

HOOFSTUK 3

TEORETIESE FUNDERING VAN HOSPITALISASIE AS STRESSOR VIR DIE PRE-PRIMÊRE KLEUTER

3.1 INLEIDING

Sir Harry Platt, voorsitter van “The welfare of children in Hospitals – Report of the committee” het reeds in 1959, ‘n lys van 142 voorstelle aangaande hospitalisasie van kinders opgestel (Orr, 1992:11-12). Hierdie riglyne kan egter vandag nog geld vir die voorbereiding en versorging van gehospitaliseerde kinders:

- “That where possible children should not be admitted to hospital unless absolutely necessary (recommendation 17-27);
- That the hospital organization should allow children to be nursed together and that there should be indoor and outdoor facilities for play (recommendation 29-35);
- That children should be adequately prepared for hospital admissions in accordance with their age (recommendations 43-52);
- That mothers should be admitted, where possible, with their children under the age of six years, and that unrestricted visiting hours should be permitted (recommendations 68-80);
- That educational and recreational facilities should be supplied for both short and long-stay patients (recommendations 91-103);
- That parents should be prepared for possible negative behaviour problems which might arise after the hospitalization of their child (recommendations 128-133);

- That nurses, doctors, paramedical staff and teachers should receive more training in the emotional needs of the young child (recommendations 138-143)”.

(Vergelyk Orr, 1992:13,15-17 en Petrillo & Sanger, 1980:13-14.)

Die effek van hospitalisasie en ander gesondheidsorg-ondervindinge op kinders, word deur die meeste professionele persone as traumaties gesien. Vanuit navorsing wat reeds voor 1965 hersien is deur Vernon, Foley, Sipowicz en Schulman (soos aangehaal deur Hart *et al.*, 1992:2), is bevind dat emosionele trauma algemeen voorgekom het by kinders wat gehospitaliseer is, en steeds voortgeduur het na afloop van ontslag. Reaksies by kinders wissel van owerste aktiwiteit (huilerigheid, klou aan ouers, onwilligheid om medies behandel te word, asook destruktiewe gedrag), tot passiewe reaksies (oormatige slaap, onwilligheid om te eet, verminderde kommunikasie, en passiwiteit). Regressie kom volgens Hart *et al.*, (1992:2) tipies voor by die jong gehospitaliseerde kind. Gedragsveranderinge en leerprobleme kan ook algemeen voorkom na afloop van hospitalisasie.

Hierdie hoofstuk sal 'n omvattende teorie verskaf, oor die sielkundige implikasie van hospitalisasie op die kind, die effek op die ontwikkelende kind, bekommernisse van die gehospitaliseerde kind, asook faktore wat die effek van hospitalisasie beïnvloed. 'n Bespreking word gebied van die “oorlewingswaarde” van kinders se gedrag wanneer 'n angswekkende en vreemde situasie hulle in die gesig staar, sodat die terapeut empatie hiermee kan hê, en dit kan benut om die kind se beheer aan hom terug te gee. 'n Belangrike aspek wat vanuit hierdie hoofstuk in ag geneem moet word, is dat 'n enkele losstaande gebeurtenis, soos kortstondige skeiding, nie noodwendig 'n oorsaakfaktor van langtermynnood is nie. 'n Oplopende effek van ondervindinge, insluitende gebeure buite die hospitaal, of net voor hospitalisasie, veroorsaak eerder ernstige ontwikkelingsdefekte vir die kind. Aangesien kinders nie in isolasie grootword nie, moet hulle in verhouding met hulle hele stelsel gesien word, ten einde die beperkende effek van hospitalisasie op die kind se ontwikkeling so ver as moontlik uit te skakel.

3.2 DIE HOSPITALISASIE-ERVARING VAN 'N KIND

Hospitalisasie kan 'n baie onaangename ondervinding vir 'n jong kind wees. Wanneer 'n kind gehospitaliseer word, verruil hy tydelik sy familie, huis, vriende en bekende speelgoed vir 'n onbekende omgewing gevul met vreemdelinge. Hy is siek, moontlik kritiek, ervaar bes moontlik intense pyn vir die eerste keer in sy lewe, en word gekonfronteer met ander kinders wat ook in pyn en ongemak verkeer. Pynlike mediese prosedures perk dalk sy beweeglikheid in, terwyl hy byna geen privaatheid geniet nie. Slaap- en voedingstye verskil van sy roetine by die huis, hospitaalklere eerder as sy eie bekende nagklere word verskaf, en sy bed voel en lyk anders as tuis. Bekende gesigte, speelplekke en speelgoed word hom ontnem, terwyl hospitaalregulasies en -roetine sy ouers soos ongereelde besoekers laat voorkom, eerder as konstante, gerusstellende metgeselle. Indien die kleuter se begrip en konsep van tyd nog nie na behore ontwikkel en gevestig is nie, mag sy hospitalisasie soos 'n eindelose pyniging voel, wat myns insiens dalk nooit gaan eindig nie (Klinzing & Klinzing, 1977:3).

'n Belangrike veranderlike om in ag te neem wanneer daar gekyk word na die implikasie van siekte op die kind, is die chroniese versus tydelike dimensie (Tuma, 1982:33). Vanuit laasgenoemde outeur se navorsing is bevind dat korttermyn-hospitalisasie nie altyd geweldig traumaties vir 'n kind is nie. Die mening word eerder gehuldig dat ernstige siekte wat langtermyn-hospitalisasie impliseer, 'n kind se normale ontwikkeling mag benadeel, aangesien die fokus val op die siekte en die behandeling daarvan, en dit dan die normale roetine in die gesin ontwig. Die probleme wat geassosiëer word met chroniese siektes soos asma, diabetes, nierdisfunksie, leukemie, chroniese asemhalingstelsel-probleme, artritis, spina bifida, rugmurgbeserings, en spierdistrofie is ernstig, en kan alle aspekte van die kind se persoonlike ontwikkeling affekteer. Hierdie chroniese siektes verhinder ook die gesin se normale funksionering, en bring konstante druk en spanning mee.

3.3 DIE EMOSIONELE EFFEK VAN HOSPITALISASIE EN SIEKTE OP DIE KIND

Na aanleiding van Orr (1992:65) is siekte 'n universele oorsaak van spanning vir 'n kind, wat sy emosionele stabiliteit in gevaar stel, as gevolg van onbekende ondervindinge en persone waaraan hy blootgestel word. Siekte, ongeag van die duur van hospitalisasie, veroorsaak angstigtheid vanweë skeiding van ouers en die bekende. In aansluiting hierby het siekte die potensiaal om die gesinslewe te ontwig en om ouers skuldig en hulpeloos te laat voel wanneer die kind gehospitaliseer word. Boeties en sussies mag glo dat hulle verantwoordelik is vir die betrokke kind se siekte, en mag vrees dat hulle ook siek kan word. Orr (1992:67) is van mening dat die uiteinde van hospitalisasie afhang van faktore wat opname voorafgaan, eerder as faktore tydens hospitalisasie, sowel die empatiese intervensies van mediese personeel en betrokkenheid van die kind se gesin. Voorbereiding kan volgens die mening van hierdie outeur dus as uiters positief geag word.

3.4 DIE PSIGOLOGIESE EFFEK VAN FISIEKE ONGESTELDHEID EN HOSPITALISASIE OP DIE KIND

3.4.1 Siekteverwante verskynsels en faktore

'n Belangrike aspek om in ag te neem, is dat verskillende kinders op verskillende wyses deur siekte geaffekteer word, vanweë substansiële verskille soos ouderdom, begripsvermoëns, huidige bekommernisse, en verdedigingsmeganismes. Verskille in impak, kom ook voor as gevolg van die wye verskeidenheid siektes en die behandeling daarvan. Siekte en die behandeling daarvan, kan 'n groot reeks stimuli tot gevolg hê, wat op die kind kan inwerk. Inderwaarheid is sowel siekte as die behandeling daarvan, so 'n abstrakte konsep dat die enigste manier om die impak daarvan realisties te hanteer, sal wees om die kind se siekte te verdeel in komponente soos pyn, isolasie, immobiliteit, en liggaamlike veranderinge. Siekte op sigself, en moontlik behandeling tot 'n groot mate,

het substansiële en verlengde pyn tot gevolg. Siektes soos kanker en artritis is welbekend vir die geweldige ongemak en pyn wat deur hulle veroorsaak word (Tuma, 1982:43).

- **Reaksies op pyn:**

Pyn word volgens die Oxford Dictionary (1984:527) omskryf as: “suffering or distress of body or mind causing trouble or difficulty”. Die H.A.T. (1979:869) omskryf pyn as “1. Liggaamlike lyding ... en 2. Verdriet, smart, sielelyding”. Brink (1997:405) definieer pyn as “Psigiese of fisiese lyding veroorsaak deur ‘n skadelike of beskermende prikkel op die senuweestelsel”. Kinders se reaksie op pynlike prosedures verskil, maar word oor die algemeen as oorweldigend en traumaties beleef. Ten einde die verskille in respons op pynlike stimuli te begryp, moet ‘n mens die aard van pyn begryp. Baie eenvoudig gestel: “T-selle” stuur impulse na die brein, en wanneer hierdie “T-selle” ‘n sekere kritieke vlak oorskry, het dit pyn tot gevolg. Jordaan & Jordaan (1991:268) is egter van mening dat die belewing van pyn een van die mees omstrede aangeleenthede is. Sommige ondersoekers glo dat daar spesiale pynreseptore in die vel is, terwyl ander beweer dat die oorstimulering van enige reseptore aanleiding gee tot die ervaring van pyn, aldus Jordaan & Jordaan (1991:268). Met ander woorde, indien een van die velreseptore deur drukking, warmte, koue, ens, oorgestimuleer word by die kleuter, sal die kleuter dus pyn ervaar.

Drie komponente van pynondervinding word deur Tuma (1982:44) onderskei:

- **Sensories-diskriminerend**
- **Affektief-motiverend**
- **Kognitief-evaluatief**

Daar kan voorgestel word dat wanneer ‘n mens dink aan gedrag teenoor pyn, moet ‘n mens dink aan respondente en operante pyn. Respondente pyngedrag word gereken as die tipiese reaksie teenoor ‘n besering, terwyl operante pyngedrag oënskynlik spontaan voorkom, of as ‘n uitvloeisel van respondente pyn. Respondente pyn verander in operante pyn wanneer pyngeoriënteerde gedrag met verloop van tyd byna onvermydelik

word, vanweë sosiaal-interpersoonlike veranderlikes. Hierdie veranderlikes verwys na aspekte soos aandag en besorgdheid vanaf betekenisvolle ander.

Ontwikkelingsaspekte is baie belangrik by die verstaan van kinders se reaksies op, en persepsies van pyn. Ten spyte daarvan dat daar volgens Tuma (1982:45) nog min navorsing gedoen is oor die verband tussen die ontwikkeling van kinders en die reaksies op pyn, is dit duidelik dat pyn 'n geweldige invloed op kinders het. Sommige kinders hanteer pyn van brandwonde deur op depressiewe wyse te onttrek, wat soms selfs op die dood kan uitloop. Die potensiaal van pyn kan beklemtoon word as ontwrigting van die normale psigologiese ontwikkeling van die kind. In baie gevalle gee kinders se pynervaringe daartoe aanleiding dat hulle weerstand bied teen die nodige behandeling. Kinders sal soms die aanwesigheid van pyn ontken, ten einde verdere pyn van 'n inspuiting, ensomeer, vry te spring. Dit kom algemeen voor dat kinders vanweë pyn fisieke terapie weier, al is daar aan hulle verduidelik dat hierdie oefeninge latere gestremdhede kan voorkom.

- **Betekenis van pyn in verskillende ontwikkelingsfases:**

Gedurende verskillende ontwikkelingsfases koppel kinders verskillende betekenis aan hulle pynervaringe. Gedurende die **babajare** ontwikkel 'n begrip en persepsie van pyn baie vinnig. 'n Pynstimulus help die baba om sy eie liggaam van die res van ander menslike objekte te onderskei. By die **voorskoolse kleuter** kom die idee algemeen voor dat pyn met verkeerde dade of gedagtes verband hou. Pyn word dus vir die kleuter met straf geassosieer (Orr, 1992:71). As gevolg van die dominansie van egosentriese denke in hierdie fase, is dit vir die kleuter byna onmoontlik om pyn te assosieer met 'n uiteindelijke positiewe uitkoms. Hart *et al.*, (1992:253) stel dit dat die kleuter nie oor die intellektuele begrip beskik om te verstaan dat behandeling wat pyn veroorsaak, ook welstand kan bevorder nie. Die **skoolgaande kind** ondervind 'n geweldige vrees vir liggaamlike beserings. Bykomend is die skoolgaande kind ook bekommerd dat hy beheer sal verloor, hy vrees om soos 'n baba gehanteer te word, en vrees die onvermoë om sy

gunsteling aktiwiteite voort te sit. Hierdie observasies kan die terapeut lei om kinders se pyn op 'n meer effektiewe wyse te hanteer.

- **Liggaamlike veranderinge vanweë siekte en mediese prosedures:**

Die finale aspek van siekte en beserings wat in ag geneem behoort te word, is die verandering van liggaamlike voorkoms vanweë velafwykings, brandwonde, en verskeie ander gebreke, as gevolg van vervorming vanweë chirurgie. In sommige gevalle kan hierdie aspek van siekte en hospitalisasie die moeilikste oorkombaar wees, en baie traumaties wees om te hanteer. Juis hierdie fisieke veranderinge aan die kind se voorkoms kan geweldige emosionele en psigiese skade meebring, aangesien die samelewing baie hoë eise stel, en waarde heg aan fisieke voorkoms. Die misvormde kind kan dus met 'n wye verskeidenheid van diskriminasie en partydigheid te doen kry. Ook aspekte soos intelligensie en algemene bevoegdhede word soms slegs op voorkoms beoordeel. Kinders met opvallende brandwonde vind dit nie alleenlik verpletterend om mee saam te leef nie, maar beleef ook skaamte, selfbewustheid, depressie, en 'n apatiese houding. Tuma (1982:49) berig dat die mees onaangename ervaring vir hierdie kinders egter was om aangestaar te word waar hulle ookal gaan. Aan die ander kant kan die mening gehuldig word dat die impak van liggaamlike misvorming primêr afhang van faktore soos ouderdom, geslag, waarde wat gekoppel word aan die aangetaste liggaamsdeel, liggaamsbeeld, ontwikkelingsvlak, en hanteringsvaardighede.

3.5 BEKOMMERNISSE VAN DIE GEHOSPITALISEERDE KIND

Hospitalisasie kan gereken word as 'n reeks take, wat die kind moet ondervind en hanteer, aldus Petrillo & Sanger (1980:36-37):

- Die kind is van mening dat sy liggaam nou nie meer perfek is nie, aangesien dit 'n diagnose en behandeling vereis.
- Sy ouers is bekommerd genoeg oor sy toestand, om die dokter te spreek of hom na die hospitaal te stuur.

- Die bedreiging van skeiding, en die uiteindelijke fisiese skeiding van sy gesin en sy huis, soms vir die eerste keer, word vir die kind 'n realiteit.
- Behalwe waar die ouer by die kind kan inbly, word die kind gedwing om sy lewe nou met totaal vreemde mense te deel.
- Om in kontak met vriende, broers en susters te bly, is baie moeilik.
- Om aan die genade van die verpleegsters en laboratorium tegnikus oorgelaat te word, wat voortdurend instruksies uitvoer vir prosedures wat soms pynlik kan wees, kan vir die kind baie spanningsvol wees.
- Hy kom in kontak met onbekende roetine, toerusting, en beperkings, wat vir hom vreesaanjaend is.
- Indien die hospitalisasie die gevolg is van menslike onverskilligheid, bestaan daar by die kind en ouers teleurstelling en woede. Die meerderheid kinders onder ses jaar is in elk geval onder die indruk dat die siekte oor hom gekom het vanweë iets is wat hy of sy gesin verkeerd gedoen het.
- In stede daarvan dat die kind sy ouers kan mis of vir hulle kwaad kan wees, vind hy dat hulle net so 'n groot behoefte aan ondersteuning soos hy het. Vir die eerste keer in baie kinders se lewens, kyk hulle ouers hulpeloos toe terwyl diegene in die hospitaal hulp moet verleën.
- Die kind het 'n nuwe onbekende rol om te vervul – die van die pasiënt, terwyl hy in gereedheid moet bly om skielik weer onafhanklik te funksioneer soos voorheen, sodra hy ontslaan word.
- Daar word van die kind verwag om dokters en verpleegsters te vertrou, wie se stereotipe gedrag hom bangmaak eerder as gerusstel.

Wanneer 'n kind tydens hospitalisasie deur van sy diepste ang, probleme en vrese werk, beklemtoon Petrillo & Sanger (1980:37) voorbereiding, voor, tydens, en na afloop van hospitalisasie as een van die mees kardinale fasette van behandeling.

3.6 DIE EFFEK VAN HOSPITALISASIE OP DIE ONTWIKKELENDE KIND, EN SY REAKSIE DAAROP

Spanning is 'n konsep wat nie net by volwassenes tuis behoort nie. Ongelukkig is dit ook so dat kinders reeds op 'n vroeë ouderdom blootgestel word aan verskeie spanningsvolle ondervindinge soos egskeiding, dood, mishandeling, verlies, siekte en hospitalisasie. Wanneer daar met die gehospitaliseerde kleuter terapeuties gewerk word, moet hierdie faktore in ag geneem word, asook aspekte soos intelligensie, geslag, gesinsituasie, werkende moeder, geboorte van 'n boetie of sussie, en die betrokke kind se ouderdom en ontwikkelingsvlak (Van der Mescht, 1995:25).

Volgens Van der Mescht (1995:29) is dit duidelik dat hospitalisasie van een week of minder, kan lei tot ongelukkigheid wat selfs vir maande na ontslag kan voortduur. Korttermyn-hospitalisasie lei egter nie gewoonlik tot langtermyn emosionele- of gedragsprobleme nie. Laasgenoemde outeur is verder van mening dat langtermyn-opnames of herhaaldelike opnames skadelike langtermyngevolge kan impliseer. Die kleuter beleef intense trauma as hy van sy ouers geskei word.

Verskeie gedragsprobleme kan hulle voordoën voor, tydens, en na afloop van hospitalisasie. Jong kinders wat gehospitaliseer word is geneig om reaksies op hospitalisasie te openbaar, wat ingedeel kan word in:

- Overte/aktiewe reaksies,
- Passiewe reaksies, en
- Regressiewe reaksies.

Onder andere blyk dit ook nodig om in ag te neem dat daar faktore is wat die impak van siekte bemiddel, asook ander siekteverwante faktore wat die kind se reaksie op hospitalisasie beïnvloed. Siekteverwante faktore sluit in die chroniese aard van die siekte, immobiliteit, isolasie, skeiding, misvorming en pyn.

3.6.1 Uitreagerende reaksies op hospitalisasie

3.6.1.1 Overte/aktiewe reaksies:

- **Angs:** Angsreaksies op kinders se siektetoestande en hospitalisasie moet ook in ag geneem word. Die angsvlakke dra by tot gedrag wat die aansterkproses kan beïnvloed tydens hospitalisasie en selfs tuis. Angs kan daartoe aanleiding gee dat 'n kind diëte, oefeninge en genoeg rus totaal en al kan ignoreer, omdat hy poog om die siekte te ontken. Ander kinders kan weer hulle angstigheid kanaliseer deur aggressiewe of ooraktiewe gedrag. Angs kan ook gehanteer word deur so passief en oortoegeeflik op te tree, dat regressie na vroeëre ontwikkelingsfases plaasvind, waar die kind weer totaal afhanklik word. Kinders is geneig om die meeste angs te toon waar spuitnaalde betrokke is. Om kinders dus vooraf voor te berei hierop is dit nodig om mediese spel met inspuitings (onder streng beheerde supervisie) te onderneem (Tuma, 1982:51).
- **Opnamereaksies:** Wanneer die kind die hospitaal binnegaan met opname, kan reaksies van skaamheid, huilerigheid, vasklou aan die ouer, angstigheid, teruggetrokkenheid en vrees hulle voordoën (Tuma, 1982:50).
- **Vrees vir dood:** Onrealistiese vrees vir die dood en fobies oor die algemeen, kom algemeen by die jong kleuter voor. Die kind se konsep van siekte, dood, en tyd kan deel uitmaak van sy waninterpretasies in terme van sy hospitalisasie (Klinzing & Klinzing, 1977:4).
- **Fisiologiese reaksies:** Die stres van hospitalisasie mag bykomend lei tot fisiologiese veranderinge soos verhoogde polsslag, bloeddruk, en koors (Tuma, 1982:50).
- **Verset:** Die kind kan hom ook verset teen inname van medikasie, teen eet en drink, teen mediese behandeling, en teen slaap (Tuma, 1982:34).

- **Gedragsprobleme:** 54% van alle jong kinders toon problematiese gedrag na afloop van hospitalisasie (Muller *et al.*, 1992:87). Algemene gedragsprobleme sluit onder andere in: angstigheid oor skeiding van ouers, stel van eise, aggressie, eetversteurings, slaapversteurings, en problematiek in ma-kind-verhoudinge en portuurgroepverhoudinge (Tuma, 1982:50). Aan die ander kant is Muller *et al.*, (1992:87) van mening dat ouer skoolgaande kinders (ongeveer 8 tot 12 jaar) minder belangrike gedragsafwykings vertoon na ontslag. Ouer kinders hanteer hospitalisasie oor die algemeen beter as die jonger kleuter, en beleef byna geen negatiewe gedragsveranderinge as gevolg van hospitalisasie nie. Ontwrigtende gedrag onverskilligheid, gewelddadigheid, irritasie, frustrasie, hiperaktiwiteit, woede en destruktiewe gedrag is verder algemene gedragsprobleme wat as gevolg van hospitalisasie kan manifesteer. Psigosomatiese klagtes kan ook 'n negatiewe uitvloeisel van hospitalisasie wees.

(Vergelyk Hart *et al.*, 1992:10; Klinzing & Klinzing, 1977:4; Muller *et al.*, 1992:87; Tuma, 1982:48 en Van der Mescht, 1995:31.)

3.6.1.2 Passiewe reaksies:

- **Sosiale onttrekking:** Een van die mees onaangename reaksies van die kleuter op spanning is onttrekking van sosiale kontak, met gepaardgaande simptome van apatie en depressie. Depressie as simptome van sosiale onttrekking word as uiters gevaarlik bestempel, aangesien dit die kleuter se ontwikkeling tot 'n groot mate kan strem. Daarom word dit van kardinale belang geag dat 'n kleuter met die vooruitsig van hospitalisasie geleentheid sal kry om ter voorbereiding op hierdie gebeurtenis sy emosies en spanning te verbaliseer of in spel uit te druk. Dit bied geleentheid om homself binne sy situasie in perspektief te plaas en om interne konflikte op te los (Van der Mescht, 1995:31).
- Verdere reaksies wat die aangehaalde bronne noem as passiewe gedrag, sluit onder andere in: oormatige slaap, weiering om te eet en drink, passiewe gedrag,

onttrekking, verminderde kommunikasie en interaksie met ander, beleving van wanhoop en hulpeloosheid, en 'n apatiese houding.

(Vergelyk Hart *et al.*, 1992:10; Klinzing & Klinzing, 1977:4; Tuma, 1982:49 en Van der Mescht, 1995:31.)

3.6.1.3 Regressiewe reaksies:

- **Enurese, enkoprese, fobies, skeidingsangs, byt van naels, grou in die neus, heen en weer wieg van liggaam, selfbewustheid, en duimsuig** kan verder deur hospitalisasie by die kind gestimuleer word. **Nagmerries** kan slaappatrone verder ontwig. Die behoefte om weer **fopspeen of bottel te drink**, asook **onrealistiese skaamheid, kermrigheid, verlies aan selfkontrole soos toiletgewoontes, en verswakte intellektuele funksies**, kom as algemene regressiewe reaksies voor. Die jong kleuter mag konstant na sy speelding, kussing, ouers of kamer vra, wat soms nie aan hom verskaf kan word nie, na gelang van die situasie. Die reeds bespreekte negatiewe faktore van hospitalisasie kan 'n kind laat regresseer in terme van gedrag, tot op 'n punt waar **hy onbevoeg is om basiese funksies uit te voer soos loop, praat, self eet en self aantrek**. Hierdie regressie kan vorder vanaf **onwilligheid om sy samewerking aan personeel te gee tot totale onttrekking** (Klinzing & Klinzing, 1977:4).
- **Gedragsveranderinge soos gedragsuitvalle (tantrums), skielike leerprobleme, wisselende woedebuie, hernude totale afhanklikheid, en fobies** kan manifesteer as gevolg van regressiewe reaksies. Baie van die reaksies oorvleuel tussen die drie kategorieë van uitreagerende gedrag, en moet in die konteks waarin dit plaasvind asook die kind se ouderdom geag word. So byvoorbeeld kan 'n fobie as gevolg van regressie by 'n ouer kind voorkom, terwyl dit uit vrees (aktiewe reaksie) by 'n jonger kind manifesteer.

- Ander ernstige regressiewe gedragsafwykings kan by die gehospitaliseerde kind waargeneem word, en sluit onder andere **waninterpretasies** van die siekte in, of die rede vir sekere mediese prosedures, asook **onrealistiese liggaamlike bekommernisse**, **omkeerreaksies**, en verskillende mates van **leer- en portuurgroepprobleme** wanneer die kind terugkeer skool toe (Tuma, 1982:34).
- **Fantasieë met betrekking tot hospitalisasie:** Die meeste kinders tussen 3 en 8 jaar, is geneig om die hospitaalondervinding tot 'n sekere mate te verdraai. Hoe ernstiger die siekte, wat terselfdetyd meer mediese prosedures vereis, hoe meer gekompliseer raak die situasie, veral as geen voorbereiding met die kind gedoen is nie. Kinders mag hospitalisasie en skeiding van ouers, met die dood assosieër. Kinders met ernstige siektes soos leukemie, mag ook aanneem dat onttrekking van beenmurg 'n standaardprosedure vir alle kinders is (Tuma, 1982:51).
- **Regressie na vorige ontwikkelingsfases:** Dít is moontlik die mees algemene reaksie op spanning gedurende die kleutertydperk. Die kind is geneig tot huilerigheid, irritasie, duimsuig, kruip, enuresis, slaapversteurings, skeidingsangs, en aggressiewe gedrag. Spanningsvolle gebeure in die kleuter se lewe strem die kind se ontwikkeling, aangesien dit sy hanteringsmeganismes totaal uitput. Vorige suksesvolle ontwikkelingstake wat reeds bereik is kan regresseer, byvoorbeeld taalvaardighede, spraak en fisieke mobiliteit. Die kleuter poog om alle interne en eksterne gevare te onderdruk wat moontlike angs kan veroorsaak, deur te regresseer na vroeëre, bekende, en dus veilige gedrag. Die namaak van vroeëre gedrag bied die kind die geleentheid om sy konflikte deur te werk, deur middel van fantasie en rollespel (Van der Mescht, 1995:30).
- **Aandagsoekgedrag:** 'n Volgende moontlike reaksie op spanning kan toenemende voorkoms van ongepaste gedrag wees, wat daarop gemik is om die volwassenes (spesifiek ouers) se aandag te verkry. Hierdie gedrag verskil volgens Van der Mescht (1995:31) by seuns en dogters. Dogters is meer geneig tot oormatige skaamheid, vasklouery en inhibisies, terwyl seuns meer geneig is tot aggressie en swakker

algemene samewerking. Hierdie gedrag is gewoonlik kort van duur, aangesien dit slegs daarop gemik is om kontak met belangrike volwassenes te verkry en te verseker. 'n Gevoel van verwerping deur die ouer vanweë sy ongepaste gedrag kan by die kind ontstaan, wat sy spanning net verder kan verhoog.

- **Veranderinge in die kleuter se normale speelpatrone:** Kinders wat onder intense spanning gebuk gaan as gevolg van tydelike skeiding van hulle ouers en tydperke van onbeweeglikheid, het korter duur van spel-episodes vertoon, asook regressie na minder komplekse gebruik van speelgoed getoon (Van der Mescht, 1995:32). Sommige kinders speel weer baie meer, juis om van die spanning te ontvlug. Spel vervul twee belangrike funksies gedurende spanningsvolle tydperke. Spel bied eerstens aan die kind die geleentheid om van 'n slegte realiteit, na 'n minder bedreigende aktiwiteit te ontvlug. Tweedens bied spel aan die kind die geleentheid om spanningsvolle gebeurtenisse te herbeleef in 'n poging om die situasie te bemeester. Net soos 'n volwassene 'n traumatiese gebeurtenis dikwels oor en oor herroep, het 'n kind ook die behoefte om 'n spanningsvolle gebeurtenis in sy spel te herleef, totdat hy 'n mate van sowel kognitiewe assimilasië, as 'n affektiewe rekonsiliësie kan ontwikkel.

(Vergelyk Hart *et al.*, 1992:10; Klinzing & Klinzing, 1977:4; Muller *et al.*, 1992:87; Orr, 1992:78, 80; Tuma, 1982:47, 49 en Van der Mescht, 1995:30-32.)

3.6.2 Kommerreaksies

Die volgende kommerreaksies op hospitalisasie wat deur 'n kind ervaar kan word, word deur Muller *et al.*, (1992:85) voorgehou:

- fisieke skade en liggaamlike verandering en beserings in die vorm van ongemak, pyn of dood;
- skeiding van ouers en die afwesigheid van betroubare bekende volwassenes, veral vir voorskoolse kinders;

- die snaakse, onbekende omgewing en moontlikheid van verandering en onverwagse gebeure;
- onsekerheid oor grense en verwagte “aanvaarbare” gedrag; en
- relatiewe verlies van beheer, outonomie en bevoegdheid.

Dit is die mening van Tuma (1982:50) dat die kind se ouderdom ten tye van die hospitalisasie ‘n kardinale rol te vertolk het, aangesien sy ouderdom en gepaardgaande ontwikkelingsvlak bepaal tot watter mate die kind die aangeleentheid verstaan.

3.6.2 Post-hospitalisasie

Na afloop van hospitalisasie is dit aldus Tuma (1982:51) nie ongewoon vir kinders om emosionele reaksies te toon, wanneer hulle terug by die huis is nie. Ouers rapporteer voortdurend die volgende simptome by hulle kinders na hospitalisasie:

- enuresis en enkoprese;
- slaapversteurings;
- vrees vir dood;
- angsreaksies;
- depressie;
- eetafwykings;
- gedragsprobleme en woede; en
- regressie.

3.6.4 Persoonlikheidspatrone en chroniese siektes

Persoonlikheidspatrone van kinders met chroniese siektes lê op ‘n kontinuum wat wissel van geringe tot ernstige psigopatologie. Tuma (1982:34) konstateer dat die persoonlikheidspatrone van chroniese siek kinders wissel van oorafhanklikheid, oorangstigtheid, passiwiteit, teruggetrokkenheid, en aggressiwiteit, tot die geneigdheid om die siekte te ontken. Hart *et al.*, (1992:107) is van mening dat persoonlikheidseienskappe soos goed-ontwikkelde selfkonsepte, liggaamsbeeld, persoonlike bevoegdheid, asook ‘n

gesonde identiteitsgevoel, die kleuter kan ondersteun in die vertolking van sy siekte, asook die hantering daarvan. Kinders met verskillende siektes is geneig tot verskillende reaksies:

- **Artritis:** vermy kontak met portuurgroep vanweë die feit dat die siekte liggaamlike verandering kan meebring, het 'n swak selfbeeld, minderwaardigheidsgevoel, sensitief vir kritiek en frustrasie oor hulle gebrek.
- **Progressiewe spierdistrofie:** ongepaste uitdrukking van woede, verlies aan belangstelling in mense en die omgewing, teruggetrokkenheid en terugtrekking in die self.
- **Disfunksies van die respiratoriese stelsel (bv. Asma):** angstigheid, onsekerheid, depressie en afhanklikheid.

3.7 HOSPITALISASIE: FAKTORE WAT KINDERS SE GEDRAG BEÏNVLOED

Volgens Hart *et al.*, (1992:2-3) sowel as Tuma (1982:50), het hospitalisasie 'n negatiewe effek op 'n kind se kognitiewe, fisieke en sosiale welstand. Afgesien van drastiese veranderinge en verbeteringe in mediese tegnologie, en hospitaalfasiliteite wat gerig is op kinders, word hospitalisasie steeds as 'n angswekkende en stresvolle ondervinding gereken. Laasgenoemde ondervindinge kan emosionele en gedragsprobleme tot gevolg hê wat steeds lank na ontslag kan voortduur. 'n Kind se reaksie op hospitalisasie hang af van verskeie veranderlike faktore, naamlik potensiële skeiding van ouers en tuiste, die kind se aanpas- en hanteervermoë, die fantasieë wat oor die ondervinding gekoester word, ouerlike houding, pynlike mediese prosedures, observasie van ander pasiënte se toestande, geforseerde afhanklikheid en inperking van beweeglikheid, ontwikkelingsvlak van die kind, en die aard van die siekte.

Die volgende word die algemeenste in die literatuur vervat as faktore wat die kind se hospitaalondervinding affekteer:

- **Skeiding van ouers:** Skeiding kan onmiddellike en langtermyn emosionele ongemak tot gevolg hê. Gereelde besoeke blyk nie altyd voldoende te wees ten einde hierdie

probleem te voorkom nie, maar eerder indien moontlik, dat die ma (of bekende persoon) by die kind in die hospitaal inbly (Klinzing & Klinzing, 1977:5).

- **Pyn:** Fisieke pyn word as 'n universele menslike bron van stres herken, vanweë die onaangename sensoriese, fisiese, emosionele en motoriese reaksies daarvan op menslike gedrag. Veral by die kleuter wat nog nie in staat is om hierdie onaangename ondervinding te verstaan nie, kan fisieke pyn stres tot gevolg hê. Kleuters toon geweldige weerstand en emosionele ongemak by die ondervinding van pyn. Orr (1992:71) beweer kleuters is onder die indruk dat pynlike prosedures 'n straf vir onaanvaarbare gedrag is. Die kind se reaksies word beïnvloed deur vorige ondervindinge van pyn, die graad van fisieke inperking, ouerlike afwesigheid, reaksies op diegene in sy onmiddellike omgewing, voorbereiding, en sy individuele temperament. Vanaf die derde lewensjaar onderskei die kleuter moeilik tussen fantasie en realiteit, en programme op televisie kan byvoorbeeld 'n waninterpretasie by die kind laat.
- **Liggaamlike versteurings en verminking:** Die vrees vir liggaamlike veranderinge is 'n spanningsvolle aspek van hospitalisasie vir die jong kind. Aangesien die kleuter nog nie 'n volledige konsep van sy liggaamsbeeld ontwikkel het nie, bedreig enige inmenging met sy liggaamlike ruimte (operasies, inspuitings, ensomeer) sy selfintegriteit en selfbeeld. Hospitalisasie en siekte het 'n geweldige invloed op die kleuter se liggaamsbeeld, en dit beïnvloed sy emosionele en psigologiese funksionering (Orr, 1992:72).
- **Ouderdom:** Volgens Klinzing & Klinzing (1977:6) is die meeste navorsers dit eens dat kinders jonger as 5 jaar emosioneel meer kwesbaar is vir spanning vanweë hospitalisasie, as ouer kinders. Die redes wat hiervoor aangevoer word, is skeidingsang, jong kinders se sensitiwiteit vir pyn, onvolledige realiteitsbegrip wat tot onrealistiese fantasieë aanleiding gee, asook 'n onvermoë om vrees te verplaas.

- **Voorbereiding ontvang:** Gedragsuitvalle en spanning word deur goeie voorbereiding uitgeskakel (Orr, 1992:85). Voorbereiding help die kind om die omvang van die hospitalisasie en mediese prosedures, rede vir skeiding, en aard van sy siekte beter te begryp. Kennis van hierdie aspekte verminder vrees, en bevorder aanpassing by die nuwe omstandighede. Die kind weet dus beter wat van hom verwag word en ken die roetine en begrensings van die hospitaal.
- **Isolasie en beperkende faktore:** Isolasie en beperking is 'n verdere reeks faktore wat kinders tydens die behandeling van siekte geweldig beïnvloed. Kinders word blootgestel aan verskillende grade van, en tipes isolasie (afhangend van die vereistes van die behandeling). In sekere isolasiekamers word slegs besoeke van gemaskerde personeel en familie toegelaat (Tuma, 1982:47). Afskeiding van gesin en die buitewêreld kan op hierdie wyse vererger. Hart *et al.*, (1992:164-165) toon aan dat die beperking van beweeglikheid, asook isolasie die kleuter die risiko laat loop van die ontwikkeling van sowel fisieke, as psigologiese probleme. Sulke probleme ontstaan grotendeels as gevolg van 'n verlies aan normale beweging, sensoriese deprivasie asook sosiale isolasie. Perseptuele versteurings, slaapversteurings, verswakte intellektuele funksies en fisieke ongemak het algemeen in hierdie gevalle na vore gekom. Oor die beperking van mobiliteit as gevolg van behandeling, waarmee kinders gekonfronteer word, rapporteer Tuma (1982:48) dat kinders soms tydens immobilisasie satisfaksie toon, maar dat wanneer hulle na normale mobiliteit terugkeer, tekens van hiperaktiwiteit, woede, en gedragsuitvalle voorkom. Verder wil dit blyk dat die immobilisasieperiode soms 'n periode van voorbereiding en antisipasie vir herstel verteenwoordig. Na afloop van ontslag manifesteer daar in baie gevalle die effek van onrealistiese verwagtinge, frustrasie, en 'n minder duidelike roldefinisie. Die verband en interaksie tussen die ontwikkelingsvlak en effek van immobilisasie is 'n verdere aspek wat in ag geneem behoort te word. Beperking van beweging kan ontaard in ontwrigting van normale angstigtheid en aggressie-ontlaaikanale. Hierdie ontwrigting kan 'n invloed hê op beide kognitiewe ontwikkeling en sielkundige strewe, in areas soos kommunikasie, afhanklikheid en verskeie sosiale modaliteite (afhangende van ouderdom en tipe beperking).

Bykomende faktore wat 'n effek op die kind se reaksie kan uitoefen, is vorige ondervindinge, soort inperking benut, gesondheidstatus, en die houding van diegene wat beperkinge stel. Gehospitaliseerde kleuters wie se mobiliteit beperk is, in vergelyking met gehospitaliseerde kleuters wat beweeglik was, het 'n baie groter geneigdheid tot enuresis getoon (Tuma, 1982:49).

- **Geslag:** seuns blyk meer angstig op trauma en hospitalisasie te reageer as dogters (Van der Mescht, 1995:33). Orr (1992:70) het bevind dat seuns meer kwesbaar is vir spanning as meisies, en het ook 'n hoër persentasie getoon in terme van enuresis, disleksie en destruktiewe gedrag tydens hospitalisasie. Voorskoolse seuns is meer vatbaar vir emosionele verstourings as voorskoolse meisies, veral wanneer mangeloperasies uitgevoer is. Orr (1992:70) konstateer dat seuns geweldig ontwrig word deur skeiding, terwyl meisies hierdie skeiding oor die algemeen meer konstruktief hanteer.
- **Ouderdom:** kinders tot op vier jaar ervaar skeiding van ouers geweldig negatief in vergelyking met ouer kinders (Van der Mescht, 1995:34). Die negatiewe effek van hospitalisasie blyk die grootste te wees tussen die ouderdom van sewe maande en vier jaar. Tydens hierdie ouderdomme is die effek van siekte en skeiding maksimaal, en gedragsafwykings na afloop van hospitalisasie kom ook hier algemeen voor. Die kind onder vier jaar toon oorafhanklikheid van sy ma na hospitalisasie. Sowel korttermyn- as langtermynimplikasies van hospitalisasie het vir die jong kleuter 'n meer traumatiese impak as vir die ouer kind. Orr (1992:70) het 'n verband gevind tussen die periode van hospitalisasie van die kind jonger as vyf jaar, en sy swak prestasies in taalvaardighede, lees, en wiskunde op tienjarige ouderdom.
- **Die kind se intelligensie, persepsie van siekte, mediese prosedures en hospitalisasie:** Hierdie faktore bepaal hoe hy in staat is om sy situasie te interpreteer en te hanteer. Begrip vir die ondervinding en hoe hy sy probleme gaan hanteer, berus ook op intelligensie (Van der Mescht, 1995:34). Die kind se begrip van siekte hang van sy kognitiewe ontwikkeling af. Soos reeds genoem, glo die kleuter dat hy siek

geword het vanweë sy eie toedoen, en sien mediese prosedures as straf vir oortreding van reëls. Jong kleuters begryp nie altyd mediese prosedures en hospitaalroetine na behore nie, en sien alle aksies van die mediese personeel as vyandig en daarop gerig om pyn te veroorsaak (Orr, 1992:82). Kinders se leemte aan begrip van siekte, hospitalisasie en hospitaalprosedures dra by tot negatiewe emosionele reaksies op hospitalisasie. Siekte word as straf vir wangedrag geïnterpreteer, terwyl hospitaalprosedures as vyandige, verminkende aksies gesien word. Die kinders mag glo dat hulle deur hulle ouers verwerp en vergeet is. Waar voorbereiding gedoen is, is minder angs, emosionele ontwrigting en negatiewe gedrag by kinders gerapporteer as by kinders wat nie voorberei is nie. Ouers wat voorberei en ondersteun is, het ook groter satisfaksie en minder angs gerapporteer as ouers wat nie voorbereiding ontvang het nie (Klinzing & Klinzing, 1977:6).

- **Simptome:** ‘n Verdere aspek van vorige ondervindinge in terme van hospitalisasie is die simptome wat die kind net voor hospitalisasie getoon het. ‘n Belangrike aspek om in ag te neem, is dat ‘n kleuter wat geen pynlike simptome of onaangename simptome voor hospitalisasie ervaar het nie, uiters verwar word deur intense mediese behandeling. Aan die ander kant is dit egter ook baie moeilik vir ‘n kleuter om te begryp hoe dit moontlik is dat pyn en skeiding tot beter gesondheid en herstel kan aanleiding gee (Orr, 1992:76).
- **Ouerlike houding jeens hospitalisasie:** Die rol wat ouers se houdings aangaande hospitalisasie speel, is duidelik waarneembaar in hulle kinders se reaksie met betrekking tot herstel van siekte, asook hospitalisasie. Moeders wat self spanning oor hospitalisasie ervaar, is meer geneig is om hulle kinders voor te berei as moeders wat geen vrese toon nie. Die neiging bestaan dat waar ‘n ma spanning en vrese vir hospitalisasie toon, die kind ook hierdie houding aangeneem het, omdat hulle verstaan het dat dit normaal is en dat sy ma van hom verwag om bang te wees. Die kind ervaar outomaties dat indien sy ma bang is, daar seker slegte dinge moet wees wat hom gaan bang en seer maak (Orr, 1992:78).

- **Onbekendheid met die hospitaalomgewing en -personeel:** 'n hospitaal is 'n unieke en onbekende omgewing vir 'n kind. In 'n tyd wanneer die kleuter 'n stabiele omgewing met bekende roetine benodig, kan die vreemde geluide en reuke van die hospitaal geweldige emosionele stremming tot gevolg hê. Die kind moet ook op onbekende individue staatmaak om aan sy basiese behoeftes te voorsien. Die onbekende voorkoms van die hospitaal en die personeel se uniforms kan baie vrees vir die jong kleuter inboesem (Orr, 1992:83). Sensoriese en motoriese beperkings wat met hospitalisasie gepaard gaan, dra by tot emosionele spanning en ontsteltenis. Sensoriese inperking het lusteloosheid, ongelukkigheid, en swak eetlus tot gevolg, terwyl motoriese inperking lei tot woede, aggressie en hiperaktiwiteit. Spel, rekreasie en opvoedkundige geleenthede word aanbeveel, wat uiting van gevoelens tot gevolg het, die kind se aandag van sy gesondheidsprobleem aftrek, 'n genotvolle ervaring verskaf, en hom help om sy siektetoestand beter te verstaan (Klinzing & Klinzing, 1977:7).
- **Temperament:** Dit is duidelik dat temperamenteel-moeilike kinders vermydingsgedrag of intense ongelukkigheid kan toon tydens spanningsvolle situasies, en dat hulle moeilik aanpas by onbekende gebeure. Hierdie kinders is ook geneig tot reaktiewe en ekstreme reaksies, met gepaardgaande gedragsprobleme (Van der Mescht, 1995:35).
- **Interpersoonlike verhoudings:** Nie slegs personeel-kind verhoudings beïnvloed die kind se emosionele funksionering nie, maar ook personeel-ouer, ouer-kind, personeel-personeel en kind-kind verhoudinge dra by tot die kwaliteit van die emosionele omgewing van die gehospitaliseerde kind (Klinzing & Klinzing, 1977:7).
- **Kind se ontwikkelingsvlak:** As gevolg van hospitalisasie word die kind se normale lewe en ontwikkeling ontwrig, wat aanleiding gee tot emosionele en gedragsprobleme. Die moontlikheid bestaan dat 'n kind se reaksie op spanning afhang van sy ontwikkelingsvlak. 'n Kind se hanteringsvaardighede word beperk deur sy vlak van taal- en kognitiewe ontwikkeling, asook deur 'n leemte aan

lewensondervinding. Spanning soos wat in hierdie situasie die geval is, word deur Orr (1992:68) omskryf as, "...a state of emotional tension that arises from...unfulfilled inner needs of the individual, or...environmental demands or threats...".

- **Die mediese personeel:** moet verantwoordelikheid neem vir die gevolge wat hospitalisasie vir 'n kind se emosionele welstand inhou, hulle moet dit aanspreek en moet poog om die gevolge te elimineer. Deur middel van kommunikasie kan die kind gelei word om sy hospitalisasie en mediese prosedures beter te verstaan. Interaksie met ander gehospitaliseerde kinders asook personeel kan aangemoedig en gefasiliteer word deur middel van kommunikasie (Klinzing & Klinzing, 1977:8).
- **Skeiding:** emosionele verstourings kan intree as gevolg van skeiding van die kleuter en die bekende. Drie fases van skeiding is van toepassing:
 - **protestering:** gedurende hierdie aanvanklike fase is die kind ontwrig omdat hy van sy ma moet skei, en huil en roep hy na haar. Hy verwerp alle vorme van troos van ander individue.
 - **wanhoop:** hierdie fase demonstreer toenemende hopeloosheid by die kind, deurdat hy teruggetrokke raak en voorkom asof hy in 'n treurende toestand verkeer omdat hy glo dat sy ma hom verwerp.
 - **losmaking/ontkenning:** gedurende hierdie finale fase word 'n skynbaar gelukkige kind waargeneem, wat by die onbekende omgewing aangepas het en interaksie het met diegene rondom hom. Wanneer hy deur sy ma genader word, toon hy ongeïnteresseerdheid in haar. (Vergelyk Petrillo & Sanger, 1980:90 en Orr, 1992:77.)
- **Hantering van skeidingsangs:** Vir die kind onder die ouderdom van vier jaar, kan skielike en verlengde skeiding van sy ouers oorweldigend wees. Aangesien hulle nog

nie die konsep van tyd verstaan nie, mag 'n paar uur soos dae voel. Die kind kan dus slegs deur die fisieke teenwoordigheid van die ouers gerusgestel word. Die graad van angs wat kinders toon verskil van individuele kind tot kind, afhangende van hulle ontwikkelingsvlak, sosiale kontakte buite die onmiddellike gesin, asook vorige ondervindinge met skeiding. Ouers mag nie ten volle verstaan nie dat reaksies op skeiding normaal en aanvaarbaar is, asook die enigste wyse waarop die kind in staat is om sy hartseer te toon.

Die meeste kinders sal gerusstelling daarin vind om iets persoonliks van die ouer by hom te hou, wat hom verseker dat die ouer sal terugkom. Foto's van die gesin kan ook positief bydra tot die hantering van skeidingsangs. Selfs 'n baie jong kind word gerusgestel deur mamma se foto langs sy bed. Gunsteling speelgoed, spesiale voorwerpe wat die kind aan sy bekende huis herinner, asook bekende klere, versterk die kind se positiewe denke tydens hierdie traumatiese tyd (Petrillo & Sanger, 1980:93).

Soos wat die kind ouer word, neem sy behoefte van totale afhanklikheid af, en is hy in staat om ouerlike afwesigheid vir beperkte periodes beter te hanteer. Hoewel hy steeds alleen voel en huis toe verlang, kry hy 'n mate van gerusstelling in sy portuurgroep, ander siek maatjies en nuwe, interessante dinge wat hy in die hospitaal sien en doen. Tekens van skeidingsangs kom algemeen voor in die vorm van 'n neiging tot regressie soos babataal, irritasie, enurese en enkoprese. Hanteerstyle verander; hoe ouer en meer verbaal die kind is, hoe minder het hy nodig om deur wangedrag uiting aan sy gevoelens te gee (Petrillo & Sanger, 1980:97).

Die bogenoemde reaksies wat deur Orr (1992:77) voorgehou is, blyk baie algemeen voor te kom by kleuters wat van hulle ouers geskei word. Die voorskoolse kind se swak konsep van tyd dra ook by tot sy negatiewe ondervinding van skeiding, omdat hy nie kan begryp wanneer, en óf sy ouers sal terugkom nie.

- **Ander faktore:** sluit in duur van hospitalisasie, aard van kind se siekte of besering, vorige ondervindinge van hospitalisasie, kind se intelligensie, vorige hospitalisasie/dood van familie of vriend, en geboorte van 'n boetie of sussie (Klinzing & Klinzing, 1977:8).
- **Spanningsvolle ondervindinge voor hospitalisasie:** Gebeure soos die geboorte van 'n nuwe baba, dood van 'n geliefde of troeteldier, verhuising na 'n ander huis of buurt, 'n nuwe skool, eerste skooljaar, of konflik net voor hospitalisasie kan volgens Muller *et al.*, (1992:90) tesame met hospitalisasie, meer spanning en angs skep as wat 'n kind kan hanteer. Die meeste kinders beskik oor die vaardighede om ongereelde, minder ernstige spanning te hanteer. Ernstige of langtermyn-spanning, aan die ander kant, wat gepaard gaan met groot lewensverandering net voor hospitalisasie, kan ook baie negatief van aard wees (Muller *et al.*, 1992:90).
- **Die aard en ernstigheid van die gehospitaliseerde kind se siekte:** hoe meer ongemaklik en pynlik 'n siektetoestand vir 'n kind is, hoe groter sal sy spanningsvlakke wees. Langtermyn siekte dreineer die kind van psigiese energie, sodat hy al hoe minder in staat is om by die hospitalisasie aan te pas. Die meeste voorskoolse kinders sal hulle siekte beoordeel volgens hulle dominante vrese en fantasieë, wat skuldgevoelens tot gevolg het, weens gefantaseerde redes vir die siekte, (Orr, 1992:75).
- **Veranderende motoriese en sensoriese aktiwiteite:** deur 'n kleuter fisies in te perk, word sy motoriese en omgewingstimulasie beperk, wat aanleiding kan gee tot vertraging van normale ontwikkeling. Onbeweeglikheid is geweldig spanningsvol vir 'n kleuter, en word as 'n straf beskou. Deur motoriese aktiwiteite in te perk, word die kleuter ook ontnem van sosiale en sensoriese stimulasie, wat noodsaaklik is vir sy ontwikkeling. Ingeperkte kleuters is meer geneig tot aggressie, omdat hulle oor 'n onvermoë beskik om van spanning en energie ontslae te raak deur middel van aktiwiteite. Die kleuter wie se motoriese aktiwiteite beperk is, kan uiting gee aan sy

frustrasie deur regressie te benut as 'n verdedigingsmeganisme. (Vergelyk Orr, 1992:74 en Hart *et al.*, 1992:165.)

- **Regressie:** na aanleiding van Orr (1992:78) kan regressie omskryf word as, "...a coping mechanism whereby the individual reverts temporarily to an earlier, previously abandoned development stage of behavior in order to retain or regain mastery of a stressful, anxiety-producing or frustrating situation, thus achieving self-gratification and protection". Tipiese regressiewe gedrag sluit in enuresis, bottel- of fopspeendrink, die behoefte om gebad, gevoer en aangetrek te word, duimsuig, kernrigheid, gedragsuitvalle, naelbytery, skaamheid, teruggetrokkenheid, nagmerries, vasklou aan die ouers, en veranderende slaap- en eetpatrone.
- **Verlies aan kontrole oor die self:** soos die jong kind volwasse word, ontwikkel hy 'n sin van kontrole en beheer. Sy selfbeeld ontwikkel as gevolg daarvan dat hy dinge vir homself kan begin doen, onafhanklik van ander. Fisieke inperking, veranderende roetine, vrees vir die onbekende, geforseerde afhanklikheid, en verlies van produktiewe rolle is almal faktore wat die gehospitaliseerde kind se beheer en kontrole oor homself ondermyn. Ontwrigte roetine gee aanleiding tot 'n gevoel van geen sekuriteit, en gevolglike spanning vir die kleuter. Wanneer bekende patrone van slaap, eet, bad, speel en toiletgewoontes onderbreek of ontwrig word, reageer die kleuter negatief deur te regresseer na vorige fases se gedrag (Orr, 1992:80).
- **Vorige ondervindinge en die kind se persoonlikheid:** Een aspek wat gereeld in literatuur na vore kom, is die effek van vorige ondervindinge van skeiding op die kind. Dít blyk 'n baie komplekse saak te wees waaroor daar verskeie botsende uitgangspunte bestaan. Muller *et al.*, (1992:89) is van mening dat hoewel skeiding 'n baie negatiewe effek op kinders het, sulke skeiding nie vir alle kinders ewe traumaties is nie, en dat daar verskeie veranderlikes bestaan wat 'n definitiewe rol speel in 'n kind se reaksie op skeiding. Dit blyk ook dat 'n kind se verhouding met sy ouers 'n verdere effek sal hê op sy gedrag tydens skeiding. Muller *et al.*, (1992:89) konstateer dat kinders wat gedurende hulle eerste lewensjaar, voortdurend van hulle ouers geskei

word, meer geneig sal wees om onsekere gehegtheid te ontwikkel. Indien hierdie stelling wel waar is, is dit moontlik dat daar 'n korrelasie bestaan tussen gereeldheid van skeiding en reaksie op skeiding. Hoe meer gereeld die jong kind dus ten tye van hospitalisasie geskei word van sy ouers, hoe groter sal die trauma telkens vir hom wees, en sal hy meer onseker wees of hy na sy ouers sal terugkeer. Kinders blyk die meeste deur hospitalisasie ontwrig te word indien hulle:

- die enigste of jongste kind is;
 - by die uitgebreide familie woon;
 - ongunstig reageer op toetse van kommunikasie, reaksies en aggressie;
 - moeders geneig is om oorangstig te wees;
 - sosiaal geïsoleerd lewe, en min kontak met ander individue het;
 - swak interaksie met onbekende individue het;
 - blootgestel is aan onlangse traumatiese skeiding van hulle ouers;
 - kort voor hospitalisasie aan traumatiese gebeure blootgestel was;
 - traumatiese ondervindinge beleef het tydens vorige hospitalisasie; en
 - swak verhoudinge met ouers het (Orr, 1992:84).
- **Beskermingsfaktore:** wanneer 'n omgewing nie genoeg **struktuur en stabiliteit** verskaf nie, soos die hospitaalopset, kan die kleuter 'n onvermoë ervaar om beheer en orde oor homself te behou tydens stresbeleving. Die **besikbaarheid van betekenisvolle ander** is uiters belangrik tydens die beleving van spanning. Waar goeie **ouer-kind binding** bestaan, sal die kind homself minder tot uitreagerende gedrag wend wanneer hy met onbekende spanning gekonfronteer word (Van der Mescht, 1995:36).

3.8 FAKTORE WAT ANGS BY DIE OUERS EN GESIN VAN DIE GEHOSPITALISEERDE KIND VEROORSAAK

Dit is die mening van Orr (1992:86) dat daar drie basiese take is wat ouers moet uitvoer wanneer die gesin spanning beleef oor 'n siek, gehospitaliseerde kind, ongeag siekte of ouderdom:

- Begryp en hanteer die kind se siekte;
- Begelei die kind om sy eie siekte te verstaan en hanteer; en
- Verskaf in die behoeftes van al die gesinslede, sowel siek as gesond.

Ten einde bogenoemde take te kan bereik, het ouers die volgende nodig:

- Geloof in hulleself, in hulle kinders en in die mediese personeel;
- Genoeg inligting;
- Leiding en ondersteuning; en
- Menslike, finansiële en fisieke hulpbronne om die krisis mee te hanteer.

Die gesin van die gehospitaliseerde kind is 'n waardevolle potensiële bron van ondersteuning vir die siek kind, en dien ook as skakel met die bekende buitewêreld. Die ouers moet dus 'n deel van die gesondheidsorgstelsel uitmaak, en moet 'n fasiliterende rol vertolk vir die kind se behoeftes (Hart *et al.*, 1992:3). Ouers se angs en spanning, aan die ander kant, kan in verband gebring word met die kind se verhoogde spanning en die ernstigheid van 'n kind se siekte. 'n Aantal faktore is geïdentifiseer wat 'n verhoging van ouers se angsvlakke tot gevolg het:

- 'n leemte aan inligting en ondersteuning;
- skuldgevoelens;
- uitsluiting van versorging en besluitneming oor hulle siek kind;
- onbekendheid van die hospitaalomgewing, prosedures en instrumente; en
- finansiële implikasies van hospitalisasie.

Ouers is geneig om die effek van hospitalisasie van een kind op die res van die kinders tuis te onderskat. Boeties en sussies van die siek kind is ook geneig om spanning te ervaar, as gevolg van een van die volgende redes:

- ouderdom van broers/susters;
- die verhouding tussen kinders;
- vrees om self siek te word;

- waar die ander kinders woon ten tye van die siek kind se hospitalisasie (wanneer kinders tuis in hulle eie huis woon ervaar hulle minder angs as wanneer hulle by ander familie of vriende gaan woon);
- ouers se veranderende houding jeens gesonde kinders – hulle voel afgeskeep en onbelangrik; en
- reaksie op tipe siekte – opsigtelik (boesem vrees in) of onopsigtelik (minder angs word waargeneem).

3.9 STRATEGIEË OM DIE NEGATIEWE EFFEK VAN HOSPITALISASIE TE VERSAG

Die krisis van hospitalisasie of siekte het die potensiaal om negatiewe of positiewe hanteringsvaardighede in die kind en sy familie te ontlok. Die effek van hospitalisasie en ander mediese ingrepe, is duidelik in terme van die emosionele skade wat dit vir kinders inhou, aldus navorsing deur Hart *et al.*, (1992:2). Die mening bestaan dat voorkomende ingrepe van voorbereiding, die kind en sy gesin kan voorberei op ondervindinge voor, ten tye van, en na afloop van hospitalisasie.

3.9.1 Algemene strategieë wat die negatiewe impak van hospitalisasie verlig

- **Beperking van opnames in die hospitaal:** die beste wyse om die negatiewe impak van hospitalisasie te voorkom, is om die ondervinding totaal te vermy. Buitepasiëntesorg, tuissorg, of gemeenskapsorgfasiliteite kan oorweeg word as alternatiewe vir hospitalisasie. Indien hospitalisasie egter nie vermy kan word nie, moet die duur van opname beperk word (Orr, 1992:95).
- **Opname van kind:** Die opname blyk 'n uiters kritieke periode in die hele proses van hospitalisasie te wees. Hart *et al.*, (1992:10) beveel aan dat die ouers reeds voor opname moet toesien dat die kind genoeg blootgestel word aan die nodige

vooropname-aktiwiteite. Hierdie aktiwiteite sal hantering en aanpassing in die kind se hospitalisasie bevorder.

- **Besoeke:** Hoe meer gereeld ouers, en veral die ma, tydens hospitalisasie by die jonger kind teenwoordig is, hoe minder angs beleef die kind, aldus Louw (1994:289). Orr (1992:96) konstateer dat onbeperkte besoektye in 'n pediatriese afdeling die volgende voordele inhou:
 - 'n gelukkiger kind/pasiënt;
 - ondersteuning en hulpverlening aan mediese personeel in terme van verrigting van basiese take soos voeding en bad van kinders; en
 - spoediger herstel van siek kinders is meer koste-effektief vir die hospitaal begroting, aangesien dit aanleiding gee tot beter pasiënt wisseling.

Kinders wie se ouers gereelde besoeke aflê, pas beter aan by die hospitaalondervinding en toon ook minder emosionele versteurings en komplikasies na ontslag.

- **Omgewingsoorwegings:** Die onbekende, kliniese inrigtingopset, skerp ligte, instrumente, uniforms, eetgerei, geluide, inspuittings, onbekende reuke en personeel werk versterkend in op 'n kind se ongemak en pyn (Louw, 1994:289). Die volgende voorstelle kan oorweeg word om die omgewing meer ontvanklik en gemaklik vir die siek kind te maak:
 - spasio en meubels kan verklein word om dit meer kindervriendelik te maak;
 - kussings, nie-giftige plante en sagte afwerkings en versierings kan benut word om die omgewing sagter te laat vertoon;
 - die vloeroppervlak kan afgewissel word om hoër en laer areas vir speel te skep;
 - beligting kan versag word, visuele stimulasie in die vorm van kinderprente en kinderkuns, asook vensters met 'n mooi uitsig kan voorsien word;
 - warm kleure en teksture kan geïnkorporeer word in terme van vloer en muur bedekking, gordyne en linne; en

- fasiliteit soos ‘n wagkamer, behandelingskamer, konsultasievertrek en ‘n speelkamer kan aanbeveel word as noodsaaklik in ‘n pediatriese afdeling, om kind-gesin interaksie te bevorder (Orr, 1992:99).

Sewe areas wat vervat word in die hantering van hospitalisasie word soos volg deur Tuma (1982:52) aangetoon:

- Gehegtheid is ‘n belangrike area van die verstaan van die kind se hospitaal gedrag. Babas en kleuters pas beter aan wanneer die ma of betekenisvolle ander by hulle in die hospitaal bly.
- Daar moet besef word dat psigiese pyn net so ‘n groot, of selfs ‘n groter effek op die kind kan hê as wat fisieke pyn het.
- Die effek van hospitalisasie moet binne die kind se ontwikkelingsraamwerk hersien word.
- Die kind moet as deel van sy gesinskonteks geassesseer word.
- Voorbereiding kan die kind begelei om die potensiële traumatiese ondervinding van hospitalisasie te hanteer.
- ‘n Interdisiplinêre benadering kan waardevol wees in die hantering van die hospitalisasie-ervaring.
- Die hospitaalopset moet ontvanklik wees vir nuwe kennis en strategieë oor gesondheidsorg vir kinders.

3.9.2 Spesifieke strategieë om die impak van hospitalisasie op die kind te verlig

Na aanleiding van Orr (1992:108) het die jong gehospitaliseerde kind ‘n agterstand in vergelyking met die ouer kind, wanneer hy spanning ervaar. Die rede wat hiervoor aangevoer word, is dat die kleuter oor min verdedigingsmeganismes beskik, en ‘n beperkte kennisbasis en ‘n verwronge persepsie van die realiteit het. Al hierdie faktore beïnvloed sy hanteringsvaardighede. Die kind jonger as sewe jaar wat gehospitaliseer word, is uiters vatbaar vir ontwikkeling- en situasiegebonde spanning. ‘n Verskeidenheid strategieë kan benut word ten einde die kind vir hospitalisasie voor te berei, en daarby die

geassosieerde spanning te beperk. By al hierdie benaderings moet daar egter ook streng gefokus word op ondersteunende en emosionele interaksie. Die volgende spesifieke strategieë word deur Klinzing & Klinzing (1977:64-70) voorgelê om die kleuter op hospitalisasie voor te berei en so die negatiewe impak daarvan te verlig:

- **Tuisbesoeke:** Studenteverpleegsters of terapeute kan die kind tuis besoek voor hospitalisasie. Inligting oor die kind se ouderdom, vorige opnames, en die rede vir huidige hospitalisasie word benut om die voorbereiding op te baseer. Hierdie besoeke beoog om die kind in kennis te stel van die hospitalisasie, om tegniese inligting vir ouer kinders en minder tegniese inligting vir jong kinders te verskaf, en om aan die kind die gerusstelling te gee dat die betrokke persoon hom sal ontvang met sy opname. Daar is bevind dat kinders wat voorberei is, met minder angs en gedragsafwykings gereageer het op die hospitalisasie.
- **Voor opname skool besoeke:** Verpleegsters besoek kleuterskole en laerskole, waar feitlike inligting oor hospitale en prosedures bekend gestel word. Poppekaste en mediese speelaktiwiteite kan benut word. Dít is 'n idee wat in privaathospitale beproef kan word, maar wat nie noodwendig altyd uitvoerbaar in staatshospitale sal wees nie, aangesien verpleegpersoneel moontlik groter werksladings het. Hierdie idee sal bes moontlik ook in die meer goeie omgewings se skole kan geskied, eerder as in armer gebiede waar toegang tot skole nie altyd maklik of moontlik is nie.
- **Hospitaaltoere voor opname:** Skoolgroepe of vooropname-pasiënte kan sulke toere meemaak. 'n Terapeut of verpleegster verduidelik dan die prosedures, verskillende kamers, toerusting en roetine van die hospitaal. Video's kan ook vertoon word. Daar is bevind dat kinders wat hierdie toere meegemaak het, beter aangepas het by latere hospitalisasie, en gouer herstel het as diegene wat dit nie ondervind het nie.
- **Besoek aan die dokter se spreekkamer:** Die dokter speel 'n belangrike rol in die voorbereiding van pasiënte, gedurende hulle besoeke aan sy spreekkamer. Ouers en kinders kan vergewis word van die komende opname, prosedures en behandeling wat

verwag kan word. Pamflette, boeke, ensameer, kan ook verskaf word vir verdere tuisvoorbereiding wat spanning verminder.

- **Boeke:** Daar moet verseker word dat die regte boek op die regte tyd aan die regte kind gegee word. Die korrekte boek voorsien in verskeie behoeftes van die gehospitaliseerde kind:
 - 'n wyse van rapport tussen terapeut en kind;
 - stimulering van geestelike en emosionele groei;
 - 'n bron van kennis en bekendstelling;
 - 'n bron van inligting oor hospitalisasie;
 - 'n bron van vermaak;
 - 'n algemene bron van inligting; en
 - 'n wyse waarop die gehospitaliseerde kind vrese, angs en ander persoonlike probleme kan hanteer.

Boeke kan die kind help om beter by hospitalisasie aan te pas en sosiaal en sielkundig te groei. Met boeke kan die volgende doelstellings bereik word:

- ontlok waardevolle bespreking oor die hospitaal besoek;
- help om die kind voor te berei op mediese personeel en prosedures;
- stimuleer vroeë en uitdrukking van emosies en gevoelens by die kind oor sy liggaam asook oor die behandeling wat voorgeskryf is;
- stel die kind gerus dat sy vroeë, vrese en reaksies normaal is; en
- help die kind om sy hospitaal ervaring na ontslag, op 'n positiewe wyse as deel van sy lewe te integreer.

Wanneer 'n boek vir 'n kind gekies word moet die siekte, hospitaal, ouderdom van kinders en karakters in die boek waarmee hy kan assosieer, in ag geneem word. Twee vroeë is hier van primêre belang:

- Verskaf hierdie boek 'n akkurate, regverdigte en gebalanseerde beeld van die hospitaalondervinding, sonder om die klem van negatiewe of positiewe aspekte af te haal?

- Word die storie goed vertel met gepaardgaande illustrasies wat kindervriendelik is?
- **Video's en films:** In hierdie opnames kan handpoppe of bekende, betroubare volwasse persone gebruik word om die storie van die hospitaal te vertel. Verskeie mediese prosedures, hospitaalroetine en hospitaalopset word verduidelik, terwyl die positiewe aspekte beklemtoon word. Daar word aan die kinders verduidelik dat sekere prosedures pynlik kan wees, maar dat die dokter en verpleegsters alles in hulle vermoë sal doen om die ongemak so gou as moontlik beter te maak. Die kinders word ook gelei om die hospitalisasie en prosedures beter te hanteer, en om ang en vrese te minimaliseer.

3.10 DIE VERBAND TUSSEN HOSPITALISASIE EN KLEUTERS SE BELEWENIS VAN RAMPE

Ten einde die traumatiese impak van hospitalisasie op die kleuter te beklemtoon, wil die navorser 'n vergelyking tref tussen die ooreenkomste van die belewing van hospitalisasie in die lewe van 'n kleuter, teenoor rampe (sowel natuurlike rampe soos aardbewings, vloede, en tropiese storms, as onnatuurlike rampe soos motorongelukke, gaslekkasies, en ontploffings).

Die volgende ooreenkomste in hierdie verband word in die volgende vergelyking, soos volg voorgehou:

(Vergelyk punt 2.6 en Outeur onbekend: Work group on Disasters, 2001:1-22.)

Tabel 2: Ooreenkomste tussen hospitalisasie en ‘n ramp

HOSPITALISASIE	RAMPE
<ul style="list-style-type: none"> • Rig woede na binne en voel skuldig • Beleef hospitalisasie/ramp as straf vir verkeerde dade • Kanaliseer woede na versorgers en mediese personeel • Ontkenning van die realiteit • Vrees vir die dood • Belewing van angs en vrees • Hartseer en emosionele uitbarstings • Klouerigheid aan ouers • Veranderinge van eetgewoontes • Regressiewe simptome soos enurese, enkoprese, byt, ensomeer • Somatiese klagtes • Slaapversteurings • Apatiese gedrag • Depressie • Intense woedeuitbarstings • Vyandige houdings en uitreagerende destruktiewe gedrag soos byt en slaan • Belewing van verlies • Teleurstelling • Aversiewe gedrag • Gee aanleiding tot ontwrigting van die kind se lewe en ontwikkeling • Ontwrigting van gesinslewe en bekende roetines • Beïnvloed kognitiewe en fisieke ontwikkeling • Blootstelling aan trauma • Oorafhanklikheid van ouers • Nagmerries en slaaploosheid 	

- **Regressie in ontwikkelingstake**
- **Hou vrese oor wat ná die tyd manifesteer**
- **Posttraumatiese reaksies**
- **Seuns word nadeliger geraak en neem langer om te herstel as meisies**
- **Seuns openbaar meer aggressiewe gedrag as meisies**
- **Antisosiale gedrag word geopenbaar**
- **Meisies herstel gouer, en is meer verbaal oor emosies as wat seuns is**
- **Meisies ervaar meer ontwrigting as seuns**
- **Herhaling van ongewenste gedrag**
- **Verlengde emosionele aanpassing**
- **Onverantwoordelike gedrag**
- **Wend tot verslawende middels**
- **Onttrekking van sosiale samelewing**

3.11 SAMEVATTING

- Hospitalisasie word geag as een van die primêre stressors vir die kleuter. “Hospitalization itself can constitute a very stressful event for a child, who may be separated from his parents and surrounded by adult strangers, who appear to understand the working of the child’s body far better than the child does. The whole experience may evoke feelings of helplessness and anxiety, although the daily presence of a parent or family member will considerably lessen that anxiety” (Van der Mescht, 1995:38).
- Reaksies op hierdie angste kan by die kleuter lei tot onttrekking, regressie, immobiliteit of die weiering om te praat. Selfs braking, huilerigheid, verlies van toiletbeheer, en oormatige skeidingsangste kan ook voorkom vanweë hospitalisasie as stressor.
- Die kleuter is nog onkundig oor sekere aspekte en werking van sy liggaam, terwyl ‘n leemte aan begrip vir siekte en die oorsaak daarvan bestaan. Hierdie aspekte, tesame

met die onbekendheid van die hospitaalondervinding en die vreemde prosedures, kan die kind se spanning verder verhoog.

- Die skeiding van ouers boesem op sigself vrees en spanning in by die kleuter, vanweë 'n swak konsep van tyd op sy ontwikkelingsvlak. Die kleuter mag ervaar dat sy ouers hom verlaat het en dat hy deur die hospitalisasie gestraf word vir iets wat hy verkeerd gedoen het. Daarom dat die kind die geleentheid tot verbalisering en spel gebied moet word, sodat hierdie miskonsepsies opgeklar kan word.
- Die mate waartoe die ouers die kind besoek en betrokke is by sy belewenisse is 'n belangrike faktor in stresvermindering.
- 'n Verdere stressor in terme van hospitalisasie is dat 'n kleuter vanweë sy swak persepsies oor sy liggaamsdele (intern en ekstern), glo dat hy alle dele kritiek benodig om nie dood te gaan nie. 'n Klein operasie soos die verwydering van mangels kan die kind in 'n angsvolle stryd met die dood plaas.
- Die kleuter is ook onder die indruk dat sy vel sy liggaam aanmekeer hou om te keer dat "sy bloed nie uitval nie".
- Met laasgenoemde siening in gedagte, kan 'n mens begryp waarom 'n inspruiting, sny of 'n operasie vir 'n kind soveel angs inboesem.
- Omdat die kind in laasgenoemde twee gevalle onder die persepsie leef dat hy binnekort kan doodgaan, gee dit aanleiding tot onttrekking en isolasie, met gepaardgaande depressie. Dit is dus hier waar voorbereiding van onskatbare waarde kan wees.

Daar sal vervolgens in hoofstuk 4 gekyk word na die aard en werking van spelterapeutiese ingryping, in die voorbereiding van die kleuter op hospitalisasie.