

**POSTPARTUM-DEPRESSIE EN VERBANDHOUDENDE FAKTORE**  
**BY**  
**SOTHO- EN ZOELOE-MOEDERS**

**Loraine Lacock**



Werkstuk ingelewer ter gedeeltelike  
voldoening aan die vereistes vir die graad  
M.A. (Kliniese Sielkunde) aan die  
Universiteit van Stellenbosch

Studieleier: Me J.J. Spangenberg

Desember 1992

### Verklaring

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

25/11/1992

Datum

## OPSOMMING

Die hoofdoelstelling van die huidige studie was om moontlike verbandhoudende faktore van postpartum-depressie by swart Suid-Afrikaanse vroue te identifiseer. Op grond van 'n literatuurstudie is sekere potensiële verbandhoudende faktore wat deur vorige navorsers ondersoek is, in vyf afdelings gegroepeer, naamlik demografiese, biologiese, verloskundige en interpersoonlike faktore asook persoonlike geskiedenis van depressiewe episodes.

Individuele semi-gestruktureerde onderhoude is met 'n steekproef van 97 Sotho- en Zoeloe-vroue, tussen 2 en 24 weke postpartum, gevoer. Vir die onderhoud is 'n vraelys gebruik wat vraelysitems met betrekking tot potensiële verbandhoudende faktore van postpartum-depressie ingesluit het. Die vraelys het ook die verkorte vorm van die Beck-Depressieskaal (BDS) ingesluit. Die vraelys is in Sotho vertaal. Die steekproef is op grond van die BDS verdeel in 'n depressiewe ( $n = 63$ ) en 'n nie-depressiewe groep ( $n = 34$ ). Die twee groepe is statisties met mekaar vergelyk ten opsigte van potensiële verbandhoudende faktore.

Wat **demografiese** faktore betref, het die twee groepe statisties beduidend verskil ten opsigte van onbeplande swangerskap, huwelikstatus en finansiële sekuriteit. Ten opsigte van ouderdom, pariteit en behuisingsprobleme het die groepe nie beduidend van mekaar verskil nie.

Ten opsigte van **biologiese** faktore, naamlik premenstruele spanning en borsvoeding, was daar geen beduidende verskille tussen die depressiewe en die nie-depressiewe groepe nie.

Ook **verloskundige** faktore, naamlik vorige miskrame en/of stilgeboortes en keisersneegeboortes, het nie beduidend onderskei tussen depressiewe en nie-depressiewe subjekte nie.

Ten opsigte van **interpersoonlike verhoudings** het die depressiewe en nie-depressiewe groepe beduidend van mekaar verskil wat betref huwelikstevredenheid en sosiale ondersteuning, maar nie ten opsigte van die verhouding met die eie moedersfiguur nie.

Wat 'n **geskiedenis van vorige depressiewe episodes** betref, het vorige postpartum-depressiewe episodes beduidend verband gehou met huidige postpartum-depressie. Die twee groepe het egter nie beduidend van mekaar verskil ten opsigte van 'n geskiedenis van nie-postpartum-depressiewe episodes nie.

## ABSTRACT

The main aim of the present study was to identify possible related factors related to postpartum depression in black South African women. Following a survey of the literature, certain potential related factors, investigated by previous researchers, were grouped into five categories, i.e. demographic, biological, obstetric and interpersonal factors, as well as personal histories of depressive episodes.

Individual semi-structured interviews were conducted in a sample of 97 Sotho and Zulu women, between two and 24 weeks postpartum. For the interviews a questionnaire was used which included items referring to factors potentially related to postpartum depression. The questionnaire also included a shortened version of the Beck Depression Inventory (BDI). The questionnaire was translated in Sotho. The sample was divided in a depressed group ( $n = 63$ ) and a non-depressed group ( $n = 34$ ) on the basis of their BDI scores. The two groups were compared statistically in terms of potential related factors.

Concerning demographic factors, the two groups differed significantly in terms of unplanned pregnancy, marital status and financial security. No significant differences were found between the two groups regarding age, parity and housing problems have been found.

In terms of biological factors, i.e. premenstrual tension and breast-feeding, no significant differences were found between the depressive and non-depressive groups.

Obstetric factors, i.e. previous miscarriages and/or stillbirths and Caesarean births, did not discriminate significantly between depressed and non-depressed subjects.

As to interpersonal relationships the depressive and non-depressive groups differed significantly in terms of marital satisfaction and social support, but no significant difference was found in the relationship with their mother figure.

Concerning the history of previous depressive episodes, previous postpartum depressive episodes correlated significantly with present postpartum depression. The two groups did however not differ significantly in terms of histories of non-postpartum depressive episodes.



## DANKBETUIGINGS

Graag wil ek my opregte dank en waardering betuig teenoor die volgende persone sonder wie se bystand hierdie projek nie moontlik sou gewees het nie.

- Eer aan God vir Sy genade;
- Me. Judora Spangenberg, my studieleier, vir haar deeglikheid, leiding en steun;
- Professor A.T. Möller vir sy bydrae as mede-studieleier;
- Me. Selina Mokoena vir haar onontbeerlike hulp met die insameling van die data en met die vertaling van die vraelys;
- Mnr. S. Mothibe, me. Dorothy Mothibe en me. Magdaliëna Maseko vir hulle hulp met die vertaling van die vraelys;
- Me. Chrisna van der Merwe vir bekwame tikwerk, steun en aanmoediging;
- My ouers en die Van der Merwe-gesin vir hul deurlopende bystand en bemoediging;
- Al die vroue wat aan die projek deelgeneem het.

## INHOUDSOPGAWE

		Bladsy
HOOFSTUK 1	INLEIDING, MOTIVERING EN DOELSTELLINGS	1
	1. Inleiding	1
	2. Motivering vir die ondersoek	2
	3. Breë doelstellings van die ondersoek	3
	3.1 Insidensie	4
	3.2 Verbandhoudende faktore	4
HOOFSTUK 2	DIE KONSEP POSTPARTUM-DEPRESSIE EN VERWANTE BEGRIPPE	5
	1. Die postpartum-periode	5
	2. Bekendste postpartum-versteurings	5
	2.1 "Maternity blues"	6
	2.2 Postpartum-psigose	8
	2.3 Postpartum-depressie	11
	3. Simptomatologie van postpartum-depressie	11
	4. Aanvangstydperk van postpartum-depressie	13
	5. Duur van postpartum-depressie	14
	6. Insidensie van postpartum-depressie	15
	7. Konsekwensies van postpartum-depressie	20
HOOFSTUK 3:	KRUIKULTURELE ASPEKTE VAN POSTPARTUM-DEPRESSIE	24
	1. Kruiskulturele navorsing oor psigopatologie	24
	2. Depressie in Afrika	28
	3. Postpartum-depressie in nie-Westerse kulture	35

HOOFSTUK 4: FAKTORE WAT VERBAND HOU MET POSTPARTUM-DEPRESSIE	40
1. Inleiding: Teorieë oor die ontstaan van postpartum-depressie	40
2. Faktore wat verband hou met postpartum-depressie	41
2.1 Demografiese faktore	42
2.1.1 Huwelikstatus en die beplandheid van swangerskap	42
2.1.2 Ouderdom	43
2.1.3 Pariteit	44
2.1.4 Sosio-ekonomiese omstandighede	45
2.2 Biologiese faktore	46
2.2.1 Teorie ten opsigte van hormonale faktore	46
2.2.2 Premenstruele sindroom	47
2.2.3 Menstruele probleme	48
2.2.4 Mondelike voorbehoedmiddels	48
2.2.5 Borsvoeding	50
2.2.6 "Maternity blues"	52
2.3 Verloskundige faktore	53
2.3.1 Aborsies, miskrame en stilgeboortes	53
2.3.2 Prematuriteit	54
2.3.3 Keisersnee-geboortes en ander verloskundige faktore	54
2.4 Interpersoonlike verhoudings	56
2.4.1 Huwelikstevredenheid	56
2.4.2 Verhouding met eie moeder	59
2.4.3 Sosiale ondersteuning	60
2.5 Psigopatologie en persoonlikheid	62
2.5.1 Familiegeskiedenis van psigopatologie	62
2.5.2 Persoonlike psigiatriese geskiedenis	63
2.5.3 Angstigheid en depressie tydens swangerskap	65
2.6 Stresvolle lewensgebeure	66
2.7 Die temperament van die baba	68

HOOFSTUK 5:	SAMEVATTING VAN DIE LITERATUUR OOR POSTPARTUM-DEPRESSIE	71
HOOFSTUK 6	HIPOTESESTELLING	73
HOOFSTUK 7	METODE VAN ONDERSOEK	77
1.	Subjekte	77
1.1	Seleksiekriteria	77
1.2	Beskrywing van die opset waarin die ondersoek uitgevoer is	79
1.3	Seleksie van subjekte	81
1.4	Beskrywing van subjekte	82
2.	Meetinstrumente	92
2.1	Demografiese vraelys	92
2.2	Huwelik/Verhoudingstevredenheids- vraelys	93
2.3	Sosiale ondersteuningsvraelys	94
2.4	Beck-Depressieskaal (BDS)	95
3.	Prosedure	98
3.1	Vertaling van vraelys	98
3.2	Insameling van data	100
4.	Duur van ondersoek	101
5.	Statistiese verwerkings	102
HOOFSTUK 8	RESULTATE	103
1.	Die insidensie van postpartum- depressie	103
2.	Verbandhoudende faktore	104
2.1	Demografiese faktore	104
2.2	Biologiese faktore	109
2.3	Verloskundige faktore	112
2.4	Interpersoonlike verhoudings	114
2.5	Persoonlike psigiatriese geskiedenis	118

HOOFSTUK 9	BESPREKING	121
1.	Die insidensie van postpartum-depressie	121
2.	Verbandhoudende faktore	124
2.1	Demografiese faktore	125
2.2	Biologiese faktore	129
2.3	Verloskundige faktore	132
2.4	Interpersoonlike verhoudings	133
2.5	Persoonlike psigiatriese geskiedenis	138
3.	Voorstelle vir verdere navorsing	139
VERWYSINGS	SLYS	142
BYLAE 1		148
BYLAE 2		159

## HOOFSTUK 1

# INLEIDING, MOTIVERING VIR EN DOELSTELLINGS VAN DIE ONDERSOEK

## 1. INLEIDING

Die eerste lewensjaar van 'n baba is 'n tydperk waarin daar baie eise aan die moeder gestel word, hetsy dit haar eerste kind is of nie (Cleaver & Botha, 1989). Eise en verantwoordelikhede is nie slegs beperk tot babasorg nie. Alhoewel kindergeboorte 'n mylpaal vir die moeder en die baba is, is dit ook 'n sosiale gebeurtenis wat die gesin en die gemeenskap insluit (Harkness, 1987). Interpersoonlike veranderinge en aanpassings in die huweliksverhouding, die gesin en in sosiale rolle word dus ook vereis. Die verskeie aanpassings wat die moeder na kindergeboorte moet maak, asook die eise en verantwoordelikhede verbonde aan babasorg, bring mee dat beide sielkundige en fisieke stres 'n inherente deel van moederskap uitmaak (Spangenberg, 1987).

Bogenoemde aanpassings na kindergeboorte is nie slegs beperk tot Westerse moeders nie. Kindergeboorte, babasorg en daarmee gepaardgaande aanpassings is 'n universele verskynsel. Navorsers het bevind dat blanke sowel as swart moeders hierdie aanpassing as baie stresvol ervaar het (Hobbs & Wimbish, 1977). Uit navorsingsbevindings blyk dit ook dat swart moeders moeiliker as blanke moeders aangepas het by al die eise wat kindergeboorte stel (Hollifield, Katon, Spain & Pule, 1990).

Die wyse waarop vroue hierdie normale aanpassings maak, is reeds goed deur navorsers bestudeer (O'Hara, 1987). Die aanpassing van sommige vroue gedurende die postpartum periode is soms nie optimaal nie. Hierdie swak aanpassing reflekteer dan in psigiatriese versteurings, veral depressie. Navorsers het bevind dat vroue na kindergeboorte aan 'n groter risiko vir depressie onderhewig was (Gard, Handley, Parsons & Waldron, 1986; Gjerdingen; Froberg & Wilson, 1986; Murray & Gallahue, 1987). Postpartum-depressie hou negatiewe implikasies in vir die geestesgesondheid van die moeder en vir die emosionele en sosiale ontwikkeling van die kind. Die huweliksverhouding en die gesin word ook negatief beïnvloed deur dié toestand (O'Hara, 1987).

In 'n tydperk waarin 1) die sielkunde van die vrou in toenemende mate 'n belangrike navorsingsterrein word (Spangenberg, 1987) en waarin 2) klem geplaas word op 'n gesonde gesinsintegrasie as essensieel vir sosiale geestesgesondheid (Psychological Association of South Africa, 1989), is navorsing oor postpartum-depressie baie toepaslik. Eerstens is stres, ondersteuningsisteme en die rol-verantwoordelikhede (byvoorbeeld babasorg) van 'n vrou belangrike faktore wat in ag geneem moet word om die geestesgesondheid van die vrou te verstaan (Cleaver & Botha, 1989). Tweedens, aangesien postpartum-depressie ook die gesinsintegrasie negatief beïnvloed, het dit 'n indirekte negatiewe uitwerking op die geestesgesondheid van die gemeenskap.

Swartes vorm die meerderheidsgroep van die Suid-Afrikaanse bevolking. Aangesien postpartum-depressie nie net die individu (moeder en baba) se geestesgesondheid negatief beïnvloed nie, maar ook dié van die gesin en van die wyer gemeenskap, is 'n ondersoek na verbandhoudende faktore van postpartum-depressie in die swart gemeenskap dus toepaslik.

## 2. MOTIVERING VIR DIE ONDERSOEK

Drie faktore het hoofsaaklik aanleiding gegee tot motivering vir die ondersoek:

- 1) Spangenberg (1987) het 'n insidensie van 27,2% van postpartum-depressie bevind in 'n Suid-Afrikaanse steekproef. Dit het ooreengestem met die verkreë insidensie in oorsese studies. Die steekproef het egter net blanke Suid-Afrikaanse moeders ingesluit. Spangenberg het aanbeveel dat navorsing uitgebrei behoort te word na ander kulturele en etniese groepe ten einde 'n beeld te verkry van die insidensie en etiologie van dié versteuring in die Suid-Afrikaanse bevolking as geheel.
- 2) Postpartum-depressie speel 'n negatiewe rol in die ontwikkeling van die **baba** se geestesgesondheid (Cleaver & Botha, 1989). Dit benadeel ook die geestesgesondheid van die **moeder**, die **huweliksverhouding** en die **gesin** (O'Hara, 1987). Aangesien gesonde gesinsintegrasie essensieel is vir sosiale stabiliteit en geestesgesondheid (Psychological Association of

South Africa, 1989), het postpartum-depressie dus ook 'n negatiewe invloed op die **geestesgesondheid van die samelewing** in die algemeen.

Gedurende die afgelope dekade was daar toenemende belangstelling in geestesgesondheidsprobleme in die ontwikkelende lande (Hollifield, et al., 1990) en ook in Suid-Afrika (Psychological Association of South Africa, 1989). Die Sielkundevereniging van Suid-Afrika (Psychological Association of South Africa, 1989) beklemtoon **voorkoming** as strategie vir 'n beter geestesgesonde samelewing. Dit is egter belangrik om risikofaktore en hoërisikogevalle met behulp van navorsing te identifiseer om sodoende doeltreffende voorkomingsprogramme vir geestesgesondheid te beplan.

Die identifisering van risikofaktore van, en die beplanning van voorkomingsprogramme vir postpartum-depressie, kan moontlik 'n belangrike bydrae lewer tot beter geestesgesondheid in die Suid-Afrikaanse samelewing. Om die risiko- en verbandhoudende faktore van postpartum-depressie in die Suid-Afrikaanse samelewing as geheel te identifiseer, behoort navorsing ook uitgebrei te word na ander kulturele en etniese groepe.

- 3) Navorsing oor vroue met 'n lae sosio-ekonomiese status en met 'n ander velkleur as blank, geniet 'n lae navorsingsprioriteit (Cleaver & Botha, 1989). Gerapporteerde navorsingsbevindings oor postpartum-depressie by swart moeders is baie skaars. Harkness (1987) het egter bevind dat, alhoewel postpartum-depressie nie in alle kulture gemanifesteer het met die Westerse eienskappe wat daaraan toegeskryf is nie, dit tóg herken kon word op 'n kulturele vlak.

### 3. BREË DOELSTELLINGS VAN DIE ONDERSOEK

Die doelstellings van die huidige ondersoek word in Hoofstuk 6 volledig uiteengesit. Hier word dit slegs in breë trekke aangedui.



### 3.1 INSIDENSIE

Die eerste doelstelling was om te bepaal of die insidensie van postpartum-depressie in die plattelandse swart Suid-Afrikaanse samelewing ooreenstem met die onlangse bevinding van ongeveer 27% in die blanke Suid-Afrikaanse samelewing (Spangenberg, 1987).

### 3.2 VERBANDHOUDENDE FAKTORE

'n Omvattende studie van die literatuur dui daarop dat postpartum-depressie onder andere korreleer met sekere demografiese, biologiese, ginekologiese, verloskundige en persoonlike psigiatriese faktore by die moeder. Die tweede en belangrikste doelstelling van die huidige studie was die identifisering van hierdie faktore met die oog op die identifisering van risikofaktore en hoërisikogevalle. Aangesien gemeenskapsielkunde in Suid-Afrika gerig is op **voorkoming** (Psychological Association of South Africa, 1989), kan die identifisering van risikofaktore en hoërisikogevalle moontlik bruikbare inligting bied vir die beplanning van doeltreffende voorkomingsprogramme vir geestesgesondheid.

Faktore waarvan die moontlike verband met postpartum-depressie ondersoek sal word, sluit in:

- **Demografiese faktore:** onbeplande swangerskap; huwelik-status; ouderdom; pariteit; finansiële posisie; behuising.
- **Biologiese faktore:** premenstruele spanning; mondelike voorbehoedmiddels; borsvoeding.
- **Verloskundige faktore:** miskrame en/of stilgeboortes; keisersnee-geboortes.
- **Interpersoonlike verhoudings:** huwelikstevredenheid; verhouding met primêre moederfiguur; sosiale ondersteuning.
- **Persoonlike psigiatriese geskiedenis:** vorige depressiewe episodes.

## HOOFSTUK 2

### DIE KONSEP POSTPARTUM-DEPRESSIE EN VERWANTE BEGRIPPE

In die huidige studie word ondersoek ingestel na die insidensie van en verbandhoudende faktore in postpartum-depressie onder Sotho- en Zoeloe-moeders. Voordat navorsing in dié verband egter bespreek word, ag die huidige navorser dit belangrik om 'n begripsomskrywing te doen van die **bekendste versteurings wat voorkom in die postpartum-periode**.

#### 1. DIE POSTPARTUM-PERIODE

Die postpartum-periode is die tydperk tussen die kraamproses en die herstel van die vroulike voortplantingstelsel na die normale nie-swanger toestand. Dié tydperk staan bekend as die puerperium. Dit duur in die meeste vroue ongeveer ses weke (Spangenberg, 1987).

#### 2. BEKENDSTE POSTPARTUM-VERSTEURINGS

Alhoewel die geboorte van 'n baba die beëindiging van sekere swangerskapverwante risiko's meebring, kenmerk dit ook die begin van ander risiko's wat kenmerkend is van die postpartum-periode. Hierdie risiko's kan fisiese sowel as geestesversteurings insluit. Verskeie navorsingsbevindings gedurende die afgelope twee dekades dui daarop dat vroue gedurende die postpartum-periode aan 'n groter risiko vir gemoedversteurings (gewoonlik depressie) onderhewig is (Gard et al., 1986; Gjerdingen et al., 1986; Murray & Gallahue, 1987; Pieters & Spangenberg, 1988).

Die assosiasie tussen die postpartum-periode en 'n depressiewe gemoed en is nie beperk tot die moderne lewenstyl nie. Reeds in die negentiende eeu het Hippocrates 'n postpartum siekte as "postpartum koors" beskryf. Daar is ook verwys na "melkkoors" en na "laktase-psigose" omdat hierdie toestande met die produsering van melk geassosieer is (Murray & Gallahue, 1987).

Disforiese gemoedversteurings wat gedurende die postpartum-periode ontwikkel, word gewoonlik in drie kategorieë, in 'n volgorde van toenemende graad van erns, geklassifiseer, naamlik "**maternity blues**", **postpartum-depressie** en **postpartum-psigose** (Gard et al., 1986; Gjerdingen et al., 1986; Hurt & Ray, 1985; Kendell, 1985; Murray & Gallahue, 1987; Spangenberg, 1987).

## 2.1 "MATERNITY BLUES"

"Maternity blues" verwys na 'n nie-ernstige affektiewe sindroom wat gewoonlik binne die eerste week na geboorte voorkom (O'Hara, 1987).

Volgens die beskrywende studies wat deur O'Hara (1987) aangehaal word, word die eerste paar dae na geboorte deur moeders as besonder stresvol ervaar. Klagtes het dikwels verband gehou met liggaamlike ongemak asook met kognitiewe, affektiewe en somatiese veranderinge. Hierdie klagtes kon moontlik die gevolg gewees het van die fisiese stres van kraam, uitputting, min slaap, hormonale veranderinge na geboorte en die aanvang van laktase. Die effek van medikasie en die hospitaalomgewing kon ook moontlik tot bogenoemde klagtes aanleiding gegee het (Spangenberg, 1987). Gedurende hierdie eerste paar dae na geboorte word "maternity blues" dan gerapporteer. Die "blues" word gekenmerk deur **simptome** soos emosionele labiliteit, huilerigheid, 'n gevoel van moedeloosheid en ontoereikendheid en 'n onvermoë om situasies te hanteer (veral ten opsigte van die versorging van die baba). Ander simptome is angstigtheid en moegheid. Soms kom geïrriteerdheid, hoofpyne en hipokondriase ook voor (Dennerstein, Morse & Varnavides, 1988; Knight & Thirkettle, 1987; Kraus & Redman, 1986; Murray & Gallahue, 1987; Spangenberg, 1987). Alhoewel die term "blues" klem plaas op aspekte van ongelukkigheid en depressie, is simptome soos huil, verwarring, angs en gemoedslabiliteit prominent vir baie vroue (O'Hara, 1987).

Die "blues" is so 'n algemene postpartum toestand, dat sommige navorsers dit as normaal beskou het (Paykel, Emms, Fletcher & Rassaby, 1980). Navorsers rapporteer **insidensies** wat wissel tussen 50% en 85% (Bagedahl-Strindlund, 1986; Dennerstein, Varnavides & Burrows, 1986; Gjerdingen et al., 1986; Kraus & Redman, 1986; Murray & Gallahue, 1987; O'Hara, 1987; Saks et al., 1985). Verskillende kriteria vir die "blues" kan moontlik bydra tot insidensie-verskille wat gerapporteer is. Sommige studies het "blues" gediagnoseer op grond van een

simptoom, naamlik huilerigheid, terwyl ander meer simptome vereis het. Gestandaardiseerde gemoedskale soos die Beck-Depressieskaal en die "Multiple Affect Adjective Check List" is ook in sommige studies as kriteria vir die diagnose van "maternity blues" gebruik (O'Hara, 1987). In studies waarin strengere kriteria gebruik is, is laer insidensie-syfers gekry.

Die "blues" het soms 'n stadige aanvang met 'n geleidelike ontwikkeling van simptome. Gewoonlik word die "blues" egter gekenmerk deur skielike aanvang (Macy & Falkner, 1979). Volgens Kane (aangehaal in Spangenberg, 1987) is die aanvang van die "blues" byna nooit voor die derde dag postpartum nie. Verskeie navorsers beskou die derde dag postpartum as die mees algemene aanvangstyd (Gjerdingen et al., 1986; Kraus & Redman, 1986), terwyl ander navorsers die vyfde dag postpartum as die mees algemene aanvangstyd beskou (Kendell, 1985; Levy, 1987). Alhoewel verskille ten opsigte van die spesifieke aanvangstyd van die "blues" gerapporteer word, het Hurt en Ray (1985) beklemtoon dat die toestand gewoonlik binne die derde en tiende dag van die postpartum-periode voorkom.

"Maternity blues" word as 'n kortstondige verandering van die gemoedstoestand beskryf (Bagedahl-Strindlund, 1986; Gjerdingen et al., 1986; Kraus & Redman, 1986; Murray & Gallahue, 1987). Die **duur** van die toestand kan wissel tussen 'n paar uur en 'n paar dae (Gjerdingen et al., 1986). Volgens Pitt (aangehaal in Kraus & Redman, 1986) duur die toestand gewoonlik tussen 24 en 48 uur. Cox (1983) beskou die duur daarvan as twee tot drie dae.

Ten spyte van verskeie studies bestaan daar steeds onsekerheid ten opsigte van spesifieke **oorsaaklike faktore** van "maternity blues" (Levy, 1987).

Alhoewel baie navorsing gefokus het op die biologiese aspekte van "maternity blues" (Levy, 1987), was daar ook studies wat die verband tussen demografie, stres, asook tussen 'n psigiatriese geskiedenis en "maternity blues" ondersoek het. Oor die algemeen is bevind dat demografiese veranderlikes soos ouderdom, sosio-ekonomiese status en pariteit nie met die "blues" geassosieer kan word nie (O'Hara, 1987). Teenstrydig met laasgenoemde was daar tog navorsers wat bevind het dat die "blues" meer kenmerkend van primipareuse vroue was. Die "blues" het dus moontlik verband gehou met die aanpassing by moederskap (Yalom, Linde, Moos & Hamburg, 1968). Navorsing rapporteer dat babas wat baie huil, naar word en snags lastig is, met die "blues" geassosieer kon word.

(Gjerdingen et al., 1986). Simptome van angs en depressie tydens swangerskap, het ook as oorsáaklike faktor vir die "blues" gedien (Knight & Thirkettle, 1987).

Die predominante verklaring vir "maternity blues" is dat hormoonvlakke soos dié van estrogeen, progesteron, prolaktien en kortisol óf te hoog óf te laag is gedurende die postpartum-periode; en dat veranderinge in die hormoonvlakke te vinnig of te stadig plaasvind (Dalton, 1971; Levy, 1987; O'Hara, 1987). Levy (1987) het egter bevind dat die gemoedstoestand wat bekend is as "maternity blues", nie uniek is aan die postpartum periode nie. Gedurende die tydperk na 'n groot operasie, presenteer pasiënte met dieselfde simptomatologie wat geassosieer word met "maternity blues". Levy (1987) het tot die gevolgtrekking gekom dat hormonale veranderinge na geboorte nie 'n oorsaak van "maternity blues" is nie, maar dat die blootstelling aan 'n periode van akute stres eerder aanleiding gee tot simptomatologie bekend as "maternity blues".

## 2.2 POSTPARTUM-PSIGOSE

Die ernstigste psigiatriese versteuring wat in die postpartum-periode voorkom, is postpartum-psigose. Vroue wat postpartum-psigose het, het 'n verswakte vermoë om te funksioneer, gewoonlik as gevolg van hallusinasies of wane (O'Hara, 1987). Postpartum-psigose vereis gewoonlik hospitalisasie (Bagadahl-Strindlund, 1986; Gjerdingen et al., 1986).

Volgens navorsing is hierdie vorm van psigotiese depressie baie seldsaam. Die mees algemene **insidensiesyfer** wat gerapporteer word, wissel tussen 0,001% en 0,004% (Bagedahl-Stindlund, 1986; Gjerdingen et al., 1986; Kaplan & Sadock, 1988; Kraus & Redman, 1986; Murray & Gallahue, 1987, O'Hara, 1987). Volgens Murray en Gallahue (1987) dui verskeie navorsingsbevindings daarop dat depressie met psigose meer algemeen voorkom gedurende die postpartum-periode as gedurende swangerskap.

Postpartum-psigose word gekenmerk deur **simptomatologie** soortgelyk aan die nie-postpartum psigotiese toestande (Gjerdingen et al., 1986; Spangenberg, 1987). Alhoewel vroeë navorsers hierdie toestand beskou het as 'n groep afsonderlike psigosies met hulle eie simptomatologie, etiologie en prognose (Kendell, 1985), is die huidige opinie dat psigose gedurende die postpartum-

periode nie verskil van psigoses gedurende ander tye van 'n vrou se lewe nie (Kendell, 1985; Kraus & Redman, 1986; Murray & Gallahue, 1987).

Alhoewel major psigiatriese versteurings herkenbaar was gedurende die postpartum-periode (byvoorbeeld major depressie, manie en skisofrenie), het navorsers bevind dat postpartum psigotiese pasiënte tog verskil van nie-postpartum psigotiese pasiënte. Volgens Hurt en Ray (1985) is die inhoud van die psigose gewoonlik gesentreer rondom die moeder se verhouding met die baba. Dit kan óf oorbeskermend óf verwerpend van aard wees. Die verhouding word dan gewoonlik in simboliese terme uitgedruk byvoorbeeld: die moeder glo dat haar baba abnormaal of dood is en weier dan om vir die kind te sorg. Sy kan ook glo dat iemand haar baba van haar wil/gaan wegneem en kan dan oorbeskermend optree teenoor die baba. Afwisselende periodes van oorbesorgdheid oor die baba se welstand en die ontkenning dat sy ooit swanger was, kan ook voorkom. Moordgedagtes teenoor die baba kom ook dikwels voor by vroue met dié toestand (Spangenberg, 1987).

Ander studies het bevind dat postpartum-psigotiese pasiënte meer eufories, aktief en verward was as nie-postpartum psigotiese pasiënte. Nie-postpartum psigotiese pasiënte het ook meer simptome tipies van skisofrenie gehad as pasiënte met postpartum-psigose (O'Hara, 1987).

Cox (aangehaal in Spangenberg, 1987) beskryf die volgende simptomatologie kenmerkend van postpartum-psigose:

- a) slaapversteurings;
- b) skielike huilbuie of ontoepaslike lagbuie;
- c) voortdurende verwardheid; disoriëntasie en die ervaring van die self as vreemdeling;
- d) ongewone gedrag byvoorbeeld sosiale onttrekking, opwinding of rusteloosheid;
- e) onverwagte, skielike verwerping van die baba of oortuiging dat die baba abnormaal of dood is;
- f) agterdog teenoor mense - dit kan ook die gesinslede insluit;
- g) selfmoorddreigemente of moorddreigemente teenoor die baba;
- h) oormatige skuldgevoelens, neerslagtigheid of angs.

'n Postpartum-psigotiese toestand voldoen gewoonlik aan die kriteria vir **affektiewe psigose** (Gjerdingen et al., 1986; Kendell, 1985; Kraus & Redman, 1986). Dit kan 'n maniese versteuring of depressiewe episode wees (Kendell, 1985). In 'n studie, waar die steekproef uit 134 moeders met postpartum-psigose bestaan het, is diagnoses van 'n affektiewe psigose (68%), skisofrenie (28%) en van 'n organiese psigose (4%) gemaak. In die psigiatriese klassifikasiesistiem bekend as DSM III-R (American Psychiatric Association, 1987) wat tans ook in Suid-Afrika in gebruik is, is daar geen aparte kategorie vir postpartum-psigose nie. Indien geen ander psigotiese toestand gediagnoseer kan word nie, word hierdie toestand as 'n atipiese psigose geklassifiseer (Kaplan & Sadock, 1988). Alhoewel die spesifieke diagnose van hierdie toestand dus kan verskil, stem navorsers saam dat die geboorte van die baba en daarmee gepaardgaande konflikte 'n presipitant vir hierdie toestand is (Kendell, 1985; Kraus & Redman, 1986; Murray & Gallahue, 1987).

Postpartum-psigose het 'n skielike **aanvang** (Hurt & Ray, 1985; Kendell, 1985) en begin in die meeste gevalle binne dertig dae na geboorte (Gjerdingen et al., 1986; Kaplan & Sadock, 1988; Kendell, 1985; Kraus & Redman, 1986). Dit kan egter ook gedurende die tweede en derde maand postpartum in aanvang neem (Kendell, 1985). Die **duur** van hierdie toestand wissel. Volgens Pieters en Spangenberg (1988) is die duur van postpartum-psigose gewoonlik ses tot twaalf weke na geboorte. Dit kan egter ook 'n jaar of langer duur (Kendell, 1985).

In die literatuur is daar baie verskille ten opsigte van moontlike **etiologiese faktore** van postpartum-psigose (Kendell, 1985). Navorsing dui op teenstrydige resultate ten opsigte van die volgende faktore as moontlike risiko-faktore vir postpartum-psigose: geboorte van die eerste kind; stilgeboorte of perinatale dood; kort gastrasie-periode; buite-egtelike moederskap en ouderdom van die moeder (Kendell, 1985).

Die meeste moeders met postpartum-psigose het 'n onderliggende geestesversteuring gehad - gewoonlik 'n bipolêre gemoedsteuring en soms skisofrenie (Kaplan & Sadock, 1988; Kendell, 1985). Navorsers het bevind dat 23% tot 30% van vroue met postpartum-psigose 'n vorige psigiatriese geskiedenis gehad het (Gjerdingen et al., 1986).



Die skielike hormonale veranderinge wat direk na swangerskap volg, kan ook moontlik bydra tot die toestand, maar hormonale behandeling was tot dusver nog onsuksesvol (Kaplan & Sadock, 1988).

Die aanpassing van moederskap en 'n gebrek aan huwelikstevredenheid is psigodinamiese faktore wat volgens Kaplan en Sadock (1988) ook kan bydra tot postpartum-psigose.

Geen prospektiewe etiologiese studie van postpartum-psigose is ooit gerapporteer nie. Omdat postpartum-psigose 'n baie ernstige toestand is, is prospektiewe navorsing veral van belang ten opsigte van twee navorsingsareas. Eerstens moet hoë risiko studies gedoen word op vroue met familie- en persoonlike geskiedenis van psigose. Hierdie vroue kan vanaf swangerskap opgevolg word tot by 'n punt in die postpartum-periode waar die vrou verby die risiko vir psigose is. Tweedens kan potensiële sielkundige, omgewings- en biologiese etiologiese faktore prospektief ondersoek word (O'Hara, 1987). Bogenoemde studies kan moontlik bydra tot die vroeë identifisering van hoë risiko-gevalle vir die ontwikkeling van postpartum-psigose.

### **2.3 POSTPARTUM-DEPRESSIE**

Depressie wat in die postpartum-periode ontstaan, staan bekend as postpartum-, puerperale, postnatale of nageboortelike depressie (Pieters & Spangenberg, 1988). Aangesien die term postpartum-depressie deur die meeste navorsers gebruik word (Spangenberg, 1987), word dié term ook in die huidige studie gebruik.

Postpartum-depressie is 'n meer ernstige en meer langdurige toestand as "maternity blues", maar is 'n minder ernstige toestand as postpartum-psigose (Cades, 1986).

### **3. SIMPTOMATOLOGIE VAN POSTPARTUM-DEPRESSIE**

Depressie in die postpartum-periode het dieselfde kliniese simptomatologie as onbehandelde kliniese depressie wat in enige ander lewensfase voorkom (Gjerdingen et al., 1986; Kraus & Redman, 1986; Martin, Brown, Goldberg &



Brockington, 1988). In die DSM III-R word postpartum-depressie nie as 'n afsonderlike diagnostiese kategorie beskou nie. Dit is slegs omdat hierdie toestand van depressie in die postpartum-periode ontstaan dat dit bekend staan as postpartum-depressie (Pieters & Spangenberg, 1988).

Volgens Spitzer, Endicott en Robins (aangehaal in Spangenberg, 1987) is depressie in die postpartum-periode vergelykbaar met 'n major, matige of ligte depressiewe episode. Die **simptome van 'n major depressiewe sindroom** volgens die DSM III-R (Kaplan & Sadock, 1988) is:

- a) 'n Depressiewe gemoed vir die grootste deel van die dag, byna elke dag, of merkbare verminderde belangstelling of plesier in alle, of byna alle, aktiwiteite vir die grootste deel van die dag, byna elke dag.
- b) Minstens vier van die volgende simptome moet byna elke dag, vir 'n periode van minstens twee weke, teenwoordig wees:
  - (i) 'n Verandering in aptyt of gewig sonder dat die verandering toegeskryf kan word aan dieet of ander definieerbare oorsake.
  - (ii) 'n Verandering in die slaappatroon (probleme om te slaap of slaap meer as gewoonlik), byna elke dag.
  - (iii) Psigomotoriese geagiteerdheid of psigomotoriese traagheid, byna elke dag.
  - (iv) Moegheid of 'n verlies van energie, byna elke dag.
  - (v) Gevoelens van waardeloosheid, of oordrewe of onvanpaste skuldgevoelens, byna elke dag.
  - (vi) 'n Verminderde denkvermoë, konsentrasievermoë of 'n onvermoë om besluite te neem, byna elke dag.
  - (vii) Herhaalde gedagtes oor die dood (nie slegs 'n vrees om te sterf nie), herhaalde selfmoordgedagtes sonder 'n spesifieke selfmoordplan, 'n selfmoordpoging of 'n spesifieke plan om selfmoord te pleeg.

Daar is min empiriese data oor die moontlike verskille tussen postpartum en nie-postpartum depressiewe episodes beskikbaar (Spangenberg, 1987). 'n Navorsingstudie deur Pitt (aangehaal in Spangenberg, 1987) op 33 subjekte met postpartum-depressie, het daarop gedui dat van die simptomatologie waarmee hierdie subjekte gepresenteer het, atipies was en verskil het van tipiese, algemene

nie-postpartum depressiewe simptome. Simptome wat verskil het was: die gemoedslaagtepunt by die postpartum depressiewe subjekte was eerder saans as soggens; en postpartum depressiewe subjekte het saans probleme ondervind om aan die slaap te raak eerder as om soggens vroeg wakker te word met probleme om weer aan die slaap te raak. Hierdie simptome is egter nie met die simptome van 'n nie-postpartum depressiewe kontrolegroep vergelyk om die beduidendheid van die verskille in simptomatologie te bepaal nie. Voorlopige verkenningstudies oor die moontlike verskil in die simptomatologie van postpartum- en nie-postpartum-depressie, suggereer dat die teenwoordigheid van selfmoordgedagtes redelik seldsaam is in gevalle van postpartum-depressie (Hopkins, Marcus & Campbell, 1986).

Simptomatologie wat volgens Cox (1983), Dennerstein et al., (1986) en Kraus en Redman (1986) algemeen voorgekom het by moeders met postpartum-depressie, is die volgende:

- a) gedrag en/of gevoelens van ongelukkigheid en terneergedruktheid;
- b) tranerigheid;
- c) selfverwyt of ontoepaslike skuldgevoelens, veral omdat die moeder glo dat sy nie 'n "goeie moeder" is nie;
- d) angstigheid, veral ten opsigte van die baba se welstand;
- e) prikkelbaarheid;
- f) moegheid en 'n verlies van energie;
- g) versteuring van die normale slaap- en eetpatroon;
- h) hipokondriase
- i) 'n onvermoë om die versorging van die baba te hanteer;
- j) huweliks- en seksuele disfunksie.

Die graad van erns van bogenoemde simptomatologie kan verskil van geval tot geval met postpartum-depressie (Dennerstein et al., 1986).

#### **4. DIE AANVANGSTYDPERK VAN POSTPARTUM-DEPRESSIE**

Die aanvang van postpartum-depressie vind geleidelik plaas (Kraus & Redman, 1986). Die aanvangstyd van hierdie toestand is gewoonlik later as die aanvangstyd van "maternity blues" (Dennerstein et al., 1986). Dit is egter nie

spesifiek beperk tot 'n sekere tyd postpartum nie (Martin et al., 1988) en gevolglik wissel die navorsingsresultate in dié verband.

In 'n studie deur Tonge (aangehaal in Dennerstein et al., 1986) was die aanvang van postpartum-depressie in 56% van die gevalle gedurende die eerste maand postpartum en in 88% van die gevalle binne die eerste ses maande postpartum. Kane (aangehaal in Spangenberg, 1987) wys daarop dat postpartum-depressie in die meeste gevalle binne 30 dae na geboorte 'n aanvang neem. Kane word ondersteun deur ander navorsers wat die piek-aanvangstyd van postpartum-depressie beskou het as tussen twee en vier weke na geboorte (Cox, 1983., Gjerdingen et al., 1986; Pieters & Spangenberg, 1988). Volgens Cox (1983) en Gjerdingen et al., (1986) kan postpartum-depressie tot ses weke postpartum 'n aanvang neem. Kendell (1985) beskou die mees algemene aanvangstyd van dié toestand as tussen ses weke en ses maande.

## 5. DIE DUUR VAN POSTPARTUM-DEPRESSIE

In die literatuur is daar 'n gebrek aan empiriese inligting oor die duur en verloop van postpartum-depressie (Hopkins et al., 1984). Die duur van die toestand wissel van geval tot geval (Pieters & Spangenberg, 1988). Navorsing dui daarop dat die duur van postpartum-depressie 'n paar weke tot 'n jaar of langer kan wees (Gjerdingen et al., 1986; Kendell, 1985; Murray & Gallahue, 1987). Volgens Cox (1983) duur die toestand gemiddeld vier tot ses weke indien dit behandel word; en ses weke of langer - selfs tot 'n jaar postpartum - indien behandeling nie toegepas word nie. Behandeling vir postpartum-depressie kan psigofarmakologiese asook psigososiale intervensie insluit (Kraus & Redman, 1986).

Die navorsing van Pitt, asook die navorsing van Ballinger, Buckley, Naylor en Stansfield (aangehaal in Spangenberg, 1987), dui daarop dat sommige vroue dwarsdeur die eerste jaar postpartum presenter met die simptomatologie van postpartum-depressie.

Pitt (aangehaal in Spangenberg, 1987) het in sy studie 305 vroue opgevolg vanaf die derde trimester van swangerskap tot twee maande postpartum. 'n Kliniese onderhoud is met die vroue gevoer wat depressie gerapporteer het in 'n vraelys twee maande postpartum. Volgens die kliniese onderhoud was 33 vroue (10,8%

van die steekproef) depressief. 'n Jaar later is 'n opvolgonderhoud met 28 van die 33 depressief gediagnoseerde vroue gevoer. Twaalf vroue (43%) het steeds ernstige depressie 'n jaar later gerapporteer op die vraelys wat Pitt in sy studie gebruik het.

Ballinger et al. (aangehaal in Spangenberg, 1987) het met 'n groep vroue (die steekproefgrootte is nie gerapporteer nie) onderhoude gevoer op een jaar postpartum. Depressiewe simptome is deur 30% van die vroue gerapporteer. Meer as 50% van hierdie vroue wat depressiewe simptome gerapporteer het, het ook op twee maande postpartum emosionele probleme gerapporteer.

Bogenoemde twee studies kan gekritiseer word omdat daar nie van blinde diagnose, duidelik gedefinieerde diagnostiese kriteria of van gestandaardiseerde meetinstrumente gebruik gemaak is nie (Spangenberg, 1987). Hierdie studies dui egter daarop dat 'n depressiewe gemoed en probleme met die hantering van eise wat moederskap stel, steeds na 'n jaar postpartum teenwoordig kan wees in postpartum depressiewe vroue.

## 6. DIE INSIDENSIE VAN POSTPARTUM-DEPRESSIE

Navorsingsbevindings in verband met die insidensie van postpartum-depressie wissel baie (Pieters & Spangenberg, 1988). Die prevalensie en die insidensie-omvang vir postpartum-depressie is egter heelwat kleiner as dié vir "maternity blues" (O'Hara, 1987). Navorsers rapporteer verkreeë insidensie-syfers van postpartum-depressie wat wissel tussen 3% en 48,15% (Dennerstein et al., 1986; Dimitrovsky, Perez-Hirschberg & Itskowitz, 1987). Volgens Kendell (1985) en Dennerstein et al. (1986) kan hierdie verskille in die navorsingsbevindings toegeskryf word aan die **nie-eenvormige diagnostiese kriteria** wat in verskillende studies gebruik is. Studies wat van dieselfde diagnostiese kriteria gebruik gemaak het, het ooreenstemmende resultate gelewer. Byvoorbeeld, studies wat gestandaardiseerde diagnoses (soos: ICD-9, RDC, DSM-III) gebruik het, het bevind dat die insidensie van postpartum-depressie tussen 7,1% en 14,9% was (O'Hara, 1987).

Wisselende navorsingsbevindings reflekteer ook die **verskillende tye postpartum** wanneer die teenwoordigheid van postpartum-depressie geëvalueer is (Dennerstein et al., 1986). Sommige navorsers het die risiko vir postpartum-

depressie, relatief tot die teenwoordigheid van depressie gedurende verskillende tye van swangerskap, ondersoek. Byvoorbeeld, Kumar en Robson (1984) het bevind dat die risiko vir postpartum-depressie vermeerder vanaf 1,3% (relatief tot die eerste trimester) tot 5,3% (relatief tot die tweede en derde trimester). In soortgelyke studies het die duur van die ondersoek tydens die prepartum-periode verskil van die duur van die ondersoek tydens die postpartum-periode. Cox, Connor en Kendell (aangehaal in O'Hara, 1987) het bevind dat die risiko vir postpartum-depressie, relatief tot die teenwoordigheid van depressie gedurende die twintigste week van swangerskap, drievoudig toegeneem het. Die duur van die ondersoek tydens swangerskap was egter slegs 'n week lank, terwyl die duur van die ondersoek postpartum ongeveer vier maande lank was.

Die verskillende **metodes van navorsing** wat in studies gebruik word (Dennerstein et al., 1986), **verskillende definisies van postpartum-depressie, klein steekproewe en verskillende seleksiekriteria vir subjekte** (Murray & Gallahue, 1987) lei ook tot wisselende bevindings. Volgens Dennerstein et al. (1986) is die navorsingsontwerp asook die gronde waarop die diagnose van postpartum-depressie gemaak word, veral van belang. Laasgenoemde kan die evaluasie van die huidige kliniese beeld, 'n selfverslag of vraelys insluit.

Sekere bevindings aangaande insidensie, sowel as die kriteria wat gebruik is, word vervolgens bespreek.

Tonge (aangehaal in Dennerstein et al., 1986) het 'n **selfbeoordelingskaal** gebruik op grond waarvan hy die diagnose van postpartum-depressie gemaak het. 'n Insidensie van 45% is bevind. Kritiek teen die spesifieke beoordelingskaal wat gebruik was, was dat dit tot die insluiting van minder depressiewe gevalle en gevolglik tot 'n hoë insidensiesyfer kon lei (Dennerstein et al., 1986). Dimitrovsky et al. (1987) het met 'n gestandaardiseerde selfbeoordelingskaal 'n insidensie van 31,48% matige depressie en 16,67% ernstige depressie bevind (N = 54).

**Tweedens:** die **aanmelding vir behandeling vir depressie tydens die postpartum-periode** is deur ander navorsers as die enigste kriterium vir postpartum-depressie gebruik (Spangenberg, 1987). Dalton, asook Brown en Shereshefsky (aangehaal in Spangenberg, 1987), het onderskeidelik op grond van bogenoemde kriterium 'n insidensie van 7% (n = 189) en 10% (n = 64) bevind. Volgens Spangenberg (1987) kan hierdie kriterium lei tot 'n growwe onderskatting van insidensie aangesien verskeie navorsers bevind het dat min

van die vroue wat 'n postpartum-depressie episode ondervind, aanmeld vir behandeling.

'n **Derde** tipe diagnostiese kriterium wat in sommige ander studies gebruik is en wat oor die algemeen hoë insidensiesyfers opgelewer het, is **simptoomtellings** (Spangenberg, 1987). Martin et al. (1988) het onderhoude met vrouens gevoer waarin die teenwoordigheid van simptome oor 'n sekere tydperk geëvalueer is. Die diagnose van depressie is gemaak indien 'n depressiewe gemoed, asook vier van die volgende simptome teenwoordig was: 'n gevoel van moedeloosheid; selfmoordplanne of selfmoordgedrag; massaverlies; probleme om saans aan die slaap te raak; word vroeg soggens wakker; swak konsentrasie; nalatigheid; belangstellingsverlies en selfverkleinering. Bevindings het daarop gedui dat 18% (N = 78) vroue van die algemene bevolking, en 43% (N = 84) vroue in die Moeder en baba-psiatriese eenheid, klinies depressief was (Martin et al., 1988).

Blair, Gilmore, Playfair, Tisdall en O'Shea (aangehaal in Spangenberg, 1987) het bevind dat 23% (N = 112) postpartum-subjekte drie of meer simptome van postpartum-depressie ervaar het. In 'n ander studie (N = 152) is insidensies van 26,35 ligte psigiatriese simptome, 26,3% matige psigiatriese simptome en 19,3% ernstige psigiatriese simptome bevind met 'n simptoomtellingslys (Spangenberg, 1987). Bogenoemde, sowel as ander studies wat simptome van depressie as kriteria gebruik het, kan gekritiseer word op grond daarvan dat die teenwoordigheid van spesifieke simptome nie noodwendig 'n indikasie van kliniese depressie is nie (Spangenberg, 1987).

**Kliniese onderhoude** is 'n **vierde** metode wat gebruik is om postpartum-depressie te diagnoseer. Hierdie studies bevind oor die algemeen 'n hoër insidensie van postpartum-depressie as wanneer die aanmelding vir behandeling vir postpartum-depressie as kriterium gebruik word. Dit bevind egter 'n laer insidensie as wanneer selfbeoordelingskale en symptoomtellings onderskeidelik as kriterium gebruik word. Uddenberg en Nilsson (aangehaal in Spangenberg, 1987) het met behulp van kliniese onderhoude 'n insidensie van 24% bevind. In 'n ander studie is 'n insidensie van 30% bevind. Kritiek teen bogenoemde studies is dat die kliniese onderhoude wat gebruik is, nie gestandaardiseer was nie (Spangenberg, 1987).

O'Hara (1986) het die diagnose van depressie gemaak in die konteks van 'n semi-gestruktureerde onderhoud, die "Schedule for Affective Disorders and



Schizophrenia" (SADS). Die onderhoude is gevoer is met 97 vroue ongeveer nege weke postpartum. Met hierdie metode is 'n insidensie van 12% bevind.

Die gestandaardiseerde kliniese onderhoud van Goldberg, Cooper, Eastwood, Kedward en Shepherd (1970) is ook in verskeie studies gebruik om depressie te diagnoseer (Spangenberg, 1987). Die volgende kliniese simptome word onder andere in hierdie semi-gestruktureerde onderhoud geïdentifiseer: angs, depressie, fobies, obsessionaliteit, uitputting, prikkelbaarheid en konsentrasieprobleme. Hierdie semi-gestruktureerde onderhoud bevat ook 'n beoordelingsyfer waarvolgens die onderhoudvoerder abnormaliteite van gemoedstoestand (soos waargeneem tydens die onderhoudvoering) beoordeel. Insidensiesyfers wat hiermee verkry is, wissel van studie tot studie. Literatuur rapporteer insidensiesyfers wat wissel tussen 10% (Cox, 1983) en 28,6% (Kumar & Robson, 1984).

'n **Vyfde** metode wat navorsers gebruik het om postpartum-depressie te diagnoseer, was om van **gestandaardiseerde metingskale vir depressie** gebruik te maak. Die Beck-depressieskaal (BDS) is 'n voorbeeld van so 'n skaal. Studies wat die BDS gebruik het, se bevindings van insidensie wissel tussen 10% (Saks et al., 1985) en 30% (Rees & Lutkins, 1971).

Navorsing dui dus daarop dat metodologiese verskille (Whiffen, 1988), asook die verskillende kriteria wat gebruik word as aanduiding van depressie, aanleiding gee tot verskillende insidensiesyfers van postpartum-depressie.

Die verskillende kriteria vir postpartum-depressie, asook die verkreeë insidensies, word in Tabel 1 uiteengesit.

**Tabel 1**

Teenwoordigheid van en diagnostiese kriteria vir postpartum-depressie

Studie	Steekproef-grootte Land	Voorkoms Tydperk van evaluasie	Kriteria
Pitt (1968)	305 Verenigde Koninkryk	10,8% 6-8 weke	Simptome van depressie wat post-partum ontwikkel het, 2 weke of langer teenwoordig is, wat normaalweg nie ervaar word nie en wat funksionering tot 'n sekere mate benadeel.
Martin (1977)	401 Ierland	23% 5-6 weke	Pitt (1968) se kriteria
Wolland, Zaijcek en Ghodsian (1980)	117 Verenigde Koninkryk	10% 4 maande	Duidelike psigiatriese versteuring geëvalueer in die konteks van die huidige kliniese beeld.
Oakley (1980)	55 Verenigde Koninkryk	24% 5 maande	Teenwoordigheid van 2 of meer simptome, 2 of meer weke teenwoordig.
Paykel et al. (1980)	120 Verenigde Koninkryk	20% 5-8 weke	Telling groter as 6 op "Raskin Three Area Depression Scale".
Cox et al. (1982)	105 Verenigde Koninkryk	13% 4 maande	Pitt (1968) se kriteria
Cox (1983)	183 Uganda	10% 3 maande	Depressiewe siekte gebaseer op ICD-8, geëvalueer in konteks van Goldberg-onderhoud.
Cutrona (1983)	85 V.S.A.	8,2% 8 weke	DSM III-major depressie
Kumar en Robson (1984)	119 Verenigde Koninkryk	14,9% 3 maande	RDC-major en minor depressie
O'Hara, Neunaber en Zekoski (1984)	99 V.S.A.	12,0% 9 weke	RDC-major en minor depressie
Watson et al. (1984)	128 Verenigde Koninkryk	12,0% 6 weke	Neurotiese depressie soos gedefinieer deur ICD-9

Bron: O'Hara, 1987



Tabel 1 dui daarop dat studies verskil ten opsigte van steekproefgrootte, tydperk van evaluasie asook ten opsigte van diagnostiese kriteria vir postpartum-depressie. Hierdie, asook ander metodologiese verskille, lei daartoe dat vergelyking van bevindings van verskillende studies problematies is. Daar is 'n behoefte aan gestandaardiseerde metodologie en gestandaardiseerde diagnostiese kriteria (wat selfverslag en diagnostiese prosedure insluit) vir studies wat ondersoek instel na die insidensie van postpartum-depressie.

**Die insidensie van postpartum-depressie in 'n Suid-Afrikaanse steekproef** is ondersoek deur Spangenberg (1987). Sy het 'n insidensie van 27,2% bevind. Die steekproef (N = 81) het egter geen swart moeders ingesluit nie. Chalmers (1990) het met mondelingse gesprekke bevind dat slegs 5% postpartum Pedi-vroue aanduidings van huilerigheid gegee het in 'n ondersoek. Dit is egter moontlik dat die insidensie vir postpartum-depressie hoër en nader aan die wêreldwye syfers van 10% tot 30% kan wees. In Chalmers (1990) se studie is nie van gestandaardiseerde kriteria vir depressie gebruik gemaak nie. Aangesien die afwesigheid van huilerigheid nie die teenwoordigheid van depressie uitsluit nie, is dit moontlik dat die teenwoordigheid van postpartum-depressie onder Pedi-vroue onder-gerapporteer of nie herken is nie.

## 7. KONSEKWENSIES VAN POSTPARTUM-DEPRESSIE

Wanneer 'n moeder postpartum depressief is, kan haar gemoedstoestand diegene in haar nabye omgewing beïnvloed. Postpartum-depressie kan verreikende negatiewe implikasies inhou vir die sielkundige welsyn van die moeder, die baba, die huweliksverhouding en die gesin (Pieters & Spangenberg, 1988).

Die vestiging van die moeder-kind-verhouding vorm 'n integrale deel van die postpartum-periode (Spangenberg, 1987). Wanneer die moeder haar baba vir die eerste keer sien, is die baba vir haar soos 'n vreemdeling. 'n Gevoel van moederliefde ontwikkel oor tyd. Dit kan in sommige gevalle drie weke tot drie maande neem voordat die moeder-baba-verhouding gekenmerk word deur warm, spontane en liefderyke interaksie (Kraus & Redman, 1986). Laasgenoemde is 'n kernbelangrike faktor in die gesonde emosionele en sosiale ontwikkeling van die kind (Spangenberg, 1987). Vir die verhouding om te groei, is

dit noodsaaklik dat beide moeder en baba bevredigende terugvoer van mekaar ontvang (Kraus & Redman, 1986). Volgens Cox (aangehaal in Spangenberg, 1987) reageer 'n postpartum depressiewe moeder dikwels nie sensitief en bevredigend op haar baba se reaksies nie en gevolglik word moeder-baba-interaksie versteur (Wrate, Rooney, Thomas & Cox, 1985). 'n Depressiewe moeder sal moeilik in staat wees tot 'n warm, spontane en liefderyke interaksie met haar baba (Spangenberg, 1987). Hierdie emosionele afwesigheid van die moeder word deur die baba aangevoel en dit veroorsaak dat die baba emosionele insekureit binne die verhouding ervaar (Pieters & Spangenberg, 1988) wat kan lei tot versteurde emosionele en sosiale ontwikkeling van die kind.

Dit is moeilik om te bepaal presies hoe postpartum-depressie in die moeder die baba affekteer. Die verband tussen postpartum-depressie en die gedrag van babas is bestudeer (Gjerdigen, et al., 1986). Babas van vroue met postpartum-depressie het meer gedragsprobleme, vertraagde ontwikkeling, vermeerderde aantal ongelukke asook meer voedings-, huil- en slaapprobleme getoon as babas van vroue wat nie depressief was nie. Die rigting van oorsaaklikheid tussen postpartum-depressie en probleme met die baba kon egter nie bepaal word nie (Gjerdigen et al., 1986).

Field (aangehaal in Spangenberg, 1987) het bevind dat babas hul eie affektiewe uitdrukkings aanpas ooreenkomstig die affektiewe kwaliteit van hul moeders se interaksie. Navorsing het bevind dat babas van depressiewe moeders hul moeders se depressiewe gedrag weerspieël. Hieruit word gesuggereer dat kinders, as gevolg van vroeë ervarings van onresponsiwiteit en onsensitiewiteit deur hul moeders, 'n passiewe, depressiewe interaksiestyl ontwikkel het (Spangenberg, 1987).

Volgens navorsing is die konsekwensies van postpartum-depressie egter nie slegs beperk tot die moeder-baba-verhouding nie. Vier langtermyn opvolgstudies op vroue wat deelgeneem het aan projekte oor postpartum-depressie, is gerapporteer (O'Hara, 1987):

Die een studie is gedoen deur Udenberg en Englesson (aangehaal in O'Hara, 1987). Hulle het in 'n 4.5 jaar opvolgstudie (N = 69) bevind dat vroue wat vroeër postpartum-versteurings gehad het, 'n groter geneigdheid gehad het tot versteurings gedurende die opvolgperiode as vroue wat nie vroeër postpartum-versteurings gehad het nie. Vroue wat 'n postpartum-versteuring gehad het, het

ook 'n minder bevredigende huweliksverhouding, meer klagtes oor hulle kinders en meer psigiatriese versteurings gedurende die postpartum-periode en die opvolgperiode gerapporteer relatief tot vroue wat nie postpartum-versteuring gehad het nie. Kinders van moeders met 'n geskiedenis van postpartum-versteuring het hul moeders meer negatief ervaar as kinders van moeders sonder 'n geskiedenis van 'n postpartum-versteuring.

'n Tweede longitudinale studie deur Wolkind en sy kollegas (aangehaal in O'Hara, 1987), het bevind dat 44% tot 78% van vroue wat vroeër postpartum depressief was, depressiewe episodes gehad het op 14, 27 en 42 maande na geboorte (N = 108). Volgens die navorsers kan postpartum-depressie nie direk geassosieer word met gedragsprobleme by kinders op 'n later stadium nie.

'n Derde gerapporteerde opvolgstudie is gedoen deur Kumar en Robson (1984). Hulle het 'n opvolgstudie na 'n tydverloop van vier jaar gedoen op 99 vroue wat gedurende die postpartum-periode depressief was. Die navorsers het bevind dat 14 vroue weer drie maande postpartum 'n depressiewe episode gehad het. Ses van die 14 vroue het voortdurend psigiatriese hulp ontvang gedurende die vier jaar tydverloop. Daar is ook bevind dat kinders van vroue wat 'n geskiedenis van postpartum-depressie gehad het, relatief swakker ontwikkelde kognitiewe vermoëns gehad het as kinders van vroue sonder 'n geskiedenis van postpartum-depressie.

Laastens het Wrate et al. (1985) in 'n drie jaar opvolgstudie (N = 91) bevind dat kinders van moeders wat vir 'n kort tydperk postpartum depressief was, meer gedragsprobleme gehad het as kinders van moeders wat ernstiger of geen postpartum-depressie gehad het nie. Die enigste verklaring deur dié skrywers vir die bevinding was dat vroue met kort postpartum depressiewe episodes, in vergelyking met vroue wat ernstige postpartum-depressie ervaar het, meer angstig gepreokkupeerd was met hul babas en ook meer geneig was om borsvoeding te staak. 'n Ander bevinding was dat die moeders met 'n kort geskiedenis van postpartum-depressie meer geneigd was tot latere depressiewe episodes as vroue met 'n ernstiger of geen geskiedenis van postpartum-depressie nie.

Navorsing dui dus daarop dat die ervaring van postpartum-depressie die risiko vir latere depressiewe episodes verhoog. Daar is ook aanduidings dat kinders van moeders wat postpartum depressief was, 'n groter risiko was vir latere

C → emosionele, kognitiewe en sosiale probleme (O'Hara, 1987). Hierdie bevindings beklemtoon die noodsaaklikheid van vroeë identifisering en behandeling van postpartum-depressie.

## HOOFSTUK 3

### KRUISKULTURELE ASPEKTE VAN POSTPARTUM-DEPRESSIE

#### 1. KRUISKULTURELE NAVORSING OOR PSIGOPATOLOGIE

Omdat postpartum-depressie by swart vroue in die huidige studie ondersoek word en die resultate vergelyk word met bevindings in blanke steekproewe, word die aard van kruiskulturele navorsing oor psigopatologie vervolgens kortliks bespreek.

Kruiskulturele navorsing is enige ondersoek na individuele of groepsverskille, ten opsigte van sielkundige en sosiologiese veranderlikes, wat uitgevoer word in meer as een land of kultuur (Manaster & Havinghurst, 1972).

Volgens Manaster en Havinghurst (1972) is daar sekere faktore wat grootliks bydra tot ooreenkomste tussen alle mense, naamlik **1)** biologiese behoeftes en **2)** psigiese ontwikkeling. In die twintigste eeu is daar ook ander faktore wat bydra tot gedragsooreenkomste tussen sekere groepe mense naamlik **1)** die ervaring om in gesinsverband groot te word, **2)** die ervaring om aan 'n sekere sosiale klas te behoort en **3)** om te leef in 'n stedelik-industriële samelewing. Hierdie ooreenkomste lei tot die gevolgtrekking dat kulturele verskille tussen die meeste moderne industriële en verstedelike samelewings nie groot is nie. Dit is egter so dat daar groot kulturele verskille tussen Westerse samelewings en die swart tradisionele samelewings bestaan (Harkness, 1987; Schoeman, 1989). Aangesien die spesifieke aard van hierdie kulturele verskille buite die bestek van die huidige ondersoek val, word dit nie bespreek nie.

Dit is egter belangrik om sekere algemene demografiese, ekologiese, sosio-ekonomiese en politieke faktore in ag te neem wanneer ondersoek ingestel word na psigopatologie by swart Suid-Afrikaners omdat hierdie faktore moontlik die geestesgesondheid van swartes kan beïnvloed.

**a)** Die eerste belangrike faktor is **bevolkingstoename**. Reeds in 1983 het die Presidentsraad van Suid-Afrika 'n skerp toename van die swart bevolking van Suid-Afrika voorspel (Psychological Association of South Africa, 1989). Sosio-

ekonomiese faktore word beïnvloed deur 'n hoë bevolkingsaanwas. Armoede, werkloosheid, behuisingsprobleme en onvoldoende infrastruktuur is enkele probleme wat negatief daardeur beïnvloed word. Volgens die Sielkundevereniging van Suid-Afrika (Psychological Association of South Africa, 1989) en Spangenberg en Pieterse (1992) het swak sosio-ekonomiese omstandighede 'n invloed op die betrokke gemeenskap se geestesgesondheid. Die aanname kan dus gemaak word dat psigopatologie onder swartes sal toeneem saam met die voorspelde skerp groei van die swart populاسie in Suid-Afrika.

**b) Verstedeliking** het ook 'n invloed op die geestesgesondheid van swart Suid-Afrikaners. Alhoewel verstedeliking voordele inhou, byvoorbeeld 'n verbeterde lewenstandaard, kan dit ook verband hou met sekere stressors byvoorbeeld behuisingsprobleme, sosiale disorganisasie, 'n toename in die misdadisyfer en aanwasprobleme (Psychological Association of South Africa, 1989). 'n Verwante kwessie is akkulturasie wat kan plaasvind. Akkulturasie is die proses waardeur individue van 'n bepaalde groep of kultuur die kulturele elemente van 'n ander groep of kultuur verwerf (Schoeman, 1989). Die aanvaarding van 'n Westerse lewenstyl kan baie stresvol wees. Volgens Levy en Rowitz (aangehaal in Psychological Association of South Africa, 1989) hou sosiale veranderinge (byvoorbeeld verstedeliking) verband met die aantal toelatings tot psigiatriese hospitale. Swartz (aangehaal in Psychological Association of South Africa, 1989) het ook bevind dat swartes wat verstedelik het 'n groter behoefte aan geestesgesondheidsdienste gehad het. Akkulturasie kan lei tot vereensaming en alleenheid ten opsigte van 'n persoon se kultuurgroep. 'n Verlies aan groepkohesie en onvoldoende sosiale steun kan verhoogde vlakke van stres tot gevolg hê (Pieterse, 1992).

**c)** Derdens is dit belangrik om **politieke faktore** in ag te neem wanneer ondersoek ingestel word na psigopatologie onder swart Suid-Afrikaners. Die sosio-ekonomiese en tegnologiese tweeledigheid, kenmerkend van Suid-Afrika, lei daartoe dat 'n klein persentasie van die swart bevolking in 'n Eerste Wêreldkonteks leef, terwyl die meerderheid in 'n Derde Wêreldkonteks leef. Hierdie tweeledigheid word gewoonlik in rasseterme geïnterpreteer en word geassosieer met 'n sosiale, politieke en ekonomiese proses wat aanleiding gegee het tot die volgende toestande (Psychological Association of South Africa, 1989):

1) Miljoene Suid-Afrikaners (waarvan 98% swartes was) is gedwonge ontwortel en hervestig na aanleiding van die Groepsgebiedewet van 1950. Hierdie nuwe, verwarrende toestand was 'n teelaarde vir geestesversteurings (Psychological Association of South Africa, 1989). 2) Roldeprivering was 'n sosiale stressor vir swartes (Pieterse, 1992). Roldeprivering sluit faktore soos rassediskriminasie in. So lank as wat swartes voel dat hulle onderdruk word, sal hulle sielkundige welsyn, soos gemanifesteer deur 'n gevoel van selfbeheer, selfdeterminering en selfaktualisering, negatief beïnvloed word (Psychological Association of South Africa, 1989). 3) Intergroephoudings, -konflik en -geweld tussen blank en blank, swart en swart en blank en swart is kenmerkend van die Suid-Afrikaanse samelewing (Psychological Association of South Africa, 1989). Daar bestaan geen twyfel dat die huidige intergroep- en rassekonflik, sosiale onrus en geweld in die RSA 'n nadelige invloed op geestesgesondheid het nie. Dit word erken in die 1986-verklaring deur die Sielkundevereniging van Suid-Afrika (Psychological Association of South Africa, 1989) waar dié vereniging sy kommer oor die geweld in die land uitspreek (Pieterse, 1992). 4) 'n Studie deur Manganyi (aangehaal in Psychological Association of South Africa, 1989) het getoon dat swart persone 'n negatiewe selfkonsep en 'n swak selfbeeld het omdat hulle die negatiewe sienings oor hulself en hulle lae status in Suid-Afrika geïnternaliseer het. Alhoewel dit nie ontken kan word dat die toepassing van apartheid in spesifieke areas sielkundige skade aan 'n groter sektor van die gemeenskap aangerig het nie, sal dit 'n ooreenvoudiging wees om dit as 'n enkele oorsaaklike faktor van die komplekse sosiale, politiese en ekonomiese probleme te sien (Pieterse, 1992).

d) 'n Vierde faktor wat psigopatologie by swart Suid-Afrikaners beïnvloed is **wanvoeding**. Wanvoeding het ooglopende implikasies vir geestesgesondheid en sluit probleme soos intellektuele belemmering, onderprestasie, die voorkoms van voedingsverwante psigiatriese versteurings en verminderde weerstand teen psigososiale stres in (Psychological Association of South Africa, 1989).

e) Vyfdens word die geestesgesondheid van swartes beïnvloed deur **armoede** (Psychological Association of South Africa, 1989). Die situasie in Suid-Afrika word vererger deur faktore soos inflasie en resessie, tesame met die geassosieerde voorkoms van werkloosheid, spanning, gesinsgeweld en onrus in die werksituasie. Armoede neig ook om spanning te veroorsaak en depriveer die individu van belangrike status en bevredigende rolle (Wittkower & Prince, aangehaal in Pieterse, 1992).



f) **Behuisingsprobleme** is sedens ook 'n faktor wat aandag behoort te geniet in 'n ondersoek na psigopatologie by swart Suid-Afrikaners. Sonder akkommodasie verloor 'n persoon sy gevoel van "behoort". Die beskikbare behuising is in die meeste van die gevalle onvoldoende. Oorbevolking in 'n huis het 'n negatiewe effek op die inwoners daarvan (Psychological Association of South Africa, 1989).

g) **Tienerswangerskappe** kom algemeen voor as gevolg van seksuele onkunde en onverantwoordelikheid (Pieterse, 1992). Onkunde oor seksuele aangeleenthede lei tot ongewenste swangerskappe, populasietoename, aborsies, skoolverlating, werkloosheid, veneriese siektes, prostitusie en ander geestesgesondheidsprobleme (Psychological Association of South Africa, 1989).

h) Die gesonde integrasie van die **gesinslewe** is essensieel vir sosiale stabiliteit en geestesgesondheid. 'n Toename in die aantal werkende moeders, afwesige vaderfigure en enkelouergesinne, tesame met trekarbeid en ander sosio-ekonomiese prosesse, is 'n bedreiging vir hierdie hoeksteen van geestesgesondheid. Die groeiende gaping tussen die waardes, norme, houdings en algemene lewenstyl van die swart jeug en hul ouers, is ook 'n bedreiging van geestesgesondheid in die swart gemeenskappe (Boult & Cunningham, 1991; Psychological Association of South Africa, 1989).

i) In die Suid-Afrikaanse klimaat lei **natuurlike rampe** soos droogtes en vloede tot fisiese, ekonomiese en emosionele probleme (Psychological Association of South Africa, 1989). Hierdie faktor moet dus ook in ag geneem word wanneer ondersoek ingestel word na psigopatologie onder swart Suid-Afrikaners.

Bogenoemde faktore kan die insidensie van geestesversteurings in die swart Suid-Afrikaanse gemeenskap beïnvloed. Daar is egter ook sekere **metodologiese aspekte** wat in ag geneem moet word wanneer kruiskulturele navorsing gedoen word. Eerstens moet die vraag of die blankes in 'n posisie is om die **gedagtes en die gedrag van swartes** te verstaan, in ag geneem word. Blankes leef in 'n ander wêreld as swartes wat gebuk moes gaan onder die apartheidsideologie. Begrip in dié verband is belangrik om 'n geldige ondersoek te konstrueer. Klem val hier op die **metodologiese aspek** van kruiskulturele



navorsing. Dit moet onderskei word van die politieke konnotasie wat kruiskulturele navorsing kan hê (Psychological Association of South Africa, 1989).

**Tweedens** is dit belangrik om in ag te neem dat **meetinstrumente** wat op Westerse populasies gestandaardiseer is, nie geldig en betroubaar vir swart Suid-Afrikaners is nie. Wanneer meetinstrumente gebruik en geïnterpreteer word, is dit belangrik om kultuur in ag te neem. Geen meetinstrument is werklik "kultuur-vry" nie (Manaster & Havinghurst, 1972). Volgens Brown en Langer onderskeidelik (aangehaal in Pieterse, 1992) is die ondersoek na die teenwoordigheid of afwesigheid van psigopatologie nie altyd geldig en betroubaar nie. Alhoewel daar vraelyste beskikbaar is wat met redelike akkuraatheid die teenwoordigheid of erns van sielkundige probleme kan vasstel, is daar 'n probleem rondom die geldigheid van die vraelyste. Navorsers moet vertrou op die rapportering van psigopatologie soos verkry van die respondente. Die ervaring en rapportering van simptome, patologie of siektegedrag kan beïnvloed word deur die teenwoordigheid of graad van die psigopatologie asook deur houdings oor en die bewustheid van psigiese gesondheidskwessies. Die teenwoordigheid van 'n klinies identifiseerbare toestand is nie noodwendig 'n voorwaarde vir die ervaring of rapportering van simptome, psigiese siekte of siektegedrag nie.

**Laastens** is taal ook 'n belangrike faktor. Taal is 'n komplekse element van kultuur. Sommige tale is rasideel en direk terwyl ander 'n minder logiese struktuur en direkte betekenis het (Manaster & Havinghurst, 1972). Kommunikasie in taal is 'n sentrale aspek van psigopatologie-navorsing. Deur middel van taal word daar uitdrukking gegee aan 'n psigiese ervaringswêreld (Schoeman, 1989). Die vertaling van vrae en antwoorde is nie sonder probleme nie (Gillis, Elk, Ben-Arie & Teggin, 1982). Probleme ontstaan veral wanneer die tale verskillende leksikale en kulturele gronde het. Misinterpretasies van beide vrae en antwoorde is algemeen. Wanneer ondersoek ingestel word na psigopatologie by swart Suid-Afrikaners, is dit dus belangrik om hul taal te verstaan alvorens hul psigiese belewenisse ten volle begryp kan word.

## 2. DEPRESSIE IN AFRIKA

Die insidensie van postpartum-depressie in enige gegewe kulturele opset hou verband met **1)** die breër patroon van depressiewe versteurings asook met **2)** spesifieke faktore rondom die geboorte van 'n kind.

'n Veranderende kliniese beeld van depressie in Afrika word in die literatuur gerapporteer (Harkness, 1987; Psychological Association of South Africa, 1989; Schoeman, 1989). Vroeëre studies het gerapporteer dat depressie selde in Afrika voorkom (Schoeman, 1989); terwyl meer onlangse navorsing juis op die teendeel dui (Harkness, 1987; Psychological Association of South Africa, 1989). Prince (aangehaal in Harkness, 1987) het literatuur oor die sub-Sahara Afrikane bestudeer en bevind dat daar byna geen depressiewe pasiënte in psigiatriese hospitale was gedurende die koloniale periode (1890 - 1956) nie. Die afgelope paar jaar het die insidensie van depressie egter toegeneem. Prince het ook bevind dat Afrika-pasiënte hoofsaaklik somatiese simptome aangebied het in teenstelling met Westerse pasiënte wat hoofsaaklik skuldgevoelens, 'n lae selfwaarde en gevoelens van bedruktheid as simptome van depressie aangebied het. Studies van kleiner omvang het ook bevind dat depressie algemeen voorgekom het by Keniaanse vroue en by vroue in die res van Oos-Afrika.

Orley, Litt en Wing (aangehaal in Hollifield et al., 1990) het in 1979 bevind dat 27% vroue en 24% mans in Uganda kenmerke van 'n psigiatriese versteuring gehad het in vergelyking met 11% van vroue in Londen se suid-oostelike voorstede. Van die 27% Ugandese vroue het 22,6% aan depressie gely en 4,3% aan angsversteurings. Van die vroue in Londen het 9,3% gepresenteer met depressie en 3,8% met angsversteurings. Volgens dié studie se bevindings was die insidensie van depressie dus 2,4 keer hoër by vroue in Uganda as by vroue in Londen. (Die navorsers het dieselfde diagnostiese kriteria gebruik op beide die Ugandese en Britse vroue.)

'n Paar studies oor die insidensie van depressie by swart Suid-Afrikaners is ook gerapporteer. Net soos in die res van Afrika word die opvatting dat depressie relatief min onder swartmense voorkom, ook in vroeëre navorsing in Suid-Afrika aangetref. Resente navorsing toon egter juis die teendeel. Die insidensie van depressie onder swartmense (30,6%) was meer as twee keer soveel as die insidensie onder blankes, Indiërs en Kleurlinge gesamentlik (15,0%) (Psychological Association of South Africa, 1989).

Oberholzer (aangehaal in Psychological Association of South Africa, 1989) het in 1986 bevind dat gemoedsversteurings algemeen voorgekom het onder pasiënte wat vanaf Januarie tot Desember 1985 in GaRankuwa-Hospitaal toegelaat is. Die derde grootste groep (18%) pasiënte het gemoedsversteurings gehad. Major

depressiewe versteurings was die mees algemene gemoedsversteuring wat gediagnoseer is.

Die redes vir die aanvanklike gebrek aan begrip vir depressie onder swart Suid-Afrikaners is meervoudig (Schoeman, 1989). Volgens Oberholzer (aangehaal in Psychological Association of South Africa, 1989) is dit bekend dat **1)** die insidensie van geestesversteurings met die verloop van die geskiedenis verander het. Die insidensie daarvan in dieselfde en verskillende samelewings verander ook. Depressie is egter so 'n basiese emosie dat die teenwoordigheid daarvan in alle mense nie betwyfel kan word nie. **2)** 'n Gebrek aan geldige en betroubare kriteria en **3)** onbekendheid met die kultuur-spesifieke wyses waarop depressie in die swart gemeenskappe geopenbaar word, is moontlik ook redes vir die afleiding dat depressie nie in Afrika herken is nie.

Hollifield et al. (1990) het bevind dat die insidensie van depressie, algemene angsvesteuring en paniekversteuring beduidend hoër was in Lesotho as in die VSA ( $p < 0,01$ ). Volgens die navorsers kan die hoër insidensie van depressie by die Sotho's moontlik verband hou met omgewingstressors waaraan hulle blootgestel is. Hierdie moontlike verklaring vir die hoër insidensie van depressie in Lesotho sluit aan by navorsing deur Lambley en Van der Spuy (aangehaal in Pieterse, 1992) wat bevind het dat alle bevolkingsgroepe Suid-Afrikaners 'n hoër telling as Amerikaners en Britte behaal het op 'n aantal skale wat angsvesteuring en psigopatologie meet. Volgens Van der Spuy word Suid-Afrikaners blootgestel aan onnatuurlike sosiale toestande. Suid-Afrikaners woon dus in 'n stresgenererende omgewing wat aanleiding gee tot 'n hoër insidensie van psigopatologie.

Ook ander studies in Afrika het 'n verband bevind tussen omgewingstressors en die voorkoms van psigopatologie. Abbott en Klein (aangehaal in Harkness, 1987) het in 1979 bevind dat depressie en angst voorkom het by Kikuyu mans en vroue en dat simptome veral verband gehou het met hul lewensomstandighede. Vadher en Ndeti (1981) het ook 'n beduidende positiewe verband bevind tussen die teenwoordigheid van depressie en stresvolle lewensgebeure in 'n steekproef van 30 Keniaanse depressiewe pasiënte ( $p < 0,001$ ).

In Suid-Afrika het Pieterse (1992) 'n ondersoek gedoen op 'n steekproef van 100 Xhosa-vroue woonagtig in Kaya Mandi, Stellenbosch. Sy het 'n verband bevind tussen stresvolle lewensgebeure en psigopatologie. Politieke onrus en die stres

wat daarmee gepaardgaan, het 'n groter negatiewe invloed gehad op die geestesgesondheid van subjekte as wat persoonlike stresvolle lewensgebeure gehad het. Sy het ook bevind dat die maandelikse inkomste van die gesin beduidend negatief verband gehou het met die mate van sielkundige ongemak ( $p < 0,01$ ).

Aangesien dit uit die literatuur blyk dat stresvolle omgewingsfaktore en lewensgebeure verband hou met die ontwikkeling van depressie, is dit vir die huidige ondersoek van belang om bewus te wees van die konteks en die algemene omgewingstressors waaraan die swart Suid-Afrikaanse gemeenskappe blootgestel word. Psigopatologie onder swart Suid-Afrikaners kan ook slegs teen die agtergrond van die kulturele veranderinge in hulle gemeenskap begryp word. Swart Suid-Afrikaners is in die proses van **akkulturasie** wat op sigself baie stresvol kan wees.

Vandag word 'n Afrika-gesin gevorm deur verskeie strukturele en kulturele faktore. Norme en waardes afkomstig van 'n Christelike wêreldsiening en van Westerse modelle van die gesin, asook norme en waardes wat geassosieer word met die tradisionele kulture, het alles 'n invloed op die Afrika-gesin (De Haas, 1992). Tradisionele norme en waardes sluit byvoorbeeld reëls rondom die keuse van 'n huweliksmaat en die betaling van 'n bruidskat ("lobola") in. Vir baie bly poligamie die ideaal en mans regverdig byvroue op die basis van tradisionele waardes (De Haas, 1992).

In Suid-Afrika word elemente van die Westerse kultuur deur swart volke oorgeneem. Dit blyk egter dat die Westerse kultuur nie in sy geheel oorgeneem word nie. Baie elemente van die ou kultuur word behou. Lede van 'n swart gemeenskap kan op verskillende vlakke van akkulturasie verkeer. Dit kan aanleiding gee tot fragmentering van die gemeenskap. Akkulturasie kan ook aanleiding gee tot verswakking van gesinstrukture, tot roldeprivasie en tot die verdwyning van tradisionele rituele. Die innerlike verwarring en interpersoonlik konflik wat hieruit spruit, kan etiologies bydra tot psigopatologie (Schoeman, 1989).

Dressler (aangehaal in Pieterse, 1992) het bewys dat vinnige en dramatiese kultuurverandering stresvol is en verband hou met 'n verskeidenheid gesondheids- en geestesgesondheidsprobleme. Volgens Pieterse (1992) beskryf die literatuur veral twee dimensies van stresvolle kultuurverandering. Eerstens is

daar bevind dat oriëntering na 'n Westerse lewenstyl, sonder enige vorige kontak daarmee, stresvol is. Dit kan lei tot 'n verskeidenheid gesondheidsprobleme, insluitend sielkundige ongesteldheid. Tweedens is daar bevind dat stresvolle aspekte van akkulturasie verander of teengewerk kan word deur die individuele sosiale steun. Daar bestaan egter 'n wanopvatting oor die sosiale steun wat swart Suid-Afrikaners ontvang. Tradisioneel het die uitgebreide gesinne 'n groot ondersteuningsrol gespeel (De Haas, 1992). Hierdie ondersteuning was 'n essensiële buffer teen stres. Vandag is uitgebreide gesinne by swart Suid-Afrikaners egter nie meer so algemeen nie (Schoeman, 1989). Swak sosio-ekonomiese omstandighede en vroue wat genoodsaak is om te werk gee aanleiding tot roldeprivasie. Die uitgebreide gesin is daarom nie altyd beskikbaar om sosiale ondersteuning te bied soos dit tradisioneel die geval was nie (Schoeman, 1989). Akkulturasie gee ook daartoe aanleiding dat tradisionele rituele, 'n vorm van sosiale ondersteuning, verdwyn. In die proses van akkulturasie en as gevolg van swak sosio-ekonomiese omstandighede ontvang swart Suid-Afrikaners dus nie meer dieselfde mate van sosiale ondersteuning soos wat dit tradisioneel die geval was nie.

Tradisionele swartes wat in Suid-Afrikaanse stede woon, word nie net blootgestel aan Westerse invloede nie, maar ook aan die stresvolle proses van verstedeliking en industrialisering. Volgens Holdstock (aangehaal in Pieterse, 1992) het verstedeliking en industrialisering tot gevolg dat swart gesinne disintegreer. Studies van psigopatologie in swart stedelike gemeenskappe het getoon dat die omgewings stresvol was, selfs sonder dat dit gekompliseer was deur kulturele oorskakeling en industrialisering. Volgens Dawes (aangehaal in Pieterse, 1992) kan omgewingstressors nie slegs as 'n natuurlike verskynsel van verstedeliking beskou word nie. Dit moet ook beskou word as 'n resultaat van **ekonomiese faktore** wat in Suid-Afrika 'n gevolg van apartheid is.

Vandag word die meerderheid swart gemeenskappe gekenmerk deur lae sosio-ekonomiese status. Volwasse mans was tradisioneel verantwoordelik vir die materiële welvaart van die gesin. Alhoewel dit steeds die ideaal is dat die man die enigste broodwinner moet wees, is daar baie werkersklas-vaders wat nie in staat is om in die basiese materiële behoeftes van hul gesin te voorsien nie. Tradisioneel het volwasse mans respek en gehoorsaamheid afgedwing deurdat hulle vir die materiële welvaart van hul gesin gesorg het. Die gemeenskap en die gesinslede sien neer op 'n man wat nie voldoende materiële ondersteuning aan sy gesin kan bied nie (Campbell, 1992). Armoede en haglike

lewensomstandighede is kenmerkend van swart gemeenskappe in Suid-Afrika. Hierdie lae sosio-ekonomiese status van die Derde Wêreld speel 'n belangriker rol in die etiologie van psigopatologie as wat die geval in ontwikkelende lande is. Dit dra onder andere by tot sosiale ontwrigting en gevoelens van hopeloosheid, wat op sy beurt weer aanleiding gee tot depressie en verwante sindrome en simptome (Schoeman, 1989).

Volgens Helman (aangehaal in Pieterse, 1992) is ekonomiese faktore relevant tot die reaksie op stres. Armoede en werkloosheid is definitiewe stressors in enige gemeenskap. So ook die verlies van inkomste en finansiële sekuriteit wat die resultaat is van fisiese en pasigiese siekte. Kessler (aangehaal in Pieterse, 1992) het bevind dat persone in 'n laer klas en in 'n laer inkomstegroep meer omgewingstres gerapporteer het. Studies het ook getoon dat persone van 'n laer sosio-ekonomiese status meer vatbaar is vir die effek van ongewenste lewensgebeure en ook meer geneig is om siek te word in reaksie op blootstelling aan hierdie gebeure (Pieterse, 1992). Pearlin, Lieberman en Menaghan (aangehaal in Pieterse, 1992) het die hipotese gestel dat dit die geval is omdat persone in die laer inkomstegroep oor minder effektiewe hanteringsvaardighede en oor 'n swakker selfbeeld beskik en dus as gevolg hiervan meer reaktief ten opsigte van stresvolle lewensgebeure optree. Daar is ook met 'n redelike mate van sekerheid deur verskeie navorsers bewys dat persone van laer sosio-ekonomiese status meer sielkundige probleme en meer fisiese siektes ervaar het (Pearlin, Lieberman & Menaghan, aangehaal in Pieterse, 1992). Sosio-ekonomiese status beïnvloed dus die aantal omgewingstressors waaraan mense blootgestel word asook die psigiese en fisiese gesondheid van die mense.

Die groter voorkoms van psigiese siektetoestande onder behoeftige mense en mense van 'n laer sosio-ekonomiese klas, is moeilik verklaarbaar. Persone in 'n laer klas word egter meer blootgestel aan volgehoue of deurlopende stressors soos huweliksonmin, beroepsdruk, beroepsfrustrasie en finansiële probleme (Pieterse, 1992). Deurlopende stressors het 'n direkte invloed op sielkundige ongesteldheid en belemmering (Kaplan, 1983; Mc Gonagle & Kessler, 1990; Thoits, 1983).

Daar is 'n algemene siening in navorsing dat 'n getroude huwelikstatus geassosieer word met beter fisiese en sielkundige gesondheid (Pieterse, 1992). Oor die algemeen word gerapporteer dat die huweliksmat emosionele en materiële ondersteuning verskaf. Hierdie ondersteuning dien as buffer vir die



individuele teen die effek van die blootstelling aan stressors. Goves, Hughes en Style (aangehaal in Pieterse, 1992) het bevind dat getroude mans en vroue in beter gesondheid verkeer as hulle ongetroude portuurgroepslede van dieselfde geslag.

Wat die huweliksverhouding betref, geniet Christelike en Westerse idees rondom romantiese liefde as 'n basis vir die verhouding, hoë waarde onder swart gemeenskappe in Suid-Afrika (De Haas, 1992). Volgens Clark en Ngobese (aangehaal in de Haas, 1992) is die gebruik dat die bruid na die troue saam in die huis van haar man en sy familie gaan woon, steeds van toepassing. Daar is vandag egter ook gevalle waar egpare nie as gevolg van 'n tradisionele gebruik of uit vrye wil by die familie woon nie. Dit is eerder die gevolg van strukturele toestande, byvoorbeeld armoede en 'n tekort aan behuising, wat daartoe aanleiding gee dat getroude kinders en hulle gesinne in 'n vertrek in die ouerhuis woon (De Haas, 1992). Dit kan aanleiding gee tot 'n oorvol huis, 'n gebrek aan privaatheid en onvoldoende fasiliteite vir die huisbewoners.

Volgens De Haas (1992) word sommige swart gesinne ook daardeur gekenmerk dat die vader, en soms die moeder, weg van die gesin af woon as gevolg van werksomstandighede. Baie vaders werk byvoorbeeld in die stede en kom ongereeld huis toe. Van die moeders is inslaaphulp of ook werkzaam in stede. Dit is egter meestal die mans wat weg van die gesin af woon. Hierdie verskynsel dat die vrou, as gevolg van die afwesige man, die hoof van die huishouding is, is vandag ook algemeen (de Haas, 1992). Volgens Preston-Whyte (aangehaal in de Haas, 1992) moet hierdie verskynsel beskou word as 'n strategie om by armoede aan te pas.

Vir dié wat in 'n posisie is om as gesin saam in hulle eie woning te woon, vorm die nukluêre eenheid die kern van die huishouding. Die huishouding kan egter ook ander familielede insluit byvoorbeeld neefs, niggies en bejaarde ouers. Ten spyte van strukturele probleme soos armoede, het swartes 'n groot pligsbesef teenoor familielede (De Haas, 1992).

Huweliksprobleme hou gewoonlik verband met onverantwoordelike gedrag deur die man, byvoorbeeld alkoholmisbruik en fisiese geweld teenoor die vrou. Gedrag van hierdie aard kan egter nie onafhanklik van die breër sosiale konteks, wat gekenmerk word deur armoede, frustrasie en magteloosheid, verstaan word nie (De Haas, 1992).



Tesame met die mans se tradisionele rol as broodwinner, het ouer mans ook 'n sentrale rol gespeel wanneer besluite rakende die gemeenskap geneem moes word (Campbell, 1992). Skielike ontwikkeling het aanleiding daartoe gegee dat die jeugdige 'n rol in die politieke lewe van die gemeenskap speel. Politieke verskille tussen die jeugdige en die ouer mans is soms 'n groot bron van konflik. Die feit dat mans as gevolg van die huidige sosio-ekonomiese omstandighede nie meer alleen in die materiële behoeftes van die gesin kan voorsien nie, asook 'n verlies aan outoriteit, kan moontlik gevoelens van magteloosheid ontlok. Hiërdie stres kan ook aanleiding gee tot psigopatologie by swartes.

Die Afrika-gesin vorm ook deel van 'n breër sosiale konteks wat nie altyd in die behoeftes van sy lede kan voorsien nie. Voorbeelde is onvoldoende onderwys, sport en ontspanningsfasiliteite vir die jeugdige, gevoelens van magteloosheid aangesien politieke mag formeel steeds in die hande van die blankes is en gedepriveerde sosio-ekonomiese omstandighede (Campbell, 1992).

Uit die voorafgaande bespreking wil dit dus voorkom asof swart Suid-Afrikaners in die proses van akkulturasie en as gevolg van swak sosio-ekonomiese omstandighede blootgestel word aan verskeie omgewingstressors. Aangesien navorsing daarop dui dat omgewingstressors aanleiding kan gee tot psigopatologie in 'n swart Suid-Afrikaanse gemeenskap (Spangenberg en Pieterse, 1992), is dit belangrik om in die huidige ondersoek in ag te neem dat die teenwoordigheid van omgewingstressors moontlik kan aanleiding gee tot 'n hoër insidensie van postpartum-depressie by swartes as by blankes, wat oor die algemeen nie aan dieselfde omgewingstressors blootgestel is nie.

### 3. POSTPARTUM-DEPRESSIE IN DIE NIE-WESTERSE KULTURE

Daar is geen kultuur bekend wat swangerskap ignoreer of wat dit totaal onverskillig hanteer nie. **Vrugbaarheid** is ook belangrik in die tradisionele swart gemeenskap. Vir swart Suid-Afrikaners is kinders die versekering van die behoud en voortsetting van die familie. Indien 'n mens kinderloos sou sterf, sal die gesin tot 'n einde kom. Daar sal niemand wees om die voorouers in herinnering te roep en respek aan hulle te betoon nie. 'n Vrou se vrugbaarheid en baarkrag word as een van haar belangrikste eienskappe beskou. Kinderloosheid is gevolglik 'n algemene oorsaak van depressie by swart vrouens (Schoeman, 1989).

In beide Westerse en nie-Westerse samelewings voel die ouers op 'n manier verantwoordelik vir die welvaart en normale ontwikkeling van die fetus en baba (Cox, 1988). Die **kulturele houding** teenoor die geboorte van 'n kind kan egter verskil van kultuur tot kultuur. **1)** Die besluit om 'n kind te kry, **2)** die sosiale aanvaarding van en houding teenoor swangerskap, **3)** spesifieke hulp beskikbaar vir geboorte asook **4)** ondersteuning vir beide moeder en baba na die geboorte, is alles komponente van 'n kulturele houding teenoor swangerskap en geboorte (Newman & Newman, 1987). Die kulturele houding, asook die breër patroon van depressiewe versteurings in die gemeenskap, is faktore wat moontlik verband hou met die insidensie van postpartum-depressie in 'n spesifieke gemeenskap (Harkness, 1987).

Stern en Kruckman (aangehaal in Harkness, 1987) het gesuggereer dat die volgende ses elemente gewoonlik teenwoordig is in die strukturering van die postpartum-periode: **1)** Kulturele erkenning van 'n duidelike postpartum-periode waartydens die normale take van die moeder onderbreek word; **2)** beskermende gedrag wat die kwesbaarheid van die nuwe moeder reflekteer; **3)** sosiale ondersteuning; **4)** rus vir die moeder; **5)** hulp met take, gewoonlik deur ander vroue en **6)** sosiale erkenning van die nuwe status van die moeder deur middel van rituele of geskenke. Hierdie navorsers het gesuggereer dat 'n gebrek aan hierdie elemente in baie Westerse samelewings 'n belangrike bydraende faktor kan wees vir die hoë insidensie van postpartum-depressie.

Stern en Kruckman (aangehaal in Harkness, 1987) het antropologiese kritiek gehad teen navorsing oor postpartum-depressie. Volgens hulle was daar baie min verslae oor postpartum-depressie in etnografiese literatuur. Stern en Kruckman het gesuggereer dat dit óf die gevolg is van kulturele probleme in die uitdrukking van depressie, óf dat dit 'n weerspieëling is van die moontlikheid dat postpartum-depressie 'n Westerse kultuurgebonde sindroom is. Volgens hierdie navorsers was daar egter kruiskulturele bewyse dat die geboorte van 'n kind universeel as 'n traumatiese lewensgebeurtenis hanteer word en dat die postpartum-periode dus van alle moeders aanpassing verg.

Daar is egter al gesuggereer dat postpartum-depressie slegs in Westerse kulture voorkom (Cox, 1988; Harkness, 1987). Geboorte word universeel as 'n lewenstressor beskou en gevolglik is dit naïef om die aanpassing van moeders tydens die postpartum-periode, asook postpartum-gemoedsversteurings, as

slegs kenmerkend van Westerse kulture te beskou (Cox, 1988). Chalmers (1990), Cox (1988) en Shimizu en Kaplan (1987) het bevind dat postpartum-depressie ook in nie-Westerse kulture voorkom.

Shimizu en Kaplan (1987) het bevind dat postpartum-depressie voorgekom het onder Japanese vroue en dat dit minder ernstige episodes was as die postpartum depressiewe episodes wat Amerikaanse vroue ervaar het. Hierdie bevinding sluit aan by Pillsbury (aangehaal in Cox, 1988) wat gespekuleer het dat Chinese vroue postpartum minder depressief sal raak as Amerikaanse vroue as gevolg van 'n tradisionele Oosterse postpartum-gebruik: "doing the month". Gedurende die eerste maand postpartum is daar vasgestelde gedragsreëls en taboes vir die Chinese moeder sodat sy kan uitrus. Gedurende hierdie tydperk ontvang die moeder meer sosiale aandag en ondersteuning as moeders in die V.S.A. Hierdie ekstra aandag kan moontlik bydra tot 'n laer insidensie van postpartum-depressie in die Chinese gemeenskap (Cox, 1988).

Ook in ander nie-Westerse kulture is die voorkoms van postpartum-depressie gerapporteer (Cox, 1988; Harkness, 1987; Watson & Evans, 1986). Reeds lank voordat Westerse geneeshere in Uganda werkzaam was, het die Ganda-stam postpartum-gemoedsversteurings as "Amakiro" beskryf. Volgens dié stam was die oorsake van Amakiro promiskuiteit tydens swangerskap deur die moeder of vader van die baba (Cox, 1988).

Assael, Namboze, German en Bennett (aangehaal in Cox, 1988 en Harkness, 1987) het waargeneem dat ongeveer 25% van die vroue wat die nageboortelike kliniek in Kasangati Gesondheidsentrum, tien myl vanaf Kampala, bygewoon het, gepresenteer het met simptome van psigiatriese bedruktheid. Hierdie waarneming het Cox (1988) geïnspireer om 'n ondersoek te doen na die insidensie van postpartum-depressie by Ugandese vroue. Hy het 'n insidensie van 10% bevind.

Harris (aangehaal in Harkness, 1987) het bevind dat die insidensie van "maternity blues" by Tanzaniese vroue, vergelykbaar was met die insidensie van die "blues" by Westerse vroue.

Chalmers (1990) het in mondelinge gesprekke bevind dat slegs 5% postpartum Pedi-vroue aanduidings van huilerigheid gegee het in 'n ondersoek. Dit is egter moontlik dat die insidensie van postpartum-depressie hoër en nader aan die

wêreldwye syfers van 10% tot 30% kan wees. In Chalmers (1990) se studie is nie van gestandaardiseerde kriteria vir depressie gebruik gemaak nie. Aangesien die afwesigheid van huilerigheid nie die teenwoordigheid van depressie uitsluit nie, is dit moontlik dat die teenwoordigheid van postpartum-depressie onder Pedi-vroue onder-gerapporteer of nie herken is nie.

Volgens die literatuur blyk dit dus dat postpartum-depressie 'n universele verskynsel is. Antropologiese transkulturele literatuur het sekere kulturele verskille rondom die geboorte van 'n baba beklemtoon. Dié verskille hou moontlik verband met die insidensie van postpartum-depressie in Westerse en nie-Westerse kulture onderskeidelik (Cox, 1988).

1) Antropologiese transkulturele literatuur het beklemtoon dat sosiale ondersteuning in die meeste samelewings vir die nuwe moeder beskikbaar is. In Westerse samelewings word vroue ondersteun deur eggenote, nageboortelike klinieke, wettige kraamverlof en die beskikbaarheid van ondersteuning deur die gesin. In nie-Westerse samelewings is die tradisionele postpartum-rituele en gedragsreëls as bron van sosiale ondersteuning beklemtoon. In Westerse samelewings is sosiale en professionele ondersteuning gerig op die welsyn van die baba, terwyl sosiale ondersteuning in nie-Westerse samelewings veral gerig is op die welsyn van die moeder (Cox, 1988). 2) Antropoloë het ook beklemtoon dat die oorgangstydperk waarin die baba totaal fisiologies onafhanklik van die moeder word, van universele belang is. Hierdie oorgangstydperk kan in moderne Westerse samelewings minder as 'n minuut duur (deur die knip van die naelstring). In primitiewe nie-Westerse kulture kan die oorgangstydperk egter drie jaar of selfs langer duur afhangende van hoe lank die tydperk van borsvoeding duur (Cox, 1988).

Op grond van bogenoemde kulturele verskille kan die gevolgtrekking gemaak word dat nie-Westerse moeders meer sosiale ondersteuning vir 'n langer tydperk ontvang en dat sosiale ondersteuning meer op die welsyn van die moeder gerig is as in die geval van Westerse moeders.

Aangesien onvoldoende sosiale ondersteuning volgens literatuur 'n belangrike voorspellingsfaktor vir die ontwikkeling van postpartum-depressie is, het Cox (1988) gesuggereer dat nie-Westerse samelewings met tradisionele postpartum-rituele en gedragsreëls, 'n laer insidensie van postpartum-depressie sal hê as Westerse samelewings met minder beskikbare sosiale ondersteuning.

Cox beklemtoon ook dat intrapsigiese, biologiese sowel as sosiokulturele faktore 'n belangrike rol in die etiologie van postpartum-depressie speel en dat dit naïef en onakkuraat is om tot 'n gevolgtrekking te kom dat postpartum-depressie nie in nie-Westerse samelewings voorkom nie. Alhoewel postpartum-depressie nie in alle kulture gemanifesteer het met die Westerse eienskappe wat daaraan toegeskryf word nie, is dit tog herken op 'n kulturele vlak (Harkness, 1987).

Uit die voorafgaande bespreking blyk dit dus duidelik dat geen ondersoek na psigopatologie by swart Suid-Afrikaners gedoen kan word sonder om hul swak sosio-ekonomiese omstandighede en spesifieke omgewingstressors in ag te neem nie. Die proses van akkulturasie, taal- en kultuurverskille, die invloed van die apartheidsideologie, asook die effek van verstedeliking en industrialisering, kan ook nie in só 'n ondersoek geïgnoreer word nie. Navorsingsbevindings moet in die lig van hierdie faktore geïnterpreteer word.

## HOOFSTUK 4

### FAKTORE WAT VERBAND HOU MET POSTPARTUM-DEPRESSIE

#### 1. INLEIDING: TEORIEË OOR DIE ONTSTAAN VAN POSTPARTUM-DEPRESSIE

Gerapporteerde studies oor die verbandhoudende faktore in postpartum-depressie onder swart Afrika-stamme, en spesifiek onder die swart Suid-Afrikaanse gemeenskap, is beperk. Die huidige navorser gaan daarom 'n literatuuroorsig gee van navorsing in dié verband wat in Westerse samelewings uitgevoer is.

Daar kan hoofsaaklik drie denkrigtings geïdentifiseer word in navorsing oor die oorsake van postpartum-depressie onder Westerse vroue (Dennerstein et al., 1986; Harkness, 1987). **Eerstens** het ontwikkeling in psigofarmakologie gedurende die vyftigerjare gelei tot 'n belangstelling in moontlike **hormonale oorsake** van postpartum-versteurings. Yalom et al. (aangehaal in Harkness, 1987) het in 1968 'n verband bevind tussen die terneergedruktheid wat voorgekom het in die onmiddellike postpartum-periode en die terneergedruktheid wat aan die einde van die menstruele siklus voorgekom het. Die onmiddellike postpartum-periode en die einde van die menstruele siklus word beide gekenmerk deur 'n skielike estrogeen- en progesteroon-afname. Alhoewel hierdie siening van postpartum-depressie gewild gebly het, kon onlangse studies oor hormoonvlakke tydens swangerskap en tydens die postpartum-periode, nie depressiewe vroue onderskei van vroue wat nie depressief was nie (Harkness, 1987). Levy (1987) het bevind dat die simptome van die gemoedstoestand wat kenmerkend is van die eerste paar dae na geboorte, ook voorgekom het by vroue gedurende die eerste paar dae na 'n operasie. Hy suggereer dat hormonale veranderinge wat geassosieer word met geboorte, dus nie die oorsaak van hierdie postpartum-gemoedsteuring is nie.

'n **Tweede** oriëntasie in navorsing oor die ontwikkeling van postpartum-depressie is om die **individue se persoonlike geskiedenis en persoonlikheids-eienskappe** in ag te neem. In psigodinamiese formulering van postpartum-depressie word swangerskap beskou as 'n tydperk van emosionele regressie en konflik gesentreerd rondom die vrou se aanvaarding of verwerping van haar eie

vroulikheid (Harkness, 1987). Hopkins et al. (1984) het bevind dat individuele persoonlikheid, asook veranderlikes soos angs en sosiale vaardighede wat tydens swangerskap geëvalueer is, as voorspellers vir postpartum-depressie kon dien. 'n Verband tussen 'n geskiedenis van psigiatriese simptome (veral affektiewe simptome) en postpartum-depressie, is ook bevind in onlangse empiriese navorsing (Kendell, 1985).

Die **derde** teoretiese raamwerk vir navorsing oor postpartum-depressie het ontstaan uit onlangse studies in die area van **stres en die hantering daarvan** (Harkness, 1987). Holmes en Rahe (aangehaal in Harkness, 1987) beskou stresvolle lewensgebeure as skielike veranderinge in die omgewing waarin 'n mens leef - hetsy dit positiewe of negatiewe kwaliteite het. Volgens Harkness (1987) dui navorsing daarop dat hierdie lewensgebeure 'n rol speel in die ontwikkeling van depressie. Die geboorte van 'n baba is 'n stresvolle lewensgebeurtenis vir die moeder asook vir die gesin. Postpartum-depressie kan moontlik die resultaat wees van 'n moeder se onvermoë om die stres wat 'n nuwe baba daar stel, te hanteer, veral as ander stresvolle omstandighede ook teenwoordig is. Daar is bevind dat stres, sosiale ondersteuning en postpartum-depressie met mekaar verband hou (Harkness, 1987). 'n Komplekse interaksie tussen verskillende veranderlikes en postpartum-depressie kan dus soms teenwoordig wees.

Navorsingsbevindings ter ondersteuning van bogenoemde drie verskillende denkrigtings is wisselvallig. 'n Kombinasie van hormonale, individuele en stresverwante faktore moet in ag geneem word wanneer ondersoek ingestel word na die moontlike verbandhoudende oorsaak van postpartum-depressie.

## 2. FAKTORE WAT VERBAND HOU MET POSTPARTUM-DEPRESSIE

Die verbandhoudende faktore van "maternity blues" en van postpartum-psigose is hoofsaaklik hormonaal en biologies van aard. Die etiologiese teorieë oor nie-psigotiese postpartum-depressie is geneig om sielkundige en sosiale stresfaktore te beklemtoon (O'Hara, 1986). Volgens Kendell (1985) is kennis oor die etiologie en moontlike risikofaktore van postpartum-depressie steeds beperk. Navorsing dui egter daarop dat postpartum-depressie nie slegs 'n enkele oorsaak het nie. Soos reeds genoem kan 'n kombinasie van biologiese, sielkundige en sosiale faktore, asook fisiologiese veranderinge gedurende die postpartum-periode,



bydra tot postpartum-depressie (Dennerstein et al., 1986). Alhoewel daar onsekerheid bestaan oor die etiologie van postpartum-depressie (Gjerdingen et al., 1986), suggereer navorsing dat **1)** demografiese, **2)** biologiese, **3)** verloskundige, **4)** interpersoonlike asook **5)** persoonlikheids- en psigopatologiese faktore etiologies verband hou met postpartum-depressie. Navorsingsbevindings dui ook daarop dat postpartum-depressie met **6)** stresvolle lewensgebeure en met **7)** die temperament van die baba geassosieer is.

Vervolgens word navorsingsbevindings in verband met bogenoemde faktore bespreek.

## **2.1 DEMOGRAFIESE FAKTORE**

'n Aantal studies het bevind dat daar 'n assosiasie bestaan tussen demografiese veranderlikes en postpartum-depressie. Slegs 'n paar studies het egter 'n beduidende verband bevind en hierdie bevindings is selde herhaal (O'Hara, 1987).

### **2.1.1 Huwelikstatus en die beplandheid van swangerskap**

O'Hara (1987) het gerapporteer dat slegs een uit 12 studies 'n assosiasie bevind het tussen ongetroude moeders en 'n vermeerderde risiko vir postpartum-depressie. Daar is bevind dat ongetroude vroue meer psigiatriese simptome tydens swangerskap gerapporteer het relatief tot getroude vroue, maar dat huwelikstatus nie noodwendig beduidend verband gehou het met postpartum-depressie nie (Martin et al. 1988).

Wisselvallige bevindings is gerapporteer oor 'n moontlike verband tussen postpartum-depressie en die beplandheid van swangerskap. Paykel et al. (1980) het 'n groep depressiewe ( $n = 24$ ) en 'n groep nie-depressiewe ( $n = 80$ ) postpartum-vroue met mekaar vergelyk en bevind dat onbeplande swangerskap beduidend positief gekorreleer het ( $p < 0,001$ ) met postpartum-depressie. Hierdie bevinding is herhaal ( $p < 0,001$ ) in 'n studie waarin die frekwensie van psigiatriese simptome ondersoek is in twee groepe postpartum-vroue, naamlik vroue wat onbeplande swangerskappe gehad het ( $n = 256$ ) en vroue wat beplande

swangerskappe gehad het ( $n = 592$ ) (Spangenberg, 1987).

Verskeie navorsers was van mening dat prepartum-stressors, soos byvoorbeeld onbeplande swangerskap, steeds 'n teenwoordige of selfs 'n goter stressor gedurende die postpartum-periode kan wees, maar dat dit nie as verbandhoudende oorsaak vir postpartum-versteurings beskou kan word nie (Murray & Gallahue, 1987). In 'n prospektiewe studie ( $N = 120$ ) deur Braverman en Roux, aangehaal in Spangenberg (1987), is egter bevind dat onbeplande ( $p < 0,05$ ) of ongewenste ( $p < 0,01$ ) swangerskap wel as 'n betroubare voorspellingsfaktor kan dien in 'n siftingsproses om hoë risikogevalle vir postpartum-depressie te selekteer. Ander navorsers het egter geen beduidende verband aangetref nie. Breen (aangehaal in Kendell, 1985) het selfs 'n assosiasie bevind tussen onbeplande swangerskap en 'n **verminderde** risiko vir postpartum-depressie.

Navorsing op 'n blanke **Suid-Afrikaanse steekproef** ( $N = 81$ ) het daarop geui dat die beplandheid van swangerskap nie beduidend verband gehou het met die ontwikkeling van postpartum-depressie nie (Spangenberg, 1987).

### 2.1.2 Ouderdom

Verskeie studies het die ouerdomsverspreiding van depressiewe en nie-depressiewe postpartum-vroue met mekaar vergelyk (Spangenberg, 1987) met gevolglike teenstrydige bevindings (Gjerdingen et al., 1986; Kendell, 1985).

Paykel et al. (1980) het bevind dat depressiewe moeders ( $n = 24$ ,  $\bar{X} = 24,1$  jaar) beduidend ( $p < 0,01$ ) jonger was as die nie-depressiewe moeders ( $n = 80$ ,  $\bar{X} = 27,9$  jaar). Hayworth en sy kollegas (aangehaal in Kendell, 1985) het hierdie bevinding ondersteun (beduidendheidspeil onbekend). O'Hara (1986) het egter bevind dat 'n jonger ouderdom nie 'n groter risikofaktor was vir ontwikkeling van postpartum-depressie nie.

Volgens O'Hara (1987) het slegs vyf uit sewentien studies 'n beduidende verband bevind tussen ouderdom en postpartum-depressie. Vier studies het bevind dat jonger vroue 'n groter risiko vir postpartum-depressie was (Kendell, 1985; O'Hara, 1987; Paykel et al., 1980) en een studie (Kumar & Robson, 1984) het bevind dat ouer vroue 'n groter risiko vir postpartum-depressie was ( $p < 0,05$ ).

Martin (aangehaal in Kendell, 1985), Murray en Gallahue (1987) asook Pitt (aangehaal in Kendell, 1985) het bevind dat daar geen beduidende verband tussen ouderdom en 'n groter risiko vir postpartum-depressie was nie.

Spangenberg en Pieters (1991) het in 'n studie op 'n **Suid-Afrikaanse steekproef** (slegs blankes) bevind dat die groep nie-postpartum depressiewe moeders ( $n = 59$ ) gemiddeld ongeveer 18 maande ouer was as die groep postpartum depressiewe moeders ( $n = 22$ ). Die verskil was egter nie beduidend nie.

Spangenberg (1987) het tot die gevolgtrekking gekom dat navorsingsbevindings nie op 'n duidelike hoë risiko-ouderdomsgroep dui vir die ontwikkeling van postpartum-depressie nie.

### 2.1.3 Pariteit

Daar was 'n tyd toe daar byna by alle primipareuse vroue postpartum-depressie verwag is, maar studies het bevind dat pariteit nie 'n uitsluitingskriteria in postpartum-depressie was nie (Murray & Gallahue, 1987).

Wisselvallige en teenstrydige navorsingsresultate word gerapporteer oor die verband tussen postpartum-depressie en pariteit (Gjerdingen et al., 1986). Alhoewel vyf uit sewentien studies 'n assosiasie tussen pariteit en postpartum-depressie gerapporteer het, het drie studies bevind dat hoër pariteit geassosieer was met depressie en twee studies het bevind dat laer pariteit geassosieer was met depressie (O'Hara, 1987). Twee van die studies wat 'n verband bevind het tussen multipariteit en depressie, was studies deur Davidson ( $p < 0,05$ ) en Tod ( $p < 0,001$ ) (aangehaal in Spangenberg, 1987). Williams en Carmichael (1981) het bevind dat meer moeders met drie of meer kinders postpartum-depressief was as primipareuse moeders of as moeders met slegs twee kinders (Cox, 1983). Hayworth en sy kollegas (aangehaal in Kendell, 1985), Martin et al. (1988) asook Watson en sy kollegas (aangehaal in Kendell, 1985) het geen verband bevind tussen pariteit en 'n verhoogde risiko vir postpartum-depressie nie.

'n Belangrike bevinding was dat, indien 'n vrou eenmaal aan postpartum-depressie gely het, daar 'n 50% tot 100% risiko bestaan dat postpartum-depressie sal herhaal na latere swangerskappe (Gjerdingen et al., 1986).

Navorsing in **Suid-Afrika** oor die verband tussen pariteit en die ontwikkeling van postpartum-depressie, het daarop gedui dat die gemiddelde pariteit van 'n groep postpartum depressiewe moeders ( $n = 22$ ) beduidend laer was ( $p < 0,05$ ) as dié van die nie-postpartum depressiewe moeders ( $n = 59$ ). Daar was egter nie 'n beduidende verskil tussen die twee groepe ten opsigte van primipariteit nie (Spangenberg, 1987). Die steekproef wat vir die navorsingstudie gebruik is, het slegs blanke moeders ingesluit.

#### 2.1.4 Sosio-ekonomiese omstandighede

Bevindings dui daarop dat die meeste vroue wat gedurende die postpartum-periode depressief geraak het, nie ten opsigte van sosiale klas en finansiële probleme verskil het van vroue wat nie depressief geraak het nie. Daar is bevind dat middel- en werkersklasvroue gelyke risiko's was ten opsigte van die ontwikkeling van postpartum-depressie (Kendell, 1985; Kumar & Robson, 1986; Martin et al., 1988; Paykel et al. 1980). Sekere studies het bevind dat depressie wat **tydens swangerskap** ontwikkel het, meestal verband gehou het met stresverwante faktore soos byvoorbeeld erge finansiële en behuisingsprobleme (Martin et al., 1988). Ander bevindings dui egter daarop dat finansiële probleme nie 'n risikofaktor was vir depressie wat **na geboorte** ontwikkel het nie (Hopkins, 1985; Martin et al., 1988; Paykel et al., 1980).

Bevindings ten opsigte van behuisingsprobleme en postpartum-depressie, is wisselvallig. Paykel et al. (1980) het twee groepe postpartum-vroue, naamlik 'n depressiewe groep ( $n = 24$ ) en 'n nie-depressiewe groep ( $n = 80$ ), met mekaar vergelyk. Bevindings het daarop gedui dat behuisingsprobleme 'n risikofaktor was vir postpartum-depressie op grond van 'n beduidende korrelasie ( $p < 0,001$ ). Hopkins (1985) het egter geen verband tussen behuisingsprobleme en depressie bevind in sy studie van 25 depressiewe en 24 nie-depressiewe postpartum-vroue nie.

Alhoewel navorsing bevind het dat sosio-ekonomiese probleme verband gehou het met die ontwikkeling van depressie **tydens swangerskap** (Martin et al., 1988), word daar min en wisselvallige bevindings gerapporteer oor die moontlike verband tussen die ontwikkeling van depressie **postpartum** en sosio-ekonomiese omstandighede.

## 2.2 BIOLOGIESE FAKTORE

Relatief min navorsingstudies is gedoen oor die verband tussen postpartum-depressie en biologiese faktore. Studies wat gedoen is, het gewoonlik geen positiewe verband bevind tussen postpartum-depressie en biologiese faktore nie (O'Hara, 1987). Daar is wel bevindings wat die verband tussen postpartum-depressie en veranderde estrogeenvlakke, borsvoeding vir twaalf of meer weke en die gebruik van orale voorbehoedmiddels postpartum, ondersteun (Gjerdingen et al., 1986).

### 2.2.1 Teorie ten opsigte van hormonale faktore

Die teorie ten opsigte van hormonale hierdie faktore is dat postpartum-depressie die resultaat is van 'n onvermoë om aan te pas by groot hormonale veranderinge wat in die liggaam plaasvind net na geboorte (Dalton, 1971; Dennerstein et al., 1986; Kendell, 1985; Murray & Gallahue, 1987). Felski en sy kollegas (aangehaal in Murray & Gallahue, 1987) het bevind dat die progesteroonvlakke van depressiewe postpartum-vroue beduidend verskil het van dié van nie-depressiewe postpartum-vroue. Ten spyte daarvan dat die hormoonvlakke in verskeie studies gemeet is, kon 'n direkte verband tussen hormoonvlakke en gemoed nog nie bevestig word nie (Dennerstein et al., 1986). Baie studies het bevind dat daar geen beduidende verskil was tussen die hormoonvlakke van depressiewe en nie-depressiewe postpartum-vroue nie (Kraus & Redman, 1986; Murray & Gallahue, 1987; O'Hara, 1987). Intendeel, volgens Kraus en Redman (1986) bereik hormoonvlakke hul piek en val binne 72 uur na geboorte, terwyl postpartum-depressie vir 'n aantal weke en selfs maande na geboorte kan voortduur.

Navorsingsbevindings ter ondersteuning van die aantreklike hipotese, naamlik dat postpartum-depressie etiologies verwant is aan hormonale veranderinge in die liggaam net na geboorte, is dus wisselvallig. Bevindings wat die hipotese ondersteun, dui daarop dat daar beide direkte en indirekte getuienis bestaan ter ondersteuning van 'n hormonale basis vir die etiologie van postpartum-depressie (Spangenberg, 1987). Aangesien direkte fisiese metings van die hormoonvlakke van subjekte buite die bestek van hierdie studie val, sal daar in die huidige studie

op die indirekte hormonale faktore gefokus word. Die indirekte faktore wat deur die literatuurstudie aan die lig gebring is, is premenstruele spanning, mondelike voorbehoedmiddels en borsvoeding (Spangenberg, 1987).

### 2.2.2 Premenstruele sindroom

Verskeie navorsers het die hipotese gestel dat daar 'n verband is tussen premenstruele probleme en postpartum-gemoedsversteurings (O'Hara 1987). Hierdie hipotese is gebaseer op die aanname dat dieselfde hormonale disfunksie onderliggend aan beide premenstruele en postpartum-gemoedsversteurings is (Dennerstein, et al., 1988). Carroll en Steiner (aangehaal in Susman & Katz, 1988) het hierdie aanname bevestig met bevindings dat eenderse endokrinologiese profiele voorgekom het gedurende die postpartum-periode en in premenstruele sindrome. Dalton (1971) stel die standpunt dat vroue wat probleme ondervind om aan te pas by die relatief kleiner hormonale veranderinge van die menstruele siklus (soos dit tot uiting kom in premenstruele spanning), en wat skynbaar biologies sensitief is vir subtiele endokrinologiese stimuli, selfs moeiliker sal aanpas by die dramatiese hormonale veranderinge na geboorte.

Verskeie navorsers het 'n assosiasie tussen die premenstruele sindroom (PMS) en postpartum-depressie gerapporteer (Dalton, 1971; Dennerstein et al., 1988; O'Hara, 1987). Melges (aangehaal in Dennerstein et al., 1988) het in sy studie op vroue wat postpartum depressief was ( $n = 100$ ), bevind dat 81% 'n geskiedenis van matige tot ernstige PMS gehad het. Die bevinding is deur 'n prospektiewe studie deur Tonge (aangehaal in Dennerstein et al., 1988) ondersteun wat 'n beduidende verband ( $p < 0,02$ ) tussen die voorkoms van postpartum-depressie en 'n geskiedenis van PMS bevind het. In die studie het 45% van die steekproef ( $N = 55$ ) postpartum-depressie ontwikkel. Twee studies wat nie 'n verband tussen postpartum-depressie en PMS bevind het nie, was dié van Cutrona (aangehaal in Dennerstein et al., 1988) en O'Hara (1980).

Ten opsigte van postpartum blanke vroue in **Suid-Afrika**, het Spangenberg en Pieters (1991) bevind dat 'n beduidend groter persentasie (77,3%) van 'n groep postpartum depressiewe vroue ( $n = 22$ ) aan premenstruele spanning onderhewig was as in die geval (47,4%) van 'n nie-postpartum depressiewe groep ( $n = 59$ ) ( $p < 0,05$ ).

### 2.2.3 Menstruele probleme

Gard et al. (1986) het bevind dat ginekologiese probleme ( $p < 0,001$ ) en 'n laat menarche ( $p < 0,001$ ) onderskeidelik beduidend verband gehou het met postpartum-depressie. Alhoewel verskeie studies 'n verband tussen postpartum-depressie en 'n geskiedenis van dismenorree gerapporteer het (Dennerstein et al., 1988), het Nilsson en Almgren (aangehaal in O'Hara, 1987) teenstrydige resultate in die verband bevind. O'Hara (1980) het geen verband tussen ginekologiese probleme en postpartum-depressie bevind nie.

Die meeste studies waarin ondersoek ingestel is na 'n verband tussen menstruele probleme en postpartum-depressie, was retrospektiewe studies van swanger of postpartum-vroue. Verskeie studies het bevind dat retrospektiewe rapportering van menstruele simptome en die resultaat van prospektiewe evaluasies, nie beduidend met mekaar verband gehou het nie (O'Hara, 1987). Daar bestaan dus 'n behoefte aan meer prospektiewe studies in die verband.

Belangrik is egter dat navorsing daarop dui dat vroue met 'n geskiedenis van menstruele probleme, of wat op 'n ander wyse sensitiwiteit vir endokriene fluktuering getoon het, 'n groter waarskynlikheid toon vir postpartum-depressie (Spangenberg, 1987). Sodanige vroue kan deeglik gemonitor word tydens die postpartum-periode vir vroeë identifisering en behandeling van postpartum emosionele probleme.

### 2.2.4 Mondelike voorbehoedmiddels

Die gebruik van mondelike voorbehoedmiddels is 'n belangrike veranderlike wat die hormonale status postpartum beïnvloed. Omrede voorbehoedpille die hormoon progesteron alleen, of 'n kombinasie van hormone, naamlik progesteron en estrogeen (die kombinasiepil) bevat, beïnvloed die gebruik daarvan die hormonale status (Spangenberg, 1987). Volgens Glick en Bennett (aangehaal in Spangenberg, 1987) kan mondelike voorbehoedmiddels die gemoedstemming en gedrag affekteer in sommige vroue sonder enige psigiatriese geskiedenis. Dit lei soms tot depressie en verlies van libido.



Volgens Dalton (1980) was die belangrikste faktor in postpartum-depressie die skerp afname in spesifiek progesteron tydens die postpartum-periode. Nott, Franklin, Armitage en Gelder (aangehaal in Spangenberg, 1987) ondersteun Dalton met hulle teorie aangaande die rol van progesteron en die metabolisme daarvan tydens swangerskap, geboorte en die postpartum-periode. Die teorie behels kortliks (Spangenberg, 1987) dat:

- a) progesteronvlakke voor geboorte abnormaal hoog is in vroue wat affekversteurings postpartum ontwikkel;
- b) die tempo waarteen progesteronvlakke na geboorte daal, abnormaal vinnig is en
- c) die progesteronvlak na geboorte gevolglik abnormaal laag is in verhouding met die estrogeenvlak (ratio van estrogeen tot progesteron is abnormaal).

Die estrogeeninhoud van die kombinasiepil is geassosieer met depressie (Kay, 1984). Indien die progesteronvlak dus abnormaal laag is in verhouding tot die estrogeenvlak, sal 'n subjek geneig wees om haarself as depressief te beoordeel.

Op grond van bogenoemde teorie is die verband tussen gemoedsveranderinge en hormoonvlakke bepaal ( $n = 27$ ). Bevindings dui daarop dat slegs vier beduidendheidspeile bereik is uit 30 moontlike korrelasies wat ondersoek is. Die enigste noemenswaardige beduidendheidspeil ten opsigte van hierdie studie is dat die progesterondaling postpartum en die waarskynlikheid dat subjekte hulself as depressief sou beoordeel binne 10 dae na geboorte ( $r = 0,35$ ,  $p < 0,05$ ), positief met mekaar gekorreleer het (Spangenberg, 1987).

Die effek van progesteronbehandeling op postpartum depressiewe vroue is ondersoek na aanleiding van die teorie dat die abnormaal lae progesteronvlak na geboorte moontlik verband kan hou met die ontwikkeling van postpartum-depressie (Spangenberg, 1987). Bevindings dui egter daarop dat die behandeling nie 'n beduidende effek het op die simptome (sielkundig en fisiologies) van depressie nie. Volgens Spangenberg (1987) gaan navorsing oor progesteron as teenmiddel vir depressie steeds voort.

Spangenberg (1987) het in 'n studie op 'n blanke **Suid-Afrikaanse steekproef** ( $N = 81$ ) bevind dat subjekte wat progesteron-alleen-voorbehoedmiddels gebruik

het ( $n = 18$ ), beduidend minder depressief was as subjekte wat kombinasie-voorbehoedmiddels (estrogeen en progesteron) gebruik het ( $n = 20$ ) ( $p < 0,05$ ).

### 2.2.5 Borsvoeding

Ten spyte van die belangstelling in moontlike verbande tussen hormonale veranderinge en postpartum-psigiatriese versteurings, is relatief min ondersoek ingestel na die rol van borsvoeding.

Gedurende die onmiddellike postpartum-periode is prolaktienvlakke hoog en estrogeen- en progesteronvlakke laag in alle vroue, ongeag of hulle borsvoed of nie (Susman & Katz, 1988). Om die hormonale aspek van borsvoeding te verstaan, word kortliks eers gekyk na Howie, McNeilly, Houston, Cook en Boyle (aangehaal in Spangenberg, 1987) se teorie in die verband.

Die frekwensie en die duur van die suigaksie tydens borsvoeding het waarskynlik 'n belangrike invloed op prolaktienvlakke en die hervatting van follikulêre aktiwiteit. Follikulêre aktiwiteit lei tot die produksie van die hormone estrogeen en progesteron. Wanneer borsvoeding verminder of gestaak word, verminder die suigfrekwensie. Laasgenoemde het 'n daling in die prolaktienvlakke en die hervatting van die follikulêre aktiwiteit van die ovaria (estrogeen- en progesteronproduksie) tot gevolg. Moeders wat uitsluitlik borsvoed, sal dus waarskynlik hoër prolaktienvlakke en laer estrogeen- en progesteronvlakke hê, terwyl moeders by wie die baba se suigfrekwensie verminder het, waarskynlik 'n daling in prolaktienvlakke en 'n styging in estrogeen- en progesteronvlakke sal hê.

Twee studies het bevind dat vroue wat geborsvoed het, aan 'n hoër risiko vir postpartum-depressie onderhewig was (Susman & Katz, 1988). Dalton (1971) het bevind dat vroue wat twee weke na geboorte geborsvoed het, meer depressief was as vroue wat nie geborsvoed het nie. Die verskil was egter nie beduidend nie. Meer oortuigende bevindings is dié van Adler en Cox (aangehaal in Dennerstein et al., 1986). Hulle het vroue wat geborsvoed het in twee groepe verdeel naamlik **1)** vroue wat uitsluitlik geborsvoed het en wat dus veronderstel was om 'n verlaagde prolaktienvlak en verlaagde estrogeen- en progesteronvlakke te hê en **2)** vroue wat reeds vaste voedsel of bottelvoeding addisioneel tot borsvoeding vir hul babas gegee het. Bevindings het daarop

gedui dat vroue wat uitsluitlik geborsvoed het, 'n beduidend hoër prevalensie van postpartum-depressie gehad het op drie tot vyf maande. Volgens die navorsers van dié studie kon die eise wat uitsluitlike borsvoeding aan moeders gestel het, asook die moontlikheid dat vroue wat uitsluitlik geborsvoed het 'n selfgeselekteerde groep van vroue met 'n kwesbaarheid vir depressie kon wees, moontlik bygedra het tot hierdie bevindings.

Adler en Cox (aangehaal in Susman & Katz, 1988) het bogenoemde bevinding verfynd deur verdere ondersoek in te stel na watter vroue mondelike voorbehoedmiddels gebruik het. Bevindings het daarop gedui dat vroue wat uitsluitlik geborsvoed het en wat terselfdertyd mondelike voorbehoedmiddels gebruik het, 'n beduidend hoër insidensie ( $p < 0,05$ ) van depressie getoon het as vroue wat reeds vaste voedsel of bottelvoeding addisioneel bygegee het en nie mondelike voorbehoedmiddels gebruik het nie. Uit die studie blyk dit dus dat die prevalensie van depressie beduidend minder is by vroue wat veronderstel is om normale hormoonvlakke (prolaktien, estrogeen en progesteron) te hê. Susman en Katz (1988) het met gevallestudies ( $N = 4$ ) hierdie bevinding van Adler en sy kollega ondersteun.

Studies wat die verband tussen die staking van borsvoeding en postpartum-depressie rapporteer, is baie skaars. Wanneer borsvoeding gestaak word, keer endokriene funksionering terug na normaal. Belangrike hormonale veranderinge vind in die proses plaas (Susman & Katz, 1988). Smith (aangehaal in Susman & Katz, 1988) het 'n waarskuwing gerig teen die oorvereenvoudigde siening dat 'n absolute getal van een of meer hormone die oorsaak van gemoedsversteurings kan wees. Volgens hom is die relatiewe en veranderende hoeveelhede van verskeie hormone, asook die ratio's van die verskillende subtypes estrogeen (byvoorbeeld), nog nie bevredigend bestudeer nie. Dit is dus moontlik dat tans ongeïdentifiseerde hormonale patrone en veranderinge kan bydra tot sekere of alle postpartum-versteurings. Susman en Katz, (1988) het die ontwikkeling van major depressie in vier vroue, binne twee weke nadat borsvoeding gestaak is, gerapporteer. Volgens die navorsers kon die hormonale heraanpassing wat gevolg het nadat borsvoeding gestaak is, moontlik oorsaaklik verband gehou het met die skielike ontwikkeling van depressie.

Wanneer borsvoeding gestaak word, kan die simboliese betekenis daarvan (byvoorbeeld die verlies van die vroeë simbiotiese band tussen moeder en baba) gevoelens van ongelukkigheid en skuld ontlok. Hierdie gevoelens dien as 'n

sielkundige stressor wat kan bydra tot die ontwikkeling van depressie (Susman & Katz, 1988).

Prospektiewe kliniese en endokriene studies van moeders met babas is nodig om die verband tussen borsvoeding en depressie, asook die verband tussen die staking van borsvoeding en die ontwikkeling van depressie, verder te ondersoek.

In **Suid-Afrika** is bevind dat 'n groter persentasie van die nie-postpartum depressiewe groep subjekte ( $n = 59$ ) geborsvoed het as van die postpartum depressiewe subjekte ( $n = 22$ ). Die verskil was egter nie beduidend nie (Spangenberg, 1987).

### 2.2.6 "Maternity blues"

Verskeie navorsingsbevindings dui daarop dat "maternity blues" verband gehou het met die latere ontwikkeling van postpartum-depressie. Paykel et al. (1980) het bevind dat 85% van die vroue wat ses weke postpartum depressief was ( $n = 24$ ) vroeër "maternity blues" gehad het in teenstelling met slegs 35% van die groep wat nie postpartum depressief was nie ( $n = 80$ ). 'n Beduidende verband ( $r = 0,27$ ,  $p < 0,01$ ) is in die studie bevind tussen "maternity blues" en postpartum-depressie. Die bevinding kan egter gekritiseer word op grond van die retrospektiewe aard van die ondersoek (Spangenberg, 1987).

Prospektiewe studies het 'n hoër verband bevind tussen "maternity blues" en postpartum-depressie as tussen "maternity blues" en die afwesigheid van postpartum-depressie (Whiffen, 1988). Kendell, McGuire, Conner en Cox (aangehaal in Spangenberg, 1987) het bevind dat een derde van die vroue ( $n = 81$ ) met erge "maternity blues", later postpartum depressief geraak het. Hierdie navorsers het op grond van hierdie bevinding gesuggereer dat dié twee toestande etiologies verwant mag wees. **Dit is egter moeilik om te bepaal of die "blues" 'n oorsaaklike rol in die ontwikkeling van postpartum-depressie speel en of beide toestande dieselfde oorsaaklike faktore deel** (O'Hara, 1987).

Gard et al. (1986) het laasgenoemde suggestie, naamlik dat die "blues" en postpartum-depressie gemeenskaplike faktore deel, ondersoek ( $N = 52$ ). Biochemiese, mediese en psigososiale veranderlikes is in die studie as moontlike

verbandhoudende oorsake ondersoek. Die navorsers het egter bevind dat hierdie twee postpartum-toestande elkeen geassosieer word met verskillende en onafhanklike oorsaaklike faktore. Die enigste gemeenskaplike oorsaaklike faktor wat gedeel was, was die ginekologiese geskiedenis van die vroue.

Navorsingsbevindings oor die algemene voorkoms, asook die tydsbepaalde aanvang en duur van "maternity blues", lei tot die algemene aanvaarding dat die groot hormonale veranderinge wat in die liggaam plaasvind kort na geboorte, etiologies verband hou met die "blues" (Paykel et al., 1980; Whiffen, 1988). Alhoewel verskeie navorsingsbevindings (Kendell, 1985) daarop dui dat daar 'n verband bestaan tussen die "blues" en postpartum-depressie, is daar nog nie duidelike bevindings oor die spesifieke aard van die verband nie. Die gevolgtrekking dat hormonale faktore, direk of indirek, etiologies verwant is aan postpartum-depressie, kan dus nie op grond van bogenoemde bevindings gemaak word nie.

## **2.3 VERLOSKUNDIGE FAKTORE**

### **2.3.1 Aborsies, miskrame en stilgeboortes**

Die fisiologiese veranderinge wat na geboorte plaasvind mag meer dieperliggend wees as dié wat volg na aborsie, en wel in so 'n mate dat navorsing gerapporteer het dat die insidensie van postpartum-psigose vyf keer hoër as die insidensie van postaborsie-psigose was (Murray & Gallahue, 1987).

'n Geskiedenis van aborsie of miskrame word inkonsekwent geassosieer met postpartum-gemoedsversteurings. Twee studies het wel 'n assosiasie bevind tussen postpartum-gemoedsversteurings en 'n geskiedenis van aborsies of miskrame (O'Hara, 1987). Verskeie ander studies het egter geen assosiasie in die verband bevind nie (Kendell, 1985). Kumar en Robson (1984) het 'n verband bevind tussen postpartum-depressie en vroeëre oorweging om die swangerskap te beëindig. Die bevinding is egter nie ondersteun deur Pitt en Watson et al. (aangehaal in Kendell, 1985) se onderskeie studies nie. Navorsing rapporteer dus geen duidelike gevolgtrekking oor die verband tussen 'n geskiedenis van aborsies of miskrame en postpartum-gemoedsversteurings nie.

Bevinding dui daarop dat vroue wat 'n stilgeboorte gehad het, 'n groter risiko vir postpartum-depressie was as vroue wie se babas gelewe het (Kendell, 1985; Murray & Gallahue, 1987). Volgens Murray en Gallahue (1987) hou hierdie bevinding moontlik verband met die teorie dat vroue meer kwesbaar is om postpartum-gemoedsversteurings te ontwikkel indien daar 'n erge stressor teenwoordig is (in dié geval die dood van die baba).

### 2.3.2 Prematuriteit

Baie min navorsingsresultate word in die literatuur aangetref oor 'n moontlike verband tussen prematuriteit en postpartum-depressie. Kumar en Robson (1984) het in 'n studie bevind dat die geboorte van 'n premature baba die enigste verloskundige veranderlike was wat beduidend verband gehou het met postpartum-depressie (N = 119,  $p < 0,05$ ).

Verskeie navorsers het bevind dat 'n premature baba dikwels besondere probleme ten opsigte van die moeder-kind-verhouding gelewe het. Dit was moontlik die gevolg van langdurige skeiding tussen moeder en baba wanneer die baba in 'n broeikas geplaas was of wanneer verlengde hospitalisasie van die baba nodig was (Spangenberg, 1987).

As gevolg van die implikasies wat prematuriteit inhou vir die moeder-kind-verhouding, regverdig prematuriteit as moontlike faktor in postpartum-depressie, verdere ondersoek.

### 2.3.3 Keisersnee-geboortes en ander verloskundige faktore

Bevindinge in verband met die rol van 'n **keisersnee** in postpartum-depressie is teenstrydig. Bradley (aangehaal in Spangenberg, 1987) het bevind dat moeders wat keisersnee-bevallings gehad het, meer depressief was na geboorte (soos gemeet deur die Beck-depressieskaal) as dié wat vaginale geboortes gehad het (N = 94, beduidendheidspeil is nie vermeld nie). Sewe jaar later het Bradley, Ross en Warnyca (1983) egter geen verskille bevind tussen moeders wat 'n onbeplande keisersnee en dié wat 'n vaginale geboorte gehad het nie. Die navorsers het die afleiding gemaak dat 'n keisersnee nie noodwendig 'n



negatiewe invloed op moeders se gemoedstoestand of op die moeder-baba-verhouding het nie (Spangenberg, 1987).

Daar is egter navorsing gerapporteer wat 'n beduidende verskil bevind het tussen moeders wat 'n nood-keisersnee gehad het nadat hulle voorberei het vir 'n normale geboorte ( $n = 16$ ) en moeders wat normale vaginale geboortes sonder komplikasies gehad het ( $n = 18$ ). Die moeders wat 'n nood-keisersnee gehad het, was beduidend meer depressief ( $p < 0,01$ ) en het meer getwyfel aan hul eie vermoëns om hulle babas te versorg. Kritiek teen hierdie studie was dat daar nie van 'n gestandaardiseerde meetinstrument vir depressie gebruik gemaak was nie (Spangenberg, 1987). As gevolg van teenstrydige navorsingsbevindings, benodig die rol van die keisersnee in postpartum-depressie verdere ondersoek (Spangenberg, 1987).

Vanuit die stres-teoretiese perspektief kan 'n assosiasie tussen 'n moeilike geboorte en postpartum-depressie verwag word (Murray & Gallahue, 1987). **Verloskundige probleme** word egter inkonsekwent met postpartum-depressie geassosieer. Sommige studies het 'n **laer prevalensie** van gemoedsversteurings bevind in vroue wat geboortekomplikasies gehad het (Kendell, 1985; O'Hara, 1987; Paykel et al., 1980), terwyl ander studies die **verwagte verband** tussen verloskundige probleme en postpartum-depressie bevind het (Kendell, 1985; O'Hara, 1987). Dennerstein et al. (1988) het 'n beduidende verband tussen PMS-vroue wat postpartum depressief was en 'n gekompliseerde geboorte bevind ( $N = 75$ ,  $p < 0,05$ ). Daar is ook studies gerapporteer wat **geen verband** tussen verloskundige probleme en postpartum-depressie bevind het nie (Dalton, 1971; O'Hara, 1987).

Spangenberg en Pieters (1991) het in 'n studie van **Suid-Afrikaanse** blanke moeders ( $N = 81$ ) bevind dat in teenstelling met die verwagting, minder subjekte in die postpartum depressiewe groep ( $n = 22$ ) keisersnee gehad het as in die nie postpartum depressiewe groep ( $n = 59$ ). Die verskil was egter nie beduidend nie.

Die verskillende navorsingsbevindings oor wat die rol van verloskundige probleme in postpartum-depressie is, kan gedeeltelik toegeskryf word aan die verskillende metodes wat gebruik is om stres te meet. Byvoorbeeld, 'n studie het bevind dat vroue wat 'n stresvolle geboorte ervaar het (met 'n keisersnee gedefinieer as die mees stresvolle geboorte), minder simptomatologie van



postpartum-depressie gerapporteer het. 'n Moontlike verklaring van hierdie bevinding is dat sekere verloskundige gebeure as leidraad vir die sosiale omgewing dien om meer postpartum-ondersteuning en hulp te bied. Die sosiale ondersteuning kompenseer dan vir die stresvolle geboorte (O'Hara, 1987). Laasgenoemde bevindings beklemtoon die belangrikheid daarvan om ander moontlike veranderlikes, byvoorbeeld sosiale ondersteuning, in ag te neem wanneer die rol van verloskundige, en ook ander faktore, in postpartum-depressie ondersoek word.

## 2.4 INTERPERSOONLIKE VERHOUDINGS

### 2.4.1 Huwelikstevredenheid

Die belangrikste verhouding vir die vrou gedurende die postpartum-periode is waarskynlik die verhouding met haar eggenoot (O'Hara, 1987). Ondersteuning deur die eggenoot skyn by uitstek belangrik te wees vir moeders met jong babas. Sulke moeders is dikwels huisgebonde en vermoeid as gevolg van die nuwe eise van babasorg en mag dit moeilik vind om genoegsame ondersteuning van ander sosiale netwerke te bekom (Spangenberg, 1987). Ondersteuning van en 'n goeie verhouding met die eggenoot kan moontlik daartoe bydra dat stressors wat geassosieer word met swangerskap, geboorte en met die postpartum-periode, deur die vrou as minder stresvol ervaar word. Die omgekeerde is moontlik ook waar, naamlik dat huwelikskonflik aanleiding kan gee tot groter kwesbaarheid vir postpartum-depressie (Dimitrovsky et al., 1987).

Bevindings oor hierdie onderwerp varieer egter heelwat. Verskeie studies het bevind dat depressiewe postpartum-vroue swak huweliksverhoudings na die geboorte van die baba gerapporteer het (Kendell, 1985; Kumar & Robson, 1984; O'Hara, 1986). Hopkins en sy kollegas (aangehaal in O'Hara, 1987) het egter geen verskille in huwelikstevredenheid bevind tussen depressiewe en nie-depressiewe vroue nie. Verskeie navorsers het die huweliksverhouding gedurende swangerskap geëvalueer en bevind dat 'n swak huweliksverhouding prepartum positief verband gehou het met postpartum-depressie (Kumar & Robson, 1984; O'Hara, 1986). Laasgenoemde bevindings is egter weerspreek deur twee ander studies (O'Hara, 1987).

Die moontlike verband tussen huwelikskonflik en postpartum-depressie is in retrospektiewe en prospektiewe studies ondersoek. Paykel et al. (1980) het twee groepe postpartum-vroue, naamlik 'n depressiewe ( $n = 7$ ) en 'n nie-depressiewe groep ( $n = 52$ ), **retrospektief** met mekaar vergelyk. Bevindings het daarop gedui dat depressiewe en nie-depressiewe postpartum-vroue in die **afwesigheid van onlangse stresgebeure**, nie beduidend van mekaar verskil het ten opsigte van die kwaliteit van die huweliksverhouding in die algemeen nie. Ook ten opsigte van kommunikasie in die huwelik en ten opsigte van die hoeveelheid hulp wat die eggenoot met die baba se versorging gebied het, is onbeduidende verskille bevind. Die vergelyking tussen depressiewe ( $n = 17$ ) en nie-depressiewe ( $n = 28$ ) postpartum-vroue wat wel **onlangse stresvolle lewensgebeure ervaar het**, het egter ander bevindings gelewer. Dié twee groepe het beduidend van mekaar verskil ten opsigte van huwelikstevredenheid oor die algemeen ( $p < 0,001$ ), die kommunikasie-verhouding ( $p < 0,01$ ) en ook ten opsigte van die hoeveelheid hulp deur die eggenoot met die versorging van die baba ( $p < 0,01$ ). Paykel et al. (1980) het dus bevind dat huwelikskonflik slegs die risiko vir postpartum-depressie verhoog het indien dit saam met 'n ander lewenstressor teenwoordig was. Die onderskeie bevindings van Rosenquist (1987) en Brown en Harris (aangehaal in Martin et al., 1988) het die bevindings van Paykel en sy kollegas ondersteun.

In 'n retrospektiewe studie kan die oorsaak-gevolg-verhouding van 'n swak huweliksverhouding en postpartum-depressie nie bepaal word nie. Dit is moontlik dat die swak huweliksverhouding bygedra het tot depressie. Dit is ook moontlik dat die depressie gelei het tot 'n verswakking in die huweliksverhouding of dat die teenwoordigheid van 'n negatiewe gemoedstoestand die vrou se subjektiewe ervaring van haar huweliksverhouding negatief kon beïnvloed.

O'Hara (1986) het 'n **prospektiewe studie** op 99 vroue gedoen waarin hy onder andere die rol van eggenoot-ondersteuning in prepartum- en postpartum-depressie ondersoek het. Hy het bevind dat postpartum depressiewe vroue ( $n = 12$ ) die instrumentele ( $p < 0,05$ ) en die emosionele ondersteuning ( $p < 0,01$ ) deur hulle eggenote beduidend minder bevredigend ervaar het as postpartum-vroue sonder depressie ( $n = 87$ ). Postpartum depressiewe vroue het ook 'n beduidend swakker kommunikasie-verhouding ( $p < 0,001$ ) met hulle eggenote gerapporteer. Die beskikbaarheid van eggenote wanneer vroue hulle nodig gehad het ( $p < 0,01$ ), asook die hoeveelheid hulp wat vroue van eggenote kon verwag ten opsigte van die versorging van die kinders ( $p < 0,001$ ), het ook beduidend negatief verband gehou met postpartum-depressie.

In bogenoemde studie het postpartum depressiewe vroue nie beduidend meer **huwelikstevredenheid tydens swangerskap** gerapporteer as die vroue wat nie postpartum-depressie ontwikkel het nie. Die navorsers het moontlike verklarings vir hierdie bevindings gebied: Huwelikskonflik tydens swangerskap kan moontlik lei tot die geleidelike agteruitgang van die kwaliteit van eggenoot-ondersteuning. Gedurende die postpartum-periode was die kwaliteit dan so laag dat vroue wat depressie ontwikkel het, minder huwelikstevredenheid en eggenoot-ondersteuning gerapporteer het. 'n Ander moontlike verklaring wat die navorsers gebied het was dat eggenote spesiale moeite gedoen het om hulle vroue gedurende swangerskap te ondersteun, selfs al was huwelikstevredenheid laag. Na die geboorte van die baba kon eggenote moontlik hierdie spesiale ondersteuning gestaak het. Bogenoemde studie beklemtoon die bevinding dat die huweliksverhouding tydens swangerskap 'n belangrike invloed op die postpartum-periode kan hê.

Kumar en Robson (1984) het in 'n steekproef van primiparas ( $N = 114$ ) 'n beduidende positiewe verband bevind tussen huweliksprobleme wat tydens swangerskap gerapporteer is en die ontwikkeling van postpartum-depressie ( $p < 0,01$ ). Die navorsers het die voorspellingswaarde van huweliksonmin as 'n faktor in postpartum-depressie beklemtoon.

In 'n **Suid-Afrikaanse** studie is bevind dat blanke vroue wat nie-postpartum depressief was nie ( $n = 59$ ), beduidend meer huwelikstevredenheid ervaar het as dié wat postpartum depressief was ( $n = 22$ ) ( $p < 0,001$ ) (Spangenberg en Pieters, 1991).

Alhoewel verskeie studies 'n positiewe verband bevind het tussen huweliksonmin en postpartum-depressie, bestaan daar steeds onduidelikheid oor die rigting van oorsaaklikheid in die verband. Prospektiewe studies kan dalk meer insiggewend in die verband wees (Whiffen, 1988). Uit bogenoemde bevindings kan egter afgelei word dat die rol van die huweliksverhouding 'n faktor is wat aandag in 'n ondersoek van postpartum-depressie regverdig, hetsy as oorsaak of as gevolg (Spangenberg, 1987).

## 2.4.2 Verhouding met eie moeder

Die psigoanalise het 'n belangrike en klinies relevante bydrae gelewer tot begrip vir die vrou in die postpartum-periode. Volgens die psigoanalitiese siening van postpartum-depressie, vind regressie in vroue plaas tydens swangerskap, geboorte en die postpartum-periode. Vroeëre onopgeloste konflikte met die eie moeder kom weer na die oppervlak, veral in gevalle waar moederlike rolmodelle ontoereikend was of waar daar verwerping deur moederlike rolmodelle was (Spangenberg, 1987). Hierdie onopgeloste konflikte kan moontlik die moeder-kind-verhouding negatief beïnvloed.

Navorsingsbevindings ter ondersteuning van die psigoanalitiese siening is wisselvallig. Kumar en Robson (1984), Uddenberg (1974) en Hopkins et al. (aangehaal in O'Hara, 1987) het onderskeidelik bevind dat daar 'n verband was tussen die ontwikkeling van postpartum-depressie en die moeder se verhouding met haar eie moeder. Hierdie bevindings was egter nie aanduidend van 'n sterk verband nie.

Paykel et al. (1980) het nie 'n beduidende verskil bevind tussen depressiewe ( $n = 24$ ) en nie-depressiewe ( $n = 80$ ) postpartum-vroue ten opsigte van die verhouding met hulle eie moeders gedurende hul kinderjare nie. Dié twee groepe postpartum-vroue het ook nie beduidend van mekaar verskil ten opsigte van die verlies van die eie moeder gedurende die kinderjare en ten opsigte van 'n huidige swak verhouding met die eie moeder nie. Dimitrovsky et al. (1987) het ook geen beduidende verband bevind tussen vroue se bewuste houdings teenoor hul eie moeders en postpartum-depressie nie.

Melges (aangehaal in Spangenberg, 1987) het kliniese onderhoude met postpartum-depressie subjekte gevoer ( $N = 100$ ). Hy het bevind dat konflik oor die aanvaarding van die moederlike rol die sentrale stresfaktor was wat bygedra het tot postpartum-depressie. Hierdie konflik het meestal gespruit uit die pasiënt se verwerping van haar eie moeder as rolmodel.

Spangenberg (1987) het 'n ondersoek op blanke Suid-Afrikaanse postpartum-vroue gedoen. Bevindings het daarop gedui dat swakker verhoudings met eie moeders meer kenmerkend was van vroue met postpartum-depressie ( $n = 22$ , 36,4%) as van vroue wat nie postpartum-depressie gehad het nie ( $n = 59$ , 15,3%). Die verskil was egter nie beduidend nie.

Na aanleiding van bogenoemde wisselvallige bevindings blyk die rol van die verhouding met die eie moeder in postpartum-depressie onduidelik te wees. Verdere navorsing in die verband is nodig.

### 2.4.3 Sosiale ondersteuning

Die afwesigheid van 'n sosiale netwerk hou verband met neurotiese versteurings in die algemeen (Murray & Gallahue, 1987). Dit hou ook verband met postpartum-depressie (Paykel et al., 1980). Swangerskap, die geboorteproses asook die roetine wat die versorging van die baba vereis, is stresvol vir alle moeders (DSM III-R; Murray & Gallahue, 1987). Verskeie navorsers het aangetoon dat sosiale ondersteuning 'n belangrike verliggende impak gehad het op die stres-depressie-verhouding (Spangenberg, 1987). Die kwantiteit asook die kwaliteit van die sosiale ondersteuning wat die moeder ontvang, kan as 'n buffer teen die effek van ander stresvolle lewensgebeure dien. As gevolg van die groter eise wat gestel word deur die geboorte van 'n baba, kan daar verwag word dat postpartum-vroue ekstra emosionele en praktiese ondersteuning nodig het. Sosiale ondersteuning kan dus besonder relevant wees vir postpartum-vroue (Hopkins et al., 1984; Spangenberg, 1987).

Gordon en Gordon (aangehaal in Spangenberg, 1987) het reeds in 1959 aangetoon dat emosioneel ontwrigte postpartum-vroue beduidend minder hulp van familielede ontvang het as emosioneel normale postpartum-vroue ( $p < 0,001$ ). Vroue wat, as gevolg van hulle deelname aan 'n voorkomingsprogram tydens swangerskap, vriende gemaak het met en hulp ontvang het van ander egpare met jong kinders, het na die geboorte emosioneel beter aangepas as vroue wat nie hierdie ondersteuning gekry het nie.

Hierdie vroeëre studies het nie gebruik gemaak van gestandaardiseerde kriteria vir die meting van emosionele probleme of sosiale ondersteuning nie. Volgens Spangenberg (1987) suggereer dit nogtans dat 'n gebrek aan praktiese en emosionele ondersteuning 'n belangrike rol kan speel in die ontwikkeling van postpartum-depressie.

Meer onlangse navorsing het ook 'n negatiewe verband tussen die beskikbaarheid van sosiale ondersteuning en die intensiteit van depressie bevind (Kendell, 1985; Paykel et al., 1980; Rosenquist, 1986). Die studie deur O'Hara en

sy kollegas (aangehaal in Dimitovsky et al., 1987) is ook van belang. Die navorsers het bevind dat 'n stresvolle geboorteproses geassosieer was met 'n laer frekwensie van postpartum-depressie. Hierdie paradoksale bevinding word toegeskryf aan die addisionele sosiale ondersteuning wat moeders wat 'n gekompliseerde geboorteproses gehad het, ontvang het.

O'Hara en sy kollegas (aangehaal in Spangenberg, 1987) het in 1983 bevind dat depressiewe moeders ( $n = 11$ ) gerapporteer het dat beide praktiese ondersteuning ( $p < 0,01$ ) en emosionele ondersteuning ( $p < 0,05$ ) minder beskikbaar was as in die geval van die nie-depressiewe kontrolegroep ( $n = 19$ ). Drie jaar later is 'n studie deur O'Hara gedoen om hierdie bevinding te bevestig (O'Hara, 1986). Hy het bevind dat postpartum-vroue wat depressief was ( $n = 12$ ) nie beduidend verskil het van dié wat nie depressief was ( $n = 87$ ) ten opsigte van die beskikbaarheid van en die tevredenheid met 'n sosiale vertroueling nie. Postpartum-vroue wat depressief was het egter beduidend meer ontevredenheid ( $p < 0,01$ ) met die hoeveelheid praktiese ondersteuning wat hul van lede uit hul sosiale netwerk ontvang het, gerapporteer.

In die ondersoek van Paykel et al. (1980) was die beskikbaarheid van minstens een vertroueling (benewens die eggenoot) op wie hul kon vertrou en wat empaties sou luister na hul probleme, beduidend minder ( $p < 0,05$ ) vir die depressiewe groep ( $n = 24$ ) postpartum-vroue as vir die nie-depressiewe groep ( $n = 80$ ). Dié twee groepe het nie beduidend van mekaar verskil ten opsigte van die beskikbaarheid van ondersteuning deur ouers en familie nie.

Ook teenstrydig met verwagtings het Hopkins (1984) bevind dat emosionele en instrumentele ondersteuning deur familie en vriende, nie beduidend verband gehou het met die ontwikkeling van postpartum-depressie nie ( $N = 49$ ).

Cutrona en Troutman (1986) het in 'n prospektiewe studie ( $N = 117$ ) bevind dat vroue wat tydens swangerskap bevredigende sosiale ondersteuning gerapporteer het, drie maande postpartum meer selfvertroue gerapporteer het ten opsigte van hul rol as ouer as vroue wat prepartum onbevredigende sosiale ondersteuning gerapporteer het ( $p < 0,05$ ). Alhoewel vorige studies 'n verband bevind het tussen sosiale ondersteuning en postpartum-aanpassing, was die studie van Cutrona en Troutman die eerste studie wat insig verkry het ten opsigte van die meganisme waardeur ondersteunende verhoudings die ontwikkeling van postpartum-depressie verminder of voorkom. Sosiale ondersteuning het 'n



invloed op die vrou se gemoed primêr deur die mediasie van selfvertroue. Vroue wat mense gehad het op wie hulle kon vertrou vir ondersteuning (ten opsigte van verskeie aspekte), het meer vertroue gehad in hulle eie vermoë om goeie moeders te wees. Hierdie selfvertroue het dan effektief die ontwikkeling van depressie verminder.

In **Suid-Afrika** is hoër depressie-tellings (behaal in die Beck Depressieskaal) geassosieer met laer getalle waargenome sosiale ondersteuners vir blanke postpartum depressiewe vroue ( $p < 0,01$ ). Daar is ook bevind dat subjekte wat postpartum depressief was ( $n = 22$ ), beduidend minder tevredenheid ervaar het met die mate van sosiale ondersteuning wat hulle ondervind het ( $p < 0,01$ ) as subjekte wat nie postpartum depressief was nie ( $n = 59$ ) (Spangenberg en Pieters, 1991).

In die literatuur blyk dit duidelik dat 'n gebrek aan sosiale ondersteuning 'n belangrike faktor in postpartum-depressie is.

## **2.5 PSIGOPATOLOGIE EN PERSOONLIKHEID**

### **2.5.1 Familiegeskiedenis van psigopatologie**

Navorsing het bevind dat 'n familiegeskiedenis van 'n gemoedsversteuring die waarskynlikheid dat kinders ook 'n gemoedsversteuring sal ontwikkel, verhoog. Volgens Kaplan en Sadock (1988) het enige kind 'n 27% kans om 'n bipolêre gemoedsversteuring te ontwikkel indien een ouer 'n geskiedenis van so 'n gemoedsversteuring het. Indien beide ouers 'n geskiedenis van 'n bipolêre gemoedsversteuring het, het die kind 'n 50% tot 75% kans om die gemoedsversteuring te ontwikkel. Die waarskynlikheid ten opsigte van die ontwikkeling van 'n bipolêre gemoedsversteuring is hoër as die waarskynlikheid vir die ontwikkeling van 'n unipolêre gemoedsversteuring. Bevindings dui egter op 'n duidelike genetiese basis vir die ontwikkeling van gemoedsversteurings.

'n Paar studies het 'n familiegeskiedenis van psigopatologie as moontlike voorspeller vir postpartum-depressie ondersoek. Alhoewel Kumar en Robson (1984) nie 'n assosiasie in die verband bevind het nie, het drie ander studies bevind dat 'n familiegeskiedenis van psigopatologie wel met die ontwikkeling van



postpartum-depressie geassosieer kon word (Murray & Gallahue, 1987; O'Hara, 1987).

Dennerstein et al. (1988) het bevind dat 67% van die PMS-pasiënte wat postpartum-depressie ontwikkel het ( $n = 57$ ), 'n familiegeskiedenis van psigiatriese probleme gerapporteer het in teenstelling met 28,6% van die kontrolegroep ( $n = 22$ ). Die verskil was egter nie beduidend nie.

Uit die literatuur kan die afleiding gemaak word dat mense wat geneties gepredisponeer is tot psigiatriese versteurings, aan 'n groter risiko onderhewig is om versteurings te ontwikkel in tye van stres as persone met geen familiegeskiedenis van psigopatologie nie.

### **2.5.2 Persoonlike psigiatriese geskiedenis**

Uit die literatuur skyn vroue met 'n geskiedenis van 'n vorige psigiatriese versteuring aan 'n groter risiko vir postpartum-depressie onderhewig te wees. Volgens O'Hara (1987) het tien studies 'n assosiasie tussen postpartum-depressie en 'n persoonlike psigiatriese geskiedenis bevind (Kendell, 1985; Kumar & Robson, 1984; Murray & Gallahue, 1987; O'Hara, 1986, 1987; Paykel et al., 1980), terwyl vier studies nie die verwagte assosiasies bevind het nie (Kendell, 1985; Kumar & Robson, 1984; O'Hara, 1987).

Paykel et al. (1980) het 'n beduidende verskil bevind tussen 'n groep depressiewe ( $n = 24$ ) en 'n groep nie-depressiewe ( $n = 80$ ) postpartum-vroue ten opsigte van die rapportering van 'n psigiatriese geskiedenis ( $p < 0,001$ ). 'n Geskiedenis van 'n vorige psigiatriese versteuring het hoë voorspellingswaarde vir postpartum-depressie gehad in die teenwoordigheid van ander stresvolle lewensgebeure.

O'Hara (1986) het bevind dat 'n persoonlike psigiatriese geskiedenis deur beduidend meer postpartum depressiewe vroue ( $n = 12$ ) gerapporteer is as deur nie-depressiewe postpartum-vroue ( $n = 87$ ) ( $p < 0,05$ ).

Dennerstein et al. (1988) het egter nie die verwagte assosiasie tussen 'n persoonlike psigiatriese geskiedenis en die ontwikkeling van postpartum-depressie in PMS-subjekte bevind nie. Dalton het in 1964 bevind dat premenstruele probleme positief verband gehou het met die ontwikkeling van

postpartum-depressie (beduidendheidspeil nie bekend nie) (Dalton, 1971). In 1971 het dieselfde navorser bevind dat die ontwikkeling van postpartum-depressie en 'n persoonlike psigiatriese geskiedenis nie met mekaar verband gehou het nie. Volgens dié navorser suggereer bogenoemde bevindings dat vroue wat probleme ondervind om aan te pas by die veranderende hormoonvlakke gedurende die tydperk voor menstruasie, nog meer probleme sal ondervind om by die groot hormonale veranderinge wat net na geboorte plaasvind, aan te pas. Volgens Dalton (1971) verklaar hierdie hipotese waarom die ontwikkeling van postpartum-depressie nie verband gehou het met 'n vorige psigiatriese geskiedenis nie. Alhoewel Dalton 'n hormonale oorsaak suggereer, is dit egter belangrik om in ag te neem dat verskeie studies daarop dui dat postpartum-depressie nie 'n enkele oorsaak het nie, maar dat verskeie faktore of 'n kombinasie van verskeie faktore, etiologies daarmee geassosieer word.

Verskeie navorsers het 'n beduidende verband gerapporteer tussen vorige **nie-postpartum depressiewe episodes** en postpartum-depressie. Voorbeelde is studies deur O'Hara, Neunaber en Zekoski (1984) ( $p < 0,05$ ); Paykel et al. (1980) ( $p < 0,001$ ); Tod (1964) ( $p < 0,001$ ) en Watson et al. (1984) ( $p < 0,001$ ) (aangehaal in Spangenberg, 1987). Vroue wat voorheen depressiewe episodes ondervind het, skyn dus meer geneig te wees om depressief te raak in die postpartum-periode (Spangenberg, 1987). Daarenteen het Cox et al. (aangehaal in Spangenberg, 1987), Dalton (1971), Kumar en Robson (1984) en Pitt (aangehaal in Kendell, 1985) geen verband bevind tussen postpartum-depressie en vorige depressiewe episodes nie.

'n Verband tussen huidige postpartum depressiewe episode en 'n **geskiedenis van vorige postpartum depressiewe episodes**, is ook in sommige studies bevind (Spangenberg, 1987).

In **Suid-Afrika** is bevind dat vroue wat postpartum depressief was en wat 'n geskiedenis van vorige depressiewe episodes gehad het ( $n = 6$ ), nie beduidend verskil het van dié wat nie postpartum depressief was nie ( $n = 8$ ) (Spangenberg & Pieters, 1991).

Navorsing dui dus oor die algemeen daarop dat 'n persoonlike geskiedenis van vorige nie-postpartum depressiewe episodes sowel as postpartum depressiewe episodes, 'n voorspellingsfaktor in die ontwikkeling van postpartum-depressie is.

### 2.5.3 Angstigheid en depressie tydens swangerskap

Verskeie studies het bevind dat vroue met postpartum-depressie meer neuroties was as vroue wat nie postpartum-depressie ontwikkel het nie (O'Hara, 1987). 'n Aantal navorsers het ook rapporteer dat 'n hoë angsvlak tydens swangerskap 'n voorspeller was vir die ontwikkeling van postpartum-depressie (Dalton, 1971; Kendell, 1985; O'Hara, 1987). Pitt (aangehaal in Kendell, 1985) het egter nie die assosiasie bevind nie.

Die moontlike verband tussen prepartum-angstigtheid en postpartum-depressie is vir die eerste keer in 1964 gesuggereer deur die studie van Tod (aangehaal in Meares, Grimwade & Wood, 1976). Hy het bevind dat subjekte wat postpartum-depressie ontwikkel het ( $n = 20$ ), almal met patologiese angs gepresenteer het tydens swangerskap. Dalton (1971) het Tod se bevinding gedeeltelik ondersteun met die bevinding dat angstigheid slegs verband gehou het met postpartum-depressie indien die angstigheid vroeg in swangerskap voorgekom het ( $p < 0,05$ ,  $n = 14$ ). Meares et al. (1976) het vyf jaar na Dalton se studie bevind dat angs gedurende die tweede en derde trimester van swangerskap voorgekom het by postpartum depressiewe vroue ( $n = 9$ ,  $p < 0,02$ ). Meares en sy kollegas het ook 'n beduidend positiewe verband bevind tussen neurotisme gedurende swangerskap en die ontwikkeling van postpartum-depressie ( $n = 6$ ,  $p < 0,002$ ). Meares en sy kollegas het Dalton (1971) se bevinding dat postpartum-depressie slegs met angs in die eerste deel van swangerskap verband hou, gekritiseer. Volgens dié navorsers het Dalton daarin misluk om angs deur die hele postpartum-periode te vind omdat die eenvoudige kliniese skatting van angs wat Dalton gebruik het, nie sensitief en betroubaar was nie. Ook Pitt (aangehaal in Kendell, 1985) se bevinding dat daar nie 'n verband was tussen angs gedurende swangerskap en postpartum-depressie nie, kan moontlik op metodologiese gronde verklaar word. Die vraelys wat gebruik is, het slegs een vraag ingesluit wat verband gehou het met angs. Die ander vrae het verband gehou met depressie (Meares et al, 1976).

Dennerstein et al. (1988) het geen verskil bevind tussen depressiewe en nie-depressiewe postpartum-vroue ten opsigte van neurotisme en selfbeeld gedurende swangerskap nie.

Verskeie studies het 'n beduidende positiewe verband bevind tussen die vlak van depressie/emosionele ongemak wat tydens swangerskap ervaar word en dié wat

postpartum ervaar word (O'Hara, 1987). Watson et al. (aangehaal in Kendell, 1985) het bevind dat simptome van depressie gedurende swangerskap voorspellingswaarde gehad het ten opsigte van postpartum-depressie. Hamilton (1986) en Walker (1987) het gerapporteer dat depressie tydens swangerskap die beste voorspeller vir postpartum-depressie in hulle onderskeie studies was. Cades (1986) het ook bevind dat prepartum-depressie die risiko vir die ontwikkeling van postpartum-depressie verhoog het.

Pitt (aangehaal in Meares et al., 1976) het bevind dat depressie tydens swangerskap nie voorspellingswaarde vir postpartum-depressie gehad het nie. Ook Dalton (1971) en Playfair en Gowers (aangehaal in O'Hara, 1987) se bevindings het die hipotese dat depressie gedurende swangerskap postpartum-depressie voorspel, verwerp.

Twee konstrukte wat ontwikkel het vanuit die kognitief-gedragsteorieë van depressie, is ondersoek as moontlike voorspellers van postpartum-depressie. Die eerste konstruk wat ondersoek is, was die **attributiewe houding** van die moeder. Cutrona en O'Hara et al. (aangehaal in O'Hara, 1987) het onderskeidelik bevind dat die aard van oorsake vir aangename en onaangename gebeure wat vroue geïdentifiseer het (gemeet tydens swangerskap), 'n voorspeller vir die ontwikkeling van postpartum-depressie was. Twee ander studies het egter nie daarin geslaag om hierdie bevindings te bevestig nie (O'Hara, 1987).

Die tweede konstruk wat ondersoek is as moontlike voorspeller vir postpartum-depressie is die subjek se **houding ten opsigte van selfkontrole**. Indien subjekte min selfkontrole ervaar en dus 'n eksterne lokus van kontrole gehad het, het dit in verskillende studies as voorspeller gedien vir die diagnose van postpartum-depressie. Sandberg (1986) het egter nie 'n verband bevind tussen die mate van selfkontrole en die ontwikkeling van postpartum-depressie nie.

Sherry (1986) het ook bevind dat moeders wat postpartum depressief was, nooit vroeër stres effektief kon hanteer nie. Hierdie bevinding, asook bogenoemde bevindings dat moeders met 'n eksterne lokus van kontrole 'n groter risiko vir postpartum-depressie was, beklemtoon die rol van individuele persoonlikheidsverskille in postpartum-depressie.

## 2.6 STRESVOLLE LEWENSGEBEURE

Verskeie navorsers het bevind dat negatiewe gebeure (byvoorbeeld die verlies van 'n familielid of werkloosheid) en die ontwikkeling van depressie in nie-postpartum-vroue, positief met mekaar verband gehou het (Brown & Harris, 1978). Negatiewe gebeure kan ook voorkom tydens swangerskap en na geboorte. Verskeie studies het bevind dat hoër vlakke van stresvolle lewensgebeure tydens swangerskap en na die geboorte, geassosieer was met meer simptome van postpartum-depressie en 'n verhoogde waarskynlikheid vir die ontwikkeling van kliniese postpartum-depressie (O'Hara, 1987).

Paykel et al. (1980) het in sy studie bevind dat negatiewe lewensgebeure die veranderlike was wat die sterkste met postpartum-depressie geassosieer is ( $p < 0,01$ ). Bevindings het ook daarop gedui dat huweliksontevredenheid beduidend positief verband gehou het met postpartum-depressie slégs indien stresvolle lewensgebeure ook teenwoordig was.

Die studie deur Paykel et al. (1980) was retrospektief, maar ook in prospektiewe studies is die hipotese dat stresvolle lewensgebeure 'n voorspeller vir die ontwikkeling van postpartum-depressie is, bevestig.

O'Hara (1986) het in 'n prospektiewe studie ( $N = 99$ ) bevind dat subjekte met postpartum-depressie ( $n = 12$ ) beduidend meer stresvolle lewensgebeure na die geboorte gerapporteer het as subjekte sonder postpartum-depressie ( $n = 87$ ). Whiffen (1988) het ook in 'n prospektiewe studie bevind dat stresvolle lewensgebeure tydens swangerskap die voorkoms van depressiewe simptome na geboorte voorspel het ( $p < 0,05$ ). Hierdie navorser het verder bevind dat stresvolle lewensgebeure tydens die postpartum-periode, beduidend positief verband gehou het met die ontwikkeling van postpartum-depressie ( $p < 0,001$ ).

Kumar en Robson (1984), Pitt asook Hopkins (aangehaal in O'Hara, 1987) het nie 'n verband bevind tussen stresvolle lewensgebeure en postpartum-depressie nie.

Die vraag ontstaan waarom geboortekomplikasies (wat ook as 'n stresvolle lewensgebeurtenis beskou word) nie die hipotese dat stresvolle lewensgebeure 'n voorspeller is vir die ontwikkeling van postpartum-depressie, bevestig nie. O'Hara (1986) bied 'n moontlike verklaring: die sosiale netwerk is geneig om spesifiek meer ondersteuning te bied indien die geboorteproses gekompliseerd

en baie stresvol vir die moeder was. Ander stresvolle lewensgebeure wat net so stresvol kan wees, ontlok gewoonlik nie dieselfde vlak van ondersteuning by die sosiale netwerk soos geboortekomplikasies nie. Dit blyk dus dat sosiale ondersteuning 'n belangrike buffer is tussen stresvolle lewensgebeure en die ontwikkeling van postpartum-depressie.

## 2.7 DIE TEMPERAMENT VAN DIE BABA

'n Faktor wat nog baie min navorsingsaandag ontvang het, is die rol van die temperament van die baba in postpartum-depressie. Die daaglikse ervaring van 'n vrou wie se baba meestal goedgeaard en maklik aanpasbaar is, verskil egter heelwat van dié van 'n vrou wie se baba op 'n intensiewe negatiewe wyse reageer op elke klein irritasie.

Merkbare individuele verskille in babas se gedrag kan reeds gedurende die eerste maand postpartum waargeneem word. Moeilike babas se gedrag kan die moeder se uithou vermoë in verskillende grade beproef. Moeilike babas openbaar intense emosionele reaksies, huil onophoudelik vir lang periodes en is moeilik om gerus te stel wanneer hulle ontsteld is. Hulle neem lank om nuwe voedsel en mense te aanvaar, om by 'n nuwe roetine aan te pas en is ook op ander terreine moeilik aanpasbaar. Hulle biologiese funksies soos slaap, honger en uitskeiding is ongereguleerd en moeilik voorspelbaar (Cutrona & Troutman, 1986).

Vroue se persepsie van hulle babas as temperamenteel "moeilik", asook die aantal stressors wat met die versorging van die baba verband hou, het positief verband gehou met die ontwikkeling van depressiewe simptome en met die ontwikkeling van postpartum-depressie (Cutrona & Troutman, 1986; Kraus & Redman, 1986; Whiffen, 1988). Depressiewe vroue kon egter moontlik hulle babas as moeilik ervaar het juis omdat hulle depressief was. Bevindings gerapporteer deur Cutrona en Troutman (1986) het egter hierdie verklaring ongeldig bewys deurdat die temperament van die babas nie slegs geëvalueer is deur moeders se rapportering daarvan nie, maar ook deur tuisobservasies. Hierdie twee metodes wat gebruik is om die baba se temperament te evalueer, het matig tot hoog met mekaar gekorreleer.

Moeders wat 'n temperamenteel moeilike baba versorg, ontwikkel gewoonlik met verloop van tyd gevoelens van ontoereikendheid as moeder. In 'n studie deur



Cutrona en Troutman (1986) is bevind dat die baba se temperament indirek sowel as direk verband hou met postpartum-depressie. Volgens hierdie navorsers reflekteer die indirekte invloed daarvan beide 'n **gedrags-** en 'n **kognitiewe proses**:

Volgens die **gedragsteorieë** gee 'n lae selfbeeld daartoe aanleiding dat die individu/moeder nie bestaande vaardighede optimaal gebruik nie en dat die individu/moeder nie volhard met pogings om 'n probleem op te los nie. Vroue met min selfvertroue in hul eie vaardighede as moeder se handelwyses ontlok relatief min versterking by die baba. Volgens die gedragsteorieë lei onvoldoende versterking van gedrag tot depressie.

'n Lae selfbeeld lei, volgens die **kognitiewe teorieë**, tot selfverwyte ten opsigte van negatiewe gebeure. Soms gebeur dit dat selfs 'n ervare ouer nie 'n baba wat ongelukkig is en huil, stil kry nie. Wanneer 'n moeder haarself in so 'n situasie sou verwyte, sal dit tot hoër vlakke van depressie lei as wanneer 'n moeder na 'n eksterne oorsaak sal soek.

Die direkte verband tussen 'n temperamenteel moeilike baba en postpartum-depressie word op verskeie maniere deur Cutrona en Troutman (1986) verklaar.

**1)** Navorsing het bevind dat volwassenes 'n afkeer het aan die geluid van 'n baba se gehuil. Voortdurende blootstelling aan stimuli waaraan die vrou 'n afkeer het met geen beheer oor die terminasie daarvan nie, kan direk lei tot disforiese gemoed. **2)** Vroue met 'n temperamenteel moeilike kind kan ambivalente gevoelens teenoor die kind ervaar. Hierdie ambivalensie kan lei tot skuldgevoelens en 'n afkeer in die self. **3)** Selfs indien die vrou haarself nie blameer vir die kind se moeilike temperament nie, kan sy teleurgesteld voel omdat haar kind nie is soos die kind wat sy tydens swangerskap vir haarself voorgestel het nie. **4)** Laastens, 'n temperamenteel moeilike baba kan baie aspekte van die vrou se lewe versteur. 'n Vrou kan onwillig wees om die baba in die sorg van 'n babaoppasser te laat en kan dan belangrike aktiwiteite mis. Om 'n moeilike kind te hanteer kan ook spanning op die huweliksverhouding plaas met eggenotes wat hulle frustrasies op mekaar uithaal.

Whiffen (1988) het ondersoek ingestel na die rol van prepartum verwagtings van vroue ten opsigte van die baba. Bevindings het daarop gedui dat optimistiese verwagtings óók 'n voorspeller vir simptome van depressie postpartum was.

Volgens Whiffen is hierdie bevinding 'n aanduiding dat onrealistiese standaarde vir die gedrag van die baba 'n voorspeller is vir postpartum-depressie. Die kwesbaarheid van vroue vir die ontwikkeling van postpartum-depressie was moontlik verhoog deur 'n diskrepansie tussen antisipasies en die werklikheid. Die kwesbaarheid vir postpartum-depressie was moontlik verder verhoog deur negatiewe baba-gedrag wat aanleiding gegee het tot twyfel in die self as 'n toereikende moeder.

Objektiewe meting van beide die baba se gedrag en die vaardighede van die vrou as moeder, is vroeg in die postpartum-periode nodig om die rol van baba-eienskappe in die etiologie van postpartum-depressie verder te ondersoek.

Uit die voorafgaande bespreking blyk dit dus dat geen potensiële oorsaaklike faktor in postpartum-depressie ondubbelsinnig in die literatuur gerapporteer word nie.

## HOOFSTUK 5

### SAMEVATTING VAN DIE LITERATUUR OOR POSTPARTUM-DEPRESSIE

Die patroon van resultate wat in die huidige literatuuroorsig bespreek is, suggereer die volgende:

'n Sensitiwiteit vir hormonale veranderinge in die liggaam word sterk met die ontwikkeling van postpartum-depressie geassosieer. 'n Verband tussen postpartum-depressie en menstruele probleme, asook tussen postpartum-depressie en die premenstruele sindroom, is bevind. Die teenwoordigheid van "maternity blues" word ook sterk met die ontwikkeling van postpartum-depressie geassosieer. Wat interpersoonlike faktore betref, word 'n gebrek aan doeltreffende sosiale ondersteuning, asook 'n onbevredigende huweliksverhouding, met postpartum-depressie geassosieer. 'n Onbevredigende huweliksverhouding hou, veral in die teenwoordigheid van onlangse stresvolle lewensgebeure, sterk met die ontwikkeling van postpartum-depressie verband. Ander faktore wat volgens die bestaande navorsingsliteratuur sterk met postpartum-depressie geassosieer word, is 'n stilgeboorte, 'n familiegeskiedenis van psigopatologie, 'n persoonlike psigiatriese geskiedenis, die teenwoordigheid van stresvolle lewensgebeure en 'n temperamenteel moeilike baba.

Faktore wat volgens die huidige navorsingsliteratuur nie met postpartum-depressie geassosieer word nie, is 'n ongetroude huwelikstatus en die ouderdom van die moeder.

Daar is verskeie potensiële verbandhoudende faktore in postpartum-depressie waarvoor daar geen duidelike uitspraak gemaak kan word nie. Ondersoeke oor 'n moontlike verband tussen postpartum-depressie en die gebruik van mondelike voorbehoedmiddels, die vermindering van die frekwensie van borsvoeding en 'n premature baba is beperk. Gevolglik kan geen duidelike uitspraak gemaak word of hierdie faktore moontlik verband hou met die ontwikkeling van postpartum-depressie nie. Volgens die bestaande navorsingsliteratuur is daar ook verskeie faktore ten opsigte waarvan die navorsingsbevindings, rakende 'n moontlike verband met postpartum-depressie, só teenstrydig is dat geen duidelike uitspraak

gemaak kan word oor die assosiasie daarvan met postpartum-depressie nie. 'n Onbeplande swangerskap, pariteit en swak sosio-ekonomiese omstandighede is demografiese faktore waarvoor teenstrydige resultate gerapporteer is. Ander potensiële verbandhoudende faktore in postpartum-depressie waarvoor dubbelsinnige bevindings gerapporteer word, is die toepassing van borsvoeding, miskrame, aborsies, keisersnee-geboortes, die moeder se verhouding met haar eie moeder en die teenwoordigheid van angs en depressie tydens swangerskap. Hierdie potensiële verbandhoudende faktore in postpartum-depressie regverdig verdere ondersoek.

Die huidige literatuur suggereer dat ondersoek na potensiële verbandhoudende faktore in postpartum-depressie sekere tekortkominge gehad het wat bevindings moeilik vergelykbaar maak. Tekortkominge wat algemeen voorgekom het, was die gebruik van nie-eenvormige seleksie- en diagnostiese kriteria, die feit dat die ondersoek op verskillende tye postpartum gedoen is en klein steekproefgroottes, wat daartoe gelei het dat bevindings moeilik veralgemeenbaar was. As gevolg van die retrospektiewe aard van die meeste ondersoek, kon bevindings in verband met faktore wat reeds prepartum teenwoordig was, nie sonder enige twyfel as verbandhoudend met postpartum-depressie aanvaar word nie.

Na 'n deeglike literatuuroorsig het die huidige navorser tot die gevolgtrekking gekom dat navorsing oor postpartum-depressie by swart Suid-Afrikaners baie beperk is. Swartes vorm die meerderheidsgroep van die Suid-Afrikaanse bevolking. Postpartum-depressie beïnvloed nie net die individu (moeder en baba) se geestesgesondheid negatief nie, maar ook dié van die gesin. Aangesien gesonde gesinsintegrasie essensieel is vir sosiale stabiliteit en geestesgesondheid, het postpartum-depressie dus ook 'n negatiewe invloed op die geestesgesondheid van die samelewing in die algemeen. Met betrekking tot **voorkoming** as strategie vir 'n meer geestesgesonde samelewing in Suid-Afrika, is die huidige navorser dus van mening dat 'n ondersoek na verbandhoudende faktore in postpartum-depressie by die swart gemeenskap sterk aangedui is.

## HOOFSTUK 6

### HIPOTESESTELLING

Die eerste doelstelling van die huidige studie was om die **insidensie van postpartum-depressie** in die plattelandse swart Suid-Afrikaanse konteks te bepaal in vergelyking met die verkreë insidensiesyfers in die blanke Suid-Afrikaanse en ander Westerse samelewings. Aangesien beide moederskap en depressie universele menslike verskynsels is, word verwag dat die insidensie van postpartum-depressie in die huidige ondersoek ongeveer dieselfde sou wees as in oorsese en plaaslike studies, naamlik tussen 20% en 30%.

Die tweede doelstelling van die huidige studie was om te bepaal watter **faktore** verband hou met postpartum-depressie in die plattelandse swart Suid-Afrikaanse gemeenskap. 'n Omvattende studie van al die faktore wat in die navorsingsliteratuur aangedui is as moontlik verbandhoudend met postpartum-depressie, is gedoen. Hiervolgens is sodanige faktore gegroepeer in sewe afdelings, naamlik **1) demografiese faktore, 2) biologiese faktore, 3) verloskundige faktore, 4) interpersoonlike verhoudings, 5) psigopatologie en persoonlikheid, 6) stresvolle lewensgebeure en 7) die temperament van die baba.**

Om die verband van hierdie veranderlikes met postpartum-depressie te ondersoek, is twee groepe postpartum subjekte, naamlik 'n depressiewe groep en 'n nie-depressiewe groep, statisties met mekaar vergelyk. Dit is ook volgens Spangenberg (1987) die metode wat deur die meeste vorige navorsers gevolg is.

Alle gerapporteerde faktore wat moontlik verband hou met postpartum-depressie is nie in die huidige studie ondersoek nie. Demografiese, biologiese en verloskundige faktore, asook interpersoonlike verhoudings en 'n persoonlike psigiatriese geskiedenis, is ondersoek. Faktore rondom persoonlikheid, stresvolle lewensgebeure en die temperament van die baba, is egter vanweë sekere metodologiese en praktiese probleme nie ondersoek nie. Behalwe vir die feit dat daar nie 'n gestandaardiseerde persoonlikheidsvraelys vir swart Suid-Afrikaners beskikbaar was nie, was die onderhoude reeds baie lank. 'n Deeglike ondersoek na persoonlikheidseienskappe en stresvolle lewensgebeure as

moontlike verbandhoudende faktore, sou dus aanleiding gegee het tot nog langer onderhoude.

Die temperament van die baba is nie ondersoek nie aangesien die aspek moeilik subjektief beoordeelbaar is. Sommige van die subjekte se babas was slegs twee weke oud terwyl ander subjekte se babas al 24 weke oud was. Subjekte met jonger babas sou dus met minder sekerheid kon rapporteer oor die aard van hul baba se temperament as subjekte met ouer babas.

Aangesien persoonlikheidseienskappe, stresvolle lewensgebeure en die temperament van die baba ook nie slegs deur middel van 'n paar eenvoudige vrae geëvalueer kan word nie, het die huidige navorser besluit om nie hierdie aspekte as moontlike verbandhoudende faktore van postpartum-depressie in die huidige studie te ondersoek nie.

Die hipoteses wat ondersoek is, word vervolgens geformuleer.

### **Demografiese faktore**

Hipotese 1: Beduidend meer subjekte in die postpartum depressiewe groep se **swangerskappe** sal **onbepland** wees as in die groep wat nie postpartum depressief is nie.

Hipotese 2: Beduidend meer subjekte in die postpartum depressiewe groep sal **ongetroud** wees as in die groep wat nie postpartum depressief is nie.

Hipotese 3: Die **ouderdom** van die subjekte in die postpartum depressiewe groep sal beduidend laer wees as in die groep wat nie postpartum depressief is nie.

Hipotese 4: Die **pariteit** van die subjekte in die postpartum depressiewe groep sal beduidend laer wees as in die groep wat nie postpartum depressief is nie.



Hipotese 5: Beduidend meer subjekte in die postpartum depressiewe groep sal **finansiële probleme** ondervind as in die groep wat nie postpartum depressief is nie.

Hipotese 6: Beduidend meer subjekte in die postpartum depressiewe groep sal **behuisingsprobleme** ondervind as in die groep wat nie postpartum depressief is nie.

### **Biologiese faktore**

Hipotese 7: Beduidend meer subjekte in die postpartum depressiewe groep sal **premenstruele spanning** ondervind as in die groep wat nie postpartum depressief is nie.

Hipotese 8: Beduidend meer van die subjekte wat **mondelike voorbehoedmiddels** gebruik, sal postpartum depressief wees as van die subjekte wat ander tipes of geen voorbehoeding gebruik nie.

Hipotese 9: Beduidend meer subjekte in die postpartum depressiewe groep sal hul babas **borsvoed** as in die groep wat nie postpartum depressief is nie.

Hipotese 10: Beduidend meer subjekte **wat borsvoeding gestaak of die frekwensie daarvan verminder het** deur addisionele voeding, sal postpartum depressief wees as dié wat slegs borsvoed of nooit geborsvoed het nie.

### **Verloskundige faktore**

Hipotese 11: Beduidend meer subjekte in die postpartum depressiewe groep sal 'n geskiedenis van **miskrame en/of stilgeboortes** hê as in die groep wat nie postpartum depressief is nie.

Hipotese 12: Beduidend meer subjekte in die postpartum depressiewe groep sal **keisersnee-geboortes** gehad het as in die groep wat nie postpartum depressief is nie.

## Interpersoonlike verhoudings

Hipotese 13: Die postpartum depressiewe groep sal beduidend minder **huweliks/verhoudingstevredenheid** ervaar as die groep wat nie postpartum depressief is nie.

Hipotese 14: Die postpartum depressiewe groep sal 'n beduidend swakker **verhouding met hul eie moedersfigure** hê as die groep wat nie postpartum depressief is nie.

Hipotese 15: Die postpartum depressiewe groep sal beduidend minder **sosiale ondersteuning** ervaar as die groep wat nie postpartum depressief is nie, wat betref die waargenome getal ondersteuningsfigure sowel as die mate van tevredenheid met beskikbare sosiale ondersteuning.

## Persoonlike psigiatriese geskiedenis

Hipotese 16: Beduidend meer subjekte in die postpartum depressiewe groep sal 'n geskiedenis van **vorige depressiewe episodes** hê as in die groep wat nie postpartum depressief is nie.

## HOOFSTUK 7

### METODE VAN ONDERSOEK

#### 1. SUBJEKTE

Een van die doelstellings van die huidige ondersoek was om die **insidensie** van postpartum-depressie in die plattelandse swart Suid-Afrikaanse konteks te bepaal. Daar is dus gepoog om 'n steekproef te verkry wat so verteenwoordigend as moontlik van die totale universum van swart moeders in 'n spesifieke plattelandse gebied sou wees.

#### 1.1 SELEKSIEKRITERIA

Die volgende seleksiekriteria is gestel:

##### 1.1.1 Tydperk postpartum: 2 tot 24 weke

**Motivering:** Gevalle van kortstondige "maternity blues" moes uitgeskakel word. Volgens navorsing kom "maternity blues" gewoonlik gedurende die eerste week postpartum voor (O'Hara 1987) en duur tussen een en vyf dae (Spangenberg, 1987). Teen tien dae postpartum behoort gevalle van verbygaande "maternity blues" dus uitgeskakel te wees. Postpartum-depressie ontstaan gewoonlik binne ses weke postpartum. Die piek-aanvangstyd van dié toestand is twee tot vier weke (Cox, 1983; Gjerdingen et al., 1986) en daarom is twee weke as die onderste grens van die tydperk postpartum as seleksiekriterium gestel.

Die boonste grens van die tydperk postpartum is willekeurig as afsnypunt gekies omdat daar 'n gebrek aan empiriese inligting in die literatuur oor die duur van postpartum-depressie is (Hopkins et al., 1984). Navorsing dui daarop dat die duur van die toestand 'n paar weke tot 'n jaar of langer kan wees (Gjerdingen et al., 1986; Kendell, 1985; Murray & Gallahue, 1987). Omrede die doelstellings van die huidige ondersoek nie die duur van postpartum-depressie ingesluit het nie, is die willekeurige grens van 24 weke op grond van praktiese oorwegings gekies.

### 1.1.2 Slegs biologiese moeders

**Motivering:** In die huidige studie is die verband tussen hormonale verandering (wat plaasvind na geboorte) en postpartum-depressie ondersoek. Fisiologiese en hormonale veranderinge vind slegs in biologiese moeders plaas. Die moeder wat 'n baba aanneem, is moontlik ook aan spesifieke stresfaktore wat verband hou met die aanneming, onderhewig. Dit sou dus 'n vreemde veranderlike vorm wat die resultate van die huidige ondersoek kan beïnvloed.

### 1.1.3 Fisieke toestand van die baba: Slegs moeders met normale babas

**Motivering:** Hartseer, bekommernis en ander stresfaktore wat met babas met ernstige kongenitale afwykings geassosieer word, sou 'n vreemde veranderlike vorm wat die resultate van die huidige ondersoek kon beïnvloed.

### 1.1.4 Etniese groep: Slegs swart moeders

**Motivering:** Een van die doelstellings van die huidige ondersoek was om die insidensie van postpartum-depressie in die swart Suid-Afrikaanse konteks te bepaal. Bruin en blanke moeders is dus uitgesluit.

### 1.1.5 Taal: Slegs moeders wat die taal Suid-Sotho goed magtig was as spreektaal

**Motivering:** Binne die betrokke geografiese gebied waar die ondersoek gedoen is, is beide Sotho's en Zoeloes woonagtig. Op grond van praktiese oorwegings is die vraelys slegs in Suid-Sotho vertaal. 'n Goeie Suid-Sotho woordeskat, veral rondom gemoedsbeskrywing, was nodig vir die betroubare voltooiing van die vraelys. Die meeste van die Zoeloes in die gebied is Suid-Sotho magtig.

### 1.1.6 Geografiese omgewing: Slegs moeders wat binne die landdrostdistrik van Reitz woonagtig was

**Motivering:** In die heersende klimaat van politieke onrus met gepaardgaande onluste in swart woongebiede, kan idiosinkratiese stresfaktore waaraan moeders onderhewig is, verskil van gebied tot gebied. Dit sou 'n vreemde veranderlike vorm wat die resultate van die huidige ondersoek kon beïnvloed. Die geografiese omgewing van subjekte is dus so homogeen as moontlik gehou.

## 1.2 BESKRYWING VAN DIE OPSET WAARIN DIE ONDERSOEK GEDOEN IS

Die ondersoek is in Reitz, 'n plattelandse dorp in die Vrystaat, ongeveer 300 kilometer noord-oos van Bloemfontein, gedoen. Aangesien verskeie navorsers bevind het dat omgewingstressors die risiko vir die ontwikkeling van depressie verhoog (Anderson, 1991; Spangenberg & Pieterse, 1992; Vadher & Ndetei, 1981; Watts-Jones, 1990), ag die huidige navorser dit nodig om kortliks die algemene omgewingstressors waaraan die subjekte blootgestel was ten tye van die ondersoek, te noem.

Die woonbuurt vir swartes, Petsana, is direk langs die dorp geleë en word gekenmerk deur haglike sosio-ekonomiese toestande. Die meerderheid inwoners van Petsana het 'n baie lae sosio-ekonomiese status. Armoede, onvoldoende behuising, 'n gebrek aan privaatheid as gevolg van oorbevolking en huise sonder elektriese krag- en watervoorsiening, is alledaagse stressors waarmee die swart gemeenskap daagliks gekonfronteer word. Paaie is ook in 'n haglike toestand. Die meeste wonings is gebou van sinkplate of klei. Daar is egter ook 'n paar steenhuisse.

Die gesin in Petsana word gevorm deur verskeie strukturele en kulturele faktore. Tradisionele norme en waardes afkomstig van Westerse modelle van die gesin het 'n invloed op die swart gesinne. Dit lei soms tot konflik in die gemeenskap, veral omdat die jeug meer geneig is om Westerse norme te aanvaar, terwyl die ouer garde steeds waarde heg aan die tradisionele norme. 'n Voorbeeld van 'n tradisionele norm wat besig is om te verdwyn is die betaling van 'n bruidskat ("lobola") deur die bruidegom aan die bruid se vader.

Min swart gesinne kan hulle eie wonings bekostig en die meeste is daarom afhanklik van 'n huurhuis. Baie gesinne woon in klein kamertjies wat hulle huur of hulle woon saam met die familie in 'n huis. Dit kan tot oorbewoning en 'n gebrek aan privaatheid lei. Armoede is 'n groot probleem en die meeste moeders is genoodsaak om ook te werk. Omdat Reitz 'n klein dorpie is en werksgeleenthede op die dorp dus beperk is, is daar mans wat op plase werk en dus weg van die huis af woon. Soms is daar ook moeders wat hulle kinders in die sorg van 'n familielid laat en in die stede gaan werk. Dit lei tot baie enkelouergesinne, gedragsprobleme by die kinders en tot verbroke huweliksverhoudings. In Petsana hou huweliksprobleme ook verband met alkoholmisbruik deur die mans en met mans wat buite-egtelike verhoudings het. Vrouemishandeling, tienerswangerskappe en opstandigheid onder die jeug is ook algemene sosiale probleme kenmerkend van die betrokke swart gemeenskap.

Aangesien 'n groot deel van die blanke gemeenskap polities konserwatief georiënteerd is, is swartes ook steeds blootgestel aan rassediskriminasie. 'n Ander stressor waaraan swartes blootgestel is, is ook die geweldige verskil in sosio-ekonomiese status tussen blanke en swart gemeenskappe.

In die swart gemeenskap word nuwe moeders ook meer aan stres blootgestel as wat tradisioneel die geval was. As gevolg van die feit dat die mans nie alleen in die gesin se materiële behoeftes kan voorsien nie, is die meeste vrouens genoodsaak om te werk. Die meeste vroue werk as huishulpe of skoonmaaksters by besighede en kwalifiseer nie vir kraamverlof nie. So gou as moontlik na die bevalling betree hulle gewoonlik weer die arbeidsmark. Tradisionele rituele en ondersteuning gedurende die postpartum-periode is besig om te verdwyn in 'n poging om by armoede aan te pas.

Op grond van vorige navorsing in Suid-Afrika oor die verband tussen omgewingstressors en subjektiewe gemoedstoestand in 'n Xhosa-gemeenskap (Pieterse, 1992), is dit belangrik om in die huidige ondersoek bewus te wees daarvan dat chroniese stressors (soos genoem) wel moontlik aanleiding kan gee tot die ontwikkeling van depressie.



### 1.3 SELEKSIE VAN SUBJEKTE

Gedurende die ses maande voor die aanvang van die ondersoek, het die verpleegpersoneel van Reitz Provinsiale Hospitaal begin om volledige rekord te hou van die name en adresse van alle swart vroue wat geboorte geskenk het in die hospitaal. Met heroorweging is daar later besluit om nie die subjekte volgens hierdie lys te selekteer nie, aangesien baie moeders ook tuis geboorte skenk. 'n Steekproef geselekteer uit hierdie lys sou dus nie verteenwoordigend wees van swart geboortes in die betrokke gemeenskap vir die ondersoekperiode nie.

By gebrek aan 'n beskikbare kommunikasiestelsel in die swart gemeenskap, is daar twee weke voor die aanvang van die ondersoek 'n boodskap deur die verpleegpersoneel van die hospitaal, die nageboortekliniek en deur plaaslike geneeshere versprei, naamlik dat alle swart moeders wie se babas tussen 2 en 24 weke oud was en wat bereid was om oor hul **ervaring van moederskap** te gesels; gedurende Desembermaand by die spreekkamer van die plaaslike geneeshere kon aanmeld. Die doel daarvan, naamlik dat dit **deel van 'n navorsingsondersoek oor die emosionele ervarings en omstandighede van swart moeders met jong babas** was, is ook aan die moeders meegedeel.

Die boodskap het vinnig versprei en moeders het positief op die uitnodiging gereageer. Na drie weke was 102 vraelyste voltooi deur moeders wat aan die seleksiekriteria voldoen het. Daar het egter meer as 102 moeders aangemeld, maar baie het nie aan die seleksiekriteria voldoen nie en is dus nie in die steekproef opgeneem nie. Agt moeders wat wel aan die seleksiekriteria voldoen het, is om die volgende redes nie in die steekproef opgeneem nie: Twee moeders wou, ten spyte van herhaalde versekering dat inligting vertroulik hanteer sou word, nie persoonlike inligting verstrek nie. Drie moeders se babas het baie lastig geraak en die onderhoud is gestaak. Drie ander moeders wat siek was, is ook nie in die steekproef opgeneem nie omdat siektesimptome moontlik die betroubaarheid van antwoorde op sekere vrae negatief sou beïnvloed.

In totaal is 102 vraelyste voltooi. Na voorlopige ontleding van die gegewens is vyf subjekte se data as gevolg van onvolledigheid nie in die steekproef opgeneem nie. In twee vraelyste elk was daar een onvoltooide vraag. In 'n derde vraelys is een vraag ontoepaslik beantwoord en in 'n vierde vraelys is twee vrae ontoepaslik beantwoord. In die vyfde vraelys wat uitgeskakel is, was daar een bladsy van die vraelys onvoltooid.

Die finale steekproef het dus uit 97 subjekte bestaan.

#### 1.4 BESKRYWING VAN DIE SUBJEKTE

##### Huistaal

Van die 97 subjekte was 61 (63%) se eerste taal Suid-Sotho, 34 (35%) se eerste taal Zoeloe en 2 (2%) se eerste taal Xhosa. Almal was egter Suid-Sotho magtig, aangesien dit die algemene spreektaal van die gemeenskap is.

##### Ouderdom

Die ouderdomsverspreiding van subjekte verskyn in Tabel 2.

**Tabel 2**  
**Ouderdomsverspreiding van subjekte**

Ouderdom in jare	f	%
39	1	1,0
38	2	2,1
37	0	0,0
36	1	1,0
35	1	1,0
34	4	4,1
33	3	3,1
32	4	4,1
31	2	2,1
30	5	5,2
29	3	3,1
28	3	3,1
27	2	2,1
26	3	3,1
25	4	4,1
23	6	6,2
22	7	7,2
21	11	11,3
20	7	7,2
18	7	7,2
17	10	10,3
16	2	2,1

N = 97



Die gemiddelde ouderdom van die steekproef was 24,24 jaar ( $\underline{S} = 5,97$ ).

### Skolastiese Opleiding

Die verspreiding van skolastiese opleiding van subjekte verskyn in Tabel 3.

**Tabel 3**

#### Verspreiding van subjekte volgens skolastiese opleiding

Opleiding	f	%
Na-skoolse opleiding	0	0,0
St 10	0	0,0
St 9	5	5,2
St 8	9	9,3
St 7	9	9,3
St 6	14	14,4
St 5	16	16,5
St 4	12	12,4
St 3	4	4,1
St 2	12	12,4
St 1	1	1,0
Sub B	2	2,1
Sub A	0	0,0
Geen	13	13,4

$\underline{N} = 97$

Die gemiddelde skolastiese opleiding van die steekproef was standerd 4.

### Tydperk Postpartum

Die verspreiding van die getal weke postpartum word in Tabel 4 aangegee.



**Tabel 4****Verspreiding volgens tydperk postpartum**

Tydperk postpartum in weke	f	%
24	26	26,8
20	9	9,3
16	4	4,1
12	11	11,3
10	1	1,0
8	6	6,2
7	3	3,1
6	10	10,3
5	7	7,2
4	12	12,4
3	5	5,2
2	3	3,1

---

$N = 97$

Die steekproef se gemiddelde tydperk postpartum was 12,81 weke.

**Pariteit**

Die subjekte se verspreiding betreffende pariteit word in Tabel 5 weergegee.

**Tabel 5****Verspreiding volgens pariteit**

Getal lewend gebore babas	f	%
7	1	1,0
6	2	2,0
5	10	10,3
4	9	9,3
3	15	15,5
2	23	23,7
1	37	38,1

---

$N = 97$



Uit Tabel 5 blyk dit dat ongeveer 38% van die steekproef primiparas was vir wie moederskap dus 'n nuwe ervaring was.

### Miskrame en stilgeboortes

Sewe-en-tagtig subjekte (89,7%) het geen miskrame en/of stilgeboortes gehad nie en 10 subjekte (10,3%) het 'n geskiedenis van miskrame en/of stilgeboortes gehad.

### Aantal kinders oorlede

Sewe-en-tagtig subjekte (89,7%) het geen kinders aan die dood afgestaan nie. Drie subjekte (3,1%) het een kind en vier (4,1%) het twee kinders aan die dood afgestaan voordat die kinders die ouderdom van 2 jaar bereik het. Twee subjekte (2,1%) het een kind ouer as 2 jaar verloor en een subjek (1,0%) het twee kinders ouer as 2 jaar verloor.

### Aantal lewende kinders

In Tabel 6 word die verspreiding van die aantal lewende kinders van subjekte weergegee.

**Tabel 6**

#### Verspreiding volgens aantal kinders wat lewe

Aantal kinders	f	%
6	1	1,0
5	6	6,2
4	12	12,4
3	17	17,5
2	22	22,7
1	39	40,2

N = 97

Die gemiddelde aantal lewende kinders van die steekproef was 2,40 kinders per moeder ( $\bar{S} = 1,51$ ).



## Bepandheid van swangerskap

In die geval van 58 subjekte (59,8%) was die swangerskap beplan.

## Plek van en tipe geboorte

Sewentig subjekte (72,2%) se babas is in die hospitaal gebore waarvan vyf (7,1%) keisersneebevallings en 65 (92,9%) normale geboortes gehad het. Sewe-en-twintig subjekte (27,8%) het normale geboortes tuis gehad.

Dit blyk dus dat byna 95% van die subjekte normale geboortes gehad het en dat slegs 5% keisersneebevallings was.

## Tipe voeding

Die verskillende maniere waarop die subjekte hulle babas gevoed het, word in Tabel 7 uiteengesit. Slegs melkvoeding was hier ter sprake - vaste kos is buite rekening gelaat.

**Tabel 7**

### Verspreiding volgens tipes melkvoeding

Tipe voeding	f	%
Borsvoeding alleenlik	17	17,5
Borsvoeding met byvoedings	65	67,0
Bottelvoeding na borsvoeding voorheen	3	3,1
Bottelvoeding uit staanspoor	12	12,4

N = 97

Uit Tabel 7 blyk dit dat byna 88% van die subjekte hul babas geborsvoed het. Slegs 12 uit die 97 subjekte (12,4%) het bottelvoeding uit die staanspoor verkies.



## Huidige swangerskap

Vier van die subjekte (4,1%) was ten tyde van die ondersoek onseker of hulle swanger was of nie. Die drie-en-negentig ander subjekte (95,9%) was egter nie swanger ten tyde van die ondersoek nie.

## Voorbehoeding en sterilisasie

Die verskillende tipes voorbehoeding wat subjekte gebruik het, word in Tabel 8 weergegee.

**Tabel 8**

### Verspreiding volgens tipe voorbehoeding

Tipe voorbehoeding	f	%
Mondelike voorbehoedmiddels	1	1,0
Voorbehoedinspuitings	63	65,0
Intra-uterine apparaat	3	3,1
Onlangs gesteriliseer	5	5,2
Geen voorbehoeding	25	25,7

N = 97

Uit Tabel 8 blyk dat die voorbehoedinspuitings die gewildste tipe voorbehoeding onder die subjekte wat wel voorbehoeding gebruik het (69,1%), was.

## Premenstruele spanning (PMS)

Wat premenstruele spanning betref, het 17 subjekte (17,5%) aangedui dat hulle altyd, en 30 subjekte (30,9%) dat hulle soms meer prikkelbaar, gespanne en ongelukkig voel gedurende die paar dae voor hul menstruele periode as gedurende die res van die maand. Vyftig subjekte (51,6%) het geen simptome van premenstruele spanning gerapporteer nie. Dit blyk dus dat amper 20% van die subjekte aan PMS gely het.



### Vorige depressiewe episode

Uit die steekproef van 97 het 19 subjekte (19,6%) voor hul laaste swangerskap een of meer depressiewe episodes ondervind. Vier ander subjekte (4,1%) het 'n vorige depressiewe sindroom gerapporteer waarvoor daar 'n duidelike identifiseerbare oorsaak was.

### Vorige episodes van postpartum-depressie

Van die 60 multiparas (61,9%) wat by die steekproef ingesluit was, het 36 (60%) gerapporteer dat hulle na 'n vorige baba se geboorte vir 'n tyd lank ongelukkig en hartseer gevoel het.

### Verhouding met primêre moederfiguur

Sewe-en-sestig subjekte (69,1%) is deur hulle eie moeders grootgemaak, 25 subjekte (25,8%) is deur hulle oumas grootgemaak en 5 subjekte (5,1%) is deur ander familieleden grootgemaak.

Van die 92 subjekte (94,9%) wat deur hulle eie moeders of oumas grootgemaak is, het 60 (65,2%) aangedui dat die verhouding **baie goed** was; 14 (15,2%) het die verhouding as **goed** aangedui; 17 (18,5%) as **taamlik goed**; en 1 (1,1%) as **swak**. Geen subjek het die verhouding met die primêre moederfiguur as **taamlik swak** of **baie swak** aangedui nie.

### Huwelikstatus en vaderskap

Van die steekproef was 66 subjekte (68,0%) getroud en 31 (32,0%) ongetroud. Alle ongetroude subjekte het vaste mansvriende gehad. Een getroude subjek (1,5%) se baba was buite-egtelik en die vriend van een ongetroude subjek (3,2%) was nie die vader van haar baba nie.

### Kontak met eggenoot/vriend

Vier-en-sestig subjekte (66,0%) het daagliks kontak met die eggenoot/vriend gehad; 11 (11,3%) het elke naweek kontak gehad; 17 (17,5%) het een keer per maand kontak gehad; en 5 subjekte (5,2%) het minder as een keer per maand kontak met die eggenoot/vriend gehad.

## Woonplek

Uit die steekproef van 97 het 91 subjekte (93,8) vaste woonplek gehad en 6 subjekte (6,2%) nie. In Tabel 9 word die verspreiding van die aard van die woonplek aangegee.

**Tabel 9**

### Verspreiding volgens aard van woonplek

Aard van woonplek	f	%
Woon in ouerhuis/huis van mense by wie jy grootgeword het	30	30,9
Woon saam met eggenoot/vriend in eie huis of huurhuis	18	18,6
Woon saam met eggenoot/vriend in 'n huis wat julle met ander mense deel	10	10,3
Woon saam met eggenoot/vriend by werkgever	27	27,8
Woon sonder eggenoot/vriend by ander mense	10	10,3
Woon sonder eggenoot/vriend by werkgever	2	2,1
<hr/>		
<u>N</u> = 97		

Sestig subjekte (61,9%) het saam met hul eggenoot/vriend in dieselfde huis gewoon, terwyl die ander 37 subjekte (38,1%) apart van hul eggenoot/vriend gewoon het.

Twee-en-negentig subjekte (94,9%) het 'n gevoel van veiligheid by hul woonplek ervaar, terwyl 5 subjekte (5,1%) 'n gevoel van onveiligheid ervaar het.



## Buitenshuise werk

Veertig subjekte (41,2%) het ten tye van die ondersoek op 'n voltydse basis buitenshuis gewerk. Die verspreiding van die tydperk postpartum toe die subjekte weer voltyds begin werk het, word in Tabel 10 weergegee.

**Tabel 10**

### Ouderdomme van babas toe subjekte weer begin werk het

Ouderdom van baba	f	%	
Jonger as	1 maand	3	7,5
Ongeveer	1 maand	16	40,0
Ongeveer	2 maande	10	25,0
Ongeveer	3 maande	8	20,0
Ongeveer	4 maande	2	5,0
Ongeveer	5 maande	0	0,0
Ongeveer	6 maande	1	2,5

$n = 40$

Die gemiddelde tydperk postpartum wat subjekte weer voltyds begin werk het, was 2,85 maande ( $n = 40$ ).

## Versorging

Van die 97 subjekte was daar slegs 2 subjekte (2,1%) wat bedags geen hulp met die versorging van hulle babas ontvang het nie. Een-en-sewentig subjekte (73,2%) ontvang bedags hulp van hul eie moeder of ouma met die versorging van die baba; 6 subjekte (6,2%) se ander kinders help met die versorging; 16 (16,5%) ontvang hulp van ander mense en 2 (2,1%) se babas word bedags in die sorg van 'n crèche gelaat.

Van die 95 subjekte (97,9%) wat wel bedags hulp ontvang het met die versorging van die baba, was 85 subjekte (89,5%) **baie tevrede** met die kwaliteit van die versorging; 6 (6,3%) was **taamlik tevrede** en 4 (4,2%) was **baie ontevrede**.



## Finansiële sekuriteit

Die verspreiding van die finansiële sekuriteit wat subjekte gehad het vir die versorging van die baba, verskyn in Tabel 11.

**Tabel 11**

**Verspreiding volgens finansiële sekuriteit ten opsigte van die versorging van die baba**

Finansiële sekuriteit ten opsigte van die versorging van die baba	f	%
Die meeste van die tyd geen finansiële kommer	14	14,4
Vir die grootste gedeelte van die maand: geen finansiële kommer	3	3,1
Vir die grootste gedeelte van die maand: wel finansiële kommer	0	0,0
Byna altyd finansiële kommer	80	82,5

N = 97

Uit Tabel 11 blyk dit dus dat byna 83% van die subjekte finansiële insekuriteit ervaar het ten opsigte van die versorging van die baba.

## Die teenwoordigheid van postpartum-depressie

Ten tyde van die ondersoek was 63 (64,9%) subjekte postpartum depressief en 34 (35,1%) subjekte was nie postpartum depressief nie. Die teenwoordigheid van postpartum-depressie is bepaal op grond van tellings behaal in die BDS (sien 2.4).

## 2. MEETINSTRUMENTE

Die meetinstrumente is saamgevat in 'n vraelys (Bylaes 1 en 2) bestaande uit vier dele, naamlik:

**Demografiese vraelys (Deel I)**

**Vraelys oor kwaliteit van huwelik/verhouding (Deel II)**

**Sosiale ondersteuningsvraelys (Deel III)**

**Verkorte vorm van Beck-depressieskaal (Deel IV)**

### 2.1 DEMOGRAFIESE VRAELYS

Die volgende veranderlikes is deur middel van die demografiese gedeelte van die vraelys verkry. Die veranderlikes word genoem in die volgorde waarin hulle in die vraelys verskyn het:

- 1) moedertaal
- 2) moeder se ouderdom in jare
- 3) skoolastiese opleiding
- 4) tydperk postpartum (baba se ouderdom) in weke
- 5) pariteit
- 6) getal miskrame en/of stilgeboortes
- 7) getal kinders oorlede (miskrame en stilgeboortes uitgesluit)
- 8) getal kinders wat lewe
- 9) swangerskap beplan/onbeplan
- 10) plek van geboorte (hospitaal of tuis)
- 11) tipe geboorte
- 12) tipe voeding
- 13) in geval van bottelvoeding: vroeër borsvoeding/nie
- 14) tans swanger/nie
- 15) tipe voorbehoeding indien gebruik/geen
- 16) gesteriliseer/nie
- 17) premenstruele spanning/nie
- 18) vorige ernstige depressiewe episodes/nie
- 19) vorige postpartum-gemoedsteurings/nie
- 20) aard van verhouding met primêre moederfiguur (eie moeder of ouma), indien van toepassing
- 21) vaste woonplek/nie

- 22) aard van woonplek
- 23) gevoel van veiligheid by woonplek/nie
- 24) buitehuise werk/nie
- 25) baba se ouderdom (in maande) toe moeder begin werk het indien van toepassing
- 26) beskikbaarheid van hulp vir die versorging van die baba bedags/nie
- 27) kwaliteit van hulp, indien van toepassing
- 28) finansiële sekuriteit ten opsigte van baba se versorging/nie

## 2.2 VRAELYS OOR KWALITEIT VAN HUWELIK/VERHOUDING

By gebrek aan 'n vraelys wat huwelikstevredenheid in die swart plattelandse kulturele konteks meet, is besluit om 'n vraelys saam te stel wat 'n aanduiding sal gee van die mate van tevredenheid wat 'n subjek ten opsigte van haar huwelik/verhouding ervaar. Aanvanklik is besluit om die Huwelikstevredenheidsvraelys (HTV) van Lazarus (1981) wat gebruik is in die ondersoek van Spangenberg (1987) aan te pas vir die swart gemeenskap waarin die huidige ondersoek gedoen is. Die HTV bestaan uit 12 stellings wat betrekking op die huwelik het en wat op 'n 10-punt-skaal deur toetslinge beoordeel word. 'n Telling van 10 dui op "tevrede" en 'n telling van 0 op "ontevrede". Verskillende totaal-tellings wat behaal word, dui verskillende grade van huwelikstevredenheid aan. Met die hulp van vier Sotho's ('n skoolhoof, 'n verpleegsuster, 'n oud-onderwyseres en 'n getroude vrou uit die gemeenskap) is daar egter besluit dat van die stellings van die HTV nie toepaslike aanduidings van huwelikstevredenheid vir die betrokke gemeenskap is nie. Vir die huidige ondersoek is 'n kwaliteit van huwelik-/verhoudingsvraelys dus saamgestel uit aspekte meer toepaslik vir die betrokke kulturele gemeenskap.

Om items vir die vraelys oor die kwaliteit van die huwelik/verhouding te selekteer, is elf swart persone betrek. Hulle was vier verpleegpersoneellede, drie moeders wat op daardie stadium in die kraamsaal van die hospitaal was, twee assistente, werksaam met swart pasiënte by die spreekkamer van die plaaslike geneesher, en twee huishulpe. Die huidige navorser het met elkeen 'n kort onderhoud gevoer oor aspekte van 'n huwelik/verhouding wat vroue in die gemeenskap gelukkig/ongelukkig maak. Persoonlike huwelik-/verhoudingstevredenheid is nie direk geëvalueer nie omrede dit moontlik bedreigend kon wees. Sewe kategorieë het duidelik na vore gekom naamlik **1)** gereelde kontak met eggenoot/vriend; **2)**



kommunikasieverhouding; **3)** hulp met die versorging van die kinders; **4)** aantal rusies in die verhouding; **5)** fisiese geweld in die verhouding; **6)** alkoholmisbruik deur eggenoot/vriend en **7)** gevoel van geluk oor die algemeen. Hierdie sewe kategorieë is in vraagvorm in 'n vraelys saamgestel. Op elke vraag is vier moontlike antwoorde geformuleer waarvan die subjek op grond van selfbeoordeling een kon selekteer. Elke antwoord het verskillende grade van huwelik-/verhoudingstevredenheid aangedui. Antwoord nommer een het gedui op **baie tevrede**, nommer twee op **taamlik tevrede**, nommer drie op **taamlik ontevrede** en antwoord nommer vier het gedui op **baie ontevrede**. Die gemiddelde totaalstelling wat behaal is, het verskillende grade van huwelikstevredenheid aangedui. Die sewe kategorieë word verteenwoordig deur vrae 5 tot 12 van Bylae 1, Deel 2.

### 2.3 DIE SOSIALE ONDERSTEUNINGSVRAELYS

Die sosiale ondersteuningsvraelys (SOV) van Sarason, Levine, Basham en Sarason (gebruik deur Spangenberg, 1987) bestaan uit 27 items. Elke item behels 'n vraag waarop 'n tweeledige antwoord vereis word. In deel **(a)** van die antwoord word die waargenome aantal lede in die toetsling se sosiale ondersteuningsnetwerk verstrekkend deurdat die toetsling 'n lys maak van mense na wie sy haar kan wend vir ondersteuning. In deel **(b)** van die antwoord word die toetsling se mate van tevredenheid met haar beskikbare sosiale ondersteuning verstrekkend. Op 'n bipolêre skaal wat strek van 6 (baie tevrede) tot 1 (baie ontevrede) moet die toetsling aandui hoe tevrede sy is met die ondersteuning waarop sy kan staatmaak (Spangenberg, 1987).

Daar is twee tellings vir elke item: **(a)** die aantal persone wat gelys is, is die N-telling, en **(b)** die S-telling is die telling tussen 1 en 6 op die tevredenheidskaal. Deur die totale van die N- en S-tellings deur die getal items te deel, word die subjek se gemiddelde N- en S-telling verkry (Spangenberg, 1987).

Volgens Sarason et al. (1983) is die SOV 'n geldige meetinstrument wat veral nuttig vir navorsing oor die rol van sosiale ondersteuning as 'n buffer teen die effek van stresvolle lewensgebeure gebruik kan word. Die gemiddelde interitemkorrelasie van die S-tellings was 0,54 en dié van die N-tellings was 0,37. Die alfakoëffisiënt van interne betroubaarheid van die S-tellings was 0,97 en dié van die N-tellings was 0,94.



Spangenberg (1987) het in haar studie oor die etiologiese aspekte van postpartum-depressie 'n verkorte vorm van die SOV gebruik. Die mees toepaslike items met betrekking tot die lewensituasie van 'n getroude vrou met 'n jong baba, is geselekteer. Daar was tien geselekteerde items. Hierdie verkorte SOV het in die huidige studie as raamwerk gedien vir die samestelling van 'n sosiale ondersteuningsvraelys.

Daar is om praktiese redes besluit om die vraelys-lengte vir die huidige studie tot twee items te beperk. Aangesien slegs een persoon die totale steekproef se vraelys mondelings in 'n individuele onderhoud sou afneem, was tyd 'n belangrike faktor. Omrede die vraelys in Suid-Sotho vertaal is (sien 3.1), is daar ook gepoog om die inhoud daarvan so bondig en eenvoudig as moontlik te hou.

Vir die huidige studie is die items wat deur Spangenberg (1987) geselekteer is, in twee kategorieë verdeel, naamlik **praktiese** en **emosionele ondersteuning**. 'n Vraag is oor elke kategorie geformuleer. Hierdie twee vrae het die enigste twee items van die sosiale ondersteuningsvraelys wat in die huidige ondersoek gebruik is, verteenwoordig. Elke item het 'n drieledige antwoord vereis. In deel **(a)** van die antwoord is subjekte gevra oor die beskikbaarheid, al dan nie, van sosiale ondersteuning. In deel **(b)** is subjekte gevra om 'n lys te maak van die mense na wie hulle hulle kon wend vir ondersteuning. In deel **(c)** moes die subjekte op 'n bipolarêre skaal wat strek van 1 (baie tevrede) tot 4 (baie ontevrede) aandui hoe tevrede hulle met die ondersteuning waarop hulle kan staatmaak (deel (b) van antwoord) is. Item 1 het gekonsentreer op die beskikbaarheid van praktiese ondersteuning, en item 2 het gekonsentreer op emosionele ondersteuning vanuit die sosiale netwerk.

Die Sosiale Ondersteuningsvraelys verskyn in Deel 3 van Bylae 1.

## 2.4 DIE BECK-DEPRESSIESKAAL (BDS)

Die verkorte vorm van die Beck-Depressieskaal (Beck & Beck, 1972) is as hoofkriterium vir die aanwesigheid van depressie, al dan nie, gebruik.

Die oorspronklike 21-item Beck-Depressieskaal (Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961) is vroeër veral gebruik om die intensiteit van depressie te

kwantifiseer. Alhoewel die BDS oorspronklik bedoel en gebruik is as 'n hulpmiddel vir die kliniese onderhoudvoerder, is dit later aangewend as 'n selfbeoordelingskaal (Vredenburg, Krames & Flett, 1985).

Selfbeoordelingskale vir die meting van depressie het verskeie voordele. Ten eerste speel die klinikus se verwagtinge en vooroordele nie 'n rol nie en ten tweede is dit tyd- en kostebesparend. Dertens is die administrasie en punttoekenning daarvan beter gestandaardiseer as klinikusbeoordelingskale (Spangenberg, 1987). Kritiek teen selfbeoordelingskale is dat dit 'n beperkte vermoë het om sekere kliniese simptomatologie te evalueer (veral psigotiese simptome). Die aanbeveling word daarom gemaak dat selfbeoordelingskale nie vir die kwantifisering van die **graad** van depressie gebruik behoort te word nie, maar eerder as siftingsinstrument vir die **teenwoordigheid** van depressie (Spangenberg, 1987).

Aangesien postpartum gemoedsversteurings dieselfde simptomatologie het as gemoedsversteurings wat in die algemene psigiatrisiese populasie voorkom, kan die teenwoordigheid van postpartum-depressie met dieselfde vraelys geëvalueer word as depressie in die nie-postpartum populasie (Saks et al., 1985). Volgens Saks et al. (1985) is die BDS 'n goeie kliniese meetinstrument vir depressie. Verskeie gerapporteerde navorsingsbevindings het daarop gedui dat die BDS 'n geldige en betroubare meetinstrument vir depressie is. Dit het beduidend gekorreleer met verskeie kliniese beoordelings van depressie asook ander gestandaardiseerde skale vir depressie (Beck & Beck, 1972). Verskeie navorsingstudies is gerapporteer wat die BDS as meting vir postpartum-depressie gebruik het (Kendell, 1985; Murray & Gallahue, 1987; O'Hara, 1987; Whiffen, 1988).

Die verkorte vorm van die BDS is egter ook al verskeie kere gebruik, in die plek van die oorspronklike BDS, in navorsingstudies wat ondersoek ingestel het na die etiologiese faktore in depressie (Vredenburg et al., 1985). Cutrona en Troutman (1986) asook Gard et al. (1986) het die verkorte vorm van die BDS gebruik in hulle navorsing oor postpartum-depressie. Die verkorte weergawe van die BDS het 13 items wat geselekteer is uit die oorspronklike vraelys. Hierdie items is geselekteer op grond van elke item se verhouding met die totale telling en met die kliniese beoordelings van depressie. Die oorspronklike doel van die verkorte BDS was daarop gerig dat dit deur algemene praktisyns as hulpmiddel gebruik kon word om vinnig die teenwoordigheid en die erns van depressie te evalueer (Beck &

Beck, 1972; Vredenburg, et al., 1985). Navorsers het bevind dat die verkorte BDS 'n korrelasie van hoër as 0,90 met die oorspronklike BDS gehad het (Beck & Beck, 1972).

In die huidige ondersoek is die verkorte vorm van die BDS as hoofkriterium vir die aanwesigheid van postpartum-depressie gebruik omdat navorsing daarop gedui het dat dit 'n wyd gebruikte en geldige meetinstrument vir depressie is. Tweedens het praktiese oorwegings ook bygedra tot die keuse van die verkorte BDS. As selfbeoordelingskaal was dit maklik administreerbaar. Die beperkte lengte daarvan het die vertaling van die vraelys vergemaklik. Aangesien die tyd wat dit sou neem om 'n vraelys te voltooi 'n belangrike faktor was, was die verkorte vorm van die BDS ook eerder aangedui as 'n langer meetinstrument vir depressie. Laastens is die verkorte BDS bo die oorspronklike BDS verkies omdat die oorspronklike BDS meer items as die verkorte BDS insluit wat moontlik aanleiding kan gee tot vals positiewe aanduidings van depressie (Young, 1982). Die oorspronklike BDS sluit vyf kategorieë in wat as normaal van postpartum-aanpassing beskou kan word (Gjerdingen et al., 1986; Hopkins, 1985). 'n **Versteurde slaappatroon** en **moegheid** kan moontlik die gevolg wees van die eise wat versorging van 'n baba aan die moeder stel. Moegheid kan ook moontlik aanleiding gee tot laer **werksfunksionering**. 'n **Gewigsverlies** en **seksuele aanpassingsprobleme** is ook kenmerkend van die postpartum-periode. Die verkorte BDS sluit slegs twee van hierdie kategorieë in, naamlik werkinhibisie en vermoeibaarheid.

Die verkorte BDS bestaan uit 13 kategorieë naamlik gemoedstemming, pessimisme, gevoel van mislukking, gebrek aan bevrediging, skuldgevoel, selfhaat, selfbestraffende wense, sosiale onttrekking, besluiteloosheid, liggaamsbeeld, werkinhibisie, vermoeibaarheid en eetlusverlies. 'n Spesifieke manifestasie van depressie word deur elke kategorie beskryf. Elke kategorie bestaan uit 'n reeks van vier self-evaluerende stellings waaraan waardes van 0 tot 3 toegeken is. Dié waardes reflekteer die graad van depressie.

Die totaaltellings op die verkorte skaal wat ooreenstem met die vier verskillende grade van depressie is soos volg: 0 - 4: geen depressie; 5 - 7: ligte depressie; 8 - 15: matige depressie; 16+ : ernstige depressie (Beck & Beck, 1972). Die verkorte BDS is egter in die huidige ondersoek as siftingsinstrument ten opsigte van aanwesigheid van depressie, al dan nie, gebruik. **Grade** van depressie is nie onderskei nie aangesien daar wel navorsingsbevindings was dat die BDS nie

effektief tussen grade van depressie onderskei het nie (Spangenberg, 1987). In die huidige ondersoek is die totaalstelling van 8 en meer gebruik as 'n aanduiding van depressie, ten einde moontlike vals positiewe aanduidings van depressie wat in die kategorie "ligte depressie" (5-7) kan voorkom, uit te skakel.

Die oorspronklike Engelse weergawe van die verkorte BDS is vir die huidige studie in Suid-Sotho vertaal.

### **3. PROSEDURE**

#### **3.1 VERTALING VAN GEKOMBINEERDE VRAELYS**

Die gekombineerde vraelys het uit vier dele bestaan soos uiteengesit onder "Meetinstrumente". Oorspronklik was dele een tot drie in Afrikaans. Deel vier, naamlik die Beck-Depressieskaal, was die verkorte vorm van die Engelse "Beck Depression Inventory" (Beck & Beck, 1972). Hierdie vier dele van die vraelys is in Suid-Sotho vertaal. Die items in dele een tot drie van die Afrikaanse weergawe van die vraelys, is in eenvoudige taal geformuleer om vertaling in Suid-Sotho te vergemaklik.

Vertaling van die vraelys in Suid-Sotho is gedoen deur vier Sotho-sprekendes van wie drie vlot viertalig (Afrikaans, Engels, Suid-Sotho en Zoeloe) en een vlot drietalig (Afrikaans, Suid-Sotho en Zoeloe) was.

Die opvoedkundige kwalifikasies van die eerste vertaler (vertaler A) was 'n Senior Sertifikaat, 'n Onderwysdiploma asook 'n Spesiale Onderwysdiploma (1988) in Afrikaans, Engels, Suid-Sotho en Wiskunde, alles op hoërgraadvlak. Hy was ook Zoeloe as skryf- en spreektaal magtig. Hy was vir 23 jaar 'n onderwyser van beroep, waarvan hy die laaste vier jaar 'n skoolhoof-pos beklee het.

Die tweede vertaler (vertaler B) was ook Afrikaans, Engels, Suid-Sotho en Zoeloe vlot as skryf- en spreektaal magtig. Haar opvoedkundige kwalifikasies was 'n Senior Sertifikaat en 'n Diploma in Verpleegkunde (algemene verpleging en kraam). Sy het haar opleiding as verpleegster in Engels ontvang. Sy het 22 diensjare as verpleegkundige gehad. Die laaste vyf jaar was sy die hoofsuster van Reitz Provinsiale Hospitaal.

Die derde vertaler (vertaler C) was Afrikaans, Engels en Suid-Sotho as skryf- en spreektaal magtig. Zoeloe was sy as spreektaal magtig. Haar opvoedkundige kwalifikasie was 'n Senior Sertifikaat met onder andere Wiskunde, Afrikaans, Engels en Suid-Sotho as vakke. Sy het sewe jaar ondervinding in laerskoolonderwys in hierdie drie tale gehad.

Die opvoedkundige kwalifikasie van die laaste vertaler (vertaler D) was 'n Senior Sertifikaat. Die vertaler was Afrikaans, Suid-Sotho en Zoeloe vlot as skryf- en spreektaal magtig. Vir die laaste vyf jaar was sy 'n assistent by 'n mediese kliniek (hoofsaaklik swart pasiënte) waar sy veral betrokke was by die uitreiking van medikasie aan pasiënte.

Die aanvanklike taak was om te bepaal watter Suid-Sotho-woord(e) die major konsepte van depressie, kommer en ongelukkigheid, soos dit voorkom in die depressieskaal, die beste beskryf. Nadat konsensus hieroor bereik is, is die oorspronklike vraelys uit Afrikaans (dele 1 tot 3) en Engels (deel 4) in Suid-Sotho vertaal. Eerstens het vertalers A en B (soos reeds beskryf) die oorspronklike vraelys gesamentlik in Suid-Sotho vertaal. Tweedens is hierdie eerste vertaling terugvertaal na Afrikaans (dele 1 tot 3) en Engels (deel 4) deur vertaler C waarna dit (derdens) hervertaal is deur vertalers A en B. Vierdens is hierdie hervertaling in Suid-Sotho terugvertaal na Afrikaans (dele 1 tot 3) en Engels (deel 4) deur vertaler C en na Afrikaans (deel 1 tot 4) deur vertaler D. Hierdie twee terugvertalings is (vyfdens) deur vertalers A en B geëvalueer, wat daarna die vraelys vir 'n derde keer in Suid-Sotho vertaal het. Sisdens is die oorspronklike vraelys in Afrikaans en Engels afsonderlik deur vertalers C en D in Suid-Sotho vertaal. Laastens het vertaler A die laasgenoemde twee Suid-Sotho-vertalings, asook die derde Suid-Sotho-vertaling deur hom en vertaler B, met mekaar vergelyk en die finale Suid-Sotho-weergawe van die vraelys daaruit saamgestel. Hierdie vraelys verskyn in Bylae 2.

In die vertaling van die vraelys is daar gepoog om die **betekenis** van die verskillende items (vrae) so akkuraat as moontlik te vertaal. Daar is minder klem gelê op direkte **grammatikale ooreenkomste**.

Die finale Suid-Sotho-weergawe van die vraelys is afsonderlik aan twee ander onafhanklike Sotho-vroue voorgelees. Hulle is gevra om die vrae in Afrikaans te vertaal en om die konseptuele

betekenis van die Suid-Sotho te omskryf. Sodoende is geëvalueer dat alle vraelysitems (geformuleer in vrae) maklik en korrek verstaanbaar was.

### 3.2 INSAMELING VAN DATA

Aangesien 'n groot persentasie van die betrokke swart gemeenskap ongeletterd of laaggeskool was, is besluit dat 'n opgeleide Sotho-vrou alle vraelyste persoonlik sou afneem in 'n een-tot-een situasie. Sen en Mari (aangehaal in Cleaver & Botha, 1989) het aanbeveel dat onderhoudvoerders verkieslik tot dieselfde kulturele agtergrond moet behoort as die subjekte met wie die onderhoud gevoer word. Die afnemer sou elke vraelys-item voorlees aan die subjek. Die vraelys is so ontwerp dat alle moontlike antwoorde in verskillende kategorieë saamgevoeg is. Elke kategorie het 'n verteenwoordigende nommer gehad. Nadat die subjek geantwoord het, kon die afnemer slegs die betrokke kategorie se nommer in die oop blokkie op die vraelys invul (sien Bylaes 1 en 2).

Die Sotho-vrou wat die vraelyste afgeneem het, was die vierde vertaler van die vraelys (soos beskryf onder "Vertaling van vraelys"). Sy was Afrikaans, Suid-Sotho en Zoeloe vlot as skryf- en spreektaal magtig. Sy is deur die huidige navorser opgelei om te evalueer of 'n persoon aan die seleksiekriteria voldoen het en om persone gerus te stel oor die doel van die ondersoek, asook oor die vertroulike en anonieme hantering van die inligting. Verdere opleiding was gerig op die afneem van die vraelys. Byvoorbeeld, indien 'n subjek by die afneem van die Beck-depressieskaal meer as een stelling oor hoe sy voel gekies het, moes die stelling met die hoër waarde as antwoord geneem word. Indien die subjek aangedui het dat haar gevoel tussen twee stellings was, byvoorbeeld tussen 2 en 3, is die stelling wat haar gevoel die naaste beskryf het, of die stelling met die laagste waarde, geneem as antwoord. Die afnemer het probeer om die vrae so neutraal as moontlik te lees en om haar nie-verbale gedrag deurentyd so neutraal as moontlik te hou.

Die vraelyste is afgeneem in 'n stil, private kantoor met 'n nabye buitedeur waardeur subjekte kon beweeg. Die kantoor was in die spreekkamer van die plaaslike geneeshere. Vroue wat aan die huidige ondersoek wou deelneem, het aangemeld by die spreekkamer. Daar is hulle versoek om in die wagkamer te wag waar hulle saam met ander swart pasiënte video-opnames gekyk het. Die inhoud van die video-opnames was natuurprogramme en sport. Geen video-



opname wat 'n direkte uitwerking op persone se gemoedstoestand sou hê, is vertoon nie. Die Sotho-vrou wat die vraelyste afgeneem het, het die vroue persoonlik in die wagkamer gaan haal en begelei na die kantoor wat gebruik is vir die ondersoek. Indien daar 'n paar vroue gelyktydig gewag het, is hulle eers individueel ten opsigte van die seleksiekriteria geëvalueer om te verhoed dat vroue wat nie aan die seleksiekriteria voldoen het nie, onnodig lank moes wag.

Baie van die vroue wat by die steekproef ingesluit was, was persone wat daardie spesifieke dag 'n afspraak by die dokter gehad het vir hulleself (meestal opvolgondersoeke na geboorte) of vir hulle kinders. Soos reeds genoem onder "Seleksie van subjekte" is siek vroue nie by die steekproef ingesluit nie omrede siektesimptome die betroubaarheid van antwoorde op sekere vrae negatief sou kon beïnvloed het.

#### **4. DUUR VAN ONDERSOEK**

Voor die aanvang van die ondersoek is daar reeds bepaal dat die ondersoek net sou duur tot vier dae voor Kersdag. Die twee redes vir die besluit was:

- 1) Die heersende sosio-politieke klimaat in die betrokke swart gemeenskap was gedurende die jaar waarin die ondersoek gedoen is, baie wisselend. Deur die duur van die ondersoek so kort as moontlik te hou, was die subjekte min of meer aan dieselfde stresfaktore blootgestel wat moontlik ten tye van die ondersoek in die swart gemeenskap teenwoordig was.
- 2) Oormatige alkoholmisbruik en gepaardgaande fisiese geweld is kenmerkend van Kerstyd en Nuwejaarsdag in die betrokke swart gemeenskap. Dit sou kon aanleiding gee tot onbetroubare antwoorde op vrae soos: "Voel jy veilig by jou woonplek?, Drink jou eggenoot/vriend te veel?, Slaan jou eggenoot/vriend jou as julle baklei?"

Vier dae voor Kersfees was 102 vraelyste voltooi deur swart moeders wat aan die seleksiekriteria voldoen het.



## 5. STATISTIESE VERWERKINGS

'n Nie-parametriese toets, naamlik die Permutasie-toets van Fisher (Lehmann, 1975; Pittman, 1938) is deurgaans gebruik om die data statisties te verwerk. Nie-parametriese toetse verskil van parametriese toetse daarin dat parametriese toetse veral gebaseer is op die aanname dat die populasie normaal versprei is ten opsigte van die aspek wat statisties ondersoek word. Nie-parametriese toetse maak egter geen aanname omtrent die vorm van populasies nie (Pittman, 1938).

Die Permutasie-toets van Fisher is gekies omdat die wye verspreiding van data in frekwensietabelle (soos ook bevind in die huidige ondersoek) selde geskik is vir die uitvoering van die parametriese Chi-kwadraattoets. Vir die toepassing van die Chi-kwadraattoets sou verskillende kategorieë data saamgevoeg moes word. Dit sou moontlik kon lei tot 'n mate van verlies aan inligting. Die permutasie-toets kan egter toegepas word sonder om kategorieë data saam te voeg. Geen inligting het dus verlore gegaan deur die toepassing van die Permutasie-toets nie.

'n Verdere motivering vir die gebruik van die nie-parametriese toets is die voorkoms van rangordes by sommige veranderlikes. 'n Voorbeeld van so 'n veranderlike is "die kwaliteit van die verhouding met eie moeder/ouma". Die kwaliteit van die verhouding word aangedui met tellings 1 tot 6. 'n Groter telling dui op 'n afname in die kwaliteit van die verhouding. Die antwoorde (tellings) het dus 'n orde. Die nie-parametriese toets neem hierdie orde in ag en lewer gevolglik fyner en meer akkurate resultate as die parametriese Chi-kwadraattoets wat nie hierdie orde in ag neem nie (S. Maritz, persoonlike kommunikasie, 28 September 1992).

Die Permutasie-toets is gebruik om die onderskeie z-tellings en die meegaande p-waardes te bereken vir die onderskeie probleemstellings en hipoteses wat ondersoek is. Die nulhipotese, naamlik dat die depressiewe groep en die nie-depressiewe groep subjekte nie beduidend van mekaar verskil nie, is verwerp indien die p-waarde kleiner as 5% was ( $p < 0,05$ ).

## HOOFSTUK 8

### RESULTATE

Die 97 subjekte is verdeel in 'n postpartum-depressiewe groep (die PPD-groep) ( $n = 63$ ) en 'n postpartum-nie-depressiewe groep (die Nie-PPD-groep) ( $n = 34$ ) op grond van hul tellings behaal in die BDS. 'n Afsnypunt van 8 is gebruik as kriterium vir depressie. Die rede vir die keuse van hierdie afsnypunt is onder Meetinstrumente (Hoofstuk 7, punt 2.4) bespreek.

Vervolgens word die resultate uiteengesit in terme van die hipoteses soos geformuleer in Hoofstuk 6.

#### 1. DIE INSIDENSIE VAN POSTPARTUM-DEPRESSIE

Die insidensie van postpartum-depressie soos dit in die huidige studie aangetref is, word in Tabel 12 aangegee.

**Tabel 12**

**Insidensie van postpartum-depressie (N = 97)**

Groep	f	%
Postpartum-depressie	63	64,9
Geen postpartum-depressie	34	35,1

Die insidensie van postpartum-depressie in die huidige steekproef was dus 64,9%. Dit is aansienlik hoër as die insidensie van 27,2% wat in 'n vorige ondersoek op blanke Suid-Afrikaners bevind is (Spangenberg & Pieters, 1991). Dit is nader aan die insidensiesyfers van 45% wat deur Tonge (aangehaal in Dennerstein et al., 1986) en 48,15% wat deur Dimitrovsky et al. (1987) bevind is.



## 2. VERBANDHOUDENDE FAKTORE IN POSTPARTUM-DEPRESSIE

Die resultate ten opsigte van die moontlike verbandhoudende faktore word uiteengesit in terme van die hipoteses wat in Hoofstuk 6 geformuleer is.

### 2.1 DEMOGRAFIESE FAKTORE

Hipotese 1: **Beduidend meer subjekte in die postpartum depressiewe groep se swangerskappe sal onbepland wees as in die groep wat nie postpartum depressief is nie.**

Die resultate van die Permutasie-toets, 'n nie-parametriese vergelyking tussen die PPD-groep en die Nie-PPD-groep, ten opsigte van die beplandheid van swangerskap word in Tabel 13 aangegee.

**Tabel 13**

**Verspreiding en Beduidendheid van Verskil tussen PPD-groep en Nie-PPD-groep ten opsigte van die Beplandheid van Swangerskap (N = 97)**

Groep	Swangerskap beplan	Swangerskap onbeplan	Totaal
PPD-groep	32 (33,0%)	31 (32,0%)	63 (64,9%)
Nie-PPD-groep	26 (26,8%)	8 (8,2%)	34 (35,1%)
Totaal	58 (59,8%)	39 (40,2%)	97 (100%)

$p < 0,01$

Dit blyk uit Tabel 13 dat die twee groepe beduidend van mekaar verskil het ten opsigte van die beplandheid van swangerskap ( $p < 0,01$ ). Die PPD-groep het beduidend meer onbeplande swangerskappe gehad (32,0%) as die Nie-PPD-groep (8,2%).

Hipotese 1 word dus bevestig.



Hipotese 2: **Beduidend meer subjekte in die postpartum depressiewe groep sal ongetroud wees as in die groep wat nie postpartum depressief is nie.**

Die resultate van van die Permutasie-toets, waar die PPD-groep en die Nie-PPD-groep ten opsigte van huwelikstatus met mekaar vergelyk is, word in Tabel 14 aangegee.

**Tabel 14**

**Verspreiding en Beduidendheid van Verskil tussen PPD-groep en Nie-PPD-groep ten opsigte van Huwelikstatus (N = 97)**

Groep	Getroud	Ongetroud	Totaal
PPD-groep	26 (26,8%)	37 (38,1%)	63 (64,9%)
Nie-PPD-groep	5 (5,2%)	29 (29,9%)	34 (35,1%)
Totaal	31 (32,0%)	66 (68,0%)	97 (100%)

$p < 0,01$

Uit Tabel 14 blyk dit dat die twee groepe beduidend van mekaar verskil het ten opsigte van huwelikstatus ( $p < 0,01$ ). Die persentasie getroude subjekte in die PPD-groep (26,8%) is hoër as die persentasie getroude subjekte in die Nie-PPD-groep (5,2%). Dit is teenstrydig met die verwagting.

Hipotese 2 word dus nie bevestig nie.

Hipotese 3: **Die ouderdom van die subjekte in die postpartum depressiewe groep sal beduidend laer wees as in die groep wat nie postpartum depressief is nie.**

Die PPD-groep is met die Nie-PPD-groep vergelyk ten opsigte van ouderdom deur middel van die Permutasie-toets. Die resultate verskyn in Tabel 15.



Tabel 15

**Beduidendheid van Verskil tussen PPD-groep en Nie-PPD-groep ten opsigte van Ouderdom (N = 97)**

Groep	n	$\bar{X}$ ouderdom (in jare)	p-waarde
PPD-groep	63	24,730	0,50
Nie-PPD-groep	34	25,382	

Dit blyk uit Tabel 15 dat die gemiddelde ouderdom van die subjekte in albei groepe relatief laag was, naamlik 24,730 jaar in die PPD-groep en 25,382 jaar in die Nie-PPD-groep. Alhoewel die PPD-groep gemiddeld ongeveer 7,8 maande jonger was as die Nie-PPD-groep, was die verskil nie beduidend nie ( $p > 0,05$ ).

Hipotese 3 word dus nie bevestig nie.

Hipotese 4: **Die pariteit van die subjekte in die postpartum depressiewe groep sal beduidend laer wees as in die groep wat nie postpartum depressief is nie.**

Die subjekverspreiding en nie-parametriese toetsresultate ten opsigte van pariteit word in Tabel 16 verstrek.



Tabel 16

Verspreiding en Beduidendheid van Verskil tussen PPD-groep en Nie-PPD-groep ten opsigte van Pariteit (N = 97)

Groep	Aantal lewend gebore kinders							Totaal
	1	2	3	4	5	6	7	
PPD-groep	29	8	12	7	6	0	1	63
Nie-PPD-groep	8	15	3	2	4	2	0	34
Totaal	37	23	15	9	10	2	1	97

$p = 0,45$

Uit Tabel 16 blyk dit dat die twee groepe nie beduidend van mekaar verskil ten opsigte van pariteit nie ( $p > 0,05$ ).

Hipotese 4 word dus nie bevestig nie.

Hipotese 5: **Beduidend meer subjekte in die postpartum depressiewe groep sal finansiële probleme ondervind as in die groep wat nie postpartum depressief is nie.**

Die Permutasie-toets van Fischer is ook toegepas om te bepaal of die PPD-groep en die Nie-PPD-groep beduidend van mekaar verskil het ten opsigte van finansiële sekuriteit. Hierdie toets het die rangorde van die antwoord op die vraelysitem in dié verband in ag geneem. Die orde van die antwoord was **1)** ervaar altyd finansiële sekuriteit, **2)** ervaar die grootste deel van die maand finansiële sekuriteit, **3)** ervaar die grootste deel van die maand nie finansiële sekuriteit nie en **4)** ervaar nooit finansiële sekuriteit nie.

Die subjekverspreiding en toetsresultate ten opsigte van die vraag of die twee groepe beduidend van mekaar verskil het ten opsigte van finansiële sekuriteit, verskyn in Tabel 17.



Tabel 17

**Verspreiding en Beduidendheid van Verskil tussen PPD-groep en Nie-PPD-groep ten opsigte van Finansiële Sekuriteit (N = 97)**

Groepe	Finansiële sekuriteit			Totaal
	altyd	groot deel van maand	nooit	
PPD-groep	5 (5,2%)	3 (3,1%)	55 (56,7%)	63 (64,9%)
Nie-PPD-groep	9 (9,3%)	-	25 (25,8%)	34 (35,1%)
Totaal	14 (14,5%)	3 (3,1%)	80 (82,5%)	97 (100%)

$p < 0,05$

Uit Tabel 17 blyk dit dat die twee groepe beduidend van mekaar verskil het ten opsigte van finansiële sekuriteit. Van die 14 subjekte wat altyd oor genoegsame finansies vir die baba se versorging beskik het, was 37,5% in die PPD-groep en 64,3% in die Nie-PPD-groep. Tagtig subjekte het gerapporteer dat hulle nooit oor genoegsame finansies beskik het nie. Die PPD-groep verteenwoordig 68,75% van hierdie subjekte en die Nie-PPD-groep slegs 31,25%. Dit blyk dus dat 'n kleiner persentasie van die PPD-groep altyd oor finansiële sekuriteit beskik het, maar dat 'n groter persentasie van dié groep nooit oor finansiële sekuriteit beskik het nie.

Hipotese 5 word dus bevestig.

**Hipotese 6: Beduidend meer subjekte in die postpartum depressiewe groep sal behuisingsprobleme ondervind as in die groep wat nie postpartum depressief is nie.**

Die Permutasie-toets is toegepas om te bepaal of die twee groepe beduidend van mekaar verskil het ten opsigte van behuising. Data van vraelysitems in die verband is saamgevoeg om drie kategorieë te lewer, naamlik **1)** het vaste woonplek en voel veilig by woonplek, **2)** het vaste woonplek óf voel veilig by woonplek, maar nie albei nie en **3)** het nie vaste woonplek nie en voel nie veilig



nie. Daar was een subjek wat nie in een van hierdie kategorieë geval het nie. Haar data is vir hierdie berekening buite rekening gelaat. Die nie-parametriese toets is op die ander 96 subjekte toegepas.

Die subjekverspreiding en toetsresultate ten opsigte van die vraag of die PPD-groep en die Nie-PPD-groep beduidend van mekaar verskil het ten opsigte van behuising verskyn in Tabel 18.

**Tabel 18**

**Verspreiding en Beduidendheid van Verskil tussen PPD-groep en Nie-PPD-groep ten opsigte van Behuising (N = 96)**

Groepe	Aard van behuising			Totaal
	vaste en veilige woonplek	óf vaste óf veilige woonplek	nie vaste of veilige woonplek	
PPD-groep	55	6	1	62
Nie-PPD-groep	32	1	1	34
Totaal	87	7	2	96

$p = 0,930$

Uit Tabel 18 blyk dit dat die PPD-groep en die Nie-PPD-groep nie beduidend van mekaar verskil het ten opsigte van behuising nie.

Hipotese 6 word dus bevestig.

## 2.2 BIOLOGIESE FAKTORE

Hipotese 7: **Beduidend meer subjekte in die postpartum depressiewe groep sal premenstruele spanning ondervind as in die groep wat nie postpartum depressief is nie.**

In hierdie verband moes die subjekte antwoord op die vraag of hulle gewoonlik meer prikkelbaar, gespanne, humeurig of neerslagtig gevoel het gedurende die paar dae voor 'n menstruele periode as gedurende die res van die maand.



Die subjekverspreiding en toetsresultate ten opsigte van premenstruele spanning word in Tabel 19 aangegee.

**Tabel 19**

**Verspreiding en Beduidendheid van Verskil tussen PPD-groep en Nie-PPD-groep ten opsigte van Premenstruele Spanning (PMS (N = 97))**

Groep	Altyd PMS	Soms PMS	Geen PMS	Totaal
PPD-groep	10 (10,3%)	22 (22,7%)	31 (32,0%)	63 (64,9%)
Nie-PPD-groep	7 (7,2%)	8 (8,2%)	19 (19,6%)	34 (35,1%)
Totaal	17 (17,5%)	30 (30,9%)	50 (51,6%)	97 (100%)

$p = 0,904$

Dit blyk uit Tabel 19 dat die twee groepe nie beduidend van mekaar verskil het ten opsigte van premenstruele spanning nie ( $p > 0,05$ ). Dit is in teenstelling met die verwagting.

Hipotese 7 word dus nie bevestig nie.

Hipotese 8: **Beduidend meer van die subjekte wat mondelike voorbehoedmiddels gebruik, sal postpartum depressief wees as die subjekte wat ander tipes of geen voorbehoeding gebruik nie.**

Daar was slegs een subjek wat mondelike voorbehoeding gebruik het. As gevolg van onvoldoende data is Hipotese 8 nie statisties ondersoek nie.

Vervolgens word die resultate in verband met die tipe voeding, na aanleiding van hipoteses 9 en 10 wat in Hoofstuk 6 gefomuleer is, bespreek.

Hipotese 9: **Beduidend meer subjekte in die postpartum depressiewe groep sal hul babas borsvoed as in die groep wat nie postpartum depressief is nie.**



Die nie-parametriese Permutasie-toets is gebruik om die moontlike verskil tussen die groepe met betrekking tot borsvoeding al dan nie te ondersoek. Die toetsresultate verskyn in Tabel 20.

**Tabel 20**

**Verspreiding en Beduidendheid van Verskil tussen PPD-groep en Nie-PPD-groep ten opsigte van Borsvoeding (N = 97)**

Groep	Borsvoeding	Bottelvoeding	Totaal
PPD-groep	55 (56,6%)	8 (8,3%)	63 (64,9%)
Nie-PPD-groep	27 (27,9%)	7 (7,2%)	34 (35,1%)
Totaal	82 (84,5%)	15 (15,5%)	97 (100%)

$p = 0,530$

Uit Tabel 20 blyk dit dat die twee groepe nie beduidend van mekaar verskil het ten opsigte van borsvoeding nie ( $p > 0,05$ ).

Hipotese 9 word dus nie bevestig nie.

Hipotese 10: **Beduidend meer subjekte wat borsvoeding gestaak of die frekwensie daarvan verminder het deur addisionele voeding, sal postpartum depressief wees as dié wat slegs borsvoed of nooit geborsvoed het nie.**

Die subjekverspreiding en toetsresultate in verband met die vraag of die twee groepe beduidend verskil het ten opsigte van die vermindering of staking van borsvoeding al dan nie, verskyn in Tabel 21.



**Tabel 21****Verspreiding en Beduidendheid van Verskil tussen PPD-groep en Nie-PPD-groep ten opsigte van Staking of Vermindering van Borsvoeding (N = 97)**

Groepe	Borsvoeding gestaak	Borsvoeding verminder	Borsvoeding onveranderd	Totaal
PPD-groep	3 (3,0%)	44 (45,4%)	16 (16,5%)	63 (64,9%)
Nie-PPD-groep	-	21 (21,7%)	13 (13,4%)	34 (35,1%)
Totaal	3 (3,0%)	65 (67,1%)	29 (29,9%)	97 (100%)

$p = 0,072$

Uit Tabel 21 blyk dit dat 'n groter persentasie van die PPD-groep se frekwensie van borsvoeding verminder het (48,4%) as dié van die Nie-PPD-groep (21,7%). Die verskil tussen die twee groepe was egter nie beduidend nie ( $p > 0,05$ ).

Hipoteses 10 word dus nie bevestig nie.

### 2.3 VERLOSKUNDIGE FAKTORE

Hipoteses 11: **Beduidend meer subjekte in die postpartum depressiewe groep sal 'n geskiedenis van miskrame en/of stilgeboortes hê as in die groep wat nie postpartum depressief is nie.**

Die subjekverspreiding en resultate ten opsigte van die vraag of die twee groepe beduidend van mekaar verskil het ten opsigte van vorige miskrame en/of stilgeboortes, verskyn in Tabel 22.



Tabel 22

Verspreiding en Beduidendheid van Verskil tussen PPD-groep en Nie-PPD-groep ten opsigte van 'n Geskiedenis van Miskrame en/of Stilgeboortes (N = 97)

Groep	Geen miskraam/ stilgeboorte	Vorige miskraam/ Totaal	
PPD-groep	58(59,9%)	5(5,1%)	63 (64,9%)
Nie-PPD-groep	29(29,9%)	5(5,1%)	34 (35,1%)
Totaal	87(89,8%)	10(10,2%)	97 (100%)

$p = 0,298$

Uit Tabel 22 blyk dit dat die PPD-groep nie beduidend verskil het van die Nie-PPD-groep ten opsigte van 'n geskiedenis van miskrame en/of stilgeboortes nie ( $p > 0,05$ ).

Hipotese 11 word dus nie bevestig nie.

**Hipotese 12: Beduidend meer subjekte in die postpartum depressiewe groep sal keisersnee-geboortes gehad het as in die groep wat nie postpartum depressief is nie.**

In Tabel 23 verskyn die subjekverspreiding en toetsresultate ten opsigte van tipe geboorte.



**Tabel 23****Verspreiding en Beduidendheid van Verskil tussen PPD-groep en Nie-PPD-groep ten opsigte van Tipe Geboorte (N = 97)**

Groep	Normale geboorte	Keisersnee-geboorte	Totaal
PPD-groep	61 (62,9%)	2 (2,0%)	63 (64,9%)
Nie-PPD-groep	31 (32,0%)	3 (3,1%)	34 (35,1%)
Totaal	92 (94,9%)	5 (5,1%)	97 (100%)

$p = 0,232$

Dit blyk uit Tabel 23 dat, in teenstelling met die verwagting, die twee groepe nie beduidend van mekaar verskil het ten opsigte van tipe geboorte nie ( $p > 0,05$ ).

Hipotese 12 word dus nie bevestig nie.

## 2.4 INTERPERSOONLIKE VERHOUDINGS

**Hipotese 13: Die postpartum depressiewe groep sal beduidend minder huweliks/verhoudingstevredenheid ervaar as die groep wat nie postpartum depressief is nie.**

Die PPD-groep en die Nie-PPD-groep is met mekaar vergelyk ten opsigte van die graad van huweliks-/verhoudingstevredenheid oor die algemeen (bereken soos uiteengesit in Hoofstuk 7, punt 2.2) deur middel van die Permutasie-toets. Die resultate verskyn in Tabel 24. (Hoe kleiner die telling, hoe meer huweliks/verhoudingstevredenheid word ervaar.)



Tabel 24

**Beduidendheid van Verskil tussen PPD-groep en Nie-PPD-groep ten opsigte van die Graad van Huweliks/Verhoudingstevredenheid (N = 96)**

Groep	$n$	$\bar{X}$ huweliks/verhoudingstevredenheid	p-waarde
PPD-groep	63	11,41	0,00008
Nie-PPD-groep	34	8,91	

$p < 0,001$

Dit blyk uit Tabel 24 dat die verskil tussen die twee groepe hoogs beduidend was ten opsigte van **huweliks/ verhoudingstevredenheid** ( $p < 0,001$ ). Die PPD-groep het beduidend minder huweliks/verhoudingstevredenheid ervaar as die Nie-PPD-groep.

Hipotese 13 word dus bevestig.

**Hipotese 14: Die postpartum depressiewe groep sal 'n beduidend swakker verhouding met hul eie primêre moedersfigure hê as die groep wat nie postpartum depressief is nie.**

Die Permutasie-toets is ook toegepas om vas te stel of die twee groepe beduidend van mekaar verskil het ten opsigte van die verhouding met hul eie primêre moedersfigure. Die toets het die rangorde van die antwoord op die vraelysitem in dié verband in ag geneem. Die orde van die antwoord was 'n **1)** baie goeie verhouding, **2)** goeie verhouding, **3)** taamlik goeie verhouding, **4)** taamlik swak verhouding, **5)** swak verhouding en 'n **6)** baie swak verhouding.

Die subjekverspreiding en toetsresultate ten opsigte van die verhouding met die eie primêre moedersfiguur verskyn in Tabel 25. (Daar was vyf subjekte wat nie deur 'n primêre moedersfiguur grootgemaak is nie. Hulle data is vir hierdie vergelyking buite rekening gelaat.)



Tabel 25

**Verspreiding en Beduidendheid van Verskil tussen PPD-groep en Nie-PPD-groep ten opsigte van Verhouding met Primêre Moedersfiguur (N = 92)**

Groep	Kwaliteit van verhouding				Totaal
	Baie goed	Goed	Taamlik goed	Swak	
PPD-groep	36	10	14	0	60 (65,2%)
Nie-PPD-groep	24	4	3	1	32 (34,8%)
Totaal	70	14	17	1	92 (100%)

$p = 0,248$

Dit blyk uit Tabel 25 dat, teenstrydig met die verwagting, die PPD-groep nie 'n beduidend swakker verhouding met die primêre moedersfiguur gehad het as die Nie-PPD-groep nie ( $p > 0,05$ ).

Hipotese 14 word dus nie bevestig nie.

**Hipotese 15: Die postpartum depressiewe groep sal beduidend minder sosiale ondersteuning ervaar as die groep wat nie postpartum depressief is nie, wat betref die waargenome getal ondersteuningsfigure sowel as die mate van tevredenheid met beskikbare sosiale ondersteuning.**

'n Variansie-analise is ten opsigte van die eerste gedeelte van die hipotese, naamlik die getal ondersteuningsfigure, toegepas. Die resultate verskyn in Tabel 26.



Tabel 26

Beduidendheid van Verskil tussen PPD-groep en Nie-PPD-groep ten opsigte van Waargenome Getal Sosiale Ondersteuners (N = 97)

Groep	n	$\bar{X}$ getal sosiale ondersteuners	S	p-waarde
PPD-groep	63	1,721	0,252	0,192
Nie-PPD-groep	36	1,645	0,277	

Dit blyk uit Tabel 26 dat die PPD-groep, teenstellend met die verwagting, meer sosiale ondersteuners in hul omgewings waargeneem het as die Nie-PPD-groep. Hierdie verskil was egter nie beduidend nie ( $p > 0,05$ ).

Die eerste gedeelte van Hipotese 15 word dus nie bevestig nie.

Die nie-parametriese Permutasie-toets is toegepas ten opsigte van die tweede gedeelte van die hipotese, naamlik die mate van tevredenheid met beskikbare sosiale ondersteuning. Hierdie toets het die rangorde van die antwoorde op vraelysitems in dié verband in ag geneem. Die orde van die antwoorde was **1)** baie tevrede, **2)** taamlik tevrede, **3)** taamlik ontevrede en **4)** baie ontevrede.

Die subjekverspreiding en toetsresultate ten opsigte van tevredenheid met beskikbare sosiale ondersteuning verskyn in Tabel 27. (Een subjek het geen ondersteuningsfigure gerapporteer nie en die tweede gedeelte van Hipotese 6 was dus nie op haar van toepassing nie.)



Tabel 27

**Verspreiding en Beduidendheid van Verskil tussen PPD-groep en Nie-PPD-groep ten opsigte van Tevredenheid met Sosiale Ondersteuning (N = 96)**

Groep	Graad van tevredenheid			Totaal
	Taamlik tevrede	Taamlik ontevrede	Baie ontevrede	
PPD-groep	15 (15,6%)	46 (47,9%)	1 (1,1%)	62 (64,6%)
Nie-PPD-groep	19 (19,8%)	15 (15,6%)	-	34 (35,4%)
Totaal	34 (35,4%)	61 (63,5%)	1 (1,1%)	96 (100%)

$p < 0,01$

Uit Tabel 27 blyk dit dat die PPD-groep beduidend minder tevredenheid ervaar het met beskikbare sosiale ondersteuning as die Nie-PPD-groep ( $p < 0,01$ ).

Die tweede gedeelte van Hipotese 15 word dus bevestig.

Hipotese 15 word dus nie bevestig ten opsigte van die getal ondersteuners nie, maar wel ten opsigte van die graad van tevredenheid met beskikbare sosiale ondersteuning.

## 2.5 PERSOONLIKE PSIGIATRIESE GESKIEDENIS

**Hipotese 16: Beduidend meer subjekte in die postpartum depressiewe groep sal 'n geskiedenis van vorige depressiewe episodes hê as in die groep wat nie postpartum depressief is nie.**

Die Permutasie-toets is toegepas om die moontlike verband tussen PPD en vorige depressiewe episodes al dan nie te ondersoek. Eerstens is die moontlike verband al dan nie tussen PPD en vorige depressiewe episodes in die algemeen ondersoek. Tweedens is die moontlike verband al dan nie tussen PPD en vorige postpartum-depressiewe episodes ondersoek.



In Tabel 28 verskyn die subjekverspreiding en die resultate van 'n vergelyking tussen die PPD-groep en die Nie-PPD-groep ten opsigte van vorige depressiewe episodes in die algemeen.

**Tabel 28**

**Verspreiding en Beduidendheid van Verskil tussen PPD-groep en Nie-PPD-groep ten opsigte van Vorige Depressiewe Episodes (N = 97)**

Groep	Vorige Depressiewe episode	Geen vorige depressiewe episode	Totaal
PPD-groep	48 (49,5%)	15 (15,5%)	63 (64,9%)
Nie-PPD-groep	30 (30,9%)	4 (4,1%)	34 (35,1%)
Totaal	78 (80,4%)	19 (19,6%)	97 (100%)

$p = 0,156$

Dit blyk uit Tabel 28 dat die twee groepe nie beduidend van mekaar verskil het ten opsigte van vorige depressiewe episodes in die algemeen nie ( $p > 0,05$ ).

In Tabel 29 verskyn die subjekverspreiding en die resultate van 'n vergelyking tussen die PPD-groep en die Nie-PPD-groep ten opsigte van vorige PPD-episodes. (Sewe-en-twintig subjekte was primiparas en is dus nie by hierdie vergelyking ingesluit nie).



Tabel 29

Verspreiding en Beduidendheid van Verskil tussen die PPD-groep en die Nie-PPD-groep ten opsigte van Vorige PPD-episodes (n = 70)

Groep	Vorige PPD	Geen vorige PPD	Totaal
PPD-groep	29 (41,4%)	13 (18,6%)	42 (60%)
Nie-PPD-groep	7 (10,0%)	21 (30,0%)	28 (40%)
Totaal	36 (51,4%)	34 (48,6%)	70 (100%)

$p < 0,05$

Uit Tabel 29 blyk dit dat 'n goter persentasie van die PPD-groep multiparas (41,4%) 'n vorige PPD-episode gehad het as die Nie-PPD-groep multiparas (10%). Die verskil tussen die twee groepe was beduidend ( $p < 0,05$ ).

Die PPD-groep verskil dus nie beduidend van die Nie-PPD-groep ten opsigte van vorige depressiewe episodes in die algemeen nie. Die twee groepe verskil egter beduidend ten opsigte van vorige PPD-episodes.

Hipotese 16 word dus nie bevestig ten opsigte van 'n geskiedenis van vorige depressiewe episodes in die algemeen nie, maar wel ten opsigte van 'n geskiedenis van vorige postpartum depressiewe episodes.



## HOOFTUK 9

### BESPREKING

Die resultate van die huidige ondersoek moet in die lig van sekere beperkings gesien word, wat eerstens bespreek word ten einde die resultate in perspektief te kan plaas.

**Eerstens** was dit as gevolg van die beperkings van kruiskulturele navorsing moeilik om postpartum-depressie by 'n steekproef swart Suid-Afrikaners te evalueer. Dit was moeilik om die groot hoeveelheid veranderlikes wat moontlik kon bydra tot kruiskulturele verskille, te beheer. **Tweedens** was die BDS nie gestandaardiseer vir die steekproef waarop die huidige ondersoek uitgevoer is nie. **Derdens** was daar tydens die vertaling van die vraelys verskille ten opsigte van die betekenis van sekere woorde. In Sotho is daar twee of drie woorde vir depressie, afhangende van die konteks waarin dit gebruik word. **Vierdens** het die **geldigheid** van die Sotho- vraelys wat in die huidige ondersoek gebruik is, nie hoë prioriteit geniet nie. Alhoewel daar gepoog is om die betekenis van die vraelysitems so na as moontlik in Suid-Sotho te vertaal, is die geldigheid daarvan vir die huidige steekproef nie formeel getoets nie. **Vyfdens** is data verkry deur selfverslag wat noodwendig subjektief van aard is. **Laastens** was die metodologie van so 'n aard dat daar nie sekerheid bestaan of depressie werklik postpartum was nie. Die moontlikheid bestaan dat depressie deur ander stressors gepredisponer kan word, of dat depressie reeds prepartum teenwoordig was.

#### 1. DIE INSIDENSIE VAN POSTPARTUM-DEPRESSIE

Die verwagting dat die insidensie van postpartum-depressie in 'n swart Suid-Afrikaanse steekproef sal ooreenstem met die verkreeë insidensie in 'n plaaslike blanke steekproef (27,2%) (Spangenberg, 1987) is nie in die huidige studie bevestig nie. 'n Insidensie van 64,9% is in die huidige ondersoek bevind. Dit is meer as twee keer hoër as die verwagte insidensie van tussen 20% en 30%. Die verkreeë insidensie is egter tot 'n mate vergelykbaar met die bevindings van Tonge (aangehaal in Dennerstein et al., 1986) en Dimitrovsky et al. (1987). Tonge het

deur middel van 'n selfbeoordelingskaal 'n insidensie van 45% bevind. Kritiek teen die spesifieke beoordelingskaal wat deur Tonge gebruik is, was dat dit tot die insluiting van minder depressiewe gevalle en gevolglik tot 'n hoë insidensiesyfer kon lei (Dennerstein et al., 1987). Dimitrovsky et al. (1987) het met 'n gestandaardiseerde selfbeoordelingskaal 'n insidensie van 48,15% matige en ernstige postpartum-depressie by vroue in die omgewing van Tel Aviv bevind.

In die onderskeie studies van Tonge (aangehaal in Dennerstein et al., 1986) en Dimitrovsky et al. (1987), asook in die huidige ondersoek, het subjekte vrywillig deelgeneem aan die ondersoek. 'n Moontlike verklaring vir die bevinding van 'n hoë insidensie van postpartum-depressie in al drie studies, kan die moontlikheid wees dat subjekte wat vrywillig aan die ondersoek deelgeneem het, juis persone was wat bedruk was of probleme gehad het.

Die huidige navorser bied die volgende verklarings vir die hoë insidensie van postpartum-depressie wat in die huidige ondersoek bevind is.

**Eerstens**, soos reeds genoem, kon die wyse waarop subjekte geselekteer is (naamlik dat hul vrywillig kon gaan praat het oor hul ervaring van moederskap) bygedra het tot 'n hoë insidensie van depressie. Moeders wat juis 'n behoefte gehad het aan ondersteuning en iemand wat sal luister, en dus moontlik baie probleme gehad het en bedruk was, kon waarskynlik 'n groot persentasie van die steekproef gevorm het. Die steekproef was dus nie noodwendig verteenwoordigend van al die moeders in die spesifieke gebied nie.

**Tweedens** kon die toepassing van die BDS as enigste kriterium vir die teenwoordigheid van postpartum-depressie moontlik aanleiding gegee het tot die verkreeë hoë insidensie. Navorsing het bevind dat 'n **lae opvoedkundige peil** ( $r = -0,34$ ,  $F = 19,79$ ,  $p < 0,0001$ ) en **ras** ( $r = 0,28$ ,  $F = 7,49$ ,  $p = 0,007$ ) beduidend positief verband gehou het met die telling wat op die BDS behaal is (Oliver & Simons, 1985). Subjekte van gekleurde rasse het beduidend hoër tellings in die BDS behaal as blanke subjekte. Hiervolgens kan gesuggereer word dat ras moontlik verband kan hou met sekondêre depressie en met "situasiegebonde" depressie. Ander navorsers het bevind dat die BDS soms **vals positiewe aanduidings** van depressie gee (Whiffen, 1988). Die BDS is in die huidige ondersoek as 'n growwe siftingsinstrument vir depressie gebruik. Dit is dus moontlik dat vals positiewe aanduidings van depressie kon bydra tot die verkreeë insidensie van 64,9%.

Die teenwoordigheid van 'n klinies identifiseerbare toestand is nie noodwendig 'n voorwaarde vir die ervaring of rapportering van simptome, psigiese siekte of siektegedrag nie (Pieterse, 1992). Dit is in die huidige ondersoek moontlik dat die gerapporteerde simptome nie noodwendig daarop dui dat postpartum-depressie teenwoordig is nie. Dit kan dus 'n vals positiewe aanduiding van depressie wees.

**Derdens** moet daar in ag geneem word dat postpartum-depressie in enige gegewe kulturele opset verband hou met die breër patroon van depressiewe versteurings. Hollifield et al. (1990) het bevind dat die insidensie van depressie by Sotho-subjekte beduidend hoër was as depressie by subjekte in die V.S.A. Daar is ook bevind dat die insidensie van depressie by swart Suid-Afrikaners hoër was as die insidensie van depressie by blanke Suid-Afrikaners (Psychological Association of South Africa, 1989; Schoeman, 1989). Die Sielkundevereniging van Suid-Afrika (Psychological Association of South Africa, 1989) rapporteer in 'n verslag oor geestesgesondheid in Suid-Afrika 'n insidensie van depressie van 30,6% by swartes. Die insidensie wat gesamentlik by blankes, Indiërs en Kleurlinge bevind is, was 15,0%. Hieruit blyk dit dat die insidensie van depressie by swart Suid-Afrikaners meer as twee keer hoër was as die insidensie van depressie by die ander rasse-groepe gesamentlik.

Wanneer die resultate van die huidige ondersoek vergelyk word met die resultate van Spangenberg (1987), blyk dit dat die insidensie van postpartum-depressie (64,9%) by die Sotho's ook meer as twee keer hoër was as die insidensie (27,2%) wat Spangenberg bevind het by 'n steekproef blanke Suid-Afrikaanse vroue. Die hoë insidensie wat in die huidige ondersoek bevind is, kan dus moontlik 'n reflektering wees van die breër patroon van depressie in die Suid-Afrikaanse samelewing, naamlik dat die insidensie van depressie meer as twee keer hoër is by swartes as by blankes, Kleurlinge en Indiërs gesamentlik (Psychological Association of South Africa, 1989).

**Vierdens** is stresvolle lewensgebeure geassosieer met die ontwikkeling van postpartum-depressie (O'Hara, 1986, 1987; Paykel et al., 1980). Verskeie navorsers het 'n verband bevind tussen omgewingstressors en die ontwikkeling van psigopatologie (Harkness, 1987; Pieterse, 1992; Vadher & Ndetje, 1981). Sosio-politiese stresfaktore waaraan swart Suid-Afrikaners onderhewig is, kon moontlik bygedra het tot 'n hoë insidensie van depressie.

Aangesien subjekte in die huidige ondersoek blootgestel was aan verskeie omgewingstressors (wat hoofsaaklik verband gehou het met 'n lae sosio-ekonomiese status), kan dit moontlik wees dat die insidensie van depressie wat in die huidige ondersoek bevind is nie noodwendig uitsluitlik postpartum-depressie was nie. Dit kon moontlik 'n refleksie gewees het van die hoë voorkoms van depressie onder swart Suid-Afrikaners as gevolg van omgewingstressors soos voorheen bevind (Psychological Association of South Africa, 1989).

**Laastens** speel gebrek aan sosiale ondersteuning volgens die literatuur 'n bydraende rol in die ontwikkeling van postpartum-depressie (Murray & Gallahue, 1987; Paykel et al., 1980). Tradisionele rituele en gebruike gedurende die postpartum-periode by swartes bied 'n vorm van sosiale ondersteuning aan moeders. Vroeër was dit die gebruik in sekere swart stamme dat ander vroue in die gemeenskap, byvoorbeeld die grootmoeder, die primêre versorging van die baba oorgeneem het (Cleaver & Botha, 1989). Swart Suid-Afrikaanse vroue word egter vandag blootgestel aan 'n Westerse geïndustrialiseerde samelewing. Tradisionele gebruike rondom die geboorte self en rondom die postpartum-periode het merkbaar verander as gevolg van akkulturasie (Chalmers, 1990). Die moderne geïndustrialiseerde samelewing is op so 'n wyse georganiseer dat biologiese moeders primêr verantwoordelikheid vir hul babas moet neem. As gevolg van die verdwyning van tradisionele postpartum gebruike ontvang swart moeders minder sosiale steun en is gevolglik 'n hoër risiko vir postpartum-depressie. In die huidige ondersoek kon die verlies van kulturele gebruike en die gevolglike kwesbaarheid vir die ontwikkeling van postpartum-depressie moontlik bygedra het tot 'n hoë insidensie van postpartum-depressie.

## **2. FAKTORE WAT VERBAND HOU MET POSTPARTUM-DEPRESSIE**

Die resultate aangaande verbandhoudende faktore in postpartum-depressie word vervolgens bespreek. Faktore wat bespreek word is demografiese, biologiese, verloskundige en interpersoonlike faktore, asook faktore rakende persoonlike psigiatriese geskiedenis.



## 2.1 DEMOGRAFIESE FAKTORE

### Postpartum-depressie en die beplandheid van swangerskap

Die verskil tussen die PPD-groep en die nie-PPD-groep ten opsigte van die beplandheid van swangerskap was statisties beduidend ( $p < 0,01$ ). Onbeplande swangerskappe is positief geassosieer met die teenwoordigheid van **postpartum-depressie**.

Hierdie bevinding stem ooreen met die bevinding van Paykel et al. (1980) in 'n retrospektiewe studie. Volgens Spangenberg (1987) was daar ook 'n prospektiewe studie wat die bevinding van die huidige ondersoek ondersteun, naamlik dié van Braverman en Roux (1978). Verskeie ander navorsers het egter nie 'n verband bevind tussen onbeplande swangerskappe en **postpartum-depressie** nie (Kendell, 1985; O'Hara, 1987). Spangenberg (1987) het in 'n steekproef blanke Suid-Afrikaners ook nie 'n assosiasie in dié verband bevind nie. 'n Moontlike verklaring vir die verskil tussen swart en blanke Suid-Afrikaners in dié verband is die huwelikstatus van die subjekte. In die huidige ondersoek was 38,1% van die subjekte wat **postpartum depressief** was, ongetroud. In Spangenberg (1987) se ondersoek was alle subjekte (blankes) getroud. **Die stres van 'n buite-egtelike swangerskap kon moontlik bygedra het tot die ontwikkeling van PPD, aangesien baie van die ongetroude subjekte se swangerskappe onbepland was.**

Daar word aanbeveel dat hierdie bevinding, naamlik dat onbeplande swangerskappe verband gehou het met postpartum-depressie, in toekomstige prospektiewe navorsing herhaal word alvorens dit as 'n moontlike risikofaktor vir die ontwikkeling van postpartum-depressie by swart vroue aanvaar word. Die moontlikheid bestaan dat 'n onbeplande swangerskap 'n prepartum stressor kon wees wat steeds postpartum teenwoordig was. In so 'n geval kan onbeplande swangerskap dus as 'n belangrike faktor in die ontwikkeling van postpartum-depressie beskou word. Dis baie moontlik dat 'n onbeplande swangerskap binne die konteks van 'n onbevredigende huweliks- of buite-egtelike verhouding ontstaan het. Hierdie moontlikheid bied 'n verdere logiese verklaring vir die huidige bevinding.

## Postpartum-depressie en huwelikstatus

Die PPD-groep en Nie-PPD-groep het beduidend van mekaar verskil ten opsigte van huwelikstatus ( $p < 0,01$ ). 'n Groter getal getroude subjekte was postpartum depressief. Daar is min vorige bevindinge gerapporteer wat hierdie bevinding ondersteun. Volgens O'Hara (1987) het slegs een uit 12 studies 'n assosiasie bevind in dié verband. Daar is gerapporteer dat ongetroude vroue meer psigiatriese simptome tydens swangerskap gerapporteer het (Martin et al., 1988).

Die huidige bevinding, naamlik dat 'n beduidend groter persentasie getroude subjekte postpartum depressief was, is teenstrydig met die verwagting. 'n Moontlike verklaring vir dié bevinding is die feit dat getroude vroue blootgestel word aan verskeie stressors rondom die huweliksverhouding. In die betrokke gemeenskap is dit 'n algemene probleem dat mans alkohol misbruik, veral gedurende naweke. Dit lei tot huweliksonmin en fisiese geweld teenoor die vrou en soms teenoor die kinders. Baie getroude mans het ook buite-egtelike verhoudings. As gevolg van die swak sosio-ekonomiese omstandighede word die vrou genoodsaak om te werk. Die tradisionele moederrol van die vrou verander dus nou in 'n rol van addisionele broodwinner. Die take rondom die versorging en opvoeding van die kinders is egter ook steeds deel van die rol wat die getroude vrou in die betrokke gemeenskap moet vervul.

Werkloosheid en min ondersteuning deur die eggenoot kan aanleiding gee tot 'n hoër stresvlak by die vrou en gevolglik tot geestesongesteldheid. Hierdie bevinding dat 'n getroude huwelikstatus verband hou met postpartum-depressie, sluit ook aan by die huidige bevinding dat huwelikstevredenheid verband hou met postpartum-depressie. Vroue met postpartum-depressie het beduidend minder huweliksbevrediging ervaar.

Prospektiewe studies in die toekoms is dus nodig vir die bevestiging van die huidige bevinding, naamlik dat postpartum-depressie beduidend verband hou met huwelikstatus.

### **Postpartum-depressie en ouderdom**

In die huidige studie is daar nie 'n beduidende verskil bevind tussen die gemiddelde ouderdomme van die PPD-groep (24,730 jaar) en die Nie-PPD-groep (25,382 jaar) nie. Spangenberg (1987) het bevind dat ouderdom ook nie beduidend verband gehou het met postpartum-depressie by blanke Suid-Afrikaners nie. Hierdie bevinding stem ooreen met die meeste bevindings in oorsese studies, byvoorbeeld dié van Murray & Gallahue (1987), Martin (aangehaal in Kendell, 1985) en Pitt (aangehaal in Kendell, 1985).

Volgens die huidige studie skyn daar dus nie 'n hoërisiko-ouderdomsgroep vir die voorkoms van postpartum-depressie by swart vroue te wees nie.

### **Postpartum-depressie en pariteit**

Teenstrydig met die bevinding dat postpartum-depressie en pariteit verband gehou het in 'n steekproef blanke Suid-Afrikaners (Spangenberg, 1987), is in die huidige studie geen beduidende verband bevind tussen postpartum-depressie en pariteit by swart Suid-Afrikaners nie. Die huidige bevinding stem ooreen met bevindings deur Cox (1983), Hayworth et al. (aangehaal in Kendell, 1985), Martin et al. (1988) asook Watson et al. (aangehaal in Kendell, 1985). Volgens die huidige studie skyn 'n lae of hoë pariteit dus nie verband te hou met postpartum-depressie by Sotho-vroue nie.

Uit die bevindings van die huidige ondersoek blyk dit dat die rol wat faktore soos finansiële insekureit, huweliks/verhoudingsprobleme en ontoereikende sosiale ondersteuning in postpartum-depressie by Sotho- en Zoeloe-vroue speel, waarskynlik groter is as die rol van die getal kinders wat 'n vrou moet versorg.

### **Postpartum-depressie en finansiële sekuriteit**

In die huidige steekproef het subjekte van die PPD-groep beduidend minder finansiële sekuriteit ervaar as die subjekte in die Nie-PPD-groep ( $p < 0,05$ ). Volgens vorige navorsing hou finansiële probleme verband met die ontwikkeling van prepartum depressie (Martin et al., 1988). Daar bestaan dus onsekerheid of finansiële insekureit in die huidige ondersoek 'n verbandhoudende faktor van

postpartum-depressie was, en of depressie wat postpartum teenwoordig was, nie reeds prepartum deur onder andere finansiële stressors gepresipiteer was nie.

Verskeie navorsers het bevind dat armoede en finansiële onstabiliteit 'n bydraende faktor tot depressie was (Helman, aangehaal in Pieterse, 1992; Kessler, aangehaal in Pieterse, 1992). Pieterse (1992) het ook bevind dat finansiële probleme verband gehou het met psigopatologie by Xhosa-vroue. Volgens literatuur blyk dit dus dat finansiële probleme universeel beskou word as 'n bydraende faktor tot die ontwikkeling van geestesgesondheidsprobleme (Spangenberg & Pieterse, 1992).

Die swart gemeenskappe in Suid-Afrika word gekenmerk deur swak sosio-ekonomiese omstandighede. Finansiële onstabiliteit is ook kenmerkend van die meerderheid inwoners van Petsana, die woonbuurt waarin die huidige ondersoek gedoen is. As gevolg van ongeletterdheid en 'n beperkte aantal werkseleenthede, kom werkloosheid, armoede en behuisingsprobleme algemeen voor. Finansiële probleme word ook vererger deur die hoë voorkoms van alkoholmisbruik. Die meeste mans in die gemeenskap is ook nie meer in staat om alleen die tradisionele rol van broodwinner te vervul nie. Vroue is genoodsaak om ook te werk en het dus vandag meer finansiële verantwoordelikheid as wat tradisioneel die geval was.

Aangesien vroeëre navorsing egter bevind het dat finansiële probleme verband gehou het met die ontwikkeling van depressie (in Pieterse, 1992), is dit moeilik om te bepaal of finansiële sekuriteit in die huidige ondersoek uitsluitlik 'n verbandhoudende faktor in postpartum-depressie was. Dit kon moontlik aanleiding gegee het tot die ontwikkeling van 'n algemene depressiewe versteuring wat in die huidige ondersoek gereflekteer word in die verkreë insidensie van postpartum-depressie.

Dit is dus wenslik dat die huidige bevinding, naamlik dat finansiële kommer beduidend verband gehou het met postpartum-depressie, in toekomstige prospektiewe studies herhaal word.



## Postpartum-depressie en behuising

Die PPD-groep en die Nie-PPD-groep het in die huidige ondersoek nie beduidend van mekaar verskil ten opsigte van vaste en veilige behuising nie. Die huidige bevinding stem ooreen met dié van Hopkins (1985) wat bevind het dat daar geen verband tussen behuisingsprobleme en depressie was nie. Paykel et al. (1980) het eweneens bevind dat behuisingsprobleme nie 'n risikofaktor vir postpartum-depressie was nie. Alhoewel postpartum-depressie in die huidige ondersoek nie verband gehou het met behuisingsprobleme nie, moet positiewe resultate in dié verband deur prospektiewe studies bevestig word. Duidelikheid kan dan verkry word oor die moontlikheid dat behuisingsprobleme verband hou met die ontwikkeling van prepartum-depressie wat voortduur gedurende die postpartum-periode.

In die huidige ondersoek het onbevredigende sosiale ondersteuning en huweliks/verhoudingstevredenheid waarskynlik 'n groter rol gespeel in die ontwikkeling van postpartum-depressie as behuisingsprobleme.

## Samevatting

Demografiese faktore wat in die huidige ondersoek beduidend onderskei het tussen die PPD-groep en die Nie-PPD-groep was onbeplande swangerskappe ( $p < 0,01$ ), getroude huwelikstatus ( $p < 0,01$ ) en gebrek aan finansiële sekuriteit ( $p < 0,05$ ). Die twee groepe het nie van mekaar verskil ten opsigte van ouderdom, pariteit en behuisingsprobleme nie. Die huidige bevindings dui dus daarop dat sekere demografiese faktore wel moontlik 'n rol in postpartum-depressie speel. Dit is belangrik om in ag te neem dat demografiese faktore reeds prepartum-stressors kon wees wat etiologies met die ontwikkeling van depressie gedurende die postpartum-periode verband gehou het.

## 2.2 BIOLOGIESE FAKTORE

### Postpartum-depressie en premenstruele spanning

In die huidige studie was ongeveer 50,8% van die subjekte in die PPD-groep en 44,1% van dié in die Nie-PPD-groep altyd of soms aan premenstruele spanning

onderhewig. Alhoewel hierdie verskil ooreenstem met bevindings deur Spangenberg (1987) (blanke Suid-Afrikaners) en met ander oorsese navorsers (Dalton, 1971; Dennerstein et al., 1986; O'Hara, 1987), was dit nie beduidend in die huidige ondersoek nie ( $p > 0,05$ ). Soos in Spangenberg (1987) se studie is premenstruele spanning in die huidige ondersoek gekonseptualiseer as die ervaring van meer prikkelbaarheid, gespannenheid, humeurigheid of neerslagtigheid gedurende die paar dae voor menstruele periodes as gedurende die res van die maand. Die subjektiewe aard van hierdie data moet egter in gedagte gehou word (Spangenberg, 1987).

Die huidige bevinding weerspreek nie Dalton (1971) se teorie nie. Volgens dié teorie sal vroue wat probleme ondervind om aan te pas by die relatief kleiner hormonale veranderinge van die menstruele siklus (soos dit tot uiting kom in premenstruele spanning), en wat skynbaar biologies sensitief is vir subtiele endokrinologiese stimuli, selfs moeiliker aanpas by die dramatiese hormonale veranderinge wat na geboorte plaasvind.

Premenstruele spanning as moontlike verbandhoudende oorsaak van postpartum-depressie regverdig verdere ondersoek.

### **Postpartum-depressie en mondelike voorbehoedmiddels**

Die hipotese dat mondelike voorbehoedmiddels etiologies verband hou met die ontwikkeling van postpartum-depressie, is as gevolg van onvoldoende data nie in die huidige studie statisties ondersoek nie.

### **Postpartum-depressie en borsvoeding**

Nie een van die twee moontlike verbande tussen postpartum-depressie en borsvoeding wat in die huidige studie ondersoek is, naamlik huidige borsvoeding en die vermindering of staking van borsvoeding, het beduidende resultate opgelewer nie. Alhoewel die verwagte verskille tussen die PPD-groep en die Nie-PPD-groep in die verband bevind is, was die verskille nie beduidend nie ( $p > 0,05$ ). Dit het geblyk dat meer subjekte in die PPD-groep (56,6%) hulle babas geborsvoed het as subjekte in die Nie-PPD-groep (27,9%). Hierdie verskil stem ooreen met die bevindings van Dalton (1971) en Susman en Katz (1988), wat

aangevoer het dat veranderde hormoonvlakke (prolaktien, estrogeen en progesteron) en die eise wat borsvoeding aan moeders stel (Dennerstein et al., 1986; Susman & Katz, 1988) kan bydra tot postpartum-depressie.

Wat betref die vergelyking tussen subjekte wat die frekwensie van borsvoeding verminder het (deur addisionele voeding of staking van borsvoeding) en subjekte waarvan die frekwensie van borsvoeding onveranderd was, is eweneens 'n verskil in die verwagte rigting bevind, naamlik dat die vermindering of staking van borsvoeding verband hou met die ontwikkeling van depressie. Die verskil was egter nie beduidend nie ( $p > 0,05$ ).

Aangesien die verskil tussen die twee groepe in verband met borsvoeding al dan nie, nie beduidend was nie en die verminderde frekwensie/staking van borsvoeding slegs op die 10%-peil beduidend was, kan verantwoordbare afleidings nie gemaak word nie.

Die huidige bevindings ondersteun egter die hormonale teorie asook ander navorsingsbevindings, naamlik dat borsvoeding moontlik 'n verbandhoudende faktor van postpartum-depressie is, tot 'n mate, alhoewel die resultate nie beduidend was nie. Daar word dus aanbeveel dat die hipotese rakende borsvoeding, die veranderde frekwensie daarvan asook die kombinasie daarvan met vaste byvoedings, in toekomstige studies van postpartum-depressie volledig ondersoek word. Toekomstige studies kan ook die tydperk van die aanvang van depressie in verhouding tot die tydperk wanneer die frekwensie van borsvoeding verander is, in ag neem. Vraelys-items in die verband is nie in die huidige ondersoek ingesluit nie.

## Samevatting

Biologiese faktore wat in die huidige studie ondersoek is, was borsvoeding en premenstruele spanning. Die verminderde frekwensie van borsvoeding het nie beduidend verband gehou met postpartum-depressie nie. Die rol van borsvoeding in postpartum-depressie regverdig verdere ondersoek. Die teenwoordigheid van premenstruele spanning het ook nie beduidende resultate gelewer nie.

## 2.3 VERLOSKUNDIGE FAKTORE

### Postpartum-depressie en 'n geskiedenis van miskrame en/of stilgeboortes

'n Geskiedenis van miskrame en/of stilgeboortes word inkonsekwent geassosieer met postpartum-depressie. In die huidige ondersoek het die PPD-groep en die Nie-PPD-groep nie beduidend van mekaar verskil in dié opsig nie ( $p > 0,05$ ). Slegs vyf subjekte in elke groep het 'n geskiedenis van miskrame en/of stilgeboortes gerapporteer. Vir 'n beter aanduiding of vorige miskrame en/of stilgeboortes moontlik etiologies verband hou met die ontwikkeling van postpartum-depressie, kan 'n prospektiewe studie gedoen word op subjekte wat reeds só 'n geskiedenis het, veral aangesien vorige navorsers bevind het dat 'n stilgeboorte na die laaste swangerskap 'n hoër risikofaktor is vir die ontwikkeling van postpartum-depressie (Kendell, 1985; Murray & Gallahue, 1987). Hierdie bevinding hou moontlik verband met die teorie dat vroue meer kwesbaar is om postpartum-versteurings te ontwikkel indien daar 'n erge stressor teenwoordig is (Murray & Gallahue, 1987).

### Postpartum-depressie en keisersnee-geboortes

In die huidige studie is nie 'n statistiese beduidende verskil tussen die PPD-groep en die Nie-PPD-groep aangetref ten opsigte van keisersnee-geboortes nie. Daar was min keisersnee-geboortes, naamlik slegs vyf in die totale steekproef, waarvan twee in die PPD-groep en drie in die Nie-PPD-groep voorgekom het.

Bevindinge in verband met die rol van keisersnee-geboortes is teenstrydig. In die toekoms kan meer betekenisvolle en vergelykbare resultate verkry word deur ondersoek in te stel in 'n totale steekproef wat ongeveer eweveel keisersnee- en normale geboortes insluit, aangesien 'n assosiasie tussen 'n moeilike geboorte en postpartum-depressie verwag kan word (Murray & Gallahue, 1987). 'n Moeilike geboorte kan egter as leidraad vir die sosiale omgewing dien om meer postpartum ondersteuning te bied (O'Hara, 1987). Sosiale ondersteuning kompenseer dan vir die moeilike geboorte. Daar word aanbeveel dat toekomstige navorsing oor die verband tussen keisersnee-geboortes en postpartum-depressie ook ander moontlike veranderlikes (byvoorbeeld sosiale ondersteuning) in ag moet neem.



## Samevatting

Nie een van die verloskundige faktore wat in die huidige studieondersoek is, het beduidend verband gehou met postpartum-depressie nie. Die faktore was 'n geskiedenis van miskrame en/of stilgeboortes en keisersnee-geboortes.

## 2.4 INTERPERSOONLIKE VERHOUDINGS

### Postpartum-depressie en huweliks/verhoudingstevredenheid

Ten opsigte van algemene huweliks/verhoudingstevredenheid het die PPD-groep en die Nie-PPD-groep in die huidige ondersoek beduidend van mekaar verskil ( $p < 0,001$ ).

Hierdie bevindings ondersteun vorige bevindings deur onder andere Kendell (1985), Kumar en Robson (1984) en O'Hara (1986). Spangenberg (1987) het bevind dat hoe minder die mate van huwelikstevredenheid was by 'n steekproef blanke Suid-Afrikaners, hoe hoër was die graad van postpartum-depressie. Die korrelasie was beduidend ( $r = -0,718$ ,  $p < 0,001$ ).

In die huidige studie, net soos in die studies van Spangenberg (1987) en Whiffen (1988), kan die oorsaak-gevolg-verhouding egter nie bepaal word nie. Dit is moontlik dat 'n swak verhouding bygedra het tot postpartum-depressie. Dit is egter ook moontlik dat depressie gelei het tot die verswakking van die verhouding óf dat die teenwoordigheid van 'n negatiewe gemoedstoestand die vrou se subjektiewe ervaring van haar verhouding negatief beïnvloed het. In prospektiewe studies kan die rigting van oorsaaklikheid wel ondersoek word.

In die huidige ondersoek is algemene huwelikstevredenheid geëvalueer volgens spesifieke aspekte wat van toepassing was op die betrokke gemeenskap, naamlik gereelde kontak met eggenoot/mansvriend, kommunikasieverhouding, hulp met die versorging van die kind(ers), drankmisbruik en fisiese geweld. Beduidend minder subjekte in die PPD-groep het saam met hulle eggenoot/mansvriend in een huis gewoon, 'n bevredigende kommunikasieverhouding gehad en algemene huweliks/verhoudingstevredenheid ervaar. Alkoholmisbruik, fisiese geweld en

buite-egtelike verhoudings is ook 'n algemene stresfaktore waaraan vroue in die betrokke gemeenskap blootgestel word. Die feit dat mans nie meer alleen in die materiële behoeftes van die gesin kan voorsien nie, kon moontlik bygedra het tot huweliksontevredenheid. Die respek wat mans tradisioneel afgedwing het deur die enigste broodwinner te wees, ontbreek dus vandag in die huwelike as gevolg van swak sosio-ekonomiese toestande.

As gevolg van die swak sosio-ekonomiese toestande en die proses van akkulturasie, word die swart vrou in die betrokke gemeenskap verwaarloos. Tradisioneel was die vrou die simbool van vrugbaarheid. Die moederrol was die belangrikste rol wat die tradisionele swart vrou moes vervul. Die blootstelling aan die Westerse norme en waardes en swak sosio-ekonomiese omstandighede het swart vroue in die betrokke gemeenskap egter genoodsaak om ook, addisioneel tot die moederrol, die rol van tweede broodwinner in te neem. Tradisionele postpartum-rituele is besig om te verdwyn aangesien die swart vrou dit nie kan bekostig om lank uit die arbeidsmark te wees nie. Armoede lei ook tot oorbewoning en 'n gebrek aan privaatheid. Ten spyte van die proses van akkulturasie, is daar tog sekere tradisionele norme en gebruike wat behoue bly. Kinders was tradisioneel die simbool vir rykdom. Dogters was 'n belegging aangesien hul bruidegomme aan die vader 'n bruidskat moes betaal. Ten spyte van die ekstra verpligtinge wat die swart vrou vandag moet verrig, is daar nog swartes in die gemeenskap (veral mans) wat kinders as "rykdom" beskou. Dit lei tot konflik oor geboortebepערking in die huwelik asook tot groot gesinne, meer verantwoordelikheid ten opsigte van die moederrol en finansiële implikasies.

Volgens die huidige bevindings blyk dit dus dat baie vroue 'n gebrek aan huwelikstevredenheid ervaar en dat daar duidelik identifiseerbare stresfaktore in die gemeenskap is wat moontlik hiertoe aanleiding gee. Hierdie bevinding en die bevinding dat beduidend meer getroude vroue as ongetroude vroue postpartum depressief was, ondersteun mekaar. Die huidige bevindings ondersteun ook vorige studies se bevindings dat huwelikstevredenheid 'n belangrike rol speel in die psigiese welsyn van die moeder gedurende die postpartum-periode. Volgens Spangenberg (1987) regverdig huwelikskwaliteit deeglike aandag in 'n voorkomende óf terapeutiese benadering tot postpartum-depressie.

## Postpartum-depressie en verhouding met eie primêre moederfiguur

Volgens die psigoanalitiese siening van postpartum-depressie kom vroeëre onopgeloste konflikte met die eie moeder na die oppervlak tydens swangerskap, geboorte en die postpartum-periode (Spangenberg, 1987). Die bevinding van die huidige ondersoek ondersteun nie hierdie psigoanalitiese siening nie. Die PPD-groep en die Nie-PPD-groep het nie beduidend van mekaar verskil ten opsigte van die kwaliteit van die verhouding met die eie primêre moederfiguur nie ( $p > 0,05$ ). Spangenberg (1987) het ook nie in die verband 'n beduidende verskil tussen blanke Suid-Afrikaanse PPD- en Nie-PPD-vroue bevind nie.

Aangesien vorige navorsingsbevindings in die verband baie wisselvallig was, behoort hierdie faktor verder ondersoek te word.

## Postpartum-depressie en sosiale ondersteuning

Twee aspekte van sosiale ondersteuning is ondersoek. Eerstens is die getal ondersteuningsfigure (soos waargeneem deur die subjek) in die sosiale omgewing ondersoek. Tweedens is die mate van tevredenheid met die beskikbare ondersteuning ondersoek.

Teenstellend met die verwagting het die PPD-groep ongeveer eweveel sosiale ondersteuningsfigure in hul omgewing waargeneem ( $\bar{X} = 1,721$  persone) as die Nie-PPD-groep ( $\bar{X} = 1,645$  persone). Die verskil tussen die twee groepe was nie beduidend nie ( $p > 0,05$ ).

Tradisioneel het swart vroue heelwat sosiale ondersteuning gedurende die postpartum-periode ontvang. Vroue in die gemeenskap het met die versorging van die baba gehelp sodat die moeder kon rus. Sosiale ondersteuning was dus ook meer gerig op die welsyn van die moeder. Dit is in teenstelling met sosiale ondersteuning in Westerse samelewings wat meer gerig is op die welsyn van die baba. As gevolg van die feit dat swart vroue vandag meer betrokke is in die arbeidsmark as wat tradisioneel die geval was, is beskikbare sosiale ondersteuningsfigure minder en die postpartum-periode korter. Swart moeders het tot 'n groot mate verwesters. Baie skenk geboorte in die hospitaal waar hul aansterk na die geboorte, hulp van die verpleegpersoneel ontvang met die versorging van die baba en besoek ontvang van sosiale ondersteuners.

Postpartum-rituele het omtrent heeltemal verdwyn. Nageboortelike klinieke verrig vandag 'n belangrike ondersteuningsfunksie en vervang tot 'n mate tradisionele sosiale ondersteuning. Bogenoemde veranderinge in postpartum ondersteuning het gelei tot vermindering in die aantal sosiale ondersteuningsfigure. In die huidige ondersoek blyk dit egter dat dié vermindering van ondersteuningsfigure nie verband gehou het met postpartum-depressie nie.

Die huidige bevinding ondersteun die bevinding deur Spangenberg (1987) naamlik dat die aantal sosiale ondersteuningsfigure nie verband gehou het met postpartum-depressie by 'n steekproef blanke Suid-Afrikansers nie. Volgens Spangenberg (1987) skyn dié bevinding daarop te dui dat die **getal** waargenome sosiale ondersteuningsfigure nie 'n belangrike aspek vorm van sosiale ondersteuning as buffer teen die ontwikkeling van postpartum-depressie nie.

Wat die tweede aspek van sosiale ondersteuning betref, naamlik die mate van tevredenheid wat subjekte ervaar het met beskikbare sosiale ondersteuning, het die twee groepe beduidend van mekaar verskil. In die huidige ondersoek was die subjekte in die PPD-groep beduidend minder tevrede met die sosiale ondersteuning wat hulle ontvang het as die Nie-PPD-groep ( $p < 0,01$ ). Hierdie bevinding sluit aan by die bevinding deur Spangenberg (1987) in die verband. Dit wil dus voorkom asof die mate van tevredenheid met sosiale ondersteuning beduidend verband hou met postpartum-depressie by swart sowel as blanke Suid-Afrikaanse moeders.

Verskeie skrywers het die belangrikheid van sosiale steun in die beskerming teen stres beklemtoon (Helman, in Pieterse, 1992). Sosiale steun en die gevoel van groepskohesie dien as 'n buffer teen stres en gevolglik as buffer teen depressie (Pieterse, 1992). Volgens die bevindinge van die huidige, sowel as Spangenberg (1987) se ondersoek dien die kwaliteit eerder as kwantiteit van sosiale ondersteuning as buffer teen stres en depressie by swart en blanke Suid-Afrikaanse vroue.

Alhoewel die huidige en ander navorsers (onder andere Kendell, 1985; Paykel et al., 1980; Rosenquist, 1986; Spangenberg, 1987) bevind het dat sosiale ondersteuning 'n belangrike faktor in postpartum-depressie was, is die rigting van oorsaaklikheid dubbelsinnig. Die moontlikheid bestaan dat ontevredenheid met sosiale ondersteuning 'n rol kan speel in die ontwikkeling van postpartum-



depressie. Dit is egter ook moontlik dat die subjektiewe waarneming van sosiale ondersteuning negatief beïnvloed is deur die negatiewe gemoed en pessimistiese kennis wat met depressie geassosieer word. Die rigting van oorsaaklikheid kan deur middel van prospektiewe studies ondersoek word.

Prospektiewe navorsing deur Cutrona en Troutman (1986) was die eerste studie wat insig verkry het in die meganisme waardeur sosiale ondersteuning die ontwikkeling van postpartum-depressie verminder of voorkom. Vroue wat beskikbare sosiale ondersteuning gehad het, het meer **selfvertroue** ten opsigte van moederskap gehad. Selfvertroue het dan effektief die ontwikkeling van postpartum-depressie verminder. Hierdie aspek is nie in die huidige studie ondersoek nie. Daar word aanbeveel dat die meganisme waardeur sosiale ondersteuning die ontwikkeling van postpartum-depressie verminder, verder ondersoek word.

Die mate van tevredenheid met beskikbare sosiale ondersteuning in die betrokke gemeenskap kan moontlik beïnvloed word deur die feit dat Westerse bronne vir ondersteuning in die postpartum-periode al meer en meer die plek inneem van tradisionele ondersteuningsbronne. Tradisionele ondersteuning word vervang deur hospitale en nageboortelike klinieke. Dit het tot gevolg dat postpartum-ondersteuning veral gerig is op die welsyn van die baba en nie op die welsyn van die moeder soos wat tradisioneel die geval was nie. Hierdie klemverskuiwing kan moontlik bydra tot ontevredenheid met ondersteuning gedurende die postpartum-periode.

Die huidige bevindings dui dus daarop dat die kwaliteit van sosiale ondersteuning (eerder as die getal ondersteuningsfigure) 'n belangrike aspek vorm van sosiale ondersteuning as buffer teen die ontwikkeling van postpartum-depressie. Sosiale ondersteuning kan moontlik die impak van ander psigososiale stressors, wat aanleiding kan gee tot die ontwikkeling van postpartum-depressie, verlig. Aangesien dit dus skyn asof die gebrek aan voldoende sosiale ondersteuning beduidend verband hou met postpartum-depressie, is dit 'n aspek wat in voorkomingsprogramme aandag behoort te geniet.

## Samevatting

Psigososiale faktore wat in die huidige studie beduidend verband gehou het met postpartum-depressie was huweliks/verhoudingstevredenheid en sosiale ondersteuning. Aangesien die meting van beide hierdie faktore subjektief van aard was, kon die rigting van oorsaaklikheid nie bepaal word nie. Daar kan dus nie met sekerheid gesê word of hierdie twee veranderlikes etiologiese faktore in postpartum-depressie is nie, maar wel dat hulle belangrike verbandhoudende faktore is.

## 2.5 GESKIEDENIS VAN VORIGE DEPRESSIEWE EPISODES

### Vorige depressiewe episodes en postpartum-depressie

In die huidige studie is ondersoek ingestel na vorige **nie-postpartum-depressiewe episodes** en na vorige **postpartum depressiewe episodes**.

Agt en veertig subjekte in die PPD-groep en 30 subjekte in die Nie-PPD-groep het vorige algemene depressiewe episodes gerapporteer. Alhoewel hierdie verskil in die verwagte rigting is, na aanleiding van die studies van Kumar en Robson (1984) en Pitt (aangehaal in Kendell, 1985), was dit nie beduidend nie ( $p > 0,05$ ).

Die huidige studie het egter bevind dat die twee groepe wel beduidend verskil het ten opsigte van vorige postpartum depressiewe episodes ( $p < 0,05$ ). Van die 70 multiparas wat in die totale steekproef ( $N = 97$ ) ingesluit was, het 29 in die PPD-groep en sewe in die Nie-PPD-groep vorige postpartum depressiewe episodes gerapporteer. Die bevinding ondersteun vorige bevindings deur onder andere Garvey en Tollefson (aangehaal in Spangenberg, 1987).

Spangenberg (1987) het in 'n studie onder blanke Suid-Afrikaners nie 'n beduidende verband bevind tussen vorige depressiewe episodes en postpartum-depressie nie. Dié navorser het egter nie in die ondersoek onderskeid getref tussen vorige nie-postpartum en vorige postpartum depressiewe episodes nie. Sy het aanbeveel dat die onderskeid getref word in toekomstige navorsing.

Die voorkoms van vorige postpartum depressiewe episodes kon moontlik ook bygedra het tot die hoë insidensie van postpartum-depressie wat in die huidige

ondersoek bevind is. In die lig van vorige bevindings dat postpartum-depressie vir 'n jaar of langer kan voortduur (Gjerdingen et al., 1986; Kendell, 1985; Murray & Gallahue, 1987), is dit moontlik dat die depressie reeds vir 'n lang tyd teenwoordig kon wees.

Die huidige bevinding is dus belangrik aangesien dit bevestiging bied vir 'n betekenisvolle vermoede, naamlik dat moeders - ook swart moeders - wat voorheen postpartum depressief was, gemonitor moet word vir die ontwikkeling van dié versteuring in die toekoms.

### **Samevatting**

In die huidige ondersoek is bevind dat vorige postpartum depressiewe episodes beduidend verband gehou het met postpartum-depressie. 'n Geskiedenis van vorige postpartum-depressie kan dus moontlik 'n rol speel in postpartum-depressie by swart vroue.

### **3. VOORSTELLE VIR VERDERE NAVORSING**

In die literatuur word geen potensiële oorsaaklike faktor in postpartum-depressie ondubbelsinnig gerapporteer nie. Die komplekse aard van die etiologie van postpartum-depressie is ook in die bevindings van die huidige studie weerspieël. Dit skyn asof goed beplande toekomstige navorsing nodig sal wees om meer duidelikheid te kry oor die etiologie van postpartum-depressie.

Die volgende voorstelle vir verdere navorsing in die verband word aan die hand gedoen:

1. Die insidensie van postpartum-depressie in enige gegewe kulturele opset hou verband met die breër patroon van depressiewe versteurings. Aangesien navorsing oor die insidensie van depressie by swart Suid-Afrikaners egter beperk is en navorsing in dié verband as gevolg van klein steekproewe nie veralgemeenbaar is na die breër swart gemeenskap nie, is verdere navorsing in die verband aangedui. Toekomstige navorsing kan gedoen word om vas te stel of die insidensie van depressie in die algemeen by swart vroue hoog is en of die hoë insidensie van depressie beperk is tot die postpartum-periode.

2. As gevolg van die kulturele diversiteit in Suid-Afrika kan bevindings in die huidige steekproef nie veralgemeen word na ander swart Suid-Afrikaanse bevolkingsgroepe nie. Navorsing oor postpartum-depressie behoort uitgebrei te word na ander kulturele groepe, insluitende stedelike swart vroue, ten einde 'n beeld te verkry van die insidensie en etiologie van dié versteuring in die Suid-Afrikaanse bevolking as 'n geheel.
3. In die huidige ondersoek was die meeste veranderlikes wat met postpartum-depressie verband gehou het, biologiese en interpersoonlike faktore. Toekomstige etiologiese navorsing behoort veral hierdie faktore te betrek.
4. Toekomstige etiologiese studies behoort ook die moontlike rol wat die temperament van die neonataat in die ontwikkeling van postpartum-depressie speel, te ondersoek. Hierdie potensiële verbandhoudende oorsaak van postpartum-depressie het nog relatief min aandag in navorsing geniet.
5. Toekomstige studies behoort 'n kontrolegroep in te sluit om stresverwante oorsake van nie-postpartum-depressie uit te skakel as potensiële etiologiese faktore in postpartum-depressie.
6. Prospektiewe navorsing is nodig om **1)** te bepaal of depressie gedurende die postpartum-periode ontwikkel het en nie reeds prepartum teenwoordig was nie, **2)** oorsaak-gevolgverhoudings te ondersoek en om **3)** die moontlikheid dat die teenwoordigheid van depressie bydra tot negatiewe retrospektiewe waarneming en rapportering deur die subjek uit te skakel.
7. In die huidige ondersoek het die geldigheid van die vraelys vir depressie (BDS) ten opsigte van swart vroue, nie hoë prioriteit geniet nie. Toekomstige kruiskulturele studies waarin hierdie aspek aandag geniet, behoort uitgevoer te word.
8. Ten einde die diagnose en behandeling van postpartum-depressie by swart Suid-Afrikane te verstaan, behoort sosiale en kulturele faktore aktief by toekomstige navorsingsontwerpe ingesluit te word.



9. Toekomstige studies behoort aandag te gee aan gestandaardiseerde kriteria vir postpartum-depressie ten einde interstudie-vergelykings te vergemaklik.
10. Laastens behoort etiologiese studies ondersoek in te stel na die effek van ingrypingstrategieë op faktore wat in die huidige studies empiries geassosieer is met postpartum-depressie. Die doeltreffendheid van sodanige ingrepe behoort empiries geëvalueer te word ten einde beter voorkomingsmaatreëls te beplan.

## VERWYSINGSLYS

- Anderson, L.P. (1991). Acculturative stress: a theory of relevance to black Americans. Clinical Psychology Review, 11, 685-702.
- Bagedahl-Strindlund, M. (1986). Parapartum mental illness: timing of illness onset and its relation to symptoms and sociodemographic characteristics. Acta Psychiatrica Scandinavica, 74, 490-496.
- Beck, A.T., & Beck, R.W. (1972). Screening depressed patients in family practice, a rapid technic. Postgraduate Medicine, 52, 81-85.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. Archives of General Psychiatry, 4, 561-571.
- Boult, B.E., & Cunningham, P.W. (1991). Black teenage pregnancy: an African perspective. Early Child Development and Care, 74, 103-107.
- Bradley, C.F., Ross, S.E., & Warnyca, J. (1983). A prospective study of mothers' attitudes and feelings following caesarean and vaginal births. British Journal of Psychiatry, 10, 79-83.
- Brockington, I.F., Margison, F.R., Schofield E., & Knight, R.J.E. (1988). The clinical picture of the depressed form of puerperal psychosis. Journal of Affective Disorders, 15, 29-37.
- Brown, G.W., & Harris, T. (1978). Social origins of depression: A study of psychiatric disorder in women. New York: Free Press.
- Cades, A.F. (1986). Non-psychotic postpartum depression: Physiological, psychological, and social factors. Dissertation Abstracts International, 47, 1265-B.
- Campbell, C. (1992). Social change and intergenerational conflict in township families. In J. Mason, J. Rubenstein, & S. Shuda, From diversity to healing. Durban: Belmor Group (Pty) Ltd.
- Chalmers, B. (1990). African Birth: Childbirth in cultural transition. Johannesburg: Berev Publications.
- Cleaver, G., & Botha, A. (1989). Experience of motherhood amongst a group of Tswana mothers. Referaat gelewer by die jaarlikse kongres van die Sielkundevereniging van Suid-Afrika, Durban.
- Cox, J.L. (1983). Psychiatric disorders of childbirth. In R.E. Kendell & A.K. Zealley (Eds.), Companion to psychiatric studies (Third edition). New York: Churchill Livingstone.
- Cox, J.L. (1988). Childbirth as a life event: Sociocultural aspects of postnatal depression. Acta Psychiatrica Scandinavica, 78, 75-83.
- Cutrona, C.E., & Troutman, B.R. (1986). Social support, infant temperament, and parenting self-efficacy: A mediational model of postpartum depression. Child Development, 57, 1507-1518.

- Dalton, K. (1971). Prospective study into puerperal depression. The British Journal of Psychiatry, 118, 689-692.
- Dalton, K. (1980). Depression after childbirth. Oxford: Oxford University Press.
- De Haas, M. (1992). Realities of African family life in Natal. In J. Mason, J. Rubenstein, & S. Shuda, From diversity to healing. Durban: Belmor Group (Pty) Ltd.
- Dennerstein, L., Morse, C.A., & Varnavides, K. (1988). Premenstrual tension and depression - is there a relationship? Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology, 8, 45-52.
- Dennerstein, L., Varnavides, K., & Burrows, G. (1986). Postpartum depression, a review of recent literature. Australian Family Physician, 15, 1470-1472.
- Dimitrovsky, L., Perez-Hirschberg, M., & Itskowitz, R. (1987). Depression during and following pregnancy: quality of family relationships. Journal of Psychology, 121(3), 213-218.
- Gard, P.R., Handley, S.L., Parsons, A.D., & Waldron, G. (1986). A multivariate investigation of postpartum mood disturbance. British Journal of Psychiatry, 148, 567-575.
- Gelder, M. (1978). Hormones and postpartum depression. In M. Sandler (Ed.), Mental illness in pregnancy and the puerperium (pp. 80-90). Oxford: Oxford Medical Publications.
- Gillis, L.S., Elk, R., Ben-Arie, O., & Teggin, A. (1982). The Present State Examination: Experiences with Xhosa-speaking psychiatric patients. British Journal of Psychiatry, 141, 143-147.
- Gjerdingen, D.K., Froberg, D.G., & Wilson, D.L. (1986). Postpartum mental and physical problems. Postgraduate Medicine, 80(8), 133-145.
- Goldberg, D.A., Cooper, B., Eastwood, M., Kedward, H.B., & Shepherd, M. (1970). A standardised psychiatric interview for use in community surveys. British Journal of Preventive and Social Medicine, 24, 18-23.
- Hamilton, J.H. (1986). Postpartum depression, social support, and life events. Dissertation Abstracts International, 47 (03), 1273-B.
- Harkness, S. (1987). The cultural mediation of postpartum depression. Medical Anthropology Quarterly, 1(2), 194-209.
- Hertzog, A., & Detre, T. (1976). Psychotic reactions associated with childbirth. Diseases of the Nervous System, 37, 229-235.
- Hobbs, D.F., & Wimbish, J.M. (1977). Transition to parenthood by black couples. Journal of Marriage and the Family, 677-689.
- Hollifield, M., Katon, W., Spain, D., & Pule, L. (1990). Anxiety and depression in a village in Lesotho, Africa: A comparison with the United States. British Journal of Psychiatry, 156, 343-350.
- Hopkins, J., Marcus, M., & Campbell, S.B. (1984). Postpartum depression: A critical review. Psychological Bulletin, 95, 498-515.

- Hurt, L.D., & Ray, C.P. (1985). Postpartum disorders: Mother-infant bonding on a psychiatric unit. Journal of Psychosocial Nursing, 23(2), 15-20.
- Kaplan, H.B. (1983). Psychological distress in sociological context: towards a general theory of psychological stress. In A.B. Kaplan (Ed.), Psychological stress: trends in theory and research. New York: Academic Press.
- Kaplan, H.I., & Sadock, B.J. (1988). Clinical Psychiatry. London: Williams & Wilkins.
- Kay, C.R. (1984). The Royal College of General Practitioners' oral contraception study: Some recent observations. Clinical Obstetrics and Gynaecology, 11, 759-786.
- Kendell, R.E. (1985). Invited review, emotional and physical factors in the genesis of puerperal mental disorders. Journal of Psychosomatic Research, 29(1), 3-11.
- Knight, R.G., & Thirkettle, J.A. (1987). The relationship between expectation of pregnancy and birth, and transient depression in the immediate postpartum period. Journal of Psychosomatic Research, 31(3), 351-357.
- Kraus, M.A., & Redman, E.S. (1986). Postpartum depression: an international view. Journal of Marital and Family Therapy, 12(1), 63-74.
- Kumar, R., & Robson, J.M. (1984). A prospective study of emotional disorders in childbearing women. British Journal of Psychiatry, 144, 35-47.
- Lazarus, A.A. (1981). The practice of multi-modal therapy. New York: McGraw-Hill Book Company.
- Lehmann, E.L. (1975). Nonparametrics: statistical methods based on ranks. California: Incorporated UNC.
- Levy, V. (1987). The maternity blues in postpartum and post-operative women. British Journal of Psychiatry, 151, 368-372.
- Macy, C., & Falkner, F. (1979). Pregnancy and birth, pleasures and problems. Kenwyn: Juta & Co Ltd.
- Manaster, G.J., & Havinghurst, R.J. (1972). Cross national research: social-psychological methods and problems. New York: Houghton Mifflin Company.
- Martin C.J., Brown, G.W., Goldberg, D.P., & Brockington, I.F. (1988). Psycho-social stress and puerperal depression. Journal of Affective Disorders, 16, 283-293.
- Mc Gonagle, K.A., & Kessler, R.C. (1990). Chronic stress, acute stress, and depressive symptoms. American Journal of Community Psychology, 18(5), 681-705.
- Meares, R., Grimwade, J., & Wood, C. (1976). A possible relationship between anxiety in pregnancy and puerperal depression. Journal of Psychosomatic Research, 20, 605-610.



- Murray, J.B., & Gallahue, S.L. (1987). Postpartum depression. Genetic, Social, and General Psychology Monographs, 113(2), 193-212.
- Newman, B.M., & Newman, P.R. (1987). Development through life: A psychosocial approach (Fourth edition). Chicago: The Dorsey Press.
- O'Hara, M.W. (1980). A prospective study of postpartum depression: A test of cognitive and behavioral theories. Unpublished doctoral dissertation, University of Pittsburgh.
- O'Hara, M.W., (1986). Social support, life events, and depression during pregnancy and the puerperium. Archives of General Psychiatry, 43, 569-573.
- O'Hara, M.W., (1987). Post-partum "blues", depression, and psychosis: a review. Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology, 7, 205-227.
- O'Hara, M.W., Neunaber, D.J. & Zokoski, E.M. (1984). Prospective study of postpartum depression: Prevalence, course and predictive factors. Journal of Abnormal Psychology, 93, 158-171.
- Oliver, J.M., & Simons, M.E. (1985). Affective disorders and depression as measured by the diagnostic interview schedule and the Beck Depression Inventory in an unselected adult population. Journal of Clinical Psychology, 41(4), 469-476.
- Paykel, E.S., Emms, E.M., Fletcher, J., & Rassaby, E.S. (1980). Life events and social support in puerperal depression. British Journal of Psychiatry, 136, 339-346.
- Pieters, H., & Spangenberg, J.J. (1988). Voorkom en oorwin nageboortelike depressie. Kaapstad: Human & Rousseau Bpk.
- Pieterse, C. (1992). Die verband tussen stresvolle lewensgebeure en psigopatologie by Xhosa-vroue in Kaya Mandi. Ongepubliseerde Magistertesis, Universiteit van Stellenbosch.
- Pittman, E.J.G. (1938). Significance tests which may be applied to samples from any populations. Biometrika, 29, 322-335.
- Psychological Association of South Africa (1989). Mental health in South Africa. Pretoria: Psychological Association of South Africa.
- Rees, W.D., & Lutkins, S.G. (1971). Parental depression before and after childbirth. Journal of the Royal College of General Practitioners, 21, 26-31.
- Rosenquist, S. (1986). Stress and social support in postpartum depression. Dissertation Abstracts International, 48(2), 573-B.

- Saks, B.R., Frank, J.B., Lowe, T.L., Berman, W., Naftolin, F., & Cohen, D.J. (1985). Depressed mood during pregnancy and the puerperium: clinical recognition and implications for clinical practice. American Journal of Psychiatry, 142(6), 728-730.
- Sandberg, J.L. (1986). The learned helplessness model of depression: locus of control, experienced control, and transient postpartum depression in first-time parents. Dissertation Abstracts International, 47(8), 2964-A.
- Sarason, I.G., Levine, H.M., Basham, R.B., & Sarason, B.R. (1983). Assessing social support: The social support questionnaire. Journal of Personality and Social Psychology, 44, 127-139.
- Schoeman, J.B. (1989). Psigopatologie by tradisionele swart Suid-Afrikaners. In D.A. Louw, Suid-Afrikaanse Handboek van Abnormale Gedrag. Johannesburg: Southern Boekuitgewers Bpk.
- Sherry, T.M. (1986). Transition to motherhood as revealed in an experience of postpartum distress: an empirical-phenomenological investigation. Dissertation Abstracts International, 48(3), 889-B.
- Shimizu, Y.M., & Kaplan, B.J. (1987). Postpartum depression in the United States and Japan. Journal of Cross-Cultural Psychology, 18(1), 15-30.
- X Spangenberg, J.J. (1987). Etiologiese aspekte van postpartum-depressie. Ongepubliseerde M.A.-tesis, Universiteit van Stellenbosch.
- P Spangenberg, J.J., & Pieters, H.C. (1991). Factors related to postpartum depression. South African Journal of Psychology, 21 (3), 159-165.
- Spangenberg, J.J., & Pieterse, C. (1992). Stressful life events and psychological status in black women. Referaat gelewer by die jaarlikse kongres van die Sielkundevereniging van Suid-Afrika, Stellenbosch.
- Susman, V.L., & Katz, J.L. (1988). Weaning and depression: another postpartum complication. American Journal of Psychiatry, 145(4), 298-500.
- Thoits, P.A. (1983). Dimensions in life events that influence psychological distress: an evaluation and synthesis of the literature. In H.B. Kaplan (Ed.), Psychosocial stress: trends in theory and research. New York: Academic Press.
- Tod, E.D.M., (1964). Puerperal depression: A prospective epidemiological study. The Lancet, 2, 1264-1266.
- Vadher, A., & Ndeti, D.M. (1981). Life events and depression in a Kenyan setting. British Journal of Psychiatry, 139, 134-137.
- Vredenburg, K., Krames, L., & Flett, G. (1985). Re-examining the Beck Depression Inventory: the long and short of it. Psychological Reports, 56, 767-778.
- Walker, M.P. (1987). The role of appraisals of threat and expectations in depressive reactions to major life event: the transition to motherhood. Dissertation Abstracts International, 48(10), 3125-B.

- Watson, E., & Evans, S.J.W. (1986). An example of cross-cultural measurement of psychological symptoms in postpartum mothers. Social Science and Medicine, 23(9), 869-874.
- Watts-Jones, D. (1990). Toward a stress scale for African-American women. Psychology of Women Quarterly, 14, 271-275.
- Whiffen, V.E. (1988). Screening for postpartum depression: a methodological note. Journal of Clinical Psychology, 44(3), 367-371.
- Whiffen, V.E. (1988). Vulnerability to postpartum depression: a prospective multivariate study. Journal of Abnormal Psychology, 97(4), 467-474.
- Williams, H.E., & Carmichael, A. (1981). Depression in mothers with infants and young children: its social origins and effects. Australian Paediatric Journal, 17(2), 126.
- Wrate, R.M., Rooney, A.C., Thomas, P.F. & Cox, J.L. (1985). Postnatal depression and child development, a three-year follow-up study. British Journal of Psychiatry, 146, 622-627.
- Yalom, I.D., Lunde, D.T., Moos, R.H., & Hamburg, D.A. (1968). "Postpartum blues" syndrome: A description and related variables. Archives of General Psychiatry, 18, 16-27.
- Young, R.K. (1982). Community nursing workbook: Family as client. Norwalk: Century-Crofts.

**BYLAE 1****AFRIKAANSE (DELE 1-3) EN ENGELSE (DEEL 4) WEERGAWE  
VAN VRAELYS IN ONDERSOEK GEBRUIK****DEEL 1****DEMOGRAFIESE VRAELYS**

1. Watter taal praat jy die meeste? (spesifiseer)  
.....
2. Hoe oud is jy?
3. Wat is die hoogste standerd wat jy op skool geslaag het? (Indien nie van toepassing: Na watter standerd het jy die skool verlaat?)
4. Hoe oud is jou baba (in weke)?
5. Jou hoeveelste lewendgebore baba is hierdie baba?
6. Hoeveel miskrame en/of doodgebore babas het jy al gehad?
7. Hoeveel van jou kinders is oorlede (miskrame en doodgebore babas uitgesluit)?
8. Hoeveel van jou kinders is oorlede voordat hulle die ouderdom van twee jaar bereik het?
9. Hoeveel kinders het jy op die oomblik wat lewe?
10. Was hierdie baba beplan?/Wou jy hierdie baba gehad het?
  1. ja
  2. nee



**DEEL 1 (vervolg)**

11. Waar is jou baba gebore?

1. hospitaal
2. tuis

12. Is jou baba:

1. normaal gebore, of
2. met 'n keisersnee?

13. Hoe word jou baba gevoed?

1. slegs borsvoeding
2. bors- en bottelvoeding
3. slegs bottelvoeding

14. Indien jy tans jou baba met 'n bottel voed, het jy jou baba eers vir 'n tyd lank geborsvoed?

1. ja
2. nee
0. nie van toepassing

15. Is jy op die oomblik swanger?

1. nee
2. ja
0. onseker

16. Gebruik jy tans (na hierdie laaste baba se geboorte) voorbehoedmiddels en indien wel, watter tipe voorbehoeding?

1. voorbehoedpille
2. voorbehoedinspuitings
3. intra-uterine apparaat (loop)
4. geen voorbehoeding

17. Is jy na die geboorte van jou baba gesteriliseer?

1. ja
2. nee

**DEEL 1 (vervolg)**

18. Voel jy meer gespanne en ongelukkig en raak jy makliker kwaad 'n paar dae voordat jy begin menstrueer as gedurende die res van die maand?
1. nee, nooit nie
  2. ja, partykeer/soms
  3. ja, altyd
- [ ]
19. Was jy al ooit vir 'n tyd lank baie ongelukkig en hartseer sodat jy gevoel het die lewe is nie meer lekker nie en jy wil maar liever dood wees?
1. nee
  2. ja
- [ ]
20. Indien wel,
1. was daar 'n rede vir die gevoel of
  2. het dit sommer vanself gekom?
  0. nie van toepassing
- [ ]
21. Het jy na jou vorige baba(s) se geboorte(s) vir 'n tyd lank ongelukkig en hartseer gevoel?
1. nee
  2. ja
  0. nie van toepassing
- [ ]
22. Wie het jou grootgemaak?
1. moeder
  2. ouma
  3. familie
  4. ander
- [ ]
23. Indien jou moeder of jou ouma jou grootgemaak het, watter tipe verhouding is/was daar tussen julle (hoe kom julle met mekaar oor die weg)?
1. baie goeie verhouding
  2. goeie verhouding
  3. taamlik goeie verhouding
  4. taamlik swak verhouding
  5. swak verhouding
  6. baie swak verhouding
  0. nie van toepassing
- [ ]

**DEEL 1 (vervolg)**

24. Het jy vaste woonplek?

1. ja
2. nee

25. Waar woon jy?

1. saam met jou eggenoot/vriend in 'n eie huis of huurhuis
2. saam met jou eggenoot/vriend saam met ander mense in 'n huis
3. saam met jou eggenoot/vriend by jou werkgever
4. sonder jou eggenoot/vriend by ander mense
5. sonder jou eggenoot/vriend by jou werkgever
6. ander (spesifiseer)

.....

26. Voel jy veilig by jou woonplek?

1. ja
2. nee

27. Werk jy?

1. ja
2. nee

28. Watter soort werk doen jy?

1. huishulp/wasvrou
2. skoonmaker by 'n kantoor/besigheid
3. munisipaliteit
4. ander (spesifiseer)

.....

0. nie van toepassing

29. Indien jy tans werk, hoe oud was jou laaste baba toe jy weer begin werk het?

1. jonger as een maand
2. ongeveer een maand
3. ongeveer 2 maande
4. ongeveer 3 maande
5. ongeveer 4 maande
6. ongeveer 5 maande
7. ongeveer 6 maande
0. nie van toepassing

**DEEL 1 (vervolg)**

30. Indien jy tans werk, wie versorg jou baba terwyl jy by die werk is?

1. jou moeder of ouma
2. jou ander kinders
3. crèche
4. ander mense
0. nie van toepassing

31. Is jy tevrede met die versorging van jou baba deur bogenoemde persoon?

1. baie tevrede
2. taamlik tevrede
3. taamlik ontevrede
4. baie ontevrede
0. nie van toepassing

32. Het jy genoeg geld om vir die baba te sorg?

1. ja, altyd genoeg geld
2. die grootste deel van die maand het ek genoeg geld
3. die grootste deel van die maand het ek nie genoeg geld nie
4. nee, ek het nooit genoeg geld nie

**DEEL 2 volg op volgende bladsy.**



**DEEL 2****KWALITEIT VAN HUWELIK/VERHOUDINGSVRAELYS**

1. Is jy getroud?

- 1. ja
- 2. nee

2. Indien nie, het jy 'n vaste vriend?

- 1. ja
- 2. nee
- 0. nie van toepassing

3. Indien jy wel 'n vaste vriend het, is hy die vader van jou baba?

- 1. ja
- 2. nee
- 0. nie van toepassing

4. Woon jy en jou eggenoot/vriend saam in een huis?

- 1. ja
- 2. nee
- 0. nie van toepassing

5. Wanneer sien jy jou eggenoot/vriend?

- 1. elke dag
- 2. elke naweek
- 3. ongeveer een keer per maand
- 4. minder as een keer per maand
- 0. nie van toepassing

6. Gesels jy en jou eggenoot/vriend baie met mekaar?

- 1. baie
- 2. taamlik baie
- 3. taamlik min
- 4. min
- 0. nie van toepassing

**DEEL 2 (vervolg)**

7. Voel jy gelukkig en tevrede saam met jou eggenoot/vriend?
1. baie tevrede
  2. taamlik tevrede
  3. taamlik ontevrede
  4. baie ontevrede
  0. nie van toepassing
- [ ]
8. Help jou eggenoot/vriend jou met jou baba of ander kinders?
1. hy help altyd
  2. hy help die meeste van die tyd
  3. hy help die meeste van die tyd nie
  4. hy help nooit nie
  0. nie van toepassing
- [ ]
9. Stry en/of baklei jy en jou eggenoot/vriend baie?
1. minder as een keer per maand
  2. ongeveer een keer per maand
  3. ongeveer elke week/naweek
  4. ongeveer elke dag
  0. nie van toepassing
- [ ]
10. Slaan jou eggenoot/vriend jou as julle baklei?
1. hy slaan jou nooit
  2. hy slaan jou die meeste van die kere nie
  3. hy slaan jou die meeste van die kere wel
  4. hy slaan jou elke keer
  0. nie van toepassing
- [ ]
11. Drink jou eggenoot/vriend te veel?
1. nee
  2. ja
  0. nie van toepassing
- [ ]
12. Indien wel, wanneer drink jou eggenoot/vriend te veel?
1. aan die einde van die maand
  2. elke naweek
  3. elke dag
  0. nie van toepassing
- [ ]

**DEEL 3 volg op volgende bladsy.**

**DEEL 3****SOSIALE ONDERSTEUNINGSVRAELYS**

**1(a)** Is daar persone wat jou sal help/bystaan as jy swaarkry of probleme het?

1. ja
2. nee

**1(b)** Indien wel, wie is hierdie persone? (spesifiseer)

- A .....
- B .....
- C .....
- D .....
- E .....
- F .....

**1(c)** Voel jy tevrede met die hulp en die bystand wat jy van hierdie persone ontvang?

1. baie tevrede
2. taamlik tevrede
3. taamlik ontevrede
4. baie ontevrede

**2(a)** Is daar persone met wie jy kan praat as jy ongelukkig of hartseer voel?

1. ja
2. nee

**2(b)** Indien wel, wie is hierdie persone? (spesifiseer)

- A .....
- B .....
- C .....
- D .....
- E .....
- F .....

**DEEL 3 (vervolg)**

**2(c)** Voel jy dat hierdie persone jou probleme verstaan?

1. hulle verstaan heeltemal
2. hulle verstaan die meeste van die tyd
3. hulle verstaan die meeste van die tyd nie
4. hulle verstaan glad nie



**DEEL 4 volg op volgende bladsy.**



**PART 4**

Please listen to each group of statements carefully. Then pick out the one statement in each group which best describes the way you have been feeling the past week, including today.

1.    0 I do not feel sad.  
      1 I feel sad.  
      2 I am sad all the time and I can't snap  
          out of it.  
      3 I am so sad or unhappy that I can't stand it.
2.    0 I am not particularly discouraged about  
          the future.  
      1 I feel discouraged about the future.  
      2 I feel I have nothing to look forward to.  
      3 I feel that the future is hopeless and that  
          things cannot improve.
3.    0 I do not feel like a failure.  
      1 I feel I have failed more than the  
          average person.  
      2 As I look back on my life, I can see a  
          lot of failures.  
      3 I feel I am a complete failure as a person.
4.    0 I get as much satisfaction out of things  
          as I used to.  
      1 I don't enjoy things the way I used to.  
      2 I don't get real satisfaction out of  
          anything anymore.  
      3 I am dissatisfied or bored with everything.
5.    0 I don't feel particularly guilty.  
      1 I feel guilty a good part of the time.  
      2 I feel guilty most of the time.  
      3 I feel guilty all of the time.
6.    0 I don't feel disappointed in myself.  
      1 I am disappointed in myself.  
      2 I am disgusted with myself.  
      3 I hate myself.
7.    0 I don't have any thoughts of killing myself.  
      1 I have thoughts of killing myself, but I would  
          not carry them out.  
      2 I would like to kill myself.  
      3 I would kill myself if I had the chance.

**PART 4 (continued)**

8.     0    I have not lost interest in other people.  
       1    I am less interested in other people than  
           I used to be.  
       2    I have lost most of my interest in other  
           people.  
       3    I have lost all of my interest in other  
           people. [ ]
9.     0    I make decisions about as well as  
           I ever could.  
       1    I put off making decisions more than  
           I used to.  
       2    I have greater difficulty in making  
           decisions than before.  
       3    I can't make decisions at all anymore. [ ]
10.    0    I don't feel I look any worse than  
           I used to.  
       1    I am worried that I am looking old or  
           unattractive.  
       2    I feel that there are permanent changes in  
           my appearance that make me look unattractive.  
       3    I believe that I look ugly. [ ]
11.    0    I can work about as well as before.  
       1    It takes an extra effort to get started at  
           doing something.  
       2    I have to push myself very hard to do  
           something.  
       3    I can't do any work at all. [ ]
12.    0    I don't get more tired than usual.  
       1    I get tired more easily than I used to.  
       2    I get tired from doing almost anything.  
       3    I am too tired to do anything. [ ]
13.    0    My appetite is no worse than usual.  
       1    My appetite is not as good as it used to be.  
       2    My appetite is much worse now.  
       3    I have no appetite at all anymore. [ ]

**BYLAE 2****VRAELYS VIR SUID-SOTHOSPREEKENDSE SUBJEKTE IN ONDERSOEK  
GEBRUIK****KAROLO YA 1****DIPOTSO TSA DEMOKERAFI**

1. O bua puo efe haholo? (totobala)  
.....
2. Dilemo tsa hao dikae?
3. O badile ho fihlela sehlopheng sefe?
4. Ngwana wa hao o beke tse kae?
5. Ke ngwana wa bokae o na ho ba phelang?
6. O senyehetswe ebile o belehile bana ba bakae ba hlahang ba hlokaletse?
7. O hlokaletse ke bana ba bakae?
8. Ke bana ba bakae ba hlokaletseng pele ba ba dilemo tse pedi na?
9. O na le bana ba bakae ha ho kenyeletswa le lesea?
10. O ne o batla ngwana?/Ngwana eo o ne a rerilwe na?
  1. E
  2. Tjhe
11. Lesea la o le tswaletswe kae?
  1. sepetlele
  2. hae

**KAROLO YA 1 (leqepheng)**

12. Lesea le tswetswe jwang?

1. hantle
2. ka oporeishene

13. 1. Ngwana o anya ho wena kapa, o  
2. mo anatsha le ho monea botlolo na kapa o  
3. mo fa botlolo ya lebese?

14. Haeba o neha ngwana botlolo na o ile wa qala ka ho mo antsha na?

1. E
2. Tjhe
0. Ha e hlokahale

15. Ha jwale o imile na?

1. Tjhe
2. E

16. Ho tloha o qeteletse pelehi na o ile wa sebedisa?

1. dipidisi tsa thibela-pelehi
2. sepeiti sa thibela-pelehi
3. lopo
4. ha ke a sebedisa letho

17. Na hoba o belehe na o ile wa kwalwa na?

1. E
2. Tjhe

18. Na o ikutiwa o sa qanolla kapa o ikutiwa o se monate pele ho di nako tsa lehlapo?

1. Tjhe, ho hang
2. E, e seng ka mehla kanako enngwe
3. E, ka dinako tsohle

19. Na o so o ile wa utlwa bohloko wa sesapelo hao o ile wa fihlelwa ke hore bophelo bo o tenne o kapa wa shwa na?

1. Tjhe
2. E



**KAROLO YA 1 (leqepheng)**

20. Ha o le jwalo,

1. o na le lebaka la maikutlo ao na kapa
2. ho ile ha iqalla feela na?
0. Ha e hlokahale

21. Na pele ngwana a ba teng kapa pele ho bana ba hao o kile wa ikutlwa o hlorile o le pelo-bohloko na?

1. Tjhe
2. E
0. Ha e Hlokahale

22. Ke mang ya o hodisitseng?

1. mmê
2. nkgono
3. bang ka wena
4. batho ba sele

23. Ha o hodisetswe ke nkgono kapa ke mme, a le ne le na le dikamano tse jwang?

1. hantle haholo
2. haholo
3. haholo-holo
4. ka bofokodi haholo-holo
5. ka bofokodi
6. ka bofokodi haholo
0. Ha e hlokahale

24. Ne o ne o ena le tulo e tsitsitseng na?

1. E
2. Tjhe

25. O dula kae?

1. le monna wa hao/mohlankana ntlong ya hae kapa le hirile
2. le monna wa hao/mohlankana wa hao le dula le batho ba bang
3. ha mmoho le monna wa hao/mohlankana ha monga hao
4. kante ho monna/mohlankana motseng osele
5. kante o monna/mohlankana ha mong a hao
6. tulong e nngwe (totobala)

.....

**KAROLO YA 1 (leqepheng)**

26. O ikutlwa o bolokehile moo o dulang teng?

1. E
2. Tjhe

27. Na o a sebetsa?

1. E
2. Tjhe

28. O sebetsang?

1. tlwekiso ya ntlo/ho hlatswa diaparo
2. tlwekiso ya diphaposi, diofisi
3. ha masepala
4. tulong e nngwe (totobala)
- 0 Ha e hlokahale

29. Haeba o a sebetsa ngwana wa hao o ne a ena le lemo tse kae ha o qala ho sebetsa? O ne a ena le:

1. mahareng a kgwedi
2. pakeng tsa kgwedi
3. pakeng kgwedi tse pedi
4. pakeng kgwedi tse tharo
5. pakeng kgwedi tse mne
6. pakeng kgwedi tse hlano
7. pakeng kgwedi tse tsheletseng
0. Ha e hlokahale

30. Haeba o a sebetsa ngwana o hlokomelwa ke mang ha o le mosebetsing?

1. ke mmê ke nkgono
2. bana ba bang
3. créch
4. batho ba bang
0. Ha e hlokahale

31. Na o kgotsofaletse mohlokomedi wa ngwana na?

1. haholo
2. hantle feela
3. ha ke a thaba
4. ha ke a kgotsofala
0. Ha e hlokahale

**KAROLO YA 1 (leqepheng)**

**32.** Na o ne o ena le tjehelete e lekaneng ya ho udisa ngwana?

1. E, tjehelete e ne e lekane ka nako tsohle
2. hara kgwedi e ne e ba teng
3. ho qaleng ha kgwedi e ne e ba siyo
4. ha esale ke sabe le tjehelete e sa lekaneng

[ ]

**KAROLO YA 2 e ka leqepheng le latelang.**

**KAROLO YA 2****LEHLOHONOLO LENYALONG/KUTLWANO**

1. Na o nyetswe?

1. E
2. Tjhe

2. Na o na le mohlankana a le mong na?

1. E
2. Tjhe
0. Ha e hlokahale

3. Ha ho le jwalo na ngwana ke wa mohlankana na?

1. E
2. Tjhe
0. Ha e hlokahale

4. Na o dula le monna kapa mohlankana ntlong e le nngwe?

1. E
2. Tjhe
0. Ha e hlokahale

5. Na o bona neng monna kapa mohlankana?

1. tsatsi le tsatsi
2. mafellong a beke e nngwe le e nngwe
3. ha nngwe ka kgwedi
4. hanngwe fela ka kgwedi
0. Ha e hlokahale

6. Na le ye le qoqe haholo?

1. haholo
2. haholo-holo
3. hanyane
4. nakonyana
0. Ha e hlokahale



**KAROLO YA 2 (leqepheng)**

7. Na o ikutlwa o thabile le monna wa hao kapa mohlankana wa hao na?
1. haholo
  2. hantle feela
  3. ha ke a thaba
  4. ha ke a kgotsofala
  0. Ha e hlokahale
- [ ]
8. Na monna wa hao kapa mohlankana wa ha o a o thusa ka ngwana kapa ka bana ba bang na?
1. o nthusa ka dinako tsohle
  2. o o thusa ka hohle-hohle
  3. o o thusa ka nako eo feela
  4. ha a nthusi
  0. Ha e hlokahale
- [ ]
9. Le ya phehisana kapa le ya lwana wena le monna kapa mohlankana?
1. katlase ho hanngwe ka kgwedi
  2. hangwe ka kgwedi
  3. mafelong a beke e nngwe le e nngwe
  4. letsatsi le leng le le leng
  0. Ha e hlokahale
- [ ]
10. Na monna kapa mohlankana o ye a o shape ha le lwana na?
1. ha a nshape
  2. hangata ha a nshape
  3. hangata ha re lwana
  4. nako enngwe le e nngwe ha re lwana
  0. Ha e hlokahale
- [ ]
11. Monna kapa mohlankana wa hao o nwa jwala haholo?
1. Tjhe
  2. E
  0. Ha e hlokahale
- [ ]

## KAROLO YA 2 (leqepheng)

12. O nwa neng haholo?

1. Ha kgwedi e fela
2. mafelong a beke
3. tsatsi le leng le le leng
0. Ha e hlokahale



**KAROLO YA 3 e ka leqepheng le latelang.**

**KAROLO YA 3****DITSHEHETSO TSA SETJHABA**

1(a) Na ho na le batho ba ka o thusang ha o le boimeng o le mathateng?

1. E
2. Tjhe

[ ]

1(b) Ke bomang batho bao ha ba le teng? (totobala)

- A .....
- B .....
- C .....
- D .....
- E .....

1(c) O ikutlwa o le jwang ka bathusi bao?

1. haholo
2. hantle feela
3. ha ke a thaba
4. ha ke a kgotsofala

[ ]

2(a) Na o na le batho bao o ka buang le bona ha o le madimabe kapa pelobohloko?

1. E
2. Tjhe

[ ]

2(b) Ke bomang batho bao ha ba le teng? (totobala)

- A .....
- B .....
- C .....
- D .....
- E .....

2(c) O ikutlwa hore ba utlwisisa mathata a hao?

1. ba utlwisisa hantle
2. ba utlwisisa ka nako tsohle
3. ha ba utlwisisi ka nako tsohle
4. ha ba utlwisisi bohlang

[ ]

karolo ya 4 e ka leqepheng le latelang.

**KAROLO YA 4**

Mona dipotsong tsena ho na le dihlopa tsa dipolelo. Hlophisa dipolelo tsena hantle, o kgethe polelo sehlopheng sa dipolelo e hlalolang kamoo o e kutlwileng ka teng bekeng tse fetileng le kajeno.

1.
  - 0 Ha ke ya hlonam
  - 1 Ke ikutlwa ke hloname
  - 2 Ke hloname ke sisapelo
  - 3 Ke hloname hoo ke sitwang ho emela mathata
  
2.
  - 0 Ha ke ya nyahama, ha ke sedi ka bokamoso
  - 1 Ke nyahama, ke bokamoso
  - 2 Ha ke na seo nka se lebellang
  - 3 Ke bona hore bokamoso bo lertho, ha ke na tshepo ha ke bone tswelopele
  
3.
  - 0 Ke ipone ke le mohlalehi
  - 1 Ke ikutlwa ke hlolehile ho feta motho fela
  - 2 Ha ke sheba morao tsa bophela baka, hoo ke ho bonang ke ho hloka boiphihlelo
  - 3 Ke ikutlwa ke hlolehile jwaleka motho (motswadi, monna, mofumahadi)
  
4.
  - 0 Ha ke na kgotsofalo hakaalo
  - 1 Ha ke sa fumana boithabiso jwaloka ha ke ile ka bo fumana
  - 2 Ha ke sa fumana kgotsofalo nthong enngwe le e nngwe
  - 3 Ha ke ya kgotsofalla ntho enngwe le e nngwe
  
5.
  - 0 Ha ke ikutlwe ke le molato
  - 1 Ke ikutlwa ke le soto, ke sena boleng ka nako tsohle
  - 2 Ke ikutlwa ke le molato
  - 3 Ke ikutlwa eka ke soto ha ke na boleng
  
6.
  - 0 Ha ke ikutlwe ke nyahame
  - 1 Ke inyahamisitse
  - 2 Ke nyahame ka nna
  - 3 Ke ithoile
  
7.
  - 0 Ha ke na maikutlo a ho ikutlwiswa bohloko
  - 1 Ho ne ho tla ba molemo ha ke ne ke shwele
  - 2 Ke se ke ena le morero wa ho ipolaya
  - 3 Ke ne batla ho ipolaya ha nka fumana sebaka



**KAROLO YA 4 (leqepheng)**

8.     0   Ha ke ya lahlehelwa ke lerato la batho  
       1   Ke se ke lahlehtswe ke tjheseho ho batho  
          jwale ka ha  
       2   Ke lahlehtswe ke tjantjello ho batho ebile  
          ha ke sa na maikutlo ho bona  
       3   Ke lahlehetswe ke lerato ho batho ba bang  
          ebile ha ke ba tsotella [    ]
9.     0   Ke ntse ke etsa diqeto  
       1   Ke ntse ke behela morao ho etsa diqeto  
       2   Ke na le mathata a ho etsa diqeto  
       3   Ha ke sa tseba ho etsa diqeto hohang [    ]
10.    0   Ha ke ikutlwe ke shebeha hampe ho feta pele  
       1   Ke kgathatsehile hoba ke shebeha ke tsofetsa  
          kapa ke sa shebehe  
       2   Ke ikutlwa ke na le le diphetoho tse se nang  
          ho lokiswa ebile di nketsa ke se ka shebeha  
       3   Ke ikutlwa ke le e mobe kapa ke le ya sa  
          rateheng [    ]
11.    0   Ke ntse ke kgona ho sebetsa jwaleka pele  
       1   Ho nka botho hore ke etse ntho kapa ho e qala  
       2   Ke tshwanela ho itshututsa ka matla ho etsa  
          mosebetsi  
       3   Ha ke tsebe ho etsa mosebetsi hohang [    ]
12.    0   Ha ke kgathale hantle fela  
       1   Ke kgathala fela habonolo ho feta pele  
       2   Ke kgathetse ho etsa eng kapa eng  
       3   Ke ikutlwa ke kgathetse ho etsa ntho [    ]
13.    0   Takatso ya ka e ntse e tshwana le pele  
       1   Takatso ya ka ha e sa tshwana le pele  
       2   Takatso ya ka e kgolo  
       3   Ha ke takatso ya dijo [    ]