

**DIE IMPAK VAN TRAUMA OP
KINDERS AS SEKONDÊRE
SLAGOFFERS
IN DIE ONGEVALLE AFDELING
VAN 'N HOSPITAAL**

deur

CORNÈ MULLER

Voorgelê ter vervulling van 'n deel van die vereistes vir die graad

**MAGISTER SOCIALIS DELIGENTIAE
(MAATSKAPLIKE GESONDHEIDSORG)**

in die

**FAKULTEIT GEESTESWETENSKAPPE
DEPARTEMENT MAATSKAPLIKE WERK EN KRIMINOLOGIE**

aan die

UNIVERSITEIT VAN PRETORIA

STUDIELEIER: DR. C.L. CARBONATTO

PRETORIA

MEI 2006

I am a Child

I am a child,
All the world waits for my coming
All the earth watches with interest
To see what I shall become.
The future hangs in the balance,
For what I am
The world of tomorrow will be.

I am a child,
I have come into your world
about which I know nothing.
Why I came I know not.
How I came I know not.
I am curious
I am interested.

I am a child,
You hold in your hand my destiny.
You determine, largely,
whether I shall succeed or fail.
Give me, I pray you,
Those things that make for happiness.
Train me, I beg you,
That I may be a blessing to the world.

This statement, written in Chinese and English, appears at the entrance to the Guideposts Kindergarten in Hong Kong.

DANKBETUIGINGS

My opregte dank aan my Hemelse Vader en Sekuriteitsbasis vir onverdiende genadegawes. U het aan my die kennis, insig en talente gegee om hierdie studie suksesvol te kon voltooi.

By voltooiing van hierdie studie word besondere waardering en opregte dank betuig aan die volgende persone wat my denke gevorm en herskep het:

- ❖ Die respondente wat my toegelaat het om 'n indruk op hul lewens te maak en my in hulle vertrouwe geneem het.
- ❖ My studieleier, Dr. Carbonatto. Dit was vir my 'n voorreg om hierdie studie onder u bekwame leiding te kon voltooi.
- ❖ My ouers en ouma. Baie dankie vir al Mamma en Pappa se gebede, opofferings, hulp en ondersteuning deur al die jare. Ek hoop ek kan eendag ook soveel vir u doen en beteken.
- ❖ Aan al my vriende en ander familie. Baie dankie vir alles wat julle gedoen en beteken het.
- ❖ Aan my oom, Jan Kirsten, vir die tegniese versorging van die teks. Baie dankie!
- ❖ Aan almal by Prestasie Skool vir julle volgehoue belangstelling en ondersteuning.
- ❖ Laastens vir die belangrikste persoon in my lewe. My sussie en beste vriendin, Erise, baie dankie vir al jou aanmoediging, liefde en ondersteuning. Dankie dat jy altyd daar is en dankie dat jy, jy is!

OPSOMMING

DIE IMPAK VAN TRAUMA OP DIE KIND AS SEKONDÊRE SLAGOFFER IN DIE ONGEVALLE AFDELING VAN 'N HOSPITAAL

KANDIDAAT	:	CORNÈ MULLER
DEPARTEMENT	:	MAATSKAPLIKE WERK EN KRIMINOLOGIE
UNIVERSITEIT	:	UNIVERSITEIT VAN PRETORIA
STUDIELEIER	:	DR. C.L. CARBONATTO
GRAAD	:	MSD (MAATSKAPLIKE GESONDHEIDSORG)

Hierdie studie het ondersoek ingestel na die kind se belewenis van sekondêre trauma. 'n Leemte is in praktyk geïdentifiseer, wat aandui dat daar min maatskaplike werkers en terapeute in die hospitaal is, wat opgelei is om sekondêre trauma by kinders te identifiseer en effektiewe terapeutiese intervensie toe te pas.

Die doelstelling van hierdie navorsing is om die impak van trauma op die kind as sekondêre slagoffer in sy middelkinderjare, in die ongevalle afdeling van die hospitaal te verken deur van spelterapeutiese assessering gebruik te maak.

Ten einde hierdie doelstelling te bereik, is daar bepaalde doelwitte gestel. Dit het onder meer behels dat 'n teoretiese raamwerk met behulp van 'n literatuurstudie en konsultasie met kundiges ten opsigte van die volgende saamgestel is: sekondêre trauma as verskynsel; middelkinderjare as lewensfase; trauma-ontlonting en die kind. Die aard, oorsake en die invloed daarvan is deeglik ondersoek.

'n Empiriese studie, waartydens semi-gestruktureerde onderhoude en deelnemende observasie as data-insamelingsmetodes benut is, is uitgevoer ten einde die sekondêr getraumatiseerde kind, in die ongevalle afdeling te assesseer.

Die volgende aspekte is spesifiek hanteer:

- ❖ ondervinding van trauma deur die kind
- ❖ bekommernisse en angstigtheid oor mense en gebeurtenisse
- ❖ herondervinding van die gebeurtenis deur denke

- ❖ sensasie, kommunikasie en spel
- ❖ toename in sensitiviteit ten opsigte van sig, klank en reuke en
- ❖ vermyding van herinneringe, denke en gevoelens verbandhoudend met die trauma en die soeke na afsluiting

Tien respondente is deur middel van individuele, semi-gestruktureerde onderhoude en deelnemende observasie by die studie betrek. Toegepaste navorsing is gedoen deurdat die navorser gepoog het om oplossings vir probleme wat die ongevalle afdeling ten opsigte van sekondêre getraumatiseerde kinders ervaar, te vind. Die navorser het van 'n kwalitatiewe benadering gebruik gemaak. 'n Verkennende studie is gebruik met 'n fenomenologiese strategie, ten einde 'n navorsingsvraag waarvan daar min bekend is, te verken, te verstaan en te interpreteer. Die navorsingsvraag wat vir die doel van hierdie studie geformuleer is, was: " *Wat is die effek van trauma op die kind as die sekondêre slagoffer?*"

Empiriese data wat deur die benutting van semi-gestruktureerde onderhoude en deelnemende observasie verkry is, het die volgende aangedui:

- ❖ Die sekondêr getraumatiseerde kind is die persoon wat die trauma waargeneem of 'n naby verhouding met die slagoffer gehad het.
- ❖ Die volgende fases van trauma is deur die studie geïdentifiseer wat deur die sekondêr getraumatiseerde kind beleef is:
 - FASE 1** : Biologiese impakfase
 - FASE 2** : Reaksie-fase
 - FASE 3** : Vermydingsfase
 - FASE 4** : Herintegrasie en herstel van homeostase
- ❖ Die rol van sosiale ondersteuningsisteme vir die psigososiale sistemiese aanpassing.
- ❖ Eksterne faktore wat die sekondêr getraumatiseerde kind sal beïnvloed.

Die studie het dus meer lig gewerp op die kind as die sekondêre trauma slagoffer in die ongevalle afdeling van 'n hospitaal. Verdere navorsingsmoontlikhede is hierdeur moontlik gemaak en die inligting wat bekom is kan benut word vir die opstel van 'n trauma-ontlontingsprogram.

SUMMARY

THE IMPACT OF TRAUMA ON THE CHILD AS THE SECONDARY VICTIM IN THE EMERGENCY ROOM OF THE HOSPITAL

CANDIDATE	:	CORNÈ MULLER
DEPARTMENT	:	SOCIAL WORK AND CRIMINOLOGY
UNIVERSITY	:	UNIVERSITY OF PRETORIA
SUPERVISOR	:	DR. C.L. CARBONATTO
DEGREE	:	MSD (SOCIAL HEALTH CARE)

This study is aimed at exploring the impact of secondary trauma on the child. A shortcoming has been identified in practice because of the lack of trained social workers and therapists in the field of secondary trauma and children and applying effective therapeutic intervention.

The goal of this study was to explore and determine the impact of trauma on the child as the secondary victim in the emergency room of the hospital.

In order to reach the required goal, a number of objectives were set. By means of a literature study and consultation with experts in the field of trauma, a theoretical framework was set up with regard to the following: secondary trauma as phenomenon; the child in the middle childhood as part of life; trauma debriefing and the child.

An empirical study where semi-structured interviews and participatory observation were used as the methods of data collection was undertaken, to assess the impact of trauma on the child, as the secondary victim in the emergency room of the hospital. The following aspects were handled specifically:

- ❖ the experience of trauma by the child
- ❖ fears and anxiety
- ❖ re-experiencing the event through thoughts
- ❖ sensation, communication and play
- ❖ increase in sensitivity through sight, noises and smell

- ❖ avoidance of memories, thoughts and feelings towards the trauma and then the search for closure

Individual semi-structured interviews were used with ten respondents. Applied research was undertaken as the researcher aimed at establishing solutions for problems that occur in the emergency room of the hospital. The researcher used a qualitative research approach.

Considering that in this study a relatively unknown field was researched, a phenomenological strategy within an exploratory study was used to explore, understand and interpret the research question, which is not well known. The research question formulated for this study was: *“What is the effect of trauma on the child as the secondary victim?”*

Empirical data, which was obtained by using a semi-structured interview schedule and participatory observation, revealed the following:

- ❖ The secondary traumatized child is the individual that’s been exposed to the trauma by either witnessing the event or through the relationship with the victim.
- ❖ The following phases of trauma were identified through the study of the secondary traumatized child:
 - PHASE 1** : Biological impact phase
 - PHASE 2** : Reaction phase
 - PHASE 3** : Avoidance phase
 - PHASE 4** : Reintegration and recovery of homeostasis
- ❖ Role of social support systems for the adaptation of the psycho-social functioning of the victim.
- ❖ External factors that might influence the traumatized child.

The study revealed information on the child as the secondary traumatized victim in the emergency room of the hospital, which holds further research possibilities. The desired information was acquired and can be used in further studies and the development of a trauma-debriefing programme.

SLEUTELTERME/KEYWORDS

Biopsigososiale model

Getraumatiseerde kind

Kind

Mediese Maatskaplike werk

Middelkinderjare

Ongevalle afdeling

Ontlonting

Sekondêre trauma

Trauma

Traumaterapie

Biopsychosocial model

Traumatized child

Child

Medical Social Work

Middle childhood

Emergency room

Debriefing

Secondary trauma

Trauma

Traumatherapy

INHOUDSOPGAWE

Bladsy nr.

DANKBETUIGING	iii
OPSOMMING	iv-v
SUMMARY	vi-vii
SLEUTELTERME/KEYWORDS	viii

HOOFSTUK 1: ALGEMENE ORIËTERING TOT DIE STUDIE

1.1. INLEIDING	1
1.2. MOTIVERING TOT DIE KEUSE VAN DIE ONDERWERP	2
1.3. PROBLEEMFORMULERING	4
1.4. DOELFORMULERING	5
1.4.1. Doelstellings	5
1.4.2. Doelwitte	6
1.5. NAVORSINGSVRAAG VIR HIERDIE STUDIE	6
1.6. NAVORSINGSBENADERING	7
1.7. SOORT NAVORSING	8
1.8. NAVORSINGSMETODOLOGIE	8
1.8.1. Metodes van data-insameling	9
1.8.2. Metodes van data-analise	11
1.9. VOORONDERSOEK	12
1.9.1. Uitvoerbaarheid van die studie	12
1.9.2. Voortoetsing van metingsinstrument	13
1.10. POPULASIE EN STEEKPROEFTREKING	13
1.10.1. Beskrywing van die navorsingspopulasie	13
1.10.2. Beperkinge en grense	14
1.10.3. Steekproef en steekproefmetode	14
1.11. ETIESE ASPEKTE	15
1.11.1. Gelyke seleksie van respondente	15
1.11.2. Vermydning van skade (fisies en emosioneel) aan die respondente	15

1.11.3. Ingeligte toestemming	15
1.11.4. Vrywillige deelname	16
1.11.5. Beskerming van privaatheid en konfidensialiteit	16
1.11.6. Navorser se eerlikheid, oopheid en verantwoordelikheid	16
1.11.7. Ontlonting van respondente	17
1.11.8. Misleiding van respondente	17
1.12. DEFINISIE VAN DIE HOOFKONSEPTE	17
1.12.1. Kind	17
1.12.2. Getraumatiseerde kind	18
1.12.3. Sekondêre trauma	19
1.12.4. Die middelkinderjare	19
1.12.5. Ongevalle afdeling	20
1.13. LEEMTES TYDENS DIE ONDERSOEK	21
1.14. INDELING VAN DIE NAVORSINGSVERSLAG	21

HOOFSTUK 2:
'n INLEIDING TOT DIE IMPAK VAN TRAUMA OP DIE KIND

2.1. INLEIDING	23
2.2. DEFINISIE VAN TRAUMA	23
2.3. KLASSIFISERING VAN GEBEURE AS TRAUMA	25
2.4. DIE IMPAK VAN TRAUMA OP DIE BIOPSIGOSOSIALE ONTWIKKELING VAN DIE KIND	27
2.4.1. Die biopsigososiale funksioneringsmodel van die kind	28
2.4.2. Die biopsigososiale model en trauma	29
2.4.2.1. Biologiese implikasies van trauma	30
2.4.2.2. Sielkundige implikasies van trauma	33
2.4.2.3. Sosiale implikasies van trauma	34
2.5. SAMEVATTING	37

**HOOFSTUK 3:
TRAUMA-ONTLONTING EN DIE GETRAUMATISEERDE KIND**

3.1. INLEIDING	39
3.2. MAATSKAPLIKE WERKER IN GESONDHEIDSORG	40
3.3. OMSKRYWING VAN DIE PROSES VAN TRAUMA-ONTLONTING	42
3.3.1. Die assessering voor ontlasting	42
3.3.2. Ontlasting	44
3.3.3. Traumaterapie	50
3.4. SAMEVATTING	64

**HOOFSTUK 4:
EMPIRIESE ONDERSOEK:
KWALITATIEWE BEVINDINGE**

4.1. INLEIDING	66
4.2. DIE EMPIRIESE BEVINDINGE	67
4.2.1. Hooftema 1: Die sekondêre getraumatiseerde kind	75
4.2.2. Hooftema 2: Fases van trauma	76
4.2.2.1. Impakfase	76
4.2.2.2. Reaksie-fase	77
4.2.2.3. Vermydingsfase	79
4.2.2.4. Herintegrasie en herstelfase	81
4.2.3. Hooftema 3: Sosiale ondersteuingsisteme	83
4.2.4. Hooftema 4: Eksterne faktore	86
4.3. SAMEVATTING	87

**HOOFSTUK 5:
SAMEVATTING, GEVOLGTREKKING EN AANBEVELINGS**

5.1. INLEIDING	89
5.2. DOELSTELLINGS EN DOELWITTE VAN HIERDIE STUDIE	89
5.2.1 Doelstellings	89
5.2.2. Doelwitte	90

5.3. NAVORSINGSVRAAG	92
5.4. GEVOLGTREKKING VAN DIE STUDIE	92
5.5. AANBEVELINGS	96
5.5.1. Aanbevelings ten opsigte van verdere navorsing	96
5.5.2. Algemene aanbevelings	96
5.5.3. Hipotese vir verdere navorsing	97
5.6. SAMEVATTENDE SLOTGEDAGTE	98
BIBLIOGRAFIE	99
BYLAE	108

LYS VAN DIAGRAMME

DIAGRAM 1	DIE EFFEK VAN TRAUMA OP DIE BIOPSIGOSOSIALE MODEL	29
DIAGRAM 2	DIE BIOLOGIESE EFFEK VAN TRAUMA OP DIE KIND	30
DIAGRAM 3	DIE VERLOOP VAN DIE BIOLOGIESE VERWERKING VAN TRAUMA	31
DIAGRAM 4	DIE EFFEK VAN TRAUMA OP DIE KIND	36

LYS VAN TABELLE

TABEL 1	SAKE AANGEMELD IN SUID-AFRIKA, 2004-2005	3
TABEL 2	FAKTORE WAT KLASSIFISERING VAN TRAUMA BEÏNVLOED	26
TABEL 3	AKTIWITEITE EN VRAE VIR DIE GESINSONTLONTINGSMODEL	48
TABEL 4	BIOGRAFIESE INLIGTING VAN RESPONDENTE	69
TABEL 5	TEMAS EN KATEGORIEË GEÏDENTIFISEER VANUIT DIE INDIVIDUELE ONDERHOUE	72
TABEL 6	HOOF- EN SUBTEMAS SOOS GEÏDENTIFISEER VANUIT DIE EMPIRIESE DATA	87

HOOFSTUK 1: ALGEMENE ORIËTERING TOT DIE STUDIE

"One of the first things you need to ask is: how did you survive this? This is amazing that you're still here. It's amazing that you still have the guts to go on with your life. What is allowing you to function? What are you good at? What gives you comfort?"

– Bessel van der Kolk

1.1. INLEIDING

Elke dag ervaar miljoene kinders regoor die wêreld een of ander vorm van trauma. *"Many South African children are affected by trauma because of the high levels of violence, both within the home and in the wider community"* (Lewis, 1999:1).

Kinders word blootgestel aan verskillende vorme van fisiese en seksuele mishandeling asook gesinsgeweld, selfmoord, natuurrampe, motorongelukke, en gemeenskapsgeweld om net 'n paar vorme van traumatiese insidente te noem. Hierdie epidemies het 'n hele nuwe konsep geskep in Suid-Afrika, naamlik trauma en die impak wat dit het op die res van die gemeenskap.

Die vrae wat egter gevra moet word is: "hoe sal die kind reageer op gesinsgeweld, verkragting van 'n ouer, aanranding van 'n ouer, roof of 'n ernstige motorongeluk? Wat is die impak van trauma op die kind as die sekondêre slagoffer? Hoe is die ongevalle afdeling van die hospitaal ingerig om in die behoeftes van die sekondêr getraumatiseerde kind te voorsien?"

Hierdie studie beoog om kennisinhoude te bepaal oor wat die impak van trauma op die kind as die sekondêre slagoffer, binne die konteks van die ongevalle afdeling van die hospitaal is.

In hierdie hoofstuk word 'n uiteensetting van die navorsingsmetodiek wat benut is om die bogenoemde te ondersoek, gegee. Die volgende aspekte word hiernewens omsluit naamlik:

- ❖ Motivering tot die keuse van hierdie onderwerp
- ❖ Probleemformulering

- ❖ Doelstellings en doelwitte vir die studie
- ❖ Die navorsingsbenadering
- ❖ Soort navorsing
- ❖ Die navorsingsontwerp
- ❖ Navorsingsprosedure en –werkwyse
- ❖ Die voorondersoek
- ❖ Populasie en steekproeftrekking
- ❖ Die omskrywing van die hoofkonsepte van die studie
- ❖ Die leemtes wat tydens die ondersoek ervaar is.

1.2. MOTIVERING TOT DIE KEUSE VAN DIE ONDERWERP

Die navorser is die afgelope tyd werksaam by die ongevalle afdeling van 'n hospitaal. Vanuit die navorser se betrokkenheid by trauma en trauma-terapie het daar 'n groter belangstelling by die navorser ontwikkel ten opsigte van die impak van trauma op die kind, as die sekondêre slagoffer.

“A Victim of trauma is often mistakenly thought only to include the person who was directly affected by the incident; the traumatic experience may also affect witnesses and many other people. This is called indirect or secondary traumatization. Any contact with the trauma – through witnessing or hearing about the event can have damaging effect. A child who witnesses a trauma, such as the injury, death, rape or assault of another person, is at risk of becoming traumatized” (Lewis, 1999:6).

Uit hierdie definisie kom dit duidelik na vore dat die sekondêre trauma slagoffer, nie direk die slagoffer van die insident was nie, maar wel die insident saam met die slagoffer beleef het of van die trauma-insident gehoor het.

Volgens die mees resente statistiek soos deur die Suid-Afrikaanse Polisie diens vir die tydperk 2004-2005 deurgegee, het trauma, verbandhoudende geweld en misdaad drasties toegeneem.

TABEL 1: SAKE AANGEMELD IN SUID-AFRIKA, 2004-2005

MISDAAD	STATISTIEK	
Aanranding	(5,1%)	267 857
Onsedelike aanranding	(8%)	10 123
Doel om ernstig te beseer	(4,5%)	249 369
Moorde	(5,6%)	18 793
Poging tot moord		24 516
Verkragtings	(4%)	55 114
Roof met verswarende omstandighede		126 789
Gewone roof		90 825
Ontvoering van mense		2 618
Menseroof		3 880

(Oelofse, 2005:22)

“Die kans dat kinders misdaad- of geweldslagoffers word, is twee keer groter as die volwassenes... Misdade waarvan kinders die slagoffer is, sluit in seksuele aanranding, verkragting, rooftogte en diefstal. Die algemeenste misdaadvoorvalle is kinders wat van persoonlike besittings beroof word. Aanrandings, huisbrake en rooftogte is die ander drie misdade waaraan kinders die meeste blootgestel word. Die misdade word min aangemeld en die meeste jong slagoffers het geen berading na die voorvalle ontvang nie,” (Raubenheimer, 2006:1). Volgens statistiek is min of meer 65% van alle ongevalle wat aangemeld word by die ongevalle afdeling van die hospitaal, gevalle waar die hele gesin betrokke was (NETCARE). By die aanmelding van ‘n traumakrisis word daar gewerk met die primêre slagoffer en kern naasbestaendes. Die slagoffers van sekondêre trauma word maklik oorgesien deur beide die hospitaal as sisteem, en ook deur die maatskaplike werker as trauma-terapeut.

Die navorser wil fokus op die impak van trauma op die kind as sekondêre slagoffer. Hierdie in-diepte studie sal riglyne voorsien vir verdere studies, vir die ontwerp en ontwikkeling van ‘n krisisintervensieprogram, gerig spesifiek op die sekondêr getraumatiseerde kind. Hierdie gestandaardiseerde program kan aan die kind gegee word om te voltooi en derhalwe word trauma-ontlonting voorsien.

So kan sekondêre getraumatiseerde kinders ondervang word en terselfdertyd word die impak wat die maatskaplike werker as traumaterapeut het, vergroot.

1.3. PROBLEEMFORMULERING

“A trauma is an experience that is sudden, horrifying and unexpected. During a trauma the person believes that they or others around them will be seriously injured or killed. The person feels fear, and is helpless and out of control. A trauma is not part of a child’s normal experience. The event is so intense and frightening that it overwhelms the child’s ability to cope. A trauma is always regarded as negative and damaging to the mental health of the child” (Lewis, 1999:6). Die kind se reaksies sal afhang van die graad van ernstigheid van die trauma, die kind se persoonlikheid en geaardheid, huidige probleemhanteringstrategieë en die beskikbare ondersteuning.

Engelbrecht (1994:63) definieer die kind tussen die ouderdom van agt tot twaalf jaar as die skoolkind of kind in sy middelkinderjare. Hulle beskou die kind as selfstandig omdat die kind al baie vaardighede baasgeraak het. Die kind word gekenmerk as avontuurlustig en is besig met die ontdekking van die oorsaaklikheid van gebeure asook die belangstelling om te weet hoe dinge werk. Hulle verhouding met die wêreld en met ander mense speel ook ‘n kern rol omdat die ontwikkeling van die kind se kognitiewe-, sosiale-, emosionele- en selfkonsep in hierdie fase plaasvind (Louw, Van Ede & Louw, 1998:326).

Die kind is egosentrië georiënteerd. Die kind voel dikwels dat hulle dinge laat gebeur en dat hulle die verantwoordelikheid dra as dinge met ander gebeur. *“Wanneer die kind in die middelkinderjare aan trauma blootgestel word is dit dikwels nie alleenlik ‘n traumatiese gebeurtenis vir die kind nie, maar ervaar die kind ook gevoelens van skuld, selfblaaam en kan die trauma ervaar word as ‘n straf vir iets wat die kind dink hy/sy verkeerd gedoen het”* (Bence in Orban, 2003:3).

In Suid-Afrika word kinders daagliks gekonfronteer met geweld en trauma. Die hele gesinsisteem is self so vasgevang in die trauma en probleme dat hulle nie aanmekaar die nodige ondersteuning en leiding kan voorsien nie. Elke individuele deel van die sisteem word aan homself oorgelaat om daardeur te werk. Terr, in James en Gilliland (2001:176), deel kindertrauma op in twee kategorieë. Tipe een wat ‘n skielik traumatiese ondervinding is en tipe twee wat ‘n lang, aanhoudende proses is en wat ontstaan as gevolg van herhaalde traumatiese ondervindinge.

Die probleem wat deur hierdie studie aangespreek is, is die eerste kategorie wat deur Terr, in James en Gilliland (2001:176), omskryf word, omdat daar werklik 'n leemte in kennis bestaan oor die rol van trauma op die kind as sekondêre slagoffer. Die probleemformulering lei tot die doel van die navorsing.

1.4. DOELFORMULERING

1.4.1. DOELSTELLING:

Die doelstelling van 'n navorsingsprojek kan volgens De Vos, Strydom, Fouché & Delport (2002:107) gesien word as die einddoel van navorsing.

Die doel van hierdie navorsing is: *“om die impak van trauma op die kind as sekondêre slagoffer, in die ongevalle afdeling van die hospitaal, te verken.”*

Vir die doeleindes van hierdie studie het die navorser van verkennende navorsing gebruik gemaak. Verkennende navorsing word gedefinieër deur York (1998:123) as *“... the study of either developing a theory or describing a phenomenon in ways that cannot be easily quantified. It is especially useful when you have limited knowledge about a given subject or you want to develop a new perspective on it...Exploratory studies often employ open-ended questions in interviews or the direct observation of behavior in its natural setting”*.

Bless en Higson-Smith (1995:42-45) definieer verkennende navorsing as 'n metode om insig te kry in situasies, verskynsels, gemeenskappe en mense omdat die onderwerp relatief onbekend is. Volgens Mouton & Marais in De Vos (1998:124) is die doel van verkennende ontwerp om 'n relatiewe onbekende studieveld in maatskaplike werk te verken.

Alhoewel daar baie inligting beskikbaar is met betrekking tot trauma en die kind, het die navorser gefokus op die verkenning van trauma op die kind as die sekondêre slagoffer. In die lig hiervan het die navorser die verkennende ontwerp as toepaslik vir hierdie studie gevind.

1.4.2. DOELWITTE:

Die doelwitte van hierdie navorsing kan gesien word, volgens de Vos, *et al.* (2002:107-108), as die stappe wat gevolg moet word om die doelstelling van die navorsing te bereik.

Die doelwitte vir hierdie studie kan soos volg uiteengesit word:

- ❖ Onderzoek in te stel om die impak van sekondêre trauma en die kind te omskryf
- ❖ Onderzoek in te stel om trauma-ontlonting te omskryf, met spesifieke verwysing na die kind
- ❖ Onderzoek in te stel om die impak van trauma op die kind in sy/haar middelkinderjare, as die sekondêre slagoffer, in die praktyk te verken
- ❖ Gevolgtrekkings en aanbevelings te maak met die oog om riglyne daar te stel vir verdere studies, vir die ontwerp en ontwikkeling van 'n krisis-intervensieprogram vir die kind.

Na afloop van die formulering van die doel word die navorsingsvraag geformuleer.

1.5. NAVORSINGSVRAAG VIR HIERDIE STUDIE

Reid en Smith in De Vos (1998:116) redeneer dat daar in maatskaplike werk navorsing soms nie genoeg aangaande 'n verskynsel bekend is om die formulering van 'n hipotese te regverdig nie. 'n Navorsingsvraag is ook meer relevant as die navorser 'n kwalitatiewe studie uitvoer. Tydens 'n verkennende studie word 'n stelling of 'n vraag geformuleer (Garbers, 1996:287).

Neuman (2000:142) definieer hierdie navorsingsvraag as volg: “...refers to the relationships among a small number of variables...” Die navorsingsvraag wat vir hierdie studie geformuleer is, is:

“Wat is die effek van trauma op die kind as die sekondêre slagoffer?”

1.6. NAVORSINGSBENADERING

De Vos *et al.* (2002:104) is van mening dat die keuse van 'n navorsingsbenadering, kwalitatief, kwantitatief of 'n kombinasie benadering, hoofsaaklik sal afhang van die vraag wat beantwoord moet word deur die studie.

Neuman (2000:16) onderskei tussen kwalitatiewe en kwantitatiewe navorsing as volg “...*quantitative (i.e., expressed as numbers) or qualitative (i.e., expressed as words, pictures, or objects...)*”. York (1998:9) is van mening dat “...*qualitative methods are better suited for the description of social processes little is known about and for the development of theories...quantitative methods are better suited for the precise description of social phenomena, the testing of theories already developed, or the evaluation...*”

Die navorser is van mening dat kwalitatiewe navorsing die mees gepaste benadering sal wees vir hierdie studie.

Kwalitatiewe navorsing kan opgesom word volgens Neuman (2000:123) as “...*captures and discovers meaning once the researcher becomes immersed in the data. Concepts are in the form of themes, motives, generalizations and taxonomies. Measures are created in an ad hoc manner and are often specific to the individual settings or researcher. Data are in the form of words and images from documents, observations and transcripts. Theory can be causal or noncausal and is often inductive. Analysis proceeds by extracting themes or generalizations from evidence and organizing data to present a coherent, consistent picture*”. Kwalitatiewe navorsing het ten doel om ervarings en belewenisse te ondersoek. Kwalitatiewe navorsing se uitvoering geskied meestal deur onderhoude en observasie.

Die navorser is van mening dat 'n literatuurstudie die raamwerk sal rig rondom trauma en ontlooting van die kind. Babbie in de Vos *et al.* (2002:275) is van mening dat met gevallestudie, die navorser die veld moet ingaan met die nodige kennis vanuit die literatuur. Ondersoek is ingestel deur gebruik te maak van semi-gestruktureerde onderhoude (bylaag A) en deur deelnemende observasie met tien kinders, tussen die ouderdom van agt tot twaalf jaar, wat as sekondêre trauma slagoffers in die hospitaal se

ongevalle afdeling aangemeld is, asook ander kundiges. In die lig hiervan meen die navorser dat 'n kwalitatiewe benadering die mees gepaste benadering was om te gebruik vir hierdie ondersoek.

1.7. SOORT NAVORSING

Cournoyer en Klein (2000:89) definieer die tipe navorsing as “...*organizing acts to maximize the strength of inference...*” Die tipe navorsing wys op die verskillende tipes navorsingsinstrumente wat gebruik en gemanipuleer word om die verlangde intervensie vir die versamelde inligting te verkry.

Vir die doeleindes van die studie het die navorser gebruik gemaak van toegepaste navorsing. Neuman (2000:24) definieër toegepaste navorsing as “...*solve specific problems or help practitioners accomplish tasks...*” Met toegepaste navorsing poog die navorser om die impak van trauma te bepaal en spesifieke beginsels daar te stel vir die ontwikkeling en ontwerp van 'n krisis-intervensieprogram, gerig spesifiek op die sekondêr getraumatiseerde kind in die hospitaal omgewing.

1.8. NAVORSINGSMETODOLOGIE

Die navorsingsmetodologie is volgens Denzin en Lincoln in de Vos *et al.* (2002:271), die strategieë of gereedskap vir die verkryging van 'n kwalitatiewe navorsingsontwerp. In hierdie navorsing gaan 'n kollektiewe gevallestudie gedoen word. Babbie (1998:282) definieër die konsep gevallestudie soos volg: “*A case study is an idiographic examination of a single individual, group, or society. Its chief purpose is description, although attempts at explanation are also acceptable*”.

Volgens de Vos *et al.* (2002:275) word hierdie studie hoofsaaklik gedoen volgens, “...*The product of this research is an in-depth description of a case or cases. The researcher situates this system or case within its larger context, but the focus remains on either the case or an issue that is illustrated by the case*”. Hierdie begrip verwys volgens Creswell in de Vos *et al.* (2002:275) na die verkenning of in-diepte analise van prosesse, aktiwiteite, gebeure, verskynsels, onderwerpe of konsepte van verskeie individue asook die ondervindinge en gevoelens, persepsies en uitdrukkings wat daaraan geheg is. Die

navorser is van mening dat 'n gevallestudie 'n spesifieke groep of gebeurtenis in diepte beskryf. Beskrywing is dan ook deels die doel van hierdie navorsing. Die klem sal lê op die verbale en nie-verbale gedrag en ervarings van die sekondêre getraumatiseerde kind.

Die navorser sal volgende fokus op die verskillende metodes wat gebruik is tydens hierdie studie om data in te samel.

1.8.1. METODES VAN DATA-INSAMELING:

Die navorser het gebruik gemaak van semi-gestruktureerde onderhoude en deelnemende observasie van vyf tot tien kinders, tussen die ouderdom van agt tot twaalf jaar, as slagoffers van sekondêre trauma wat aanmeld by die hospitaal se ongevalle afdeling.

Die navorser het ook 'n in-diepte literatuurstudie gedoen om temas te identifiseer wat ooreenstem. Die fokus was egter op die eksplorering van trauma op die puerale kind as sekondêre slagoffer in die ongevalle afdeling van die hospitaal.

Soos voorheen vermeld moet 'n in-diepte literatuurstudie eerste gedoen word, sodoende kan die nodige kennis verkry word waarvolgens die raamwerk opgestel kan word vir die gevallestudies. De Vos *et al.* (2002:268) is van mening dat *“Theory could be used to guide the study in an explanatory way (“before” data collection)...”* Babbie in de Vos *et al.* (2002:275) voeg by dat met gevallestudie navorsing, die navorser, die veld moet ingaan met die nodige kennis vanuit die literatuur.

“In order to conceive the research topic in a way that permits a clear formulation of the problem and the hypothesis, some background information is necessary. This is obtained mainly by reading whatever has been published that appears relevant to the research topic” (Bless en Higson-Smith, 1995:22).

Die literatuurstudie voorsien inligting rondom die navorsingsprobleem en het ten doel om die navorsingsvraag te beantwoord. In 'n kwalitatiewe studie rig dit ook die navorser se ondersoekstappe asook die uitbreiding van die navorser se kennis. (Vergelyk Leedy, 1993:87 en Mark, 1996:85 in Orban 2003:9.)

'n Deeglike literatuurstudie is gedoen in trauma-identifisering, die impak van trauma op die kind, kinders as sekondêre slagoffers van trauma en trauma-ontlonting met kinders.

'n Wye verskeidenheid van resente en relevante bronne vanuit verskillende studievervelde is tydens die literatuurstudie benut ten einde 'n volledige raamwerk saam te stel rondom die spesifieke navorsingsonderwerp. Hierdeur kon die navorser se navorsingsvraag gemotiveer en ondersteun word. Die navorser het gebruik gemaak van die Akademiese Inligtingsdiens van verskillende Universiteite, rekenaardatabasisse, die internet, joernale, artikels, persoonlike onderhoude, leersentrums asook enige literatuur uit ander dissiplines wat verbandhoudend is tot die onderwerp.

Deur gebruik te maak van die literatuurraamwerk is semi-gestruktureerde onderhoude en deelnemende observasie gebruik as die metodes van data insameling. *"Interviewing is important in qualitative research, for the purpose of identifying themes for further investigation in order to do a valid literature review with a view to verifying findings"* (De Vos et al., 2002:337).

Bless en Higson-Smith (1995:106) is van mening dat die onderhoud een van die mees direkte metodes van data-insameling is. Hierdie metode wys op die direkte persoonlike kontak tussen die navorser en navorsingssubjek tydens die verkryging van die nodige informasie. Die navorser het gebruik gemaak van 'n semi-gestruktureerde onderhoudskedule wat opgestel sal word vanuit die literatuur.

Vir die doeleindes van hierdie studie asook die uitbreiding van die navorser se kennisbasis is daar met kundiges gekonsulteer om sodoende die bestaande kennis rondom die impak van trauma op die puerale kind as die sekondêre getraumatiseerde slagoffer te ondersoek.

Kundiges het persone ingesluit wat kundiges is op die gebied van kinderontwikkeling, trauma en die hospitaal. Die navorser het gebruik gemaak van tien kinders, wat as sekondêre trauma slagoffers by die Verre Oos-Randse hospitaal, in Springs, se ongevalle afdeling aangemeld het, gedurende Desember 2004.

De Vos *et al.* (2002:280) definieer deelnemende observasie as “... a qualitative research procedure that studies the natural and everyday setup in a particular community or situation.” Deelnemende observasie het gedien as die ander tegniek van data-insameling. Die navorser het die rol ingeneem van totale deelnemer en veldnotas is geneem van elke geval wat geanaliseer is. Hierdie notas is in lêers gestoor op die rekenaar en slegs die navorser het toegang tot dit.

Die navorser het met die insameling van die inligting temas geïdentifiseer vanuit die literatuur, onderhoude en observasie. Hierdie geanaliseerde data identifiseer ooreenkomstige temas wat die impak van trauma op die kind as sekondêre slagoffer bepaal. Die ingesamelde data is verwerk tot lêers wat gestoor word op die rekenaar. Die lêers het ‘n kode vereis vir toegang om vertroulikheid van die kliënte te verseker.

1.8.2. METODES VAN DATA-ANALISE;

Data-analise in kwalitatiewe navorsing is ‘n gekompliseerde taak en verg kreatiwiteit. Die ontleding van kwalitatiewe data kan ‘n oorweldigende taak wees (Creswell, 1998:143). Schwandt (1997:4) meld die volgende in dié verband: “*It includes the processes of organizing, reducing, and describing the data; drawing conclusions or interpretations from the data, and warranting those interpretations. If data could speak for themselves, analysis would not be necessary.*” Volgens De Vos (1998:334) moet hierdie data korrek hanteer word sodat rekord gehou kan word van beskikbare data met die oogpunt om die studie verifieerbaar en herhaalbaar te maak.

Creswell (2003:191-195) se prosedure vir analise van kwalitatiewe data sal gebruik word om die data te ontleed, te verwerk en te beskryf. In hierdie prosedure word soos volg te werk gaan:

- ❖ Transkribeer elke onderhoud/sessie
- ❖ Lees deur al die transkripsies om ‘n geheelbeeld en algemene indruk te vorm
- ❖ Kodeer die materiaal (identifiseer kernwoorde met verskillende kleure)
- ❖ Identifiseer temas tydens die koderingsproses deur byvoorbeeld ooreenstemmende temas met dieselfde kleure te merk
- ❖ Beskryf die temas woordeliks en visueel met figure en tabelle en
- ❖ Interpreteer die data deur bestaande literatuur te gebruik.

Tydens hierdie beskrywing sal die inhoud van gesprekke uiteraard aangehaal word. Verwerkte data is so akkuraat en objektief moontlik deur die navorser in die navorsingsverslag weergegee. Gevolgtrekkings en aanbevelings is gemaak.

1.9. VOORONDERSOEK

De Vos *et al.* (2002:337) is van mening dat die doel van die voorondersoek “...*is to determine whether the relevant data can be obtained from the respondents*”. Die navorser sien die voorondersoek as die geleentheid om die studie te toets met die doel om die navorsingsontwerp te evalueer en moontlik te verander.

Samevattend kan die voorondersoek as ‘n belangrike stap in die navorsingsproses beskryf word. Die werkswyse en uitvoerbaarheid van die studie word voordat die studie volledig onderneem word, noukeurig getoets. Sekere aspekte word gewysig ten einde te verseker dat die navorsingsbevindinge geldig en betroubaar is.

1.9.1. UITVOERBAARHEID VAN DIE STUDIE:

“Die uitvoerbaarheid van ‘n navorsingsondersoek behels die oorweging van aspekte soos die beskikbaarheid van hulpbronne, etiese kwessies, beskikbare tyd en fondse” (Orban 2003:11).

Die navorser het nie probleme ervaar met die uitvoerbaarheid en toeganklikheid van die studie nie. Die studie het plaasgevind by die Verre Oos-Randse Hospitaal wat geleë is in Springs. Die navorser het eers toestemming verkry vanaf die ouers of voogde omdat dit eties korrek sal wees. ‘n Brief van toestemming is hiervoor opgestel (Bylae B en C). Die Universiteit se dekbrieff met die nodige inligting oor die navorsingsprojek as verifiëring van die universiteit se betrokkenheid, is ook getoon. Die navorser het die meeste van die navorsing gedoen oor naweke sodat dit tydensgewys uitvoerbaar kon wees. Baie van die onderhoude en observasie het egter na-ure plaasgevind wat dit meer tydseffektief gemaak het. Die geldelike implikasies was beperk. Etiese klaring en toestemming om die studie uit te voer, is deur die Navorsings- en Etiekkomitee van die Fakulteit Geesteswetenskappe, aan die Universteiteit van Pretoria in September 2003 gegee.

1.9.2. VOORTOETSING VAN METINGSINSTRUMENT:

“When the specific measuring instruments have been tested carefully during the pilot study, no problems should be experienced during the main investigation” (De Vos et al., 2002:216).

Neuman (2000:241) is egter van mening dat alle apparaat wat gebruik gaan word getoets moet word. Die navorser het ook ‘n plig om ná die ondersoek ‘n onderhoud te voer met die respondente om uit te vind of hulle al die vrae verstaan het om derhalwe aanpassings te maak waar dit nodig mag wees. Die navorser het met drie uitgesoekte respondente wat aan die vereistes van die steekproef voldoen onderhoude gehad by die ongevalle afdeling van die Verre Oos-Randse Hospitaal.

Hierdie voortoetsing het veral gehelp met die verandering en verbetering van die onderhoudskedule. Deur die toetsing van die effektiwiteit en toeganklikheid van die ingesamelde data, asook die bruikbaarheid van die inhoud, het die navorser geweet wanneer en hoe om die nodige aanpassings te maak. Dit is baie belangrik om die verlangde uitkomst te verkry omdat dit ‘n moontlike rol kan speel in die toekomstige beplanning en implementering van verdere studies.

Die proefstudie speel ‘n baie belangrike rol omdat dit die ruggraat van die navorser se kennis bepaal vir die voorgename studie. Dit oriënteer die navorser op die voorgestelde projek wat in gedagte is. Suksesvolle implementering van die voortoetsing verhoog die sukses van die beplande studie.

Die volgende stap wat die navorser gevolg het, was die omskrywing van die populasie en die bepaling van die wyse waarop die steekproewe geneem sou word.

1.10. POPULASIE EN STEEKPROEFTREKKING

1.10.1. BESKRYWING VAN DIE NAVORSINGSPOPULASIE:

Bless en Higson-Smith (1995:85-86) definieer ‘n populasie as *“...the entire set of objects and events or group of people which is the object of research and about which the researcher wants to determine some characteristics...”*. Rubin en Babbie (2001:110-112)

is egter van mening dat die populasie bestaan uit alle individue met dieselfde karaktereienskappe as die eenheid van analise.

Die populasie van hierdie studie is alle gesinne - ongeag geslag, kultuur, etnisiteit of ras - met sekondêre getraumatiseerde kinders wat aangemeld het by die ongevalle afdeling van die Verre Oos-Randse Hospitaal .

1.10.2. BEPERKINGE EN GRENSE:

Die instansie was die Verre Oos-Randse Hospitaal wat geleë is in Springs. Dit het die grense gestel aan die studie. Die respondente het ingesluit alle sekondêre getraumatiseerde kinders, tussen die ouderdom van agt tot twaalf jaar, verteenwoordigend van elke ras, geslag en etnisiteit wat aangemeld het by die ongevalle afdeling na onmiddellike blootstelling aan enige trauma gedurende Desember 2004.

1.10.3. STEEKPROEF EN STEEKPROEFMETODE:

Cournoyer en Klein (2000:118) verwys na steekproeftrekking as niks meer as die verkryging van 'n klein deel van 'n bepaalde populasie en waar hierdie bepaalde groep oor die karaktereienskappe beskik wat veralgemeen kan word na die bepaalde populasie.

'n Steekproef moet altyd vanuit 'n homogene bevolking getrek word. Neuman (2000:195) voeg by dat die primêre doel hiervan is, dat hierdie steekproef wel verteenwoordigend sal wees sodat akkurate gevolgtrekkings gemaak kan word. In die studie is daar gebruik gemaak van 'n doelgerigte steekproefmetode wat de Vos *et al.* (2002:207) definieer as “... *a sample that is composed of elements that contain the most characteristic, representative or typical attributes of the population...*”.

Die kriteria wat die navorser gebruik het vir seleksie van respondente was, tien sekondêre getraumatiseerde kinders tussen die ouderdom van agt tot twaalf jaar, verteenwoordigend van elke ras, geslag en etnisiteit wat aangemeld het by die ongevalle afdeling van die Verre Oos-Randse Hospitaal in Desember 2004.

1.11. ETIESE ASPEKTE

De Vos *et al.* (1997:24) sien etiek as die morele riglyne wat deur die navorser gevolg word en deur die respondente (individue en groepe) aanvaar word. Hierdie riglyne voorsien etiese reëls en gedragsverwagtinge van die navorser in die navorsingstudie.

Die navorser het de Vos *et al.* (2002:62-75), Bless en Higson-Smith (1995:102-103) en Cournoyer en Klein (2000:21-45) vergelyk en die volgende etiese aspekte geïdentifiseer as belangrike etiese riglyne vir hierdie studie.

1.11.1. GELYKE SELEKSIE VAN RESPONDENTE:

Cournoyer en Klein (2000:25) identifiseer dat almal 'n gelyke en regverdigte geleentheid het om gekies te word as deel van die steekproef. Dit sluit geen diskriminasie op grond van geslag, ras en kultuur in. Die navorser het gesorg dat daar met gelykheid en regverdigheid te werk gegaan is toe die respondente gekies is.

1.11.2. VERMYDING VAN SKADE (FISIES OF EMOSIONEEL) AAN DIE RESPONDENTE:

De Vos *et al.* (2002:64) beklemtoon die belangrikheid dat die navorser die nodige voorsorgmaatreëls sal tref om die respondente te beskerm teen enige skade wat opgedoen kan word vanweë hul betrokkenheid by die studie. Die navorser het 'n beleidsriglyn opgestel en aan elke ouerpaar gegee wat moontlike gevare identifiseer asook moontlike strategieë waarvolgens opgetree kan word om gevare en skade te elimineer.

1.11.3. DIE RESPONDENTE MOET INGELIGTE TOESTEMMING VOORSIEN OM AAN DIE NAVORSING TE KAN DEELNEEM:

Cournoyer en Klein (2000:27-28) asook de Vos *et al.* (2002:65-66) is van mening dat die respondent slegs ten volle aan die navorsing mag deelneem as die respondent ten volle ingelig word oor die navorsing, die doel, die voordele en nadele, prosedures en moontlike gevare. Die respondent kon slegs toestemming gee om te kon deelneem as daar duidelikheid is van wat die verwagtinge en pligte van die respondent sou wees. Indien verlang, kan 'n opsomming van die voorlegging rakende die studie aan deelnemers voorsien word.

1.11.4. VRYWILLIGE DEELNAME:

Bless en Higson-Smith (1995:102) en Cournoyer en Klein (2000:28-29) is van mening dat die respondente net vrywillig mag deelneem aan die navorsing en nie geforseer mag word deur die navorser nie. Die navorser moet aanvaar dat die respondente mag weier en dat dit nie negatief geïnterpreteer mag word nie. Die navorser was van mening dat, sou die opsomming en dekbrieff aan die respondente beskikbaar gestel word, dit daarna die respondente se keuse sou wees of hulle sou deelneem aan die navorsing, al dan nie.

1.11.5. BESKERMING VAN DIE PRIVAATHEID EN KONFIDENSIALITEIT VAN DIE RESPONDENTE ASOOK OUTONOMITEIT VAN DIE RESPONDENTE BY DIE BEKENDSTELLING VAN DIE BEVINDINGE:

Bless en Higson-Smith (1995:102-103), Cournoyer en Klein (2000:29-31) en de Vos *et al.* (2002:67-69; 71-72) beklemtoon dit baie sterk dat alle inligting van die respondente veilig en weg van die publieke oog bewaar moet word. Die respondente het 'n reg tot die beskerming van alle private inligting wat ingewin is tydens die navorsing. As daar tydens die analiserings- en interpreteringsfase van die inligting gepubliseer moet word, moet die name van die respondente apart hanteer word. Die navorser was bewus dat daar met baie intieme, emosionele en private data gewerk is. Die respondente was dus verantwoordelik vir die verskaffing van 'n skuilnaam. Die navorser het verder die inligting gestoor op 'n rekenaar in verskillende lêers wat toegangskodes vereis het. Dit is as 'n hoofprioriteit gemaak dat die respondent beskerm sou word op elke terrein. Alle data is anoniem en konfidensieel hanteer.

1.11.6. DIE NAVORSER SE EERLIKHEID, OOPHEID EN VERANTWOORDELIKHEID OM DIE RELEVANTE DATA EN RESULTATE TE VOORSIEN:

De Vos *et al.* (2002:69-70) beklemtoon die belangrike rol van die navorser om eerlik en akkuraat te wees in die aanbieding van die navorsingsverslag. Die navorser is van mening dat eerlikheid en openheid met die respondente, verskillende rade, studente en dosente, maar ook met die navorser self, van kritiese belang is. Die resultate van die navorsing moet van integriteit getuig omdat dit werklik 'n impak in die teorie en praktyk moet maak.

1.11.7. ONTLONTING VAN RESPONDENTE:

De Vos *et al.* (2002:73) en Cournoyer en Klein (2000:32-35) is van mening dat dit belangrik is vir die navorser om voldoende nasorgdienste aan die respondente beskikbaar te stel. Die respondente voorsien baie intieme en emosionele inligting wat dit noodsaaklik maak dat terapie voorsien sal word aan die respondente om hierdie trauma voldoende te verwerk. Die navorser het ingetree in hierdie verband omdat die navorser as traumaterapeut 'n bydrae kon lewer. Verdere ervaring kon ook so opgedoen word. In gevalle waar dit egter nie moontlik was nie het die navorser die respondente verwys na kollegas of kundiges op die gebied. Dit is egter belangrik om te meld dat die navorsingsrol en terapeutiese rol duidelik van mekaar geskei was.

1.11.8. MISLEIDING VAN RESPONDENTE:

Corey *et al.* in De Vos *et al.* (2002:66) definieer misleiding as die terughouding van informasie of voorsiening van verkeerde inligting om die deelname te verkry van respondente in 'n situasie waar hulle nie normaalweg sou instem nie. Dit is vir die navorser baie belangrik dat daar deurlopend eerlikheid was tussen beide partye en dat die respondente op hoogte was van sake. Die navorser stel sekere verwagtinge en doelwitte aan die studie en weet dat dit net bereik kan word as die respondente werklik weet wat van hulle verwag word. Die navorser het die aspekte met hulle bespreek as dit gevra is, sodat die respondente ten alle tye geweet het wat in die studie aan die gang is en om enige misverstande vroegtydig op te klaar.

Dit is van uiterste belang dat daar eerlikheid, vertrouwe en openheid was tussen die navorser en die respondente. Hierdie belangrike aspekte het die sukses van hierdie studie bepaal.

1.12. DEFINISIE VAN DIE HOOFKONSEPTE

Definiëring van die terminologie is belangrik om enige misverstande uit te skakel. Die volgende begrippe sal gedefinieer word:

1.12.1. KIND:

"Persoon onder die ouderdom van 18 jaar kragtens die Wet op Kindersorg" (Wet 74 van 1983). "A child is a young human. Depending on context it may mean someone who is

not yet an adult, or someone who has not yet reached puberty (someone who is prepubescent)”, (en.wikipedia.org/wiki/Child). Vir die doeleindes van hierdie studie word ‘n kind as ‘n persoon binne die middelkinderjare beskou.

1.12.2. GETRAUMATISEERDE KIND:

“A trauma is an experience that is sudden, horrifying and unexpected. During a trauma the person believes that they or others around them will be seriously injured or killed. The person feels fear, and is helpless and out of control. A trauma is not part of a child's normal experience. The event is so intense and frightening that it overwhelms the child's ability to cope. A trauma is always regarded as negative and damaging to the mental health of the child” (Lewis, 1999:6). *“Kinders word dikwels deur ‘n verskeidenheid van situasies gekonfronteer wat nie alleenlik vir die kind problematies kan wees nie, maar ook traumaties. Kinders word blootgestel aan ‘n verskeidenheid situasies soos geweld in die gemeenskap, gesinsgeweld, egskeiding, afsterwe van betekenisvolle gebeurtenisse in hul lewens wat ‘n negatiewe impak op die kind se funksionering en ontwikkeling kan hê. Die kind word dus dikwels aan homself oorgelaat om deur die trauma en probleme wat deel is van sy lewe, te werk. Aangesien die kind nie oor dieselfde vermoëns as volwassenes beskik om probleme te hanteer en trauma te verwerk nie, gee die onverwerkte trauma dikwels aanleiding tot onopgeloste gevoelens, emosionele probleme en gedragsprobleme by die kind”* (Orban, 2003:18).

‘n Trauma-insident vind skielik plaas en daar is min of geen tyd vir die kind beskikbaar om hom/haar fisies of emosioneel voor te berei nie. Die kind se normale vermoë om probleme en uitdagings te hanteer, verdwyn. Die kind kom hulpeloos en passief voor as gevolg van die oormatige hoeveelheid skok en spanning wat die liggaam moet verwerk. Juis in hierdie tyd benodig die kind ekstra ondersteuning asook die aanleer van nuwe probleem-hanteringstrategieë. Dit is ook nodig dat die kind die geleentheid gegun word om sy/haar siening en gevoelens van die situasie, te ontloot en alle gedagtes te orden.

Vir die doeleindes van hierdie studie sal die getraumatiseerde kind beskou word as die kind wat aan stresvolle lewensgebeurtenisse blootgestel is en emosionele en gedragsprobleme toon weens onopgeloste gevoelens rakende die insident.

1.12.3. SEKONDÊRE TRAUMA:

Roos en du Toit (2002:46) definieer hierdie kategorie as “...*Traumatisation that is caused by indirect exposure to trauma. This person is not the direct victim of the traumatic event, but has been exposed either through seeing or hearing about the event*”. Lewis (1999:6) definieer sekondêre trauma as, “*a victim of trauma is often mistakenly thought only to include the person who was directly affected by the incident... the traumatic experience may also affect witnesses and many other people... This is called indirect or secondary traumatisation. Any contact with the trauma – through witnessing or hearing about the event can have damaging effect*”. “*Those persons beyond the immediate victim to whom the repercussions of a crime or tragedy spread. Examples include parents, children and siblings of a sudden death, as well as members of the extended family and even their workmates or witnesses to an occurrence. These people suffer the invisible wounds of emotional trauma, and are as much victims of crime as those who suffered personal injury or financial loss*” (Skrywer onbekend, 2003:3).

Die navorser kom tot die gevolgtrekking dat sekondêre trauma gesien word as trauma van individue wat nie direk die slagoffer van die insident was nie maar eerder die passiewe observeerder was of gehoor het van die hele insident. Die navorser is van mening dat hierdie begrip op mediese gebied asook vir die doel van hierdie navorsing baie ooreenstem met die term “die slagoffer van sekondêre trauma”. Hierdie individue ervaar dieselfde simptome asook gevoelens wat die primêre slagoffer beleef en benodig ook onmiddellike ontlasting om enige kense van posttraumatiese spanning uit te skakel. Die kind word vir hierdie studie as die slagoffer van sekondêre trauma gesien. Hierdie beskrywing word dan gebruik as die klassifisering van die sekondêre slagoffer.

1.12.4. DIE MIDDELKINDERJARE:

Engelbrecht (1994:63) definieer die kind tussen die ouderdom van ses tot twaalf jaar as die skoolkind of die middelkinderjare. Hulle beskou die kind as selfstandig omdat die kind al baie vaardighede baasgeraak het. Die kind word gekenmerk as avontuurlustig en is besig met die ontdekking van die oorsaaklikheid van gebeure asook die belangstelling om te weet hoe dinge werk. Hul verhouding met die wêreld en met ander mense speel ook 'n kern rol. Alhoewel die middelkinderjare 'n relatiewe rustige tydperk is wat die fisiese ontwikkeling van die kind betref, is hierdie tydperk egter baie belangrik

wat die kind se kognitiewe, sosiale, emosionele en selfkonsepontwikkeling betref (Louw, Ede & Louw, 1998:326).

Die navorser kom tot die gevolgtrekking dat die kind besig is om sy/haar ontwikkelingstake te bemeester, sy omgewing te ontdek, asook om verhoudings te ontwikkel. Die rol van 'n ouer of voog word gesien as van onberekenbare waarde op die kind. Die navorser is van mening dat die trauma 'n impak op die kind se lewe gaan hê asook hoe die kind verder sal ontwikkel, in verwagtinge gaan voldoen, ontwikkelingstake sal voltooi asook toekomstige probleme gaan hanteer.

Vir die doeleindes van die studie sal die middelkindjare dus gedefinieer word as die laerskoolkind tussen die ouderdom van ses tot twaalf jaar.

1.12.5. ONGEVALLE AFDELING: (verwys as die Trauma sentrum/afdeling)

“Medical centers which specialize in the acute treatment of severe injuries are called trauma centers. This casualty section specializes in the treatment of sudden, life-threatening physical injury, requiring rapid intervention by a well-trained surgical team” (Ruzek & Garay, 1996:123). *“These may be either major units, providing a 24 hour service seven days a week to which the great majority of emergency ambulance cases are taken, or small units commonly called casualty departments, in which services are often only available for limited hours and which may not deal with emergency ambulance cases. A casualty department is not always part of a hospital site. Additional activities may also take place such as: elective surgical work of a minor nature, observation and treatment of patients in beds, and the holding of out-patient clinics. Beds either within or adjacent to a department will be counted as a ward or part of a ward. Work apart from the accident and emergency service should be recorded in the appropriate data system. An accident and emergency service offers care to patients who arrive with urgent problems and who have not usually been seen previously by a general practitioner and health care team. In the case of serious illness or accident, the treatment provided will be vital resuscitation only before the patient is admitted to hospital “* (Van der Merwe, Persoonlike elektroniese pos, 16 Junie 2003).

Die ongevalle of trauma afdeling kan gedefinieer word as die afdeling waar akute, nie-akute en obserweerbare gevalle van trauma hanteer word deur 'n hoogs-gekwalfiseerde

mediese span. Hierdie mediese personeel hanteer mediese toestande wat strek vanaf siektes en beserings tot die dood. Die navorser is van mening dat omdat hierdie afdeling so hoogs-gespesialiseerd is, dit van groot hulp sal wees as daar programme sal ontwikkel word om die spanningsvolle situasies te vergemaklik en die personeel die geleentheid kan gee om aandag te skenk aan meer ernstige situasies.

Noudat daar duidelikheid is oor die verskillende konsepte sal die navorser in die volgende gedeelte fokus op die leemtes van die studie en na die indeling van die navorsingsverslag kyk.

1.13. LEEMTES TYDENS DIE ONDERSOEK

Die doelstelling en doelwitte van hierdie studie is bereik en die navorsingvraag is suksesvol beantwoord. Tydens die ondersoek het bepaalde leemtes gemanifesteer. Die samewerking van die respondente was soms beperkend as gevolg van kommunikasie-gapings, emosionele uitbarstings (huil en angstigheid) en aandagafleibaarheid in die ongevalle afdeling. Die navorser het van werkverwissel asook 'n senuwee-ineenstorting gehad gedurende die tydperk van die navorsing. Die navorsing het dus 17 maande geneem om voltooi te word.

1.14. INDELING VAN DIE NAVORSINGSVERSLAG

Hierdie verhandeling bestaan uit die volgende hoofstukke:

- ❖ **Hoofstuk 1:** Algemene inleiding en uiteensetting van die navorsingsmetodologie is in hierdie hoofstuk vervat
- ❖ **Hoofstuk 2:** Trauma en die kind as sekondêre slagoffer sal deeglik in hierdie studie ondersoek word deur die literatuurstudie
- ❖ **Hoofstuk 3:** Trauma-ontlonting en die kind word in hierdie hoofstuk uiteengesit deur 'n literatuurstudie
- ❖ **Hoofstuk 4:** Die bespreking van die navorsingsbevindinge as kliniese uiteensetting van die navorsing
- ❖ **Hoofstuk 5:** Die volledige samevattende gevolgtrekking en aanbevelings.

HOOFSTUK 2: 'n INLEIDING TOT DIE IMPAK VAN TRAUMA OP DIE KIND

SILENT HURTING HEART

*"Oh, nothing's wrong," she smiled
and said grinning from ear to ear.
The frown that just was on her face
seemed to disappear.*

*But deep down where secrets are kept
the pain began to swell.
All the hurt inside of her
just seemed to stay and dwell.
All the pain in her heart
was too much for her to take.
Pretending everything's O.K.
is much too hard to fake.*

*She'd duck into the bathrooms
and hide inside the stalls
because no one could see her tears
behind those dirty walls
She was sick and tired of losing
and things never turning out right.
She had no hope left in her.
She was ready to give up the fight.*

*She wiped away the teardrops
put a smile back on her face,
pulled herself together and
walked out of that place.*

*Life went on and things got better.
She thought that was a start.
But still no one could see inside
her silent hurting heart.*

By Dayna Erickson Grade 7 Student

2.1. INLEIDING

Fisiese mishandeling, verkragting, brande, motorongelukke, natuurrampe, gesinsgeweld, gemeenskapsgeweld, substansiemisbruik, skielike dood van 'n geliefde, kapings en enige ander trauma het 'n dramatiese impak op die fisiese, emosionele, kognitiewe en sosiale funksionering van kinders, volwassenes en die res van die gemeenskap.

Volwassenes en kinders van alle ouderdomme voel hierdie impak deur die intense vrees en akute spanning wat volg na 'n traumatiese insident omdat trauma 'n individu ontnem van enige vorm van beheer, verbinding met realiteit en betekenis van die wêreld.

“Trauma’s initial impact brings four very powerful messages to a trauma survivor and the community. It tells the survivor that the world is no longer a safe world, no longer a kind world, no longer a predictable world, and no longer a trustworthy world” (Riethmayer, 2003:1).

Elkeen van hierdie aspekte word deur die traumatiese gebeurtenis weggeneem of ingedring omdat trauma skielik, onverwags, en 'n intense gebeurtenis is en die kind beroof word van sy/haar reg tot onskuld. Die kind se wêreld sal nooit weer dieselfde wees nie omdat trauma die individu ontnem van sy/haar normale manier om probleme te hanteer.

In hierdie hoofstuk sal verskeie aspekte van trauma as verskynsel bespreek word. Daar sal gefokus word op die definisie van trauma, die impak van trauma op die ontwikkeling van die kind se wêreld, die effek van trauma asook die gevolge op die biopsigososiale ontwikkeling van die kind.

2.2. DEFINISIE VAN TRAUMA

Trauma word deur Bisbey en Bisbey (1999:27) gedefinieer as *“...any event or experience that is outside the person’s usual or ordinary experience and expectations about the way in which the world works and/or the way in which people treat each other.”* Die navorser is van mening dat trauma inbreuk maak op die lewe van individue, families, gemeenskappe en nasies, op 'n meer gereelde basis en met groter intensiteit

as in die verlede. Trauma is 'n resultaat van 'n wye reeks van gebeure wat 'n impak het op die persoon se lewensomstandighede of lewensfase en wat tot gevolg het dat daar 'n oorlading plaasvind van die persoon se normale hanteringsmeganismes. (Vergelyk Retief, 2004:17-18 en Riethmayer, 2003:1.)

Goldman (2002:10) beweer dat “*death-related tragedies involving suicide, homicide and AIDS and non-death-related traumas such as bullying and victimization, divorce and separation, foster care and abandonment, violence and abuse, drugs and alcohol, and sexuality and gender identification had left many youth living their lives with overwhelmed feelings and distracted thoughts.*”

Navorsing toon dat kinders wat traumatiese gebeurtenisse ervaar het 'n wye verskeidenheid van reaksies toon. Sommiges ervaar slegs bekommernisse en slegte gedagtes van die gebeurtenis, wat verwerk word met die verloop van tyd deur die regte emosionele en sosiale ondersteuning. Ander is egter erger aangeraak deur die traumatiese gebeurtenis en die impak strek oor 'n langer termyn. (Vergelyk Yehuda, McFarlane & Shalev, 1998:1305-1313 en Smith & Noth, 1993:405-419.)

Volgens die Nasionale Instituut van Psigiatriese Gesondheid (2001:23) het trauma 'n mediese en psigiatriese definisie. Mediese trauma verwys na 'n ernstige of kritiese besering, wond of skok wat die fisiese liggaam ervaar, terwyl psigiatriese trauma of emosionele trauma verwys na “*...the development of characteristics symptoms following exposure to an extreme traumatic stressor involving direct personal experience of an event that involves actual or threatened death or serious injury, or other threat to one's physical integrity; or witnessing an event that involves death, injury, or a threat to the physical integrity of another person; or learning about unexpected or violent death, serious harm, or threat of death or injury experienced by a family member or other close associate*” (American Psychiatric Association DSM-IV-Tr, 2000:424).

Oor die afgelope paar jaar het die definisie van trauma egter verbreed en soos wat die DSM-IV se definisie meld kan trauma opgedeel word in 'n primêre slagoffer wat verwys na die persoon waarmee die trauma plaasvind en die sekondêre slagoffer wat verwys na die persoon wat die gebeurtenis waargeneem het of 'n naby verhouding met die slagoffer het. In beide gevalle is emosionele trauma 'n normale reaksie vir 'n ekstreme

gebeurtenis. Dit sluit in die skepping van emosionele “prentjies” oor die spanningsvolle gebeurtenis, wat gestoor word in die brein en dan bepaalde reaksies ontlok. Hierdie gebeurtenis word gesien dat dit moontlik ‘n bedreiging kan inhou vir die individu se lewe en het ‘n bepaalde impak op die fisiese en sielkundige funksionering van die betrokke individu. Die gebeurtenis gaan gepaard met ‘n wye verskeidenheid van gevoelens soos intense vrees, hulpeloosheid of afgryse. (Vergelyk Dyregrov, 1991:13-28; Barnard, Morland & Nagy, 1999:86-87; Harris-Hendriks, Black & Kaplan, 2000:9-21.)

Volgens Perry (2002:2) beveel die Amerikaanse Trauma Akademie aan dat daar ‘n belangrike verskil is tussen krisis en trauma. Krisis is deel van die lewe en voorsien ‘n geleentheid om te groei terwyl trauma ‘n toename is in vrees en gevaar en dit is skadelik vir ‘n individu se verstandelike gesondheid.

Die navorser kom tot die gevolgtrekking dat trauma vir die doeleindes van hierdie studie gesien moet word as enige gebeurtenis wat ‘n kind ondervind waar dood, geweld en besering van ‘n ander individu, gevoelens ontloft soos vrees, hulpeloosheid en afgryse asook disfunksionele gedrag. Die kind sien hierdie gebeurtenis as lewensgevaarlik en buite sy/haar normale hanteringsvermoë.

Die klassifisering van traumatiese gebeurtenisse sal vervolgens bespreek word.

2.3. KLASSIFISERING VAN GEBEURE AS TRAUMA

Trauma word nie net beperk tot gesinsgeweld of seksuele aanranding nie maar sluit ook gebeurtenisse in soos motorongelukke, brande, natuurrampe, verkragting en seksuele- of fisiese aanranding. Die DSM-IV (1994:424) sluit ook die volgende aspekte in: die diagnose van ‘n lewensgevaarlike siekte, geweld op skool, aanskouer van ‘n aanranding van ‘n ander persoon, terrorisme, oorloë, ontvoering of aanhouding. Om ‘n gebeurtenis te definieer as traumaties moet die gebeurtenis gesien word as ‘n bedreiging tot ‘n persoon se fisiese integriteit en gepaard gegaan word met gevoelens soos hulpeloosheid, vrees, gruwel en afgryse.

Greenwald (2005:10) is verder van mening dat nie alle gebeurtenisse wat ondervind word as traumaties gedefinieer kan word nie, maar Giller (2003:20) is van mening dat

die slagoffer se ondervinding voor, tydens en na die gebeurtenis dit sal definieer as traumaties of nie. Faktore wat 'n rol speel word in Tabel 2 uiteengesit:

TABEL 2: FAKTORE WAT KLASSIFISERING VAN TRAUMA BEÏNVLOED

VOOR DIE GEBEURTENIS	TYDENS DIE GEBEURTENIS	NA DIE GEBEURTENIS
<ul style="list-style-type: none"> - Vorige ondervindinge of blootstelling aan trauma; - Enige verstandelike, fisiese en emosionele probleme by die kind of in die familie; - Gesinsgeweld of enige ander spanning wat voorkom in die gesin, bv. egskeiding, siektes en finansiële probleme; - Leer en sosiale probleme; - Tekort aan gesinsondersteuning; - Tekort aan sosiale ondersteuningsnetwerke; - Begrip van die gebeurtenis; - Geslag; - Bekommernis van ander se fisiese en emosionele funksionering; - Begeerte om ander te beskerm; - Die persoonlikheid en geaardheid van die kind; - Huidige probleemhanteringsstrategieë ; - Gesinstruktuur, funksionering en verhoudings; - Demografiese faktore en sosio-ekonomiese status. 	<ul style="list-style-type: none"> - Aard en graad van erns van die trauma insident; - Direkte blootstelling aan trauma (bv. deel van motorongeluk); - Direkte blootstelling aan trauma (bv. ooggetuie terwyl ongeluk plaasgevind het); - Indirekte blootstelling (bv. van die ongeluk gehoor of op die televisie gesien), dit staan ook bekend as emosionele blootstelling; - Intense reaksie of akute spanning en vrees; - Persoonlike beserings; - Verhouding met primêre slagoffer teenoor vreemdeling; - Verandering in rolle en verwagtinge; - Bekommernis oor die toekoms en primêre versorging; 	<ul style="list-style-type: none"> - Aanhoudendheid van fisiese simptome soos hoofpyne, slapeloosheid, naarheid, maagpyn en lyfseer asook simptome soos nagmerries, vrese en bekommernisse; - Rol van die media ten opsigte van aanhoudende blootstelling van die gebeurtenis of soortgelyke gebeurtenisse wat kan lei tot multi-traumatisering; - Gereeldheid van traumatiese herinneringe wat bydra tot 'n afname in belangstelling in alledaagse aspekte en aktiwiteite en gevoelens ontloot soos skuld, huil, geïrriteerdheid, hartseer, alleen, geïsoleerd en kwaad; - Ernstigheid van sekondêre spanning wat kan lei tot PTSS, depressie, angsvreterings, eetversteurings en veral by kinders sinkingskoors waar die kind gedrag toon jonger as sy/haar kronologiese ouderdom; - Trauma word vererger as daar 'n tekort is aan familie ondersteuning en sosiale ondersteunings netwerke - Hulpbronne wat in elkeen beskikbaar is om die trauma makliker te verwerk soos: <ul style="list-style-type: none"> - Sielkundige hulpbronne: aanpassing van reeds bestaande hanteringsmeganismes, bevoegdheid om trauma te oorkom, sekuriteit van self asook stabiliteit, hoop en optimisme oor die toekoms,

		<p>realistiese konsep van trauma;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fisiese hulpbronne: goeie fisiologiese gesondheid en intelligensie; - Omgewingshulpbronne: beskikbaarheid van ondersteuning en sisteme van omgee, liefde en aanvaarding, konstantheid en stabiliteit asook gereelde beskikbaarheid van nodige hulpbronne; - Dit is egter baie belangrik om die gemeenskap op te lei in trauma.
--	--	--

(Volgens Greenwald, 2005:10-11; Udwin, 2000:969-979; Norris, 2002; James en Gilliland, 2001:175-176 & Goodman, 2002:6-23.)

Perry (2002:1) is van mening dat traumatiese gebeurtenisse 'n dramatiese impak het op die kind se fisiese, emosionele, kognitiewe en sosiale ontwikkeling. Trauma kan die manier hoe die kind die wêreld sien, verander. Die kind se veiligheid en sekuriteit word bedreig en uitgedaag.

Die navorser kom tot die gevolgtrekking dat die kind se potensiaal om kreatief, produktief, gesond en gebalanseerd te wees hoofsaaklik sal afhang van sy/haar ondervindinge gedurende kinderjare. As die kind se potensiaal bedreig word deur 'n traumatiese gebeurtenis, sal ontwikkeling stagneer of drasties agteruitgaan omdat trauma die kind se persepsie van mag, veiligheid en vrede vernietig. Die navorser sal die impak van trauma op die biopsigososiale funksionering van die kind in sy middelkinderjare vervolgens bespreek.

2.4. IMPAK VAN TRAUMA OP DIE BIOPSIGOSOSIALE ONTWIKKELING VAN DIE KIND

Engelbrecht (1994:63) definieer die kind tussen die ouderdom van agt tot twaalf jaar as die skoolkind. Hulle beskou die kind as selfstandig omdat die kind al baie vaardighede baasgeraak het. Hulle verhouding met die wêreld en met ander mense speel ook 'n kern rol omdat die ontwikkeling van die kind se kognitiewe-, sosiale-, emosionele- en selfkonsep plaasvind (Louw, van Ede & Louw, 1998:326).

Die navorser is van mening dat die trauma wat die kind ervaar het, 'n baie slegte gevolg kan hê op die hele proses van volwassewording asook die ander sisteme wat betrokke is in die kind se ontwikkeling en erge disfunksionaliteit tot gevolg sal hê met verdere ontwikkeling en voltooiing van ontwikkelingstake. Om hierdie stelling te verstaan is dit van belang om na die biopsigososiale funksioneringsmodel van die kind in sy/haar middelkinderjare te gaan kyk. Die navorser sal hierdie model asook die impak van trauma op die model vervolgens bespreek.

2.4.1. DIE BIOPSIGOSOSIALE FUNKSIONERINGSMODEL VAN DIE KIND:

“Most broadly, biopsychosocial development of children is defined as the gradual biological, psychological and social changes that children make as they mature,” (Duncan en Arnston, 2004:7). Die biopsigososiale model fokus op die aspek dat ontwikkeling sal plaasvind by elke individu op drie verskillende terreine, naamlik die biologiese, sielkundige en sosiale vlakke.

Die model onderskei tussen die biologiese aspekte of mikrosisteem wat 'n rol speel by die ontwikkeling van die kind soos die hormone en die brein, die sielkundige aspekte soos persepsie en begrip, uitdrukking van emosies, analisering en die leer uit ondervindinge asook die begrip van self en ander en laastens die sosiale ontwikkeling of makrosisteme waar aspekte sal ontwikkel soos binding met sisteme, ontwikkeling van verhoudings en die aanleer van sosiale aanvaarbare kodes van gedrag. (Vergelyk Perry, 1994:253-276.)

Ager (1996:215-222) is van mening dat die biopsigososiale model die volgende omskryf:

- ❖ normale ontwikkeling moet by die kind plaasvind sodat die kind sy/haar volle potensiaal sal ontdek en later sal bereik
- ❖ die kind moet beskerm word van enige vorm van trauma of spanning
- ❖ die gesin se reg tot versorging moet verbeter word
- ❖ kinders kan die aktiewe agente word om die gemeenskap te herbou en 'n positiewe toekoms te aktualiseer.

Die navorser is van mening dat dit belangrik is om te meld dat daar 'n baie nou en aanhoudende verhouding bestaan tussen die biologiese, sielkundige en sosiale komponente van die kind se ontwikkeling. Biopsigososiale ontwikkeling is dus die

interaksie tussen die kind se persoonlikheid, genetiese samestelling en omgewingsfaktore.

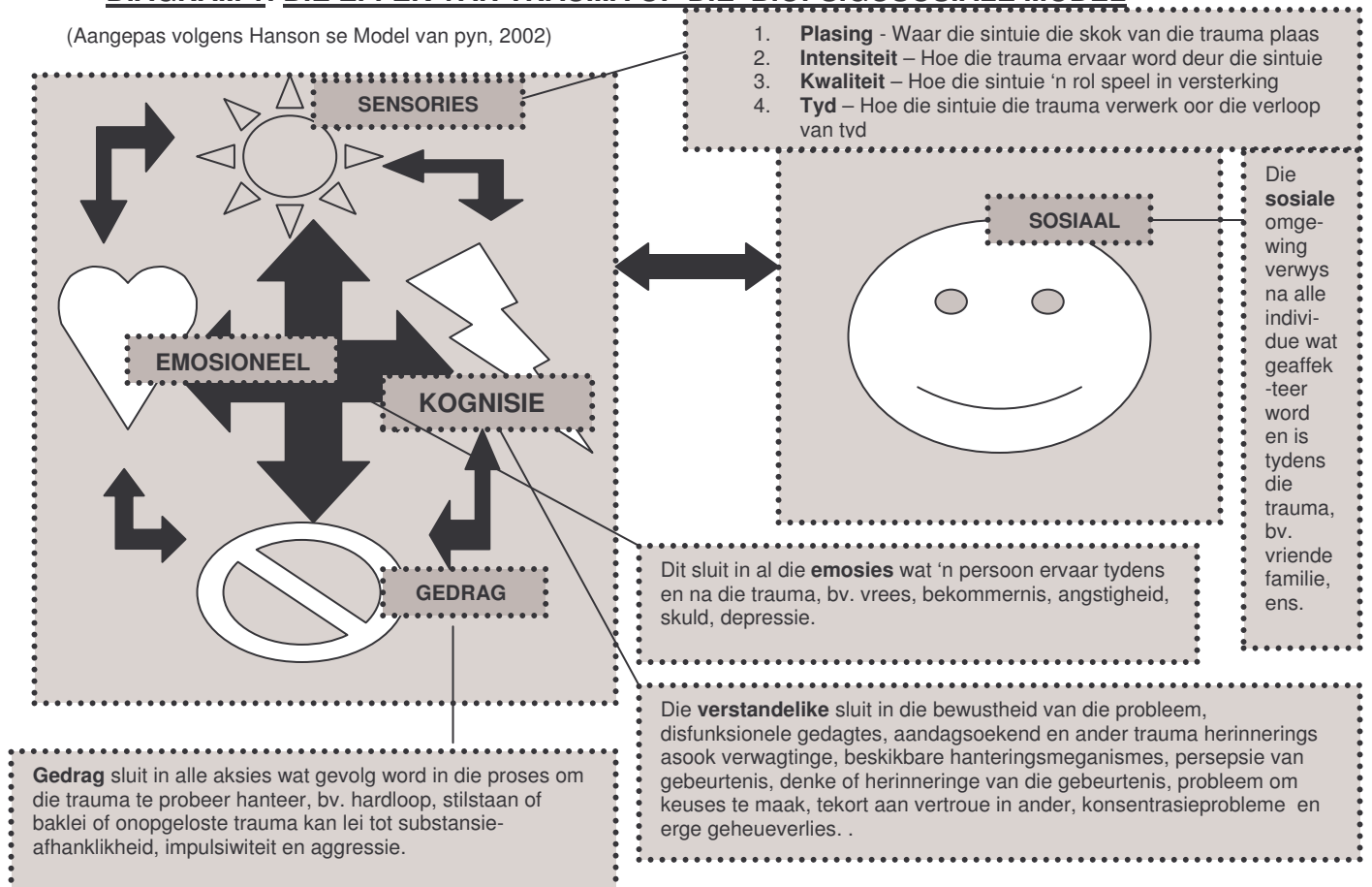
2.4.2. DIE BIOPSIGOSOSIALE FUNKSIONERINGSMODEL EN TRAUMA:

“The biopsychosocial model treats the biological, psychological and social issues as systems of the body. The person responds to trauma in order to preserve physical and emotional integrity but there is a possibility that the physical, psychological, and social consequences may in fact become harmful to the individual,” (Bills, 2003:192).

Dietz (2003:2) is egter van mening dat trauma die liggaam, verstand en siel holisties affekteer en daarom kan trauma gesien word as ‘n sielkundige, emosionele en kognitiewe gebeurtenis omdat dit hierdie terreine oorweldig. Trauma wat opgedoen word tydens die ontwikkeling van die kind kan veroorsaak dat ontwikkeling stagneer of agteruitgaan (vergelyk Walsh, Brabeck & Howard, 1999:194 & Giller, 2003:45). Diagram 1 verduidelik die impak van trauma op die biopsigososiale model:

DIAGRAM 1: DIE EFFEK VAN TRAUMA OP DIE BIOPSIGOSOSIALE MODEL

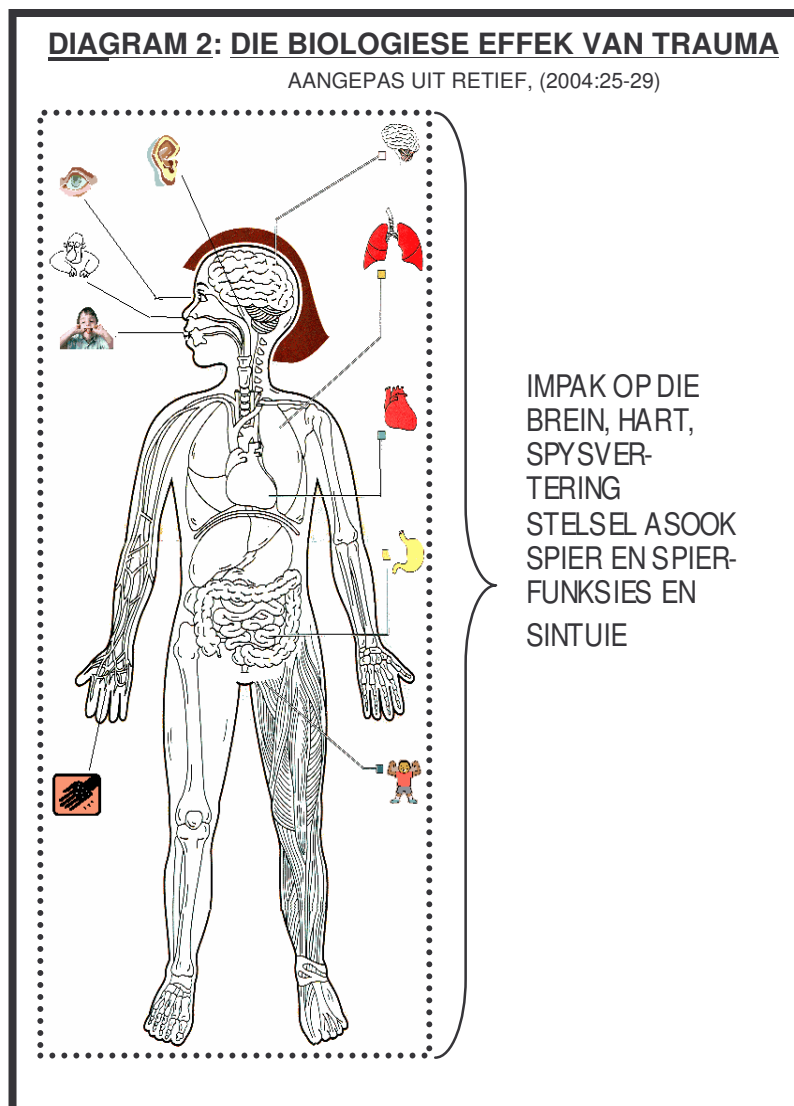
(Aangepas volgens Hanson se Model van pyn, 2002)



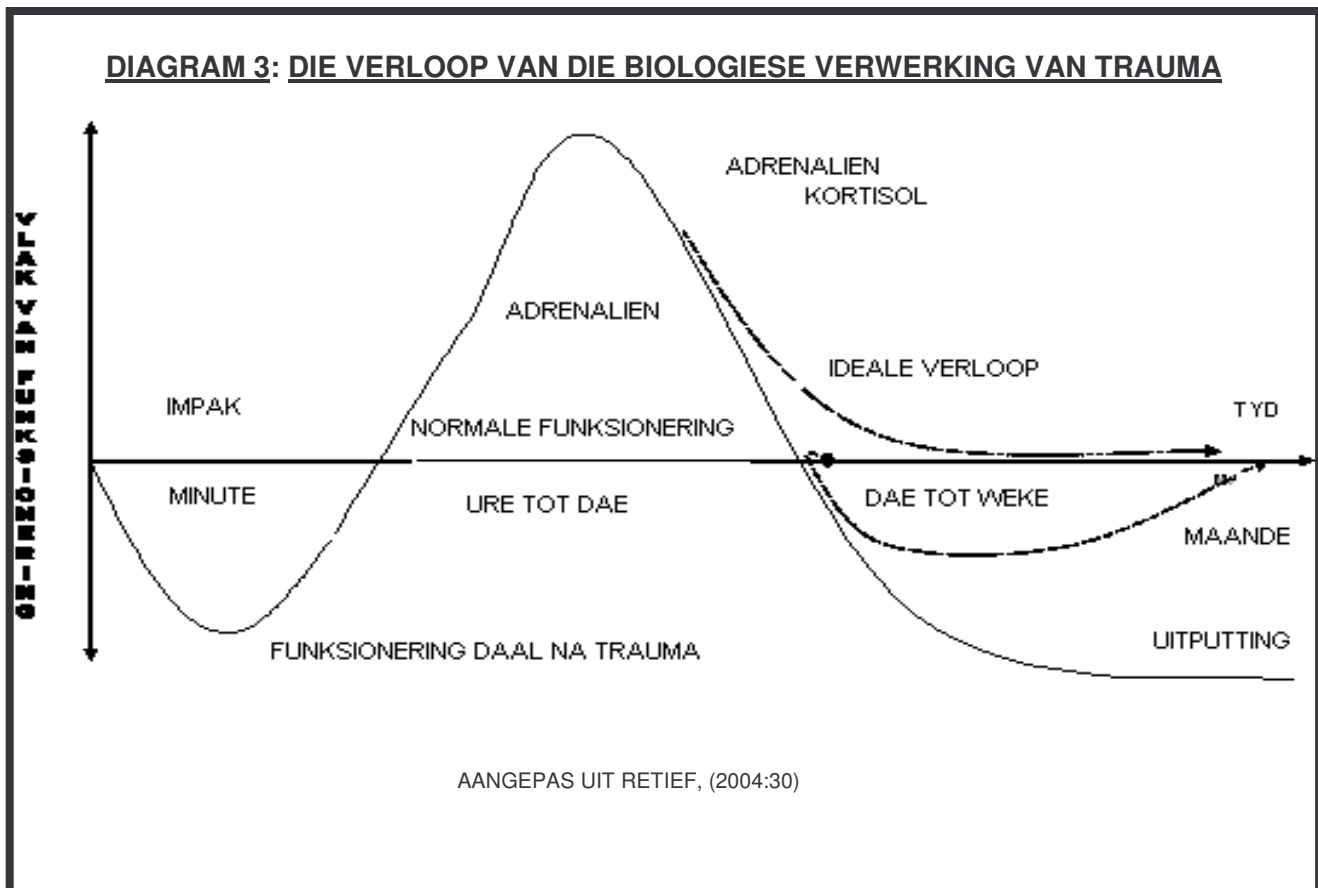
“Wanneer die kind in die middelkinderjare aan trauma blootgestel word is dit dikwels nie alleenlik ‘n traumatiese gebeurtenis vir die kind nie, maar ervaar die kind ook gevoelens van skuld, selfblaaam en kan die trauma ervaar word as ‘n straf vir iets wat die kind dink hy/sy verkeerd gedoen het” (Bence in Orban, 2003:3). Die kind beskik nie oor die vermoë en vaardighede om trauma konstruktief te verwerk en te hanteer nie en trauma het ‘n effek op al drie die dimensies van die biopsigososiale model. Die navorser sal dit vervolgens bespreek.

2.4.2.1. BIOLOGIESE IMPLIKASIES VAN TRAUMA:

Dietz (2003:2-3) verduidelik dat wanneer enigiemand aan trauma blootgestel word, reageer die hele liggaam en daar vind veranderinge plaas in gevoelens, denke en gedrag. Diagram 2 verwys skematies na die biologiese implikasies van trauma op die liggaam. Die navorser sal dit dan vervolgens bespreek.



Die biologiese effek op die liggaam is die sweet van handpalms, toename in harttempo, vlak asemhaling, vertraagde spysvertering, spierspanning, droë mond, glukose wat gestoor is word vrygestel en daar vind 'n verandering plaas in die sentrale senuweestelsel indien die persoon moet veg of vlug. Diagram 3 demonstreer grafies die verskillende hormone wat afgeskei word. Die navorser sal dit vervolgens bespreek.



Die biniere skei groot hoeveelhede adrenalinen af en dit veroorsaak die reaksie veg, vlug of vries. Streshormone word ook afgeskei en oorspoel die brein wat probleme kan ontwikkel met die geheue (Retief, 2004:33-34). Die brein skei verder chemikalieë vry wat bekend staan as opiaties wat 'n pyndodende effek het.

“Trauma has a pronounced immediate effect in the brain development. It can lead to subtle structural abnormalities in the frontal lobe, which is closely related to the limbic system – the seat of our emotions,” (Murray, 2004:334). Tydens hierdie dimensie sal die meeste mense reageer as gedisorganiseerd en verstom. Hierdie reaksies kan

kognitiewe verwringing voorstel en 'n vorm van dissosiasie kan voorkom as gevolg van die veranderinge wat in die brein plaasvind. (Vergelyk Dietz, 2003:2-3 en Retief 2004: 31.) Inligting word gestoor in die primitiewe brein of breinstam en word beskikbaar gestel deur herinneringe in die vorm van terugflitse. Hierdie terugflitse na die trauma in hierdie kritieke ontwikkelingsfase sal 'n negatiewe impak hê op die kind se ontwikkeling, gedrag, sosiale interaksie, emosies, selfbeeld, selfkonsep en selfvertroue. 'n Ander streshormoon, kortisol, word saam met die adrenalien afgeskei.

Lewis (1999:13) identifiseer drie simptome:

- ❖ herbeleving van die trauma in die vorm van terugflits
- ❖ vermyding van enige trauma herinneringe
- ❖ hipersensitiwiteit wat gepaard gaan met angstigheid en vrees.

Traumatiese gebeure word dikwels deur die kind beleef in die vorm van nagmerries of terugflitse. *“Die persoon probeer nou plekke, persone en situasies vermy wat hom aan die insident herinner,”* (Retief, 2004:35). Die vermyding is nie baie suksesvol nie omdat alledaagse aktiwiteite en konflik die kind op ander maniere aan die trauma blootstel.

“When a child experienced a traumatic event, it is important to understand the context of the trauma from the child’s perspective,” (Pynoos, Steinberg & Aronson, 1997:272). Hierdie intense herinneringe en gevoelens veroorsaak negatiewe veranderinge in die kind se gedagtes, emosies en gedrag. Traumaterapie word ten sterkste aanbeveel anders kan die kind homself of haarself later wend tot ekstreme hanteringsmeganismes in 'n poging tot selfbehoud. *“As the traumatic event ends, the phase known as the acute post-traumatic period begins. During this time, the mind and body slowly move back down the arousal or dissociative continuum. The child moves from the brink of terror through fear, alarm and with time and support back to calm. Heart rate, blood pressure and other physiological adaptations normalize,”* (Perry, 2005:76).

Die individu se streshormoon- vlakke, liggaam- en breinfunksies keer terug na normaal. Die ervaring vervaag en word deel van sy/haar lewensverhaal en oorweldig nie meer sy gedagte-wêreld nie en veroorsaak nie meer sekere reaksies nie. (Vergelyk Dietz, 2003:5 en Perry, 2005:34.) Hierdie is die periode van aanpassing en die herstel van

homeostase in die individu se biologiese funksionering. Voldoende ondersteuning deur die gesin en ander netwerke is van uiterste belang vir suksesvolle herintegrasie.

2.4.2.2. SELKUNDIGE IMPLIKASIES VAN TRAUMA:

Soos enige ander slagoffer van trauma beleef die getraumatiseerde kind psigologiese disfunksie en ongemak. Alhoewel die proses van trauma-respons dieselfde is by kinders as by volwassenes, beskik die kind nie oor dieselfde vermoëns en vaardighede om deur die proses te werk nie. *“Die kind verkeer in ‘n kritieke fase van ontwikkeling waartydens veronderstellings rondom hulself, ander in die wêreld neergelê word,”* (Orban, 2003:37). Tedeschi & Calhou in Orban (2003:42) identifiseer emosies soos skuld, woede, irritasie, vrese, skuld, angstigheid en depressie wat algemeen ervaar word as gevolg van die gevoel van hulpeloosheid, verlies van beheer, fisiese pyn en ongemak wat met trauma geassosieer word.

Kinders moet die geleentheid ontvang om alle gevoelens te uiter en niks te onderdruk nie omdat dit kan lei tot destruktiewe gedrag en emosionele probleme. Spanning bou op by die kind en die oormaat negatiewe energie sal aanleiding gee tot psigosomatiese simptome, enurese, enkoprese en selfs destruktiewe gedrag. (Vergelyk Schoeman en Van der Merwe , 1996:88 en 171.)

Daar kan egter ook regressie in die kind se emosionele ontwikkeling plaasvind. *“Een van die merkwaardigste veranderings wat dikwels hiermee gepaard gaan is hernude skeidingsangs,”* (Orban, 2003:42). Lewis (1999:62) verduidelik dat *“part of regressive behavior after a trauma may include being clingier with parents, becoming more anxious or not wanting to separate from caregivers. Children have a great need for safety after a trauma, and generally the place where they feel the safest is with caregivers.”*

Louw *et.al.* (1998:64) verduidelik vanuit Erikson se teorie van ontwikkeling dat hierdie fase die fase is van arbeidsaamheid teenoor minderwaardigheid. Dit sal bydra tot die gevoel van minderwaardigheid omdat die kind se vaardighede en vermoëns beïnvloed word deur die trauma. Soos reeds gemeld kan trauma die kind se vermoë om te konsentreer, sy geheue en vermoë om take te bemeester beïnvloed.

2.4.2.3. SOSIALE IMPLIKASIES VAN TRAUMA:

Die verskeidenheid van simptome wat met trauma geassosieer word, hou direk verband met die sosiale ontwikkelingstake van die kind. Dit kan gevolglik 'n negatiewe impak hê op die ontwikkeling van die kind. Orban (2003:39) is van mening dat kinders op trauma reageer deurdat hulle reeds bemeesterde ontwikkelingstake verloor en so regresseer tot 'n vorige ontwikkelingsfase van 'n vroeër ouderdom.

James en Gilliland (2001:176) verwys daarna as sinkingskoors. *“Traumatized children are apt to return to earlier ways of expressing their needs, fears, conflicts and anxieties, as well as to previously reliable ways of negotiating them,”* (Marans, 2005:67). Giller (2003:25-30) voeg egter die volgende aspekte by op die langtermyn:

- ❖ substansie-afhanklikheid
- ❖ persoonlikheidsversteurings
- ❖ depressie en post-traumatische stresversteuring
- ❖ angstersteurings
- ❖ eetversteurings
- ❖ fobies en selfmoord.

Lewis (1999:69) verduidelik dat die kind gewoonlik na afloop van traumatiese gebeure tydelike belangstelling verloor in alledaagse aktiwiteite wat die kind baie geniet het. Die vrese, angstigtheid en bekommernisse wat met die trauma gepaard gaan, neem baie van die kind se energie en die kind is nie daartoe in staat om aandag aan buitemuurse aktiwiteite en vriendskapsverhoudings te bestee nie.

Die impak van trauma kan onmiddelik of eers na 'n tydperk na vore kom. Pynoos, Steinberg en Wraith (1995:138-154) verduidelik dat daar hoofsaaklik twee indikatore is dat die kind trauma beleef. Hierdie indikatore is verandering en regressie in gedrag. Die invloed van trauma op die ontwikkeling van die kind word soos volg saamgevat in Lewis (1999:30) en Orban (2003:47-48):

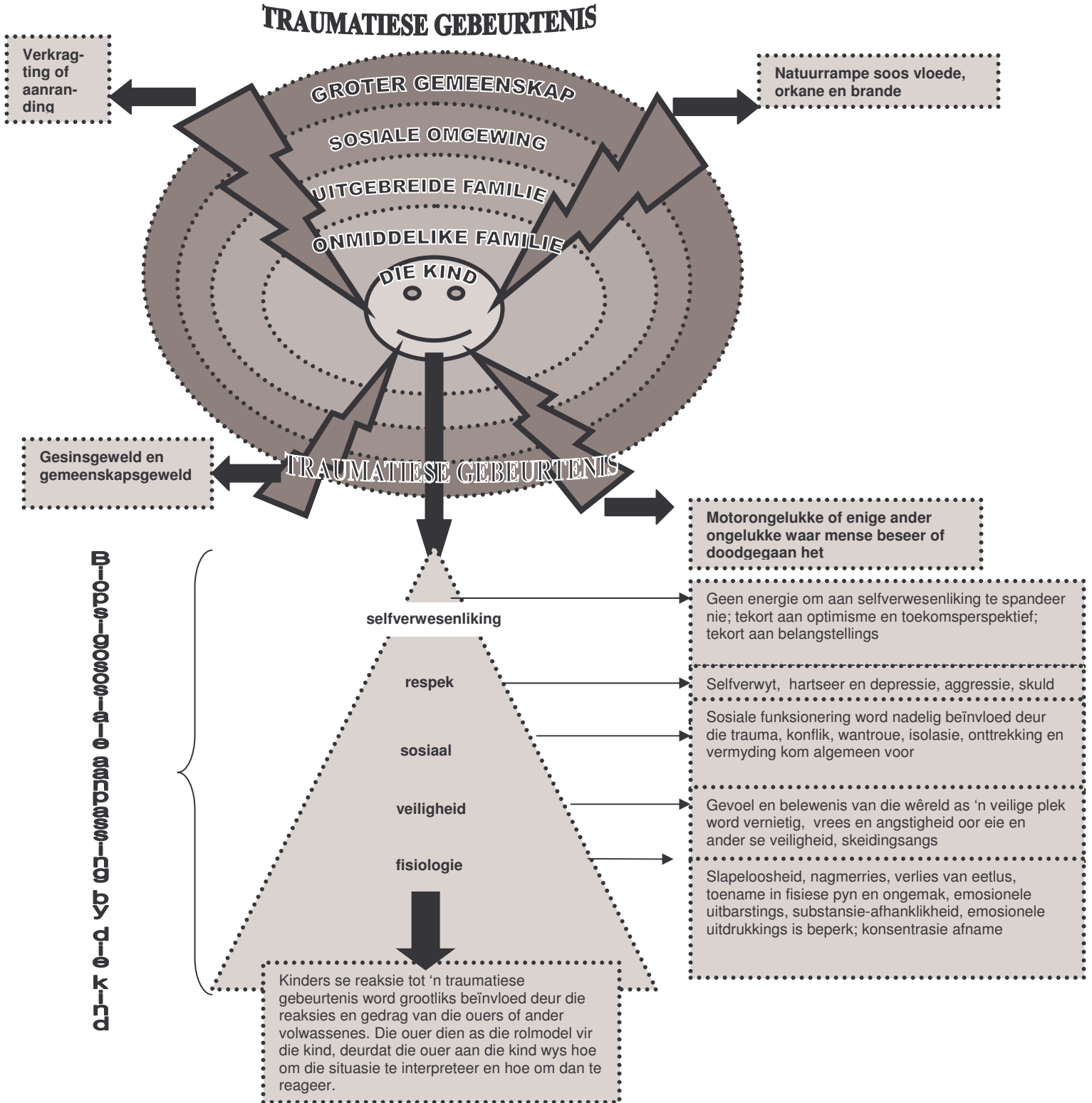
- ❖ die kind mag indringende gedagtes rondom die trauma beleef
- ❖ die kind sal die storie van die trauma oor en oor vertel
- ❖ die kind ervaar skuldgevoelens
- ❖ die kind beleef 'n verskeidenheid van vrese
- ❖ die kind is angstig en skrik maklik
- ❖ regressie – die kind kan vaardighede verloor wat reeds bemeester is

- ❖ posttraumatiese spel
- ❖ probleme op skool – afwesighede en onvoltooide werk
- ❖ sukkel met konsentrasie en 'n swak geheue
- ❖ onttrek sosiaal en verloor belangstelling in alledaagse aktiwiteite
- ❖ geïrriteerdheid en aggressie
- ❖ gedragsprobleme by die skool en die huis
- ❖ slaapversteurings, nagmerries en ongewilligheid om alleen te slaap
- ❖ eetversteurings en
- ❖ psigosomatiese simptome soos hoofpyn en maagpyn.

Die navorser sal volgende die sielkundige en sosiale impak van trauma, wat reeds bespreek is, skematies voorstel in diagram 4, vanuit die inligting verkry uit die genoemde bronne:

DIAGRAM 4: DIE EFFEK VAN TRAUMA OP DIE KIND

(Vergelyk Gurwitsch, 2002:57-81; Retief, 2004:46; Marans, 2005:65-85; James en Gilliland, 2001:176 & Giller 2003:20-35.)



In die algemeen is die wêreld van 'n kind in middelkinderjare voorspelbaar en stabiel. In hierdie fase word verhoudings gebou en lewensvaardighede en probleemoplossende vermoëns word aangeleer. Enige vorm van vrees en veral waar die kind baie spanning beleef wat buite die normale probleemhanteringsvermoë van die kind is, kan gesien word as traumaties en het 'n kritieke en negatiewe impak op die ontwikkeling van die kind.

2.5. SAMEVATTING

Die ontwikkeling van die kind in die middelkinderjare is 'n kritieke ontwikkelingsstadium. Wanneer die kind aan trauma blootgestel word ervaar die kind psigologiese ongemak en disfunksie. Trauma kan gesien word as 'n onverwagte gebeurtenis waarby die kind direk of indirek betrokke is, waaroor die kind geen beheer het nie en wat die kind vreesvol en hulpeloos laat. Hierdie gebeurtenis kan ook moontlike korttermyn en langtermyn gevolge inhou op die biopsigososiale funksioneringsmodel van die kind. Die interafhanklikheid van die verskillende fasette van die kind se ontwikkeling het tot gevolg dat die impak op een terrein van ontwikkeling aanleiding gee tot verdere impak op ander terreine van ontwikkeling. Dit is gevolglik uiters belangrik dat volwassenes wat by die kind betrokke is kennis sal dra nie alleenlik van die ontwikkeling van die kind en die invloed van trauma op die kind se ontwikkeling nie, maar dat daar ook deeglike kennis en vaardighede ontwikkel sal word in die hantering van die getraumatiseerde kind ten einde hom/haar deur die proses van trauma tot groei en ontwikkeling te begelei.

In hoofstuk 3 sal aandag gegee word aan die hantering van die getraumatiseerde kind, deur die implementering van verskillende tegnieke.

HOOFSUK 3: TRAUMA-ONTLONTING EN DIE GETRAUMATISEERDE KIND

The elephant in the room

By Terry Kettering

There's an elephant in the room.

It is large and squatting, so it is hard to get around it.
Yet we squeeze by with, "How are you?" and "I'm fine," and a thousand other forms of trivial chatter. We talk about the weather. We talk about work. We talk about everything else, except the elephant in the room.

There's an elephant in the room.

We all know it's there. We are thinking about the elephant as we talk together. It is constantly on our minds. For, you see, it is a very large elephant. It has hurt us all.

But we don't talk about the elephant in the room.

Oh, please say his/her name.

Oh, please say his/her name again.

Oh, please, let's talk about the elephant in the room.

For if we talk about his/her death or hurt, perhaps we can talk about his/her life.
Can I say his/her name to you and not have you look away?

For if I cannot, then you are leaving me...

Alone...

In a room....

With an elephant.



3.1. INLEIDING

Trauma en alle reaksies wat met trauma gepaard gaan het 'n baie negatiewe impak op die ontwikkeling van die kind. Weens die hoë voorkoms van misdaad en trauma in Suid-Afrika is die navorser oortuig dat volwassenes wat 'n betekenisvolle rol in die lewe van kinders vervul, een of ander stadium in hulle beroep met trauma te doen sal kry. Hierdie volwassenes moet bewus wees van die simptome van trauma en effektiewe wyses om die kind deur die proses te begelei en te ondersteun om sodoende funksionering by die kind te verbeter.

Kinders is unieke wesens en nie alle kinders hanteer die impak van trauma dieselfde nie. In die geval waar 'n kind aan trauma blootgestel is en waar simptome negatief op die kind se ontwikkelingsterreine inwerk, mag dit nodig wees om die kind vir professionele hulp te verwys. Getraumatiseerde kinders is en was geforseer in 'n pynvolle situasie waarvoor hulle nie voorbereid was nie. Deur iemand te hê wat ondersteun en bereid is om te luister, te help en te verstaan, kan baie spanning, angs en bekommernis by die getraumatiseerde kind genormaliseer word.

Lewis (1999:174) lig die volgende gevaartekens uit wat 'n aanduiding gee dat 'n kind getraumatiseerd is en professionele hulp benodig:

- ❖ die kind se gedrag is skadelik vir homself en/of ander
- ❖ die kind se funksionering gaan op een of meer terreine merkbaar agteruit
- ❖ probleme binne die skool verbeter nie in die maande opvolgend tot die trauma nie (insluitend swak konsentrasie, swak prestasie en ontwrigtende gedrag)
- ❖ fisiese verandering soos gewigstoename, gewigsverlies en volgehoue gebrek aan energie kom voor
- ❖ die kind verloor hoop vir die toekoms asook genot en plesier in die lewe
- ❖ die trauma bly die fokus in die kind se lewe en skuif nie op die agtergrond nie
- ❖ daar is merkbare verandering in die kind se persoonlikheid
- ❖ konstante voorkoms van antisosiale gedrag
- ❖ teenwoordigheid van sterk skuldgevoelens by die kind en
- ❖ simptome van depressie wat langer as twee weke duur.

Wanneer die kind enige van die bogenoemde simptome of gevaartekens openbaar, is dit 'n aanduiding dat dit in die kind se belang is om vir professionele hulp verwys te word. Dit is essensieël vir die getraumatiseerde kind om die geleentheid gegun te word om die trauma te verken in 'n veilige omgewing asook normalisering te ontvang vir simptome en ervarings wat beleef is tydens die insident. (Vergelyk Brooks en Siegel, 1996:21-22.)

Dietz (2003:6) beskryf die volgende as die behoeftes van die getraumatiseerde kind:

- ❖ die getraumatiseerde kind benodig 'n veilige omgewing om vertroue en verhoudings te ontwikkel
- ❖ benodig geleenthede om oor die trauma te praat en so begrip te ontwikkel
- ❖ benodig ouderdom-spesifieke informasie
- ❖ konstantheid en voorspelbaarheid waar die kind besef die volwassenes is in beheer en hulle sal doen wat hulle gesê het
- ❖ gepaste vertroeteling, aanraking en versorging
- ❖ duidelike uiteensetting vir gedrag en ook gepaste dissipline
- ❖ wanneer trauma-simptome voorkom in spel, tekening, gedrag asook vermyding, isolasie, dagdromery, hiperaktiwiteit, angstigheid en impulsiwiteit, benodig die kind die regte ondersteuning
- ❖ beskerming van aktiwiteite wat moontlik die kind kan ontstel en multi-traumatiseer en
- ❖ behoefte vir keuses en die sin van beheer gee aan die kind meer gemak.

In hierdie hoofstuk sal daar vervolgens gekyk word na die rol van die mediese maatskaplike werker wat eers apart bespreek gaan word en dan deurlopend in die proses van trauma-ontlonting as intervensie metode, vir die hantering van trauma by die kind. Hierdie hoofstuk sal ook verder fokus op traumaterapie wat in die behoeftes van die getraumatiseerde kind sal voorsien.

3.2. MAATSKAPLIKE WERKER IN GESONDHEIDSORG

“Medical social work is a sub-discipline of social work. The social worker is an important player on the health care team. Medical social workers typically work in the hospital setting and work with patients and their families in need of psychosocial help. He or she will help the patient adjust to disease by providing counselling to them and their families,

identifying community services, providing resources, making referrals and providing many additional services. The medical social worker personally assists the patient and their family in dealing with any concerns and works with the patient to solve problems that arise because of illness, injuries or trauma. This ranges from emotional support to social support and to help patients access other resources and assistance" (Jacobs, 2000:535). Die navorser is van mening dat die mediese maatskaplike werker deel van die multidissiplinêre span is en hoofsaaklik die verantwoordelikheid dra om deurlopend die pasiënt en gesin se biopsigososiale funksionering te optimaliseer.

Salvatore (1988:67-75) beskryf die mediese maatskaplike werker se taak as :

- ❖ assessering van die psigososiale funksionering
- ❖ voorsiening van ondersteuningsisteme om in die behoeftes te voldoen
- ❖ voorsiening van terapie en psigoterapeutiese intervensie
- ❖ konsultasie met ander lede van die multidissiplinêre span om aan die pasiënt verskillende aspekte van die toestand te verduidelik
- ❖ opleiding van personeel in psigososiale aspekte van die siekte en tegnieke van intervensie
- ❖ betrokkenheid van die verskillende sisteme - soos die mikro, wat die pasiënt insluit en die makro wat die gesin en die gemeenskap insluit - by die terapeutiese intervensie.

Die navorser is van mening dat die mediese maatskaplike werker verantwoordelik is om na al die moontlike faktore te kyk wat tot die probleem kon gelei het sodat nuwe patrone van gesonde gedrag aangeleer kan word.

Die navorser wil die dienste van mediese maatskaplike werk dus opsom as:

- ❖ Organisasories insae in besprekings, beleidsontwikkeling en navorsing
- ❖ Assessering van psigososiale funksionering
- ❖ Individuele en gesinsterapie
- ❖ Inligting oor die welsynsregte en verpligtinge
- ❖ Groepswerk
- ❖ Gesinsreg
- ❖ Plasing en ondersteuning van gemeenskapsgroepe en bronne
- ❖ Opleiding en samewerking met die gemeenskapsnetwerke

- ❖ Ondersteuning aan die hele biopsigososiale funksioneringselemente.

Noudat die rol en verantwoordelikhede van die mediese maatskaplike werker uiteengesit is kan daar vervolgens gefokus word op die proses van trauma-ontlonting.

3.3. OMSKRYWING VAN DIE PROSES VAN TRAUMA-ONTLONTING

“Debriefing offers a structure for listening and talking to the traumatized child. It tells you what to say so that the youngster will talk to you. Debriefing will help you find out how the child feels, and it will help the child understand what happened. It will make the child feel stronger and less vulnerable,” (Brooks en Siegel, 1996:21).

Die proses van trauma-ontlonting vind egter in verskillende fases plaas afhangend van waar die getraumatiseerde kind hom-/haarself bevind. Baggerly (2004: 98) identifiseer die volgende vyf fases om trauma te ontlont:

- ❖ **Voor-insident fase:** Waar gemeenskappe beplan en na maniere kyk om probleemhanteringstrategieë te verbeter
- ❖ **Impakfase** (0-48 uur na die trauma): Mense fokus op oorlewing en kommunikasie
- ❖ **Reddingsfase** (0-1 week na die trauma): Mense pas by die veranderinge aan
- ❖ **Herstelfase** (1-4 weke na die gebeurtenis): Mense fokus op beplanning
- ❖ **Terugkeer na lewensfase:** Herintegrasie en herstel na vlak van funksionering voor die trauma.

Om ontlonting effektief te begryp, word die verskillende fases wat ontlonting as intervensie vereis, omskryf.

3.3.1. DIE ASSESSERING VOOR ONTLONTING:

Assessering is deurlopend en aktief in die ontlontingsproses. Onderhoude en assessering moet gedoen word deur die mediese maatskaplike werker op die vlak van die kind. Elke kind het die reg om te sê wanneer en hoeveel inligting moet bekend gemaak word. Die kind as sekondêre trauma slagoffer kan verder getraumatiseerd word as sy veiligheid, vertroue en privaatheid nie gerespekteer word nie. *“As in any treatment, the initial phase of the work is assessment. It is important to recognize the*

symptomatology of the traumatized individuals in order to properly treat them" (Steinberg, 1997:82).

Steinberg (1997:82) is van mening dat assessering gesien moet word as 'n proses met die fokus op die versameling en organisering van informasie op 'n bruikbare wyse. Hierdie prosedure verseker ook 'n raamwerk van begrip vir die kind se sosiale, emosionele en kognitiewe toestand. Die belangrikste van die hele prosedure is dat die assessering gebruik kan word om die nodige intervensieplan op te stel.

Die navorser is van mening dat assessering ook gesien kan word as "defusing". Volgens Weaver (1995:87) is "*defusing*" die term wat gebruik word vir "*...the process of talking it out – taking the fuse out of an emotional bomb (explosive situation)*".

Die outeurs Hodgkinson en Stewart (1991:187) en Jansen van Vuuren (2000:41-42) stem saam dat dit die geleentheid bied aan die slagoffer (primêr en sekondêr) om gevoelens aangaande hul herinneringe, stressors, verlies asook hanteringsmeganismes te ventileer binne 'n veilige en ondersteunende atmosfeer en geskied dikwels op die toneel waar die trauma plaasgevind het. Daar moet ook toegesien word dat die slagoffers teen verdere fisiese en psigiese skade, beskerm word.

Assessering van die volgende aspekte vind plaas:

- ❖ Veiligheid
- ❖ beserings wat mediese aandag benodig
- ❖ erge spanning
- ❖ risikogevalle soos swangerskap, depressie, diabetes en hartprobleme
- ❖ persone met geen ondersteuning
- ❖ beskikbare ondersteuningsisteme
- ❖ verwydering van slagoffers (primêr/sekondêr) vanaf toneel
- ❖ die erns van die krisis
- ❖ die getraumatiseerde persone se emosionele toestand
- ❖ bepaal alternatiewe hanteringsmeganisme en ondersteuningsisteme wat beskikbaar is en
- ❖ bepaal die vlak van gevaar wat voorkom by die getraumatiseerde vir self en vir ander. (Vergelyk Gilliland en James, 1997:33-38.)

Die maatskaplike werker moet onthou om 'n deeglike assessering te doen, ondersteuning te voorsien en ten volle samewerking te kry vanaf die kind voordat die proses getermineer word. Die maatskaplike werker dra die verantwoordelikheid om 'n opvolgafspraak te reël sodat daar met trauma-ontlonting begin kan word.

3.3.2. ONTLONTING;

Volgens Hodgkinson en Stewart (1991:131) is ontlonting 'n vorm van krisisintervensie en dit word gebruik vir groepe mense wat 'n stresvolle of tragiese gebeurtenis saam beleef het. Die doel van ontlonting is om psigiese pyn te verminder en emosionele oorblyfsels van die insident te hanteer sodat daar betekenis gegee kan word aan die gebeurtenis asook die voorkoming van enige posttraumatiese stres simptome. Verder het ontlonting ten doel om ondersteuning te voorsien aan die getraumatiseerde kind sodat homeostase en normalisering kan plaasvind in al die sektore van funksionering. Die kind moet die gevoel van beheer weer kan herwin.

Die doelwitte van ontlonting word soos volg uiteengesit:

- ❖ die ventilasie van indrukke, reaksies en gevoelens
- ❖ die ontwikkeling van duidelike begrip oor die gebeure, wat aanleiding gee tot kognitiewe organisasie
- ❖ afname in individuele en groeps spanning
- ❖ normalisering van reaksies en die vermindering van gevoelens van isolasie en andersheid
- ❖ toename in groepsondersteuning en groepskohesie en die mobilisering van bronne binne en buite die groep
- ❖ voorbereiding op emosionele reaksies en -simptome wat mag voorkom
- ❖ bied geleentheid vir die gee van inligting rakende stres hanterings tegnieke en emosionele gerusstelling en
- ❖ identifisering van verdere hulpbronne, indien nodig.

(Vergelyk Hodgkinson en Stewart, 1991:132 en Roth, 2005:1.)

Volgens die inligtingstuk van die WITS Trauma Kliniek (1999) moet ontlonting na 24 uur, maar voor 72 uur plaasvind. Dit is egter nie altyd moontlik nie en ontlontings wat dae of weke later gehou word, kan steeds effektief wees in die verlaging van vlakke van angstigheid.

Die navorser is van mening dat die aangepaste gesinsontlontingsmodel van Juhnke (1997:163-170), die mees effektiefste sal wees vir die maatskaplike werker. Hierdie model is ontwikkel volgens die kritiese insident spanningsontlontingsmodel van Mitchell en Everly (1993).

Die doel van die aangepaste gesinsontlontingsmodel is om te dien as assesserings- en intervensie metode by kinders wat aan trauma blootgestel was in twee afsonderlike sessies. *“The first debriefing experience is with parents and other adults. The second is a joint session with all the children involved with the trauma,”* (Juhnke, 1997:163). Tydens die eerste sessie word die ouers ingelig oor die algemene simptome wat getraumatiseerde kinders kan ervaar. Gevoelens word genormaliseer en ouers word opgelei om aspekte in die kind se emosies en gedrag te identifiseer wat verdere terapie kan benodig asook watter ondersteuningsisteme beskikbaar is in die omgewing.

Die sewe-stap aanpassings gesinsontlontingsmodel van Juhnke (1997:165-170) asook die vrae van die WITS Trauma-Ontlontingsprogram (1999) en die fases van Baggerly (2004: 98) word as volg opgesom:

Fase 1: Voor-insident fase wat bestaan uit beplanning en opleiding:

‘n Protokol word ontwikkel en elke rolspeler se rol en verantwoordelikheid word uiteengesit. Rolspelers word ook voortdurend opgelei met die nuutste tegnieke wat beskikbaar is. Materiale soos ballonne, borrels, handpoppe, speelklei, kryte, papier, penne, opgestopte speelgoed, storieboeke, ens. word aangekoop en gestoor. (Vergelyk Baggerly, 2004:99-100.)

Fase 2: Impakfase:

Assessering van die behoeftes waaraan die intervensie moet voldoen. Dit sluit ook in die krisisintervensie, kontakmaking, ondersteuning en normalisering asook verwysing na die nodige dienste. Gedurende hierdie intervensie is dit nodig om basiese terapeutiese vaardighede toe te pas soos begrip van gevoelens, luistervaardighede, kommunikasie, fokus op probleme en handhawing van konfidensialiteit. (Vergelyk Speier, 2000:86.)

Fase 3: Reddings- en herstelfase:

Die aangepaste gesinsontlontingsmodel van Juhnke (1997) word gebruik tesame met aktiwiteite van McPherson (2003) en Baggerly (2004) wat in tabel 3 weergegee word. Die navorser sal dit vervolgens bespreek.

Stap 1: Bekendstelling

Die bekendstellingsfase is baie belangrik, aangesien 'n duidelike bekendstelling van die proses die kans van wanfunksionering binne die groep verminder. Tydens hierdie fase word sake bespreek soos konfidensialiteit, aanvaarding, die doel van die byeenkoms, reëls rakende die verlating van die byeenkoms en die belangrikheid daarvan dat elke persoon vir homself praat. Die fasiliteerder kan ook 'n uitdeeltuk aan die kinders gee wat die prosedure wat gevolg gaan word, verduidelik. Die kinders kry ook die geleentheid om vrae te vra. Die doel van die sessie is om die kind te help om sy/haar gevoelens beter te verstaan en te help met die toename in beheer en probleemhanteringstrategieë.

Stap 2: Feitelike fase

Die fasiliteerder sal aan die kinders vra om hulle ondervindings met mekaar te deel. Die kinders deel die feite van die krisisinsident met mekaar. Kennis van die gebeure bied geleentheid vir kognitiewe organisasie en bied geleentheid aan die kinders om meer helderheid in hul denke te kry, in plaas daarvan om oorweldig te voel. Indien emosies na vore kom is dit belangrik dat die fasiliteerder alle emosies die hele tyd normaliseer.

Stap 3: Denkfase

Tydens hierdie fase is die fokus op besluite en gedagteprosesse. Daar vind 'n transisie plaas vanaf die kognitiewe na die affektiewe. Die kinders word aangemoedig om hul gedagteprosesse, indrukke en sensoriese gewaarwordinge met mekaar te deel. Konfrontering en verbalisering van herinneringe van die gebeurtenis vind plaas binne 'n kognitiewe raamwerk, wat dit minder bedreigend vir die kind maak. Normalisering vind die hele tyd plaas en is baie belangrik omdat gedagtes en persepsies sekere gevoelens sal ontloot.

Stap 4: Reaksiefase (Gevoelens en emosies)

Die denkfase sal vinnig aanleiding gee tot emosionele aspekte. Tydens hierdie fase word emosionele reaksies geëksplorieer, genormaliseer en ooreenkomste uitgewys. Die deelname en ondersteuning van elke kind is belangrik en fasiliteerders moet let op kinders wat uitermatige simptome van emosionele pyn toon, sodat hulle later opgevolg kan word.

Stap 5: Simptomatiese fase

Die kinders bespreek fisiese, kognitiewe en emosionele simptome wat hulle ervaar het tydens die kritiese insident, na afloop van die insident, die daaropvolgende dae en wat hulle op die oomblik ervaar. Dit is belangrik dat die fasiliteerder in hierdie fase inligting rakende die normaliteit van spesifieke reaksies weergee en die fokus verander vanaf affektiewe na kognitiewe. Die fasiliteerder gebruik ouderdom-toepaslike taal om vrae aan die kinders te vra oor fisiese, kognitiewe en affektiewe simptome wat ervaar is. Simptome soos naarheid, hande wat bewe, onvermoë om te konsentreer en gevoelens van angstigtheid word bespreek. Die fasiliteerder kan vra dat kinders wat hierdie simptome ervaar het hulle hand moet opsteek. Hierdie indikasie dien as normalisering van beskryfde simptome en die kinders voel 'n mate van beheer.

Stap 6: Voorbereidingsfase

Simptome wat deur die kinders aangemeld is, word op 'n ouderdom-toepaslike wyse hanteer as normaal en voorspelbaar. Die fasiliteerder kan moontlike toekomstige simptome beskryf sodat die kinders voorbereid kan wees. Die fasiliteerder bied 'n samevatting van die kinders se reaksies. Die klem word geplaas op die normaliteit van reaksies in buitengewone omstandighede, maar individualiteit moet steeds beklemtoon word. Tydens hierdie fase word kennis gedeel rakende die simptome van stres en strategieë geïdentifiseer vir die hantering daarvan. Kinders moet ook die geleentheid gebied word om te fokus op tekens vir bevordering of verbetering van die situasie.

Stap 7: Afsluitingsfase

Tydens hierdie fase word toekomsbeplanning en hanteringsmeganismes bespreek, veral ten opsigte van ondersteuningstelsels. Die kinders moet van riglyne voorsien word aangaande die verkryging van addisionele hulp indien nodig. Om die proses af te sluit

kan inligtingsblaaie uitgedeel word waar nog aspekte bespreek word en ondersteuningsisteme se nommers voorsien word.

TABEL 3: AKTIWITEITE EN VRAE VIR DIE GESINSONTLONTINGSMODEL

STAPPE	AKTIWITEITE EN VRAE
Impakfase:	Wat is jou naam? Wie kan ek skakel om hier by jou te wees? Waaroor is jy die meeste bekommerd op die oomblik? Hoe voel jou liggaam op die oomblik? Ek kan sien dat jy baie ontsteld is. Ek weet van iets wat jy kan doen om beter te voel. Haal diep asem en kom ons probeer borreltjies blaas. Weet jy wat? Hoe jy op die oomblik voel is normaal vir hierdie situasie. Wat doen jy gewoonlik om beter te voel wanneer jy baie ongelukkig is? Wil jy iemand later sien wat jou kan help om beter te voel?
Stap 1: Bekendstelling	Verduidelik dat die groepwerk soos 'n atletiekbyeenkoms is met 'n afrigter en verskillende atlete. Almal het een doel en dit is om die wedloop suksesvol te voltooi.
Stap 2: Feitelike fase	Hierdie fase word hanteer soos 'n nuusuitsending. Die kinders moet in 'n mikrofoon die vrae beantwoord en prentjies teken om hulle nuus te verduidelik. Onthou jy die insident wat met jou gebeur het? Wat het met jou gebeur? Wat het eerste gebeur? Wanneer en waar het dit gebeur? Hoeveel mense was betrokke? Wat was die omstandighede van die situasie? Waar was jy en wat het jy gedoen? Wat is aan jou gesê? Wie het dit aan jou gedoen? Watter metodes van mag is gebruik? Hoe lank het dit aangehou? Wat het jy gesien, gehoor, geproe, aangeraak en geruik? Wat het jou gehelp om die situasie te hanteer? Wat het na die tyd gebeur? Wie was daar om te help? Hoe het die ander reageer? Wat het jy gedoen met hierdie ondervinding? Noudat jy terugdink kan jy enigiets anders onthou wat jy wil byvoeg?
Stap 3: Denkfase	Tydens hierdie fase speel die kinders met die handpoppe en voltooi hulle sinne wat met verskillende emosies te doen het. Wat was jou eerste gedagtes? Waaraan het jy eerste gedink toe hierdie insident plaasgevind het? Beskryf wat jy gesien het, die beelde, prentjies in jou gedagtes? Hoe het jy besluit wat jy nou gaan doen? Wat het jy daarna gedoen? Hoe het dit wat jy gedink het, jou gedrag beïnvloed? Wat het verander? Wat moet jy doen om dinge anders te maak?
Stap 4: Reaksiefase (Gevoelens en emosies)	Tydens hierdie fase kleur kinders emosie gesiggies in en verduidelik hulle emosies aan die ander kinders in die groep.

	<p>Waraan het jy gedink toe die insident plaasgevind het, gedurende die insident en na die insident? Hoe het jy besluit wat jy gaan doen? Wat was die moeilikste ding vir jou om te hanteer toe jy sien wat gebeur het? Watter gevoelens het jy ervaar, gedurende, na en nou? Wat het veroorsaak dat jy sekere gevoelens sterker ervaar het? Wat het jou bang/kwaad/hartseer/ skuldig/vreesbevange en buite beheer laat voel? Voel jy nog steeds so? Wat het jy verloor tydens hierdie ondervinding? Wat het jy gedoen met jou emosies? Kan jy jou gevoelens uitdruk? Hoe voel jy nou? Hoe het jou gedagtes jou gedrag beïnvloed? Is dit dieselfde of verskillend as wat jy normaalweg reageer? Was dit die eerste keer in jou lewe dat jy besef het dat jy kon doodgaan of ernstig seer kon gekry het? Wat het vir jou verander? Wat moet jy doen om dinge vir jou nou anders te maak? Wat voel jy as jy aan die insident dink en hoe jy dit hanteer het? Wat ondervind jy huidiglik? As jy aan die insident dink maak dit seer of kan jy daarvoor praat?</p>
Stap 5: Simptomatiesefase	<p>Woordraaisels of lettergreetpraisels (charades) word gespeel om die verskillende simptome uit te beeld.</p> <p>Onthou jy of jy enige fisiese simptome ervaar het tydens die insident? Watter simptome het jy ervaar na die insident? Watter simptome ervaar jy tans nog? Hoe voel jy nou, beter/slegter? Wat het jy gedoen om die probleem te probeer hanteer tydens die insident en nou?</p>
Stap 6: Voorbereidingsfase	<p>'n Storie kan aan die kinders geles word (Brave Bart deur Sheppard of A terrible thing happened deur Homes); ontspanningsoefeninge word ge oefen, "tensing like a tin-man and relaxing like a rag doll"</p> <p>Wat het jy gedoen of gesien wat jou vriende, onderwysers en ouers doen om jou te help om die situasie beter te hanteer?</p>
Stap 7: Afsluitingsfase	<p>Groep kan afgesluit word deur 'n drukkies of hande klap ("high five").</p> <p>Kinders wat erge angstigheid en ander emosies wys moet verwys word vir individuele traumaterapie so gou as moontlik.</p>

Die sewe-stap aangepaste gesinsontlontingsmodel van Juhnke is 'n praktiese, stap-vir-stap model wat die maatskaplike werker in staat stel om die getraumatiseerde kind of 'n groep kinders deur 'n proses van ontlonting te lei. Die strukturele en formele benadering wat gevolg word skep 'n veilige plek waar die getraumatiseerde kind deur alle ervarings op 'n kognitiewe vlak kan herorganiseer, emosies ontlai word en gedragsreaksies bespreek word. Die deel van inligting is instaatstellend, aangesien onbeantwoorde vrae dikwels beantwoord word deur groepslede onderling en die normalisering van gedrag wat plaasvind, 'n instaatstellende effek op individue en groepe het. Tydens die afsluitingsfase word padaanwysers geïdentifiseer vir die hantering van posttraumatiese

stres in die toekoms. Hierdie model is prakties, bruikbaar en gerig op die spesifieke hantering van die simptome van posttraumatische stres en kan suksesvol deel word van die trauma maatskaplike werker se praktyk.

3.3.3. TRAUMATERAPIE:

A child's perspective
But we have these feelings too!
We are capable of experiencing them,
But we have to lock them away.
Never to see daylight
Until seemingly dormant
Etna erupts
And words of lava,
Hot angry ready to destroy,
Pour from our lips!
(LAC)

“As in the case of adults, trauma counselling should be done as soon as possible after the trauma to avoid long-term negative defenses from developing, such as repression and dissociation. Once these become entrenched, permanent damage is done to the child's personality structure and functioning” (Brink, 2004: 34). Alle kinders toon simptome na 'n traumatiese insident. Die meeste kinders toon die vermoë om die trauma te hanteer sonder professionele hulp maar dit kan nie aanvaar word dat alle kinders wel die trauma self kan verwerk nie.

Die doel van terapie word deur Lazarus (1998:4) as volg uiteengesit:

- ❖ verkryging van beheer oor eie lewe
- ❖ veilige uitdrukking van gevoelens
- ❖ ontlading van pynvolle simptome en gedrag
- ❖ minimaliseer gapings as gevolg van trauma
- ❖ herstel van misverstande en onopgeloste gevoelens van skuld
- ❖ herstel van hoop vir die toekoms
- ❖ herstel vertrouwe in self en die wêreld en
- ❖ ontwikkel perspektief en afstand van die trauma.

Die doel van terapie met die getraumatiseerde kind is “... to help the child to adequately process the emotions and information due to the trauma in order to help the child to display appropriate behavior in all circumstances” (Potgieter, 2004: 20).

Die navorser is egter van mening dat die doel van terapie met die getraumatiseerde kind gesien kan word as:

- ❖ moet aan die kind die geleentheid bied om sy gedagtes en gevoelens, vrylik binne ‘n veilige omgewing uit te druk
- ❖ help die kind verstaan waarom hy/sy so voel en help die kind om sy gevoelens te bemeester
- ❖ elimineer en/of verminder die simptome van posttraumatische stres
- ❖ help die kind om meer selfversekerd, vaardig en in beheer van sy lewe te voel
- ❖ stel enige misverstande of wanpersepsies rakende die trauma reg
- ❖ herstel wantroue in ander mense en in verhoudings en
- ❖ dit minimaliseer die langtermyn effek van trauma.

Die rol van die maatskaplike werker om in hierdie doel te slaag kan volgens Orbat (2003:52-53) gesien word as:

- ❖ help die kind om die impak van die trauma op homself en sy gesin te verstaan
- ❖ verduidelik aan die kind die verskillende wyses waarop mense op trauma reageer
- ❖ laat tyd en ruimte toe vir die kind om sy storie te vertel en sy gevoelens uit te druk
- ❖ wees bedag op die kind se reaksie op trauma en help ouers en ander betekenisvolle volwassenes om moontlike emosionele en gedragsprobleme by die kind te verstaan en
- ❖ tree op as die rolmodel en ondersteun ander volwassenes in die hantering van die getraumatiseerde kind.

Pynoos en Eth (1986:306-319) het ‘n program in Amerika ontwikkel wat gebruik word met getraumatiseerde kinders tussen die ouderdom van 3-16 jaar, wat ooggetuies was

van moorde, selfmoorde, verkragtings, ongelukke, dood, aanrandings, ontvoerings asook gesin-, skool- en gemeenskapsgeweld.

Die doel van hierdie program is om aan die kind die geleentheid te gee om ongemak, pyn, hartseer, angstigheid, vrese asook ander gepaardgaande gevoelens te hanteer en te normaliseer tydens die herlewing van die traumatiese situasie. Dit help ook met die voorkoming van enige negatiewe langtermyngevolge van die trauma by die kind. (Vergelyk Steinberg, 1997:87.)

Die navorser het die program van Pynoos en Eth (1986:306-319), Potgieter (2004:20-23) en Jarero (1998) aangepas en 'n eie intervensie ontwikkel, soos vervolgens bespreek.

STAP 1: OPENING

Potgieter (2004:6) verduidelik dat gedurende die aanvangsfase van die sessie 'n volledige psigososiale assessering gedoen moet word op al die dimensies van die kind se funksionering. Die navorser is van mening dat voordat die terapie 'n aanvang neem die volgende aspekte onthou moet word (Vergelyk Steinberg, 1997:84-85.):

- ❖ **DOEL VAN DIE ONDERHOUD:** Onthou wat bereik wil word met hierdie onderhoud.
- ❖ **OUERDOM:** Onthou die ouderdom van die kind sal grootliks bepaal hoe en wat gevra sal word.
- ❖ **VERHOUDING MET DIE SLAGOFFER:** Was die slagoffer 'n lid van die uitgebreide of kernfamilie van die kind? Was die slagoffer iemand buite die gesin? Het die slagoffers in dieselfde huishouding as die kind gelewe? Watter rol het hierdie slagoffer in die kind se lewe gespeel? Wat was die sielkundige en emosionele belangrikheid van die slagoffer in die kind se lewe? Hierdie vrae sal help om te bepaal hoe traumaties hierdie insident was vir die kind.
- ❖ **OOGGETUIE TYDENS DIE INSIDENT:** Dit is belangrik om te weet of die kind 'n fisiese ooggetuie was by die insident. As die kind wel teenwoordig was by die trauma insident moet die kind gevra word wat gehoor is, gesien is, geruik is, of aangeraak is terwyl dit gebeur het. As die kind nie 'n ooggetuie was nie moet die kind gevra word om te verbeel wat moontlik gebeur het.

- ❖ **FISIESE BESERINGS:** As die kind enige fisiese beserings opgedoen het tydens hierdie insident, sal dit 'n potensiële impak hê op (1) waar die onderhoud sal plaasvind, (2) die ernstigheid van die reaksie op die trauma as gevolg van die persepsie van die lewensgevaarlike situasie, en (3) die aard van die sekondêre trauma.
- ❖ **TYDSVERLOOP VANAF DIE INSIDENT:** Thom (1992:708) is van mening dat die fokus in hierdie stap moet bly op die hier en nou agtergrondsinligting, waar hierdie inligting verband hou met die onmiddellike trauma. Daar moet bepaal word hoeveel tyd verloop het vanaf die insident. Die betekenis wat aan posttraumatiese simptome geheg word sal verskillend wees as die insident verlede week/maand/jaar plaasgevind het.

Kinders moet voel dat hulle 'n keuse op alle terreine het wat gerespekteer word. Die kind moet tot 'n sekere mate in beheer voel. *"It will help the client to feel safe and the client will be able to open up"* (Gilliland & James, 2001:33). Die kind moet ook die rede verstaan vir die terapie en dat daar gewerk gaan word aan die trauma sodat die kind self kan ontwikkel.

Getraumatiseerde kinders se gedagtes word oorgeneem deur die beelde van dood en ander skokkende tonele. Dit sal bydra dat die kind stil en teruggetrokke sal optree. Die doel van die intervensie moet wees om die kind te help om skeiding te bring tussen hom-/haarself en die denke. Vermyding is 'n neutrale reaksie en vrae wat gevra word om die traumatiese situasie weer te beskryf kan vermy word of in min detail weergegee word. Voordat terapie met die kind begin word is dit belangrik vir die maatskaplike werker om voor te berei om met die kind oor moeilike en grusame aspekte soos dood te kan praat omdat dit baie belangrik sal wees.

Dit is nodig sodat die regte verwysing na ondersteuningsnetwerke kan plaasvind. Dit is baie belangrik dat die maatskaplike werker deurlopend aan die kind die nodige ondersteuning en hulp voorsien en verseker. Gilliland en James (2001:33) is van mening dat *"...the support step provides an opportunity for the worker to assure the client that there is one person who really cares about you"*. Potgieter (2004:16) voeg by dat die primêre versorgers by die terapie betrokke moet raak. *"...attachment therapy is family therapy; it's not simply a way of treating children to help them to recover from their early*

traumatisation. Therefore, perhaps the most important aspect of attachment therapy is the ability of the parents to learn how to effectively use the parenting tactics and philosophies..." (Randolph, 2001:56). Deur hierdie ondersteuning voel die kind die positiewe boodskap en hoop sal ontwikkel in die kind en beplanning word vergemaklik in die intervensie fase. Die rol van die mediese maatskaplike werker is om direk en indirek betrokke te wees by elke plan sodat die getraumatiseerde kind se emosionele ekwilibrium herstel kan word.

Tydens hierdie stap maak die maatskaplike werker dit duidelik aan die getraumatiseerde kind dat daar baie ander alternatiewe beskikbaar is. Gilliland en James (2001:34) stel voor dat , "*(1) Identify additional persons, groups and other referral resources that can be contacted for immediate support, (2) provide coping mechanisms- something concrete and positive for the client to do now, definite action steps that the client can own and comprehend*". Gilliland en James (2001:34) is van mening dat die alternatiewe die volgende insluit:

- ❖ **Situasie ondersteuning:** Bekendes soos familie en vriende
- ❖ **Hanteringsmeganismes:** Verwys na aksies, gedrag en omgewingshulpbronne wat deur die krisis kan help
- ❖ **Positiewe en konstruktiewe denkpatrone wat stres en angstigheid kan verminder.**

"The objective examination of a number of alternatives from these three perspectives can be of great assistance to clients who are feeling hopelessly stuck and lacking in choices" (Gilliland and James, 2001-34). Die getraumatiseerde kind benodig dus nie 'n verskeidenheid opsies om van te kies nie, net gepaste realistiese keuses vir die spesifieke situasie. Die vertroude stap is eenvoudig want die getraumatiseerde kind moet verbaal aan die maatskaplike werker kan oordra wat die plan van aksie sal wees. Die maatskaplike werker dra ook die verantwoordelikheid om haar bydrae te lewer soos wat dit ooreengekom is met die kind.

Tydens hierdie stap moet die getraumatiseerde kind die probleem definieer volgens sy/haar siening en die maatskaplike werker moet gebruik maak van tegnieke soos empatie, opregtheid, eerlikheid, aanvaarding en positiewe terugvoering aan die kind.

Dit voorsien aan die kind die geleentheid om die impak van die trauma uit te druk deur tekeninge en deur storievertelling. Die maatskaplike werker kry die geleentheid om 'n volledige psigososiale assessering te doen en ook te fokus op die kind se siening van die probleem en kapasiteit van probleemhantering. (Vergelyk Steinberg, 1997:89.)

Jarero (1998) verduidelik dat die eerste stap moet begin met 'n integrasie oefening. Die voorstelling is drie objekte wat die kind se aandag sal kry en spontane terugvoering sal gee.

Jarero (1998) stel voor dat 'n pop, drom en dolfyn ideale keuses van objekte sal wees. Die pop stel die drom en die dolfyn aan die kind voor. Die maatskaplike werker speel op die drom en vra die kind om soos 'n reus te loop op die harde slae en soos 'n dwergie op die sagte slae. Die doel van hierdie oefening is om die kind te help om sy omgewing te ontdek waarin gewerk gaan word en om die kind die geleentheid te gee om vertrouwe in die terapeut te ontwikkel.

Jarero (1998) stel voor dat die dolfyn gebruik word om verskillende gevoelens aan die kind voor te stel. Die maatskaplike werker kan die mond van die dolfyn gebruik om emosies soos gelukkig hartseer, kwaad, verveeld, bang en verbaas uit te druk terwyl die kind dit moet na maak. Die doel is hier om die kind voor te berei om vanaf die kognitiewe na die emosionele oor te beweeg.

Potgieter (2004:7) is verder van mening dat gedurende die eerste fase, veiligheid en stabiliteit baie belangrik is. Die kind se veiligheid is een van die belangrikste aspekte gedurende die hele verloop van die proses. Gilliland and James (2001:33) is van mening dat *"...the word "client safety" means the minimizing of any psychological and physical pain/danger/discomfort for the client himself or others."*

Die maatskaplike werker is verantwoordelik om die vlak van veiligheid te bepaal deur gebruik te maak van assesseringsvaardighede en luistervaardighede. Die maatskaplike werker moet bepaal of daar selfmoord gedagtes is of enige ander gedrag wat gevaar kan inhou vir die kind of andere. Die kind moet kort-kort herinner word dat hy/sy veilig is. Dit kan gedoen word deur 'n verbale versekering; die kind neem waar dat die fisiese

omstandighede rondom hom/haar veilig en vriendelik is; die kind word verseker dat die traumatiese insident deel van die verlede is en dat hy/sy nou veilig is.

Afname in die kind se vlak van angstigheids- en ongemak sal bydra tot 'n sterker gevoel van kalmte. 'n Belangrike aspek is die fisiese omgewing wat 'n boodskap van veiligheid en kalmte oordra. Die maatskaplike werker se eie stemming sal 'n belangrike bydraende faktor wees.

Ontspannings- en asemhalingstegnieke is ideaal om selfvernietigende gedrag te minimaliseer en om emosionele beheer te ontwikkel by die kind. Ander aspekte soos beheerspeletjies ("*Simon Says*"), fantasering en positiewe selfuitdrukking, moet ook vanaf die eerste fase begin oefen word. Die kind moet die reëls van die sessie verstaan asook tegnieke leer om uitbarstings te hanteer.

'n Ander tegniek vir ontspanning by die kind is Artigas (1997) se "*Butterfly hug*" in Jarero (1998). Die skoelapper drukkie bestaan uit die kind wat sy/haar arms kruis oor sy/haar bors sodat die handpalms van elke hand aan die skouer raak. Die kind kan sy/haar oë toe maak en die hande beweeg deur die handpalms vas te pen op die skouers. Hierdie dien as die voorstelling van flappende vlerke van 'n skoelapper. Die kind haal diep asem terwyl hy/sy observeer wat deur sy/haar gedagtes en liggaam gaan in die vorm van wolke.

Die maatskaplike werker vra die kind om haar/sy oë toe te maak en hom/haar na 'n plek te neem waar dit veilig is en rustig voel. Sodra die kind daar is word die kind gevra om in sy/haar handpalm 'n deurskynende knoppie te druk wat hulle enige tyd weer kan druk om terug te gaan na hulle veilige plekkie. Die doel van hierdie oefening is om die kind 'n tegniek te leer sodra te veel emosies ontstaan in die trauma terapie (Jarero, 1998).

Aan die einde van hierdie oefening vra die maatskaplike werker vrae aan die kind soos "*Was jy al by die see?; Was jy al by die Noordpool?; Sukkel jy soms om te slaap?; Voel jy soms bang?; Voel jy soms hartseer?; Het jy nagmerries?; Voel jy soms kwaad?; Onthou jy nog enige iets van die trauma?*" Die doel van hierdie oefening is om die impak van die trauma op die kind te bepaal (Shapiro in Jarero, 1998).

Die maatskaplike werker kan die sessie afsluit deur te sê dat “*dit normaal is om so te voel omdat jy ‘n normale seun/dogter is wat deur ‘n abnormale gebeurtenis gegaan het en daarom is al die gevoelens normaal. Dit is ook normaal om verskillende gevoelens te ervaar maar dit is belangrik dat ons moet praat met mense wat ons vertrou oor ons gevoelens want dit sal ons help om beter te voel.*”

Die navorser wil volgende fokus op ander aspekte wat belangrik is tydens hierdie stap:

Stigting van die fokus: Laat die kind weet dat baie ander al gehelp is wat net soos hy/sy voel. Laat die kind weet dat hy/sy nie alleen is nie en hoor waardeur die kind gegaan het. Die fokus vir terapie word uiteengesit en die doel van hierdie afdeling is om die kind te ondersteun. (Vergelyk Pynoos en Eth, 1986:310.)

Traumatiese verwysings: Die sleutelaspek in hierdie afdeling is dat die trauma inbraak maak in die kind se gedagtes en dit sal deurskemer in die tekeninge en storie. Die maatskaplike werker moet die trauma simptome identifiseer en by die intervensie insluit (Steinberg, 1997:90).

Jarero (1998) maak die voorstelling dat die maatskaplike werker ‘n groot sak moet bring en die kind vra om die sak te vul met alles wat die kind wil hê moet verdwyn. Die kind ontvang klein stukkie gekleurde papier en moet daarop dingetjies skryf wat hom/haar bang, kwaad of onrustig maak.

Die kind word gevra om die gevoelens van sy/haar kop na sy/haar hand, na die stukkie papier te laat gaan. Die kind plaas dan hierdie “*monster*” of “*slang*” in die sak. Die maatskaplike werker vertel dan aan die kind dat hierdie sak nou baie swaar is en nie opgetel kan word nie. Die kind kan nou kies wat met hierdie sak moet gebeur, bv. vernietig, gebrand of begrawe word.

Tekeninge en storievertelling: Vra aan die kind om enigiets te teken (net wat hy/sy wil), maar dit moet iets wees waarvoor hy/sy ‘n storie kan vertel. Hierdie tekeninge sal of direkte prentjies wees van die trauma wat die kind ervaar het, of totale fantasie. Vra aan die kind om uit te brei op die prentjies deur vrae te vra soos wat moontlik volgende kan gebeur. Die maatskaplike werker wys uitdrukkings van belangstelling, entoesiasme en spel om die kind spontaan aan te moedig. (Vergelyk Pynoos en Eth, 1986:310.)

Jarero (1998) is van mening dat tydens hierdie fase die kind baie papier en verskillende kleurkryte moet ontvang. Die kind kan enige iets teken maar sodra die kind klaar is met die een tekening word 'n volgende papier aan die kind oorhandig. Die tekeninge moet genommer word in volgorde wat die kind dit voltooi het. Die maatskaplike werker moet die kind die hele tyd observeer en fokus op die tekening en gepaardgaande emosies. As die kind angstigheid toon in sy/haar gedrag, kan die maatskaplike werker net aan die kind se skouers raak. Sodra die kind genoeg geteken het moet die kind 'n storie kan vertel wat al die tekeninge insluit.

Om die sessie af te sluit, kan die kind weer na sy/haar veilige plek toe gaan en drie keer diep asemhaal.

STAP 2: TRAUMA

Potgieter (2004:8) verwys na hierdie stap as die simptomevermindering en geheuewerk fase waar die kind selfbeheersing aanleer deur ontspanningstegnieke wat inge oefen word. Die kind leer ook die identifikasie van gevoelens, deur die gebruikmaking van metafore soos weerkaarte en die normalisering van hierdie verskillende emosies deur integrasie.

Potgieter (2004:9) is verder van mening dat die kind beheer ontvang oor die trauma as dit oor en oor herhaal word deur verskillende metodes van spel.

Die maatskaplike werker verskuif nou die aandag na die traumatiese gebeurtenis. Dit is egter baie belangrik om die hele tyd bewus te wees van die kind se fisiese en emosionele vlakke en nie die kind te dreineer nie. (Vergelyk Pynoos en Eth, 1986:310.)

Die maatskaplike werker begin hierdie sessie deur 'n storie te vertel aan die kind oor hoop, kommunikasie, vertrouwe en gevoelens. Voorbeelde van stories is "*Brave Bart*" deur Sheppard of "*A terrible thing happened*" deur Homes.

Vrae kan ná die storie aan die kind gevra word:

- ❖ *Wat dink jy het gebeur?*
- ❖ *Het iets al gebeur wat jou sleg, hartseer of bang laat voel het?*
- ❖ *Wil jy aan my vertel wat gebeur het?*

- ❖ *Watter ander gevoelens het jy ook ondervind?*
- ❖ *Kan jy aan iets dink wat jou beter sal laat voel?*
- ❖ *Met wie kan jy praat as jy hartseer, alleen of kwaad voel?*

Ontspanningsoefeninge en eetgoedjies kan aan die kind aangebied word sodat die kind bewus kan bly van die atmosfeer van omgee en ondersteuning. Ander aspekte wat egter beklemtoon moet word tydens hierdie stap is:

Herlewing van die ondervinding: *“The transition from the child’s drawing or story to the explicit discussion of the traumatic event is a critical moment,”* (Brink, 2004:37). Binding van sekere aspekte van die tekening of storie van die kind met die trauma situasie, bv. *“Ek wed jou jy wens dat...”* Dit word gewoonlik gevolg deur ‘n emosionele uitbarsting vanaf die kind se kant, maar dit is noodsaaklik vir die kind om nou die kognitiewe met die emosionele prentjies te verbind. Die maatskaplike werker voorsien ondersteuning en beskerming as sekere aspekte te oorweldigend raak.

Rekonstruksie: *“Nou is dit ‘n goeie tyd vir jou om my presies te wys en te vertel wat gebeur het...”* Die kind sal nou begin speel, teken, optree om die trauma voor te stel. Hierdie aktiwiteite moet egter ook deur die kind in woorde omgesit word.

“Props (dolls, puppets, toys, weapons, etc.) are made available. The therapist must be willing to participate acting as the victim, assailant or police officer. Focus on the central action witnessed when harm was inflicted – e.g. the knife going in, gunshot, etc. Although the child may display an increase of anxiety, afterward the child appears strengthened in his or her mastery of the trauma. This may be the point of emotional release – if so, facilitate this. The child may need support” (Brink, 2004:37).

Die maatskaplike werker kan die kind vra om spesifieke gebeurtenisse te teken sodat daar later weer daarna verwys kan word. By hierdie sessie ervaar die kind die volle pyn van die realiteit en daarom is ondersteuning baie belangrik.

Waarnemende ondervinding: *“Address the child’s sensory experience of the event (i.e. sound of gunfire, the sudden silence of the victim, etc.). Whenever the child describes an intense emotional experience, ask where he or she felt it in their body. During the*

recounting, the child is coping with affects of helplessness, passivity, fear, rage, confusion, guilt, even excitement” (Pynoos en Eth, 1986:314).

Die maatskaplike werker skep 'n ondersteunende omgewing waar die kind se angstigheid beheer kan word. Die sessie help die kind om deur gevoelens soos hulpeloosheid, passiwiteit, vrese, aggressie, skuld en opgewondenheid te werk. Die kind kan fisies en emosioneel gedreineer wees na die sessie. Ontspanningstyd moet nou aan die kind die geleentheid bied om te ontvlug.

Spesiale Detail: 'n Kind kan spesifieke traumatiese betekenis plaas op 'n spesifieke aspek. *“The child may imbue a particular detail with special traumatic meaning. Often clue to child's initial identification. Help child distinguish self from victim or assailant”* (Steinberg, 1997:85).

Die maak van kleimannetjies kan as visuele tegniek gebruik word om te onderskei tussen die verskillende rolspelers en die betekenis wat die kind daaraan voeg. Die maatskaplike werker moet kan onderskei tussen die detail en die belangrikheid van dit vir die kind.

Slegste oomblik: Die kind moet gevra word wat hulle ergste oomblik was gedurende die ondervinding. Die kind word deurlopend aangemoedig om dit te teken. Steinberg (1997:85) is van mening dat *“...this moment is a particularly empathic time for the child as they generally feel especially understood and close to the interviewer.”* Slegs jong kinders kon genoeg observering doen om te onderskei tussen dit wat sleg was tydens die trauma. Hierdie aspek moet aan die kind gevra word omdat dit nie altyd logies na vore sal kom nie en die persepsie van die een na die ander sal verskil.

Geweld en fisiese verminking: *“Children may be haunted by visual images of the death or mutilation and struggle to unburden themselves of the sight. Guide the child to approach the impact of the violence/mutilation. There is a need to restore an image of the parent. N.B. funeral, photographs. Must validate external reality and physical death or injury needs to be confirmed so that the child can speak openly and grieve over the trauma”* (Steinberg, 1997:85).

Die maatskaplike werker moet die kind help om te verbaliseer en die beeld van die geliefde te herstel in die gedagtes van die kind. Gebruik van foto's is handig om die beeld by die kind te normaliseer. Dit is egter belangrik dat die beelde van die kind eers realities hanteer word, bv. *"Pappa is geskiet in die bors en het baie gebloei..."* sodat die kind die geleentheid kry om deur rou te kan werk. Sodra die kind weer beheer oor sy/haar emosies kry kan die foto's gebruik word vir die maak van die herinneringsboksie.

STAP 3: HANTERING VAN DIE ONDERVINDING

Tydens hierdie stap moet die volgende aspekte beklemtoon word:

Menslike aanspreeklikheid: *"Since traumatic events are of human design the child now has to grapple with questions of accountability and responsibility"* (Pynoos en Eth, 1986:315). Ontdek die kind se persepsie vir wie aanspreeklik gehou moet word (*"Hoekom het so iets gebeur?"*; *"Dit was nie jou skuld nie en jy kon niks doen om dit te keer nie!"*); die kind se siening van die motief en hoe die kind dink hy/sy die situasie kon verhoed het.

Interne plan van aksie: *"Children tend to attempt to reverse their helplessness by formulating a plan of action that would have remedied the situation and also "fixed up" or aided the parent/victim (calling the police, grabbing the weapon from the assailant, etc.)"* (Steinberg, 1997:86). Bespreking van hulle interne plan van aksie kan bydra tot die afname in persoonlike verantwoordelikheid. *"The plan must be very concrete and specific to ensure optimal functioning, development and change where necessary"* (Butcher en Herzog 1982:126). Die plan moet fokus op sistemiese herstel en moet realities wees in terme van die kind se hanteringsmeganisme. Deur die maak van toepaslike planne kry die kind weer beheer oor die situasie en sal nie afhanklik raak op die ondersteuningsisteme nie. (Vergelyk Gilliland en James 2001:34-35.) Bemagtiging van die kind kan plaasvind deurdat die kind sy hand se buitelyne op papier teken en sy eie plan van veiligheid daarop skrywe om te verhoed dat so iets weer kan gebeur.

Straf en wraakneming: Die kind moet toegelaat word om ten volle sy/haar gevoelens uit te druk voordat realitiese beperkinge neergelê word oor wat die kind kon gedoen het. *"Children generally are relieved by the permission to imagine the torture or execution of the assailant. This can reveal unbearable guilt or frightening fantasies or*

dreams of revenge" (Pynoos en Eth, 1986:316). Hierdie onrealistiese straf is 'n duidelike aanduiding van die hulpeloosheid wat die kind ervaar het tydens die trauma. Die kind kan tekeninge maak om aan te dui hoe hulle hierdie oortreder sal wil straf. Nadat vryheid gegee is aan die uitdrukking van gevoelens, moet die kind teruggebring word na realiteit.

Teen wraakneming: *"Fears may accompany the above. Real fears of the assailant may be present. Ideas of revenge may often lead children to worry about the return of the assailant"* (Steinberg, 1997:87). Die kind kan gevoelens toon van wraakneming wat nuwe vrese laat ontwikkel. Kinders moet deurlopend ondersteun word asook van hulle veiligheid verseker word veral as die oortreder nog nie gevang is nie.

Kind se impuls beheer: *"Examine the child's own impulse control by asking "what do you do when you get angry?" Viewing an open display of violence, such as a homicide, may challenge their impulse control. The child may have lost trust in adult restraint, also may fear own capability"* (Brink, 2004:39). Om aan die kind te vra wat hy/sy doen as hy/sy kwaad word, kan help om sy siening van sy/haar impulsbeheer te beklemtoon.

Vorige trauma: *"At this time children commonly mention past traumatic events"* (Pynoos en Eth, 1986:315). Die maatskaplike werker moet vasstel of die kind al vorige trauma beleef het omdat gevoelens van die een situasie sal oorloop na die volgende. As daar tekens is van multi-trauma sal verdere terapie vereis word.

Traumatiese drome: *"Inquire about recent anxiety dreams or nightmares. The child may fear dreams are portent of the future (either being a victim or avenging killer)"* (Steinberg, 1997:86). Hierdie gevoelens moet genormaliseer word en die kind moet realisties beheer herwin oor die toekoms. Hanteer hierdie aspek deur oor en oor te teken en te speel en die kind in die posisie van mag te plaas. Die kind kan ook gevra word om 'n tekening te maak van 'n donderstorm. Die kind teken reëndruppeltjies en in die druppeltjies verskillende gevoelens as jy huil. Moedig die kind ook aan deur te fokus dat na 'n storm daar 'n reënboog is net soos 'n glimlag na tranes.

Toekoms oriëntasie: Die maatskaplike werker moet die kind vra wat sy/haar huidige bekommernisse is oor die toekoms. Hierdie bekommernisse kan die kind se toekomspersepsie vernou. Die kind kan gevra word om 'n padkaart vir sy lewe uit te

werk. Potensiële gevare en probleme in interpersoonlike verhoudings moet verken word. Stigmas moet ook aan gewerk word (Brink, 2004:40).

Huidige spanning: *“Common concerns of children are: changes in living situation or schools, and contacts with the police or legal system also social stigmata”* (Pynoos en Eth, 1986:316). Die maatskaplike werker moet aktief betrokke raak of die kind verwys na ander netwerke.

STAP 4: AFSLUITING

Die finale sessie ondersteun die kind oor bekommernisse oor sy/haar huidige lewenstoestand. Hierdie sessie moet aan die kind sekuriteit, bemagtiging en beheer voorsien. Hierdie sessie dien weereens as assesseringsmeganisme om te bepaal of die kind vir verdere terapie moet gaan.

Samevatting: *“The objective in this specific step is to enable the client to commit to taking one or more definite, positive, intentional action steps designed to move that person towards restoring precise equilibrium”* (Gilliland en James, 2001:35). Hersien en som die inligting op wat tydens die sessie ingesamel is. Help die kind om minder alleen te voel deur normalisering van gevoelens deurlopend toe te pas (Steinberg, 1997:88).

Realistiese Vrese: *“Reassure them that it is alright to feel sad, angry, helpless and/or afraid”* (Pynoos en Eth, 1986:316). Verwys die kind na ondersteuningsgroepe waar aspekte hanteer word soos die kind se plek van veiligheid en vrese wat realisties is.

Verwagte verloop: ‘n Lys van moontlike simptome en gevoelens kan aan die kind gegee word om af te merk en die datum by te skryf wanneer hierdie simptome ervaar word. Deel met die kind die verwagte verloop van hulle simptome. Dit is belangrik vir die kind om voorbereid te wees op die toekoms, sodat die kind ‘n mate van beheer kan ontwikkel en angstigheid verminder kan word. Die kind moet aangemoedig word om met ‘n volwassene te praat as die emosies te intens raak (Steinberg, 1997:88).

Kind se waagmoed: *“The child’s self-esteem will decrease; therefore acknowledge the child’s bravery”* (Brink, 2004:41). Optrede kan in die sessie gebruik word om die kind

aan te moedig. *“Jy was so braaf gewees”* of *“Dit was vir jou so moeilik om oor al hierdie dinge te praat, maar jy het dit so goed reggekry om my te help om beter te verstaan”*

Kind se kritiek: Vra die kind wat was van hulp gewees, of wat baie erg gewees het om oor te praat (Pynoos en Eth, 1986:318).

Afsluiting: *“Express respect for the child. That it was a privilege of sharing the experience with him/her. Thank the child for sharing the interview experience with you. Give the child your professional card, no matter how young, and tell them that you are available for future contact”* (Brink, 2004:41). Met die kind se toestemming gee die nodige inligting vir die ouers en ander volwassenes wat die kind nodig voel om te deel.

“Discuss the natural course of the traumatic disorders. Interview also screens the child for a formal referral for psychiatric evaluation or treatment and assesses for post-traumatic stress disorder” (Steinberg, 1997:88).

Potgieter (2004:10) redeneer dat daar ook by die afsluitingsfase gefokus moet word op al die tegnieke wat die kind bemeester het. Tegnieke sluit in probleemhanteringsstrategieë, selfbewustheid, sosiale vaardighede, waardesisteme en die belangrikste is die heraansluiting van die kind se gevoelens en liggaam.

Uit die bogenoemde omskrywings blyk dit dat intervensie wat gevolg word met 'n kind wat aan 'n traumatiese ervaring blootgestel is, baie spesifiek is en gerig is op die belewenis van die trauma self. Met behulp van die genoemde intervensies bied die maatskaplike werker 'n veilige plek aan die kind waar hy/sy die verskrikking van die besonderhede van die traumatiese insident kan ontlaai en ook nuwe vaardighede kan leer om die spanning en eise van die ervaring te hanteer.

3.4. SAMEVATTING

In hierdie hoofstuk word die belangrikheid van suksesvolle traumaterapie aan die getraumatiseerde kind uitgewys en dat die kind sodoende gehelp kan word om die realiteit van die trauma te aanvaar. Deur die regte intervensie sal die kind nie 'n reaksie van ontkenning en onderhandeling toon nie.

Verder moet die getraumatiseerde kind enige gedagtes van die trauma kan verken sonder dat erge gevoelens van pyn, aggressie, hartseer en skuld na vore kom. Die getraumatiseerde kind moet ondervindinge wat opgedoen is tydens en na die trauma vrylik kan deel met ander. Die getraumatiseerde kind moet ook in hierdie stadium hoop, drome en toekomsverwagtinge kan stel.

Die getraumatiseerde kind moet aanpas in die gemeenskap deur sin te maak uit die gebeurtenis en deur begrip van die situasie te toon. Sodra die kind weer aandag kan skenk aan die ontwikkelingstake en vereistes van die biopsigososiale model, kom die navorser tot die gevolgtrekking dat die getraumatiseerde kind se hanteringsmeganismes weer optimaal funksioneer en dat die kind homeostase bereik in sy/haar funksionering.

Die kind sal weer met normale aktiwiteite begin en nuwe verhoudings ontwikkel wat belangrik is om die gapings te vul wat die trauma veroorsaak het. Die energie wat voorheen gebruik is om die trauma te hanteer, word nou aangewend vir die toekoms en dit dui op die punt van herstel vir die kind. Die kind het die fokus verskuif van die verlede tot die hede en die toekoms.

Mense moet onthou dat die wonde van die trauma by die kind of enige ander getraumatiseerde nooit sal weggaan nie, maar sal verklein en meer hanteerbaar sal word deur die benutting van die regte terapeutiese intervensie en die ondersteuning van die verskillende sisteme in elke individu se lewe.

HOOFSTUK 4: EMPIRIESE ONDERSOEK: KWALITATIEWE BEVINDINGE

"We know that the likely-hood of trauma-related problems is related to the intensity and duration of the adaptive stress response that each individual uses during and immediately after the distressing or traumatic experience. There are significant individual differences in how we respond to stress and threat; even with those differences, however, with events that are of sufficient intensity and duration, even the most resilient among are at risk for problems"

– Bessel van der Kolk

4.1. INLEIDING

Die fokus van hierdie studie was om die impak van trauma op die kind as die sekondêre slagoffer te bepaal om sodoende die maatskaplike werker te bemagtig in die ongevalle afdeling. In die voorafgaande hoofstukke is inligting ten opsigte van trauma as verskynsel, die normale ontwikkeling van die biopsigososiale model by die kind in sy/haar middelkinderjare, die impak van trauma op die kind se biopsigososiale ontwikkeling en die terapeutiese intervensie by trauma, weergegee.

'n Kwalitatiewe benadering is benut waartydens data ingesamel is deur onderhoude, waarneming tydens die sessies, en veldnotas. Vir die doeleindes van die studie het die navorser gebruik gemaak van toegepaste navorsing om die impak van trauma te bepaal en spesifieke riglyne daar te stel vir die ontwikkeling en ontwerp van 'n krisis-intervensieprogram, gerig spesifiek op die sekondêr getraumatiseerde kind in die hospitaal omgewing. In hierdie navorsing gaan 'n kollektiewe gevallestudie gedoen word. Hierdie begrip verwys na die verkenning of indiepte analise van prosesse, aktiwiteite, gebeure, verskynsels, onderwerpe of konsepte van verskeie individue asook die ondervindinge en gevoelens, persepsies en uitdrukkings wat daaraan geheg is. Beskrywing is dan ook deels die doel van hierdie navorsing. Die klem het gelê op die verbale en nie-verbale gedrag en ervarings van die sekondêre getraumatiseerde kind.

Kwalitatiewe data wat vanuit die individuele sessies verkry is, deur waarneming, wat in die vorm van veldnotas ingesamel is, asook deur middel van ongestruktureerde onderhoude met sekondêr getraumatiseerde kinders, word vervolgens in hierdie hoofstuk bespreek.

4.2. DIE EMPIRIESE BEVINDINGE

De Vos (2002:341) toon aan dat data-analise in 'n kwalitatiewe ondersoek tweeledig is. Die eerste aspek behels data-analise op die navorsingsterrein tydens data-insameling. Die tweede aspek behels data-analise verwyderd van die navorsingsterrein na die periode van data-insameling. Data-insameling en data-analise word gewoonlik in 'n tradisionele studie van mekaar geskei. 'n Kwalitatiewe studie behels 'n onafskeidbare verhouding tussen data-insameling en data-analise (De Vos, 2002:341).

Data-ontleding en interpretasie vanuit die kwalitatiewe benadering word deur De Vos (2002:341-345) bespreek aan die hand van Krewel se model. Hierdie model word aangebied in die vorm van 'n spiraal, en bestaan uit die volgende sirkels: data-insameling en die opteken daarvan, databestuur, lees en die maak van aantekeninge, beskrywing, klassifisering en interpretering, verteenwoordiging en visuele voorstelling.

Tydens hierdie studie is kwalitatiewe data verkry met behulp van waarneming; deur die skryf van veldnotas tydens en na die afloop van elke sessie, en in die semi-gestruktureerde onderhoude met die getraumatiseerde kinders. Vir die doel van hierdie studie moet die fokus van die ingesamelde data wees op die subjek se ervaring van trauma. Die onderhoud word gestuur deur die onderhoudskedule (**BYLAAG B**) wat aansluit by die doel van die navorsing. Volgens De Vos (2002:339) dek kwalitatiewe navorsing 'n breë spektrum tegnieke wat observasie, onderhoudvoering en dokumentêre analisering insluit. Die navorser maak gebruik van al die genoemde metodes om betekenis en verklaring te vind vir sosiale aksies en situasies.

De Vos (2002:354) toon aan dat data-analise weg van die navorsingsterrein begin met databestuur. Databestuur behels die organisering van data in lêers, indekskaart of rekenaarleërs; en die verandering van lêers in geskikte tekseenhede soos 'n woord, 'n sin of 'n hele storie. Die notas is na afloop van elke sessie in die bepaalde respondent se lêer gestoor, waarop die data na behore op hierdie wyse bestuur is. (Vergelyk De Vos, 2002:343.)

Lees en die maak van aantekeninge lei tot voortdurende analise, aangesien die navorser 'n gevoel van die databasis as geheel ontwikkel deur die transkripsies verskeie

kere oor te lees. Beskrywing, klassifisering en interpretering gee aanleiding tot die identifisering van opvallende temas, herhalende idees of taalgebruik en geloofs/oortuigingspatrone. Kategorieë van betekenis ontstaan uit hierdie fase. De Vos (2002:354) stel voor dat die navorser soek na 'n familie van temas met subtemas verteenwoordigend deur segmente van die data. Tydens interpretering moet die navorser soek na ander verduidelikings vir die data en die verbande tussen hulle. Hierdie verduidelikings moet deur die navorser identifiseer en beskryf word. Die aanbieding en voorstelling van die data in teks-, tabulêre- of grafiekvorm. Die tabelle en figure bevat egter teks en nie getalle nie. (Vergelyk De Vos, 2002:354-355.)

Die kwalitatiewe data wat vanuit die sessies verkry is, sal vervolgens voorgehou word. Tydens hierdie bespreking van die verloop van die navorsing, sal daar deurentyd gebruik gemaak word van skuilname wat die kinders vir hulleself gekies het. Elk van die tien respondente se biografiese inligting is verkry vanuit die aanmeldingsverslag van die hospitaal asook vanuit die waarneming en onderhoude wat gevoer is met die kinders en getranskribeer is (**BYLAAG C**), asook die voltooide vorm oor inligting van voornemende respondente (**BYLAAG A**). Tabel 4 fokus op die biografiese inligting van elke respondent.

TABEL 4: BIOGRAFIESE INLIGTING VAN RESPONDENTE

NAAM VAN DIE KIND:	Samantha (R1)	Sipho (R2)	Nelie (R3)	Hendrik (R4)	Nono (R5)	Maria (R6)	Stian (R7)	Nomondi (R8)	Matthys (R9)	Lukas (R10)
OUERDOM:	9 jaar	12 jaar	8 jaar	10 jaar	10 jaar	12 jaar	9 jaar	8 jaar	11 jaar	11 jaar
GESLAG:	Vroulik	Manlik	Vroulik	Manlik	Vroulik	Vroulik	Manlik	Vroulik	Manlik	Manlik
GESINSDINAMIKA: (EKSTERNE FAKTORE)	Samantha woon saam met haar ma en het geen kontak met haar biologiese pa nie.	Sipho en Nelie is boetie en sussie. Hulle woon by hulle ouma omdat hulle biologiese ma as plaaswerker in die Vrystaat werk en woon.	Hendrik kom uit 'n gesin uit waar daar baie gesinsgeweld teenwoordig is. Mamma is gereeld by die ongevallende afdeling vir beserings en bloeding. Dit wil voorkom of daar ook 'n moontlikheid van 'n alkoholprobleem by pappa bestaan.	Nono en Maria is twee sussies wat by hulle mamma en pappa woon in 'n baie armdeel van Springs. Nono en Maria se ouers woon saam maar is nie wetiglik getroud nie. Hulle is onwettige immigrante van Zimbabwe. Dit wil voorkom asof hulle nog 'n ouer sussie het wat in Zimbabwe agtergebly het. Nono en Maria se ouers is werkloos en finansieel gaan dit baie swaar.	Stian is die jongste van vier kinders. Hulle bly saam met pappa by die paterne ouma en oupa nadat mamma haar goed gepak en verdwyn het.	Nomondi is die jongste van twee kinders. Sy woon by haar ma en pa wat altwee vir die kerk werk.	Matthys en Lukas is 'n tweeling. Hulle biologiese pa werk vir 'n sekuriteitsmaatskappy. Mamma was 'n tuisteskepper.			
BESKRYWING VAN TRAUMA: (KIND AS SEKONDÊRE SLAGOOFER)	Die verkragting van haar ma deur 'n bende. Die bende het Samantha	Ouma het ernstige beserings opgedoen in 'n motorongeluk waarin die gesin betrokke was.	Mamma het ernstige interne bloeding op die brein na 'n hou op die kop.	Toe die twee meisies van 'n maatjie afkom was die brandweer reeds besig om die vlamme te probeer blus. Mamma en die twee dogters is na die hospitaal gebring vir skok en brandwonde.	Ouma het vir Stian winkel toe gestuur om brood en melk te koop. Terwyl hy betaal het,	Nomondi se sussie van sestien het probeer selfmoord pleeg nadat sy gehoor het	Pappa het die middag by die huis aangekom dronk en hy en mamma het 'n verskriklike argument gehad. Pappa het die huis verlaat saam met sy vriende. Pappa het later teruggekom saam met sy			

	aangehou met 'n mes.					het daar vier gewapende mans ingekom en almal aangehou en hulle beroof van hulle besittings. Die winkel-eienaar is geskiet. Die trauma het 'n week tevore plaasgevind en ouma was nou bekommerd omdat Stian nagmerries kry.	dat sy swanger is. Nomondi was alleen by die huis saam met haar sussie. Nomondi het gesukkel met 'n huistakie en wou hulp gaan vra by haar sussie toe sy op haar sussie afgekom het. Sy het die polisie geskakel en het saam met haar sussie hospitaal toe gekom.	vriende. Daar het konflik ontstaan en pappa het sy wapen gegryp en een van sy vriende voor die seuntjies doodgeskiet. Toe sy vrou wou ingryp het hy haar ook doodgeskiet.	
ANDER TUSSENVERANDERLIKES: (EKSTERNE FAKTORE)	Samantha se ma is 'n sekswerker en sy was al verwyder van haar ma.	Die kinders het eers vanaf die begin van 2004 by ouma alleen begin woon. Hulle biologiese ma het haar werk verloor en het weens die nuwe werksomstandighede die kinders aan ouma se sorg toevertrou.	Die polisie was ook by die ongevalle afdeling om pappa te arresteer.	Die gesin woon nog nie 'n lang tydperk in Suid-Afrika nie. Die kinders is nog in die proses van aanpassing in die nuwe omgewing. Hulle is baie armoedig en pappa is die meeste van die tyd afwesig omdat hy werk soek.	Mamma het die gesin verlaat en Stian pas baie moeilik aan in sy nuwe skool.	Nomondi was gemolesteer deur 'n vriend van die familie toe sy ses was.	Mamma het 'n miskraam gehad gedurende 2004. Die tweeling se stiefboetie het vanaf die huis weggeloop gedurende 2001. Hulle het geen kontak met hom nie.		
DIE KIND SE BEGRIP VAN DIE SITUASIE: (OBSERVASIE)	Baie beperk omdat Samantha op 'n baie lae kognitiewe vlak funksioneer.	Sipho het verstaan dat ouma baie seergekry het.	Nelie se insig in die situasie was beperk en sy het baie gesteun op haar boetie.	Hendrik was meer bekommerd oor hoekom pappa saam met die polisie moet gaan as dat mamma ernstig siek is.	Nono en Maria het enige vraag oor die brand en die impak daarvan probeer vermy en het eerder gefokus op die feit dat hulle honger is of wil gaan speel.	Stian was meer gefokus op die feit dat die eienaar se kinders sonder 'n pappa moet groot word.	Nomondi is 'n baie selfstandige en 'n slim dogtertjie. Sy was bekommerd oor haar sussie maar ook kwaad dat haar sussie nie met hulle ma	Matthys het verstaan dat wat pappa gedoen het verkeerd was. Volgens hom was pappa baie kwaad. Matthys was bekommerd of pappa sy werk gaan verloor want	Lukas was baie meer gefokus op die bloed. Die kleur en die reuk het 'n groot impak op hom gelos.

							gaan praat het nie.	dan verloor hy sy "gun".	
DIE KIND SE REAKSIE: (OBSERVASIE WAT IMPAK MEET)	Angstigheid en gespanne omdat sy bang is dat sy weer verwyder gaan word.	Sipho was baie bekommerd en wou net met die dokter gaan praat. Hy was ook baie aandag-aflaibaar.	Nelie was baie emosioneel en het baie gehuil.	Hendrik was hiperaktief hy het eers rond gehardloop tussen die sale. Toe hy by die navorser moet gaan sit was hy terug-getrokke en stil.	Maria het vir Nono gevolg in al die aktiwiteite. Die navorser het ook vorige trauma van 'n brand opgetel wat die kinders in Zimbabwe opgedoen het. Hulle het toe al van hulle besittings verloor. 'n Reaksie van hulpeloosheid en hartseer is by die dogters opgemerk.	Stian het nagmerries gehad en was bekommerd oor sy ouma by die huis. Hy wou haar beskerm. Stian het ook regressie in sy gedrag getoon deurdat hy duim gesuig het voordat hy in die aand aan die slaap raak en sy bed nat maak.	Nomondi was bekommerd oor haar sussie en hartseer omdat haar sussie iemand is na wie sy opkyk.	Matthys was hiperaktief en kon nie ophou praat nie. Hy het rond-gehardloop en het skiet geluide met sy mond gemaak. Hy wou almal doodmaak.	Lukas was stil en het op die bankie gesit en na sy boetie gekyk.
ONDERSTEUNING-SISTEME:	Samantha se ouma was ook by die hospitaal gewees.	Ouma is baie betrokke by die kerk. Die dominee van die kerk was daar asook susters van die kerk om die kinders na om te sien.	Die buurvrou wat die polisie geskakel het was daar om Hendrik saam met haar huistoe te neem.	Die dogters se biologiese pa was oppad na die hospitaal.	Stian se pappa, sy ouma en opa is baie betrokke en lief vir hom.	Mamma en pappa asook ander mense van die gemeenskap was by die hospitaal.	Die eksterne maatskaplike werker by die hospitaal is betrokke by die situasie omdat dit nie bekend is of daar eksterne familie bestaan nie. Die saak het ook wetlike implikasies omdat dit 'n moord was. Die kinders sou verwyder word.		
SAMEWERKING VAN DIE KIND:	Baie goeie samewerking en deelname.	Goeie same-werking en deelname.	Het van die aktiwiteite geniet en gedoen maar wou eerder by ouma wees.	Samewerking was baie beperk. Hy wou nie stil sit aan die begin nie en later het hy homself emosioneel onttrek van die situasie.	Baie beperk as gevolg van 'n taal probleem.	Stian was baie angstig, senuwee-agtig en bekommerd. Baie van sy vertellings was fantasieë.	Goeie same-werking. Nomondi is 'n slim en selfstandige dogtertjie.	Matthys wou net teken en speel. Hy het baie gepraat en dinge vertel.	Lukas het gedoen wat van hom verwag en gevra is, maar verdere deelname was beperk.

In hierdie hoofstuk word die navorsingsbevindinge bespreek op die basis van die sentrale tema wat verkry is deur die respondente se ondervindinge. Die reaksies wat deur die respondente ervaar is, het dit moontlik gemaak dat verskillende temas geïdentifiseer kon word. Die kategorieë en temas wat voorgekom het, word voorgestel in tabel 5, wat bevestig sal word deur geselekteerde data vanuit die getranskribeerde onderhoude. Verwys na **BYLAAG D** vir die inhoudsanalise en tema kodering van die getranskribeerde individuele onderhoude.

Vier hooftemas het voorgekom vanuit die kwalitatiewe data. Die assessering, ontleding en vertolking word gedoen en aan die literatuur getoets na aanleiding van hierdie temas:

- ❖ Die **sekondêr getraumatiseerde kind** is die persoon wat die trauma waargeneem of 'n naby verhouding met die slagoffer gehad het
- ❖ **Fases van trauma** wat deur die sekondêr getraumatiseerde kind beleef word
- ❖ Die rol wat **sosiale ondersteuningsisteme** speel in die psigososiale sistemiese aanpassing van die kind in sy/haar middelkinderjare
- ❖ Die **eksterne faktore** wat die sekondêr getraumatiseerde kind sal beïnvloed.

TABEL 5: TEMAS EN KATEGORIEË GEÏDENTIFISEER VANUIT DIE INDIVIDUELE ONDERHOUDE

HOOFTEMAS	SUBTEMAS	BEVESTIGENDE REAKSIE
SEKONDÊR GETRAUMATISEERDE KIND	Die navorser kom tot die gevolgtrekking dat sekondêre trauma gesien word as trauma wat die kind beleef het al was die kind nie die direkte slagoffer van die insident nie maar eerder die passiewe observeerder of gehoor het van die hele insident. Hierdie kind ervaar dieselfde simptome asook gevoelens wat die primêre slagoffer beleef en benodig ook onmiddellike ontlasting om enige kanse van posttraumatiese spanning uit te skakel. Wanneer die kind aan trauma blootgestel word, word daar 'n skokgolf, vanaf die fisiese en die psigiese dimensies van die kind, gestuur. Hierdie traumatiese gebeurtenis word gesien as 'n onbekende en lewensbedreigende situasie. Die kind gaan dus reageer deur 'n wye verskeidenheid van gevoelens en gedrag te toon. Gevoelens en gedrag kan op 'n kontinuum geplaas word vanaf totale ongelof, hulpeloosheid, isolasie, vrees, paniek, angstigheid en afgryse.	(R1) "ek het alles gesien gebeur..." "Hulle het al haar klere uitgetrek en hulle het hulle broeke afgetrek... ek moes wegkyk mamma het geskreeu "Kyk weg!" Ek het haar gehoor huil en ek het niks gedoen nie..."; "Ek sien die mans en die messe. Messe kan jou doodmaak... dan kom daar baie bloed uit jou lyf uit... Mamma het baie gehuil en die mans het geskreeu dat sy moet "shut-up"." (R2) "Ouma was in 'n ongeluk gewees. Die taxi het te vinnig gery en sy wiel het gebars" (R4) "Hy maak haar altyd seer... Mamma kom altyd hierna toe en dan maak die dokter haar reg en dan gaan ons huis toe." (R7) "My prentjie moet 'n "gun" in hê"; "daar het 'n monster die oom opgeëet..." ek het dit gesien..." (R8) "niks het met my gebeur nie, net met my sussie." (R9) "vanaand het my pa een van sy vriende en ons ma by ons huis geskiet"

Die volgende fases van trauma is deur die studie geïdentifiseer wat deur die sekondêr getraumatiseerde kind beleef is:

FASE 1 : Biologiese impakfase

(R1) "Ek is nie kwaad nie, net baie bekommerd oor mamma."
(BIOLOGIESE IMPAKFASE)
(R4) "Hulle skreeu so baie en dan word my kop en my hart seer. Pappa maak my bang as hy so kwaad word... Ek wens ek kon weg vlieg..." (BIOLOGIESE IMPAKFASE)

(R7) "Nee, want dit maak my baie naer en as ek naer is dan kan ek nie slaap nie." (BIOLOGIESE IMPAKFASE)

FASE 2 : Reaksie-fase

(R1) "Ek is bang. Ek wil nie meer daarvoor praat nie... grond tussen die gras is hard en dit is vuil en dit stink..." (REAKSIE FASE)

(R2) "Ja, ek onthou ek was besig met huiswerk maar ek kan nie onthou watter huiswerk nie..."; "...Baie bekommerd ..."; "eindelik kwaad want hoekom jaag hulle so..." (REAKSIE FASE)

(R3) "Ek is bang" (REAKSIE FASE)

(R4) "Baie vroeë maak my ook kwaad en moeg." (REAKSIE FASE)

(R7) "het 'n monster die oom opgeëet... Voor my oë. Hy het eers sy "gun" uitgehaal hom geskiet met sy "magic potion" en hom toe geëet ...Daar het bloed by sy mond uitgekom en ek het dit gesien. Dit maak my naer"; "almal was bang... Hulle het op die vloer geval... Die monster het vier koppe gehad en as iemand beweeg wou hy hulle met vuur spoeg. Die monster het vir die oom gesê om al sy geld te gee en toe eet hy hom..." (REAKSIE FASE)

FASE 3 : Vemydingsfase

(R1) "Nee, ek sal eerder 'n prentjie teken van myself..."; "Ek hou van teken maar ek is nie lus om te teken vandag nie" (VERMYDINGSFASE)

(R3) "Ek is nie lus vir teken nie... Ek soek my ouma..." (VERMYDINGSFASE)

(R4) "Ek wil nie werk nie..." (VERMYDINGSFASE)

(R4) "Dat ek kon weg vlieg!" (VERMYDINGSFASE)

FASE 4 : Herintegrasie en herstel van homeostase

(R1) "Ek sal alle mamas en kinders beskerm het van slegte mans en ek sou slegte mense doodgemaak het."

(HERINTEGRASIE EN HERSTEL VAN HOMEOSTASE)

(R7) "Magic powers" dat ek die monster weg kan toor."; "Die prins moet sy nek afsny dat daar bloed by sy kop uitkom en dan moet hulle hom brand. Almal wie hy seer gemaak het, moet hom ook seer maak."

(HERINTEGRASIE EN HERSTEL VAN HOMEOSTASE)

<p>SOSIALE ONDERSTEUNINGSISTEME</p>	<p>'n Trauma-insident vind skielik plaas en daar is min of geen tyd vir die kind beskikbaar om hom/haar fisies of emosioneel voor te berei nie. Die kind se manier van probleemoplossing is nie meer effektief. Juis in hierdie tyd benodig die kind ekstra ondersteuning asook die aanleer van nuwe probleem-hanteringstrategieë. Dit is ook nodig dat die kind die geleentheid gegun word om sy/haar siening en gevoelens van die situasie, te ventileer en alle gedagtes te orden.</p>	<p>(R1) "As ek by ma is... die polisie... my juffrou"</p> <p>(R2) "Ek voel beter omdat die kerkmense en die dominee hier is..." "ons kon met ons ouma gepraat het maar ook met ons ma."</p> <p>(R4) "...mamma en pappa... Ek praat met my ouma en met Liewe Jesus."</p> <p>(R7) "Met my ouma "</p> <p>(R8) "Ek kan met my juffrou praat."</p>
<p>EKSTERNE FAKTORE</p>	<p>Faktore soos die fisiese en emosionele funksionering van die kind; die kind se persoonlikheid; gesinsisteme (struktuur, funksionering, verhoudinge); tipe trauma (ongeluk of siekte); demografiese karaktereenskappe (finansiële probleme, moeilike lewensomstandighede, sosio-ekonomiese status); ondersteuningsdienste, intervensie en netwerke wat gedurende en na die trauma voorsien word.</p>	<p>(R1) "... ek wil nie weer saam met die ander tannie gaan nie... Dit is nie lekker sonder my mamma nie."</p> <p>(R2) "kyk baie televisie. Op die televisie wys hulle vir jou alles. Hoe 'n ongeluk gebeur en hoe die mense uitval. Hulle wys tot die bloed en die lyke. My vriend se pa bestuur ook taxis en het al baie ongelukke gemaak." "my ma hier was. Sy sou geweet het wat om te doen."</p> <p>(R4) "kom ons hardloop weg van die polisie af"; "Gaan pappa tronk toe moet gaan?"; "veral as hy bier gedrink het."</p> <p>(R7) "Nou het die oom se kinders nie 'n pa nie... net soos ekke... Ek het nie 'n ma nie. Dalk het sy ook die monster gesien en toe weggehardloop."</p> <p>(R9) "My pa werk te veel en kry baie stres. Hy weet nie hoe om van die stres ontslae te raak nie. Hy drink ook baie en dan doen hy "stupid" goed."</p> <p>(R10) "wie gaan na ons kyk..."</p>

Die geïdentifiseerde temas en subtemas van hierdie studie sal vervolgens verduidelik word aan die hand van reeds bestaande literatuur.

4.2.1. HOOFTEMA 1: DIE SEKONDÊR GETRAUMATISEERDE KIND:

Die eerste hoofteema wat vanuit die empiriese data geïdentifiseer is, is dat die sekondêre getraumatiseerde kind die individu is wat die trauma waargeneem het of 'n naby verhouding met die slagoffer gehad het. Figley (1995:7) verwys na sekondêre trauma as die *“natural consequent behaviors and emotions that often results from having close contact with a victim of a traumatic event or through the experience of helping a traumatized individual.”*

Hierdie stelling kan bevestig word deur aanhalings van die respondente *“Mamma...ek het alles gesien gebeur...”; “Ouma was in ‘n ongeluk gewees”; “daar het ‘n monster die oom opgeëet... Voor my oë. Hy het eers sy “gun” uitgehaal hom geskiet met sy “magic potion” en hom toe geëet ...Daar het bloed by sy mond uitgekóm en ek het dit gesien”; “niks het met my gebeur nie, net met my sussie”; ““fighting” gehoor en ek het gesien hoe my pa sy “gun” kry en skiet... twee keer... Laaste was op my ma.”*

Dit blyk uit die empiriese data dat sekondêre trauma gesien kan word as sekondêre blootstelling of sekondêre spanning. Hierdie trauma verwys na die indirekte blootstelling aan trauma, *“Hulle het al haar klere uitgetrek en hulle het hulle broeke afgetrek... ek moes wegkyk mamma het geskreeu “Kyk weg!” Ek het haar gehoor huil en ek het niks gedoen nie...”* en *“Ek het nogal geskrik toe die dominee by die huis aankom... Ek het dadelik geweet iets het met my ouma gebeur.”*

Die navorser kom tot die gevolgtrekking dat die volgende subtemas die hoofteema beklemtoon:

- ❖ sekondêre trauma gesien word as trauma wat die kind beleef het al was die kind **nie-direkte slagoffer** van die insident nie maar eerder die **passiewe observeerder** of **gehoor** het van die hele insident
- ❖ hierdie kind ervaar **dieselfde simptome** (magteloosheid en ongeloof) en **gevoelens** (angs, vrees en skok) as die primêre slagoffer en benodig ook onmiddellike ontlasting om enige kansen van posttraumatiese spanning uit te skakel.

(Vergelyk hoofstuk 2, punt 2.2.)

Elkeen van hierdie aspekte wat bespreek is word deur die traumatiese gebeurtenis ingedring omdat trauma skielik, onverwags, en 'n intense gebeurtenis is en die kind beroof word van sy/haar reg tot onskuld. *“When a child experienced a traumatic event, it is important to understand the context of the trauma from the child’s perspective,”* (Pynoos, Steinberg & Aronson, (1997:272). Die kind se wêreld sal nooit weer dieselfde wees nie omdat trauma die individu ontnem van sy/haar normale manier om probleme te hanteer. Trauma word gesien as die gebeurtenis wat normaliteit by die kind vernietig.

4.2.2. HOOFTEMA 2: FASES VAN TRAUMA WAT DIE SEKONDÊRE GETRAUMATISEERDE KIND BELEEF:

Die tweede hooftema wat uit die empiriese data geïdentifiseer is, is die verskillende fases wat die getraumatiseerde kind beleef voor, tydens en na die trauma. Hierdie beskouing van die respondente is in vier subtemas onderverdeel, naamlik die impakfase, reaksiefase, vermydingsfase en die herintegrasie of herstelfase. Die subtemas met hulle onderskeie kategorieë sal vervolgens bespreek word.

4.2.2.1. IMPAKFASE:

Die eerste fase van trauma kan waargeneem word, gedurende die trauma of onmiddelik nadat die trauma plaasgevind het. *“In this phase the child may appear emotionally numb, disoriented, confused, irrational and disorganized”* volgens Lewis (1999:15). Die navorser is van mening dat as die kind se potensiaal bedreig word deur 'n traumatiese gebeurtenis, die ontwikkeling van die kind sal stagneer of drasties agteruitgaan omdat trauma die kind se persepsie van mag, veiligheid en vrede vernietig. Hierdie stelling kan gestaaf word met aanhalings uit die veldnotas soos *“angstigheids en gespanne”*; *“baie aandag-afleibaar”*; *“baie emosioneel en het baie gehuil”*; *“hiperaktief... hy het eers rondgehardloop tussen die sale”*; *“reaksie van hulpeloosheid en hartseer is by die dogters opgemerk”*; *“regressie in sy gedrag getoon deurdat hy duim gesuig het”*; *“hiperaktief en kon nie ophou praat nie”*; *“was stil en het op die bankie gesit.”*

Subtemas wat geïdentifiseer is as die effek van trauma op die slagoffer is as volg:

- ❖ Die eerste effek is die van **stilte** en **skok**. Al verdwyn die skok van die traumatiese insident, glo die slagoffer nogsteeds dat daar geen woorde bestaan om die ondervinding akkuraat te beskryf nie. Die navorser het geobserveer dat die respondente beter kon teken as kommunikeer oor die insident

- ❖ Die tweede element van die effek van trauma is die slagoffer se gevoel van **isolasie** as gevolg van **vrees**. Die slagoffer glo dat niemand sal kan verstaan wat hierdie ondervinding aan die slagoffer se funksionering gedoen het nie. Deur die onvoltooide sinne wat die respondente moes voltooi, was daar geleentheid om die trauma wat ervaar is aan sekere gevoelens te koppel
- ❖ Die laaste effek van trauma op die slagoffer is die gevoel van **hulpeloosheid**. Niks kon gedoen word om die trauma te stop of te voorkom nie. Die respondente het hulle persepsie van hoe die trauma hanteer moes word, weergegee in die vraag oor wense en as hulle 'n held kon gewees het. Die navorser het net verder besef dat trauma die kind ontnem van enige beheer oor die situasie.

Volgens die literatuur (hoofstuk 2, tabel 3) kom 'n reeks gedrag navore omdat die trauma se reaksie op die brein die liggaam oorweldig en 'n gevoel van lamheid, hulpeloosheid en magteloosheid vestig by die kind. Die navorser is van mening dat vanuit die observering van die respondente, die kind oorweldig is deur skok en nie werklik bewus is van wat om hom/haar aan die gang is nie.

“During the impact phase, some people respond in a way that is disorganized and stunned, and they may not be able to respond appropriately to protect themselves” (Lewis, 1999:15). Hierdie impak kan veroorsaak dat die persoon net sal sit en wonder of doelloos rondwaal. Hierdie reaksies kan dui op kognitiewe onderbrekings in gedrag en kan later dissosiasie tot gevolg hê. (Vergelyk Dietz, 2003:2-3 en Retief, 2004:31.) Die navorser is van mening dat die fluktuasie wat plaasvind in die dimensies van die kind, die liggaam se manier is om die skok te probeer verwerk sodat daar na die volgende fase van trauma oorbeweeg kan word.

4.2.2.2. REAKSIE-FASE:

Vanuit die literatuurstudie (hoofstuk 2, tabel 3) verduidelik Dietz (2003:2-3) dat wanneer enige iemand aan trauma blootgestel word reageer die hele liggaam en daar vind veranderinge plaas in gevoelens, denke en gedrag. Die biologiese effek op die liggaam is die sweet van handpalms, toename in harttempo, vlak asemhaling, spysvertering vertraag, spierspanning, droë mond, glukose wat gestoor is word vrygestel en daar vind 'n verandering plaas in die sentrale senuweestelsel indien die persoon moet veg of vlug.

Inligting word gestoor in die primitiewe brein of breinstam en word beskikbaar gestel deur herinneringe in die vorm van terugflitse. Die kind reageer baie stadig en deurmekaar en hoë vlakke van angstigheid en vrees kom navore.

(Vergelyk Retief 2004:33-34.)

Die respondente se emosionele reaksies het afgehang van die kind se persepsie en ondervinding van die trauma asook die ander faktore wat by 4.2.2.1 genoem is.

Subtemas wat uit die reaksies van die respondente voorkom, word soos volg saamgevat uit die empiriese data:

- ❖ *“Ek is bang. Ek wil nie meer daaroor praat nie... grond tussen die gras is hard en dit is vuil en dit stink... Ek moes lank stil sit.”*
- ❖ *“Ja, ek onthou ek was besig met huiswerk maar ek kan nie onthou watter huiswerk nie...”; “...Baie **bekommerd** ...”; “eindelik kwaad want hoekom jaag hulle so...”*
- ❖ *“Ek is **bang**”*
- ❖ *“Baie vrae maak my ook **kwaad** en **moeg**.”*
- ❖ *“...het ‘n monster die oom opgeëet... Voor my oë. Hy het eers sy “gun” uitgehaal hom geskiet met sy “magic potion” en hom toe geëet ...Daar het bloed by sy mond uitgekóm en ek het dit gesien. Dit maak my **naar**”; “almal was **bang**...Hulle het op die vloer geval... Die monster het vier koppe gehad en as iemand beweeg wou hy hulle met vuur spoeg. Die monster het die oom gesê om al sy geld te gee en toe eet hy hom...”*
- ❖ *“Ek het my sussie op die bed sien lê en ek het die pille gesien. Ek het niks gehoor totdat die ambulans gekom het nie... As hulle huil dan maak dit my hartjie ook **seer** en **bekommerd**...”*
- ❖ *“Ek is baie **kwaad** vir my pa.”*
- ❖ *“Ek kry **hoofpyn** as ek aan die bloed dink... Ek is baie **hartseer**...”*

Die navorser is van mening dat kinders baie meer kwesbaar is na die blootstelling aan ‘n traumatiese insident al was hulle nie direk betrokke by die trauma nie, en is daarom tot groter risiko vir emosionele, sosiale en verstandelike wanfunksionering. Hierdie reaksies sal gedrag by die kind veroorsaak soos veg, vlug, vries of oorgee, volgens Lewis (1999:15). Die kind se reaksie op die effek van trauma sal afgehang van die kind se

ouderdom en ontwikkelingsvlak, oorsaak en graad van ernstigheid van die trauma, die kind se verhouding met die slagoffer, die kind se persoonlikheid, die kind se vermoë om probleme te hanteer en die beskikbaarheid van die nodige ondersteuningsnetwerke, voor, tydens en na die gebeurtenis. (Vergelyk Brooks en Siegel, 1996:9.) Die navorser is van mening dat die kind by hierdie fase “ouerlike-ondersteuning” benodig. Deurdadig dat die navorser aan die kind ‘n veilige atmosfeer kon voorsien met struktuur en ondersteuning, het die respondent die behoefte gehad om te gesels oor wat gebeur het en kon die navorser die semi-gestruktureerde onderhoudskedule voltooi het.

4.2.2.3. VERMYDINGSFASE:

Lewis (1999:13) identifiseer drie simptome:

- ❖ Herbelewing van die trauma in die vorm van terugflits
- ❖ Vermyding van enige vorm van trauma wat herinneringe kan veroorsaak
- ❖ Sensitiwiteit wat gepaard gaan met angs en vrees.

Tydens hierdie fase ervaar die kind dat die realiteit van die trauma begin insink en sekere gevoelens kom sterk navore. Traumatiese gebeure word dikwels deur die kind beleef in die vorm van nagmerries of terugflitse, “...want dit maak my baie naer en as ek naer is dan kan ek nie slaap nie...” Die vermyding is nie baie suksesvol nie omdat alledaagse aktiwiteite en konflik die kind op ander maniere aan die trauma blootstel.

Die meerderheid van die respondente is gepreokkupeerd met die traumatiese gebeurtenisse omdat hulle deur spel en in hulle gesprekke die hele tyd verwys het na die trauma insident (fantasering). Hierdie terugflitse tesame met die kind se vrese wat spruit uit die trauma gee volgens die navorser aanleiding tot die kind se isolasie en vermydingsgedrag. Hierdie stelling word bevestig deur die volgende aanhalings, “Nee, ek sal eerder ‘n prentjie teken van myself...”; “Ek hou van teken maar ek is nie lus om te teken vandag nie”; “Ek is nie lus vir teken nie... Ek soek my ouma...”; “Ek wil nie werk nie...”; “Dat ek kon weg vlieg!”; “Ek het al baie na die winkel toe alleen gegaan, maar nou gaan ek nie meer nie...”

Vanuit die empiriese data is die volgende subtemas geïdentifiseer:

- ❖ **Bedreiging op eie lewe** of ‘n geliefde se lewe: “Ja ... ek het alles gesien gebeur... Ek wou haar help want sy het baie geskreeu... die slegte mans het ‘n

mes by my nek gesit en gesê dat ek moet stilbly anders maak hulle my seer... Mamma het gesê hulle moenie my seer maak nie... Hulle het al haar klere uitgetrek en hulle het hulle broeke afgetrek... ek moes wegkyk mamma het geskreeu "Kyk weg!" Ek het haar gehoor huil en ek het niks gedoen nie... ek het niks gedoen nie!!!"

- ❖ **Ontmoeting met die dood:** *"Eendag lank gelede het daar het 'n monster die oom opgeëet... Voor my oë. Hy het eers sy "gun" uitgehaal hom geskiet met sy "magic potion" en hom toe geëet ...Daar het bloed by sy mond uitgekom en ek het dit gesien. Dit maak my naar."*
- ❖ **Gevoel van hulpeloosheid, magteloosheid en buite beheer:** *"Ek moes gaan wegkruip want ek het nie my "magic sword" gebring om die mense te red nie."*
- ❖ **Wat die kind verloor het:** *"Toe die twee meisies van 'n maatjie afkom was die brandweer reeds besig om die vlamme te probeer blus"; "dan kry hy nie geld nie...hy gaan dan weet hoe ons voel, sonder geld..."; "toe mamma die "gun" wou vat toe skiet hy haar ook."*
- ❖ **Plasing van die kind,** weg vanaf sy/haar ouers en sy/haar bekende omgewing, as tydelike probleemoplossingsstrategie: *"ek wil nie weer saam met die ander tannie gaan nie... Dit is nie lekker sonder my mamma nie"; "wie gaan na my en my sussie kyk?"; "By die huis, maar dit lyk nie of ons weer daar sal uitkom nie."*
- ❖ **Die gevoel van verantwoordelikheid** wat die kind ervaar omdat die kind redeneer hy/sy kon meer aan die situasie gedoen het: *"Dat ons die klok kon terugdraai en dat my ma nie uitgegaan het nie. Dat ek eerder my pa probeer kalmere het"; "Die prins moet sy nek afsny dat daar bloed by sy kop uitkom en dan moet hulle hom brand. Almal wie hy seer gemaak het, moet hom ook seer maak"; "Ek het haar gehoor huil en ek het niks gedoen nie... ek het niks gedoen nie!!!"*
- ❖ **Brutaliteit** van mense: *"Hulle het al haar klere uitgetrek en hulle het hulle broeke afgetrek... ek moes wegkyk mamma het geskreeu "Kyk weg!"; "Ek het die bloed gesien... Mamma was baie hartseer en pappa het vir haar geskreeu. Pappa skreeu baie vir mamma, veral as hy bier gedrink het. Hulle skreeu so baie en dan word my kop en my hart seer. Pappa maak my bang as hy so kwaad word... Ek wens ek kon weg vlieg..."; "Voor my oë. Hy het eers sy "gun" uitgehaal hom geskiet met sy "magic potion" en hom toe geëet ...Daar het bloed by sy mond uitgekom en ek het dit gesien. Dit maak my naar"; "Ek het my sussie op die bed*

sien lê en ek het die pille gesien”; “Pappa het sy “gun” uitgeruk en toe die een ou geskiet en toe mamma die “gun” wou vat toe skiet hy haar ook.”

Die kind toon sosiaal onvanpaste gedrag soos skeidingsangs wat funksionering vermoeilik en gevoelens van aggressie, wantroue van ander en self-destruktiewe houdings openbaar. Die navorser is van mening dat hierdie simptome relatief voorspelbaar is en aanpassings vereis van die fisiese, sielkundige en emosionele sisteme van die getraumatiseerde kind. (Vergelyk hoofstuk 2, punt 2.4.) *“This is the phase where there is recoil from the impact and the initial rescue activities commence”* Lewis (1999:16). Hierdie fase is ‘n reaksie om hulleself en ander geliefdes se lewens te beskerm. Dit is die navorser se mening dat om te beskerm die opdrag is maar die liggaam as gevolg van die chemiese veranderinge en uitermatige baie spanning, vries, en so kan die opdrag nie uitgevoer word nie. As die kind deur hierdie veranderinge werk, kan daar suksesvol oorbeweeg word na die volgende fase.

4.2.2.4. HERINTEGRASIE EN HERSTELFASE:

Die herstelfase is die aanhoudende periode van aanpassing vir die herstel van die homeostase in die kind, gesin en gemeenskap. *“The person begins to live with the trauma as a memory that is not overwhelming and begins to re-engage with other people. Much will depend on the extent of devastation and destruction that has occurred as well as injuries and lives lost”* volgens Lewis (1999:16). Hierdie stelling kan bevestig word met die volgende aanhalings vanuit die onderhoude: *“Dit is baie groot en net as jy die “secret code” ken kan jy inkom. Wil jy die “secret code” weet? Daar is nie monsters nie en dit is baie mooi. Daar is helikopters en vinnige karre en ander goeters wat jou help.”*

Dit sal begin sodra die kind weer veilig voel en struktuur en stabiliteit in sy/haar lewe ervaar en die kind weer die verantwoordelikheid dra om normaliteit in sy/haar lewe te bewerkstellig. Volgens literatuur (hoofstuk 3) kan hierdie fase begin sodra ‘n assessering gedoen is by die kind en bepaal is of die kind trauma ontlonging deur middel van ‘n groep of terapie moet ontvang. Hoofstuk 3 omskryf breedvoerig die prosesse en intervensie tegnieke. Die literatuur wys daarop dat hierdie fase ander behoeftes navore sal bring wat die kind as belangrik kan ag.

Die subtemas wat geïdentifiseer is word bevestig deur Dietz (2003:6) se beskrywing van die behoeftes van die getraumatiseerde kind:

- ❖ die getraumatiseerde kind benodig 'n **veilige omgewing** om vertrouwe en verhoudings te ontwikkel: *"In my ouma se arms, as ek moet gaan slaap"*
- ❖ benodig geleenthede om oor die trauma te **praat** en so begrip te ontwikkel: *"As ek by ma is... die polisie... my juffrou"; "Ek voel beter omdat die kerkmense en die dominee hier is..." "ouma gepraat het maar ook met ons ma"; "...mamma en pappa... Ek praat met my ouma en met Liewe Jesus"; "Met my ouma "; "Ek kan met my juffrou praat."*
- ❖ benodig ouderdom **spesifieke informasie**: *"ek kon nog nie hoor wat die dokter sê nie"*
- ❖ gepaste **vertroeteling, aanraking** en **versorging**
- ❖ wanneer trauma-simptome voorkom in spel, tekeninge, gedrag asook vermyding, isolasie, dagdromery, hiperaktiwiteit, angstigheid en impulsiwiteit, benodig die kind die **regte ondersteuning**
- ❖ behoefte vir keuses en die sin van **beheer** gee aan die kind meer gemak: *"Kan ek die prentjie vir my mamma gee. Dalk voel sy beter... Ek dink dit is 'n baie goeie idee"*

Die doel van die fase is om aan die kind die geleentheid te gee om ongemak, pyn, hartseer, angstigheid, vrese asook ander gepaardgaande gevoelens te hanteer en te normaliseer tydens die herlewing van die traumatiese situasie. Dit help ook met die voorkoming van enige negatiewe langtermyn gevolge van die trauma by die kind. (Vergelyk Steinberg, 1997:87.)

Die navorser kon slegs hierdie fase verken deurdat die respondente gefokus het op ondersteuningsisteme en toekomsbeplanning. Vanuit die empiriese data het dit duidelik navore gekom dat die respondente nogsteeds te veel skok ervaar het om op die toekoms te fokus. Die respondent kon egter inligting aan die navorser voorsien oor wie hulle beskou as iemand met wie hulle kon praat. Die navorser wil volgende fokus op die tema van ondersteuningsisteme.

4.2.3. HOOFTEMA 3: ROL VAN SOSIALE ONDERSTEUNINGSISTEME VIR DIE PSIGOSOSIALE SISTEMIESE AANPASSING:

Die derde hoofteema wat uit die empiriese data geïdentifiseer is, is die rol wat sosiale ondersteuningsnetwerke speel in die psigososiale sistemiese aanpassing van die getraumatiseerde kind. *"A systemic approach is important because it goes beyond the individual by examining macro-systemic social and environmental functioning, who embraces the extended system within which the child embedded"* (Whittaker, 2004:16).

"Trauma can change the way children view the world. Assumptions about safety and security are now challenged. Children's reactions will depend upon the severity of the trauma, their personality makeup, their characteristics, coping style, but most importantly the role and the availability of a child's support systems" (Lazarus, 1998:70). Die navorser is van mening dat die rol van ondersteuningsisteme baie belangrik is omdat dit die getraumatiseerde kind help om weer stabiliteit en beheer te kry na die trauma en so sal bydra tot normalisering in die getraumatiseerde kind se lewe. *"Most children will regain normal functioning once basic survival needs are met, safety and security have returned and developmental opportunities are restored, within the social, family and community context,"* Lewis (1999:10). Om die kind effektief te kan help moet die trauma sistemies benader word en alle betrokkenes moet ingesluit word in die proses.

Uit die empiriese data het dit duidelik navore gekom dat trauma twee hoofsteme in die kind se lewe beïnvloed. Op mikro-vlak is dit die kind en sy gesin en op makro-vlak die gemeenskap. Die volgende aanhalings kan hierdie stelling beklemtoon: *"Dat mamma en pappa en sussie beter sal voel"* (mikro-vlak) en *"Ek voel beter omdat die kerkmense en die dominee hier is"* (makro-vlak).

Op mikro-vlak het veral die gesin as 'n sisteem twee belangrike funksies wat dit vertolk. In die eerste plek dien dit as ondersteuning aan die kind en tweedens is dit verantwoordelik vir die ontwikkeling van die kind. Nelson (2003:5) redeneer dat ouers se reaksie tot trauma 'n groter invloed sal hê op die getraumatiseerde kind as die trauma gebeurtenis self, *"Dat mamma en pappa baie huil oor my sussie. Ek verstaan nie hoekom nie want sy is mos nie dood nie... As hulle huil dan maak dit my hartjie ook seer en bekommerd..."* Ouers en ander familie wat hulle reaksies kan bestuur en reguleer sal

groter ondersteuning aan die kind kan voorsien en ook die gevoel van beskerming by die kind kweek in die proses van herstel

Ambrose (2002:53) is van mening dat trauma in die gesin op twee terreine kan plaasvind. Die eerste is op 'n interne manier waar die kind blootgestel word aan trauma soos mishandeling of gesinsgeweld, “...hy (pappa) maak haar altyd seer... Mamma kom altyd hierna toe en dan maak die dokter haar reg en dan gaan ons huis-toe” en tweedens op 'n eksterne basis wat trauma insluit soos aanranding, selfmoord en moord, “Ja ... ek het alles gesien gebeur... Ek wou haar help want sy het baie geskreeu... die slegte mans het 'n mes by my nek gesit en gesê dat ek moet stilbly anders maak hulle my seer... Mamma het gesê hulle moenie my seer maak nie... Hulle het al haar klere uitgetrek en hulle het hulle broeke afgetrek... ek moes wegkyk mamma het geskreeu “Kyk weg!” Ek het haar gehoor huil en ek het niks gedoen nie... ek het niks gedoen nie!!!” In beide hierdie gevalle het trauma 'n impak op die funksionering van die gesinsisteem gehad.

“Families and relatives whose loved ones have been victimized are also secondary, or indirect, victims of trauma. Parents of children who have been traumatized are likely to be affected by many of the symptoms of trauma” (Lewis, 1999:8). Uit hierdie definisie kom dit duidelik navore dat trauma nie net die enkele individuele kind beïnvloed nie maar die hele sisteem. Die maatskaplike werker het dus die verantwoordelikheid om elke individuele rolspeler in die sisteem te help deur effektiewe ontlasting (verwys na hoofstuk 3) sodat die getraumatiseerde kind werklik deur die hele proses van trauma kan werk en die gesinsisteem meer effektief kan funksioneer.

Vanuit die ekologiese perspektief van trauma, is dit die navorsers se mening dat trauma verder strek as net die onmiddellike gesinsisteem. Uit die literatuurstudie (hoofstuk 2) is daar gefokus op die verskillende sisteme in die kind se lewe en die impak wat trauma het op die totale biopsigososiale funksionering van elke betrokke sisteem. Die kind se globale gemeenskap bestaan uit die groter gemeenskap (kultuur, waardes en normes) en die sosiale gemeenskap (skool, vriende, portuurgroep).

Lewis (1999:69) verduidelik dat die kind gewoonlik met die afloop van traumatiese gebeure tydelike belangstelling verloor in alledaagse aktiwiteite in sy/haar gemeenskap.

Die vrese, angstigheid en bekommernisse wat met die trauma gepaardgaan neem baie van die kind se energie en die kind is nie daartoe in staat om aandag aan buitemuurse aktiwiteite en vriendskapsverhoudings te bestee nie. Die globale gemeenskap se impak op die sosiale ontwikkeling by die kind stagneer omdat die getraumatiseerde kind hom-/haarself isoleer. Die maatskaplike werker het die verantwoordelikheid om die getraumatiseerde kind en sy/haar mikro en makro ondersteuningsisteme met mekaar te herenig. Die navorsing het egter nie die geleentheid geskep om hierdie domein te verken nie.

Die subtemas in die empiriese data het duidelik aangetoon dat die verskillende sisteme 'n baie belangrike rol speel in ondersteuning van die getraumatiseerde kind. Die navorser sal die data weergee:

- ❖ Die respondente wil die **vrymoedigheid** hê om oor die trauma te kan praat in 'n omgewing waar daar ondersteuning is, *“Ek praat met my ouma en met Liewe Jesus”*
- ❖ Die ondersteuningsisteme moet ook volgens die respondente **konstante en voorspelbare strukture** voorsien aan die getraumatiseerde kind se alledaagse aktiwiteite, *“my ma hier was. Sy sou geweet het wat om te doen...”*
- ❖ Die respondente is van mening dat slegs die ondersteuningsisteme die gepaste **liefde, omgee en versorging** kan voorsien, *“Ek kan met my juffrou praat. Sy help my baie met my probleme.”*
- ❖ Al het die trauma veroorsaak dat die kind begin twyfel het in beskerming van die verskillende sisteme, was dit nogsteeds 'n groot behoefte van die respondente dat die ondersteuningsisteme aan die getraumatiseerde kind die **nodige beskerming** voorsien, *“Die polisie moet hulle vang en tronk toe vat..”*
- ❖ Die ondersteuningsisteme word deur die respondent hoofsaaklik gesien as 'n **hulpbron vir verdere herstel** na die trauma deur terapeutiese ondersteuning, *“ek kan met mamma en ouma en juffrou praat. Ek praat altyd met hulle. Hulle help my.”*

Lazarus (1998:73) is van mening dat ondersteuningsisteme aan die getraumatiseerde kind weer 'n sin van veiligheid en stabiliteit voorsien deurdat die ondersteuningsstelsel aktief deel moet neem in die herstelproses van die getraumatiseerde kind se lewe. Die

navorsers sien dit egter as 'n groot uitdaging omdat die betrokke sisteme hulle-self sal moet oplei in die behoeftes van die getraumatiseerde kind en moet saamwerk om werklik effektief te kan wees en in die getraumatiseerde kind se behoeftes kan voorsien deur die verwysing na die regte hulpbronne.

4.2.4. HOOFTEMA 4: EKSTERNE FAKTORE WAT DIE SEKONDÊR GETRAUMATISEERDE KIND SAL BEÏNVLOED:

Die vierde en laaste hoofteema wat uit die empiriese data geïdentifiseer is, is die eksterne faktore of demografiese faktore wat die sekondêr getraumatiseerde kind sal beïnvloed.

“Eksterne faktore soos egskedings, sosio-ekonomiese probleme, substansie misbruik en die kultuur van geweld veroorsaak komplekse trauma by die getraumatiseerde kind” Lewis (1999:9).

Uit die empiriese data het die subteema, die **kultuur van geweld**, baie sterk navore gekom. Lewis (1999:122) definieer dit as die term om die hoë misdaad syfer in Suid-Afrika te beskryf omdat Suid-Afrikaners met die persepsie rondloop dat geweld en misdaad die mees effektiefste metode is om probleme op te los (gesinsgeweld) en in die nodige behoeftes (verkragting en gewapende roof) te voorsien. Hierdie stelling word bevestig deur, *“Pappa het sy “gun” uitgeruk en toe die een ou geskiet en toe mamma die “gun” wou vat toe skiet hy haar ook”; “monster het geskreeu en almal was bang... Hulle het op die vloer geval... Die monster het vier koppe gehad en as iemand beweeg wou hy hulle met vuur spoeg. Die monster het die oom gesê om al sy geld te gee en toe eet hy hom...”* en *“Ek sien die mans en die messe. Messe kan jou doodmaak... dan kom daar baie bloed uit jou lyf uit... Mamma het baie gehuil en die mans het geskreeu dat sy moet “shut-up”.*”

Ander subtemas kan insluit **substansie afhanklikheid** van ouers of ander versorgers, omdat alkohol en dwelms gesien word as 'n manier om probleme te hanteer soos finansies en verhoudings wat spanning veroorsaak. *“However, substance abuse also makes it easier for the person to express and act out feelings of anger”*(Lewis, 1999:122). Die ouer of voog doen iets onverantwoordelik soos gesinsgeweld of selfmoord en die kind word daaraan blootgestel, *“Pappa skreeu baie vir mamma, veral as hy bier gedrink het ”* en *“Hy drink ook baie en dan doen hy “stupid” goed.”*

Die laaste subtema wat navore gekom het was **sosio-ekonomiese aspekte** soos armoede, werkloosheid en onderontwikkeling (tabel 4, blou kolom). Suid-Afrika voorsien nie aan almal gelyke geleenthede nie. *“Great differences in wealth, development and access to resources operate as incentives for criminal activity for those who are deprived”* (Lewis, 1999:122). Om in die basiese behoeftes te voorsien sal mense enige iets doen ongeag wie daaronder gaan lei. Die navorser is van mening dat die regering ernstige aandag moet gee aan voorkoming, want meer voorkoming van trauma sal die behoefte na intervensie verminder.

4.3. SAMEVATTING

Die fokus van hierdie studie was op die impak van trauma op die kind in sy/haar middelkinderjare, as die sekondêre slagoffer in die ongevalle afdeling van die hospitaal. Uit die empiriese data wat ingesamel is, is vyf hooftemas geïdentifiseer en onder elke hooftema bepaalde subtemas en kategorieë. Dit kan soos volg opgesom word:

TABEL 6: HOOF- EN SUBTEMAS SOOS GEÏDENTIFISEER VANUIT DIE EMPIRIESE DATA

<p>Die sekondêr getraumatiseerde kind is die persoon wat die trauma waargeneem of 'n naby verhouding met die slagoffer gehad het</p>	<p>Die navorser kom tot die gevolgtrekking dat sekondêre trauma gesien word as trauma wat die kind beleef het al was die kind nie die direkte slagoffer van die insident nie maar eerder die passiewe observeerder of gehoor het van die hele insident. Hierdie kind ervaar dieselfde simptome asook gevoelens wat die primêre slagoffer beleef en benodig ook onmiddellike ontlonting om enige kansen van posttraumatische spanning uit te skakel. Elkeen van hierdie aspekte wat bespreek is word deur die traumatiese gebeurtenis ingedring omdat trauma skielik, onverwags, en 'n intense gebeurtenis is en die kind beroof word van sy/haar reg tot onskuld.</p>
<p>Fases van trauma wat die sekondêr getraumatiseerde kind beleef</p>	<p>Impakfase: 'n Reeks gedrag (subtemas: stilte, skok, isolasie en vrees) kom navore omdat die trauma se reaksie op die brein die liggaam oorweldig en 'n gevoel van lamheid, hulpeloosheid en magtelosheid vestig by die kind.</p> <p>Reaksie-fase: Die kind se reaksie (subtemas: bang, bekommerd, kwaad, moeg, naar, hoofpyn en hartseer) op die effek van trauma sal afhang van die kind se ouderdom en ontwikkelingsvlak, oorsaak en graad van ernstigheid van die trauma, die kind se verhouding met die slagoffer, die kind se persoonlikheid, die kind se vermoë om probleme te hanteer en die beskikbaarheid van die nodige ondersteuningsnetwerke, voor, tydens en na die gebeurtenis.</p> <p>Vermydingsfase: Tydens hierdie fase ervaar die kind dat die realiteit van die trauma begin insink en sekere</p>

	<p>gevoelens kom sterk navore. Traumatiese gebeure word dikwels deur die kind hanteer deur sekere verwagtinge te vermy. Die vermyding is nie baie suksesvol nie omdat alledaagse aktiwiteite en konflik die kind op ander maniere aan die trauma blootstel.</p> <p>Herintegrasie en herstelfase: Die herstelfase is die aanhoudende periode van aanpassing vir die herstel van die homeostase in die kind, gesin en gemeenskap. Die subtemas wat uitstaan is die noodsaaklikheid van 'n veilige omgewing, geleentheid vir die kind om te kan kommunikeer, noodsaaklikheid van vertroeteling en regte ondersteuning en die nodige beheer.</p>
<p>Rol van sosiale ondersteuningsisteme vir die psigososiale sistemiese aanpassing</p>	<p>'n Trauma-insident vind skielik plaas en daar is min of geen tyd vir die kind beskikbaar om hom/haar fisies of emosioneel voor te berei nie. Die kind se manier van probleemoplossing is nie meer effektief. Juis in hierdie tyd benodig die kind ekstra ondersteuning asook die aanleer van nuwe probleemhanteringsstrategieë. Dit is ook nodig dat die kind die geleentheid gegun word om sy/haar siening en gevoelens van die situasie, te ventileer en alle gedagtes te orden. Die subtemas wat hierdie fase ondersteun bestaan uit die vrymoedigheid vir die kind om te kan kommunikeer, konstante en voorspelbare strukture, liefde, omgee, versorging en beskerming.</p>
<p>Eksterne faktore wat die sekondêr getraumatiseerde kind sal beïnvloed</p>	<p>Faktore soos die fisiese en emosionele funksionering van die kind; die kind se persoonlikheid; gesinsisteme (struktuur, funksionering, verhoudinge); tipe trauma (ongeluk of siekte); demografiese karaktereienskappe (finansiële probleme, moeilike lewensomstandighede, sosio-ekonomiese status); ondersteuningsdienste, intervensie en netwerke wat gedurende en na die trauma voorsien word.</p>

Uit die bogenoemde navorsingsresultate blyk dit dat impak van trauma op die kind deur verskeie faktore beïnvloed word. Die hooftemas, subtemas en kategorieë soos vanuit die empiriese data geïdentifiseer korreleer deurlopend met die literatuur en dui volgens die navorsing op 'n ooreenstemming tussen die teorie en praktyk. Daar sal in die volgende hoofstuk gevolgtrekkings en aanbevelings gemaak word ten opsigte van die moontlike benutting van hierdie resultate, met die doel om dit aan ander maatskaplike werkers in hierdie veld, asook aan ander terapeute, beskikbaar te stel.

HOOFSTUK 5: SAMEVATTING, GEVOLGTREKKING EN AANBEVELINGS

*“ A terrible thing befell me.
Not only have I survived it,
But I have incorporated it into me.
I may hurt more, but I am wiser and stronger.
I have overcome darkness and pain.
I can move forward in my life.
I can laugh and love and work.
I overcome the trauma, it did not overcome me.”
(Peterson, Prout and Schwartz, 1989)*

5.1. INLEIDING

Kinders word blootgestel aan verskillende vorme van fisiese en seksuele mishandeling asook gesinsgeweld, selfmoord, natuurrampe, motorongelukke, en gemeenskapsgeweld om net 'n paar vorme van traumatiese insidente te noem. Hierdie studie het beoog om kennisinhoude te bepaal oor wat die impak van trauma op die kind as die sekondêre slagoffer, binne die konteks van die ongevalle afdeling van die hospitaal is. Dit het duidelik navore gekom dat die kind as die sekondêre slagoffer dieselfde emosies en gedrag toon as die primêre slagoffer en juis daarom is effektiewe intervensie nodig vir die kind om deur die trauma te kan werk. Die doel van hierdie hoofstuk is om aan te dui in watter mate die doel en doelwitte vir hierdie studie bereik is ten einde die navorsingsvraag te beantwoord. Daar sal ook in hierdie hoofstuk gevolgtrekkings en aanbevelings gemaak word wat uit die navorsingsresultate van hierdie studie bekom is.

5.2. DOELSTELLINGS EN DOELWITTE VAN HIERDIE STUDIE

5.2.1. DOELSTELLINGS:

Die doelstelling van die studie was:

- ❖ Om die impak van trauma op die kind in die middelkinderjare, as sekondêre slagoffer, in die ongevalle afdeling van die hospitaal te verken.

Uit die literatuurstudie en konsultasie met kundiges is 'n kennisbasis opgebou wat benut is om sodoende 'n onderhoudskedule op te stel, asook om riglyne vir 'n trauma ontlontingsprogram saam te stel. Die onderhoudskedule en trauma ontlontingstegnieke is tydens tien individuele, semi-gestruktureerde onderhoude benut, ten einde kwalitatiewe empiriese data in te samel om die impak van trauma op die kind as die sekondêre slagoffer te ontdek. Die verlangde inligting is bekom sodat dit verder benut kan word in die ontwikkeling van 'n trauma ontlontingsprogram vir hospitale.

5.2.2. DOELWITTE:

Die navorser het soos reeds bespreek onder 1.3.2. in hoofstuk 1, doelwitte gestel ten einde die ondersoek te lei. Die doelwitte van die studie sal vervolgens afsonderlik bespreek word. Die doelwitte was om ondersoek in te stel:

- ❖ Om die impak van sekondêre trauma en die kind te omskryf:

Hoofstuk 2 van hierdie studie het gefokus op verskeie aspekte van trauma as verskynsel. Daar was ook gefokus op die definisie van trauma, die impak van trauma op die ontwikkeling van die kind se wêreld, die effek van trauma op die biopsigososiale ontwikkeling van die kind. Die navorser kom tot die gevolgtrekking dat sekondêre trauma gesien word as trauma van individue, in die geval van die studie is dit die kind in sy middelkinderjare, wat nie direk die slagoffer van die insident was nie maar eerder die passiewe observeerder was of gehoor het van die hele insident. Hierdie individue ervaar dieselfde simptome asook gevoelens wat die primêre slagoffer beleef en benodig ook onmiddellike ontlonting om enige kanse van posttraumatische spanning uit te skakel.

- ❖ Om trauma ontlonting te omskryf, met spesifieke verwysing na die kind:

In hoofstuk 3 was daar vervolgens gekyk na die rol van die maatskaplike werker en die deurlopende proses van trauma ontlonting as intervensie metode vir die hantering van trauma by die kind. Hierdie hoofstuk het ook verder gefokus op traumaterapie wat in die behoeftes van die getraumatiseerde kind voorsien. Die doel van ontlonting is om psigiese pyn te verminder en emosionele oorblyfsels van die insident te hanteer sodat daar betekenis gegee kan word aan die gebeurtenis asook die voorkoming van enige posttraumatische stresssimptome. Verder het ontlonting ten doel om ondersteuning te voorsien aan die getraumatiseerde kind sodat homeostase kan ontwikkeling en

normalisering kan plaasvind in al die sektore van funksionering sodat die kind die gevoel van beheer weer kan herwin.

- ❖ Om die impak van trauma op die kind, as die sekondêre slagoffer in die praktyk te verken:

In hoofstuk 4 word die resultate geanaliseer wat uit die empiriese ondersoek verkry is, asook die interpretasie daarvan. Toegepaste navorsing is gedoen deurdat die navorser gepoog het om oplossings vir probleme wat die ongevalle afdeling ten opsigte van sekondêre getraumatiseerde kinders ervaar, te vind. Die navorser het van 'n kwalitatiewe benadering as navorsingsprosedure gebruik gemaak om kwalitatiewe empiriese data te verkry. In hoofstuk 4 word die tien individuele sessies bespreek, soos wat met elkeen van die tien respondente deurloop is. Vir die doeleindes van hierdie kwalitatiewe studie is empiriese data ingewin deur middel van semi-gestruktureerde onderhoude met tien respondente met behulp van 'n semi-gestruktureerde onderhoudskedule asook observasie. Die navorser het die respondente op grond van doelgerigte steekproeftrekking, waar die kriteria deur die navorser self bepaal is, geselekteer. Die respondente het ingesluit alle sekondêre getraumatiseerde kinders, tussen die ouderdom van agt tot twaalf jaar, verteenwoordigend van elke ras, geslag en etnisiteit wat aangemeld het by die ongevalle afdeling na onmiddellike blootstelling aan enige trauma gedurende Desember 2004. Die volgende aspekte is spesifiek gehanteer: ondervinding van trauma deur die kind; bekommernisse en angstigtheid oor mense en gebeurtenisse; herbeleving van die gebeurtenis deur denke; sensasie, kommunikasie en spel; toename in sensitiwiteit ten opsigte van sig, klank en reuke; vermyding van herinneringe, denke en gevoelens verbandhoudend met die trauma en die soeke na afsluiting.

Hierdie doelwitte van die studie het onder meer behels dat 'n teoretiese raamwerk met behulp van 'n literatuurstudie en konsultasie met kundiges ten opsigte van die volgende saam gestel is: sekondêre trauma as verskynsel; middelkinderjare as lewensfase; trauma ontlooting en die kind. Die aard daarvan, die oorsake daarvan en die invloed daarvan is deeglik ondersoek.

Aanbevelings en gevolgtrekkings sal in hierdie hoofstuk gemaak word. 'n Artikel waarin die navorsingsresultate en aanbevelings weergegee word, word vir 'n vaktydskrif geskryf.

Die doelstellings en doelwitte van hierdie studie is dus ten volle bereik.

5.3. NAVORSINGSVRAAG

Aangesien die studie binne die kwalitatiewe benadering uitgevoer is, is die volgende navorsingsvraag geformuleer: ***“Wat is die effek van trauma op die kind as die sekondêre slagoffer?”***

Die vraag is beantwoord deur die empiriese data wat ingewin is deur die empiriese ondersoek. Die hooftemas en subtemas wat vanuit die empiriese data geïdentifiseer is en soos bespreek in hoofstuk 4, het aangetoon dat die kennisinhoud oor die impak van trauma op die kind verhoog het en ook meer lig gewerp is, op die verskillende fases waardeur gewerk moet word om die kind effektief by te staan. Die aard daarvan, die oorsake daarvan en die invloed daarvan is deeglik ondersoek.

5.4. GEVOLGTREKING VAN DIE STUDIE

- ❖ Die ontwikkeling van die kind in die middelkinderjare is 'n kritieke ontwikkelingstydperk. Wanneer die kind aan trauma blootgestel word ervaar die kind psigologiese ongemak en disfunksie. Trauma kan gesien word as 'n onverwagte gebeurtenis waarby die kind direk of indirek betrokke is, waaroor die kind geen beheer het nie en wat die kind vreesvol en hulpeloos laat. Hierdie gebeurtenis kan ook moontlike korttermyn en langtermyn gevolge inhou op die biopsigososiale funksioneringsmodel van die kind. Die interafhanklikheid van die verskillende fasette van die kind se ontwikkeling het tot gevolg dat die impak op een terrein van ontwikkeling aanleiding gee tot verdere impak op ander terreine van ontwikkeling.
- ❖ Dit is gevolglik uiters belangrik dat volwassenes wat by die kind betrokke is kennis sal dra nie alleenlik van die ontwikkeling van die kind en die invloed van

trauma op die kind se ontwikkeling nie, maar dat daar ook deeglike kennis en vaardighede ontwikkel sal word in die hantering van die getraumatiseerde kind ten einde hom/haar deur die proses van trauma tot groei en ontwikkeling te begelei.

- ❖ Verder moet die getraumatiseerde kind enige gedagtes van die trauma kan verken sonder dat erge gevoelens van pyn, aggressie, hartseer en skuld na vore kom. Die getraumatiseerde kind moet ondervindinge wat opgedoen is tydens en na die trauma vrylik kan deel met ander. Die getraumatiseerde kind moet ook in hierdie stadium hoop, drome en toekomsverwagtinge kan stel.
- ❖ Die getraumatiseerde kind moet aanpas in die gemeenskap deur sin te maak uit die gebeurtenis en deur begrip van die situasie te toon. Sodra die kind weer aandag kan skenk aan die ontwikkelingstake en vereistes van die biopsigososiale model kom die navorser tot die gevolgtrekking dat die getraumatiseerde kind se hanteringsmeganismes weer optimaal funksioneer en dat die kind homeostase bereik in sy/haar funksionering.
- ❖ Die kind sal weer met normale aktiwiteite begin en nuwe verhoudings ontwikkel wat belangrik is om die gapings te vul wat die trauma veroorsaak het. Die energie wat voorheen gebruik is om die trauma te hanteer, word nou aangewend vir die toekoms en dit dui op die punt van ommekeer vir die kind. Die kind het die fokus verskuif van die verlede tot die hede en die toekoms.
- ❖ Uit die studie blyk dit duidelik dat daar verskillende emosies ontstaan wanneer 'n kind aan trauma blootgestel word. Die navorser kon die emosies deur die empiriese studie in verskillende fases opdeel omdat die respondente almal dieselfde emosies en gedrag getoon het. Fases van trauma wat die sekondêr getraumatiseerde kind beleef, kan as volg opgesom word:
- ❖ Die sekondêr getraumatiseerde kind is die persoon wat die trauma waargeneem of 'n naby verhouding met die slagoffer gehad het. Die navorser kom tot die gevolgtrekking dat sekondêre trauma gesien word as trauma wat die kind beleef het al was die kind nie die direkte slagoffer van die insident nie maar eerder die

passiewe observeerder of gehoor het van die hele insident. Hierdie kind ervaar dieselfde simptome asook gevoelens wat die primêre slagoffer beleef en benodig ook onmiddellike ontlasting om enige kans van posttraumatiese spanning uit te skakel. Elkeen van hierdie aspekte wat bespreek is word deur die traumatiese gebeurtenis ingedring omdat trauma skielik, onverwags, en 'n intense gebeurtenis is en die kind beroof word van sy/haar reg tot onskuld. Die navorsingsresultate het verder getoon dat as die getraumatiseerde kind nie vroegtydig die regte terapie ontvang nie, kan multi-trauma ontstaan wat verder kan lei tot die ontwikkeling van depressie, angstersteurings en posttraumatiese spanning. Al is die kind nie die primêre slagoffer van die insident nie maar het die kind trauma opgedoen as toeskouer of van die insident gehoor, is dit van kardinale belang dat die kind vroegtydig deur die proses van trauma ontlasting werk, deur 'n gekwalifiseerde maatskaplike werker.

- ❖ **Impakfase:** 'n Reeks gedrag (subtemas: stilte, skok, isolasie en vrees) kom navore omdat die trauma se reaksie op die brein die liggaam oorweldig en 'n gevoel van lamheid, hulpeloosheid en magteloosheid vestig by die kind.
- ❖ **Reaksie-fase:** Die kind se reaksie subtemas: bang, bekommerd, kwaad, moeg, naar, hoofpyn en hartseer) op die effek van trauma sal afhang van die kind se ouderdom en ontwikkelingsvlak, oorsaak en graad van ernstigheid van die trauma, die kind se verhouding met die slagoffer, die kind se persoonlikheid, die kind se vermoë om probleme te hanteer en die beskikbaarheid van die nodige ondersteuningsnetwerke, voor, tydens en na die gebeurtenis.
- ❖ **Vermydingsfase:** Tydens hierdie fase ervaar die kind dat die realiteit van die trauma begin insink en sekere gevoelens kom sterk navore. Traumatiese gebeure word dikwels deur die kind probeer hanteer deur sekere verwagtinge te vermy. Die vermyding is nie baie suksesvol nie omdat alledaagse aktiwiteite en konflik die kind op ander maniere aan die trauma blootstel.
- ❖ **Herintegrasie en herstelfase:** Die herstelfase is die aanhoudende periode van aanpassing vir die herstel van die homeostase in die kind, gesin en gemeenskap. Die subtemas wat uitstaan is die noodsaaklikheid van 'n veilige omgewing,

- geleentheid vir die kind om te kan kommunikeer, noodsaaklikheid van vertroeteling en regte ondersteuning en die nodige beheer.
- ❖ Rol van sosiale ondersteuning sisteme vir die psigososiale sistemiese aanpassing. Die empiriese data het verder aangedui hoe belangrik die rol van die sosiale ondersteuningsisteme en netwerke is sodat die kind effektief die nodige aanpassings kan maak in sy/haar biopsigososiale funksionering. Hierdie sisteme en netwerke speel veral 'n belangrike rol om die kind die geleentheid te voorsien om persepsie en gevoelens te ventileer en te orden.
 - ❖ 'n Trauma-insident vind skielik plaas en daar is min of geen tyd vir die kind beskikbaar om hom/haar fisies of emosioneel voor te berei nie. Die kind se manier van probleemoplossing is nie meer effektief. Juis in hierdie tyd benodig die kind ekstra ondersteuning asook die aanleer van nuwe probleemhanteringstrategieë. Dit is ook nodig dat die kind die geleentheid gegun word om sy/haar siening en gevoelens van die situasie, te ventileer en alle gedagtes te orden. Die subtemas wat hierdie fase ondersteun bestaan uit die vrymoedigheid vir die kind om te kan kommunikeer, konstante en voorspelbare strukture, liefde, omgee, versorging en beskerming.
 - ❖ Eksterne faktore wat die sekondêr getraumatiseerde kind sal beïnvloed. Laastens het die empiriese data gefokus op eksterne faktore wat 'n groot rol speel in die getraumatiseerde kind se lewe. Omdat die kind nie net uit een enkel sisteem bestaan nie maar 'n komplekse wese is, is dit baie belangrik dat die verskillende sisteme en multidissiplinêre spanlede sal saamwerk tot effektiewe intervensie in die biopsigososiale bestaan van die kind se lewe. Faktore soos die fisiese en emosionele funksionering van die kind; die kind se persoonlikheid; gesinsisteem (struktuur, funksionering, verhoudinge); tipe trauma (ongeluk of siekte); demografiese karaktereienskappe (finansiële probleme, moeilike lewensomstandighede, sosio-ekonomiese status); ondersteuningsdienste, intervensie en netwerke wat gedurende en na die trauma voorsien word. Die empiriese data soos deur die ondersoek ingewin gee aanleiding tot 'n verskeidenheid van aanbevelings en idees met betrekking tot verdere navorsing.

Die navorser wil afsluit deur te sê dat die wonde van die trauma by die kind of enige ander getraumatiseerde nooit sal weggaan nie, maar sal verbeter en meer hanteerbaar sal word deur die benutting van die regte terapeutiese intervensie en die ondersteuning van die verskillende sisteme in elke individu se lewe.

5.5. AANBEVELINGS

Aanbevelings ten opsigte van verdere navorsing sowel as algemene aanbevelings kan vanuit die studie gemaak word.

5.5.1. AANBEVELINGS TEN OPSIGTE VAN VERDERE NAVORSING:

Verdere navorsing kan geloods word na die ontwikkeling van riglyne vir die opstel van 'n effektiewe trauma ontlontingsprogram vir die ongevalle afdeling van die hospitaal.

Vervolgens kon verdere navorsing ook gedoen word oor die opleiding en bemagtiging van trauma terapeute en maatskaplike werkers om getraumatiseerde kinders effektief te kan bystaan.

Die effektiwiteit van 'n multidissiplinêre span benadering, om die kompleksheid van trauma op die biopsigososiale funksionering van die getraumatiseerde kind te hanteer, kan ook ondersoek word.

5.5.2. ALGEMENE AANBEVELINGS:

Suid-Afrika is 'n land met 'n baie hoë misdaadsyfer. Kinders word blootgestel aan verskillende vorme van fisiese en seksuele mishandeling asook gesinsgeweld, selfmoord, natuurrampe, motorongelukke, en gemeenskapsgeweld om net 'n paar vorme van traumatiese insidente te noem. Die navorser sien dit as 'n noodsaaklikheid van die regering om die nodige intervensie en hulpbronne beskikbaar te stel aan alle gemeenskappe sodat die langtermyn gevolge van trauma voorkom kan word.

Hulpbronne sluit in die opleiding van maatskaplike werkers in gesondheidsorg om traumahantering en ontlonting effektief te kan toepas in gemeenskapswerk en bemagtiging. Dit is van uiterste belang omdat die maatskaplike werker in verskillende omstandighede met die kind as slagoffer werk en toegerus moet wees met die regte

tegnieke en vaardighede. Deur effektiewe opleiding word die maatskaplike werker bemagtig en globaal word die professie uitgebou.

Deur die bewusmaking, toerusting en bemagtiging van die gemeenskap, kan die gemeenskap simptome identifiseer en die betrokke persone verwys na die regte professionele dienste wat beskikbaar is. Gemeenskappe speel ook 'n groot rol in voorkoming van trauma by die kind asook die ondersteuning van die getraumatiseerde kind.

Sentrums wat werk met die getraumatiseerde slagoffers moet oor die inligting beskik rakende die trauma ontlontingsprogram sodat dit effektief in verskillende omstandighede gebruik kan word om sodoende meer mense te voorsien met die regte hulp en ondersteuning. Die getraumatiseerde kind moet veral die geleentheid gebied word om weer beheer te kan herwin en deur die verskillende emosies te kan werk om so 'n voorbeeld te kan wees vir ander slagoffers in sy omstandighede.

Hospitale moet betrek word sodat beleide en prosedures opgestel kan word vir alle ongevalle afdelings oor trauma en traumahantering. Hierdie prosesse is op een globale standaard wat kan bydra tot die herstel van elke slagoffer se optimale funksionering.

5.5.3. HIPOTESE VIR VERDERE NAVORSING:

Vanuit die empiriese data wat deur die navorsingsondersoek ingewin is wil die navorser die volgende hipotese vir moontlike verdere navorsing daarstel:

Indien die maatskaplike werker in gesondheidsorg, voldoende opleiding ontvang in traumahantering en -ontlonting, sal multi-getraumatiseerde kinders aan die afneem wees en weer optimaal funksioneer.

5.6. SAMEVATTENDE SLOTGEDAGTE

Die werklikheid van die samelewing van vandag, veroorsaak dat die kans dat kinders aan trauma blootgestel gaan word uitermatig hoog is. Fisiese mishandeling, verkragting, brande, motorongelukke, natuurrampe, gesinsgeweld, gemeenskapsgeweld, substansiemisbruik, skielike dood van 'n geliefde, kapings en enige ander trauma het 'n dramatiese impak op die fisiese, emosionele, kognitiewe en sosiale funksionering van kinders, volwassenes en die res van die gemeenskap.

'n Trauma-insident vind skielik plaas en daar is min of geen tyd beskikbaar om fisies of emosioneel voor te berei nie. Die kind se normale vermoë om probleme en uitdagings te hanteer het verdwyn. Volwassenes en kinders van alle ouderdomme voel hierdie impak deur die intense vrees en akute spanning wat volg na 'n traumatiese insident, omdat trauma 'n individu ontnem van enige vorm van beheer, kontak met realiteit en betekenis van die wêreld.

Die kind kom hulpeloos en passief voor as gevolg van die oormatige hoeveelheid skok en spanning wat die liggaam moet verwerk. Die kind se wêreld sal nooit weer dieselfde wees nie omdat trauma die individu ontnem van sy/haar normale manier om probleme te hanteer. Juis in hierdie tyd benodig die kind ekstra ondersteuning asook die aanleer van nuwe probleemhanteringsstrategieë. Dit is ook nodig dat die kind die geleentheid gegun word om sy/haar siening en gevoelens van die situasie, weer te gee en alle gedagtes te orden.

Dit is gevolglik uiters belangrik dat almal wat betrokke is by kinders, kennis sal dra van die ontwikkeling van die kind en die impak van trauma op die biopsigososiale funksionering van die kind. Daar moet verder deeglike kennis verkry word en vaardighede moet ontwikkel word by veral die maatskaplike werkers in gesondheidsorg, in die hantering van trauma by die kind, sodat die kind effektief deur die proses van trauma kan groei en ontwikkel. Kennis, vaardighede en samewerking tussen alle partye betrokke by die kind, is die enigste wyse om effektiewe intervensie toe te pas en die bose kringloop van trauma vroegtydig te breek.

BIBLIOGRAFIE

- Ager, A. 1996. *Children, war and psychological intervention*. New York: Praeger.
- Ambrose, J. 2002. *Trauma, family systems and the body-mind connection*. USA: Saskatoon.
- American Psychiatric Association. 2000. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Dsm-IV-Tr (text Revision): DSM-IV-Tr*. 4th ed. American Psychiatric Publishing.
- Anon. 1999. *DEBRIEFING*. Inligtingstuk: WITS trauma kliniek.
- Arkava, M.L. & Lane, T.A. 1983. *Beginning Social Work Research*. Massachusetts: Allyn and Bacon, Inc.
- Babbie, E. 1998. *The practice of social research*. 8th ed. London: Wadsworth Publishing Company.
- Baggerly, J. 2004. *Systematic Trauma Intervention for children: A 12-step protocol*. USA: University of Florida.
- Banyard, V.L.; Englund, D.W. & Rozelle, D. 2001. *Parenting the traumatized child: Attending to the needs of nonoffending caregivers of traumatized children*. *Psychotherapy*, 2001:74-78.
- Barnard, P., Morland, I. & Nagy, J. 1999. *Children, Bereavement and Trauma: Nurturing Resilience*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Bills, L.J. 2003. *Using trauma theory and S.A.G.E in outpatient psychiatric practice*. *Psychiatric Quarterly*, 74(2), 191-203.
- Bisbey, S. & Bisbey, L.B. 1998. *Brief therapy for post-traumatic stress disorder*. Chichester: John Wiley.

Bless, C. & Higson-Smith, C. 1995. *Fundamentals of social research methods: An African perspective*. 2nd edition. Cape Town:Juta & Co.

Bow Valley Victim Services Association. 2003. *Bow Vallay Victim Service Assocaition Manual*, April 2003:1-7. (Outeur onbekend).

Brooks, B. & Siegel, P.M. 1996. *The scared child: Helping kids overcome traumaturc events*. USA:John Wiley & sons, Inc.

Butcher, J.N. & Herzog, J.G. (1982). *Individual assessment in crisis intervention: Observation, life history and personality approaches*. Assessment, Speilburger, R. and Butcher, J.N. (eds.). London: Lawrence Erlbaum.

Cournoyer, D.E. & Klein, W.C. 2000. *Research methods for social work*. USA:Allyn & Bacon.

Creswell, J.W. 1998. *Qualitative inquiry and research design*. London: Sage Publications.

Creswell, J.W. 2003. *Research design: Qualitative, quantitative and mixed methods approaches*. 2nd ed. Lodon: SAGE Publications.

De Vos, A.S., Strydom, H., Fouché, C.B. & Delport, C.S.L. 2002. *Research at Grass Rroots: For the social sciences and human service professions*. 2nd edition. Pretoria: J.L. van Schaik.

De Vos, A.S. 1998. *Research at Grass Roots: A primer for caring professions*. Pretoria: J.L. van Schaik Publishers.

Dietz, C.A. 2003. *Trauma*. USA:New Hampshire.

Duncan, J. & Arnston, L. 2004. *Children in crisis: Good practices in evaluating psykosocial programming*. USA:Save the children federation, Inc.

Dyregrov, A. 1991. *Grief in children: A Handbook for parents*. London:Jessica Kingsley Publishers.

Engelbrecht, C.S., Kok, J.C. & van Biljon, S.S. 1994. *Volwassewording*. Durban:Butterworth.

Figley, C.R. 1995. *Compassion Fatigue as secondary traumatic stress disorder: An overview*. Levittown: Brunner & Mazel.

Garbers, J.G. 1996. *Doeltreffende Geesteswetenskaplike Navorsing*. Pretoria: J.L. van Schaik Uitgewers.

Goodman, R.F. 2002. *Caring for kids after trauma and death: A guide for parents and professionals*. NYU: The University Press, Inc.

Giller, E. 2003. *What is Psychological Trauma?* USA: the Sidran Institutue.

Greenwald, R. 2005. *Child Trauma Handbook: A guide for helping trauma-exposed children and adolescents*. USA: The Haworth Press, Inc.

Grinnel, L. in Wentzel, J. 1988. *Responsibilities towards children*.
<http://www.fosterparenting.com/fosterparent>

Gurwitch, R.H. 2002. *What to expect after trauma: Possible reactions in elementary school student*. USA:MUSC.

Hanson, R.W. 2002. *Biopsychosocial model of pain*.
www.long-beach.med.va.gov

Harris, C.E. (9 October 2000). *Cancer Lynx: Medical social work*.
www.cancerlynx.com/socialwork.html

Harris-Hendriks, J., Black, D. & Kaplan, T. 2000. *When father kills mother: Guiding children through trauma and grief*. 2nd edition. London:Routledge.

Hattingh, H. 1997. *Kennisinhoud van 'n stresshanteringsprogram vir getraumatiseerde adolessente*. Ongepubliseerde M.A.-verhandeling. Rand Afrikaanse Universiteit.

Hodgkinson, A. & Stewart, M. 1991. *Coping with catastrophe: A handbook of disaster management*. London: Routledge.

Jackson, H. 2000. *Helping students cope with trauma and loss*.
http://ci.columbia.edu/w0521/web/main/w0521_glossary.html

Jacobs. J. (2000). Kidney diseases and the role of the social worker. Other information are unknown.

James, R.K. en Gilliland, B.E. 2001. *Crisis intervention strategies*. 4th edition. USA:Brooks/Cole.

Jansen van Vuuren, S. 2000. *Die voorkoming van posttraumatische stres: Die evaluering van 'n ontloftingsprogram*. Ongepubliseerde Magister Societatis Scientiae (kliniese sielkunde), Universiteit van die Vrystaat.

Jarero, I. 1998. *Basic protocol: Firts step, previos to any other protocol; Free drawing protocol; Piñata protocol; Protocol of the story of finding the heart; The butterfly hug*.
<http://www.amamecrisis.com>

Juhnke, G.A. (1997) *After school violence: An adapted critical incident stress debriefing model for student survivors and their parents*. Elementary school guidance & counseling, 1997:163-170.

Lazarus, P.J. 1998. *Trauma and Children*. USA:Florida International University

Leedy, P.D. 1993. *Practical research, planning and design*. 5th edition. MacMillan Publishing Company: New York.

Lewis, S. 1999. *An adult's guide to childhood trauma: Understanding traumatised children in South Africa*. Cape Town:David Philip Publishers.

Louw, D.A., Ede, D.M. & Louw, A.E. 1998. *Menslike ontwikkeling*. Pretoria:Kagiso Uitgewers.

Marans, S. 2005. *Listening to fear: Helping kids cope, from nightmares to the nightly news*. USA:Owl Books.

McPherson, K.F. 2003. *Critical incident stress management (CISM) and play therapy*. Norfolk:Association for play Therapy.

Mitchell, J.T. & Everly, G.S. 1993. *Critical incident stress debriefing (CISD): An operations manual for the prevention of traumatic stress among emergency services and disaster workers*. Ellicott:Chevron Press.

Murray, B. 2004. *Creating optimism: A proven, seven step program for overcoming depression*. USA:McGraw-Hill.

Nelson, B.S. 2003. *Forgotten Victims: Infants and children who witness violence and trauma*. USA: Kansas State University.

NETCARE, 2003 omsendbrief.

Neuman, W.L. 1997. *Social research methods: Qualitative and quantitative approaches*. Needham Heights:Allyn & Bacon.

Neuman, W.L. 2000. *Social research methods: Qualitative and quantitative approaches*. 4th edition. USA:Allyn & Bacon.

Norris, F. 2002. Risk factors for adverse outcomes in natural and human-caused disasters: A review of the empirical literature. PTSD FACT SHEET.

Oelofse, L. 2005. *SA voel nie veiliger, al daal syfers*. RAPPORT, 25 September:22

Oesterreich, L. 1995. *Iowa family child care handbook*. Ames, IA:Iowa State University Extension.

Orban, L.P. 2003. *Ondersoek na die persepsie van onderwysers met betrekking tot samewerking met die spelterapeut in die hantering van die kind wat multi-getraumatiseerd is.* Ongepubliseerde M.A.-verhandeling. Universiteit van Pretoria.

Perry, B. "Surviving childhood: An introduction to the impact of trauma". Child Trauma Academy. <http://www.childtraumaacademy.com> (12 Julie 2005).

Pervin, L.A. & John, O.P. 1997. *Personality: Theory and research*. 7th edition. USA:Wiley.

Pynoos, R.S. & Eth, J.M. 1986. *Witness to violence: The child interview*. Academic Child Psychiatry. 1986, 25(3):306-319.

Pynoos, R.S., Steinberg, A.M. & Wraith, R. 1995. *A developmental model of childhood traumatic stress*. New York:John Wiley.

Pynoos, R.S., Steinberg, A.M. & Aronson, L. 1997. *Traumatic experiences: The early organization of memory in school-age children and adolescents*. New York:Oxford University Press.

Randolph, E.M. 2001. *Broken hearts and wounded minds*. Evergreen:RFR Publications.

Raubenheimer, C. 2006. *Meer as 4 m. Kinders al misdadslagoffers*. Beeld, 11 Mei:2006

Redgrave, K. 2000. *Care-Therapy for children: Direct work in counselling and Psychotherapy*. London:Continuum.

Retief, Y. 2004. *Genesing vir trauma in die Suid-Afrikaans konteks*. Kaapstad:Struik Christelike boeke Bpk.

Riethmayer, J. 2003. *The effects of trauma upon children and the community: How best to help*. USA:PERI.

Roberts, A.R. (1995). *Crisis intervention and time-limited cognitive treatment*. Thousand Oaks: Sage Publications.

Roos, V., du Toit, R. & du Toit, M. 2002. *A counsellor's guide in dealing with trauma, death and bereavement*. Pretoria:V. Roos.

Roth, L.S. 2005. *Debriefing with children and adolescents*. Ohio:Applewood Center, Inc.

Rubin, A. & Babbie, E. 2001. *Research Methods for Social Work*. Wadsworth:USA.

Ruzek, J.I. & Garay, K. 1996. *Hospital trauma care and management of trauma related psychological problems*. NCP Clinical Quarterly, 6(4), Herfs 1996.

Salvatore, E.P. (1988). *Issues in collaboration and teamwork: A sociological perspective on the role definition of social work in primary health care*. In: Granucci, L.J. (2000). *Clinical social work and family medicine: A partnership in community service*. Health & Social work. May 2000. Vol. 25. Issue 2:119-127

Schoeman, J.P. & Van der Merwe, M. 1996. *Entering a child's world – a play therapy approach*. Pretoria: Kagiso.

Smith, E.M. & Noth, C.S. 1993. *Posttraumatic stress disorder in natural disasters and technological accidents*. International handbook of traumatic stress syndromes, 1993:405-19.

Speed. B. 1999. *Individuals in context and contexts in individuals*. The Australian and New Zealand Journal of family therapy, 1999:131-138.

Speier, A.H. 2000. *Disaster relief and crisis counseling. Psychosocial issues for children and adolescents in disasters*. Rockville:Center for mental health services.

Steinberg, L.M. 1997. *Working with children traumatized by homicide handbook*. USA:John Wiley & sons, Inc.

Thom, R.G.M. 1992. *Crisis intervention*. Trauma and emergency medicine, 1992:707-709.

Trauma and attachment. *Trauma therapy in children*. 19 & 20 Augustus 2004, Renèe Potgieter, Pretoria.

Trauma counselling. 2004. *Trauma counselling with children*. 12 Junie, Marita Brink, Johannesburg.

Tyler, K.A. 2002. *Aggression and violent behavior*. USA: John Wiley & Sons.

Udwin, O. 2000. *Risk factors for long term psychological effects of a disaster experienced in Adolescence: Predictors of PTSD*. Journal of child psychology and psychiatry, 41 (8):969-979.

Van der Merwe, A. "Entity Definition". Persoonlike e-pos (16 Junie 2003).

Walsh, M.E., Brabeck, M.M. & Howard, K.A. 1999. *Interprofessional collaboration in children's services: Toward a theoretical framework*. Children's Services: Social Policy, Research and Practice, 2(4), December:183-208.

Weaver, J.D. 1995. *Defusing and debriefing*.
<http://ourworld.compuserve.com/homepage/johnweaver/>

Westen, D. 1996. *Psychology: Mind, brain and culture*. USA:John Wiley & Sons, Inc.

Wet op Kindersorg 74 van 1983.

Whittaker, K.L. 2004. *The impact of disaster on children and adolescents: An intervention model*. USA:Loma Linda University.

Yehuda, R., McFarlane, A.C. & Shalev, A.Y. 1998. *Predicting the development of posttraumatic stress disorder from the acute response to a traumatic event*. Biological Psychiatry, 1998:1305-1313.

York, R.O. 1998. *Conducting social work research: An experiential approach*. USA:Allyn & Bacon.