en ander aktiwiteite wat sy kan doen soos televisie kyk of stap wanneer sy oorangstig voel.

Die hoofdoel van enige behandelingstrategie is om angs en spanning so gou as moontlik te verlig. Indien 'n vrou alternatiewe metodes kan vind wat hierdie angs kan verminder en haar vinniger op die pad van herstel plaas, is dit haar reg as 'n individu om hierdie keuse uit te oefen en dit toe te pas.

## 4.5 SAMEVATTING

Die mediese intervensiestrategieë wat vir PND benut word, is hospitalisasie, medikasie, elektrokonvulsiewe behandeling, hormoonterapie. Die maatskaplikewerk strategie is individuele of groepwerk berading aan die pasiënt en haar lewensmaat. In die moderne samelewing is daar ook al hoe meer alternatiewe benaderings wat 'n individu kan kies, naamlik homopatie, yoga en masserings. Wat egter belangrik is, is dat die pasiënt en haar lewensmaat 'n intervensiestrategie volg waarmee hulle hulle-self kan vereenselwig en waarmee hulle tuis voel. Die uiteindelijke doel van enige intervensie is dat die pasiënt moet herstel en dat haar en haar lewensmaat se lewens weer na normaal moet terugkeer. Dit wil ongelukkig voorkom asof die huidige intervensiestrategieë nie altyd voldoende benut en effektief toegepas word nie, wat veroorsaak dat vroue en hulle gesinne lank lank ly as gevolg van PND.





## HOOFSTUK 5

### DIE PERSEPSIE EN ERVARING VAN DIE LEWENSMAAT TEN OPSIGTE VAN POSTNATALE DEPRESSIE

#### 5.1 INLEIDING

In hierdie studie is volgens die literatuur reeds bepaal dat die geboorte van 'n baba steeds een van die mees ontwrigtende gebeurtenisse vir enige egpaar is en dikwels onder normale omstandighede stremming op die huwelik plaas (Roan 1997:173). Wanneer die moeder van die baba egter ook nog aan PND ly, maak Welford (1998:71) die afleiding dat die twee volwassenes in hierdie verhouding ook verder albei negatief daardeur beïnvloed kan word. Die kommer wat ontstaan, volgens Meighan et al (1999:202), is dat die onbekendheid van die siekte en 'n tekort aan navorsing op hierdie gebied professionele persone in die duister laat oor die effek wat PND op die pasiënt self het. Daar is nog minder bekend oor die invloed daarvan op die lewensmaat. Hierdie studie is geloods in die lig van bogenoemde inligting en teen die agtergrond van die persoonlike ondervinding van die navorser tydens berading aan pasiënte met PND en hulle lewensmaats.

Die navorsingsmetodologie wat tydens die studie benut is, word in hierdie hoofstuk verduidelik met inagneming van die etiese oorwegings wat daarmee gepaard gegaan het. Daarna volg die omskrywing van die studie, waar spesifiek verwys word na vier temas wat met die deelnemers gehanteer is, naamlik.

- die lewensmaat se persepsie van postnatale depressie as 'n siekte,
- die lewensmaat se ervaring ten opsigte van sy verhoudings gedurende sy vrou se postnatale depressie,
- die effek wat postnatale depressie op die lewensmaat as persoon self het en

- die ervaring en verwagtings wat die lewensmaat het ten opsigte van die behandeling van postnatale depressie.

Die resultate van hierdie verskeie temas sal bespreek word na aanleiding van die relevante literatuur wat hierdie bevindings ondersteun. Aanhalings uit die groepwerk en individuele onderhoude met die deelnemers wat in hierdie studie gebruik is, sal verbatim weergegee word.

## **5.2 DIE NAVORSINGSMETODOLOGIE**

Die doel van hierdie ondersoek is om die lewensmaat se persepsie en ervaring van PND te ondersoek en te verstaan ten einde dienslewering aan die gesin te verbeter. 'n Verkennende studie is gedoen om insig in die onderwerp te laat ontstaan, soos in Babbie (1998:91) beskryf word. Daar is gebruik gemaak van 'n nie-waarskynlikheidsseleksie vir die doel van 'n steekproefseleksie (Williams & Grinnell 1990:228).

Data is versamel deur van twee navorsingsmetodes, naamlik fokusgroepe en individuele onderhoude, gebruik te maak. Arkava en Lane (1990:16) beklemtoon dat groepsbesprekings die ideale geleentheid skep om data in te samel oor die ervarings, opinies, behoeftes en besorgdhede van die deelnemers. Om die maksimum persoonlike ervarings van die deelnemers te verkry moet die groepsamesprekings, volgens Williams en Grinnell (1990: 273-274), opgevolg word deur individuele onderhoude met elke respondent. 'n Onderhoudskedule, soos in bylae 2 uiteengesit word, is vir hierdie onderhoude gebruik. Tydens die toepassing van albei hierdie navorsingsmetodes is die groep- en individuele sessies op band opgeneem om datavaslegging te verseker.

Die vyf deelnemers is gekies, soos deur Williams en Grinnell (1990:149-169) voorgestel word, uit die navorser se bestaande ondersteuningsgroep vir mans wie se vroue aan PND ly. Die ondersoek is dus kwalitatief van aard,

aangesien die doelstellings van die navorsing bereik kan word deur die inligting wat die deelnemers bekend gemaak het.

Die beperkte getal deelnemers word daaraan toegeskryf dat die navorser tydens die tydperk van hierdie studie slegs vyf manlike groeplede in die ondersteuningsgroep gehad het. Dit was ook in daardie stadium die enigste soortgelyke groep in die provinsie Wes-Kaap, wat enige uitbreiding van die deelnemers bemoeilik het. 'n Profiel van die deelnemers wat in hierdie studie gebruik is, word in figuur 5.1 uiteengesit.

<b><i>Die profiel van die deelnemers in hierdie studie</i></b>	
<b><i>Kriteria tot deelname:</i></b>	Die deelnemers se vrouens ly almal aan PND
<b><i>Getal deelnemers:</i></b>	Vyf persone met diverse etnisiteit
<b><i>Geslag:</i></b>	Manlike persone
<b><i>Ouderdom:</i></b>	Tussen 30 en 40 jaar
<b><i>Beroep:</i></b>	2 Professionele Persone 2 Ambagsmanne 1 Besigheidsman
<b><i>Huwelikstatus:</i></b>	Almal tussen twee en vyf jaar getroud
<b><i>Aantal kinders:</i></b>	Almal eersteling
<b><i>Kinders se ouderdomme:</i></b>	Tussen vier en twaalf maande oud
<b><i>Taal:</i></b>	4 Afrikaans 1 Engels

**Figuur 5.1 Die profiel van die deelnemers in hierdie studie**

Al vyf die deelnemers in figuur 5.1 is met die moeders van hulle babas getroud. Almal se vrouens het tydens die geboorte van hulle eersteling

kinders PND gekry. Die moeders het almal betreklik lank na die geboorte van hulle babas gewag voor hulle hulp bekom het.

Die groep mans het tydens vier geleenthede bymekaargekom as 'n groep waartydens die data versamel is. Hamilton en Harberger (1992:307) beskryf hoe die mans se ondersteuningsgroep redelik kan verskil van dié wat deur die vroue bygewoon word. Waar vroue meer gereeld groepe moet bywoon, kan mans as gevolg van beperkte tyd een keer per maand 'n groep bywoon. Vir die doeleindes van hierdie navorsing het die deelnemers dit goed gedink om net elke kwartaal 'n byeenkoms te hou. Alhoewel die navorser se hoofdoel met die groepwerk daarop gemik was om inligting in te win, het die groepe ook gedien as 'n ondersteuningstelsel vir die deelnemers en moes na albei hierdie behoeftes in die sessies omgesien word.

Een van die beperkings om inligting in te samel was omdat die mans daarop aangedring het om die vroue ook in die groepsessies te hê. Hulle het aanvanklik gevoel hulle is vreemd vir mekaar en dat die vroue se teenwoordigheid die atmosfeer sou bevoordeel en die terapeutiese proses vir hulle makliker sal maak. In die tweede sessie het die mans egter tot die besef gekom dat dit hulle egter beperk en dat hulle nie openlik kan praat terwyl die vroue saam in die vertrek is nie. Met die derde en vierde sessie het die mans genoeg selfvertroue gehad om alleen die sessies by te woon.

Tydens die vier groepsessies het die navorser van hulpmiddels gebruik gemaak om die deelnemers te ondersteun en hulle te lei in die proses van data-insameling. In die eerste sessie is 'n fokuswoord op 'n blaaibord geskryf wat die deelnemers se gedagtes moes prikkel en gesprek bevorder. Die woord wat verskyn het, was; baba. Tydens die tweede sessie het die navorser die woorde en begrippe wat die deelnemers gekoppel het aan die eerste sessie se woord, naamlik baba, op die blaaibord geplaas, wat dan verder bespreek is. Woorde wat tydens hierdie sessie bespreek is, was verantwoordelikheid, sukkel, slaaploosheid, help, frustrasie, verlies van

identiteit, chaos, wonderwerk en liefde. Die derde sessie is begin met 'n videovertoning van **Heartache and hope: living through postpartum depression** (Parent Development Centre, 2000), wat die gesprek daarna aan die gang gesit het. 'n Oop bespreking is tydens die vierde sessie gehou waar die groeplede enige onderwerp wat verband hou met PND kon uitlig.

Die groepsessies sowel as al die individuele onderhoude is verbatim getranskribeer. Die navorser het die inligting verwerk en gekontroleer met reeds bestaande literatuur om die resultate van die ondersoek te toets.

### **5.3 ETIESE OORWEGINGS IN DIE STUDIE**

Williams, Tutty en Grinnell (1995:41) stel voor dat etiese riglyne in enige maatskaplikewerk-studie gevolg moet word. Die riglyne wat die navorser in oorweging geneem het, sluit die volgende aspekte in:

- **Die gevolge wat die studie op deelnemers kan inhou, moet oorweeg word.**

Met die aanvang van hierdie studie en die seleksie van die persone betrokke, is elke deelnemer deeglik voorberei ten opsigte van wat die doel van hierdie navorsing is. Dit is onder elke deelnemer se aandag gebring dat die groepe en die individuele onderhoude emosies kan ontlok wat vir die persoon moeilik kan wees om te verwerk en waarvoor hulle verdere berading aangebied is, indien hulle dit verlang. Die deelnemers is daarvan bewus gemaak dat hulle te eniger tyd van die navorsing daarop geregtig is om hulle te onttrek indien hulle sou wou.

- **Die toestemming van alle deelnemers.**

Die navorsing is so volledig as moontlik aan die deelnemers verduidelik en elkeen het sy mondelinge toestemming gegee ten einde die studie te doen. Aangesien die groep reeds bestaansreg gehad het voor die studie

begin is en die navorser die terapeutiese leiding, ondersteuning gebied het en vertrouensverhouding gebou het, het die deelnemers dit nie nodig geag om skriftelike toestemming te gee tot die navorsing nie.

- **Die beskerming van die deelnemers teen enige fisieke- en psigiese ongemak.**

Die navorser het deurentyd seker gemaak dat elke deelnemer nie enige fisieke of psigiese ongemak verduur nie. Dit was belangrik dat elke deelnemer gemaklik gevoel het tydens groepsessies en individuele onderhoude en dat hulle vrywillig aan die studie deelgeneem het. Hulle was ook daarvan bewus dat inligting wat bekom is uit die navorsing ander persone in dieselfde situasie as hulle van hulp kon wees in die toekoms.

- **Die professionele hantering van alle inligting.**

Geen inligting ten opsigte van die deelnemers is ten tye van hierdie studie aan enige ander persoon bekend gemaak nie. Die navorser het slegs van groeplede in haar maatskaplikewerk-praktyk gebruik gemaak en geen ander persoon was betrokke by die studie nie.

- **Die vertroulike hantering van inligting wat van deelnemers verkry is.**

Die navorser is 'n geregistreerde lid van die *South African Council for Social Services Professions (SACSSP)*, *South African Association of Social Workers in Private Practice (SAASWIPP)*, *Board of Healthcare Funders (BHF)* en 'n raadslid van *Post Natal Depression Support Association South Africa (PNDSA)*. Dit stel die navorser in staat om terapeutiese dienste te lewer aan pasiënte in privaatpraktyk. Die navorsing het te alle tye die etiese riglyne van al die verskillende professionele rade gevolg en sodoende die deelnemers se reg tot vertroulikheid behou.

- **Die gee van krediet aan ander professionele organisasies wat bygedra het tot hierdie studie.**

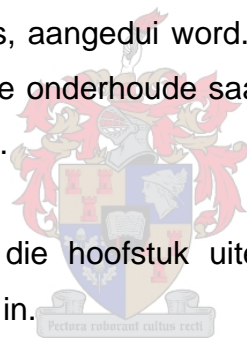
In hierdie studie is daar van geen ander professionele organisasies of persone gebruikgemaak nie en derhalwe hou dit ook geen etiese implikasies vir hierdie studie in nie.

Die navorser is van mening dat al die bogenoemde etiese riglyne gevolg en toegepas is in die verloop van hierdie navorsing.

#### **5.4 DIE RESULTATE VAN DIE STUDIE**

Die resultate van die studie sal bespreek word aan die hand van die skematiese uiteensetting in tabel een, waar die hoof- en subtemas wat in hierdie studie geïdentifiseer is, aangedui word. Verbatim-aanhalings van die fokusgroepe en die individuele onderhoude saam met die relevante literatuur sal die bevindings ondersteun.

Figuur 5.2. verduidelik hoe die hoofstuk uiteengesit word. Dit deel die hoofstuk in hoof en subtemas in.



**Skematiese uiteensetting van die hoof en subtemas in hierdie studie:**

<b>Hoof temas</b>	<b>Subtemas</b>
1. Postnatale depressie as 'n siekte	<ul style="list-style-type: none"><li>• Die bekendheid van die siekte by die lewensmaat</li><li>• Die risikofaktore wat volgens die lewensmaat PND veroorsaak het</li></ul>
2. Die effek van PND op verhoudings	<ul style="list-style-type: none"><li>• Die effek van PND op die verhouding tussen die lewensmaat en die vrou</li><li>• Die effek van PND op vaderskap</li><li>• Die aanpassings wat die lewensmaat moes maak ten einde verhoudings en sy huishouding te akkommodeer</li></ul>
3. Die effek van PND op die lewensmaat	<ul style="list-style-type: none"><li>• Die beheer en verlies van die lewensmaat se emosies</li><li>• Postnatale depressie by die lewensmaat self</li></ul>
4. Die intervensiestrategie om PND te oorkom	<ul style="list-style-type: none"><li>• Die lewensmaat se vermoë tot probleemoplossing</li><li>• Die deelnemers se mening oor die effektiwiteit van behandeling</li></ul>

**Figuur 5.2 'n Skematiese uiteensetting van die hoof en subtemas in hierdie studie**

Die hoof temas wat in figuur 5.2 geïdentifiseer is, is dat postnatale depressie 'n siekte is, dat die siekte die moeder se verhoudings met haar medemens en



haar lewensmaat beïnvloed en dat 'n intervensiestrategie nodig is om PND te oorkom.

#### **5.4.1 Postnatale depressie as 'n siekte**

Die geskiedenis van PND strek so ver terug as 2000 jaar gelede toe Hippokrates agtergekom het dat vroue aan 'n vorm van gemoedsteuring ly nadat hulle die lewe aan babas geskenk het (Bishop 1999:11). Daar is egter in hedendaagse tye steeds verskillende sienings oor die legitimiteit van hierdie siekte en Najman et al (1999:19) beklemtoon dat die **DIAGNOSTIC AND STATISTIC MANUAL OF MENTAL DISORDERS (DSM IV)**, wat een van die diagnostiese handleidings is vir psigiaters en sielkundiges, nie eens melding maak van PND nie. Tog beskryf Nicolson (1999:163) as een van die mees onlangse bronne PND as 'n identifiseerbare siekte, wat met aanhoudende bewusmaking in die gemeenskap moontlik in die toekoms erkenning sal kry. Hierdie studie het, ten spyte van die oorhoofse mening van sekere literatuur, die navorser egter oortuig dat PND werklik in die samelewing voorkom. Dit is bevestig deur opmerkings van die pasiënte en hulle lewensmaats oor identifisering van die siekte en die uiteindelijke herstel na behandeling. Soos een van die vroue, tydens die gesamentlike groepwerksessies met mans en vroue teenwoordig, tereg opgemerk het:

*...As jy nie weet wat jou makeer nie, die onsekerheid maak dit nog erger...sodra jy behandeling daarvoor kry, onmiddellik bring dit verligting...*

##### **5.4.1.1 Die bekendheid van die siekte by die lewensmaat**

Misri (1996: 210) verduidelik dat die lewensmaat die koms van 'n baba met net soveel kompleksiteit soos die vrou kan beleef, aangesien hy ook deur belangrike veranderinge in sy daaglikse roetine en nabye verhoudings gaan.

Met die byvoeging van 'n diagnose soos PND, verduidelik Meighan et al (1999:202) dat die intensiteit waarmee die egpaar die nuwe

lewensaanpassing moet aanpak, net vererger. Die deelnemers in hierdie studie bevestig dat die koms van 'n baba 'n paartjie se lewe normaalweg negatief kan beïnvloed, maar PND het dit moeilik gemaak om te onderskei tussen waar die verwagte aanpassings veronderstel was om te eindig en die siektetoestand begin.

*... Ek het eers 'n paar maande na die baba se geboorte besef dat daar fout is. Ek het gedink dinge is maar 'n bietjie deurmekaar, haar lewe is 'n bietjie omgekrap... So dit moet seker maar so wees...*

*...As sy nie depressie gehad het nie, was die "issues" ook daar, maar depressie vererger alles...*

Uit die navorsing het dit ook geblyk dat al die deelnemers onbewus was van die voorkoms van PND, totdat dit by hulle vrouens gediagnoseer is. Hulle het ten spyte van hulle nuut gevonde kennis oor PND steeds die neiging gehad om die siekte te ontken. Daarom ook 'n moontlike verklaring waarom al die deelnemers aan hierdie studie die eerste keer eers hulp gaan soek het vir hul probleem toe die babas reeds agt maande en ouer was.



*...Ek het nie PND geken nie, nie geweet so iets bestaan nie...*

*...Her family, my family and I thought well, it's just a kid and it is post having a kid. I don't know, I thought it was the way it should be...*

*...Dit gaan nie met ons gebeur nie. Jy kan jou skop omdat jy dit nie in jou huis erken het nie...*

*...Dit is nie 'n siekte soos kanker wat jy kan sien nie. Aan die begin dink jy, is dit regtig PND. Is sy nie net vol nonsens nie...*

Dit is dus duidelik uit die literatuur (Bishop 1999:7) en die bydraes van die deelnemers dat PND 'n siekte is waarvan min mense nog gehoor het. Die meeste mense kan nie die onderskeid tref tussen die normale aanpassingsfase en die oorgang na depressie na die geboorte van 'n baba nie. Gevolglik is die identifisering van die siekte moeilik, omdat vroue en ook hulle lewensmaats nie bewus is van simptome en risikofaktore, om die siekte betyds te identifiseer en te behandel of te voorkom nie.

#### **5.4.1.2 Die risikofaktore wat volgens die lewensmaat PND veroorsaak het**

Die geboorte van 'n baba is dikwels vir die vrou 'n lewensveranderende gebeurtenis wat daartoe lei dat sy 'n psigologiese, gedrags, sosiale, eksistensiële en biologiese verandering kan ondergaan (Roan 1997:26). Harvey (1999:10) verduidelik verder dat haar uniekheid en persoonlikheidstreke sal bepaal hoe sy die nuwe situasie gaan hanteer. Daar is vooraf waarskuwingstekens wat 'n moontlike aanduiding kan gee dat 'n vrou geneig daartoe kan wees om depressie te kry. Hierdie waarskuwingstekens word deur Brockington (1999:181) beskryf as risikofaktore met fisiese, emosionele en sosiale aspekte wat haar sodanig kan beïnvloed dat sy depressie daarvan kan kry.

Al drie die verskillende tipes risikofaktore waarvan in die literatuur (Bennett & Indman 2003:29-42) van melding gemaak is, is in hierdie navorsing ook deur die deelnemers uitgelig as veroorsakende faktore vir PND in hulle spesifieke situasies. Figuur 5.3 dui die risikofaktore aan soos deur die lewensmaats in hierdie navorsing geïdentifiseer is.

### ***Risikofaktore wat deur die lewensmaats geïdentifiseer is***

- |                         |  |
|-------------------------|--|
| 1. Fisiese oorsake      | <ul style="list-style-type: none"><li>• Die persoonlikheid van die vrou byvoorbeeld, perfeksionisme</li><li>• Die effek van hormone op die vrou</li><li>• Probleme rondom borsvoeding</li><li>• Die onvermoë om gewig te verloor</li></ul> |
| 2. Emosionele oorsake   | <ul style="list-style-type: none"><li>• Die dood van 'n geliefde</li></ul>   |
| 3. Maatskaplike oorsake | <ul style="list-style-type: none"><li>• Bedanking uit die arbeidsmark</li><li>• Die invloed van die uitgebreide familie</li><li>• Die sosiale isolasie as gevolg van PND</li></ul>   |

### **Figuur 5.3 Risikofaktore wat deur die lewensmaats geïdentifiseer is**

Die risikofaktore, volgens die lewensmaats, bestaan hoofsaaklik uit fisiese, emosionele en maatskaplike oorsake.

Ter verdere verduideliking van die sub temas in die tabel word die deelnemers se opinies en ervarings ten opsigte van risikofaktore weergegee. Een van die riskofaktore wat 'n vrou kan ervaar, is persoonlikheidstrekke van perfeksionisme wat volgens Roan (1997:100) beskryf word as dat sy rigied en minder aanpasbaar is en met die vrees lewe dat sy beheer sal verloor.

*...en dinge kan haar gou uitstres...kyk sy is 'n perfeksionis en dinge moet reg loop... Alles word haarfyn beplan...*

Welford (1998:33) is van mening dat daar nie konsensus in die literatuur is dat 'n hormoonwanbalans depressie tot gevolg kan hê nie. Tog word dit algemeen aanvaar dat hormone 'n vrou emosioneel kan beïnvloed, soos die volgende opmerking tereg bevestig.

*...Eers dink jy dit is maar normaal vir haar na geboorte dat 'n vrou so 'n bietjie mal raak. Jy weet die hormone raak mos deurmekaar...*

Een van die deelnemers het 'n ervaring beleef, waar sy vrou sodanige fisieke probleme met borsvoeding gehad het dat sy daarvoor gehospitaliseer moes word en later simptome van depressie ontwikkel het as gevolg daarvan. Hanna et al (1992:780) het reeds in 1992 gemeld dat borsvoeding 'n vrou se gemoedstoestand kan affekteer. 'n Ander deelnemer het daarvan melding gemaak dat sy vrou se gewigstoename een van die oorsake van depressie was, wat weer deur Dunnewold en Sanford (1994:98) gemeld is.

*...A problem besides the mental and emotional is that physically she feels overweight...*

Curham (2000:64) het ook soos een van die deelnemers melding gemaak dat die koms van 'n nuwe baba die vrou herinner aan haar moeder wat reeds jare gelede gesterf het. Hierdie ervaring sou sy graag met haar moeder wou deel. Dit is in die deelnemer se geval vererger, deurdat sy vrou tydens haar moeder se dood verhinder was om ten volle te rou. Drie van die lewensmaats het die vrou se isolasie van volwasse geselskap wat tot eensaamheid lei as 'n oorsaak van depressie aangetoon, wat spesifiek deur Curham (2000:67) beklemtoon word. 'n Ander deelnemer het, soos Roan (1997:30), ook daarvan melding gemaak dat hy sy vrou moes onderskraag terwyl die swak kommunikasiestyl, van die uitgebreide gesin, in werklikheid die oorsaak van sy vrou se depressie was.

Al die deelnemers het dus gevind dat hulle vrouens aan een of 'n verskeidenheid van die risikofaktore onderwerp was voordat PND by hulle gediagnoseer is.

## 5.4.2 Die effek van PND op verhoudings

Bishop (1999:74) verduidelik dat vroue buite hulle normale karakter begin optree wanneer hulle aan PND ly. Sonder twyfel het die deelnemers hierdie stelling bevestig.

*...Sy het 'n persoonlikheidsverandering ondergaan...*

Vroue wat depressief is, word deur Hamilton en Harberger (1992:310) beskryf as bakleierig en geïrriteerd. Dit is veral hierdie simptome wat daartoe bydra

dat die vrou se verhoudings met haar medemens negatief daardeur beïnvloed word (Roan 1997:181).

*... Depressie het definitief 'n groot rol te speel met ons verhouding wat verander het. Sy is baie lelik teenoor die uitkyk oor die lewe. Sy is baie emosioneel... Probleme lyk vir haar soveel groter as wat dit werklik is...*

*...a lot of these issues is just because she gets aggravated. When you get aggro you don't see things clearly...*

Die navorser het vir die doeleindes van hierdie studie klem gelê op die twee belangrikste verhoudings wat die lewensmaat in sy onmiddellike gesinsomgewing het, naamlik die huwelik en sy verhouding met die baba. Die deelnemers moes ook aandui watter aanpassings hulle moes maak om die vrou en baba te midde van die depressie te hanteer.

### 5.4.2.1 Die effek van PND op die verhouding tussen die lewensmaat en die vrou

Fadden et al (1987) het reeds in hulle studie bepaal dat twee derdes van die steekproef van mans wie se vroue aan PND ly, van mening was dat hulle

maats soos totale vreemdelinge begin optree het. Hierdie navorsing ondersteun steeds dieselfde mening as in 1987 dat vroue met PND buite hulle aard optree en hulle soos vreemdelinge kan voorkom teenoor hulle lewensmaats.

*...Selfs voor die baba het ek gedink jy is nie meer die vrou wie ek getrou het nie. Toe kom die baba en word dit net soveel meer beklemtoon...*

Die deelnemers was spesifiek ten opsigte van die veranderinge wat in hulle verhouding plaasgevind het toe depressie by die vrou ingetree het. Uit die gesprekke met die deelnemers is 'n paar hoofemas in hierdie afdeling geïdentifiseer, naamlik dat kommunikasie tussen die man en vrou versleg, die vrou ooremosioneel reageer, dat intimiteit afneem, die swak verhouding 'n effek het op die man as persoon, die inmenging deur die uitgebreide gesin alles bemoeilik en die isolasie van vriende die paartjie kan vereensaam.

#### **i) Kommunikasie wat versleg**

Die deelnemers beskryf hoe hulle baie meer argumente het met hulle vrouens na die geboorte van die baba as daarvoor, omdat die vrou meer geïrriteerd en vatbaar vir konflik is. Dit blyk dus dat die paartjie se kommunikasie verander na 'n onvolwasse styl, omdat die vrou se oordeelsvermoë aangetas is deur die depressie. Waar die meeste vroue vroeër hulle eie besluite kon neem, raak hulle dikwels besluiteloos en vererger hulle die situasie verder deur onvergenoegd voor te kom met ander persone wat dan namens hulle die keuses uitoefen.

*...Jy is nou baie ingehok. Dit is oorweldigend. Alles wat jy doen is verkeerd. Dis beslis nie lekker om te sien hoe jou huwelik agteruitgaan nie...*

Baie argumente kom voor tussen die paartjie:

*...Dit is weens die depressie en die andersheid dat dit...voorheen baie geneem het voor ons 'n argument begin het...Dit is deesdae die klein goedjies en dit is asof daardie grootmens – nie dat hulle kinders is nie - en jy op 'n kindervlak moet praat...*

*...Daar is 'n manier om uit te vind of dit PND is of sommer net 'n “bad mood”. Ek gaan gou deur my “mind” wat alles die afgelope paar ure gebeur het wat haar miskien kon ontstel...*

*...Enige iets om nie huis toe te gaan nie. Ons het baie woordewisselings gehad...*

*...Sy kon baie lekker skel oor alles. Nou hou ek maar my mond. Wees maar die nederige een. Laat sy maar skel...*

Die vrou toon hoë irritasievlakke:

*...Sy kan nie verdra as iets skeef loop nie. Dan kan sy dit nie verwerk nie, sy kan nie dan “cope” nie. Sy raak dan gou geïrriteerd...*



Besluiteloosheid en onvergenoegdheid kom by die vrou voor:

*...Toe was sy “plain” besluiteloos. Sy kan nie besluite neem oor enige iets nie en as ek dan die besluit neem is dit 50% van die tyd nie wat sy rêrig wou hê nie...*

Die man kry derhalwe swaar om by hierdie vreemde gedrag van sy vrou aan te pas en weet nie altyd hoe om die situasie te hanteer nie (Lovestone & Kumar 1993:214). Aangesien depressie die kommunikasie en oordeel van die vrou affekteer, noem Hamilton en Harberger (1992:311) dat dit vir die lewensmaat soms moeilik is om probleme met haar te bespreek en oplossings daarvoor te vind. Die deelnemers bevestig hierdie stryd en magtelose gevoel wat hulle ervaar ten einde met die vroue te kommunikeer en te onderhandel.



*...Dit is dat ons miskommunikeer...dit is 'n tasbare miskommunikasie en dit frustreer ons a twee, maar dit is net om daardie konneksie te vind...*

*...You know there is a joke between the difference of a woman with PND and a terrorist. You can negotiate with a terrorist. There are days you really cannot win...*

Die kommunikasie tussen die twee partye in die huwelik word dus deur PND beïnvloed. Die kommunikasiestyl is dikwels geneig om negatief te wees, omdat die vrou gedurig met die man baklei. Dit het tot gevolg dat die man deurentyd sy vrou se emosionele toestand moet evalueer voordat hy 'n saak met haar kan bespreek. Besluitneming raak dikwels die man se verantwoordelikheid, omdat die vrou onseker is oor haar eie vermoë om keuses uit te oefen. Hierdie verandering in die paartjie se kommunikasiestyl kan veroorsaak dat die huwelik daardeur benadeel word.

## **ii) Die ooremosionaliteit van die vrou**

Wat kommunikasie tussen die man en vrou verder vererger, volgens Dunnewold en Sanford (1994:158), is die vrou se ooremosionaliteit en dat die man teleurgesteld is dat daar nie emosionele stabiliteit na die geboorte van die baba kom soos hy verwag het nie. Postnatale depressie maak soms ook die vrou emosioneel en fisiek afhanklik van die lewensmaat, wat die druk al groter op die man plaas (Welford 1998:75).

Die vroue se emosionaliteit tydens depressie na die baba se geboorte is deur al die deelnemers ondersteun.

*...Toe baba gebore was, was sy anders, meer emosioneel. Vir my was dit asof sy oorreegeer, maar twee of drie maande voor die geboorte sou sy nie so opgetree het nie...*

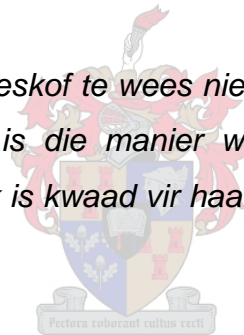
*...’n vrou sal in haar toestand emosioneel gevoelig wees vir enige tipe omstandighede wat vir haar verander...*

Hulle verduidelik ook hoe hulle pogings aangewend het om die situasie te verbeter en dit telkens nie deur die vrou waardeer word nie. Dit is ook duidelik dat die vrou se gedrag haar lewensmaat verwar, wat hom onseker laat oor sy eie optrede en wat van hom verwag word.

*...Sy is geweldig emosioneel. Dit is moeilik; as jy aandag wil gee, word dit nie altyd waardeer nie en jy word weggestoot en as jy dit ook nie gee nie, word dit teen jou gehou...*

*...Maak nie saak wat jy sê nie, dit eindig in ‘n tranedal, of wat jy sê, word totaal uit verband geruk...*

*...Ek het nie probeer om onbeskof te wees nie. As jy partykeer iets sê, praat ‘n mens soms hard en dit is die manier waarop jy dit stel. Nou is sy sensitief... vir alles dink sy ek is kwaad vir haar. Hoe moet ek probeer om reg te praat, of moet ek stilbly?...*



Uit die voorafgaande mededelings blyk dit dat die aanhoudende emosionele onstabieleit van die vrou veroorsaak dat die man dikwels ook emosionele uitputting kan ervaar en dat hy self onseker kan begin voel oor sy optrede teenoor sy vrou.

### **iii) Intimiteit wat afneem**

Wanneer die huweliksverhouding geaffekteer word, is dit onvermydelik dat die paartjie se seksualiteit geraak sal word, aangesien dit ‘n integrerende deel uitmaak van die verhouding tussen ‘n man en vrou. Die literatuur dui daarop dat ‘n man seks beskou as ‘n bevestiging dat hy die vrou lief het. Wanneer hy egter nie seks het nie, voel hy ontoereikend en selfs ongeliefd omdat hy nie uiting aan sy liefde vir die vrou kan gee nie (Rix 1995:154). Kleiman en

Raskin (1994:170) dui daarop dat baie vroue na die geboorte van 'n baba belangstelling in seks kan verloor en dat dit vererger wanneer sy aan PND ly. Die vrou het veel eerder 'n behoefte om liefde en affek te voel sonder dat dit noodwendig tot seks sal lei. Sy vra tyd en aandag, maar nie noodwendig seks nie.

Uit die aanhalings van die deelnemers is die mans se frustrasie ten opsigte van die tekort aan seks duidelik, wanneer hulle beleef dat normaliteit hulle bly ontwyk en dat die koms van die baba en die depressie die oorsaak daarvan is.

*...Voor die geboorte is daar niks. Na die geboorte is daar niks. Dan kom depressie. Niks keer na normaal terug nie...*

*...Die baba neem die "fun" en spontaniteit weg...*

*...Die plek waar jy is, is die plek van depressie en dit is nie altyd 'n lekker plek nie. Dit is glad nie goed vir seks nie...*

Die algemene atmosfeer wat by 'n paartjie voorkom wanneer die vrou aan PND ly, is dikwels negatief en gelaai met konflik en ontevredenheid. Dit is gevolglik moeilik vir die twee mense betrokke om die oorgang van 'n negatiewe kommunikasiestyl te verander na liefdevolle seksualiteit.

*...Hoe kan jy seks hê met jou" partner" as als wat jy heeldag gedoen het, skel gekry het van haar. Dit is nie net aan "switch" vir 'n vrou nie, maar dit is ook nie vir 'n man nie...*

Uit deelnemers se opmerkings kan afgelei word dat die man en vrou hulle seksualiteit verskillend beleef. Die mans is van mening dat hulle ook emosioneel voorbereid moet wees ten einde intiem met hulle vrouens te

verkeer. Wanneer die vrou derhalwe gedurig met die man baklei, kan dit hom daarvan weerhou om intiem met sy vrou te verkeer. Gevolglik kan die aggressiewe simptome wat PND by die vrou veroorsaak die man op 'n intieme vlak van sy vrou vervreem.

#### **iv) Die effek van die swak verhouding op die lewensmaat**

Die paartjie begin glo dat die res van hulle lewe op hierdie ongelukkige wyse gaan voortgaan (Roan 1997:174).

*...Vir ons mans gaan dit dat ons ons vrouens wil "please" op alle vlakke. Vir ons gaan dit daaroor. Ek is op my "happiest" as ek weet my vrou is "happy". So hierdie hele depressie-ding wat vir my as man die ergste is, is dat dit voel vir my my vrou is nie "happy" nie. So ek slaag nie in my rol nie...*

*...Ek was op. Ek het nie depressie in haar herken nie. Ek dag dis soos ons hele lewe gaan lyk, dan waai ek liewer. Ek het nie krag hiervoor nie...*

Op die vraag of die deelnemers ooit gedink het om hulle huwelik te beeindig, het hulle soos volg geantwoord:

Deelnemer 1: *...Ja, as dit nie vir die baba was nie, was ek "gone"...*

Deelnemer 2: *...Ja, I wanted to leave. I would have left my wife, but I would'nt have left my baby...*

Deelnemer 3: *...Ja, die gedagte het by my opgekom...*

Deelnemer 4: *...Ja, maar my kind het my gekeer...*

Deelnemer 5: *...Ja ek sou wou met tye, ek glo ongelukkig nie daaraan nie, toe druk ek maar deur...*

Dit is betekenisvol dat dit telkens die gedagte aan die baba was wat die deelnemers daarvan weerhou het om hulle gesinne te verlaat. Tog begin die lewensmaat homself ook in twyfel trek wanneer hy begin twyfel of hy in sy doel as man slaag indien hy sy vrou se geluk nie kan verseker nie.

## v) Inmenging deur die uitgebreide gesin

Wat die lewensmaat verder na 'n mislukking kan laat voel, is wanneer sy vrou volgens Martyn (2001:85) eerder hulp en ondersteuning van haar moeder as haar man versoek. Dit kan tot 'n driehoeksverhouding lei, waar drie volwassenes meeding om 'n baba. Die ongeluk is dat die ouers en eksterne familie nie altyd weet hoe om hulle afstand te behou nie en hulle dikwels die lewensmaat uitgesluit laat voel.

*...Nog iets wat ons pla. Eers was dit net jy en jou vrou. Nou begin jou skoonouers en familie meer deel raak oor die baba daar is. Jy kan jou malle verstand af probeer verduidelik, maar hulle kan nie, of wil nie verstaan nie...*

Met die geboorte van 'n baba beleef ouers dikwels dat die uitgebreide gesin begin inmeng met die wyse waarop hulle hulle kind grootmaak. Die uitgebreide gesin eien hulleself dus die reg toe om die ouers op allerlei wyse te kritiseer.



## vi) Die isolasie van vriende

Die depressie het ook 'n verdere kringreaksie na buite, wanneer vriendskappe wat die paartjie vroeër gehad het, verander en verdwyn. Hamilton en Harberger (1992:310) verduidelik dat PND 'n paartjie van sosialisering kan isoleer, omdat vriende negatief beïnvloed kan word deur die vrou se gedrag en haar houding en hulle weerhou om daar te wil gaan kuier.

*...Dit was vir my erg gewees, want sy kan nie na mense toe gaan nie. Jou vrou is nie lekker nie of sy is huilerig en nie lus dat mense oorkom na jou toe nie. Jou vriende is nie goed genoeg nie, want hulle is almal 'n klomp "wash-outs" en niemand kan met hulle praat nie...*

*...My vriendekring het kleiner geword, want hulle wil nie van ander mense se probleme hoor nie...*

*...Een van haar vriende het vir haar gesê sy kan nie “deal” met haar depressie nie...*

Sonder twyfel sluit die literatuur (Curham 2000:70) en die ervaring van die deelnemers bymekaar aan ten opsigte van die negatiewe en verwoestende effek wat PND op verhoudings tussen die man, die vrou en familie en vriende het. Die persone wat verder direk beïnvloed word deur die verhouding van die man en vrou, is die baba wat gebore is en ander kinders in die gesin.

#### **5.4.2.2 Die effek van PND op vaderskap**

Dit is reeds bekend dat daar min bronne beskikbaar is oor PND en gevolglik nog minder wat die effek van die siekte op die lewensmaat beskryf. Dit bemoedig die navorsing wanneer die interaksie tussen vaderskap en PND verduidelik moet word. Gevolglik het die navorser op die vaderskaprol in die algemeen gekonsentreer en dit met die hulp van die deelnemers probeer toepas op die invloed wat PND daarop het. Die hooftemas wat in hierdie gedeelte uitgelig is, is die rolmodel wat elke vader het ten einde self sy rol as vader te vertolk, die emosies wat betrokke is wanneer die man 'n vader word, die bindingsproses tussen die vader en die baba en die huishoudelike aanpassings wat die man moet maak na die geboorte van die baba en veral wanneer sy vrou PND het.

##### **i) Die lewensmaat se rolmodel**

Misri (1996:213) beklemtoon dat die mees tradisionele manier van leer oor ouerskap gewoonlik deur observasie van jou eie ouers is. Tog is dit nie noodwendig nodig dat moderne paartjies hulle kinders soos die voorgeslagte hoef groot te maak nie. Rolmodelle vorm wel 'n leerkurwe wat praktiese kennis verskaf en 'n voorstelling bied ten opsigte van gedrag. Dit is egter nie altyd die effektiwste metode van opvoeding nie. Die deelnemers in hierdie studie bevestig dit deurdat vier van die vyf persone juis die oneffektiewe tipe

rolmodelle wat Biddulph (1995:108) beskryf as vaders gehad het. Dit het derhalwe veroorsaak dat vier van die deelnemers self hulle rol as vader moes definieer.

Onbevredigende rolmodelle ten opsigte van vaderskap wat in hierdie studie voorgekom het:

- Vader is oorlede terwyl sy seun klein was – die afwesige vader
- Vader was nooit tevrede met sy seun as mens nie – die kritiese vader
- Vader was alkohol – en middelafhanklik, wat gepaardgegaan het met fisiese aanranding – die vader as koning
- Vader het hard gewerk, probleme opgelos, maar nooit gespeel nie – die afwesige vader

Die afleiding wat gemaak kan word, is dat dit reeds onder normale omstandighede moeilik is vir die lewensmaat om sy rol as vader te vestig. Die toevoeging van die vrou se PND maak die aanpassingsproses meer ingewikkeld.



## ii) Emosies betrokke ten opsigte van vaderskap

Daar word aanvaar dat mans, soos vroue, emosionele veranderinge ondergaan na die geboorte van 'n baba, maar min is egter bekend oor wat vaders werklik ervaar, omdat hulle nie maklik oor hulle emosies praat nie (Dunnewold & Sanford 1994:151). Roan (1997:182) verduidelik dat mans meestal geleer is om altyd sterk en in beheer van hulle emosies te wees. Een van die deelnemers in hierdie studie het dit soos volg verduidelik:

*...Baie van die vrouens wil hê ons moet dit hierso voel (wys na sy hart) maar ons is nie vrouens nie en ons voel dit hier (raak sy kop) en ons "figure" dit uit vir onself en dan kan ons redelik "cope"...*

Dunnewold en Sanford (1994:152) noem dat die man met sy baba se geboorte onder die oorweldigende besef kom van die totale afhanlikheid en verantwoordelikheid wat die nuweling meebring. Die volgende aanhalings bevestig hierdie siening:

*...Dit is 'n erge verantwoordelikheid...*  
*...Oor die kind het ek nogal "geworry"...*

Vier van die deelnemers het beklemtoon hoe die koms van die baba hulle goed laat voel het oor hulleself.

*...Dit bou my selfbeeld om 'n kind te hê...*  
*...Dit is iets van myself. 'n Voortsetting van wie ek is en iets waarop ek trots is...*

Wanneer die vrou aan PND ly, het dit 'n invloed op die man se emosies veral ook hoe hy teenoor sy baba optree. Hy moet die vrou se irritasie en woede hanteer en van die kind probeer afweer (Dunnewold & Sanford 1994:158).

*...Jy moet dubbel so lief wees vir daai kind, want ma word gou geïrriteerd en die kind dink ma is die heks..*

Dit blyk asof vaderskap normaalweg vir 'n man 'n positiewe ervaring is, wat selfs sy selfbeeld beïnvloed. Die ekstra verantwoordelikheid van 'n baba bring egter ook 'n mate van kommer mee veral wanneer sy vrou aan PND ly en sy nie volkome in die baba se behoeftes kan voorsien nie.

### **iii) Die bindingsproses tussen die vader en kind**

Wanneer 'n vrou na die geboorte van 'n baba aan PND ly, het dit nie net nagevolge op die huwelik nie, maar ook op die baba. Die man kan moontlik spyt voel oor die besluit om met 'n gesin te begin. Hy kan dalk voel dat hulle langer moes gewag het. Sommige mans kan selfs die baba blameer vir sy

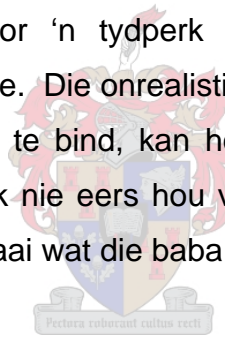


vrou se emosionele toestand. Alhoewel hy besef dat hy onrealisties is in sy optrede en denke, is dit moeilik vir enige mens wat in 'n krisis verkeer om helder en realistiese besluite te neem (Dunnewold & Sanford 1994:163).

Vier van die deelnemers het in hierdie studie aangedui dat hulle wel na die tyd daaraan gedink het dat dit miskien beter sou gewees het indien hulle langer gewag het. Twee deelnemers was in terugskouing oortuig daarvan dat hulle nooit kinders moes gehad het nie.

*...As ek toe geweet het wat ek nou weet, het ek dalk nooit kinders gehad nie. Verstaan my mooi, ek is lief vir die kind nou dat hy daar is, maar die stryd wat ons moes deurmaak. Ek weet nie...*

Welford (1998:75) noem dat die binding tussen 'n vader en die baba 'n dinamiese proses is wat oor 'n tydperk plaasvind en nie noodwendig onmiddellik na die geboorte nie. Die onrealistiese verwagtings van 'n man om aanvanklik goed met sy kind te bind, kan hom laat skuldig voel, omdat hy dikwels met die eerste kontak nie eers hou van die baba nie. Die baba lyk soms vir hom lelik en die lawaai wat die baba maak, is onaanvaarbaar.



*...Die baba het op 'n stadium "terrible" gelyk...*

Postnatale depressie kan tot gevolg hê dat die man op twee verkillende wyses reageer, naamlik; dat hy die baba verkwalik vir sy vrou se toestand of dat hy ekstra moeite moet doen om alles vir die baba te doen en vinniger met hom/haar moet bind, juis omdat sy vrou nie daartoe instaat is nie (Welford 1998:76).

#### **iv) Die aanpassings wat die lewensmaat moes maak ten einde verhoudings en sy huishouding te akkommodeer**

Die deelnemers se reaksie op die aanpassings wat 'n baba in 'n huishouding teweegbring is dat hulle nie besef het dat hulle lewens sodanig gaan verander

en dat hulle verantwoordelikhede soveel meer sal word nie.

*...Life changing thing...*

*...Die baba het ons lewe verander. Dit neem totaal oor of jy nou wil of nie. Jy is verantwoordelik...*

*...Ja, ek dink dit is 'n "reality check" om so te sê, van meer verantwoordelikheid as wat jy verwag het...*

- **Die vader en sy werksplek**

Alhoewel vaders probeer deel in die take rondom kindersorg, is die vader se werksplek minder bereid om hom te ondersteun wanneer hy gesinsprobleme het. Gevolglik kan vaders soms konflik beleef tussen hulle verantwoordelikheid ten opsigte van werk en huishoudelike pligte (Misri 1996:216). Die mededelings van die deelnemers bevestig die stelling wat die literatuur in dié verband maak.

*...Om te help met die baba was vir my nog nooit te veeleisend nie. Wat wel vir my 'n probleem was, is wanneer sy in die nag met hom besig is en sy my wakker maak. Sy werk nie die volgende dag nie. Ek kan nie heel nag wakker wees en dan môre verwag om op my werk te konsentreer nie...*

*...Ek moes aan my baas verduidelik dat ek nie naweke kan werk nie, want ek kan nie my vrou alleen los nie. Gelukkig het sy dit verstaan, want sy is ook 'n vrou...*

- **Verdere emosionele onstabieleit**

Dit is alombekend volgens Dunnewold en Sanford (1994:158) dat 'n vrou tydens die swangerskap soms geneig kan wees om emosioneel te word, wat daartoe kan lei dat haar verhoudingslewe negatief beïnvloed kan word. Wanneer die lewensmaat na die geboorte van die baba na emosionele

stabiliteit uitsien, is dit dikwels skokkend as hy ontdek dat die situasie net vererger het.

*...I would say there were certainly times when I said I can't handle this, anymore. I don't need this. I can't understand this. I can't live like this anymore...*

Dit is duidelik dat die man moedeloos is en nie langer die situasie kan hanteer nie.

- **Die herindeling van huishoudelike take**

Roan (1997:174) verduidelik dat 'n paartjie dikwels nalaat om hulle huishoudelike en ouerpligte te herorganiseer. Die ouers aanvaar elkeen weet wat van hom of haar verwag word en die probleme word nooit bespreek nie. Die dinamika van die gesin verander nog verder volgens Misri (1996:216) sodra die vrou ook nog aan PND begin ly. Die vader word genoodsaak om die disfunksionele maat se verantwoordelikhede ook oor te neem, wat die druk op hom al hoe meer vergroot. Die deelnemers in hierdie studie beskryf hoe die vroue nie die huishouding kon hanteer nie en hoe hulle moes intree en verantwoordelikhede oorneem. Van hulle was ook genoodsaak om hulle werksomstandighede aan te pas ten einde die vroue by te staan. Almal is dit eens dat dit nie vir hulle maklik was nie en dat die vroue se onvermoë om optimaal te funksioneer die mans se lewens verander het.

*...As long as the woman is fine, the household is fine. Otherwise everything falls apart...*

*...Aan die begin was dit gewees dat die vrou... Moet my nie alleen los met die kind nie. Dit was een groot "issue". Daar is vir ons minder ruimte en tyd vir onself as al die ander vrouens en ouens wat ook kinders het...*

*...I would try and help out a little bit more than normal...*

*...op 'n tyd het ek alles by die huis gedoen. Gekook, skoon gemaak, na baba gekyk, sodat sy kon rus. Dit is nie altyd die beste ding om te doen nie, want dan lyk dit of jy haar nie nodig het nie...*

*...As ek moes laat werk, het ek dit gedoen terwyl baba slaap. Ek het soveel moontlik vermy om saans te werk. Ek het liewer by die huis gewerk met my baas se toestemming. Ek moes net daar wees...*

*...Toe het dit selfs verander dat ek "lunchtimes" huis toe gaan, net daar inloer en as ek daar kom, is sy in trane...*

Die deelnemers in hierdie ondersoek het gevolglik soveel moontlike aanpassings gemaak as wat dit vir hulle prakties moontlik was om hulle siek vroue te akkomodeer.

- **Die onvergenoegdheid van die vrou**

Terwyl die man soveel moontlik probeer help en sy vrou bystaan, sukkel die vrou om die simptome van PND te hanteer. Sy is derhalwe meer geïrriteerd en onvergenoegd met alles, wat dit vir die lewensmaat moeilik maak om te help. Kleiman en Raskin (1994:177) beklemtoon hoe die vrou uit die aard van die siektetoestand baie krities ingestel is en derhalwe die man en sy gedrag ook in daardie lig evalueer. Die huis raak dus volgens Dunnewold en Sanford (1994:163) 'n oorlogsone waar die vrou vir die man na werk wag en met hom wil baklei.

*...You always hurt the person closest to you...*

*...Niks wat jy doen, is goed genoeg nie en al doen jy iets uit jou eie uit en sy vra jou nie daarvoor nie, is dit nie goed genoeg nie...of as jy nie gou genoeg by alles uitkom wat jy moet nie doen nie...*

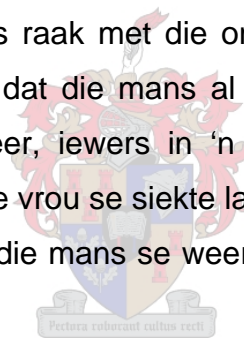
Meighan (1999:205) beskryf hoe die man hoë stresvlakke kan beleef, omdat hy fisiek uitgeput raak en die toenemende druk daartoe bydra. 'n Man het

normaalweg 'n natuurlike bereidwilligheid om sy gesin te lei tot herstel en hy sal aanpassings maak om die lewe tot normaal terug te kry, al beteken dit dat hy vereers nie aandag aan sy eie behoeftes kan gee nie. Die deelnemers dui 'n definitiewe konflik aan tussen werk, huis en persoonlike ontspanningsbehoefes.

*...Dit is ook jou eie tyd. Kyk, by jou werk is dit ook nie jou eie tyd nie. Dit maak nie saak nie, jy is nie by jou vrou nie. Jy het tyd nodig om 'n dop te gaan drink of om 'n flied te gaan kyk, as jy daarvan hou om sport te gaan doen of om na jou pêle te gaan...*

*...Ek was eintlik baie sportief gewees en baie betrokke by die kerk en nou doen ek absoluut niks. Alles is 'n "issue". Dis nou net werk toe en huis toe...*

Wanneer die man moedeloos raak met die omstandighede en hom onttrek, gebeur dit dat die vrou kla dat die mans al later by die werk bly of, soos Welford (1998:74) ook beweer, iewers in 'n kroeg gaan sit en drink, wat natuurlik daartoe bydra dat die vrou se siekte langer gaan neem om genees te raak. Hierdie studie het ook die mans se weerstand teen die omstandighede aangedui.



*...Ek moes definitief ontsnap. In die week was ek ten minste vier van die aande gedrink...*

*...I don't know why I bother to come home. I rather stay at the office...*

*...Dan kom jy by dié dat jy nie wil huis toe gaan nie, want dit is nie lekker nie...*

*...daar was tye wat ek nagskof gaan werk het om 'n bietjie uit die huis te kom...*

Die man maak aanpassings om sy vrou te ondersteun. Wat hy egter ondervind, is dat sy vrou nie tevrede is met sy pogings om haar te help nie. Haar kritiek veroorsaak dat hy met tye in sy eie vermoëns kan begin twyfel.

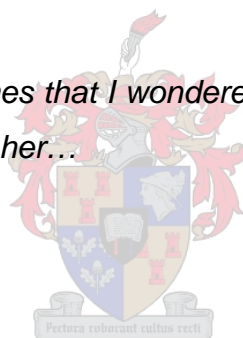
- **Selfmoordneigings by die vrou**

Terwyl die man na ontsnapping smag, kan hy ook konflik in homself beleef omdat sy vrou moontlike selfmoordneigings het en hy haar moet oppas. Meighan (1999:205) wys op die man se vrees, dat die vrou haarself of die baba skade kan aandoen. Hy moet haar dan oppas en dit laat hom nie toe om na sy eie behoeftes om te sien nie.

*...Ek het verkies om so gou as moontlik in die middag by die huis te kom, want met die familiegeskiedenis van selfmoord wou ek haar nie in daardie situasie laat beland nie...*

*...There were two or three times that I wondered about. If I could leave her to go to work. Then I would ask her...*

*...Jy vrees dit (selfmoord)...*



*...She picked the baby up and said bugger you...I can just kill us both. I said don't be ridiculous, forget it. I was cross at her...*

Selfmoordneiging by die vrou plaas 'n geweldige druk op die man, aangesien hy verantwoordelik voel vir sy siek vrou en 'n nuwe baba. Dit veroorsaak ook by die man emosies wat hy moet leer om te verwerk.

- **Die beeindiging van die huwelik**

Wat nooit uit die oog verloor moet word nie, is dat ten tye van die krisis die man steeds in 'n voltydse werk staan. Dit is nie altyd vir hom moontlik om alles te los en voltyds sy gesin te versorg nie. Zerkowicz en Milet (1997:433) lê juis klem daarop dat bykomende gesinstres saam met sy voldag werk die lewensmaat sodanig kan beïnvloed dat hy moontlik kan oorweeg om die

huwelik te beeindig en homself van alle verantwoordelikhede los te maak.

*...I am under a lot of pressure at work and you know it is a selfish attitude, but I said to her in my head get over it and deal with it...*

*...Ek het vir haar gesê vat jou goedjies. Ek het so min gevoel op daardie stadium. Ek was op, dan waai een van ons liewer. Ek het nie krag vir werk, huis, kind nie...*

Die ondersoek dui daarop dat die meeste mans bereid is om aanpassings te maak ter wille van die behoud van hulle gesinne. Dit is egter moeilik om dit te doen in omstandighede waar hulle emosioneel afgebreek word deur hulle maat en ander familieledede. Waar werksomstandighede vir die man 'n prioriteit is en hy optimaal moet funksioneer, gebeur dit dikwels dat sy huishoudelike omstandighede sy werk begin beïnvloed en die stres groter maak. Die afleiding kan dus gemaak word dat PND die man as persoon ook raak, aangesien hy sy lewe daarby moet aanpas.

#### **5.4.3 Die effek van PND op die lewensmaat as persoon**

Postnatale depressie raak vir die lewensmaat 'n mallemeule van emosies, waar hy frustrasie, hartseer, vernedering en woede moet verwerk. Die man is nie by magte om die probleem op te los nie en moet toesien hoe sy gesin se gesondheid en veiligheid deur die siekte benadeel word (Smith 1999:200). Die bevinding van die navorsing bevestig die literatuur wanneer spesifieke aandag gegee word aan die emosies wat die lewensmaat ervaar wanneer die vrou aan PND ly, en die moontlikheid ondersoek word of die man ook aan PND kan ly.

##### **5.4.3.1 Die beheer en die verlies van die lewensmaat se emosies**

Wanneer PND bygevoeg word tot die normale aanpassing van ouerskap, beklemtoon Roan (1997:177) dat die lewensmaat geskok en teleurgesteld kan

wees. Hy kan selfs rou oor die droom wat hy gehad het vir sy gesin en wat hy nie tans beleef nie. Met die verloop van hierdie studie, het die mans se onkenning en onsekerheid om oor hulle emosies te praat duidelik na vore gekom. Daar is nie veel respons gelever op die emosionele aspek van PND nie. Hulle het wel uitgelig dat PND by die vrou hulle dikwels minderwaardig en onseker gelaat het, sodat hulle by tye soos slagoffers van omstandighede gevoel het. Daar is ook melding gemaak van hartseer en vrees met betrekking tot die toekoms wat hulle met tye ervaar het.

*...Dit breek jou af, want jy sit aanmekaar in hierdie "depro" atmosfeer by die huis en in die begin was sy nogal erg gewees. Jy sit met die "depro" vrou en jy kan nie 'n grap maak nie, want sy aanvaar dit nie so nie. Sy sien glad nie die humor in nie, sy is eintlik die \*\*\*\* in as jy een probeer maak...*

*...Dit laat my voel asof ek as man nie my plig nakom nie. Dit breek my as man af. My manlikheid. Dit laat my minderwaardig...*

*...Jy is nou baie ingehok. Dit is oorweldigend. Alles wat jy doen is verkeerd. Dis beslis nie lekker om te sien hoe jou huwelik agteruit gaan nie...*



*...Sy vat aan jou siel, jy voel soos gemors...*

Die mans erken tog 'n mate van emosies wat by hulle ontstaan, maar gee nie noodwendig aandag daaraan om beter daarvoor te voel nie.

- **Om emosies te ignoreer**

Ten spyte daarvan dat die man se selfbeeld benadeel word deur sy vrou se siekte, probeer hy steeds om die mindere te wees en die spanning te verlig deur nie erkenning te gee aan sy eie emosionaliteit nie. Hy probeer eerder die stresvolle situasie ontloot. Dunnewold en Sanford (1994:159) verduidelik dat mans dikwels sal voorgee dat dinge wat die vrou noem hom nie raak nie, ten einde homself te beskerm teen te veel emosies wat sy vrou op hom laai.



*...Ek wil al voel ek moet die sterk een wees in die verhouding...*

*...Moenie kwaad raak nie. Moenie skel op hulle nie. Jy kry dit drie keer erger terug...*

*...As ek regtig vir haar moet sê hoe ek voel, was ons al lankal geskei. Dan gaan die bom bars...*

- **Magteloosheid**

Een van die deelnemers het bevestig wat Kleiman en Raskin (1994:188) beskou as die punt waar die lewensmaat homself as 'n slagoffer van die vrou se omstandighede begin sien. Sy onkunde om die situasie te hanteer, laat hom byna magteloos, waar hy uitgelewer is aan die vrou se emosionele mishandeling teenoor hom.

*...Ek dink waarin 'n man ook maklik kan verval, waar daar depressie is, is dat 'n mens kan haar "victim" raak en "mentally" swaarkry oor alles wat sy sê vir jou. Netnou begin ek dit glo...*

- **Pynlik en moeilik om te hanteer**

Die enigste manier waarop twee deelnemers hulle emosies kon beskryf, was dat dit pynlik en swaar was. Dit is duidelik moeilik vir sekere van die deelnemers om hulle emosies te identifiseer.

*...Dit maak seer natuurlik. Daar is goed wat 'n mens kan hanteer, maar die feit dat 'n mens nie op daardie stadium kan lekker kommunikeer nie maak dit moeilik...*

*...Jy hanteer wat jy kry, maar dat dit partykeer swaar gegaan het, dit is waar...*

- **Vlug van die situasie**

Roan (1997:175) verduidelik dat depressie ook die man se hele lewenstyl affekteer en die hoop op die toekoms vernietig. Dikwels is die enigste oplossing wat hy teen hierdie negatiwiteit in sy lewe het is om te skei van die vrou.

*...but I was scared to...*

*...Soms voel dit sy sal beter af wees sonder my. Ek wou al geloop het. Ek het so sleg gevoel oor dinge wat sy vir my sê en doen dat jy voel vir wegloop en los haar daar...*

- **Hartseer**

Een van die deelnemers het sy hartseer uitgespreek oor sy vrou se verlies aan vreugde tydens moederskap.

*...Dit is vir ons mans hartseer en ek gebruik nou die vroulike term – hartseer - om te sien dat ons vrouens nie altyd soos sommige vrouens, 'n groot persentasie van ma-wees geniet nie. Jy voel nie kwaad vir jou vrou nie, maar hartseer vir jou vrou dat sy nie dieselfde geluk heeltyd kan ervaar nie...*

Die man is tradisioneel dié persoon wat sterk en in beheer van sy emosies moet wees. Hy het gevolglik nie altyd geleer om ondersteunend op te tree nie, wat dit vir hom derhalwe moeilik maak om sy vrou in haar krisis by te staan. Hy is soveel te meer nie altyd in beheer van sy eie gevoelens ten opsigte van die situasie nie (Hickman & Hickman 1999:1). Hierdie studie toon egter aan dat mans wel bewus is van hulle emosionele tekortkominge en ten spyte daarvan probeer om hulle vrouens te ondersteun, maar steeds nie maklik daarvoor praat nie.

#### 5.4.3.2 Postnatale depressie by die lewensmaat

Daar word deur Cook (1995) bereken dat so veel as 10% van alle nuwe vaders, wie se vrouens reeds aan PND ly, ook simptome van die siekte kan openbaar. Du Plessis (2001:51) beweer dat die man dieselfde simptome toon as die vrou wanneer hy PND het. Die simptome wat egter prominent na vore kom, is sy geïrriteerdheid en gebrek aan enige vorm van plesier. Al die deelnemers in hierdie studie het erken dat hulle 'n mate van depressie ervaar het terwyl hulle vrouens siek was. Hulle het dit egter in daardie stadium nie as depressie geïdentifiseer nie.

*...I don't think the symptoms are the same. I'm more aggressive, more short tempered, more so than before. I don't know whether it is depression or perhaps work and home pressure. There are some times that I think life is tough sometimes, do I really need this...*

*Ek dink aanvanklik het ek dit nie gevoel nie, maar later begin jy voel dit rek so lank uit en dan begin jy fisies depressief voel...*

Al is die omvang van hierdie studie klein, is dit duidelik dat die vrou se depressie 'n definitiewe invloed op die lewensmaat uitoefen, aangesien al die mans ook simptome van depressie ervaar het. In die lig hiervan is dit kommerwekkend dat daar byna geen aandag aan die man gegee word tydens die behandelingsproses nie.

#### 5.4.4 Die intervensiestrategie om PND te oorkom

Voordat die deelnemers se opinie oor die behandelingsproses bespreek word, is dit belangrik om eers die man se vermoë om probleme op te los in ag te neem. Die metode wat 'n man volg om probleme onder normale omstandighede op te los, sal hy ook toepas ten opsigte van die hantering van PND. Hy beskou PND as 'n probleem wat sy gesin bedreig en wat opgelos

moet word. Bishop (1999:73) verklaar dat mans van kleins af geleer is om artikels wat breek, reg te maak. Wanneer sy vrou aan PND ly, wil hy egter dieselfde probleemoplossende vaardighede gebruik waaraan hy gewoon is, wat uit die aard van die saak nie in hierdie situasie effektief is nie.

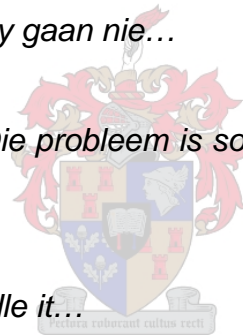
#### 5.4.4.1 Die lewensmaat se vermoë tot probleemoplossing

As gevolg van mans se trots, wil hulle nie altyd erken dat hulle hierdie nuutste probleem in hulle lewe nie kan hanteer nie (Hickman & Hickman 1999:2). Dit is in hierdie stadium dat Roan (1997:183) meen die man sy vrou se simptome begin ignoreer en die siekte wil ontken, omdat hy onkundig is oor hoe om die situasie te hanteer en hy nie oplossings kan vind nie. Die reaksie van die deelnemers op hierdie stelling bevestig die literatuur en was soos volg:

*...Ek verstaan nie waardeur sy gaan nie...*

*...Dit raak nie logieser nie. Die probleem is soos 'n molshoop, maar sy maak 'n berg daarvan...*

*...We don't know how to handle it...*



Die deelnemers was van mening dat die probleem nie so ernstig was nie en dat die vroue dit self moes uitsorteer. Smith (1999:200) verduidelik dat dit moeilik is om PND te verstaan, omdat die tekens van die siekte nie so maklik identifiseerbaar is nie. Gevolglik handhaaf sommige mans die siening dat vroue eenvoudig hulleself net moet regruk.

*...Why can't women just sort it out. I know it is not the right attitude...*

*...Dit klink nie vir my so erg nie. Dan dink ek ook sy kan dit darem seker uitsorteer...*

*...It's your problem. Sort it out. Right or wrongly, probably wrong...*

*...I haven't experienced it, I can't understand, to me it's simple. There is a problem. You sort it out, get over it and that's it. Yes, I don't have the sympathy I should have...*

Wanneer die vroue volgens die man nie oor die vermoë beskik om hulle probleme op te los nie en die mans dit ook nie kan doen nie, veroorsaak dit 'n hulpeloosheid by die mans om die situasie te verbeter. Lovestone en Kumar (1993:214) noem juis hoe mans gefrustreerd raak wanneer hulle nie die oplossings kan vind vir hulle probleme nie en in hulle-self onsekerheid ervaar, omdat hulle van mening is dat hulle ontoereikend is om vir hulle vrouens te kan sorg.

*...Jy voel hulpeloos, want jy weet nie wat om te doen nie. Hoe om dit beter te maak nie...*

Die draaipunt van waar al die onsekerhede en spanning by die man verlig word, is wanneer hy daadwerklik die besluit neem om die probleem aan te spreek, soos een van die deelnemers tereg opgemerk het.

*...Die turning point is wanneer jy besluit om iets te doen...*

Dit is gevolglik die man se natuurlike neiging om probleme op te los wat in werklikheid die gesin verseker om hulp te kry. Hy moet net beseft dat hy vroeër reeds moet optree en nie op sy siek vrou moet wag om 'n oplossing te vind nie.

#### **5.4.4.2 Die deelnemers se mening oor die effektiwiteit van behandeling**

Nadat die deelnemers beseft het dat hulp onafwendbaar is, het hulle steeds weerstand getoon as gevolg van die stigma waarmee PND in die gemeenskap geassosieer word. Hulle het ook hulle opinies gelug oor individuele- en groepwerk tydens die behandelingsproses van PND.

- **Skuldgevoelens teenoor behandeling**

Uit die deelnemers se opmerkings was dit duidelik dat hulle in 'n stadium skuldig gevoel het, omdat hulle vrouens siek geword het. Kleiman en Raskin (1994:187) verduidelik dat die man moet weet dat hy nie die vrou kan genees nie en dat hy nie die oorsaak van haar siekte is nie.

*...En dit is nie ons skuld nie...*

*...Maybe I'm not at that stage where I can admit that maybe I am part of her problem...*

Die man moet derhalwe aanvaar dat sy vrou siek is en dat hy nie noodwendig die oorsaak daarvan is nie.

- **Die erkenning van die siekte**

Een van die eerste stappe tot genesing is die erkenning dat die persoon depressie het en professionele hulp benodig. Wat dit moeilik maak vir die vrou om hulp te gaan soek, is dat sy bang is dat sy veroordeel gaan word of dat sy daardeur moet erken dat sy nie vir haar gesin kan sorg nie (Bishop 1999:38). Hierdie opmerking van Bishop, word bevestig deur die kommentaar van die deelnemers.

*By die gemeenskap is die woord depressie 'n "no-no". Dit is 'n aaklige woord en 'n klad op jou naam...*

*...I was very anti-treatment. When you admit you have a problem mentally, you open yourself to all sorts of attack...*

Die paartjie moet gevolglik die siekte erken om hulp te kry daarvoor, maar is bang om onderwerp te word aan die stigma wat die siekte steeds in die gemeenskap het.

- **Die keuse van professionele persone**

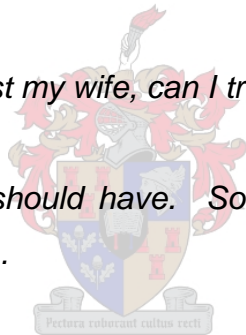
Nadat die paartjies die besluit geneem het om eksterne hulp te gaan soek, is van hulle gekonfronteer met professionele persone wat nie hulle situasie verstaan het nie. Ander was onseker oor in hoe 'n mate hulle die beraders kon vertrou. Kleiman (2000:100) lig spesifiek uit dat die moeder en haar lewensmaat vertroue in die hulpgewer en die metode van berading moet hê, sodat die herstelproses optimaal benut kan word. Die persoon moet gemaklik wees met die berader en 'n goeie vertrouensverhouding moet gehandhaaf word. Sy moet voel dat die sessies haar help en hoop gee.

*...You get therapists not up to quality and don't have a person's interest at heart...*

*...My vrou se gynie het sy oë gerol op 'n kol toe sy dit vir hom vertel het...*

*...I am still worried. Can I trust my wife, can I trust the therapist...*

*...It is taking longer than it should have. So, what is going on? Are you people doing the right thing?...*



Wanneer die paartjie hulp gaan soek om die vrou met PND te help, moet hulle seker maak dat die professionele persone wat hulle nader van die siekte bewus is en oor genoegsame kennis beskik om hulle daarmee te help.

- **Ondersteuning aan die lewensmaat**

Wat dit soms moeilik maak vir die man is om te aanvaar dat sodra sy vrou se diagnose gemaak is, haar behandeling in die professionele persone se hande is. Hy moet beseft dat hy nie die probleem namens haar kan oplos nie, en dat hy net 'n ondersteuningstelsel vir haar moet bly (Logan 1988:34). Dit is egter vir die man makliker om sy vrou te ondersteun indien hyself ondersteuning ontvang. Hierdie ondersteuning moet gewoonlik van 'n ander bron as sy vrou kom, omdat sy gewoonlik die oorsaak is van haar man se stres. Die beste en

effektiefste ondersteuning wat hy kan kry, is van familie, vriende, professionele persone en ander mans in dieselfde posisie as hy (Hickman & Hickman 1999:2). Die deelnemers het self die voordeel van beraadingsessies beklemtoon, veral as hulle begrip ontwikkel vir die situasie waarin hulle hulleself bevind.

*...In daai tyd verloor jy as man ook baie keer balans en voel jy soos aan die begin, gaan dit reg kom? Hierdie samekoms help om te beseef en te fokus waaroor dit gaan. Nou kan ek weer hou tot 'n volgende "meeting". Ek het nie nodig om elke Donderdag te kom nie, maar hierdie tipe "meeting" help 'n mens baie. Dit help om die groter prentjie te sien...*

*...Daarom is hierdie "support group" so 'n "lifeline"...*

*...Die groep is werklik nodig. Ander mense verstaan nie en hier is 'n plek waar ek kan praat en almal verstaan en ondersteun mekaar...*

Individuele sessies het ook waarde in die sin dat die man 'n professionele persoon se opinie hoor en oor sy eie tekortkominge in 'n veilige en private atmosfeer kan gesels. Wanneer die man deel is van die beradingsproses is Misri (1996:220) van mening dat hy beter verstaan wat met sy vrou gebeur en bied hy makliker sy samewerking. Dit is onrealisties om te verwag dat hy in een onderhoud alles gaan onthou en verwerk en hy behoort gevolglik meermale die berader te raadpleeg, sodat al sy vrae wat gereeld opduik beantwoord kan word.

*...Jy het "major doubts". Die feit dat jy dit van 'n professionele persoon hoor, is goed en help baie...*

*...'n Mens moet beseef jy moet 'n sekere mate van geluk binne jouself vind. Soms is dit moeilik om dit raak te sien, dan moet iemand jou help om perspektief te kry...*



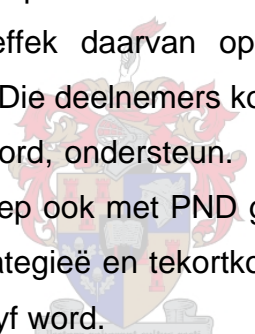
*...As dit nou eers gediagnoseer is, kan ek nie sien hoe man en vrou terapie anders as saam kan begin nie. Aparte sessies, maar definitief op dieselfde tyd...*

*...Jy kan die man miskien meer betrek deur hom een of twee sessies te laat bywoon...*

Hierdie ondersoek het duidelik uit die mededelings van die deelnemers bewys dat die lewensmaats werklik 'n behoefte ervaar om ook berading te ontvang.

## **5.5 SAMEVATTING**

Hierdie hoofstuk het die persepsies en ervarings van die lewensmaats ten opsigte van PND en die effek daarvan op die huwelik, gesin en die lewensmaat self weergegee. Die deelnemers kon byna deurgaans die siening wat in die literatuur geskryf word, ondersteun. Dit bevestig daarop dat mans en vroue in die ondersoekgroep ook met PND gekonfronteer word en dat die oorsake, effek, intervensiestrategieë en tekortkominge soortgelyk is as wat in internasionale literatuur beskryf word.



## **HOOFSTUK 6**

### **GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS**

#### **6.1 INLEIDING**

Hierdie studie het ontstaan as gevolg van 'n tekort aan kennis van die psigososiale effek wat PND op die pasiënt en haar lewensmaat het. 'n Verkennende studie is gedoen ten einde kennis en begrip te kry oor die lewensmaat se ervaring wanneer sy vrou aan PND ly. Inligting oor deelnemers se persepsies en ervarings is tydens fokusgroepe en individuele onderhoude verkry.

Met behulp van 'n literatuurstudie en empiriese ondersoek kon die doelstellings van hierdie navorsing bereik word. Postnatale depressie word as 'n gemoedstoestand verduidelik wat by vroue ontstaan nadat hulle die lewe geskenk het aan 'n baba. Die effek wat PND op die pasiënt en haar lewensmaat het, is ook beskryf. Die aard van verskeie intervensiestrategieë wat in Suid-Afrika beskikbaar is, is uiteengesit. Die persepsies en ervarings van die lewensmaats, wie se vroue aan PND ly, is verkry.

Die doel van hierdie hoofstuk is om gevolgtrekkings en aanbevelings te maak wat gebaseer is op die bevindings van hierdie studie. Dit behoort 'n maatskaplike werker te help om in die toekoms meer effektiewe dienslewering aan 'n gesin, waar die vroue aan PND ly, te verleen.

#### **6.2 GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS**

##### **6.2.1 Die profiel van die deelnemers**

Die empiriese ondersoek het bevind dat al die deelnemers in hierdie studie wettig getroud, met die moeders van hulle kinders, is. Die mans, wat by hierdie navorsing betrek is, se ouderdomme wissel tussen 30 en 40 jaar. 'n

Diversiteit van taal, kultuur en etnisiteit het by die deelnemers voorgekom. Hulle is almal vaders van eersteling kinders wat met die literatuur ooreenstem, dat PND 'n hoër insidensie het na die geboorte van eerstelinge as met daaropvolgende kinders.

Vanuit bogenoemde bevindings word die gevolgtrekkings gemaak dat 'n redelike peil van volwassenheid en lewensondervinding reeds by die vaders kan bestaan met inagneming van hulle ouderdomme. Die moontlikheid kan ook bestaan dat hulle reeds van PND in hulle daaglikse bestaan te hore gekom het. Hierdie studie beklemtoon dat PND oor 'n diversiteit van kulture, taal en etnisiteit kan voorkom. Postnatale depressie kom blykbaar meer voor na die geboorte van eersteling kinders, alhoewel dit nie uitgesluit is met die geboorte van daaropvolgende kinders nie.

Gebaseer op die bevindings en gevolgtrekkings kan die volgende aanbeveling gemaak word:

- Mans en vrouens van alle ouderdomme, kultuurgroepe en beroepsagtergronde, wat veral hulle eersteling verwag, moet bewus gemaak word en kennis verkry van PND. Dit sal hulle help om die siekte te voorkom en indien die vrou dit wel onder lede het, sy vroegtydig die regte intervensiestrategieë in werking sal stel om dit te genees.

### **6.2.2 Die hoof en subtemas in hierdie studie**

Gevolgtrekkings en aanbevelings sal gemaak word aan die hand van die hoof en subtemas wat in die empiriese ondersoek gebruik is. 'n Skematiese voorstelling van hierdie temas word soos volg weergegee:

**Skematiese uiteensetting van die hoof en subtemas in hierdie studie:**

**Hoofemas**

**Subtemas**

- |  |   |
|--|---|
| 1. Postnatale depressie as 'n siekte         | <ul style="list-style-type: none"><li>• Die bekendheid van die siekte by die lewensmaat</li><li>▪ Die risikofaktore wat volgens die lewensmaat PND veroorsaak het</li></ul>   |
| 2. Die effek van PND op verhoudings          | <ul style="list-style-type: none"><li>• Die effek van PND op die verhouding tussen die lewensmaat en die vrou</li><li>• Die effek van PND op vaderskap</li><li>• Die aanpassings wat die lewensmaat moes maak ten einde verhoudings en die huishouding te akkommodeer</li></ul> |
| 3. Die effek van PND op die lewensmaat       | <ul style="list-style-type: none"><li>• Die beheer en verlies van die lewensmaat se emosies</li><li>• Postnatale depressie by die lewensmaat self</li></ul>   |
| 4. Die intervensiestrategie om PND te oorkom | <ul style="list-style-type: none"><li>• Die lewensmaat se vermoë tot probleemoplossing</li><li>• Die deelnemers se mening oor die effektiwiteit van behandeling</li></ul>   |

**Figuur 6.1 'n Skematiese uiteensetting van die hoof en subtemas in hierdie studie**

### 6.2.2.1 Postnatale depressie as 'n siekte

Die empiriese ondersoek het melding gemaak dat PND reeds 2000 jaar gelede deur Hippokrates beskryf is as 'n mediese toestand wat by vroue ontstaan na die geboorte van hulle babas. Alhoewel die siekte reeds soveel jare terug beskryf is, bestaan daar vandag nog verskillende sienings oor die legitimiteit van PND, sodat die **DIAGNOSTIC AND STATISTIC MANUAL OF MENTAL DISORDERS (DSM IV)**, wat een van die diagnostiese handleidings vir psigiaters en sielkundiges is, nie eens melding maak van PND nie.

Vanuit bogenoemde bevinding word die gevolgtrekking gemaak dat PND nie 'n onbekende siekte behoort te wees, as dit reeds 2000 jaar gelede identifiseer was nie. Deurdat die diagnostiese handleidings nie erkenning gee aan PND nie is daar 'n tekort aan kennis by die gemeenskap oor die toestand wat veroorsaak dat identifisering daarvan moeilik is.

Gebaseer op die bevindings en gevolgtrekkings kan die volgende aanbevelings gemaak word:

- Professionele persone moet erkenning gee aan PND as 'n siekte, ten einde behandeling en vroeë genesing te bewerkstellig.
- Postnatale depressie moet as 'n gemoedstoestand, wat by vroue voorkom tydens en na die geboorte van hulle babas, erkenning verkry in die diagnostiese handleidings vir psigiaters en sielkundiges.

#### i) Die bekendheid van die siekte by die lewensmaat

Die empiriese ondersoek het bevind dat die lewensmaats, wie se vrouens aan PND ly, nie vooraf enigsins kennis gehad het van die siekte nie. Hulle was onder die indruk dat die probleme wat hulle vrouens ervaar deel vorm van die normale aanpassingsfase wat na die geboorte van 'n baba ontstaan.

Vanuit bogenoemde bevinding word die gevolgtrekking gemaak dat PND nie aan die meerderheid van voornemende ouers bekend is nie. Ouers sukkel dikwels om die onderskeid te tref tussen 'n normale aanpassingsfase, wat die koms van 'n nuwe baba tot gevolg het, en die simptome van PND wat ervaar kan word.

Gebaseer op die bevinding en gevolgtrekking kan die volgende aanbeveling gemaak word:

- Voornemende ouers moet tydens voorbereidingsklasse, wat aangebied word deur gesondheidsorgwerkers in die gemeenskap, bewus gemaak word van die verskil tussen 'n normale aanpassingsfase en die identifisering van PND na die koms van 'n baba.

## **ii) Die risikofaktore wat volgens die lewensmaat PND veroorsaak het**

Die empiriese ondersoek het bevind dat fisiese, emosionele en sosiale risikofaktore as waarskuwingstekens kan dien dat 'n vrou PND kan kry. Die deelnemers kon in retrospek van hierdie risikofaktore identifiseer wat aanleiding gegee het dat hulle vrouens PND gekry het.



Vanuit bogenoemde bevinding word die gevolgtrekking gemaak dat daar risikofaktore is wat vooraf as waarskuwingstekens kan dien dat 'n vrou oor die moontlikheid beskik om PND te kry. Waar die deelnemers in retrospek dié tekens kon identifiseer, sal dit tot voordeel van voornemende ouers wees om dit vroegtydig op te let en PND sodoende te voorkom.

Gebaseer op die bevinding en gevolgtrekking kan die volgende aanbevelings gemaak word:

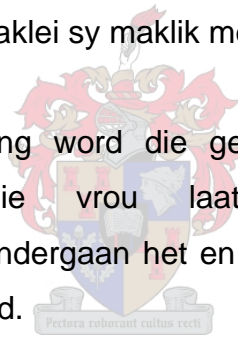
- Voornemende ouers moet deur hulle gesondheidsorgwerkers en ander professionele persone, wat by hulle betrokke is, ingelig word oor die risikofaktore wat PND tot gevolg kan hê, sodat die siekte voorkom kan word.

- Beraders wat met vroue werk wat PND het, sal gevolglik oor 'n deeglike kennis van die risikofaktore moet beskik. Dit sal aanleiding gee dat ouers die oorsake van PND in hulle unieke geval kan verstaan en depressie in die toekoms vermy kan word deur die uitskakeling van enige risikofaktore.

### 6.2.2.2 Die effek van PND op verhoudings

Die empiriese ondersoek het bevind dat PND oor simptome beskik wat 'n effek kan hê op 'n vrou se gedrag. Een van hierdie simptome is dat sy 'n negatiewe uitkyk op die lewe handhaaf en haar omgewing daarvolgens evalueer. Die algemene opvatting van 'n depressiewe persoon is dat sy huilerig, terneergedruk en teruggetrokke is. Vroue met PND kom eerder aggressief, geïrriteerd en met woede uitbarstings voor. Na aanleiding van hierdie aggressiewe gedrag baklei sy maklik met haar medemens.

Vanuit bogenoemde bevinding word die gevolgtrekking gemaak dat die simptome van PND die vrou laat voorkom asof sy 'n persoonlikheidsverandering ondergaan het en dit gevolglik haar verhoudings met haar medemens beïnvloed.



Gebaseer op die bevinding en gevolgtrekking kan die volgende aanbeveling gemaak word:

- Die berader moet oor kennis beskik van die verskillende simptome van depressie en die effek wat dit op die pasiënt se persoonlikheid, gedrag en haar verhoudingslewe kan uitoefen.

**i) Die effek van PND op die verhouding tussen die lewensmaat en die vrou**

In die verskeie onderafdelings van die effek wat PND op die verhouding tussen die lewensmaat en die vrou het, sal eers melding gemaak word van die bevindings en gevolgtrekkings wat uit die empiriese studie gemaak is, waarna die aanbevelings aan die einde van hierdie gedeelte sal verskyn.

Die volgende veranderinge in 'n verhouding tussen 'n man en vrou kan deur PND veroorsaak word:

**a) Kommunikasie wat versleg**

Die empiriese ondersoek het bevind dat wanneer die vrou aan PND ly die kommunikasiestyl, tussen haar en haar man, na 'n onvolwasse vorm kan verander. Die vrou kan as gevolg van die depressiesimptome besluiteloos en bakleierig raak wat kan lei tot huwelikskonflik.

Vanuit bogenoemde bevinding word die gevolgtrekking gemaak dat PND kommunikasieprobleme tussen 'n man en vrou kan veroorsaak en dat dit kan lei tot huweliksprobleme.

**b) Die ooremosionaliteit van die vrou**

Die empiriese ondersoek het bevind dat die vrou dikwels ooremosioneel en sensitief raak wanneer sy aan PND ly. Sy raak emosioneel afhanklik van die man omdat sy nie meer na haarself op 'n emosionele vlak kan omsien nie. Dit plaas 'n emosionele druk op die man om sy vrou te ondersteun wat ook nie altyd deur die vrou as positief ervaar word nie en sy dit met ontevredenheid bekend maak aan hom.



Vanuit bogenoemde bevindings word die gevolgtrekking gemaak dat PND die vrou ooremosioneel laat voorkom en haar emosioneel afhanklik van hom kan maak. Haar negatiewe en verwarrende gedrag kan haar verhouding met haar man benadeel.

### **c) Intimiteit wat afneem**

Die empiriese ondersoek het bevind dat 'n man en vrou hulle seksualiteit verskillend beleef. Die man illustreer sy liefde aan sy vrou deur met haar seksuele omgang te hê, terwyl die vrou hoër prioriteit plaas op haar man se aandag en emosionele versorging as op seksuele omgang. Wanneer die vrou aan PND ly, is daar 'n tekort aan seksuele gemeenskap by die egpaar. Die redes vir hierdie afname in seksualiteit is as gevolg van die vrou se fisiese ongemak na die geboorteproses en haar afname in libido wat deel uitmaak van die simptome van PND. Die negatiewe kommunikasie wat tussen die man en vrou plaasvind skep die verkeerde atmosfeer vir die paartjie om intiem te verkeer.

Vanuit bogenoemde bevinding word die gevolgtrekking gemaak dat die paartjie 'n verlies aan intimiteit beleef omdat die vrou aan PND ly. Die swak kommunikasie wat tussen die man en vrou heers, die ooremosionalitet wat by die vrou voorkom en die afname in libido kan die oorsake wees vir die tekort aan intimiteit.

### **d) Die effek van die swak verhouding op die lewensmaat**

Die empiriese ondersoek het bevind dat die lewensmaat nie meer kans sien vir die toekoms wat hy saam met sy vrou beplan het nie. Soms voel hy skuldig omdat hy nie 'n bydrae kan lewer tot sy vrou se geluk nie. Daarom beskou sommige mans 'n egskeiding as die

enigste oplossing vir hulle probleme. Die enigste rede waarom die deelnemers in hierdie studie nie die opsie gebruik het om te skei nie, is omdat hulle, hulle babas die reg wou gee om met albei ouers in een huis groot te word.

Vanuit die bogenoemde bevindings word die gevolgtrekking gemaak dat wanneer die vrou PND het, die man ook negatief daardeur geaffekteer word, wat veroorsaak dat hy met tye nie meer kans sien om met die huwelik voort te gaan nie. Die baba is egter die enigste rede waarom hy sy besluit in heroorweging neem.

#### **e) Inmenging deur die uitgebreide gesin**

Die empiriese ondersoek het bevind dat die uitgebreide gesin na die koms van 'n nuwe baba geneig is om meer as voorheen by die ouers betrokke te raak. Hulle is gewoonlik ondersteunend en bied praktiese hulp aan die ouers om die baba te versorg, veral as die vrou aan PND ly. Party uitgebreide gesinne oorskry egter hulle grense deurdat hulle oorbetrokke en krities raak ten opsigte van die baba se versorging of die moeder se siekte. Dit veroorsaak konflik tussen die gesin en die nuwe ouers.

Vanuit bogenoemde bevinding word die gevolgtrekking gemaak dat die uitgebreide gesin, onder normale omstandighede, nuwe ouers bystaan met ondersteuning en praktiese hulp wat die versorging van 'n nuwe baba aanbetref. Ouers beleef soms dat die uitgebreide gesin hulle grense oorskry deur hulle oorbetrokkenheid en kritiek wat konflik tussen hulle kan veroorsaak.

## f) Die isolasie van vriende

Die empiriese ondersoek het bevind dat die vrou wat aan PND ly 'n negatiewe uitkyk op die lewe het. Dit veroorsaak dat sy op 'n onredelike wyse ontevrede kan wees oor haar man se vriende en sy hom gevolglik wil verbied om hulle te sien. Haar negatiewe houding, haar ooremosionaliteit en aggressiewe gedrag kan veroorsaak dat daar 'n verwydering tussen die egpaar en hulle vriende kom. Die vriende sien nie kans om met die vrou te kommunikeer terwyl sy negatief is nie en mettertyd vermy hulle haar.

Vanuit die bogenoemde bevindings word die gevolgtrekking gemaak dat PND veroorsaak dat die vrou 'n negatiewe ingesteldheid op die lewe het en dit nie bevorderlik is vir die bou van vriendskapsverhoudings nie.

Gebaseer op die bevindings en gevolgtrekkings kan die volgende aanbevelings gemaak word:

- 'n Berader moet die dinamika van die effek wat 'n nuwe baba op die verhouding tussen 'n man en vrou het verstaan. Verdere kennis is ook nodig oor wat die impak van PND op so 'n huwelik sal hê.
- Die berader moet begrip toon vir die verandering wat plaasvind in die egpaar se kommunikasiestyl, hulle emosionele onstabiliteit, hulle seksuele intimiteit wat afneem en die effek wat hierdie swak verhouding op die lewensmaat het. Verdere kennis is nodig oor die invloed wat die uitgebreide gesin en voormalige vriende op die egpaar kan hê.
- Die berader kan die egpaar in gesamentlike sessies sien waar hulle ondersteuning kan kry en gehelp word om insig in die verskillende aspekte van hulle verhouding, wat deur depressie beïnvloed word te

ontwikkel. Die ouers moet bemagtig word om PND te hanteer en hulle omstandighede te verander, om die vrou te help om gesond te word. Hulle moet albei leer om in hulle verhoudings grense te stel, sodat hulle kan voorkom dat vriende en die uitgebreide gesin by hulle omstandighede oorbetrokke kan raak.

- Die berader behoort die vrou wat aan PND ly in individuele sessies te sien. Tydens hierdie sessies kan die vrou insig ontwikkel in haar situasie en leer om die simptome van depressie te beheer, sodat dit nie haar gedrag sodanig beïnvloed dat dit haar verhoudings benadeel nie.
- Die berader behoort ook die man in individuele sessies te sien, aangesien hy direk deur sy vrou se gedrag geaffekteer word. Hy moet leer om sy vrou se omstandighede te verstaan en haar te help om dit te hanteer. Hy moet ook begrip vir sy eie gevoelens en omstandighede ontwikkel.

## ii) Die effek van PND op vaderskap

Die empiriese ondersoek het bevind dat daar min in die literatuur van die normale ontwikkeling van vaderskap melding gemaak word en byna geen inligting beskikbaar is oor die effek wat PND op vaderskap het nie. Die deelnemers aan hierdie studie, is almal vir die eerste keer vaders en is self onseker oor wat van hulle in hierdie rol, as vader, verwag word.

Vanuit die bogenoemde bevinding word die gevolgtrekking gemaak dat die rol as vader en die ontwikkeling daarvan nog nie veel onder die soeklig gekom het nie. Nog minder word die effek wat PND op 'n vader het bekend gemaak en bespreek.

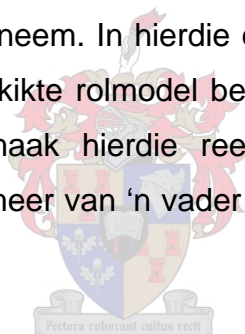
Gebaseer op die bevinding en gevolgtrekking kan die volgende aanbeveling gemaak word:

- Vaderskap moet deur 'n gemeenskapsbewusmakingsproses onder die soeklig kom. Dit sal vaders help om die verwagtings wat die gemeenskap, hulle vrouens en hulleself koester ten opsigte van hulle rol as vaders, beter te verstaan en uit te leef.

Die effek wat PND op vaderskap het, is in die empiriese ondersoek soos volg uiteengesit:

#### a) Die lewensmaat se rolmodel

Die empiriese ondersoek het bevind dat vaders hoofsaaklik leer hoe om na hulle gesinne om te sien deur rolmodelle wat hulle in die gemeenskap kan waarneem. In hierdie ondersoek het nie een van die deelnemers oor 'n geskikte rolmodel beskik soos wat die literatuur dit beskryf nie. PND maak hierdie reeds moeilike aanpassing nog moeiliker omdat daar meer van 'n vader verwag word wanneer sy vrou siek is.



Vanuit die bogenoemde bevindings word die gevolgtrekking gemaak dat vaders dikwels op hulleself aangewese is om te besluit wat vaderskap vir hulle beteken, aangesien die rolmodelle in die gemeenskap nie geskik is nie. PND plaas ekstra druk op hierdie ongedefinieerde vaderskaprol.

Gebaseer op die bevinding en gevolgtrekking kan die volgende aanbeveling gemaak word:

- Vaders moet in die gemeenskap met die hulp van ouerleidingsklasse, wat spesifiek aandag aan die vader se rol gee, opgelei en ondersteun word in dit wat van hulle verwag word.

## **b) Emosies betrokke ten opsigte van vaderskap**

Die empiriese ondersoek het bevind dat mans nie maklik oor hulle emosies praat nie, omdat hulle geleer is om emosionele beheer toe te pas. Emosies wat wel voorkom wanneer 'n man 'n vader word is dat hy oorweldig kan wees oor die verantwoordelikheid van 'n afhanklike kind. Vaders voel ook dikwels bekommerd wanneer hulle vrouens aan PND ly. Hulle is trots op hulle kinders omdat hulle dit as 'n voortsetting van hulleself beskou en daardeur word hulle selfbeeld positief ontwikkel. Wanneer die vrou aan PND ly veroorsaak dit dat mans soms voel hulle behoort die baba liever te hê, omdat die moeder nie daartoe instaat is nie.

Vanuit die bogenoemde bevindings word die gevolgtrekkings gemaak dat vaderskap 'n positiewe ervaring vir die meeste mans is en dat dit hulle selfbeeld bou. Wanneer die vrou nie aan die baba se fisiese en emosionele behoeftes kan voldoen nie sal die man gewoonlik die take oorneem en sy vrou en kind op alle vlakke versorg.

Gebaseer op die bevinding en gevolgtrekking kan die volgende aanbeveling gemaak word:

- Individuele en groepsessies is vir vaders nodig om hulle die geleentheid te gee om hulle emosies te erken en te ontlaai.

## **c) Die bindingsproses tussen die vader en kind**

Die empiriese ondersoek het bevind dat die bindingsproses tussen 'n man en sy baba dinamies is en oor 'n aantal maande kan plaasvind. 'n Vrou wat PND het, het 'n invloed op haar man se vermoë om met die

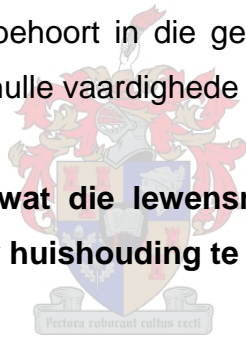
baba emosioneel te bind. Hy kan weerstandig voel teenoor die baba en hom/haar vir die vrou se toestand blameer. Soms word die vader genoodsaak om vinniger met die baba te bind omdat sy vrou nie instaat is om die baba te versorg en te help nie en hy dit moet doen.

Vanuit die bogenoemde bevindings word die gevolgtrekking gemaak dat wanneer PND by die vrou voorkom die bindingsproses tussen 'n man en sy baba beïnvloed kan word. Die bindingsproses wat normaalweg 'n dinamiese en natuurlike ontwikkeling is, word dikwels bespoedig as gevolg van die vrou se ontoereiktheid en die man wat genoodsaak is om hulp aan sy gesin te bied.

Gebaseer op die bevinding en gevolgtrekking kan die volgende aanbeveling gemaak word:

- Ouerleidingskursusse behoort in die gemeenskap aangebied te word om vaders te help om hulle vaardighede as ouers te ontwikkel.

**iii) Die aanpassings wat die lewensmaat moes maak ten einde verhoudings en sy huishouding te akkomodeer**



Die empiriese ondersoek het bevind dat ouers nie voorbereid is op die verantwoordelikheid wat ouerskap meebring nie. Hulle besef nie vooraf dat hulle aanpassings sal moet maak om die huishoudelike pligte saam met die versorgingstake, wat 'n nuwe baba tot gevolg het, moet herverdeel nie. Wanneer 'n vrou bykomend nog aan PND ly veroorsaak dit dat die man meer by die huishoudelike take, babasorg, werk en sy siek vrou betrokke moet raak. Die man kan ervaar dat sy werksplek nie altyd bereid is om sy gesinskrisisse te akkomodeer nie. Dit plaas hom met tye in 'n tweestryd tussen die behoeftes van sy gesin en die verpligtinge van

sy werk. Ten einde almal in die gesin en sy werk te akkommodeer, word sy eie persoonlike behoeftes, soos sport, ontspanning en sosialisering dikwels tweede gestel, wat sy eie geestesgesondheid kan benadeel.

Vanuit bogenoemde bevinding word die gevolgtrekking gemaak dat die koms van 'n baba die herindeel van huishoudelike pligte tussen 'n man en sy vrou noodsaak, omdat die baba 'n ekstra werkslading tot gevolg het. PND beïnvloed nie net die vrou nie, maar ook die man aangesien hy met tye sy vrou se pligte moet oorneem, wat veroorsaak dat hy nie na sy eie behoeftes omsien nie en as gevolg daarvan emosioneel kan uitbrand.

Gebaseer op die bevindings en gevolgtrekkings kan die volgende aanbeveling gemaak word:

- Voornemende ouers moet in ouerleidingskursusse ingelig en bewus gemaak word dat hulle, hulle huishoudelike pligte en hulle alledaagse verantwoordelikhede sal moet herorganiseer sodra hulle baba gebore word.



### **6.2.2.3 Die effek van PND op die lewensmaat as persoon**

Hierdie ondersoek het bevind dat PND die man in so 'n mate op 'n emosionele vlak affekteer dat hy self simptome van depressie kan ontwikkel.

#### **i) Die beheer en die verlies van die lewensmaat se emosies**

Die empiriese ondersoek het bevind dat die man dikwels geskok en teleurgesteld is oor wat ouerskap in werklikheid vir hom inhou en dat dit nie voldoen aan sy verwagtings nie. Wanneer die vrou ook nog aan PND ly, kan dit hom minderwaardig laat voel omdat sy hom gedurig kritiseer en verneder. Dit kan veroorsaak dat sy selfbeeld daardeur beïnvloed word. Hy kan magteloos oor sy vrou se reaksie teenoor hom voel en bang raak



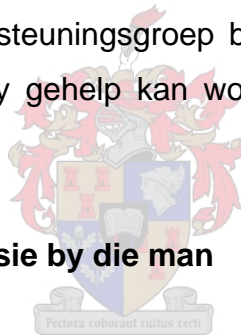
dat sy huwelik nie die stres kan weerstaan nie. Soms voel die man hartseer omdat dit lyk asof sy vrou nie haar moederskap so positief beleef soos sy veronderstel is nie.

Vanuit die bogenoemde bevinding word die gevolgtrekking gemaak dat PND negatiewe emosies by die man kan laat ontstaan wat sy vreugde van ouerskap kan beïnvloed. Die konstante negatiewisme van sy vrou kan aanleiding gee dat 'n man se selfbeeld daardeur beïnvloed word en hy in sy eie vermoëns kan begin twyfel.

Gebaseer op die bevinding en gevolgtrekking kan die volgende aanbevelings gemaak word:

- Individuele berading aan die man kan hom die geleentheid bied om sy emosies en selfbeeldontwikkeling aan te spreek.
- Die man kan 'n ondersteuningsgroep bywoon waar hy deur mans in dieselfde posisie as hy gehelp kan word om situasies in sy lewe te hanteer.

## ii) **Postnatale depressie by die man**



Die empiriese ondersoek het bevind dat 'n vrou met PND 'n definitiewe invloed op die man se gemoedstoestand kan hê. Die literatuur maak melding daarvan dat soveel as 10% van vaders simptome van depressie kan beleef, wanneer die vrou reeds aan PND ly. Deelnemers in hierdie ondersoek het erken dat hulle almal op een of ander stadium simptome van depressie ervaar het. Hulle beweer egter dat hulle simptome meer aggressief as terneergedruk van aard was.

Vanuit die bogenoemde bevinding word die gevolgtrekking gemaak dat wanneer 'n vrou aan PND ly dit haar man sodanig kan beïnvloed dat hy self simptome van depressie kan ervaar.

Gebaseer op die bevinding en gevolgtrekking kan die volgende aanbeveling gemaak word:

- Dat wanneer 'n vrou aan PND ly haar man ook deur 'n professionele persoon geassesseer moet word vir simptome van depressie, sodat toepaslike intervensiestrategieë inwerking gestel kan word om hom te help alvorens hy 'n volskaalse depressie ontwikkel.

#### **6.2.2.4 Die intervensiestrategie om PND te oorkom**

Tydens die ondersoek is bepaal dat die man 'n behoefte het om sy vrou se siekte, wat vir hom 'n probleem skep, so spoedig moontlik op te los. Die metode wat hy gewoonlik toepas om probleme in sy lewe op te los sal bepaal hoe effektief hy sy vrou sal help om hulp te kry vir haar PND en watter intervensiestrategieë hy sal benut.

##### **i) Die lewensmaat se vermoë tot probleemoplossing**

Die empiriese ondersoek het bevind dat die man onkundig is oor wat PND is en nie altyd die ernstigheid van die probleem beseft nie. Hy voel redelik hulpeloos en weet nie hoe om die situasie te hanteer nie. Die deelnemers het almal erken dat hulle saam met hulle vrouens genoodsaak was om hulp te kry aangesien die herstelproses andersins te lank sou neem.

Vanuit die bogenoemde bevinding word die gevolgtrekking gemaak dat die man nie sal weet hoe om 'n probleem op te los, soos wanneer sy vrou aan PND ly, as hy onbewus is van die aard van die probleem nie.

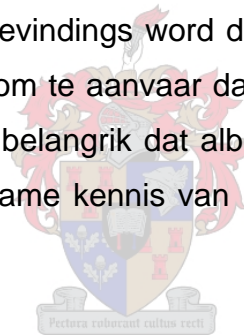
Gebaseer op die bevinding en gevolgtrekking kan die volgende aanbeveling gemaak word:

- Die gemeenskap moet bewus gemaak word van PND as 'n siekte. Dit kan geskied deur inligting beskikbaar te stel in artikels, in die media. Daar kan ook van pamflette en die internet gebruik gemaak word.

## ii) Die deelnemers se mening oor die effektiwiteit van die intervensie

Die empiriese ondersoek het bevind dat die egpaar aanvanklik onwillig was om erkenning aan die vrou se PND te gee, omdat hulle bang was vir die stigma wat in die gemeenskap bestaan rondom psigiatriese siektes. Sommige van die mans wou ontken dat hulle vrouens siek is, omdat hulle skuldig gevoel het oor die aandeel wat hulle in die ontstaan van die siekte kon gehad het. Teen die tyd dat die deelnemers wel hulp van 'n berader ontvang het, het hulle steeds getwyfel of hulle die berader kan vertrou. Almal is dit eens dat die groepwerksessies hulle uiteindelik gehelp het om die probleem beter te verstaan en dit te verwerk. Individuele berading het hulle ook gehelp om persoonlike sake beter te hanteer.

Vanuit die bogenoemde bevindings word die gevolgtrekkings gemaak dat die mans dit moeilik vind om te aanvaar dat hulle vrouens die hulp van 'n berader nodig het. Dit is belangrik dat albei persone die berader vertrou en dat hy/sy oor genoegsame kennis van PND beskik, sodat die paartjie kan baat by berading.



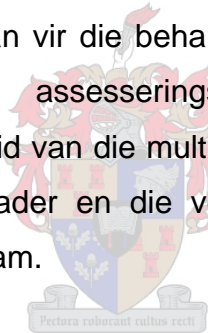
Gebaseer op die bevindings en gevolgtrekkings kan die volgende aanbevelings gemaak word:

- Die gemeenskap moet bewus gemaak word van die verskillende hulpbronne in die gemeenskap waar persone met PND hulp kan ontvang. Die stigma wat PND as 'n geestesongesteldheid het, moet afgebreek word sodat mans en vrouens bereid sal wees om hulp vir hulle probleme te soek sonder om bang te wees wat die gemeenskap se reaksie sal wees.
- 'n Volledige intervensieprogram moet deur die berader met die man en vrou bespreek word, sodat hulle weet wat die proses van herstel gaan behels en 'n vertrouensverhouding met die berader kan bou.

### 6.3 VERDERE NAVORSING

Moontlike navorsing wat in die toekoms gedoen kan word, kan bestaan uit:

- Navorsing oor die verskillende rolle wat die man voor en tydens sy vrou se PND in sy huwelik, teenoor sy kinders, met sy familie, sy werk, teenoor sy vriende en in die gemeenskap moet vertolk.
- Die opstel van 'n gepaste maatskaplike werk intervensieprogram vir PND, bestaande uit individuele berading en groepwerksessies wat gebaseer is op die behoeftes van die pasiënt en haar lewensmaat.
- Die ontwikkeling van ouerskapsvaardighede by die man en vrou te midde van PND.
- Begrip vir die gesondheidsorgsisteem in Suid-Afrika en die benutting daarvan vir die behandeling van PND met spesifieke verwysing na assesseringsonderhoude, die verwysing en beskikbaarheid van die multidissiplinêre spanbenadering, die kies van 'n berader en die verwagtings ten opsigte van die intervensieprogram.



### 6.4 AFSLUITING

Daar sal altyd babas in enige gemeenskap gebore word. Die vreugde van 'n nuwe aankomeling mag nie bederf word deur 'n siekte soos PND wat gesinne laat verbrokkel en kinders laat groot word met die verlies van een ouer nie. Dit is 'n gevaarlike siekte wat selfs die dood tot gevolg kan hê. Daarom moet die gemeenskap en professionele persone bewus gemaak word van hierdie toestand en verder opgelei word in die hantering daarvan.

## BIBLIOGRAFIE

AMERICAN COLLEGE OF NURSE-MIDWIVES. 2002. Postpartum depression. **Journal of Midwifery and Women's Health**. 47(5):391-392.

ARKAVA. M. & LANE. T. 1990. **Beginning social work research**. USA: Library of congress cataloging in publication data.

BABBIE, E. 1998. **The practice of social research (8 th edition)**. USA: Wadsworth Publishing Company.

BABBIE, E. & MOUTON, J. 2001. **The practice of social research**. Cape Town: Oxford University Press.

BALLARD, C.G; DAVIS, R; CULLEN, P.C; MOHAN, R.N; DEAN, C. 1994. Prevalence of postnatal psychiatric morbidity in mothers and fathers. **British journal of psychiatry**. (164):782-788.

BENNETT, S.S; INDMAN, P. 2004. **Beyond the blues. A guide to understanding and treating prenatal and postpartum depression**. USA: Moodswing Press.

BIDDULPH, S. 1995. **Manhood**. Australia: Finch Publishings Pty Limited.

BISHOP, L. 1999. **Postnatal depression**. Oakland: New Harbinger Publications.

BOOYSEN, C.M. 1981. **Verklarende handboek van die afrikaanse taal (HAT)**. Johannesburg en Kaapstad: Perskor Uitgewers.

BOSMAN, D.B; VAN DER MERWE, I.W; HIEMSTRA, L.W. 1984. **Tweetalige Woordeboek**. Kaapstad: Tafelberg uitgewers.

BROCKINGTON, I. 1999. **Motherhood and mental health**. New York: Oxford University Press.

CARTER, D.M. 1994. **A holistic family orientated approach to postpartum mood and anxiety disorders**. Toronto: PSI Konferensie.

COX, J.L; HOLDEN, R; SAGOVSKY, R. 1987. **The Edinburgh postnatal depression scale** [WEB]http:// [www.pndsa.co.za](http://www.pndsa.co.za). [Date of access: July 2004].

COOK, E. 1995. Tears before bedtime from dad. **The independant**. 1 Februarie 1995.

COPELAND, M.E. 1994. **The depression workbook**. Oakland: New Harbinger Publications.

CROCKENBERG,S.C & LEERKES,E.M. 2003. Parental acceptance, postpartum depression and maternal sensitivity: mediating and moderating processes. **Journal of family psychology**. 17(1):80-93.

CRONENWETT, L.R. & KUNST-WILSON, W. 1981. Stress, social support, and the transition to fatherhood. **American journal of nursing**. (30):196-201.

CURHAM, S. 2000. **Antenatal & postnatal depression**. Sydney: Rebury Press.

DE VOS, A.S. 2002. **Research at grass roots**. Pretoria: Van Shaik Uitgewers.

DUDLEY, M; ROY, K; KELK, N; BERNARD, D. 2001. Psychological correlates of depression in fathers and mothers in the first postnatal year.

**Journal of Reproductive and Infant Psychology.** 19(3):187-202.

DUNNEWOLD, A & SANFORD, D.G. 1994. **Postpartum survival guide.** Oakland: New Harbinger Publications.

DU PLESSIS, K. 2001. Fathers and depression. **Mother and baby. Tender loving care.** Autumn:47-51.

FADDEN, G; BEBBINGTON, P; KUIPERS, L. 1987. Caring and its burdens : A study of the spouses of depressed patients. **British journal of psychiatry.** (15) :660-667.

GOTLIB, I.H; WHIFFEN, V.E; WALLACE, P.M; MOUNT, J.H. 1991. Prospective investigation of postpartum depression: Factors involved in onset and recovery. **Journal of abnormal psychology.** 100(2):122-132.

GOUWS, M; LOUW, D.A; MEYER, W.F; PLUG, C. 1997. **Psigologiese woordeboek.** Pretoria: Stigma Uitgewers.

HAMILTON, J.A. & HARBERGER, P.N. 1992. **Postpartum psychiatric illness: A picture puzzle.** Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

HANNA, P; ADAMS, D; LEE, A; GLOVER, V; SANDLER, M. 1992. Links between early post-partum mood and post- natal depression. **British journal of psychiatry.** (160):777-780.

HART, S; FIELD, T; STERN, M; JONES, N. 1997. Depressed fathers' stereotyping of infants labeled "depressed". **Infant mental health journal.** 18(4):436-445.

HARVEY, E.1999. **Postnatal depression: your questions answered.** USA: Element Books Limited.

HICKMAN, R & HICKMAN, S. 1999. A framework for supporting husbands. **Congress on postnatal depression.** Britain: Oxford.

JOHNSON, L.C & YANCA, S.J. 2004. **Social work practice, a generalist approach.** USA: Pearson Education Inc.

KENNEDY, H.P; BECK, C.T; DRISCOLL, J.W. 2002. A light in the fog: caring for women with postpartum depression. **Journal of midwifery and health.** 47(5) :318-327.

KLEIMAN, K. 2000. **The postpartum husband, practical solutions for living with postpartum depression.** USA: Xlibris Corporation.

KLEIMAN, K.R & RASKIN, V.D. 1994. **This isn't what I expected: Overcoming postpartum depression.** USA: A Bantam Book.

LANE, A; KEVILLE, R; MORRIS, M; KINSELLA, A; TURNER ,M; BARRY, S. 1997. Postnatal depression and elation among mothers and their partners: Prevalence and predictors. **British journal of psychiatry.** (171):550 – 555.

LOGAN, R. 1988. Helping a spouse over a major depression. **Medical aspects of human sexuality.** May 1988:34-41.

LOUW, D.A. 1989. **Suid Afrikaanse handboek van abnormale gedrag.** Johannesburg: Southern Boekuitgewers Bpk.

LOVESTONE, S & KUMAR, R. 1993. Postnatal psychiatric illness: The impact on partners. **British journal of psychiatry.** (163):210-216.



- MANDER, G. 2001. Fatherhood today: variations on a theme. **Psychodynamic Counselling**. (7):141-158.
- MARTYN, E. 2001. **Baby shock!** Great Britain: Bookmarque Ltd.
- MEIGHAN, M; DAVIS, M; THOMAS, S; DROPPLEMAN, P. 1999. Living with postpartum depression: The father's experience. **American journal of maternal child nursing**. (60):202-208.
- MILLS, L. Direkteur van PNDSA. 2004. **Birth and a father**. Kaapstad. Persoonlike mededeling.
- MILNERTON MEDIKLINIEK. Van der Westhuizen, T. Administrasie beampte. 16 Februarie 2005. **Geboorte statistiek**. Kaapstad. Persoonlike mededeling.
- MISRI, S. 1996. **Should't I be happy**. Great Britain: Bookmarque Ltd.
- NAJMAN, M.J; O'CALLAGHAN, M.J; WILLIAMS, G.M. 2000. Postpartum depression – myth and reality: maternal depression before and after the birth of a child. **Social Psychiatry Psychiatric Epidemiol**. (35):19-27.
- NHIWATIWA, S; PATEL, V; ACUDA, W. 1998. Predicting postnatal mental disorder with a screening questionnaire: a prospective cohort study from Zimbabwe. **Journal epidemiol community health**. (52):262 – 266.
- NICOLSON, P. 1999. Loss, happiness and postpartum depression: The ultimate paradox. **Canadian psychology**. 40(2):162 – 178.
- NONACS, R & COHEN, L.S. 1998. Postpartum mood disorders: Diagnoses and treatment guidelines. **Journal clinical psychiatry**. 59(2):34-39.

ODENDAAL, F.F; SCHONEES, P.C; SWANEPOEL, C.J; DU TOIT, S.J;  
PARENT DEVELOPMENT CENTRE. 2000. **Heartache and hope: living  
through postpartum depression**. Australia: White Iron Productions.

POST NATAL DEPRESSION SUPPORT ASSOCIATION. 2003. **Jaarverslag**.  
Kaapstad. Suid Afrika. 7(2).

RASKIN, V.D; RICHMAN, J.A; GAINES, C. 1990. Patterns of depressive  
symptoms in expectant and new parents. **American journal of psychiatry**.  
(147):658 – 660.

RIX, J. 1995. **Is there sex after childbirth?** Great Britain: Thorson  
Publishers.

ROAN, L.S. 1997. **Postpartum depression**. Massachusetts: Adams Media  
Corporation.

SEBASTIAN, L. 1998. **Overcoming postpartum depression and anxiety**.  
Nebraska: Addicus books inc.

SMITH, J.M. 1999. Post partum depression: A husbands experience.  
**International journal of nursing practice**. 24(4):200-202.

SOLIDAY, E; Mc CLUSKEY-FAWCETT,K; O'BRIEN,M; 1999. Postpartum  
affect an depressive symptoms in mothers and fathers. **American journal of  
orthopsychiatry**. 69(1):30-38.

TAMMENTIE, T; TARKKA, M; ÄSTEDT-KURKI, P; PAAVILAINEN, E. 2002.  
Sociodemographic factors of families related to postnatal depressive  
symptoms of mothers. **International journal of nursing practice**. (8):240-  
246.

TOSELAND, R.W. & RIVAS, R.F. 2005. **An introduction to group work practice**. USA: Pearson education inc.

VAKTAALKOMITEE VIR MAATSKAPLIKE WERK .1995. **Nuwe Woordeboek vir Maatskaplike Werk**. Pretoria: CTP Book Printers.

VAN DER MERWE. A. 2004. **Stresstrategie: Verstaan en bestuur jou stres vir 'n gebalanseerde, energieke lewe**. Kaapstad: Tafelberg-uitgewers.

WALTHER, V.N. 1997. Postpartum depression a review for perinatal social workers. **Social health care** 24(3-4):99-111.

WELFORD, H. 1998. **Book of postnatal depression**. London: NCT Publishing.

WILLIAMS, M. & GRINNELL, R.M. 1990. **Research in social work**. Illinois. F.E.Peacock publishers.

WILLIAMS, M; TUTTY, L.M; GRINNELL, R.M. 1995. **Research in social work: An introduction (2 nd Edition)**. Illinois: F.E.Peacock Publishers.

ZELKOWITZ, P & MILET, T.H. 1997. Stress and support as related to postpartum paternal mental health and perceptions of the infant. **Infant mental health journal**. 18(4):424-435.

# BYLAE 1

## Edinburgh Postnatal Depression Scale

(J.L.Cox, J.M.Holden, R.Sagovsky, 1987.)

[www.pndsa.co.za](http://www.pndsa.co.za)

Name:

Address:

Phone:

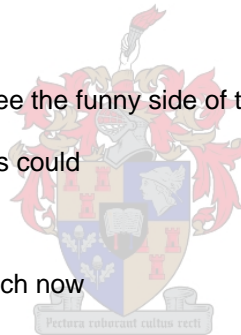
Date:

### Baby's Age:

As you have recently had a baby, we would like to know how you are feeling. Please **UNDERLINE** the answers which comes closest to how you have felt **IN THE PAST 7 DAYS**, not just how you feel today.

1. I have been able to laugh and see the funny side of things

- 0 As much as I always could
- 1 Not quite so much
- 2 Definitely not so much now
- 3 Not at all



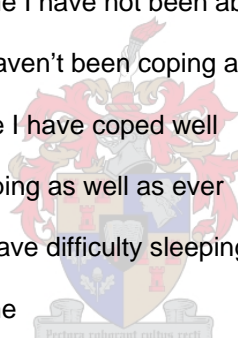
2. I have looked forward to things

- 0 As much as I ever did
- 1 Rather less than I used to
- 2 Definitely less than I use to
- 3 Hardley at all

3. I have blamed myself unnecessarily when things went wrong

- 3 Yes, most of the time
- 2 Yes, some of the time
- 1 Not very often
- 0 No, never

4. I have been anxious or worried for no very good reason
- 0 No, not at all
  - 1 Hardly ever
  - 2 Yes, sometimes
  - 3 Yes, very often
5. I have felt scared or panicky for no very good reason
- 3 Yes, quite a lot
  - 2 Yes, sometimes
  - 1 No, not much
  - 0 No, not at all
6. Things have been getting on top of me
- 3 Yes, most of the time I have not been able to cope at all
  - 2 Yes, sometimes I haven't been coping as well as usual
  - 1 No, most of the time I have coped well
  - 0 No, I have been coping as well as ever
7. I have been so unhappy that I have difficulty sleeping
- 3 Yes, most of the time
  - 2 Yes, sometimes
  - 1 Not very often
  - 0 No, not at all
8. I have felt sad or miserable
- 3 Yes, most of the time
  - 2 Yes, quite often
  - 1 not very often
  - 0 No, not at all
9. I have been so unhappy that I have been crying
- 3 Yes, most of the time
  - 2 Yes, quite often
  - 1 Only occasionally



0 No, never

10. The thought of harming myself has occurred to me

3 Yes, quite often

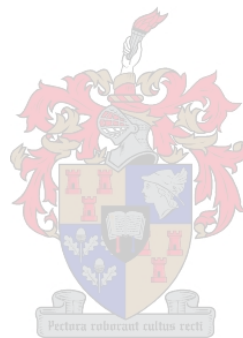
2 Sometimes

1 Hardly ever

0 Never

Cutt off: 12/13

SCORE:.....



## BYLAE 2

### ONDERHOUDSKEDULE

Die deelnemers sal hoofsaaklik aangemoedig word om op 'n narratiewe wyse (storie vertelling) hulle ervaring van PND te omskryf. Met verdere eksplorاسie sal die volgende aspekte van postnatale depressie (PND) en die effek wat dit op die deelnemer het bespreek word:

1. Wanneer het jy besef dat jou vrou iets makeer?
2. Hoe het PND jou verhouding met jou vrou en baba beïnvloed?
3. Bespreek hoe jou verwagtings van vaderskap skade gelei het as gevolg van jou vrou se PND.
4. Moes jy as persoon sekere aanpassings maak, omdat jou vrou siek geword het? Verduidelik watter aanpassings gemaak moes word indien positief op hierdie vraag geantwoord is.
5. Dink jy dat 'n man se selfbeeld en selfwaarde deur sy vrou se siekte geaffekteer kan word? Bespreek hierdie antwoord.
6. Het jy ooit self simptome van depressie ervaar?
7. Wat is jou mening oor die intervensiestategie wat jou vrou ontvang het en kon dit, volgens jou opinie, op 'n ander wyse benader gewees het?