

**DIE BELEWENISWÊRELD VAN SEREBRAAL GESTREMDE
ADOLESENTE EN DIE ROL VAN PSIGOSOSIALE FAKTORE IN
HULLE SIELKUNDIGE WEERBAARHEID**

deur

DIRKIE AMALIA VISSER

MEd (Voorligting)

Proefskrif voorgelê ter vervulling van die vereistes vir die graad

PHILOSOPHIAE DOCTOR

(Kindersielkunde)

in die

DEPARTEMENT SIELKUNDE

FAKULTEIT GEESTESWETENSKAPPE

aan die

UNIVERSITEIT VAN DIE VRYSTAAT

BLOEMFONTEIN

Promotor: Dr. L. Nel

Medepromotor: Dr. R.B.I. Beukes

Januarie 2013

VERKLARING

Ek, DIRKIE AMALIA VISSER, verklaar dat die proefskrif wat hiermee vir die graad Philosophiae Doctor (Kindersielkunde) aan die Universiteit van die Vrystaat deur my ingedien word, my selfstandige werk is en nie voorheen deur my vir 'n graad aan 'n ander universiteit/fakulteit ingedien is nie. Ek doen voorts afstand van outeursreg op die proefskrif ten gunste van die Universiteit van die Vrystaat.

.....
Dirkie A. Visser

.....
Datum

TAALVERSORGING



BEWYS VAN TAALVERSORGING

17 Januarie 2013

Hiermee verklaar ek, Elmarie Viljoen, dat ek *Die beleweniswêreld van serebraal gestremde adolessente en die rol van psigososiale faktore in hulle sielkundige weerbaarheid* deur **Dirkie Analia Visser** ter vervulling van die vereistes vir die graad **Philosophiae Doctor (Kindersielkunde)** in die Fakulteit Geesteswetenskappe Departement Sielkunde aan die Universiteit van die Vrystaat Bloemfontein, taalversorg het.

Kontak my gerus indien daar enige navrae is.

Elmarie Viljoen

Elmarie Viljoen - (BA (Hors) Sielkunde MA (Taalpraktyk) Vertaling) · SAVI-lidnommer: 1001757
+27 76 7401 367 · elmarie.viljoen@gmail.com · Posbus 39044 Langenhovenpark 9130

Elmarie Viljoen Taalpraktisyn · Language Practitioner

BEDANKINGS

Hiermee wil ek my opregte dank en waardering teenoor die volgende persone uitspreek:

- My promotor, dr. L. Nel, en medepromotor, dr. R.Beukes, vir hulle bekwame leiding en ondersteuning.
- Elmarie Viljoen vir professionele taalversorging en Elize du Plessis vir noukeurige tegniese versorging.
- Die hoof en beheerliggaam van die skool waar die studie uitgevoer is.
- Al die leerders wat aan die studie deelgeneem het. Dankie dat julle bereid was om jul belewenisse met my te deel.
- My huisgesin vir hulle ondersteuning en motivering. 'n Spesiale dankie aan Jani vir al die hulp en ondersteuning.
- My vriende en kollegas vir hulle volgehoue ondersteuning en aanmoediging.

We, the one's who are challenged, need to be heard. To be seen not as a disability, but as a person who has, and will continue to bloom. To be seen not only as a handicap, but as a well intact human being.

Robert M. Hensel

INHOUDSOPGAWE

VERKLARING	i
VERKLARING VAN TAALVERSORGER	ii
BEDANKINGS	iii
INHOUDSOPGAWE	iv
OPSOMMING	xviii
ABSTRACT	xx
HOOFSUK 1:	1
INLEIDING TOT DIE STUDIE	
1.1 DOEL VAN DIE STUDIE	2
1.2 DEFINIËRING VAN SLEUTELBEGRIPPE	2
1.2.1 Subjektiewe benadering	2
1.2.2 Serebrale gestremdheid	3
1.2.3 Psigososiale Faktore	3
1.2.4 Sielkundige weerbaarheid	3
1.2.5 Skole vir Leerders met Spesiale Onderwysbehoefte (LSOB-skole)	3
1.3 UITVOERING VAN DIE STUDIE	4
1.4 WAARDE VAN DIE STUDIE	4
1.5 KONTEKS VAN DIE NAVORSER	5
1.6 VERDELING VAN HOOFSUKKE	5
HOOFSUK 2:	7
POSITIEWE SIELKUNDE EN PSIGOFORTOLOGIE	
2.1 DIE ONTSTAAN VAN 'N NUWE PARADIGMA	7
2.1.1 Salutogenese	8

2.1.2	Fortigenese	9
2.1.3	Psigofortologie	9
2.2	POSITIEWE SIELKUNDE	10
2.2.1	Inleiding	10
2.2.2	Die positiewe sielkunde-beweging	11
2.2.3	Definiëring van positiewe sielkunde	12
2.2.4	Die fokus van positiewe sielkunde	13
2.2.5	Konstrukte in positiewe sielkunde	15
2.3	SIELKUNDIGE WEERBAARHEID	16
2.3.1	Inleiding	16
2.3.2	Die historiese verloop van navorsing oor sielkundige weerbaarheid	17
2.3.3	Definiëring van die begrip “sielkundige weerbaarheid”	21
2.3.4	Risiko- en beskermingsfaktore	23
	2.3.4.1 Risikofaktore	23
	2.3.4.2 Beskermingsfaktore	26
2.3.5	Navorsingsraamwerke en modelle van sielkundige weerbaarheid	29
	2.3.5.1 Die kompenserende model	29
	2.3.5.2 Die uitdagingsmodel	30
	2.3.5.3 Die beskermingsfaktormodel	30
2.3.6	Terreine/sisteme van sielkundige weerbaarheid	32
2.4	SAMEVATTING	36
	HOOFTUK 3:	38
	GESTREMDHEID, SEREBRALE GESTREMDHEID EN ADOLESSENSIE	
3.1	OMSKRYWING VAN DIE BEGRIP “GESTREMDHEID”	38
3.2	VOORKOMS VAN GESTREMDHEID	39
3.3	DEFINIËRING VAN GESTREMDHEID VOLGENS VERSKILLENDE MODELLE	39
3.3.1	Mediese of biomediese model	40
3.3.2	Sosiale model	40
3.3.3	Biopsigososiale model	43

3.4	SEREBRALE GESTREMDHEID	45
3.4.1	Inleiding	45
3.4.2	Omskrywing van die begrip “serebrale gestremdheid”	45
3.4.3	Voorkoms van serebrale gestremdheid	46
3.4.4	Etiologie van serebrale gestremdheid	47
3.4.5	Diagnose van serebrale gestremdheid	49
3.4.6	Verskillende vorme van serebrale gestremdheid	50
3.4.6.1	Fisiologiese klassifikasie	50
3.4.6.1.1	Spastiese groep (beskadiging van die motoriese korteks)	51
3.4.6.1.2	Diskinetiese groep (beskadiging van die basale ganglia)	51
3.4.6.1.3	Hipotoniese/ataksiese groep (beskadiging van die serebellum)	52
3.4.6.1.4	Gemengde vorme	52
3.4.6.2	Topografiese klassifikasie	52
3.4.6.2.1	Hemiplegie	52
3.4.6.2.2	Diplegie	53
3.4.6.2.3	Kwadriplegie	53
3.4.6.3	Klassifikasie volgens die graad van gestremdheid	55
3.4.7	Behandeling van serebrale gestremdheid	55
3.4.8	Serebrale gestremdheid en verwante probleme	56
3.5	DIE ADOLESSENT MET SEREBRALE GESTREMDHEID	59
3.5.1	Inleiding	59
3.5.2	Uitdagings tydens adolessensie	60
3.5.2.1	Biologiese uitdagings	60
3.5.2.2	Kognitiewe uitdagings	61
3.5.2.3	Sielkundige uitdagings	62
3.5.2.4	Sosiale uitdagings	63
3.5.2.5	Morele en spirituele uitdagings	64
3.6	SAMEVATTING	64

HOOFSTUK 4:	66
PSIGOSOSIALE ONTWIKKELING EN DIE SUBJEKTIEWE BELEWING VAN GESTREMDHEID	
4.1 PSIGOSOSIALE ONTWIKKELING	68
4.1.1 Psigososiale ontwikkelingsteorie	69
4.1.2 Psigososiale ontwikkelingstake tydens adolessensie	71
4.2 Psigososiale implikasies van gestremdheid	72
4.2.1 Intrapsigies	77
4.2.2 Interpersoonlik	81
4.2.2.1 Ouers	81
4.2.2.2 Portuurgroep en seksualiteit	83
4.2.2.2.1 Portuurgroepverhoudings	84
4.2.2.2.2 Seksualiteit	88
4.2.3 Sisteme in die samelewing	90
4.2.3.1 Houdings en stereotipering	91
4.2.3.2 Skoolsisteem en opvoeding	92
4.3 DIE SUBJEKTIEWE BELEWENIS VAN GESTREMDHEID	97
4.4 PSIGOSOSIALE WELSTAND EN PSIGOSOSIALE HULPBRONNE	101
4.4.1 Definiëring	101
4.4.2 Psigososiale hulpbronne	101
4.5 SAMEVATTING	104
HOOFSTUK 5:	105
NAVORSINGSPROSEDURE	
5.1 KWALITATIEWE NAVORSING	105
5.2 FENOMENOLOGIESE BENADERING	107
5.2.1 Ontwikkeling van fenomenologie	107
5.3 KWALITATIEWE NAVORSING EN FENOMENOLOGIE	109
5.4 FENOMENOLOGIESE NAVORSINGSMETODES	110

5.5	INTERPRETATIEWE FENOMENOLOGIESE ANALISE (IPA)	112
5.6	METODOLOGIE	113
5.6.1	Die seleksie van die ondersoekgroep	113
5.6.2	Data-insamelingsmetodes	114
5.6.3	Etiese prosedures	115
5.6.4	Fenomenologiese data-analise	116
5.7	BETROUBAARHEID	118
5.7.1	Vertrouenswaardigheid	119
5.7.1.1	Geloofwaardigheid	119
5.7.1.2	Oordraagbaarheid	120
5.7.1.3	Vertroubaarheid	120
5.7.1.4	Bevestigbaarheid	120
5.8	ROL VAN DIE NAVORSER	121
5.9	SAMEVATTING	123
	HOOFSTUK 6:	124
	RESULTATE	
6.1	GEVALLESTUDIE 1. Tumi (Gestremdheid het 'n doel)	125
6.1.1	Reflekerende notas van die navorser	128
6.1.2	Agtergrond	128
6.1.3	Bespreking van die resultate	128
6.1.3.1	Gestremdheid	128
6.1.3.1.1	Kundigheid en die fisiese impak	128
6.1.3.1.2	Subjektiewe beleving	130
6.1.3.1.3	Ervarings vanuit die sameleving	131
6.1.3.2	Persepsie van die self	133
6.1.3.2.1	Selfkonsep	133
6.1.3.2.2	Persoonlike vrese, motivering, verwagting en betekenisgewing	134
6.1.3.3	Die rol van interpersoonlike verhoudings	135
6.1.3.3.1	Familieverhoudings	135
6.1.3.3.2	Portuurgroep en sosialisering	136
6.1.3.3.3	Siening oor verhoudings	138

6.1.3.4	Die rol van die skoolsisteem en openbare dienste	139
6.1.3.4.1	Skoolsisteem	139
6.1.3.4.2	Openbare dienste	140
6.2	GEVALLESTUDIE 2. Sibusiso (Begeerte om fisies normaal te wees)	140
6.2.1	Reflekerende notas van die navorser	142
6.2.2	Agtergrond	143
6.2.3	Bespreking van die resultate	143
6.2.3.1	Gestremdheid	143
6.2.3.1.1	Kundigheid en die fisiese impak	143
6.2.3.1.2	Subjektiewe beleving	144
6.2.3.1.3	Ervarings vanuit die samelewing	145
6.2.3.2	Persepsie van die self	146
6.2.3.2.1	Selfkonsep	146
6.2.3.2.2	Persoonlike vrese, motivering, verwagting en betekenisgewing	146
6.2.3.3	Die rol van interpersoonlike verhoudings	147
6.2.3.3.1	Familieverhoudings	147
6.2.3.3.2	Portuurgroep en sosialisering	149
6.2.3.4	Die rol van die skoolsisteem	149
6.3	GEVALLESTUDIE 3. Candice (Beleef haarself as twee identiteite)	151
6.3.1	Reflekerende notas van die navorser	153
6.3.2	Agtergrond	153
6.3.3	Bespreking van die resultate	153
6.3.3.1	Gestremdheid	153
6.3.3.1.1	Kundigheid en die fisiese impak	153
6.3.3.1.2	Subjektiewe beleving	155
6.3.3.1.3	Ervarings vanuit die samelewing	156
6.3.3.2	Persepsie van die self	157
6.3.3.2.1	Selfkonsep	157
6.3.3.2.2	Persoonlike vrese, motivering, verwagting en betekenisgewing	158
6.3.3.3	Die rol van interpersoonlike verhoudings	161
6.3.3.3.1	Familieverhoudings en verhoudings met betekenisvolle ander	161
6.3.3.3.2	Portuurgroep en sosialisering	161

6.3.3.4	Die rol van die skoolsisteem en openbare dienste	162
6.3.3.4.1	Skoolsisteem	162
6.3.3.4.2	Openbare dienste	163
6.4	GEVALLESTUDIE 4. Erica ('n Fisiese gestremdheid is 'n las)	163
6.4.1	Reflekerende notas van die navorser	165
6.4.2	Agtergrond	165
6.4.3	Bespreking van die resultate	166
6.4.3.1	Gestremdheid	166
6.4.3.1.1	Kundigheid en die fisiese impak	166
6.4.3.1.2	Subjektiewe beleving	166
6.4.3.1.3	Ervarings vanuit die samelewing	168
6.4.3.2	Persepsie van die self	169
6.4.3.2.1	Selfkonsep	169
6.4.3.2.2	Persoonlike motivering, verwagting en betekenisgewing	171
6.4.3.3	Die rol van interpersoonlike verhoudinge	172
6.4.3.3.1	Familieverhoudings	172
6.4.3.3.2	Portuurgroep en sosialisering	173
6.4.3.3.3	Siening oor verhoudings	174
6.4.3.4	Die rol van die skoolsisteem en openbare dienste	175
6.4.3.4.1	Die skoolsisteem	175
6.4.3.4.2	Openbare dienste	176
6.5	GEVALLESTUDIE 5. Brian (Ek kan alles doen. Dit is net anders)	177
6.5.1	Reflekerende notas van die navorser	179
6.5.2	Agtergrond	179
6.5.3	Bespreking van die resultate	180
6.5.3.1	Gestremdheid	180
6.5.3.1.1	Kundigheid en die fisiese impak	180
6.5.3.1.2	Subjektiewe beleving	180
6.5.3.1.3	Ervarings vanuit die samelewing	181
6.5.3.2	Persepsie van die self	182
6.5.3.2.1	Selfkonsep	182
6.5.3.2.2	Persoonlike motivering, verwagting en betekenisgewing	183

6.5.3.3	Die rol van interpersoonlike verhoudinge	184
6.5.3.3.1	Familieverhoudings	184
6.5.3.3.1	Portuurgroep en sosialisering	185
6.5.3.4	Die rol van die skoolsisteem	185
6.6	GEVALLESTUDIE 6. Sandra (Jou optrede en persoonlikheid bepaal aanvaarding)	187
6.6.1	Reflekerende notas van die navorser	189
6.6.2	Agtergrond	189
6.6.3	Bespreking van die resultate	189
6.6.3.1	Gestremdheid	189
6.6.3.1.1	Kundigheid en die fisiese impak	189
6.6.3.1.2	Subjektiewe beleving	190
6.6.3.1.3	Ervarings vanuit die samelewing	191
6.6.3.2	Persepsie van die self	192
6.6.3.2.1	Selfkonsep	192
6.6.3.2.2	Persoonlike vrese, motivering, verwagting en betekenisgewing	193
6.6.3.3	Die rol van interpersoonlike verhoudinge	194
6.6.3.3.1	Familieverhoudings	194
6.6.3.3.2	Portuurgroep en sosialisering	195
6.6.3.4	Die rol van die skoolsisteem en openbare dienste	197
6.6.3.4.1	Die skoolsisteem	197
6.6.3.4.2	Openbare dienste	197
6.7	SAMEVATTING	198
	HOOFSTUK 7:	199
	BESPREKING VAN RESULTATE	
7.1	TUMI (Gestremdheid het 'n doel) : INTERPRETASIE VAN GEVALLESTUDIE 1	200
7.1.1	Individuele faktore	200
7.1.2	Interpersoonlike faktore	202
7.1.3	Wyer gemeenskapsfaktore	203
7.2	SIBUSISO (Begeerte om sonder enige fisiese gestremdheid te wees): INTERPRETASIE VAN GEVALLESTUDIE 2	205

7.2.1	Individuele faktore	206
7.2.2	Interpersoonlike faktore	207
7.2.3	Wyer gemeenskapsfaktore	208
7.3	CANDICE (Beleef haarself as twee identiteite): INTERPRETASIE VAN GEVALLESTUDIE 3	209
7.3.1	Individuele faktore	210
7.3.2	Interpersoonlike faktore	212
7.3.3	Wyer gemeenskapsfaktore	213
7.4	ERICA ('n Fisiese gestremdheid is 'n las): INTERPRETASIE VAN GEVALLESTUDIE 4	214
7.4.1	Individuele faktore	215
7.4.2	Interpersoonlike faktore	216
7.4.3	Wyer gemeenskapsfaktore	217
7.5	BRIAN (Ek kan alles doen. Dit is net anders): INTERPRETASIE VAN GEVALLESTUDIE 5	219
7.5.1	Individuele faktore	219
7.5.2	Interpersoonlike faktore	221
7.5.3	Wyer gemeenskapsfaktore	222
7.6	SANDRA (Optrede en persoonlikheid bepaal aanvaarding): INTERPRETASIE VAN GEVALLESTUDIE 6	223
7.6.1	Individuele faktore	224
7.6.2	Interpersoonlike faktore	225
7.6.3	Wyer gemeenskapsfaktore	226
7.7	KRUISGEVAL-ANALISE (Gemeenskaplike en individuele temas)	227
7.7.1	Gemeenskaplike en individuele temas: Die beleving van gestremdheid	228
7.7.2	Gemeenskaplike en individuele temas: Psigososiale faktore in sielkundige weerbaarheid	230
7.7.2.1	Individuele faktore	231
7.7.2.2	Interpersoonlike faktore	232
7.7.2.3	Wyer gemeenskapsfaktore	234
7.8	Interpersoonlike dinamiek met betrekking tot die ervaring van gestremdheid en die komponente van sielkundige weerbaarheid	236

HOOFSTUK 8:	239
SAMEVATTING, BEPERKINGE, STERKTES EN AANBEVELINGS	
8.1 SAMEVATTING VAN DIE NAVORSINGSPROSEDURE	239
8.1.1 Doel en waarde van die studie	239
8.1.2 Die omvang van die studie	240
8.1.3 Literatuuroorsig	241
8.1.4 Metode van data-insameling	243
8.1.5 Data-analise volgens die IPA-metode	244
8.1.6 Navorsingsresultate	245
8.1.7 'n Voorlopige konseptuele prosesmodelstruktuur: Die beleving van gestremdheid en die rol van psigososiale faktore (risiko- en beskermingsfaktore) in die sielkundige weerbaarheid van die adolessent met serebrale getremdheid	247
8.1.7.1 Die subjektiewe beleving van gestremdheid	248
8.1.7.2 Psigososiale faktore (risiko- en beskermingsfaktore) in die sielkundige weerbaarheid van die adolessent met serebrale gestremdheid	249
8.1.7.2.1 Individuele faktore	249
8.1.7.2.2 Interpersoonlike faktore	250
8.1.7.2.3 Wyer gemeenskapsfaktore	250
8.1.7.3 Intrapersoonlike dinamiek	251
8.1.7.4 Terreine van sielkundige weerbaarheid (veelvlakkige integrasie)	252
8.2 IMPLIKASIES EN WAARDE VAN DIE BEVINDINGE	253
8.3 STERKTES VAN DIE STUDIE	255
8.4 BEPERKINGE VAN DIE STUDIE	255
8.5 AANBEVELINGS VIR VERDERE NAVORSING	256
8.6 SAMEVATTING	257
 BRONNELYS	 258

BYLAES

Bylae A	Vrae (semi-gestruktureerde onderhoud)	294
Bylae B	Transkripsie van onderhoude 1-6	295
Bylae C	Data-analises	296
Bylae D	Toestemmingsbriewe	297

LYS VAN TABELLE

TABEL 1	Die verskillende tipes serebrale gestremdhede	54
TABEL 2	Die ondersoekgroep	114
TABEL 3	Gevallestudie 1. Teras (ekologiese sisteemraamwerk)	200
TABEL 4	Gevallestudie 2. Teras (ekologiese sisteemraamwerk)	205
TABEL 5	Gevallestudie 3 Teras (ekologiese sisteemraamwerk)	209
TABEL 6	Gevallestudie 4. Teras (ekologiese sisteemraamwerk)	214
TABEL 7	Gevallestudie 5. Teras (ekologiese sisteemraamwerk)	219
TABEL 8	Gevallestudie 6. Teras (ekologiese sisteemraamwerk)	223
TABEL 9	Die beewing van gestremdheid (gemeenskaplike en individuele temas)	228
TABEL 10	Individuele faktore (gemeenskaplike en individuele temas)	230
TABEL 11	Interpersoonlike faktore (gemeenskaplike en individuele temas)	232
TABEL 12	Wyer gemeenskapsfaktore (gemeenskaplike en individuele temas)	234

LYS VAN FIGURE

FIGUUR 1	Dimensies waarin individuele faktore van sielkundige weerbaarheid aangetref word	27
FIGUUR 2	Dimensies waarin ekstrinsieke faktore van sielkundige weerbaarheid aangetref word	28
FIGUUR 3	Raamwerk vir die evaluering van faktore van sielkundige weerbaarheid	28
FIGUUR 4	Die kompenserende model	30
FIGUUR 5	Die uitdagingsmodel	30
FIGUUR 6	Die beskermingsfaktormodel	31
FIGUUR 7	Ekologiese raamwerk (sielkundige weerbaarheid)	33
FIGUUR 8	Terreine van sielkundige weerbaarheid	34
FIGUUR 9	Die verskillende tipes serebrale gestremdhede (topografiese en fisiologiese klassifikasie)	54
FIGUUR 10	Visuele voorstelling van die resultate soos bespreek in Hoofstuk ses	124
FIGUUR 11	Visuele voorstelling van Tumi se beleving as 'n adolessent met 'n serebrale gestremdheid en die psigososiale faktore wat 'n rol in sielkundige weerbaarheid speel	126
FIGUUR 12	Visuele voorstelling van Sibusiso se beleving as 'n adolessent met 'n serebrale gestremdheid en die psigososiale faktore wat 'n rol in sielkundige weerbaarheid speel	141
FIGUUR 13	Menstekening (Sibusiso)	150
FIGUUR 14	Visuele voorstelling van Candice se beleving as 'n adolessent met 'n serebrale gestremdheid en die psigososiale faktore wat 'n rol in sielkundige weerbaarheid speel	151
FIGUUR 15	Visuele voorstelling van Erica se beleving as 'n adolessent met 'n serebrale gestremdheid en die psigososiale faktore wat 'n rol in sielkundige weerbaarheid speel	163
FIGUUR 16	Menstekening (Erica)	176
FIGUUR 17	Visuele voorstelling van Brian se beleving as 'n adolessent met 'n serebrale gestremdheid en die psigososiale faktore wat 'n rol in sielkundige weerbaarheid speel	177
FIGUUR 18	Menstekening (Brian)	186

FIGUUR 19	Visuele voorstelling van Sandra se beleving as 'n adolessent met 'n serebrale gestremdheid en die psigososiale faktore wat 'n rol in sielkundige weerbaarheid speel	187
FIGUUR 20	Menstekening (Sandra)	198
FIGUUR 21	'n Voorlopige konseptuele prosesmodelstruktuur. Die beleving van gestremdheid en die rol van psigososiale faktore (risiko- en beskermingsfaktore) in die sielkundige weerbaarheid van die adolessent met serebrale gestremdheid	247
FIGUUR 22	Terreine van sielkundige weerbaarheid (veelvlakkige integrasie)	252

OPSOMMING

Serebrale gestremdheid is 'n komplekse toestand en stressor wat besondere uitdagings aan die geaffekteerde individu en al die betrokkenes stel. Die literatuur meld dat bestaande studies dikwels nie die subjektiewe beleving en selfrapportering van die persoon met 'n gestremdheid weerspieël nie (Lutz & Bowers, 2005; Reeve, 2006; Singh & Ghai, 2009; Stalker, 2012; Tisdall, 2012; Watermeyer & Swartz, 2008; Watson, 2012). Hierdie studie poog om adolessente met serebrale gestremdheid se stem te laat hoor om sodoende nuwe insig te verkry in die wyse waarop hulle betekenis aan gestremdheid gee, hulle gestremdheid bestuur en sosiale, fisiese en emosionele struikelblokke oorkom. 'n Kwalitatiewe benadering binne 'n psigofortigene raamwerk is in die studie gevolg. Die rol van die psigososiale faktore in die sielkundige weerbaarheid van die adolessent met serebrale gestremdheid is ondersoek ten einde die sterkteperspektief in te sluit. Die teorieë, raamwerke en modelle binne die paradigma van die positiewe sielkunde is as teoretiese onderbou vir die studie benut. Die data-analise en interpretasie van die ses semigestruktureerde onderhoude is deur middel van Interpretatiewe Fenomenologiese Analise (IPA) gedoen. Verder is die geïdentifiseerde temas binne 'n ekologiese sisteemraamwerk volgens intrapsigiese, interpersoonlike en wyer gemeenskapsfaktore gekontekstualiseer. 'n Voorlopige konseptuele prosesmodel is uit die kruisgeval-analise saamgestel en beskryf die onderlinge verwantskap en algemene dinamiek van die beleving van gestremdheid, asook die rol van psigososiale faktore (risiko- en beskermingsfaktore) in die sielkundige weerbaarheid van die adolessente met serebrale gestremdhede. Die resultate bevestig dat die impak en beleving van gestremdheid 'n veelvlakkige fenomeen is en dat elke individu unieke betekenis daaraan heg na gelang van persoonlikheidsienskappe, behoeftes, emosionele en sosiale ondersteuning, lewenskontekste en lewenseise. Die behoefte van die adolessent met serebrale gestremdheid om as unieke individu erken en behandel te word, staan sentraal in die studie. Die ervaring van gestremdheid binne die groter sosiale gemeenskap het nie alleen 'n psigo-emosionele effek op die adolessent met 'n gestremdheid nie, maar ook psigososiale implikasies. Risiko- en beskermingsfaktore is in veelvlakkige interaksie gewikkel en die adolessent maak van persoonlike en kontekstuele kragbronne gebruik om positiewe uitkomst te verseker. Die waarde van die studie is dat persone met 'n gestremdheid se stem gehoor word ten opsigte van hulle deurleefde werklikheid van gestremdheid en sielkundige weerstandsbronne.

Die kennis wat in die studie versamel is, kan ook tot verbeterde hulpverlening, ondersteuning en begrip vir die persoon met 'n gestremdheid bydra.

SLEUTELTERME: Serebrale gestremdheid, Adollesent, Positiewe sielkunde, Subjektiewe belewing, Deurleefde werklikheid, Psigososiale faktore, Risiko- en beskermingsfaktore, Sielkundige weerstandsbronne,

ABSTRACT

Cerebral palsy is a complex condition and stressor, posing specific challenges to the affected individual and those involved. According to the literature, existing studies do not reflect the subjective experience and self-reporting of the person with a disability (Lutz & Bowers, 2005; Reeve, 2006; Singh & Ghai, 2009; Stalker, 2012; Tisdall, 2012; Watermeyer & Swartz, 2008; Watson, 2012). Thus, this study attempts to let the voices be heard of adolescents with cerebral palsy in order to gain new insight into the way in which they ascribe meaning to disability, manage their disability and overcome social, physical and emotional barriers. A qualitative approach within a psychofortigenic framework was followed in the study. The role of psychosocial factors in the psychological resilience of the adolescent with cerebral palsy was investigated in order to include the strength perspective. The theories, frameworks and models of the positive psychology paradigm were used as theoretical foundation to the study. Analysis and interpretation of data from the six semi-structured interviews was done by means of Interpretative Phenomenological Analysis (IPA). Furthermore, the identified themes were contextualised within an ecological systems framework according to intrapsychic, interpersonal and broader community factors. A preliminary conceptual process model was compiled from the cross-case analysis and describes the interrelationship and general dynamics of the experience of disability as well as the role of psychosocial factors (risk and protective factors) in the psychological resilience of the adolescents with cerebral palsy. The results confirm the impact and experience of disability as a multi-layered phenomenon and that each individual ascribes unique meaning to it according to personality traits, needs, emotional and social support, life contexts and life demands. The need of the adolescent with cerebral palsy to be recognised and treated as a unique individual is central in this study. The experience of disability within the broader social community does not only have a psycho-emotional effect on the person with a disability, but also psycho-social implications. Risk and protective factors are interacting in a multi-levelled way and the adolescent applies personal and contextual sources of power in order to ensure positive outcomes. The value of this study is letting the voices be heard of people with a disability regarding their lived reality of disability and psychological sources of resilience. The knowledge gathered in this study can also contribute to improved aid, support and understanding of the person with a disability.

KEY WORDS: Cerebral palsy, Adolescent, Positive psychology, Subjective experience, Lived reality, Psycho-social factors, Risk and protective factors, Psychological sources of resilience

HOOFSTUK EEN

INLEIDING

Serebrale gestremdheid is 'n komplekse toestand en unieke stressor wat besondere eise en uitdagings aan die individu, die gesin en opvoeders stel. Waar die literatuur in die verlede hoofsaaklik klem op die negatiewe impak van gestremdheid gelê het (Shu-Li, 2000; Watson, 2012), het die fokus egter verskuif en positiewe aspekte wat suksesvolle aanpassing verseker, word eerder ondersoek (Booth & Booth, 1998; Seligman, 2009; Strümpfer, 2005). Die beweging van patologie na gesondheid sluit nou aan by die subdissipline van positiewe sielkunde en psigofortologie. Literatuur meld dat bestaande studies dikwels nie die subjektiewe beleving en selfrapportering van die persoon met 'n gestremdheid weerspieël nie (Reeve, 2006; Singh & Ghai, 2009; Stalker, 2007; Tisdall, 2012; Watermeyer & Swartz, 2008; Watson, 2012). Studente met gestremdhede het tydens 'n konferensie oor teologie, gestremdheid en menswaardigheid op 18-20 Mei 2011 in Stellenbosch aan 'n paneelbespreking deelgeneem. Tydens die bespreking het 'n paneellid aangedui dat die samelewing bewus gemaak moet word van die impak van 'n gestremdheid op die persoon se lewe. Nog 'n student het op die belangrikheid gewys dat navorsingstudies die beleefde leefwêreld van die persoon met 'n gestremdheid moet ondersoek (Panel Discussion, 2011, p.24).

Die adolessent is in 'n oorgangsfase na volwassenheid. Tydens hierdie fase word die individu met fisiese, emosionele en geestelike veranderinge gekonfronteer. Die proses van individuele ontwikkeling gaan gepaard met betekenisvolle veranderinge wat die sosiale en fisiese omgewing betref. Hierdie veranderinge kan 'n invloed op lewensukses en geluk uitoefen (King, Cathers, Polgar, MacKinnon, & Havens, 2000; Stalker, 2007). Enige chroniese toestand of gestremdheid kan 'n verdere potensiële invloed op die ontwikkelingsproses hê. Die psigologiese veranderinge het ook 'n impak op die psigososiale aanpassing van die adolessent (Suris, Michaud, & Viner, 2004).

Hierdie tydperk kan daarom besondere uitdagings aan die jongmens met 'n fisiese gestremdheid stel omdat adolessensie ook 'n tydperk van selfevaluering en vergelyking met ander is. Die

adolessent met 'n fisiese gestremdheid reflekteer noodwendig op fisiese verskille en areas van bevoegdheid.

Daar bestaan dus 'n behoefte om persone met 'n gestremdheid se stem te hoor en sodoende nuwe insig te verkry in die wyse waarop hulle betekenis aan hulle gestremdheid gee, hul gestremdheid bestuur, en sosiale, fisiese en emosionele struikelblokke oorkom. In hierdie studie poog die navorser om vanuit die adolessent met 'n serebrale gestremdheid se perspektief lig te werp op die belewing van gestremdheid en die faktore wat 'n rol in sielkundige weerbaarheid speel.

1.1 DOEL VAN DIE STUDIE

Die doel van die studie is om die subjektiewe belewing van leerders met serebrale gestremdheid te ondersoek en in welke mate psigososiale faktore 'n rol in die sielkundige weerbaarheid van die leerders speel. Uit die literatuurstudie in hoofstuk vier is dit duidelik dat bestaande studies dikwels nie die subjektiewe belewing en selfrapportering van persone met gestremdhede weerspieël nie. Daar is dus 'n behoefte om hierdie persone se eie ervarings, beskrywings en konstruksie van hul daaglikse lewe te ondersoek (Singh & Ghai, 2009; Stalker, 2012; Watermeyer & Swartz, 2008; Watson, 2012).

1.2 DEFINIËRING VAN SLEUTELBEGRIPPE

Die volgende relevante terme word gedefinieer:

1.2.1 Subjektiewe belewing

Belewing word deur Reber en Reber (2001) as 'n subjektiewe verskynsel omskryf. Dit is die wyse waarop die individu die wêreld ervaar. Volgens Langemo, Melland, Hanson, Olson en Hunter (2000, p.225) verwys die term na “meaning derived from being in the world.” Subjektiewe belewing verwys in hierdie studie na mense se individuele, persoonlike en betekenisvolle interpretasie van hulle leefwêreld en sosiale omgewing.

1.2.2 Serebrale gestremdheid

Serebrale gestremdheid is 'n oorkoepelende term om 'n groep chroniese, nieprogressiewe afwykings van beweging of postuur te beskryf. Dit is die gevolg van 'n permanente wanfunksionering of beskadiging van die motoriese brein tydens die kinderjare alvorens breinontwikkeling voltooi is (Bleck, 1982; Cogher, Savage, & Smith, 1992; Krigger, 2006; Rosenbaum et al., 2006).

1.2.3 Psigososiale faktore

Die term “psigososiaal” verwys na die interaksie tussen biologiese, sielkundige en sosiale prosesse. Dit dui op die individu se sielkundige vermoë om bewustelik of onbewustelik by die sosiale omgewing aan te pas (Murasko, 2007; Mutaner & Chung, 2005; Newman & Newman, 2003). Psigososiale faktore verwys in hierdie studie na enige ervarings, verhoudings, persoonlike eienskappe, omgewings en gemeenskapsfaktore wat 'n rol by die sielkundige weerbaarheid van die deelnemers speel.

1.2.4 Sielkundige weerbaarheid

Sielkundige weerbaarheid word as sinoniem van veerkragtigheid (“resilience”) beskou. Sielkundige weerbaarheid omvat alle faktore wat direk of indirek korreleer of 'n positiewe uitkoms by hoërisiko-situasies het. Sielkundige weerbaarheid lei tot normale ontwikkeling onder moeilike omstandighede. Dit omvat die beskermingsfaktore vir die psigososiale aanpassing en ontwikkeling van kinders (Goodkind, Hess, Gorman, & Parker, 2012; Masten, 2001; Newman & Blackburn, 2002; Tusaie, Puskar, & Sereika, 2007; Wissing, 2001).

1.2.5 Skole vir Leerders met Spesiale Onderwysbehoefte (LSOB-skole)

Vir die doel van die studie is 'n skool vir Leerders met Spesiale Onderwysbehoefte (LSOB) geselekteer. By LSOB skole word daar vir elke leerder se onderwys- en fisiese behoeftes voorsiening gemaak (Department of Education, 2001). By die LSOB-skool waar die studie

uitgevoer is word dienste gelewer deur 'n multidissiplinêre span bestaande uit sielkundiges, fisio, arbeids- en spraakterapeute, 'n mediese suster, besoekende neuroloog en remediërende onderwyspersoneel. Daar is ook klasassistent tot die leerders se beskikking.

1.3 UITVOERING VAN DIE STUDIE

'n Kwalitatiewe studie (verkenning, beskrywend en interpreterend) is onderneem. Vir die doel van hierdie studie is doelgerigte steekproeftrekking gebruik (Creswell, 1994). Die ondersoekgroep bestaan uit ses leerders met serebrale gestremdheid in die middeladolessente fase in 'n LSOB-skool. Die tipes serebrale gestremdhede van diplegie en hemiplegie is ingesluit. Semigestruktureerde onderhouds is met adolessente met serebrale gestremdheid gevoer om hulle persepsie van hulle gestremdheid, asook sielkundige weerbaarheid te reflekteer. 'n Omvattende literatuurstudie het verder die aannames teoreties te verklaar. Die analise en interpretering van die data sluit by die fenomenologiese benadering aan en is deur middel van die IPA-metode gedoen (Biggerstaff & Thompson, 2008; Smith & Eatough, 2007; Smith & Osborn, 2003; Storey, 2007). Die etiese implikasies van persoonlike interaksie, etiese riglyne en prosedures (Kvale, 2007) is onderhou.

1.4 WAARDE VAN DIE STUDIE

Die studie sal bydra tot die begrip van adolessente met serebrale gestremdheid se subjektiewe belewing van hulle gestremdheid en sielkundige weerstandsbronne. Die analise en beskrywing van die subjektiewe belewing, psigososiale faktore en sielkundige weerstandsbronne sal kennis verbreed en die sielkundige teorie uitbou, wat op sy beurt tot verbeterende intervensie, psigoterapie en hulpverlening sal lei. Die adolessent met 'n serebrale gestremdheid kan sodoende doelgerig ondersteun word om sekere vaardighede te ontwikkel. Die navorsing kan as basis dien vir die verbetering en ontwikkeling van programme, asook vir psigoterapie ter bevordering van sielkundige weerbaarheid by die adolessent met serebrale gestremdheid.

1.5 KONTEKS VAN DIE NAVORSER

Die navorser is die afgelope 18 jaar as sielkundige werksaam in 'n LSOB-skool. Die skool maak voorsiening vir leerders met serebrale gestremdheid, asook leerders met spesifieke leergestremdhede sonder 'n fisiese gestremdheid. Die navorser het dus daaglikse kontak met leerders met serebrale gestremdheid en hulle ouers of versorgers en kon oor die jare die uitdagings waarmee die leerders te kampe het, eerstehands waarneem.

1.6 VERDELING VAN HOOFSTUKKE

Hoofstuk twee: Positiewe sielkunde en psigofortologie. Die ontstaan van 'n nuwe paradigma en die positiewe sielkunde-beweging, asook die fokus en konstruksie van positiewe sielkunde, word aan die hand van 'n literatuurstudie bespreek. Die dimensies van sielkundige weerbaarheid word bespreek. Die teoretiese paradigma vorm die grondslag vir die studie.

Hoofstuk drie: Gestremdheid, serebrale gestremdheid en adolessensie. Die verskillende modelle van gestremdheid word in die hoofstuk bespreek. Serebrale gestremdheid en adolessensie word aan die hand van 'n literatuurstudie toegelig.

Hoofstuk vier: Psigososiale ontwikkeling en die subjektiewe belewing van gestremdheid. Die psigososiale ontwikkeling en ontwikkelingstake tydens adolessensie word in die hoofstuk bespreek. Die soeklig val ook op huidige navorsing en studies met betrekking tot die subjektiewe belewing en persoonlike ervaring van persone met gestremdhede.

Hoofstuk vyf: Navorsingsprosedure. Die navorsingsmetodologie en -ontwerp van die studie word in hierdie hoofstuk uiteengesit. Die seleksie van die ondersoekgroep, metode van data-insameling, data-analise en etiese prosedures word omskryf. Die studie maak van 'n kwalitatiewe navorsingsontwerp en gevallestudieformaat gebruik. Die gebruik van die fenomenologiese benadering word ook binne die raamwerk van kwalitatiewe navorsing bespreek.

Hoofstuk ses: Navorsingsresultate. Die temas en subtemas wat tydens die analise van die kwalitatiewe data geïdentifiseer is, word hier met direkte aanhalings van die deelnemers toegelig.

Hoofstuk sewe: Bespreking van resultate, integrasie van die navorsingsresultate en refleksie op die navorsingsproses. Die belangrikste resultate en bevindinge word opgesom, gekonseptualiseer en met die literatuur geïntegreer. Temas wat by al die deelnemers voorgekom het, word geïdentifiseer kruisgeval-analise. Daar word ook op die navorser se rol gereflekteer, en die gehalte van die data wat ingewin is, word bespreek.

Hoofstuk agt: Samevatting en gevolgtrekkings. Die daarstelling van die navorser se eie voorlopige modelstrukture, tekortkominge van die navorsing, asook aanbevelings vir verdere navorsing, word bespreek.

HOOFSTUK TWEE

POSITIEWE SIELKUNDE EN PSIGOFORTOLOGIE

INLEIDING

Die ontstaan van 'n nuwe paradigma en die positiewe sielkunde-beweging, asook die fokus en konstrakte van positiewe sielkunde, word in die hoofstuk bespreek. Uit die gesondheidsliteratuur blyk dit dat die mediese, sosiale en gedragswetenskappe in die verlede hoofsaaklik op patologie gefokus het. Hiervolgens word 'n diagnose gemaak, gevolg deur die behandeling met die oog op herstel. Met die ontstaan van die gemeenskapsgesondheidsmodel het die fokus na die vroeë identifisering van siektetoestande en meegaande risikofaktore verskuif. Die klem is sodoende op voorkoming geplaas (Maddux, 2000; Pretorius, 1997; Simonton & Baumeister, 2005). Die mediese sowel as die gemeenskapsgesondheidsmodel het egter steeds siekte as vertrekpunt. By die mediese model val die klem op diagnose en behandeling, en by gemeenskapsgesondheid gaan dit oor die voorkoming van siektetoestande (Gilson & Depoy, 2000; Olkin, 1999; Pretorius, 1997; Ross & Deverell, 2005).

Miller (2007) beklemtoon die feit dat die navorsing in die gesondheidsveld tradisioneel op fisiese en geestelike gesondheid fokus. Sosiale, politieke en omgewingsfaktore het egter ook 'n beduidende invloed op die gesondheid en welstand van die globale bevolking. Tydens die eerste dekade van die twintigste eeu is die wêreldbevolking deur die Eerste Wêreldoorlog, hongersnood en politieke geweld getraumatiseer. Volgens Seligman en Csikszentmihalyi (2000) het sielkunde sedert die Tweede Wêreldoorlog hoofsaaklik 'n wetenskap van herstel geword. Die fokus was op die herstel van die skade binne 'n siektegeoriënteerde model van menslike funksionering.

2.1 DIE ONTSTAAN VAN 'n NUWE PARADIGMA

Wissing (2000) beklemtoon die ontstaan van 'n nuwe paradigma binne die denkrigting van salutogenese en psigofortologie. Die paradigma fokus nie slegs op die begrip en verbetering van psigologiese welstand en reserwes nie, maar ook op holistiese gesondheid en welstand.

Welstand word gesien as die boonste punt van 'n kontinuum van holistiese welstand soos dit in die alledaagse lewe manifesteer (kognitief, emosioneel, spiritueel, fisies, sosiaal, beroepsgewys en ekologies). Binne hierdie denkrigting vorm salutogenese en psigofortologie 'n proaktiewe paradigma en stel dit 'n nuwe uitdaging binne die sielkunde. Hierdie begrippe gaan in op die oorsprong van gesondheid en krag vir mense in hulle daaglikse lewensomstandighede.

Volgens Strümpfer (2005) is dit duidelik dat “normale” funksionering nie vanuit 'n suiwer probleemgeoriënteerde raamwerk verstaan kan word nie. Die beweging en ontwikkeling van 'n nuwe paradigma maak radikale aannames en attribute met betrekking tot gesondheid, motivering, kapasiteit, vermoëns, potensiaal en sosiale funksionering. Sekere aannames staan volgens Strümpfer (2005) sentraal tot die ontwikkeling van die positiewe sielkunde-paradigma, soos dat stressore en teenspoed inherent deel van die mens se bestaan is. Nog 'n aanname is dat daar psigologiese reserwebronne bestaan om die stressore te hanteer en te oorkom. Hierdie stressore en uitdagings kan in sekere gevalle selfs 'n positiewe uitkoms veroorsaak en tot groei, insig en die ontdekking van vooraf onbekende vermoëns lei.

2.1.1 Salutogenese

'n Belangrike bydrae in die ontwikkeling van die paradigmaskuif in die positiewe sielkunde is die werk van Antonovsky (1987) wat die konstruk van salutogenese bekendgestel het. Die fokus van salutogenese is die oorsprong van gesondheid (Latyn: *salus* = gesondheid, Grieks: *genesis* = oorsprong). Hierdie “gesond wees” word beoordeel op 'n kontinuum met pole van algehele en optimale gesondheid tot totale siekte en aftakeling (“health-ease” tot “dis-ease”).

'n Aantal begrippe staan sentraal in salutogenese, waaronder koherensiesin (die oriëntasie wat die persoon teenoor die spesifieke stressor met betrekking tot verstaanbaarheid, beheerbaarheid en betekenisvolheid inneem) en algemene weerstandshulpbronne (Antonovsky, 1987). Individue ontwikkel algemene weerstandshulpbronne wat hul instaat stel om stressore te vermy of te beveg (byvoorbeeld geld, skuiling en voedsel), kognitiewe weerstandshulpbronne (byvoorbeeld intelligensie en kennis) en interpersoonlike weerstandshulpbronne (byvoorbeeld sosiale verbondenheid en ondersteuning). Strümpfer (1995) voeg makro- sosiokulturele

weerstandshulpbronne by (byvoorbeeld geloof en rituele). Volgens Strümpfer (1990) word 'n verskeidenheid van konstrukte in die term “salutogenese” verteenwoordig soos krag, stamina, selfdoeltreffendheid, interne/eksterne lokus van kontrole, persoonlike oorsaaklikheid en selffrigtinggewendheid. Al hierdie konstrukte fokus op psigologiese welstand eerder as op patologie.

2.1.2 Fortigenese

Strümpfer (1995, 2006) het die meer omvattende term “fortigenese” ontwikkel (Latyn: *fortis* = sterk, Grieks: *genesis* = oorsprong) wat verwys na die proses waartydens psigologiese sterktes ontwikkel. Die proses berus op die volgende aannames, naamlik dat die ontwikkeling van psigologiese sterktes op 'n kontinuum van welsyn en patologie plaasvind, dat uitdagings en lyding as gevolg van lewenseise inherent deel van menswees is, en dat psigologiese sterktes ontwikkel of onderhandel word ten einde hierdie eise uit te kanselleer – met die gevolg dat die individu floreer. Die laaste aanname is dat daar wel ook uitsluitlik positiewe ervarings bestaan. Die fokus verbreed dus na die oorsprong van psigologiese reserwes. Die term beskryf, na Strümpfer se mening, die paradigmaskuif van patologie na welsyn op 'n meer verstaanbare manier.

2.1.3 Psigofortologie

Wissing en Van Eeden (1997) het die term “psigofortologie” (die wetenskap van psigologiese reserwes) voorgestel om op Strümpfer se konstruk van fortigenese voort te bou. Psigologiese welsyn is 'n konstruk wat binne die wetenskaplike terrein van psigofortologie bestudeer word (Wissing, 2000). Hierdie term is ook in lyn met die term “fortaliteit” (“fortitude”) wat deur Pretorius (1998) gebruik word. Fortaliteit slaan op die psigologiese krag wat die mens benodig om spanning suksesvol te hanteer. Die drie dimensies van fortaliteit bestaan uit die mens se siening van die self ('n positief-beoordelende bewustheid van die self), die gesins- en familie-omgewing ('n positief-beoordelende bewustheid van die gesinsomgewing), en die ondersteuning van ander ('n positief-beoordelende bewustheid van die ondersteuning van ander). Die begrip

“fortaliteit” kan dus omskryf word as die krag om stres suksesvol te hanteer en, ten spyte van die teenwoordigheid van stres, in ’n toestand van geesteswelstand te verkeer vanweë ’n positiewe beoordeling van die self, die gesin en die ondersteuning van ander (Pretorius, 1998).

Wissing (2000) wys daarop dat die konstruk van fortologie deur verskeie dissiplines gebruik word. Die fokus vanuit ’n fortigene perspektief is op welstand en beskermingsfaktore wat in die multidissiplinêre domein van die fortologie bestudeer kan word.

2.2 POSITIEWE SELKUNDE

2.2.1 Inleiding

Psigofortologie en positiewe sielkunde is albei begrippe wat in dieselfde denkraamwerk pas en in die breë veld van die sielkunde gebruik word. Alhoewel Wissing en Van Eeden (1997) ’n logiese uiteensetting van die begrip “psigofortologie” (as teenpool van psigopatologie) daargestel het, blyk dit dat die term “positiewe sielkunde” meer internasionaal verkies en gebruik word.

Verskeie navorsers beklemtoon dat positiewe sielkunde nie ’n totaal nuwe denkskool of begrip is nie (Botha, 2007; Compton, 2005; Gable & Haidt, 2005; Linley, Joseph, Harrington, & Wood, 2006; McMurray, Connolly, Preston-Shoot, & Wigley, 2008; Seligman, 2002; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Positiewe sielkunde se geskiedenis dateer volgens Gable en Haidt (2008) so ver terug soos 1902 met William James se bydrae oor “healthy mindedness”. Seligman (2002) meld dat die positiewe sielkunde verskeie uitmuntende voorlopers gehad het, wat egter nooit daarin geslaag het om hulle idees op ’n empiriese navorsingskorpus te grond nie.

Volgens Botha (2007) gee die literatuur wel erkenning aan verskeie vroeëre navorsers se werk, byvoorbeeld Freud (1920) se plesierbeginsel; Adler (1927, 1938) se selfaktualisering; Allport (1937) se volwasse persoon; Jung (1933) se soeke na en ontdekking van lewensbetekenis; Fromm (1947) se produktiewe persoon; Maslow (1954) se selfaktualiserende persoon; Rogers (1947) se groei na optimale funksionering, selfaktualisering, kliëntgesentreerde terapie; en Frankl (1959) se selftransenderende persoon.

Die meer onlangse historiese verloop en bydrae tot die positiewe sielkunde word soos volg deur Botha (2007) geskets: Jahoda (1958) se aard van positiewe geestesgesondheid; Antonovsky (1987) se salutogenese; Bandura (1989) se selfdoeltreffendheid; Strümpfer (1995) se fortigenese; Wissing en Van Eeden (1997) se psigofortologie; en Seligman (1998) se positiewe sielkunde (Botha, 2007).

Dit is dus duidelik dat die idees, soos dit deur die huidige denkskool van positiewe sielkunde voorgestaan word, wel deur die geskiedenis voorkom, maar die positiewe begrippe is nie formeel georganiseer en ontwikkel in 'n wetenskap soos tans in die positiewe sielkunde denkskool die geval is nie. Soos Gable en Haidt (2005, p.107) dit stel: “research on positive psychology topics is not new, but the time was right for a correction and positive psychology movement.”

Die totstandkoming van die positiewe sielkunde-beweging sal vervolgens kortliks bespreek word.

2.2.2 Die positiewe sielkunde-beweging

Die positiewe sielkunde-beweging is amptelik aangekondig en aan hoofstroomsielkunde bekendgestel deur Martin Seligman tydens sy toespraak as nuutverkose president van die Amerikaanse Sielkundige Vereniging (APA) in 1998 (Seligman, 1999) en later deur middel van 'n artikel in die *American Psychologist Journal* (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Seligman en Csikszentmihalyi (2000, p.5) omskryf die doel van die beweging soos volg: “to catalyze a change in the focus of psychology from preoccupation only with repairing the worst things in life to also building positive qualities.”

Persoonlike insidente en belewenisse deur Seligman en Csikszentmihalyi het die ontstaan van die positiewe sielkunde-beweging voorafgegaan. 'n Paar maande ná sy verkiesing as president van die APA het Seligman se dogter die volgende opmerking teenoor hom gemaak: “and if I can stop whining, then you can stop being such a grouch” (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000, p.6). Dit

het Seligman (in Seligman & Csikszentmihalyi, 2000) tot die besef laat kom dat daar groter doelwitte in die lewe is as om bloot op die negatiewe te fokus:

Raising children, I realized, is vastly more than fixing what is wrong with them. It is about identifying and nurturing their stronger qualities, what they own and are best at, and helping them find niches in which they can best live out these strengths (p.6).

Csikszentmihalyi se gewaarwordings het ontstaan uit sy ervarings as kind tydens die Tweede Wêreldoorlog. Hy het waargeneem dat sommige volwassenes, wat hy aanvanklik as suksesvol en vol selfvertroue ervaar het, hulpeloos en ontmoedig geword het sodra hulle sosiale ondersteuning weggeval het. Hy het egter waargeneem dat ander weer hulle integriteit behou en steeds 'n doel in die lewe nastreef. Hierdie gewaarwording het as die vertrekpunt vir sy werk gedien (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

2.2.3 Definiëring van positiewe sielkunde

Volgens Sheldon en King (2001) is die positiewe sielkunde niks meer as die wetenskaplike studie van gewone menslike sterktes en deugdes nie. Hierdie veld ondersoek die aard van doeltreffende funksionering en die suksesvolle toepassing van ontwikkelende aanpassings- en aangeleerde vaardighede by die mens. Sielkundiges poog om verklarings te bied vir die feit dat die meerderheid mense daarin slaag om doelgerig en waardig te lewe. Positiewe sielkunde wil sielkundiges dus aanspoor tot 'n oop en waarderende perspektief op menslike potensiaal, motiewe, kapasiteit en vermoëns. Die bestudering van omstandighede en prosesse wat daartoe bydra dat die mens floreer en optimaal funksioneer, word ook deur Gable en Haidt (2005) beklemtoon. 'n Meer omvattende siening van die positiewe sielkunde is dat dit die studie is van positiewe ervarings, positiewe individuele menslike persoonlikheidseienskappe en die instellings wat die ontwikkeling hiervan fasiliteer (Seligman, 2009). Positiewe sielkunde maak van sielkundige teorie, navorsing en intervensietegniese gebruik ten einde positiewe, aangepaste, kreatiewe en emosioneel bevredigende elemente van menslike gedrag te verstaan (Compton, 2005). Positiewe sielkunde word soos volg deur Linley et al. (2006) omskryf:

Positive psychology is the scientific study of optimal human functioning. At the meta-psychological level, it aims to redress the imbalance in psychological research and practice by calling attention to the positive aspects of human functioning and experience, and integrating them with our understanding of the negative aspects of human functioning and experience. At the pragmatic level, it is about understanding the *wellsprings, processes* and *mechanisms* that lead to desirable *outcomes* (p. 8).

McNulty en Fincham (2011) sluit aan by Gable en Haidt (2005) deur te beklemtoon dat die omstandighede en nie-interpersoonlike domeine waarin die eienskappe manifesteer in ag geneem moet word. Verskeie sogenaamde positiewe persoonlikheidseienskappe kan welstand bevorder of benadeel na gelang van die konteks waarin dit manifesteer. Studies deur Gibson en Sanbonmatsu (2004) dui byvoorbeeld daarop dat optimiste minder geneig is om die dobbelgewoonte ná verliese te staak. Volgens McNulty en Fincham (2011) moet sielkundiges wegbeweeg van die geneigdheid om eienskappe en prosesse as inherent positief of negatief te etiketteer. Hulle moet eerder bepaal watter faktore vir individue, in hulle spesifieke omstandighede en nie-interpersoonlike konteks, met welstand vereenselwig kan word.

Die patologiemodel weerspieël 'n volwassegeoriënteerde perspektief. Hiervolgens is die einddoel van ontwikkeling en intervensie 'n goed aangepaste en funksionele volwassene. Slegs die volwasse uitkoms is belangrik. Positiewe sielkunde se alternatief is om op die ontwikkelende kind te fokus en sodoende funksionering, bekwaamheid en algemene geestesgesondheid tydens enige ontwikkelingsvlak te verbeter (Roberts, Brown, Johnson, & Reinke, 2002; Sapienza & Masten, 2011; Seligman, 2002).

2.2.4 Die fokus van positiewe sielkunde

Die volgende drie primêre areas word deur Seligman (2009) as die pilare van positiewe sielkunde uitgesonder, naamlik positiewe emosie en welstand, positiewe verhoudings en positiewe prestasies. Positiewe emosie verteenwoordig subjektiewe welstand en oriëntasie met betrekking tot moontlikhede, betekenis en doel. Betekenis verwys na die bydrae wat deur 'n persoon gemaak word tot dinge buite die self en die betekenis wat daaraan geheg word.

Positiewe verhoudings sluit onderlinge verhoudings in en die positiewe voordeel wat hieruit voortvloei. Positiewe prestasies verwys na bemeestering, bevoegdheid en prestasie. Elkeen van hierdie pilare verteenwoordig die pad na beter welstand en florerings (Seligman, 2009).

Volgens Seligman en Csikszentmihalyi (2000) fokus positiewe sielkunde hoofsaaklik op die volgende drie areas van die menslike ervaringsveld, naamlik die subjektiewe vlak, die individuele vlak en groepsvlak.

Die subjektiewe vlak fokus op die positiewe subjektiewe staat of positiewe emosies, byvoorbeeld geluk, vreugde, lewensvrede, ontspanning, liefde en intimiteit. Die positiewe subjektiewe staat sluit ook konstruktiewe gedagtes oor die self en toekoms in, byvoorbeeld optimisme en hoop. Gevoelens van lewensenergie, lewenskragtigheid en selfvertroue sluit hierby aan. Dit gaan dus op die subjektiewe vlak om die subjektiewe ervaring van welstand, tevredenheid en genoegdoening (in die verlede), hoop en optimisme (in die toekoms), en vloei (“flow”) en geluk (in die hede) (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

Die individuele vlak slaan op positiewe individuele karaktereienskappe en gedragpatrone met verloop van tyd, byvoorbeeld moed, deursettingsvermoë, eerlikheid en wysheid. Dit behels onder meer die bestudering van positiewe gedrag en karaktereienskappe, karaktersterktes en deugde, asook die waardering vir die estetiese en kreatiewe potensiaal. Uitmuntendheid en voortreflikheid word nagestreef (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

Op groeps- en gemeenskapsvlak fokus die positiewe sielkunde op die ontwikkeling, daarstelling en onderhouding van positiewe instellings. Die klem val op die ontwikkeling van gemeenskapsdeugde, gesonde gesinne en families, gesonde werksomgewings en positiewe gemeenskappe (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

Positiewe sielkunde behels die wetenskaplike bestudering van menslike funksionering en florerings op ’n hele aantal vlakke, insluitend die biologiese, persoonlike, verhoudings-, institusionele, kulturele en globale vlakke (Goldstein & Brooks, 2006; Masten, 2007; Sapienza & Masten, 2011; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

2.2.5 Konstrukte in positiewe sielkunde

Die konstruk “subjektiewe welstand” is ’n kernbegrip in die positiewe sielkunde (Diener, 2000; Frederickson, 2002; Lyubomirsky, King, & Diener, 2005). Subjektiewe welstand word gedefinieer as individue se kognitiewe en affektiewe evaluering van hulle lewe. Hierdie evaluering is onder meer die emosionele reaksies op, sowel as kognitiewe oordeel van gebeure, tevredenheid en vervulling. Dit is dus ’n oorkoepelende begrip wat die ervaring van emosies, negatiewe gemoedstoestande en positiewe lewenservarings en tevredenheid insluit, of soos Diener (2000, p.36) dit stel: “the positive experiences embodied in high subjective well-being are a core concept of positive psychology because they make life rewarding”. Subjektiewe welstand word geskep deur die ontwikkeling van ’n ingesteldheid en vaardighede vir die waardering van die lewe en om geluk te bevorder. Hierdie positiewe effek sal die individue se kapasiteit vir deugszaamheid, betekenisgewing en sielkundige weerbaarheid verhoog (Frederickson, 2002; Lyubomirsky et al., King, & Diener, 2005).

Welstand is ’n begrip met veelvuldige fasette. Ryff en medenavorsers het verskeie dimensies van sielkundige welstand geïdentifiseer (Keyes & Ryff, 2000; Ryff & Keyes, 1995; Ryff & Singer, 2003). Die Ryff-skaal van sielkundige welstand fokus op die volgende fasette: selfaanvaarding; positiewe verhoudings met ander; outonomie; bemeestering van die omgewing; lewensdoel en persoonlike groei (Ryff, 1998; Ryff & Keyes, 1995).

Sielkundige welstand is ’n dinamiese begrip wat sielkundige, sosiale en subjektiewe (emosionele) dimensies insluit, sowel as die gedrag en leefwyse wat gesondheid bevorder. Dit is dus ’n geïntegreerde biopsigososiale proses (Friedman & Ryff, 2012) en ’n meer omvattende en wye begrip as subjektiewe welstand. Volgens Ryff en Singer (2003) moet die positiewe sowel as die negatiewe aspekte in ag geneem word ten einde ’n gebalanseerde siening van die kompleksiteit van die lewe te kry – soos hulle dit stel: “Human well-being is fundamentally about the joining of these two realms” (p.279). Negatiewe emosies, byvoorbeeld skuldgevoelens, spyt, frustrasie en woede, kan die mens tot positiewe verandering motiveer. Sheldon (2009) is ook van mening dat ’n veelvlakkige hiërargiese perspektief nodig is om menslike gedrag te verstaan. Verskeie

faktore op neurochemiese, sosiokontekstuele en kulturele vlak is in interaksie en het 'n effek op menslike gedrag en welstand.

Verskeie ander konstrunkte word egter in die positiewe sielkunde aangetref. Botha (2007) som die begrippe soos volg op: sielkundige weerbaarheid; hoop en optimisme; fortigenese; lokus van kontrole; aangepaste verdediging; kreatiwiteit; emosionele intelligensie; koherensiesin; selfdoeltreffendheid; humorsin; wysheid; gehegtheidsekuriteit; empatie; dankbaarheid; vergewensgesindheid; geloof/positiewe spiritualiteit; volwasse morele oordeel; vloei; coping; en selfregulering. Vir die doel van hierdie studie sal slegs die konstruk van sielkundige weerbaarheid meer in diepte bespreek word.

2.3 SIELKUNDIGE WEERBAARHEID

2.3.1 Inleiding

Sielkundige weerbaarheid is belangrik omdat geen persoon immuun is teen die druk, ang en spanning van die huidige samelewing en gepaardgaande verwagtinge wat op hulle geplaas word nie. Terugslae, hindernisse, verlies, mislukking, siekte en dood is 'n onvermydelike deel van die lewe. Die reaksie hierop en die aanpassing by omstandighede word deur sielkundige weerbaarheid bepaal. Die siening dat die kwaliteite van sielkundige weerbaarheid op alle individue van toepassing is, vind universeel toenemend aanklank. Wissing (2001) wys ook daarop dat die wetenskap van welstand kan bydra tot die verbetering van die lewenskwaliteit van individue wat in relatief normale omstandighede lewe. Die identifisering van psigologiese reserwes speel ook 'n beduidende rol in die lewens van diegene wat onder lyding, pyn en hartseer gebuk gaan en versterk en gekoester moet word sodat hierdie sterktes kan help om 'n buffer in moeilike tye te skep.

2.3.2 Die historiese verloop van die navorsing oor sielkundige weerbaarheid

Die oorsprong van sielkundige weerbaarheid kan na die sestiger en sewentigerjare teruggevoer kan word (Goldstein & Brooks, 2006; Luthar, 2006; Masten, 2007). Die vroeëre studies is nie so breedvoerig nie, navorsing is beperk en op hoërisiko-populasies toegespits. Die fokus van die vroeë navorsing was op die etiologie en prognose van ernstige psigopatologie. Navorsers is geïnspireer deur 'n subgroep onder die hoërisiko-kindere vir psigopatologie, wat verrassende gesonde en aangepaste gedrag geopenbaar het. Die navorsers het die ondersoek begin instel na die identifisering van faktore wat met die kindere se welstand verband hou. Hierdie benadering het die fokus van patologie van die mediese model na dié van positiewe uitkomst in die konteks van teenspoed verskuif (Garmezy, 1974; Rutter, 1979). Die afgelope twintig jaar het die studies egter aansienlik uitgebrei. Dit gaan nie net bloot oor die verstaan van risiko- en beskermingsfaktore nie, maar inligting moet gerig wees op kliniese intervensie en ingrepe ten einde positiewe uitkomst vir die risikogroep te verseker. Dit kan ook op die algemene populasie betrekking hê en toegepas word in 'n poging om 'n veerkrachtige ingesteldheid in alle jongmense te kweek (Goldstein & Brooks, 2006). Volgens Fleming en Ledogar (2008) het die aanvanklike fokus van die onkwesbare kind verskuif na aspekte buite die individu wat sielkundige weerbaarheid bevorder. Faktore op die vlak van die individu, die gesin en familie, die gemeenskap en meer onlangs die kulturele vlak is nagevors.

Die studie van sielkundige weerbaarheid het sedert die aanvang in die sestiger- en sewentigerjare deur verskillende fases beweeg (Luthar, 2006; Masten, 2007, 2011; Sapienza, & Masten, 2011).

In die eerste fase het die navorsers op fundamentele kwessies rakende die definiëring, operasionalisering en meting van begrippe gefokus ten einde basiese beskrywende data van die fenomene verkry. Die konseptualisering van die hoofkonstrukte, metodes en data-analise het die basis vir navorsing oor kwesbaarheid en beskermingsfaktore gevorm (Masten, 2007). Die aanvanklike studies het op die etiologie en prognose van ernstige psigopatologie gefokus. Navorsers is geïnspireer deur 'n subgroep onder die hoërisiko-kindere vir psigopatologie, wat verrassende aangepaste gedrag geopenbaar het (Garmezy, 1974; Rutter, 1979). Die fokus het ook verskuif na die toetsing van teorieë en strategieë om sielkundige weerbaarheid te bevorder.

Tydens die tweede fase is daar gepoog om dieper as die beskrywing van begrippe te beweeg ten einde te bepaal watter prosesse onderliggend is aan die verskille wat in die eerste fase waargeneem is (Masten, 2011).

Die derde fase het hoofsaaklik gesentreer op eksperimente om hipoteses te ondersoek. Die fokus was ook op intervensiestrategieë wat sielkundige weerbaarheid en gesondheid bevorder. Die intervensie het hoofsaaklik berus op beskermingsfaktore en -prosesse soos deur navorsing geïdentifiseer is (Masten, 2007, 2011; Sapienza & Masten, 2011).

Die gevolgtrekking is gemaak dat sielkundige weerbaarheid nie permanent is nie, maar dat dit kan fluktureer. Dit is 'n ontwikkelingsproses waar kwesbaarheid en sielkundige sterktes met veranderde lewensomstandighede verband kan hou (Garmezy & Masten, 1986; Werner & Smith, 1982). Kinders kan ook sielkundig weerbaar voorkom, maar steeds innerlike spanning ervaar wat later as angs of depressie kan presenteer. Probleme kan ook geïnternaliseer word of kinders kan met 'n valse volwassenheid, met negatiewe gevolge namate hulle ouer word, vir sielkundige weerbaarheid presenteer (Luthar, 1991; Luthar & Cicchetti, 2000; Raver, 2002).

Verder is sielkundige weerbaarheid 'n fenomeen wat domein-spesifiek kan wees. Mense toon meestal positiewe of negatiewe aanpassings oor verskillende areas. Navorsers wys daarop dat sogenaamde risikokinders oor merkbare sielkundige sterktes in sekere areas beskik en terselfdertyd weer merkbare kwesbaarheid in ander areas openbaar (Luthar, Doernberger, & Zigler, 1993).

Navorsers het dus begin om terme meer omsigtig te gebruik ten einde spesifieke domeine waar sielkundige weerbaarheid waargeneem word, te spesifiseer, byvoorbeeld opvoedkundige sielkundige weerbaarheid (Wang & Gordon, 1994), emosionele sielkundige weerbaarheid (Denny, Fleming, Clark, & Wall, 2004) en psigososiale sielkundige weerbaarheid (Tusaie, et al., 2007). Die begrip word ook in 'n breër gemeenskapskonteks geplaas en die term “gemeenskaps-sielkundige weerbaarheid” verwys na die oorkoming van lewenseise en trauma deur op sosiale en kulturele netwerke te steun (Kirmayer, Sehdev, Whitley, Dandeneau, & Isaac, 2009).

Die klem van die huidige vierde fase of beweging het na 'n meer dinamiese en geïntegreerde model verskuif. Die fokus is op die prosesse van interaksie oor sisteemvlakke heen wat individuele ontwikkeling in konteks beïnvloed, tot genetiese, neurale, gedrag en sosiale vlakke (Sapienza & Masten 2011). Hierdie geïntegreerde benadering maak gebruik van kennis en tegnologie vir die assessering en waarneming van gene, breinskanderingstegnieke en statistiese tegnieke wat vir veelvlakkige dinamika en diere-eksperimente met betrekking tot stres en aanpassing voorsiening maak (Tottenham & Sheridan, 2009).

Die vierde fase bou voort op die kennis van die voorafgaande fases, maar word deur die energie van nuwe tegnologie en die sinergie van geïntegreerde teorie en metodologie gevoed (Masten, 2007, 2011). Die veelvlakkige benadering verbind neurobiologiese, gedrags- en omgewingsfaktore. Onlangse studies ondersoek geen-omgewingsinteraksie, neurale plastisiteit en epigenetiese prosesse (Cicchetti, 2010; McCrory, De Brito, & Viding, 2010). Sroufe het reeds in 1997 daarop gewys dat die proses van sielkundige weerbaarheid biopsigososiaal van aard is. Sodanige prosesse neem 'n wye reeks van biologiese, psigologiese en sosiale faktore in ag wat mekaar wedersyds beïnvloed en tot suksesvolle aanpassing en funksionering met verloop van tyd bydra (Sroufe, 1997).

Navorsing toon dat vroeë stressors en trauma in 'n persoon se lewe 'n invloed het op breinontwikkeling en die risiko vir psigopatologie verhoog (McCrory et al., 2010). Daar is 'n verband tussen lewenstressors en die atipiese ontwikkeling van die neuro-endokriene stresrespons en limbiese disfunksie. Die deregulering dra by tot psigiatriese kwesbaarheid in volwassenheid (McEwen, 2008, Jabbi et al., 2007). Strukturele en funksionele breinverskille is deur middel van gevorderde breinskanderingstegnieke waargeneem by kinders en volwassenes wat aan vroeë lewenstressors blootgestel was (McCrory et al., 2010). Die veranderinge is merkbaar in die hipokampus (leer- en geheuefunksie), amigdala (veg/vlug-respons, emosionele prosessering), corpus callosum (interhemisferiese kommunikasie, hoër kognitiewe funksies) en prefrontale korteks (gedrag, kennis en emosionele regulering), asook die serebellum (koördinasie en motoriese gedrag) (De Bellis & Kuchibhatla, 2006; Glaser, 2000; Lupien, McEwen, Gunnar, & Heim, 2009). Daar is ook toenemende bewyse dat die serebellum as

gevolg van die verbinding met die limbiese sisteem 'n funksie vervul in emosionele prosessering, vreeskondisionering en uitvoerende funksies (Schmahmann, Weilburg, & Sherman, 2007; Schutter & Van Honk, 2005). Voldoende navorsing is nog nie gedoen om die effek van vroeëre lewenstressors op die oorgang tussen ontwikkelingsfases te bepaal nie alhoewel daar gedragsbewyse is dat die effek van vroeëre lewenstressors vererger sodra adolessensie bereik word. 'n Longitudinale studie toon dat kinders wat uit Roemeense kinderhuise aangeneem is ná aanneming agterstande op sekere terreine (byvoorbeeld kognitiewe ontwikkeling) inhaal, maar dat daar 'n toename in emosionele probleme is sodra adolessensie bereik word (Colvert et al., 2008). Puberteit en die gepaardgaande hormonale veranderinge blyk dus 'n sensitiewe periode te wees om 'n uitwerking op die hippokampus en breinontwikkeling te hê (Schulz, Molenda-Figueira, & Sisk, 2009).

Navorsing het bevind dat die genetiese samestelling van die individu gedeeltelik 'n rol speel in die vatbaarheid vir wanaanpassing of sielkundige weerbaarheid weens omgewings- en lewenstressors. Die geen-omgewingsinteraksie, sowel as spesifieke geen-merkers, het 'n beduidende invloed. Die epigenetiese meganisme is 'n molekulêre meganisme wat 'n invloed het op die kwesbaarheid (wanaanpassing) en sielkundige weerbaarheid (suksesvolle aanpassing) in die brein. Dit behels 'n komplekse proses waardeur die geen-aktiwiteit beheer word sonder om die onderliggende DNS volgorde te wysig (Moffit, Caspi, & Rutter, 2005; Tremblay & Hamet, 2008; Tsankova, Renthal, Kumar, & Nestler, 2007).

Uit bogenoemde bespreking is dit duidelik dat sielkundige weerbaarheid op veelvuldige vlakke kan voorkom. Daar is interaksie tussen biologiese en sielkundige prosesse in die ontwikkeling van wanaanpassing, psigopatologie en sielkundige weerbaarheid. Dit is belangrik om in gedagte te hou dat daar ook 'n interafhanklikheid tussen verskillende sisteme vanaf die molekulêre tot die globale sisteem bestaan. Die veranderlikes moet dan gebruik word om modelle vir toepassing te ontwikkel.

2.3.3 Definiëring van die begrip “sielkundige weerbaarheid”

Soos genoem, word die begrip “sielkundige weerbaarheid” as sinoniem met sielkundige weerbaarheid beskou. Sielkundige weerbaarheid is ’n belangrike begrip in die positiewe sielkunde en welstand en word volgens Goodkind et al. (2012) algemeen gedefinieer as die vermoë om stres te oorkom en geestesgesondheid en welstand ná ervaring van teenspoed te herwin.

Volgens die literatuur het daar vanuit die teorie ’n verskeidenheid van heterogene definisies ontstaan (McMurray et al., 2008). Die definiëring van sielkundige weerbaarheid as die vermoë om op ’n veerkragtige wyse van lewenstressors en trauma te herstel, word in die werk van talle navorsers gereflekteer. Volgens Christiansen, Christiansen en Howard (1997) is dit “... the ability to respond actively and positively to life conditions, stress and trauma in such a way that we are able to bounce back and continue to approach life with positive actions” (p.87). Dit blyk dat die begrip universeel en deur alle kulture verstaan word as die vermoë om teenspoed te weerstaan en daarvan terug te “bons” (Newman & Blackburn, 2002). Sielkundige weerbaarheid word deur die internasionale veerkragtigheidsprojek gedefinieer as ’n universele kapasiteit wat dit vir ’n mens, groep of gemeenskap moontlik maak om die nadelige uitwerking van teenspoed te voorkom, te minimaliseer of te oorkom (Newman & Blackburn, 2002).

Sielkundige weerbaarheid word soos volg deur HeavyRunner en Marshall (2003) omskryf:

Resilience is the natural, human capacity to navigate life well. It is something every human being has – wisdom, common sense. It means coming to know how you think, who you are spiritually, where you come from, and where you are going. The key is learning how to utilize innate resilience, which is the birth right of every human being. It involves understanding our inner spirit and finding sense of direction (p.15).

Navorsing het getoon dat sielkundige weerbaarheid ’n meer omvattende begrip is as wat aanvanklik beskryf is. Sielkundige weerbaarheid verwys nie na ’n enkele fenomeen nie, maar eerder na die gedrag en uitkomst in empiries bepaalde omstandighede (McMurray et al., 2008).

Binne die raamwerk van multidimensionele interaksie volstaan Goldstein en Brooks (2006) met die volgende definisie: “Resilience can be defined as a child’s achievement of positive developmental outcomes and avoidance of maladaptive outcomes under adverse conditions” (p.6). Soos reeds genoem, omvat sielkundige weerbaarheid alle faktore wat direk of indirek korreleer of ’n positiewe uitkoms by hoërisiko-kindere het. Sielkundige weerbaarheid lei tot normale ontwikkeling onder moeilike omstandighede – soos Masten (2001, p.227) dit stel: “... the development of children growing up under the threat of disadvantage and adversity”. Volgens Newman en Blackburn (2002) is kindere wat sielkundig weerbaar is beter toegerus om stres en teenspoed te weerstaan, om met verandering en onsekerheid te cope, en om vinniger en meer volledig van traumatiese gebeure te herstel. Layne et al. (2007) omskryf sielkundige weerbaarheid weer as die uitkoms van prosesse wat met ontwikkeling verband hou en positiewe aanpassing in stresvolle omstandighede en trauma bevorder, asook aanpassing om die eise van alledaagse lewensomstandighede die hoof te bied.

Sielkundige weerbaarheid moet binne ’n holistiese konteks verstaan word. Dit is ’n komplekse aanpassingsproses waarin veelvuldige fasette, byvoorbeeld kognisie, gedrag en sosiale en kulturele komponente, ’n beduidende funksie vervul. Die ontwikkeling en positiewe aanpassingsproses vind dwarsdeur ’n persoon se lewe plaas (Ungar & Lerner, 2008; Ungar & Liebenberg, 2009).

Tusaie, et al., (2007) definieer sielkundige weerbaarheid soos volg:

Resilience is the capability to adapt better than expected in the face of significant adversity or risk. This capability changes over time, is developmentally specific, influenced by risk and protective factors in the person and the environment, and it also contributes to the maintenance and enhancement of health. Resilience can be described for a specific domain (psychosocial, physical, work or school) or as overall general resilience (p.54).

Die begrip van sielkundige weerbaarheid moet ook toegepas kan word op die sisteem waarbinne die individu se ontwikkeling plaasvind. Verskeie sisteme is in interaksie met mekaar, byvoorbeeld die gesin en familie, skool, omgewing, gemeenskap en kultuur (Masten, 2007).

Sapienza en Masten (2011) meld dat die definisie van sielkundige weerbaarheid met elke ontwikkelingsfase in navorsing meer dinamies word.

Huidige definisies weerspieël die sisteemraamwerk en omvat verskeie dissiplines. Sielkundige weerbaarheid is volgens Sapienza en Masten (2011) “... the capacity of a dynamic system to withstand or recover from significant challenges that threaten its stability, viability, or development” (p.268).

2.3.4 Risiko- en beskermingsfaktore

Daar is ’n wye reeks risiko- en beskermingsfaktore wat volgens die literatuur ’n invloed op die individu se ontwikkeling het (Coleman & Hagell, 2007; Daniel & Wassel, 2002; Garnezy & Rutter, 1983; Goldstein & Brooks, 2006; Masten & Reed, 2002; McMurray et al., 2008; Newman & Blackburn, 2002).

2.3.4.1 Risikofaktore

Verskillende tipes risikofaktore word geïdentifiseer, byvoorbeeld premature geboorte, egskeiding, mishandeling, moederskap by tieners, sieklike ouers, psigopatologie, haweloosheid, gemeenskapstrauma, armoede, oorlog en natuurrampe (Coleman & Haggell, 2007; Masten & Reed, 2002). Studies dui daarop dat risikofaktore neig om saam te groepeer of gelyktydig voor te kom en met verloop van tyd te akkumuleer, wat as kumulatiewe risiko’s bekend staan (Masten & Reed, 2002).

Gest, Reed en Masten (1999) tref ’n onderskeid tussen onafhanklike en nie-onafhanklike risikofaktore. Onafhanklike risikofaktore is buite die beheer van die individu, byvoorbeeld die dood van ’n ouer of natuurrampe. Nie-onafhanklike gebeure hou verband met die individu se gedrag en sluit verhoudingsprobleme, die neem van risiko’s en ander soortgelyke gedrag in. Die voorkoms van nie-onafhanklike gebeure neem toe namate die kind ouer word.

Die mees algemene benadering is om risikofaktore binne die drie interafhanklike dimensies te plaas, naamlik individuele faktore, gesinsfaktore en wyer gemeenskapsfaktore (Coleman & Hagell, 2007; Luthar, 2006; McMurray et al., 2008).

Individuele faktore is onder meer 'n angstige temperament, laer intelligensie, swak gesondheid, hiperaktiwiteit, beperkte aandagspan en lae frustrasietoleransie (Coleman & Hagell, 2007; Luthar, 2006; McMurray et al., 2008).

Gesinsfaktore verwys na swak gesondheid en/of geestesgesondheid van die ouers, ouerlike konflik, ouers wat by misdaad betrokke is, ongenadige en onkonsekwente dissipline, verlies van 'n ouer weens dood of egskeiding, en ontwrigte sibbe (Coleman & Hagell, 2007; Luthar, 2006; McMurray et al., 2008). Volgens Cicchetti (2002) lei die faktore daartoe dat die kinders se basiese behoeftes vir fisiese sorg, ondersteuning, beskerming en emosionele sekuriteit nie bevredig word nie. Dit het dus 'n effek op die:

“social, biological, and psychological conditions that are associated with maltreatment set in motion a probabilistic path of epigenesis for maltreated children characterized by an increase likelihood of failure and disruption in the successful resolution of major stage-salient tasks of development” (Cicchetti, 2002, p.1416).

Gemeenskaps- en sosiale faktore slaan weer op byvoorbeeld armoede, swak behuising, swakgehalte-onderrig en ander dienste, hoë voorkoms van misdaad, geweld, substansiemisbruik en 'n gebrek aan gemeenskapsrolmodelle (Coleman & Hagell, 2007; Luthar, 2006; McMurray et al., 2008). Verwerping deur die portuurgroep het 'n invloed op verskeie sisteme in die latere lewe, byvoorbeeld internalisering van probleme, vroeë skoolverlating en jeugmisdad (Kupersmidt & Dodge, 2004). Navorsing toon dat, indien kinders in hulle vroeë ontwikkeling aan geweld en trauma blootgestel word, dit 'n uitwerking op die ontwikkeling van die neurologiese sisteem kan hê. Blootstelling aan geweld kan die kind se vermoë om toepaslik op stres te reageer, beïnvloed (Cicchetti, 2010; Cicchetti & Walker, 2003).

Stalker (2007) is van mening dat risikofaktore spesifieke betrekking op jeugdiges met gestremdhede het. Hulle kom in hul daaglikse lewens teen 'n verskeidenheid van struikelblokke te staan. Dit sou egter foutief wees om 'n gestremdheid of persone met gestremdhede outomaties op grond van 'n fisiese, sensoriese of kognitiewe gebrek aan risiko gelyk te stel. Persone met gestremdhede beskik dikwels oor sielkundige weerbaarheid en is dikwels baie vindingryk deur byvoorbeeld 'n verskeidenheid strategieë te ontwikkel om uitdagings te hanteer.

Risikofaktore vir die persoon met 'n gestremdheid is volgens Stalker (2007) op makro- en mikrovlak geleë. Op makrovlak is dit onder meer gesondheidsstruikelblokke, afknouery, treitering en teistering deur ander kinders, asook onkunde van en vooroordeel deur volwassenes. Fisiese en materiële struikelblokke is byvoorbeeld die behoefte aan toeganklike vervoer, geboue en inklusiewe ontspanningsaktiwiteite.

Op mikrovlak behels die risiko's waarmee gestremdes en hulle gesinne gekonfronteer word die volgende: werkloosheid, lae inkomste, armoede, en kostes wat met die gestremdheid gepaardgaan (soos hulpmiddels, woonhuisaanpassings en versorgers). Die gehalte van ondersteuningsdienste verskil en Bynner (2001) meld die sosiale uitsluiting van die persoon met 'n gestremdheid as 'n pertinente risikofaktor. Volgens Emerson (2012) dui data van nasionale opnames in Engeland aan dat jeugdiges met gestremdhede in vergelyking met die niegestremde portuurgroep meer aan 'n reeks omgewingstressors blootgestel word, byvoorbeeld armoede, swak lewensomstandighede, afknouery en sosiale uitsluiting.

Risikofaktore verhoog die moontlikheid dat kinders nie die gewenste uitkomst sal bereik nie. Faktore wat met sielkundige weerbaarheid verband hou, verhoog die moontlikheid dat kinders weerstand sal bied en selfs sal herstel. Positiewe kinderontwikkeling is egter nie eenvoudig 'n saak van uitskakeling en vermindering van risikofaktore en die bevordering van sielkundige weerbaarheid nie. Risiko's moet dikwels bestuur word ten einde sielkundige weerbaarheid te bevorder. Newman en Blackburn (2002) stel dit soos volg: "The successful management of risk is a powerful resilience-promoting factor in itself" (p.3). Kinders oorkom gewoonlik 'n enkele trauma of matige risiko. Sodra risiko's egter akkumuleer, neem die kinders se vermoëns om

risiko te deurstaan drasties af. Oorgangstydperke is dikwels periodes van verhoogde risiko (Newman & Blackburn, 2002).

2.3.4.2 Beskermingsfaktore

Die sleutel tot sielkundige weerbaarheid is volgens die literatuur in beskermingsfaktore geleë (Coleman & Hagell, 2007; Daniel & Wassel, 2002; Garmezy & Rutter, 1983; Goldstein & Brooks, 2006; Masten & Reed, 2002; McMurray et al., 2008; Newman & Blackburn, 2002). Bynner (2001) omskryf beskermingsfaktore soos volg:

Protective factors work on the more malleable components of development reflecting the different kinds of resources that may help the child to resist adversity. They comprise the emotional, educational, social and economic influences on the child's life operating singly, or more usually, in interaction with each other (p.286).

Beskermingsfaktore kan binne drie interafhanklike dimensies geplaas word, naamlik individuele faktore, gesinsfaktore en wyer gemeenskaps- en sosiale faktore (Coleman & Hagell, 2007; Garmezy & Rutter 1983; Luthar, 2006; McMurray et al., 2008).

Individuele faktore is byvoorbeeld gesonde verstand, hoër intelligensie, positiewe temperament en 'n positiewe siening van die self, selfwerkzaamheid en interne lokus van kontrole, empatie en altruïsme, verantwoordelikheid, sosiale vaardighede, positiewe selfkonsep, ingesteldheid op prestasie, waardes, humor en beplanningsvermoë (Daniel & Wassel, 2002; Gutman, Sameroff, & Cole, 2003; Howard & Johnson, 2000; Luthar, 2006; Masten 2001). Praktiese en emosionele intelligensie (Salovey, Stroud, Woolery, & Epel, 2002), optimisme, spiritualiteit en die stel van doelwitte (Smith, Tooley, Christopher, & Kay, 2010) word ook genoem.

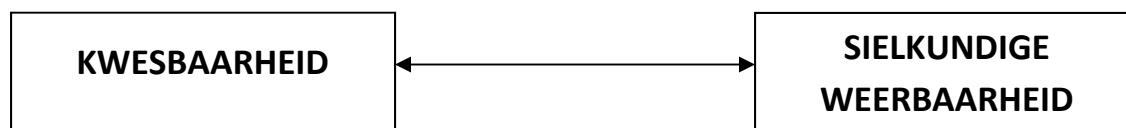
Gesinsfaktore is onder meer warmte, kohesie/samehorigheid, gehegtheid, hoë verwagtinge en ouerlike betrokkenheid, gesinsharmonie, afwesigheid van gesondheid en substansie-afhanklikheidsprobleme by ouers, aanmoediging tot outonomieit (veral by dogters), voldoende finansiële en materiële hulpbronne (Daniel & Wassel, 2002; Luthar & Zelazo, 2003; Masten,

2001). Daar is ook bevind dat sibbe 'n beskermingsfaktor in hoërisiko-gesinne kan wees. Die interaksie met ouer sibbe lei tot verbetering in taal, kognitiewe ontwikkeling en begrip vir ander se emosies en perspektiewe. Die omgekeerde is ook waar, naamlik dat 'n negatiewe voorbeeld van die ouer sibbe tot antisosiale gedrag kan lei. Verder kan ouers in hulle optrede teenoor en hantering van die sibbe onderskeid tref. Hierdie differensiering word met emosionele en gedragsprobleme by kinders vereenselwig (Brody, 2004). Die uitgebreide familie, byvoorbeeld grootouers, kan ook emosionele en materiële ondersteuning aan die kind verskaf (Taylor, 1996).

Wyer gemeenskaps- en sosiale faktore behels hoëgehalte-onderdig en -skole, positiewe verhoudings met onderwysers en betekenisvolle ander persone, kontak met die portuurgroep en sterk sosiale netwerke, positiewe ervaring van die sosiale rol, positiewe ervarings in die skoolomgewing, positiewe volwasse rolmodelle, lidmaatskap (godsdiens, gemeenskappe, jeugorganisasies, omgewings/woonbuurthulpbronne, (Coleman & Hagell, 2007; Daniel & Wassell, 2002; Howard & Johnson, 2000; Luthar, 2006; McMurray et al., 2008). Daar is bevind dat positiewe verhoudings met alternatiewe versorgers as beskermingsfaktor kan dien (Reis & Collins, 2004). Ander verhoudings, byvoorbeeld wederkerige en ondersteunende vriendskapsverhoudings en verhoudings met die portuurgroep, word met 'n verhoogde siening van die self, selfaanvaarding en verbeterde sosiale vaardighede in verband gebring (Bolger & Patterson, 2003; Kupersmidt & Dodge, 2004).

Beskermingsfaktore is in interaksie met mekaar en word op alle vlakke van die jongmens se ekologiese en sosiale omgewing aangetref. Die individu se vlak van sielkundige weerbaarheid val volgens Daniel en Wassel (2002) in 'n dimensie van kwesbaarheid en sielkundige weerbaarheid.

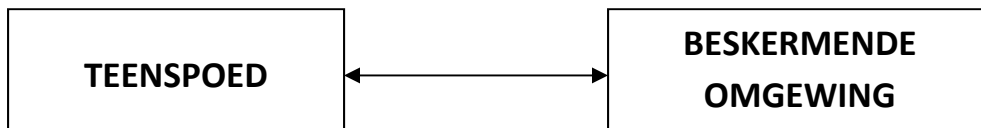
Figuur 1. Dimensies waarin individuele faktore van sielkundige weerbaarheid aangetref word. (Daniel & Wassel, 2002, p.11)



Die dimensie verwys na die intrinsieke kwaliteite van die individu. Sommige individue is intrinsiek sielkundig meer weerbaar as ander vanweë 'n wye reeks faktore (Daniel & Wassel, 2002). Die kind se reaksie op risiko's en moeilike omstandighede word dus deur persoonlike eienskappe, biologiese eienskappe en sosiale faktore bepaal (Bynner, 2001).

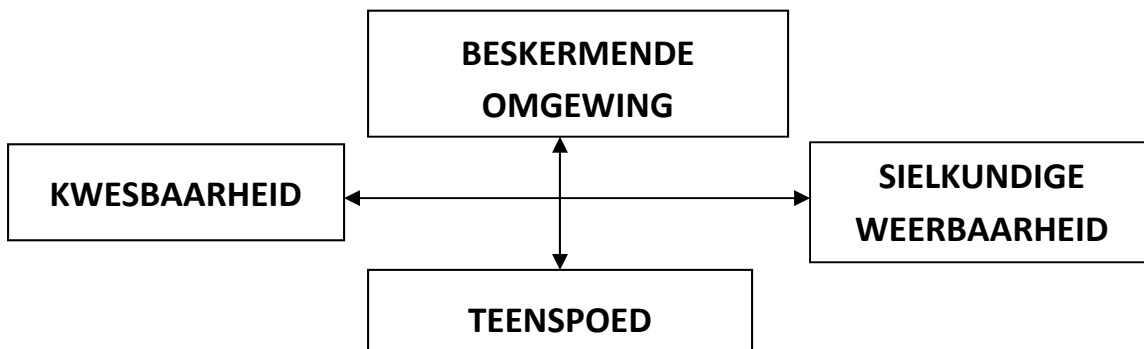
Individuele verskille kan ook vanuit 'n dimensie van teenspoed en 'n beskermende omgewing verstaan word. Hierdie dimensie omvat die ekstrinsieke faktore en word aangetref in die buitenste ekologiese vlakke van die familie en wyer gemeenskap, byvoorbeeld hegte verhoudings en gehegtheidsekuriteit, asook die ondersteuning van 'n lid van die uitgebreide familie (Daniel & Wassel, 2002).

Figuur 2. Dimensies waarin ekstrinsieke faktore van sielkundige weerbaarheid aangetref word. (Daniel & Wassel, 2002, p.11)



Die dimensies is met mekaar in interaksie en verskaf saam 'n raamwerk waarbinne teenspoed en positiewe faktore op alle ekologiese vlakke van die kind se sosio-emosionele omgewing geëvalueer kan word.

Figuur 3. Raamwerk vir die evaluering van faktore van sielkundige weerbaarheid (Daniel & Wassell, 2002, p.11)



2.3.5 Navorsingsraamwerke en modelle van sielkundige weerbaarheid

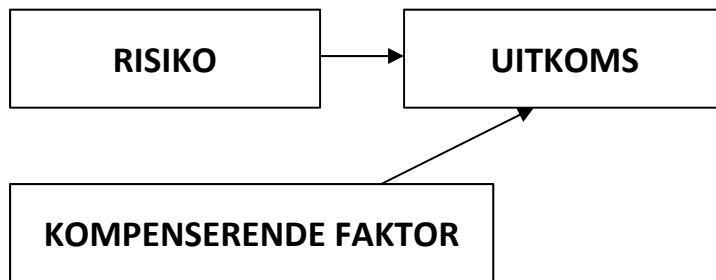
Teoretiese modelle vervul 'n belangrike rol in die uitbeelding of voorstelling van die konseptuele raamwerke van sielkundige weerbaarheid en dien as riglyn vir data-analise en intervensie. Die komponent van sielkundige weerbaarheid, sowel as die funksionele verhouding tussen komponente, word uitgebeeld. Die komponente behels onder meer risiko (teenspoed, trauma, kumulatiewe lewensgebeure, of spesifieke traumatiese gebeure), positiewe aanpassingskriteria (algemene of spesifieke aanduiders van bevoegdheid, psigologiese welstand, of ander aanduiders van geestesgesondheid) en ander komponente van belang, spesifiek veranderlikes of invloede wat tot beter aanpassing kan bydra. Hierdie faktore staan as beskermingsfaktore bekend (Masten, 2011).

Garmezy, Masten en Tellegen (1984) stel drie modelle van sielkundige weerbaarheid voor, naamlik die kompenserende model (“compensatory model”), die uitdagingsmodel (“challenge model”) en die beskermingsfaktormodel (“protective factor model”). Die modelle dui die interaksie tussen beskermings- en risikofaktore aan wat tot gesonde funksionering en ontwikkeling lei. Dit dui op die impak van stres en persoonlike eienskappe op die kwaliteit van aanpassing (Garmezy et al., 1984; Fleming & Ledogar, 2008; Rutter, 1985; Zimmerman & Arunkumar, 1994) Die modelle dra by tot 'n begrip van die rede waarom sommige jeugdige wat aan risiko's blootgestel is, in staat is om risiko's te oorkom en negatiewe uitkomst te vermy (Fergus & Zimmerman, 2005).

2.3.5.1 Die kompenserende model

'n Kompenserende faktor neutraliseer of werk teen die blootstelling aan risiko. Dit is nie in interaksie met die risikofaktor nie, maar het 'n onafhanklike en direkte invloed op die uitkoms (Fergus & Zimmerman, 2005; Garmezy et al., 1984). Die risiko- sowel as die kompenserende faktor dra gesamentlik by tot die uitkoms, byvoorbeeld stres (risikofaktor) en selfbeeld (kompenserende faktor) kombineer om bekwaamheid (uitkoms) te voorspel (Garmezy et al., 1984; Masten et al., 1988).

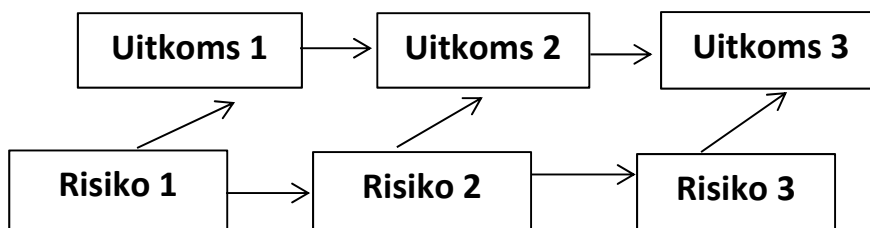
Figuur 4. Die kompenserende model (Zimmerman & Arunkumar, 1994)



2.3.5.2 Die uitdagingsmodel

Volgens hierdie model kan matige blootstelling aan risikofaktore die potensiaal vir suksesvolle aanpassing versterk. Tydens die blootstelling aan risikofaktore word vaardighede vir positiewe aanpassing aangeleer (Fergus & Zimmerman, 2005; Fleming & Ledogar, 2008). Baie hoë vlakke van blootstelling aan risikofaktore kan egter daartoe lei dat die individu oorweldig word, wat op sy beurt wanaanpassing kan veroorsaak. Indien die uitdaging oorkom word, versterk dit bevoegdheid en berei dit die individu voor vir uitdagings wat volg (Zimmerman & Arunkumar, 1994). Volgens Richardson (2002) vind daar herintegrasie plaas wanneer die individu insig en groei as resultaat van die blootstelling aan risikofaktore ervaar.

Figuur 5. Die uitdagingsmodel (Zimmerman & Arunkumar, 1994)

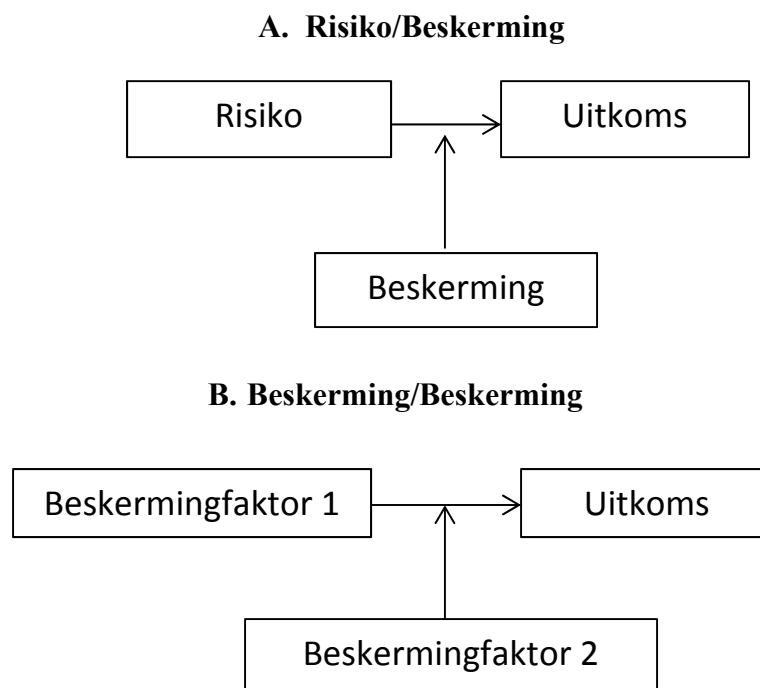


2.3.5.3 Die beskermingsfaktormodel

Die model beskryf die proses waartydens 'n beskermingsfaktor die effek van die risikofaktor modereer om sodoende die risiko van 'n negatiewe uitkoms te verminder (Fergus & Zimmerman,

2005; Zimmerman & Arunkumar, 1994). Brook en Brook (1990) het twee modelle voorgestel, naamlik die risiko/beskermingsmodel en die beskerming/beskermings-model. By die risiko/beskermingsmodel word die negatiewe effek van 'n risikofaktor getemper of verminder, byvoorbeeld adolessente wat dwelms misbruik (risikofaktor) is meer geneig tot seksuele risikogedrag (uitkoms). Die negatiewe effek kan deur blootstelling aan omvattende seksvoorligting (beskermingsfaktor) verminder (Fergus & Zimmerman, 2005). By die beskerming/beskermingsmodel word die beskermingsfaktor se effek deur 'n ander beskermingsfaktor versterk. Die moontlikheid van 'n negatiewe uitkoms word op hierdie wyse verminder, byvoorbeeld die positiewe effek van akademiese bevoegdheid word deur ouerlike ondersteuning versterk (Fergus & Zimmerman, 2005; Zimmerman & Arunkumar, 1994). Fergus en Zimmerman (2005) wys daarop dat sielkundige weerbaarheid die teenwoordigheid van 'n risiko vereis en dat die model dus moontlik nie aan die vereiste voldoen nie, mits dit in 'n populasie van toepassing is waar daar 'n risiko vir negatiewe uitkomst is.

Figuur 6. Die beskermingsfaktormodel (Zimmerman & Arunkumar, 1994)



Die drie modelle verskaf 'n basis vir die ondersoek van positiewe uitkomstes in hoërisiko-omgewings. Metodologiese en teoretiese twispunte rakende die definiering en meting van konstruksies blyk problematies vir navorsing met betrekking tot sielkundige weerbaarheid te wees.

Bestaande modelle moet egter uitgebrei word om die bevordering van bevoegdheid en welstand in te sluit, asook die wyer en komplekse interaksie tussen die verskeie sisteme, vanaf die molekulêre tot die globale sisteem, in die individu se lewe (Fergus & Zimmerman, 2005; Goodkind et al., 2012; Masten, 2011; Sapienza & Masten, 2011).

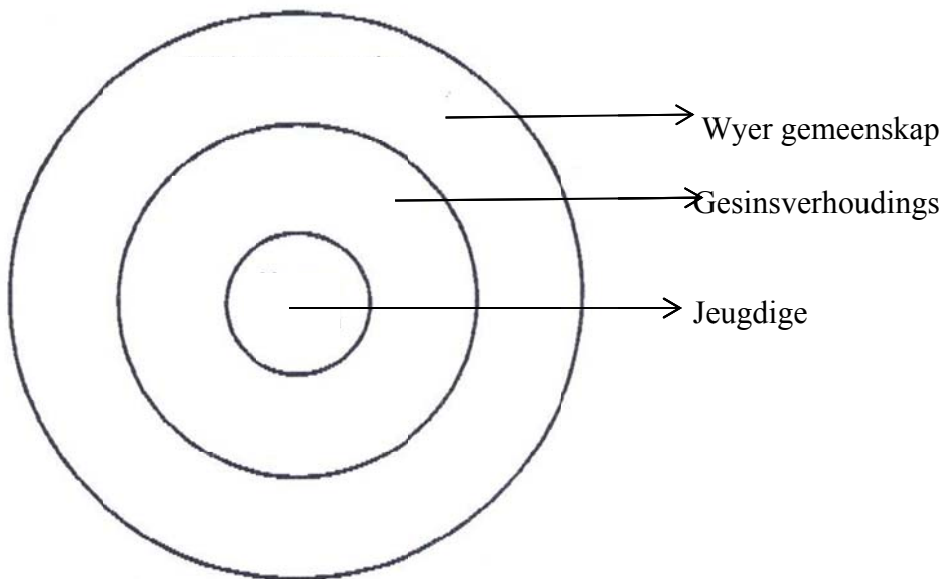
2.3.6 Terreine/sisteme van sielkundige weerbaarheid

Die literatuur meld veelvuldige faktore wat met sielkundige weerbaarheid verband hou (Garmezy & Rutter, 1983; Goldstein & Brooks, 2006; Luthar, 2006). Volgens Gilligan (1997) vorm die volgende fundamentele beginsels die grondslag vir sielkundige weerbaarheid: 'n veilige basis (waar kinders sekuriteit en affiliasie ervaar), 'n gevoel van eiewaarde (interne gevoel/begrip van waarde en bevoegdheid/bekwaamheid) en 'n gevoel van selfdoeltreffendheid ('n gevoel van bemeestering en beheer tesame met 'n akkurate begrip van persoonlike sterktes en beperkinge). Rutter (1985) het die volgende faktore as grondslag vir sielkundige weerbaarheid uitgesonder: 'n gevoel van eiewaarde en selfvertroue, 'n gevoel van selfdoeltreffendheid en 'n repertoire van sosiale probleemoplossingsvaardighede.

Luthar (1993) is ook van mening dat sielkundige weerbaarheid nie 'n universele kwaliteit is wat in die individu gesetel is nie, maar dat dit eerder in verskillende terreine voorkom. Die individu kan byvoorbeeld ten opsigte van sosiale bevoegdheid sielkundig weerbaar wees, maar nie ten opsigte van akademiese prestasie nie. Luthar en Zelazo (2003) is van mening dat dit sinvol en prakties is om die faktore in verskillende sisteme te plaas, naamlik die individuele sisteem, die gesinsisteem en die wyer gemeenskapsisteem. Die indeling word deur verskeie navorsers gemeld (Coleman & Haggell, 2007; Daniel & Wassel, 2002; McMurray et al., 2008).

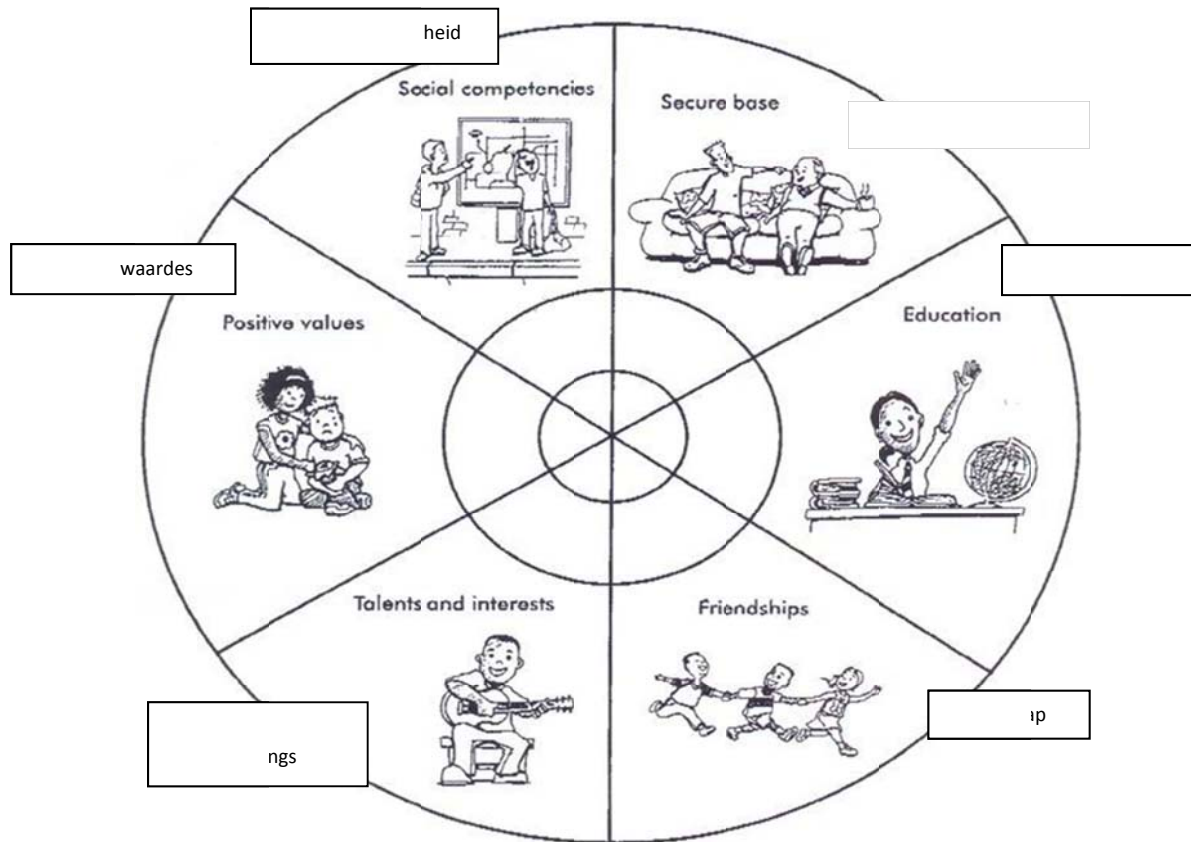
Ontwikkeling word dikwels deur kontekstuele teorieë in 'n breë raamwerk geplaas, byvoorbeeld Bronfenbrenner se ekologiese sisteemteorie (Salkind, 1985). Sielkundige weerbaarheid kan dus binne 'n ekologiese raamwerk verstaan word.

Figuur 7. Ekologiese raamwerk (sielkundige weerbaarheid) (Daniel & Wassel, 2002, p.9)



Daniel en Wassel (2002) onderskei die volgende ses terreine in 'n kind se lewe wat binne die drie ekologiese vlakke 'n bydrae tot die kind se sielkundige weerbaarheid of kwesbaarheid lewer, naamlik 'n veilige basis, opvoeding, vriendskap, talente en belangstellings, positiewe waardes, en sosiale bedrewenheid.

Figuur 8. Terreine van sielkundige weerbaarheid (Daniel & Wassel, 2002, p.14)



Masten (2007) stel 'n veelvlakkige integrasie en interdisiplinêre benadering vir sielkundige weerbaarheid voor. Die volgende sisteme of terreine word in die navorsing gemeld: Gesondheids- en stresssisteem; inligtingsverwerking- en probleemoplossingsisteem; gehegtheidverhoudings (ouers, vriende en betekenisvolle ander); selfregulerende en respons-inhibeerder-sisteem; bemeesterings- en beloningsisteem; spirituele en godsdienssisteem; gesin/familiesisteem; portuurgroepsisteem; skoolsisteem; en wyer gemeenskap- en kulturele sisteem (Masten, 2007).

Die volgende tien faktore en terreine wat met sielkundige weerbaarheid in jeugdiges verband hou, word volgens Sapienza en Masten (2011) algemeen in bestaande navorsing aangetref. Die faktore is die volgende: positiewe verhoudings met volwassenes wat omgee (gehegtheid);

doeltreffende ouerskap en sorg (gehegtheid-familie); intelligensie en probleemoplossingsvaardighede (leer- en denksisteem, sentrale senuweestelsel); selfregulerende vaardighede (uitvoerendefunksie-sisteem); waarneembare doeltreffendheid en kontrole (bemeestering-, motivering- en beloningsisteem); prestasie-motivering (bemeestering-, motivering- en beloningsisteem); positiewe vriendskapsverhoudings en romantiese verbintnisse (gehegtheid, portuurgroep en gesin/familiesisteem); geloof, hoop en spiritualiteit (geloof- en kulturele sisteem); siening dat die lewe betekenisvol is (geloof- en kulturele sisteem); en doeltreffende onderwysers en skole (opvoedingsisteem).

Dit is dus duidelik dat sielkundige weerbaarheid nie 'n enkele karaktereienskap is nie, maar dat:

- Sielkundige weerbaarheid 'n proses is (dit is die gevolg van die interaksie tussen risiko- en beskermingsfaktore).
- Sielkundige weerbaarheid die reaksie op moeilike omstandighede is.
- Daar verskillende tipes sielkundige weerbaarheid is na gelang van die spesifieke individu en situasie.
- Sielkundige weerbaarheid nie staties is nie en deur die lewensloop kan verander (sielkundige weerbaarheid kan byvoorbeeld in een lewenstadium ontbreek, maar in 'n ander fase ontwikkel as gevolg van die teenwoordigheid van beskermingsfaktore).
- 'n Persoon wat sielkundig minder weerbaar as 'n ander persoon is dus nie daarvoor blameer kan word nie.
- Sielkundige weerbaarheid nie met waarde-oordele te make het nie, maar wel met begrip vir die individu se reaksie op 'n komplekse stel positiewe en negatiewe omstandighede.
- Sielkundige weerbaarheid vereis dat navorsingsresultate binne 'n veelvlakkige benadering geïntegreer moet word (Coleman & Hagell, 2007; Daniel & Wassel, 2002; Goldstein & Brooks, 2006; Masten, 2007; Sapienza & Masten, 2011).

Professionele volwassenes wat met kinders werk en na hulle belange omsien, sal meer sukses met die kind in ongunstige omstandighede bereik indien hul ook op die psigologiese reserwes en bekwaamhede eerder as net die swakhede beklemtoon. Goldstein en Brooks (2006) wys daarop dat hulle ná jare van kliniese ervaring tot die besef gekom het dat die beste voorspeller vir

kinders se funksionele ontwikkeling tot volwassenheid nie in die behandeling of verligting van simptome geleë is nie, maar in die begrip van, waardering vir en koestering van hulle sterktes en bemagtiging. Sielkundige weerbaarheid moet binne 'n holistiese konteks verstaan word. Verskeie sisteme is in interaksie met mekaar, byvoorbeeld gesin-, skool-, omgewing-, gemeenskap- en kulturele sisteme ten einde welstand te bevorder. Welstand omvat dus suksesvolle aanpassing, bekwaamheid, sielkundige weerbaarheid en bemagtiging van die individu, asook modifikasie en aanpassing van die sosiale sisteem.

2.4 SAMEVATTING

Positiewe sielkunde verteenwoordig 'n studie van die interaksie van sisteme ten einde aanpassing en sielkundige weerbaarheid te bevorder. Die navorser is egter van mening dat dit nie prakties is om uitsluitlik op 'n fortigene perspektief te fokus nie. Die mens beskik oor psigologiese reserwes en swakhede en ons leef in 'n gebroke wêreld waar hartseer, pyn, siektes en onreg 'n gegewe is. Die fortigene sowel as die patogene moet dus in ag geneem word ten einde holisties na welstand te kyk. Welstand is 'n multidimensionele, dinamiese proses. Positiewe sowel as negatiewe aspekte behoort ondersoek te word vir beter begrip en hulpverlening. Soos Beaver (2008, p.134) dit stel:

[A]s we all know, both bad and good are part of life. This broadened focus will allow us to better aid the family in helping children be happier and more fully engaged in their lives rather than settle for reduction of symptoms.

Dit is egter van die uiterste belang om negatiewe aspekte in die lewe te reduceer en dan aan te beweeg om die positiewe te bevorder (Simonton & Baumeister, 2005). Sielkundige weerbaarheid is die gevolg van 'n komplekse interaksie tussen verskeie sisteme in die individu se lewe vanaf die molekulêre tot die globale sisteem. Daar is dus 'n komplekse, multidimensionele interaksie tussen risikofaktore, biologiese funksionering, omgewingsaspekte en beskermingsfaktore ten einde 'n positiewe uitkoms te verseker (Goldstein & Brooks, 2006; Masten, 2007; Sapienza & Masten, 2011).

Die prosesse van sielkundige weerbaarheid is 'n nodige en intrinsieke oorweging wanneer die psigososiale uitkomst van kinders, wat aan ongunstige toestande en teenspoed blootgestel is, geëvalueer word. O'Dougherty Wright en Masten (2006) omskryf psigososiale bevoegdheid as die aangepaste gebruik van persoonlike en kontekstuele hulpbronne om ouderdomstoepaslike ontwikkelingstake te bereik.

Daar word dikwels na sielkundige weerbaarheid as 'n biopsigososiale fenomeen verwys (Schofield & Beek, 2005). Psigososiale ontwikkeling en psigososiale faktore sal volledig in hoofstuk vier bespreek word.

HOOFSTUK DRIE

GESTREMDHEID, SEREBRALE GESTREMDHEID EN ADOLESSENSIE

INLEIDING

Die afgelope dekade is daar veral gefokus op die ontwikkeling van beleid en inisiatiewe ten opsigte van die regte van persone en kinders met gestremdhede met die doel om diskriminasie uit te skakel (Read, Blackburn, & Spencer, 2012). President Zuma het aangedui dat 'n nasionale beleid en wetgewing met implementeringsriglyne ten opsigte van gestremdheid ontwikkel word. Hierdie beleid is daarop toegespits om die aanbevelings van die Verenigde Nasies se konvensies oor die regte van persone met gestremdhede rakende toeganklikheid, rehabilitasie, deelname, gelykheid en die uitsluiting van diskriminasie in te sluit en inwerking te stel (SabinetLaw, 2011). Die noodsaaklikheid hiervan is ook gegrond daarin dat gestremdheid morele en etiese uitdagings aan die gemeenskap en professionele dienste stel (Carpenter & McConkey, 2012).

3.1 OMSKRYWING VAN DIE BEGRIP “GESTREMDHEID”

Die term “gestremdheid” is moeilik definieerbaar en sluit verskeie diverse groeperinge van gestremdhede in, byvoorbeeld persone met fisiese en sensoriese aantastings, leergestremdhede en psigopatologie (Goodley & Lawthom, 2006). As gevolg hiervan het verskeie definisies wat op diverse waardes en teorieë berus, ontstaan (Gilson & Depoy, 2000). Goodley en Lawthom (2006) is van mening dat daar nie op afsonderlike gestremdhede gefokus moet word nie, maar dat persone met 'n gestremdheid as 'n heterogene groep beskou moet word “... with many impairment labels who face a number of overlapping experiences of exclusion or disablement” (p.2).

3.2 VOORKOMS VAN GESTREMDHEID

Betroubare inligting en statistiek rakende die aard en voorkoms van gestremdheid in Suid-Afrika ontbreek. Die gebrekkige statistiek word aan 'n verskeidenheid faktore toegeskryf, byvoorbeeld verskillende definisies, verskillende metodes van dataversameling, vooroordeel teenoor die individu met 'n gestremdheid, swak infrastruktuur in onderontwikkelde gebiede, en vlakke van geweld in sekere areas. Beskikbare statistiek dui egter daarop dat tussen 5% en 12% van Suid-Afrikaners matig tot erg gestrem is (South Africa, 1997). Statistiek van die Verenigde Nasies se Ontwikkelingsprogram (VNOP) en die Sentrale Statistiese Diens (SSD) word in die Witskrif (South Africa, 1997) aangedui. Die VNOP het in 1990 geraam dat 5,2% van die wêreldbevolking matig tot erg gestrem is. Die SSD het in sy 1995-opname die voorkoms van gestremdheid in Suid Afrika op ongeveer 5% van die bevolking geskat. Die 2001-sensusopname in Suid-Afrika toon dat daar 2 255 982 individue met 'n vorm van gestremdheid is – dit is 5% van die totale bevolking wat in die sensus in berekening gebring is (Statistics South Africa, 2005). Volgens die Algemene huishoudelike opname van 2010 word die persentasie van gestremdheid in Suid-Afrika op 6,3% gereken (StatSa GHS, 2010).

3.3 DEFINIËRING VAN GESTREMDHEID VOLGENS VERSKILLENDE MODELLE

Die definiëring van gestremdheid hang nou saam met die model of benadering wat as algemene verwysingsraamwerk gebruik word. Elke model het 'n eiesoortige perspektief ten opsigte van waar die probleem gesetel is en die wyse waarop die probleem opgelos moet word (Olkin, 1999). Die volgende modelle word genoem: Olkin (1999) tref 'n onderskeid tussen die morele, mediese en sosiale modelle. DPSA (Disabled People South Africa) (2000) maak in hulle publikasie melding van die biomediese, filantropiese, sosiologiese en ekonomiese modelle. Benewens die mediese en sosiale modelle onderskei Gilson en Depoy (2000) ook die politieke en kulturele modelle, terwyl Ross en Deverell (2005) die biomediese en die psigo-sosio-omgewingsmodel noem. Vir die doel van hierdie studie word slegs die mediese en sosiale modelle bespreek.

3.3.1 Mediese of biomediese model

Hierdie model het in die middel-1800's stukrag gekry (Olkin, 1999). Die begrip "biomedies" verwys na die tradisionele of wetenskaplike mediese denkwysse. Hiervolgens word gestremdheid gekonseptualiseer as 'n probleem of defek geleë in die individu wat na 'n spesifieke etiologie teruggevoer kan word, byvoorbeeld siekte, trauma of ander gesondheidstoestande. Mediese intervensie en rehabilitasie fokus op die liggaam. Die doel van die behandeling is herstel, verhoging van funksionaliteit, en aanpassing van leefwyse en gedrag. Die pasiënt is die passiewe ontvanger van die behandeling wat op mediese kennis en vaardigheid gegrond is (Gilson & Depoy, 2000; Olkin, 1999; Ross & Deverell, 2005). Tregaskis (2006) is van mening dat die model die individu depersonaliseer en tot 'n objek reduceer. Gilson en Depoy (2000) is dit eens en sê dat hierdie siening die individu wat nie deur professionele intervensie herstel kan word nie, as vir altyd gebrekkig beskou.

3.3.2 Sosiale model

Dié model is reeds in die vroeë 1900's ontwikkel, maar het weer in die 1970's sterk op die voorgrond getree (Olkin, 1999). Die model het uit die gemeenskap van persone met gestremdhede ontstaan. Hiervolgens word gestremdheid as deel van die diversiteit van die menslike bestaan gesien en nie noodwendig as 'n probleem wat genees of herstel moet word nie (Adams, Swain, & Clark, 2000; Gilson & Depoy, 2000). Volgens Olkin (1999) impliseer die model ook dat persone wat gestrem is self by besluitneming oor persone met gestremdhede betrokke moet wees. Die fokus verskuif dus na die wyse waarop gestremdheid deur die samelewing geskep en onderhou word deur die sosiale, ekonomiese, politieke, kulturele, relasionele en sielkundige uitsluiting van persone met gestremdhede (Goodley & Lawthom, 2006). Volgens hierdie model is die probleem dus nie in die persoon self geleë nie, maar in die omgewing wat nie daarin slaag om vir persone met gestremdhede voorsiening te maak nie, asook in die negatiewe houding en vooroordeel van niegestremdes (Olkin, 1999; Tregaskis, 2006). Die fokus verskuif dus van die persoon met 'n gestremdheid en 'n probleem in isolasie na die groep, omgewing en diskriminerende houding van die samelewing; dus van individuele patologie tot

sosiale onderdrukking (Olkin, 1999). Volgens Pahad (2002) is 'n persoon gestrem wanneer die sosiale omgewing nie die persoon se fisiese, sensoriese of verstandelike verskille in ag neem nie. Na sy mening word die dag-tot-dag-probleme wat deur die persoon met 'n gestremdheid beleef word, veroorsaak deur die feit dat hulle in 'n vyandige wêreld leef wat hoofsaaklik volgens niegestremde mense se behoeftes ontwerp is. Oplossings is dus geleë in die verwydering van sosiale en omgewingstruikelblokke ten einde sosiale, fisiese, beroeps- en spirituele deelname van die persoon met 'n gestremdheid te verseker (Gilson & Depoy, 2000). In die sogenaamde sterk sosiale model word 'n onderskeid tussen benadeling/aantasting (“impairment”) en onvermoë/ongeskiktheid (“disability”) getref (Olivier, 1990). Benadeling/aantasting word gedefinieer as die funksionele beperkings van ons liggaam en verstand, en onvermoë/ongeskiktheid as stremende struikelblokke van ongelyke toegang en negatiewe houdings (Morris, 2001). Gestremdheid, soos omskryf deur die sosiale model, omvat dus 'n sosiale, politieke, kulturele, relasionele en sielkundige fenomeen. Daar is komplekse interaksie tussen die individu met 'n gestremdheid en die sosiale en kulturele konteks (Olkin, 1999; Read et al. 2012).

Die kwessie van ontologie word in navorsing oor gestremdheid sterk beklemtoon (Bichenbach, Chatterji, Badley, & Ustün, 1999; Turner, 2003). Hierdie benadering filosofer dat broosheid, kwesbaarheid, verganklikheid en sterflikheid 'n universele kenmerk van die menslike bestaan is. Almal is dus vasgevang in die beperkinge van die menslike liggaam: daar is geen kwalitatiewe verskil tussen gestremde en niegestremde mense nie aangesien almal belemmering ervaar (Shakespeare & Watson, 2002). Tisdall (2012) stel dit soos volg: “most people have impairments at some point in their lives and capacities varies widely” (p.183). Universalisme is gebaseer op die erkenning dat elkeen in die samelewing 'n risiko het om 'n aantasting of 'n chroniese siekte op te doen. Behoeftes varieer, maar is grootliks voorspelbaar in die lewensloop (Imrie, 2004).

Hughes (2007) lewer kritiek op die universalistiese benadering deur te beweer dat die liggaam hiervolgens as 'n beperking beskou word en dat die persoon met 'n gestremdheid se liggaamlike potensiaal en moontlikhede gevolglik nie voldoende uitgedaag word nie. Die liggaam word nie as objek erken nie en die lewende liggaam word gereduseer tot 'n meganisme wat tot niet sal gaan. Die subjektiewe belewing van liggaamlikheid gaan dus verlore, gestremdheid as 'n

identiteit word vernietig en daar is dus geen plek vir die mens se verskille en diversiteit nie. Reynolds (2012) stel dit soos volg: “And justice and dignity necessitate that personhood should neither be defined by nor reduced to disability as if it is something only and always negative” (p.37).

Dit blyk dat daar twee duidelike perspektiewe met betrekking tot gestremdheid in die akademiese literatuur bestaan, naamlik die mediese en sosiale perspektief (Imrie, 2004). Volgens die mediese perspektief word gestremdheid vanuit 'n biologiese, individuele benadering gesien. Navorsing en intervensie fokus op herstel, rehabilitasie en verbetering van funksionaliteit. Die sosiale perspektief definieer gestremdheid as 'n probleem vanuit 'n gemeenskapsperspektief. Individue is dus gestrem as gevolg van die diskriminerende en bevooroordeelde gemeenskap wat persone met gestremdhede van die hoofstroom en sosiale aktiwiteite uitsluit. Die oplossing is dus geleë in beleidsverandering om diskriminasie en vooroordeel uit te skakel en om hindernisse met betrekking tot toegang tot gemeenskapsdienste te verwyder (Imrie, 2004; Ross & Deverell, 2005).

Albei bogenoemde sieninge is egter problematies omdat die interafhanklikheid en verwantskap tussen die individu en die gemeenskap, asook die subjektiewe belewenis van die persoon met 'n gestremdheid, nie erken word nie. Die teoretiese modelle konseptualiseer gestremdheid vanuit 'n eensydige perspektief. Die liggaam, gees, intellek en gemeenskap bestaan hiervolgens as afsonderlike entiteite. Marks (1999) wys op die volgende: “mind, body, and environment are not easily separable but rather mutually constitute each other in complex ways” (p.25).

Hierdie navorser stem dus saam met Gabel en Peters (2004) se redenasie dat daar 'n paradigmaskuif na 'n eklektiese model moet plaasvind. Die wisselwerkende effek van gestremdheid word ook deur Shakespeare en Watson (2002) beklemtoon. Hierdie outeurs wys daarop dat verskillende gestremdhede unieke eise en implikasies met betrekking tot gesondheid en individuele kapasiteit aan die individu stel. Dit ontlok ook verskillende reaksies by die breër kulturele en sosiale milieu.

Dit is dus duidelik dat gestremdheid 'n komplekse multidimensionele fenomeen is. Hughes (2007) beveel aan dat navorsing oor gestremdheid by die sosiale en materiële realiteit van die gestremde se beleefde ervarings moet begin eerder as om aansprake en uitsprake op grond van uitgediende, abstrakte filosofiese sienings te maak. Imrie (2004) is van mening dat verskillende perspektiewe gerekonsilieer moet word ten einde as basis vir die ontwikkeling van 'n teorie vir gestremdheid te dien. Hy meld dat die Internasionale Klassifikasie vir Funksionering, Gestremdheid en Gesondheid (ICF) die sentiment deel. Gestremdheid word toenemend gesien as nóg medies nóg sosiaal, verstandelik of fisies, maar eerder as 'n interseksie van biologiese, psigologiese en sosiale vlakke (Imrie, 2004). Die Wêreldgesondheidsorganisasie (WHO, 2011) stel die volgende omvattende beskrywing vir gestremdheid voor:

Disabilities is an umbrella term, covering impairments, activity limitations, and participation restrictions. An impairment is a problem in body function or structure; an activity limitation is a difficulty encountered by an individual in in executing a task or action; while a participation restriction is a problem experienced by an individual in involvement in life situations...Thus disability is a complex phenomenon, reflecting an interaction between features of a person's body and features of the society in which he or she lives (n.p.).

Daar bestaan dus 'n leemte in die navorsing met betrekking tot die onderlinge verwantskap tussen die persoon met 'n gestremdheid se liggaamlike funksionering en die breër sosio-kulturele waardes en praktyke (Edwards & Imrie, 2003; Watson, 2012).

3.3.3 Biopsigososiale model

'n Sintese van die mediese en sosiale benaderings word dus voorgestel, naamlik die biopsigososiale model (APA, 2012; Bichenbach et al., 1999; Imrie, 2004; Ross & Deverell, 2005; Watson, 2012). Hierdie model poog om 'n sintese te bereik deur 'n samehangende siening van verskillende dimensies van gesondheid op biologiese, individuele en sosiale vlakke te verskaf (Imrie, 2004). Die biopsigososiale model weerspieël 'n dinamiese interaksie van die individu met verskillende omgewings. Die fisiologiese, persoonlike, sosiale en kulturele sisteme

moet dus binne 'n holistiese raamwerk geïntegreer word (APA, 2012). Bhaskar en Danermark (2006) is van mening dat 'n kritiese en realistiese benadering tot gestremdheid fisiese, biologiese, sielkundige, psigososiale en emosionele, sosio-ekonomiese, kulturele en normatiewe aspekte moet insluit.

Ross en Deverell (2005) meld dat die model besig is om momentum te ontwikkel. In Suid-Afrika word die paradigmaskuif van die mediese-patologiese model na die sosiale weerspieël in die Witskrif op 'n Geïntegreerde Nasionale Gestremdheidstrategie (South Africa, 1997) en op internasionale vlak deur die ontwikkeling van die ICF se raamwerk deur die WHO (2001). Volgens hierdie model is die individu nie 'n passiewe slagoffer van siekte of gestremdheid nie, maar 'n aktiewe deelnemer in die herstel en bevordering van gesondheid. Die model het ook 'n lewensverloop-perspektief, en die ontwikkelingsvlak en lewensfase waarin individue hulle bevind, moet in ag geneem word. Professionele persone en versorgers word ook aangemoedig om aandag te gee aan die gesin van die individu en betekenisvolle ander wat by die persoon met 'n gestremdheid betrokke is. Die persoonlike betekenis wat die individu aan die siekte of gestremdheid gee, asook kulturele invloede, moet in ag geneem word (Ross & Deverell, 2005). Die vermoë om sielkundig weerbaar te wees en op ontwikkelingsprobleme te reageer, is in diverse faktore gesetel, maar dit hang deurlopend van slegs een ding af: die betekenis wat die individu daaraan heg (Young-Eisendrath, 1996).

Reeve (2006) is van mening dat gestremdheid nie langer uitsluitlik die domein van rehabilitasie en psigopatologie moet wees nie, maar dat dit in die opleidingsprogram van hoofstroomsielkunde ingesluit moet word. Strukturele en psigo-emosionele dimensies moet binne 'n uitgebreide definisie, wat ook die sosiale en relasionele aspekte omvat, omvat word. Die beweging van patologie na gesondheid en welstand sluit nou aan by die positiewe sielkunde en psigofortologie, wat in hoofstuk twee bespreek is.

Serebrale gestremdheid word vir die doel van die hoofstuk hoofsaaklik vanuit die mediese model bespreek. Psigososiale faktore en die belewing van die gestremdheid sal in hoofstuk vier bespreek word.

3.4 SEREBRALE GESTREMDHEID

3.4.1 Inleiding

Serebrale gestremdheid is 'n komplekse toestand en 'n unieke stressor wat besondere eise en uitdagings aan individue wat daaraan ly, hul gesinne en opvoeders stel. Shu-Li (2000) meld dat die literatuur in die verlede hoofsaaklik op die negatiewe impak van gestremdheid gefokus het. Die fokus het egter begin verskuif van die aard van die risiko's wat hierdie persone in die gesig staar na die bron van hulle aanpassing en veerkragtigheid (Booth & Booth, 1998). Tog is Coleman en Hagell (2007) van mening dat die beleid en praktyke met betrekking tot gestremdheid reeds vir baie jare deur die mediese model oorheers word. Die klem val dus steeds op die fisiese disfunksie en gebreke. Professionele insette sentreer hoofsaaklik op rehabilitasie, herstel en genesing en bestaande studies weerspieël nie die subjektiewe belewing en selfrapportering van die gestremde nie. Daar bestaan dus 'n behoefte om die gestremdes se stemme te hoor en sodoende nuwe insig te verkry in die wyse waarop hulle betekenis aan hulle gestremdheid gee, hulle gestremdheid bestuur, en sosiale, fisiese en emosionele struikelblokke oorkom (Reeve, 2006; Singh & Ghai, 2009; Stalker, 2012; Tisdall, 2012; Watermeyer & Swartz, 2008; Watson, 2012).

3.4.2 Omskrywing van die begrip serebrale gestremdheid

Gestremdheid is vir die eerste keer in 1861 in mediese terme deur 'n Engelse chirurg, William J. Little, beskryf. Die toestand wat hy beskryf het, het dan ook as "Little's Disease" bekend gestaan. In 1973 het dr. Whinthrop Phelps, 'n ortopediese chirurg, die term "serebrale verlamming" gebruik en die verskeie tipes serebrale gestremdhede in detail beskryf (Bleck, 1982; Morris, 2007; Rosenbaum et al., 2006). Die term "serebrale verlamming" is egter met die term "serebrale gestremdheid" of "serebrale parese" (ten opsigte van die minder ernstige tipes) vervang omdat daar nie werklik verlamming aanwesig is nie. Hierdie soort gestremdheid is die gevolg van beskadiging of wanfunksionering van die motoriese areas van die brein en daar is nie 'n rugmurgletsel aanwesig nie. Die beskadiging kan gelokaliseer of diffuus wees, kom in die

vroeë kinderjare voor en is nieprogressief (Bleck, 1982; Cogher et al., 1992; Rodda, 2006; Rosenbaum et al., 2006). Rodda (2006) wys daarop dat die ontwikkelings tydperk van die motoriese brein nie met sekerheid bepaal kan word nie, maar daar word algemeen aanvaar dat dit die periode net ná bevrugting (wanneer die embrio begin vorm) tot ongeveer vyfjarige ouderdom insluit.

Serebrale gestremdheid word in die literatuur as 'n statiese, nieprogressiewe enkefalopatie beskryf. Die kliniese manifestering kan verander namate die kind ouer word en die sensuweestelsel ontwikkel en ryp word. Ten spyte van ontwikkelings op die gebied van neonatale sorg is serebrale gestremdheid steeds 'n beduidende kliniese probleem. Serebrale gestremdheid is dus 'n oorkoepelende term om 'n groep chroniese nieprogressiewe afwykings van beweging of postuur te beskryf. Die afwyking begin in die kinderjare en word deur 'n permanente wanfunksionering of beskadiging van die ontwikkelende motoriese brein en die onderskeie neurologiese bane veroorsaak (Hoon, 2005; Ratanawongsa, 2001; Rosenbaum et al., 2006).

Serebrale gestremdheid word soos volg deur Bax en Goldstein (in Rosenbaum et al., 2006) omskryf:

Cerebral palsy (CP) describes a group of permanent disorders of the development of movement and posture, causing activity limitations, that are attributed to non-progressive disturbances that occurred in the developing fetal or infant brain. The motor disorder of cerebral palsy are often accompanied by disturbances of sensation, perception, cognition, communication, and behaviour, by epilepsy, and by secondary musculoskeletal problems (p.9).

3.4.3 Voorkoms van serebrale gestremdheid

- Serebrale gestremdheid is die mees algemene fisiese gestremdheid wat onder kinders voorkom (Reddihough & Collins, 2003; Straub & Obrzut, 2009; Van Toorn, Laughton, Van Zyl, Doets, & Elsinger, 2007). Die voorkoms word geraam op 2 per 1000 en 2 tot 2,5 per 1 000 lewende geboortes (Reddihough & Collins, 2003; Straub & Obrzut, 2009). Ten spyte van vooruitgang op die gebied van voorkoming en

behandeling van sekere oorsake van serebrale gestremdheid, verbeterde mediese sorg en ingrepe, byvoorbeeld, keisersneë en elektroniese monitering van die fetus, het die voorkomssyfers feitlik onveranderd en stabiel gebly. Ná 'n aanvanklike geringe afname in voorkoms het die voorkomssyfer bestendig toegeneem. Dit kan waarskynlik toegeskryf word aan die feit dat meer pasgeborenes met lae geboortegewig (<1 500g) as gevolg van verbeterde mediese sorg oorleef as wat vroeër die geval was. Baie van die babas ondervind ontwikkelingsprobleme van die sentrale senuweestelsel of het neurologiese skade. Die rede vir toename in voorkoms is tot op datum nog nie definitief bepaal nie (Reddihough & Collins, 2003; Straub & Obrzut, 2009).

Die voorkoms van serebrale gestremdheid is dieselfde in ontwikkelde en ontwikkelende lande, maar dit blyk dat die etiologie verskil. In ontwikkelende lande is geboorte asfiksie, kernikerus en infeksies van die sentrale senuweestelsel (tuberkulose, bakteriese meningitis en serebrale malaria) steeds 'n beduidende probleem. Die verhouding van verworwe serebrale gestremdheid het dus 'n omgekeerde korrelasie met die ontwikkeling van die land. In ontwikkelde lande word die meeste gevalle van serebrale gestremdheid aan prenatale oorsake toegeskryf (Van Toorn et al., 2007).

Serebrale gestremdheid affekteer alle rasse en bevolkingsgroepe. Volgens Lewis (1987) word meer seuns as dogters met serebrale gestremdheid gebore. Die risiko vir herhaalde voorkoms van serebrale gestremdheid in 'n bepaalde familie is sowat 1%. Die rede hiervoor dui op multifaktoriale etiologie, naamlik 'n kombinasie van steeds onbekende genetiese faktore en eksogene faktore.

3.4.4 Etiologie van serebrale gestremdheid

Die etiologie is multifaktoriaal en dikwels onbekend. Die kliniese manifestering van serebrale gestremdheid is die gevolg van besering (in utero, peri- of postnataal) aan die ontwikkelende brein (Bax et al., 2005). Na raming kan 60% van serebrale gestremdheid aan prenatale oorsake toegeskryf word, 20% aan perinatale oorsake, 10% aan postnatale oorsake en die oorblywende

10% aan onbekende oorsake (Rodda, 2006). Krigger (2006) is van mening dat soveel soos 80% van serebrale gestremdheid aan prenatale oorsake van onbekende oorsprong toegeskryf kan word, en dat geboortekomplikasies (insluitend asfiksie) net vir 6% van serebrale gestremdheid verantwoordelik is. Tot en met die tagtigerjare is daar algemeen aanvaar dat serebrale gestremdheid hoofsaaklik die gevolg van geboortetrauma was. Serebrale gestremdheid word dikwels deur 'n moeilike geboorte voorafgegaan, maar die komplikasies tydens geboorte kan egter die gevolg wees van 'n breinabnormaliteit wat reeds in utero aanwesig was (Pellegrino, 1997). In die afwesigheid van 'n duidelike peri- of postnatale oorsaak word aangeneem dat die oorsprong prenataal is (Reddihough & Collins, 2003).

Vir die doel van die studie word enkele oorsake kortliks genoem. Kongenitale serebrale gestremdheid kan byvoorbeeld toegeskryf word aan intrakraniale bloeding, genetiese abnormaliteite, infeksies tydens swangerskap (byvoorbeeld sitomegalovirus, rubella, sifilis, herpes en MIV), metaboliese afwykings, vaskulêre ontoereikendheid, asfiksie, lae geboortegewig, premature geboorte of geboortetrauma (Gilles, 2007; Hayes, 2010; Krigger, 2006; Rodda, 2006). Verworwe serebrale gestremdheid is die gevolg van breinskade in die eerste lewensmaande of vroeë kinderjare. Daar is verskeie oorsake van postnatale breinskade, byvoorbeeld traumatiese hoofbeserings soos motorongelukke, valle of mishandeling of infeksies soos bakteriese meningitis en virale enkefalitis (Straub & Obrzut, 2009).

Soos reeds gemeld, is die oorsake multifaktoriaal, maar Hoon (2005) beklemtoon dat daar hoofsaaklik vier tipes breinbeserings is wat tot serebrale gestremdheid kan lei. Die beserings word deur middel van RT- (rekenaartomografie) skanderings en MRI- (magnetieseresonansiebeelding) skanderings onderskei. Die een tipe hou verband met skade aan die witstof van die brein, wat lei tot periventrikulêre leukomalasie met gevolglike skade aan die corpus callosum, vergroting van die laterale ventrikels en onreëlmatigheid van die wande van die ventrikels. Dié tipe besering kom tydens vroeë gestasie voor wanneer die witstof baie kwesbaar is. weedens kom abnormale ontwikkeling van die brein of disgenese voor. In so 'n geval vind normale breinontwikkeling nie tydens fetale ontwikkeling plaas nie. 'n Derde tipe is intrakraniale bloeding in die brein vanweë foutiewe bloedvate. Soms kry die fetus 'n beroerte as gevolg van ontoereikende of geblokkeerde bloedtoevoer. Die vierde tipe hou verband met asfiksie by die

suigeling of baie jong kind. Die asfiksie staan ook as hipoksiese-iskemiese enkefalopatie bekend. Hierdie toestand lei tot beskadiging van weefsels in die serebrale motoriese korteks en ander areas van die brein, byvoorbeeld die basale ganglia en talamus. Volgens Krägeloh-Mann en Horber (2007) is skade aan die motoriese konteks verantwoordelik vir die kliniese presentering van serebrale gestremdheid, terwyl diskinetiese simptome die gevolg is van skade aan die basale ganglia of talamus.

Die skade aan die breinarea is staties, maar die motoriese manifestasie is dikwels dinamies omdat rypwording van die brein dwarsdeur die kinderjare plaasvind. Die motoriese afwyking of gebrek en funksionele gevolg kan met verloop van tyd wissel. Per definisie word gevalle van progressiewe of degeneratiewe aard by die diagnose van serebrale gestremdheid uitgesluit (Bax, Flodmark, & Tydeman, 2007; Ratanawongsa, 2001; Rodda, 2006).

3.4.5 Diagnose van serebrale gestremdheid

Die ontwikkeling, rypwording en moontlike herstel is onvoorspelbaar by die jong kind en wissel tussen individuele kinders. Spastisiteit presenteer dikwels nie in die eerste paar weke na geboorte nie en soms verdwyn neurologiese tekens met tyd. Dit is dus nodig om 'n vroeë diagnose van serebrale gestremdheid te hersien namate die kind ouer word. In sommige gevalle kom funksionele herstel wel voor en teen die ouderdom van twee of drie jaar kan minimale of geen funksionele abnormaliteit opgemerk word nie. By fisies meer ernstig aangetaste kinders kan 'n diagnose van serebrale gestremdheid reeds vroeg in die eerste paar lewensmaande gemaak word. Die kind se vordering moet noukeurig geobserveer word en soms tot in die derde jaar, of in sommige gevalle die vyfde jaar, opgevolg word alvorens sekerheid rakende 'n permanente motoriese gebrek verkry kan word (Cans et al., 2007; Cogher et al., 1992; Reddihough & Collins, 2003). 'n Breinbesering is, soos reeds gemeld, nie progressief van aard nie, maar die simptome kan met verloop van tyd verander, byvoorbeeld verswakte spiere kan kontraktuur vorm namate die kind groei. Terselfdertyd ontwikkel die brein en kan ander simptome verbeter (Cans et al., 2007; Straub & Obrzut, 2009; Vitale, 2002).

Diagnose berus dus op die evaluering van vroeë kliniese tekens (byvoorbeeld abnormale lae spiertonus, stadige motoriese ontwikkeling, die voortduur van die meer primitiewe neurologiese reflekse, of abnormale motoriese ontwikkelingsprosesse) en diagnostiese toetse om ander afwykings wat bewegingsprobleme veroorsaak, uit te skakel (byvoorbeeld spiersiektes), terwyl RT-skanderings lig kan werp op die oorsake van die gestremdheid (byvoorbeeld onderontwikkelde areas) of dit kan die aanwesigheid van 'n sist aandui. Inligting kan gebruik word om die langtermyn-vooruitsigte vir die kind te bepaal. MRI maak gebruik van magnetiese velde en radiogolwe en verskaf 'n beter beeld van die struktuur van die abnormale brein wat naby die been geleë is. Ultrasoniese klankgolwe kan ook gebruik word, maar is minder akkuraat as bogenoemde tegnieke. Dit word gebruik om epilepsie te diagnoseer (Bax et al., 2007; Cerebral Palsy, 2001; Flodmark, 2007; Hayes, 2010; Krägeloh-Mann & Horber, 2007).

3.4.6 Verskillende vorme van serebrale gestremdheid

Die klassifikasie van serebrale gestremdheid berus op kliniese waarneming en nie op etiologie nie. Die klassifisering word bemoeilik omdat die kliniese manifestering kompleks is. Kliniese tekens by die individu kan met verloop van tyd verander en soms selfs van dag tot dag wissel. Klinici heg ook soms verskillende interpretasies aan die terme wat die tekens beskryf (Cogher et al., 1992; Straub & Obrzut, 2009). Serebrale gestremdheid word tans volgens die afwyking in beweging en postuur geklassifiseer. Die verskillende afwykings in beweging wat by serebrale gestremdhede voorkom, is in 1956 volledig deur die Amerikaanse Akademie vir Serebrale Gestremdheid beskryf. Elke afwyking word volgens twee faktore geklassifiseer, naamlik die bewegingspatrone (fisiologiese kwalifikasie) en die geaffekteerde ledemate (topografiese klassifikasie). Daar is ook 'n klassifikasie volgens die graad van gestremdheid (Bleck, 1982; Rosenbaum et al., 2006).

3.4.6.1 Fisiologiese klassifikasie

Die areas van die brein wat die motoriese funksies beheer, is onder meer die motoriese korteks, serebellum, basale ganglia die breinstam en hulle onderskeie neurologiese bane (Hoon, 2005; Kuban & Leviton, 1994; Rodda, 2006). Die beskadigde area sal klinies manifesteer. So

byvoorbeeld sal beskadiging van die motoriese korteks tot spastisiteit lei, skade aan die basale ganglia tot atetose, en beskadiging van die serebellum tot ataksie. By die gemengde vorm toon die kind tekens van meer as een van die genoemde tipes (Hoon, 2005; Stanton, Langley, & McGee, 1995).

Serebrale gestremdheid word volgens die fisiologiese klassifikasie hoofsaaklik in vier hoofkategorieë verdeel, naamlik die spastiese groep (beskadiging van die motoriese korteks), diskinetiese groep (beskadiging van die basale ganglia), hipotoniese/ataksiese groep (beskadiging van serebellum), en gemengde vorme (Hoon, 2005; Rodda, 2006).

3.4.6.1.1 Spastiese groep (beskadiging van die motoriese korteks)

Spastiese serebrale gestremdheid is die mees algemene tipe en kom ongeveer in 70% van die gevalle voor. Kenmerkend is verhoogde tonus in die ledemaatspiere, tremors en afwykings van die loopgang (Pellegrino, 1997; Reddihough & Collins, 2003; Straub & Obrzut, 2009; Vitale, 2002).

3.4.6.1.2 Diskinetiese groep (beskadiging van die basale ganglia)

Hierdie tipe kom by ongeveer 10 tot 15% van die populasie met serebrale gestremdheid voor. Kenmerkend van die toestand is onwillekeurige, herhalende en onreëlmatige wringbewegings wat die normale liggaamsbewegings strem. Vorme wat voorkom, is distonie (postuur verwring wisselvallig en onderbroke), chorea (spontane rukbewegings van die vingers en tone) en atetose. Die kind met atetose vind dit moeilik om doelgerigte bewegings uit te voer en die spanning wat hiermee gepaardgaan, vererger gewoonlik die onwillekeurige bewegings. Rigiede en verhoogde tonus kom voor wanneer die persoon wakker is; tydens slaap is die tonus normaal of verlaag. Disartrie en gehoorverlies kom algemeen by die toestand voor (Pellegrino, 1997; Straub & Obrzut, 2009).

3.4.6.1.3 Hipotoniese/ataksiese groep (beskadiging van die serebellum)

Hierdie tipe kom by ongeveer 5 tot 10% van die gevalle voor. Ataksie word gekenmerk deur swak balans, koördinasieprobleme en tremors (Straub & Obrzut, 2009). Die kinestetiese en ewewigsin is versteur. Die persoon met ataksie loop met 'n onvaste loopgang en wye basis. Die hande word na die kante uitgehou om balans te probeer handhaaf. Hulle ondervind probleme om die hand en arm te kontroleer en die beweging te beplan en uit te voer wanneer hulle na 'n objek uitreik. Die probleem kan met verhoogde of verlaagde tonus in verband gebring word (Pellegrino, 1997).

3.4.6.1.4 Gemengde vorme

Die term word gebruik wanneer meer as een tipe van die bewegingspatrone teenwoordig is. Die klassifikasie word slegs gebruik wanneer nie een van die patrone duidelik en prominent is nie. Dit kom by ongeveer 10% van die populasie met serebrale gestremdheid voor. Die kombinasie van spastisiteit en atetose kom algemeen voor. Die kombinasie ataksie en atetose is minder algemeen (Pellegrino, 1997).

3.4.6.2 Topografiese klassifikasie

Die klassifikasie word volgens die aangetaste ledemate gemaak en sluit die volgende klassifikasie in, naamlik hemiplegie, diplegie en kwadriplegie.

3.4.6.2.1 Hemiplegie

Hemiplegie verwys na die aantasting van die boonste en onderste ledemate aan dieselfde kant van die liggaam (byvoorbeeld die linkerarm en linkerbeen) en word gewoonlik as regter- of linkerhemiplegie gediagnoseer (Pellegrino, 1997; Straub & Obrzut, 2009; Vitale, 2002). Die motoriese neurone wat die een kant van die liggaam beheer, is in die teenoorgestelde kant van die serebrale korteks gesetel, byvoorbeeld 'n regterhemiplegie impliseer skade of disfunksie aan die linkerkant van die brein en omgekeerd (Pellegrino, 1997). Dit is bekend dat daar by die

meerderheid van lyers 'n letsel by die verdeling van die middelste serebellêre arterie in die hemisfeer kontralateraal tot die spastiese swakheid waargeneem word (Cogher et al., 1992).

3.4.6.2.2 Diplegie

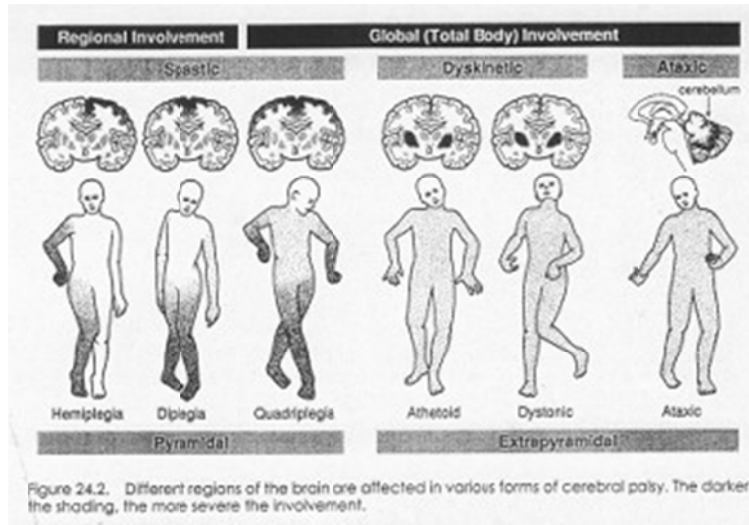
Diplegie verwys na 'n toestand waar al vier ledemate aangetas is. Die onderste ledemate is egter baie meer as die boonste ledemate geaffekteer (Pelligrino, 1997). Die aantasting van die arms is gewoonlik minimaal en die kliniese beeld presenteer hoofsaaklik in die bene en heupe. Spastiese diplegie word meestal met 'n lae geboortegewig in verband gebring. Die breinletsel wat met die gestremdheid vereenselwig word, is die gevolg van periventrikulêre bloeding wat die breinweefsel beskadig (Cogher et al., 1992)

3.4.6.2.3 Kwadriplegie

Kwadriplegie verwys na 'n gestremdheid waar al vier ledemate ernstig aangetas is. Die romp en die kop word ook gewoonlik geaffekteer, asook die spiere van die mond, tong en keelholte. Spraak en slukbewegings is dikwels ernstig geaffekteer. Die ernstige aard van die motoriese gestremdheid is aanduidend van diffuse serebrale disfunksie en impliseer 'n swakker prognose as by die ander vorme van serebrale gestremdheid. Kognitiewe inperking, konvulsies, sensoriese aantasting en mediese komplikasies vorm dikwels deel van die gestremdheid (Bleck, 1982; Cogher et al., 1992; Pellegrino, 1997). Die oorsake van kwadriplegie is heterogeen en die presiese oorsaak kan dikwels nie vasgestel word nie (Cogher et al., 1992).

Die volgende klassifikasies kom gewoonlik voor, naamlik spastiese hemiplegie, spastiese diplegie, ataksie diplegie en spastiese kwadriplegie (Cogher et al., 1992).

Figuur 9. Die verskillende tipes serebrale gestremdhede (topografiese en fisiologiese klassifikasie) (Pellegrino, 1997, p.502)



Die tipes serebrale gestremdhede word in die volgende tabel saamgevat.

Tabel 1.

Die verskillende tipes serebrale gestremdhede

SPASTIESE GROEP (70%)	Hemiplegie Diplegie Kwadriplegie Monoplegie Triplegie Dubbele hemiplegie	Een kant van die liggaam (Been en arm) Bene > as arms Al vier ledemate Een ledemaat (seldsaam) Drie ledemate (seldsaam) Arms > bene
DISKINETIESE GROEP (10-15%)	Chorea Atetose Distonie	Afwisselende kortstondige fleksor/ekstensor distonie kan teenwoordig wees
HIPOTONIESE GROEP (Minder as 5%)	Met ataksie Sonder ataksie	
GEMENGDE GROEP		Kombinasie van bogenoemde

3.4.6.3 Klassifikasie volgens die graad van gestremdheid

Volgens die klassifikasie van serebrale gestremdheid soos bespreek onder 3.4.6.1 (fisiologiese klassifikasie) en 3.4.6.2 (topografiese klassifikasie) kan daar nie afgelei word in watter graad of mate 'n persoon gestrem is nie. Twee persone met dieselfde diagnose se funksionering kan dus totaal van mekaar verskil na gelang van die graad van gestremdheid. Dit is dus nodig om die tipe sowel as die graad van gestremdheid in ag te neem. Atlete met serebrale gestremdheid is in die vroeë 1970's aanvanklik volgens hulle diagnoses ingedeel. Die indeling was egter ontoereikend en het meegebring dat 'n erg gestremde atleet soms met 'n lig gestremde moes meeding omdat hulle dieselfde mediese diagnose het. 'n Klassifikasiesistelsel wat gebaseer is op die funksionering en nie die neuromuskulêre toestand van die serebraal gestremde nie, is 1976 in Amerika ontwikkel (Peacock, 1988). Die klassifikasie is sedertdien hersien en word deur die Cerebral Palsy – International Sports and Recreation Association (CP-ISRA) beheer. Volgens die CP-ISRA-klassifikasie word persone met 'n serebrale gestremdheid in agt verskillende groepe of klasse ingedeel met klas 1 (C1) as fisies die ergste gestrem, en klas 8 (C8) as fisies die ligste gestrem (Jones, 1988).

3.4.7 Behandeling van serebrale gestremdheid

Serebrale gestremdheid kan nie genees word nie, maar danksy mediese navorsing lei talle persone met 'n serebrale gestremdheid feitlik 'n normale lewe mits hulle neurologiese probleme goed gemonitor word. 'n Vroeë diagnose van serebrale gestremdheid kan daartoe lei dat die nodige intervensie plaasvind terwyl die plastisiteit van die senuweestelsel hoog is (Adde et al., 2010). Daar bestaan geen standaard-terapie of -behandeling vir serebrale gestremdheid nie. Simptome verskil en behandelingstrategieë moet by individuele behoeftes aangepas word (Vitale, 2002). Optimale behandeling verg 'n spanbenadering en kan die volgende aspekte insluit: medikasie (verlig simptome wat met die toestand gepaardgaan), chirurgie, meganiese hulpmiddels, fisioterapie, spraak- en arbeidsterapie, en voorligting en terapie vir die emosionele en sielkundige behoeftes van die pasiënt. Dit is ook van die uiterste belang dat die ouers aktief by die behandelingsprogram van hul kinders betrek word (Cerebral Palsy, 2001; Krigger, 2006).

Persone met 'n serebrale gestremdheid kan hul volle potensiaal ontwikkel mits die relevante professionele persone in multidissiplinêre spanverband saamwerk (Adde et al., 2010; Cerebral Palsy, 2001).

3.4.8 Serebrale gestremdheid en verwante probleme

Alle persone met 'n serebrale gestremdheid ondervind in 'n meerdere of mindere mate probleme met beweging en postuur. Talle ondervind ook ander probleme wat met skade aan die sentrale sensuweestelsel vereenselwig word. Die mees algemene verwante probleme is kognitiewe inperking, visie- en gehoorprobleme, spraak- en taalprobleme, leerprobleme, sensoriese tekorte, epilepsie, voedingsprobleme, tandkaries, gastro-intestinale disfunksie, inkontinensie, groei-abnormaliteite, sensasie-abnormaliteite, asook gedrags- en emosionele probleme. Hierdie geassosieerde probleme is dikwels meer ontwrigtend as die motoriese gestremdheid self (Bleck, 1982; Pellegrino, 1997; Ratanawongsa, 2001; Straub & Obrzut, 2009). Slegs enkele van die verwante probleme word vervolgens kortliks bespreek.

- Kognitiewe inperking

Tydens evaluering van die intellektuele funksionering van die kind met 'n serebrale gestremdheid moet daar in ag geneem word dat die kinders motoriese en taalprobleme ondervind. Ongeveer 70% van alle kinders met serebrale gestremdheid is in 'n meerdere of mindere mate kognitief ingeperk, terwyl 30% oor gemiddelde tot hoog-gemiddelde intellektuele vermoëns beskik. Die groep ondervind, ten spyte van normale vermoëns, dikwels perseptuele, sensoriese, taal-, konsentrasie- en leerprobleme. Hiperaktiwiteit kom ook algemeen onder die groep voor (Allen, 2008; Cerebral Palsy, 2001; Pellegrino, 1997). Schenker, Coster en Parush (2005) het bevind dat 46% van kinders met serebrale gestremdheid in hoofstroom- of spesiale onderwys leerprobleme ondervind. 'n Longitudinale studie is in hoofstroom- en spesiale onderrig in Nederland uitgevoer waartydens die kinders se wiskundige vaardigheid ondersoek is. Daar is bevind dat kinders met serebrale gestremdheid 'n verhoogde risiko het om probleme met uitvoerende funksie en werkende geheue te ondervind. Die vaardighede is voorspellers vir wiskundige begrip en

prestasie. Indien probleme met die vaardighede ondervind word, verhoog dit die risiko dat die leerders probleme met wiskunde ondervind (Jenks, de Moor, & van Lieshout, 2009).

- Visieprobleme

’n Beduidende groep van die populasie met serebrale gestremdheid het geassosieerde subnormale visie. Premature geboortes het dikwels retinopatie tot gevolg. Nistagmus of onwillekeurige okulêr motoriese oogbewegings kom dikwels by die kind met ataksie voor. Strabisme is ook ’n algemene probleem by alle tipes serebrale gestremdhede. Hemianopsie (gedeeltelike verlies van ’n gedeelte van die visuele veld) kom algemeen by kinders met hemiplegie voor (Cerebral Palsy, 2001; Good, 2012).

- Gehoor-, spraak- en taalprobleme

Gehoor-, spraak- en taalprobleme kom by ongeveer 30% van die populasie met serebrale gestremdheid voor. Kinders wat weens Rubella of in-utero- virale infeksies serebraal gestrem is, het dikwels ’n hoë frekwensie gehoorverlies. Diskinetiese serebrale gestremdheid word met artikulasieprobleme vereenselwig (atetose affekteer tong- en stembandbewegings). Kinders met atetose is ook geneig tot gehoorprobleme. Ekspressiewe en reseptiewe taalagterstande is algemeen by persone met serebrale gestremdheid wat leerprobleme ondervind. Reid, Modak, Berkowitz en Reddihough (2011) het met ’n ondersoek in Australië bevind dat 7% van die populasie met serebrale gestremdheid ’n matige tot ernstige bilaterale gehoorverlies en 3 tot 4% baie ernstige gehoorverlies ondervind.

- Abnormale sensasie en persepsie

Probleme word soms ervaar om sensoriese ervarings, byvoorbeeld aanraking en pyn, te interpreteer. Stereognose (probleme om objekte deur die tassintuig te interpreteer) kom voor – die kind kan byvoorbeeld nie ’n ronde, harde bal in sy/haar hand identifiseer indien dit nie gesien word nie.

- Epilepsie

Hayes (2010) meld dat epilepsie dikwels by kinders met serebrale gestremdheid voorkom. Die versteuring kom meestal by kinders met spastisiteit voor. Epilepsie kom by ongeveer 25% van die populasie met serebrale gestremdheid voor. Volgens Pellegrino (1997) ontwikkel 'n persentasie van soveel soos 50% van serebraal gestremdes hierdie versteuring. Tonies-kloniese konvulsies kom gewoonlik by persone met hemiplegie voor, terwyl geringe motoriese konvulsies by diegene met kwadriplegie en rigiditeit voorkom.

- Probleme met groei en voeding

'n Sindroom bekend as “failure to thrive” word dikwels beskryf by die kinders wat in 'n matige tot ernstige graad serebraal gestrem is. Dit is 'n algemene term wat gebruik word om gebrekkige groei en ontwikkeling, ten spyte van voldoende voeding, te beskryf. Die toestand kan verskeie oorsake hê, onder andere beskadiging van areas in die brein waar groei en ontwikkeling beheer word. Dit is veral duidelik waarneembaar by kinders met hemiplegie. Ledemate en spiere aan die geaffekteerde kant is duidelik onderontwikkel (Cerebral Palsy, 2001). Voedingsprobleme kan ook sekondêr tot die toestand van serebrale gestremdheid wees. So byvoorbeeld kan die hipotoniese kind oor swak tongbewegings beskik, met meegaande swak suig- en slukmeganismes, wat voeding bemoeilik (Pellegrino, 1997).

- Gedrags- en emosionele probleme

Die probleme manifesteer oor 'n wye spektrum (Pellegrino, 1997). Daar word geraam dat die voorkoms van gedragsprobleme by kinders met 'n serebrale gestremdheid vyf keer meer waarskynlik is in vergelyking met kinders sonder enige gesondheidsprobleme (Odding, Roebroek, & Stam, 2006). McDermott et al. (1996) het bevind dat slegs 25% van die kinders met serebrale gestremdheid in sy navorsing gedragsprobleme ondervind het en dat daar dus 'n beduidende aantal kinders is wat nie gedragsprobleme ondervind nie. Probleme wat algemeen voorkom, is afhanklikheid, koppigheid, passiwiteit, onrypheid, geïrriteerdheid, skaamheid en

angstigheids. Die gedrag kan egter ook verband hou met bydraende faktore in die omgewing, byvoorbeeld inkonsekwente dissipline en opvoedingspraktyke. Volgens Herbert (2006) is dit moeilik om te bepaal of probleme met betrekking tot gedrag, emosies en verhoudinge eerder die gevolg van onderliggende breinskade as omgewingsinvloede is. Indredavik et al., (2005) het bevind dat adolessente wat 'n lae geboortegewig (<1 500 g) gehad het 'n verhoogde risiko het vir die ontwikkeling van psigiatriese simptome wanneer hulle die ouderdom van 14 jaar bereik. Hulle ondervind veral angs en aandag- en verhoudingsprobleme.

3.5 DIE ADOLESSENT MET SEREBRALE GESTREMDHEID

3.5.1 Inleiding

Die begrip “adolessensie” word in die ontwikkelingsliteratuur breedvoerig uiteengesit en sal dus nie hier volledig bespreek word nie. Vir die doel van die studie sal die adolessent met serebrale gestremdheid bespreek word. Suris et al. (2004) wys daarop dat enige chroniese toestand of gestremdheid die ontwikkelingsproses potensieel kan raak en dat dit 'n impak op die psigososiale aanpassing van die adolessent het. In die Westerse samelewing is die beweging na volwassenheid multidimensioneel en sluit dit die geleidelike transformasie of metamorfose van die persoon as kind na 'n nuwe persoon as volwassene in. Adolessensie strek oor 'n beduidende deel van 'n persoon se lewe. Daar is egter ook individuele verskille en sommige jong mense beweeg vinniger deur hierdie stadium as ander portuurlede (Geldard & Geldard, 2005).

Adolessensie gaan met baie uitdagings gepaard wanneer die jeugdige met fisiologiese, biologiese, sielkundige en sosiale veranderinge gekonfronteer word. Belangrike veranderingsprosesse moet binne die persoon plaasvind om hierdie veranderinge te konfronteer en suksesvol te hanteer. Sommige jeugdige is meer suksesvol as ander met die hantering van die eise van adolessensie, hulle is psilogies meer weerbaar en beskik oor beter coping-strategieë. Dit kan deels toegeskryf word aan persoonlikheidsienskappe, gebeure in die verlede en hulle huidige omgewing (Coleman & Hagell, 2007). Volgens Anderson en Clarke (1982) is die persoon met serebrale gestremdheid dikwels emosioneel minder volwasse as die niegestremde

van dieselfde ouderdom. Hierdie persoon bereik bepaalde ontwikkelingstake tussen een en drie jaar later as die norm.

3.5.2 Uitdagings tydens adolessensie

Die adolessent word met biologiese, kognitiewe, sielkundige, sosiale, morele en spirituele uitdagings gekonfronteer (Geldard & Geldard, 2005).

3.5.2.1 Biologiese uitdagings

Adolessensie neem 'n aanvang met puberteit. Die biologiese veranderinge het fisiologiese, seksuele en emosionele veranderinge tot gevolg en die tydperk word deur wisselende emosies gekenmerk. Hormoonveranderinge tesame met ander veranderinge met betrekking tot sosiale verhoudings, oortuigings, houdings en selfpersepsie gee hiertoe aanleiding (Geldard & Geldard, 2005). Adolessente is bewus van hulle fisiese voorkoms en liggaamlike ontwikkeling. Soms kan 'n chroniese toestand of gestremdheid (byvoorbeeld Turner se sindroom) tot vertraagde puberteit lei. Spina bifida en serebrale gestremdheid kan soms weer tot premature puberteit lei (CPS, 2006). Die adolessent wat fisies teen 'n ander tempo as die portuurgroep ontwikkel, kan verleë en selfbewus voel. Sommige adolessente vergelyk hulle fisiese voorkoms ongunstig met die portuurgroep en sibbe. Die fisiese afhanklikheid van ander, behoefte aan privaatheid, fisiese beperkinge en die ervaring van "anders wees" kan hiertoe aanleiding gee (Geldard & Geldard, 2005; Young, Rice, Dixon-Woods, Colver, & Parkinson, 2007). Adolessente word met hulle persoonlike seksualiteit, asook die ontwikkeling van 'n seksuele identiteit, gekonfronteer. Daar is egter min inligting beskikbaar en navorsing oor portuurgroepaktiwiteit, romantiese verhoudings, seksuele aktiwiteit van jeugdige en jong volwassenes met serebrale gestremdhede is beperk (Wiegerink, Roebroek, Van der Slot, Stam, & Cohen-Kettenis, 2010). Adolessente met fisiese gestremdhede het dikwels beperkte portuurgroepinteraksie en nie voldoende geleentheid vir eksperimentering nie. Dit kan aanleiding gee tot 'n swakker selfbeeld met betrekking tot seksualiteit. Oorbeskerming deur die ouers en 'n negatiewe ouerskapstyl het ook 'n nadelige invloed op die jeugdige met serebrale gestremdheid se selfwerkzaamheid en selfbeeld (CPS, 2006; Wiegerink, Roebroek, Donkervoort, Stam, & Cohen-Kettenis, 2006; Wiegerink, Stam,

Ketelaar, Cohen-Kettenis, & Roebroek, 2012). Hierdie aspek word in hoofstuk vier meer volledig bespreek.

3.5.2.2 Kognitiewe uitdagings

Tydens adolessensie vind die oorgang van konkrete operasionele denke na formele operasionele denke plaas (Piaget, 1966). Adolessente is toenemend tot kritiese en ondersoekende denke in staat en hulle leer om vanuit 'n eie perspektief krities oor mense en interpersoonlike sake te dink. Besluite ten opsigte van interaksie met ander word op grond hiervan gemaak. Denke is egosentriek en die adolessente voel dikwels dat hulle uniek en onaantasbaar is en sal soms doelbewus deur optrede en gedrag die aandag op hulle vestig. Dit is deel van die komplekse proses om 'n onafhanklike unieke individu op pad na volwassenheid te wees (Engelbrecht, Kok, & Van Biljon, 1990; Geldard & Geldard, 2005). Die vermoë om inligting waar te neem, te begryp en te bewaar, verbeter namate die adolessente ouer word. Hulle kan geheuestrategieë beter gebruik en teenstrydighede identifiseer. Ouer adolessente is beter daartoe in staat om komplekse sosiale en etiese sake te hanteer. Die vermoë om inligting te verwerk, hang nou saam met die intellektuele funksionering van die adolessent (Geldard & Geldard, 2005).

Soos reeds gemeld, is kognitiewe inperking dikwels 'n verwante probleem by serebrale gestremdheid. Die tipe serebrale gestremdheid word dikwels met intellektuele uitkoms geassosieer; so word hemiplegie byvoorbeeld met goeie intellektuele potensiaal vereenselwig. Daar word geraam dat 40 tot 60% van die populasie met serebrale gestremdheid oor normale intelligensie beskik. Hemiplegie is ook die mees algemene vorm van serebrale gestremdheid. By spastiese diplegie is die intellektuele uitkoms oor die algemeen goed. Minder as 30% van die populasie waar daar sprake van totale liggaamsaantasting is, beskik oor normale intellektuele vermoëns (Odding et al., 2006; Pellegrino, 1997). Diegene met atetose beskik gewoonlik oor hoër gemete intellektuele vermoëns (Cruickshank, 1976). Suris et al. (2004) wys daarop dat serebraal gestremdes se vermoë tot abstrakte denke dikwels swakker ontwikkel is. Hulle ondervind gevolglik beplanningsprobleme en vind dit moeilik om hulle vir verskillende situasies voor te berei, gevolge in die toekoms te antisipeer en by die algemene sosiale reëls van die lewe aan te pas. Die serebraal gestremde ondervind ook probleme met korttermyngeheue en

uitvoerende funksionering; dus vind hulle dit moeilik om strategieë te beplan, neem hulle langer om iets te leer, het hulle 'n stadiger reaksietyd en is aandagafleibaar (Jenks et al., 2009; Straub & Obrzut, 2009).

Die navorser ervaar dikwels dat die algemene publiek onder die indruk verkeer dat 'n serebraal gestremde noodwendig verstandelik gestrem is. Die persepsie kan waarskynlik verkeerdelik geskep word deur die persoon met 'n serebrale gestremdheid se voorkoms, byvoorbeeld die vreemde loopgang, kwyling, onwillekeurige gesigbewegings, en spraakprobleme.

3.5.2.3 Sielkundige uitdaging

'n Reeks belangrike sielkundige aanpassings moet tydens adolessensie gemaak word. Adolessente is onseker oor hulle status en rol (Colemann & Hagell, 2007) en daarom is ontwikkeling van 'n realistiese, positiewe persoonlike en etniese identiteit een van die belangrikste ontwikkelingstake van adolessensie (Geldard & Geldard, 2005). Die individuasiëproses behels dat die adolessent begin wegbeweeg van ouer- en gesinsverhoudinge, en 'n persoonlike identiteit vestig. Sosialisering is op 'n balans tussen individuasie, die vestiging van 'n persoonlike identiteit en integrasie met die samelewing gegrond (Adams & Marshall, 1996).

Laatadolessensie is ook 'n tydperk van selfbeoordeling en vergelyking met ander. Adolessente met 'n fisiese gestremdheid kan in hierdie tyd onvermydelik reflekteer op fisiese verskille en areas van bevoegdheid, wat weer 'n invloed op hulle sukses en geluk in die lewe uitoeven (King et al., 2000). Eiewaarde en persepsie van bevoegdheid is areas wat dikwels in die literatuur rakende kinders met gestremdhede aangeroeer word. Empiriese studies dui egter op min bewyse van verskille met betrekking tot selfwaarde tussen kinders met 'n fisiese gestremdheid en niegestremdes (Fox, 2002). 'n Fisiese gestremdheid is dus nie noodwendig 'n groot risikofaktor vir 'n swak selfbeeld nie. Verdere navorsing is egter nog op die gebied nodig (Schuengel et al., 2006).

3.5.2.4 Sosiale uitdagings

Die soeke na persoonlike identiteit en die sosialiseringsproses is interafhanklik en nou verwant. Die sosialiseringsproses sluit dus die adolessent se integrasie met die gemeenskap in. Die gemeenskap, ouers, gesin, uitgebreide familie en portuurgroep het verwagtinge van die adolessent. Hierdie verwagtinge, tesame met die verworwe psigologiese en kognitiewe veranderinge, stel uitdagings aan die adolessent om veranderinge in sosiale gedrag te maak. Die adolessent kan slegs in die konteks van verhoudings met ander 'n persoonlike identiteit vestig (Geldard & Geldard, 2005). Sosiale vaardighede, selfhandhawing, vaardighede om vriende te maak en interpersoonlike probleemoplossingsvaardighede ontwikkel deur interaksie en observasie van ander. Indien die persoon met 'n fisiese gestremdheid nie voldoende geleentheid vir sosialisering het nie, word hierdie belangrike vaardighede nie aangeleer nie. Sosiale isolasie gee aanleiding tot en is die gevolg van sosiale vaardigheidstekorte. Die adolessent met 'n serebrale gestremdheid gaan dikwels onder veelvuldige gestremdhede (byvoorbeeld leerprobleme, epilepsie, kommunikasiegebreke en gehoorverlies) gebuk. Die gebrek aan sosiale deelname het tot gevolg dat die geleentheid vir observasie, leer en inoefening van vaardighede met ouderdomstoepaslike interaksie nie daar is nie. Die adolessente kry ook dikwels die minimum geleentheid om die sosiale vaardighede van die niegestremde portuurgroep te observeer. Adolessente met gestremdhede ontwikkel dikwels in 'n wêreld wat hulle verskillende bevestig en in stand hou, wat weer tot sosiale mislukking kan lei (Wadsworth & Harper, 1993).

Coleman en Hagell (2007) wys daarop dat sekere sosiale veranderinge oor die afgelope 20 jaar spesifiek 'n impak op adolessente gehad het. Hier word veral na die transformasie van die arbeids- en werksituasie verwys. King et al. (2000) is van mening dat die arbeidsmark vir die ouderdomsgroep 18-25 jaar gekrimp het. Die toetrede tot voltydse indiensneming in die arbeidsmark neem dus langer as in vorige eras. Hierdie verandering het die grootste impak op persone wat die mees kwesbare is. Werkloosheid, lae inkomste, sosiale isolasie en gebrek aan voorligting is veral vir die jongmense met 'n fisiese gestremdhede 'n besonderse uitdaging. Uit ondervinding maak hierdie navorser ook die waarneming dat toekoms- en beroepsbeplanning baie struikelblokke oplewer. Keuses word aansienlik deur die omvang van die gestremdheid en moontlike leeragterstande beperk. Dit is nie altyd moontlik dat persone met 'n gestremdheid 'n

beroepskeuse kan maak wat vir hulle vermoëns, persoonlikheid en belangstelling voorsiening maak nie. Die realiteit is steeds dat die gestremde fisiese struikelblokke sowel as houdingstruikelblokke (byvoorbeeld diskriminasie) in die arbeidsmark teëkom.

3.5.2.5 Morele en spirituele uitdagings

Die spirituele ontwikkeling van die adolessent met 'n fisiese gestremdheid of chroniese toestand spruit dikwels voort uit die betekenis wat die adolessent en die gesin aan die gestremdheid of toestand gee. Die vlak van spirituele ontwikkeling het dikwels 'n impak op die morele besluitneming. Tydens adolessensie word die adolessent deur morele besluitneming gekonfronteer en uitgedaag. Verskeie teorieë bestaan oor morele ontwikkeling, byvoorbeeld Kohlberg (1984) se model en Gilligan (1982) se werk. Dit blyk dat daar moontlike verskille tussen die geslagte se morele ontwikkeling bestaan. Volgens Lovat (1991) word morele ontwikkeling beïnvloed deur die konteks waarbinne die adolessent lewe en hang dit ook van die adolessent se intellektuele en emosionele ontwikkeling af. Tydens die vestiging van 'n persoonlike identiteit poog die adolessent om betekenis in die lewe te vind (Geldard & Geldard, 2005; Lovat, 1991; Rew, 2006).

3.6 SAMEVATTING

Serebrale gestremdheid is 'n oorkoepelende term om 'n groep chroniese, nieprogressiewe afwykings van beweging en postuur te beskryf. Die afwykings begin in die kinderjare en word veroorsaak deur 'n permanente wanfunksionering of beskadiging van die brein. Serebrale gestremdheid is 'n lewenslange, permanente gestremdheid as gevolg van skade aan of disfunksie van die ontwikkelende brein. Die gestremdheid het implikasies vir elke lewensfase van die individu. Die verwante probleme strek oor 'n wye spektrum met betrekking tot funksionele mobiliteit, vaardighede wat in die alledaagse lewe benodig word, kommunikasie en sosialiseringvaardighede. 'n Interdissiplinêre strategie word by die hantering daarvan gevolg ten einde optimale funksionering te bereik en alle aspekte tot volle potensiaal te ontwikkel. daar moet voortdurend gepoog word om nuwe geleenthede te skep en deelname te bewerkstellig om sodoende die lewenskwaliteit van die serebraal gestremde te verbeter.

Uit die voorafgaande bespreking is dit duidelik dat die tydperk van adolessensie met interne sowel as eksterne uitdagings en veranderinge gepaardgaan. Die adolessent met 'n fisiese gestremdheid ervaar dieselfde fisiologiese, biologiese, seksuele en emosionele veranderinge as die niegestremde. Albei groepe is op voorligting en inligting aangewese ten einde 'n suksesvolle oorgang van kind na volwassene te maak.

Die adolessent met serebrale gestremdheid ondervind volgens hierdie navorser wel ook eiesoortige probleme wat besondere eise aan al die betrokkenes stel ten einde suksesvolle aanpassing te verseker. Kennis sal tot die doelgerigte ondersteuning van die adolessent met serebrale gestremdheid bydra. Die subjektiewe beleving en selfrapportering deur persone met gestremdhede kan daartoe lei dat insig verkry word in die wyse waarop hulle betekenis aan die gestremdheid gee, die gestremdheid bestuur, en sosiale, fisiese en emosionele struikelblokke oorkom. Die psigososiale ontwikkeling van die adolessent en psigososiale faktore sal in hoofstuk vier volledig bespreek word.

HOOFSTUK VIER

PSIGOSOSIALE ONTWIKKELING EN DIE SUBJEKTIEWE BELEWING VAN GESTREMDHEID

INLEIDING

Menslike ontwikkeling is nie staties of definitief begrens nie: dit is 'n kontinue proses vanaf konsepie tot die dood. Elke ontwikkelingsfase word deur ouderdomstoepaslike gedrag, vaardighede en ontwikkelingstake gekenmerk. Die oorgang van een fase na die volgende gaan met psigiese en fisiese veranderinge gepaard (Donna Falvo, 2005; Elder, 1998; Herbert, 2006; Newman & Newman, 2003).

In elke ontwikkelingsfase verskyn unieke stressors en eise, en adolessensie is geen uitsondering nie. Ontwikkeling vind in hierdie fase veral in drie dimensies plaas, naamlik in die biologiese dimensie (liggaamlike en breinontwikkeling), kognitiewe dimensie (denkprosesse, probleemoplossingvermoë, perseptuele vermoë, taalontwikkeling, simboliek en toekomsoriëntasie) en die sosiale sisteem of psigososiale dimensie (prosesse waardeur individue hulle in die samelewing integreer). Die psigososiale domein behels prosesse met betrekking tot emosie, persoonlikheid, interpersoonlike verhoudings, sosiale ondersteuning en verwagtinge, gemeenskapsinvloede, kultuur (byvoorbeeld rituele en mites), politieke en religieuse ideologieë, leierskapstyl, kommunikasiepatrone, patrone van ekonomiese voorspoed, armoede, oorlog, vrede, etniese en subkulturele invloede, blootstelling aan rassisme, seksisme en ander vorme van diskriminasie, asook onverdraagsaamheid en vyandigheid tussen groepe (Herbert, 2006; Newman & Newman, 2003). Hierdie interaksie tussen sisteme vind oor die hele lewensverloop plaas.

Die adolessent se ontwikkeling in die fisiese dimensie is visueel waarneembaar. Ontwikkelingsveranderinge in die emosionele en intellektuele dimensie en die integrasie van die drie vlakke is weer in die sosiale funksionering van die adolessent waarneembaar. Daar is nie 'n

eenvormige verloop of vordering tussen die drie dimensies nie. Die finale integrasie dui die einde van die tydperk aan, waarna die adolessent as 'n volwassene beskou word (Erikson, 1968; Newman & Newman, 2003; Seltzer, 1989).

Die Positiewe Jeugontwikkelingsperspektief, wat op sterktes gebaseer is, word deur Lerner, Almerigi, Theokas en Lerner (2005) bespreek. Die perspektief vervang die tradisionele siening dat adolessensie 'n tydperk van storm-en-drang en probleme is. Volgens die perspektief is jeugdiges nie noodwendig op psigososiale herstel aangewese nie, maar word hulle beskou as potensiële bronne wat ontwikkel moet word. Hierdie ontwikkeling geskied aan die hand van die vyf C's ("competence, confidence, connection, character, caring"), psigososiale hulpbronne sal in 4.4.2 bespreek word. Die Positiewe Jeugontwikkelingsperspektief word vereenselwig met die sisteemontwikkelingsteorie se uitgangspunt, naamlik dat jeugdiges, praktisyns en beleidmakers optimisties bly om oplossings te vind om probleemgedrag te hanteer, verwagte uitkomst te bevorder en ongewenste gedrag te voorkom.

Individue met fisiese gestremdhede vorm deel van 'n diverse populasie. Gestremdheid kan egter ook as onafwendbaar en 'n normale deel van die lewe gesien word (soos bespreek in hoofstuk drie). Kinders met 'n gestremdheid moet dus, ideaal gesproke, aangemoedig word om so "normaal" as moontlik deur elke lewensfase te beweeg (Reeve, 2006; Shakespeare & Watson, 2002; Turner, 2003). Volgens Ross en Deverell (2005) is dit kritiek dat die vermoëns en potensiaal van persone met gestremdhede nie onderskat word nie. Tisdall (2012) is egter van mening dat hierdie persone se vermoëns in die praktyk steeds dikwels onderskat word en dat daar nie voldoende erkenning gegee word aan die bydraes wat hulle in hul persoonlike en openbare lewe maak nie

'n Chroniese toestand kan adolessente se ontwikkeling beïnvloed, en ontwikkeling kan weer 'n effek op die toestand hê. Die teenwoordigheid van 'n fisiese gestremdheid beteken in sekere gevalle wel dat die individu spesifieke aangeleenthede, bekommernisse en probleme voortspruitend uit die gestremdheid moet hanteer en dat aanpassings in die omgewing gemaak moet word ten einde die individu die geleentheid te bied om optimaal te funksioneer (Suris et al., 2004). Adolessente met 'n fisiese gestremdheid het dus te kampe met besondere uitdagings wat

die ontwikkelingsfase kan kompliseer. Hulle het die taak om by die gestremdheid aan te pas, maar terselfdertyd moet hulle die ouderdomstoepaslike fisiese en psigososiale groeitake bestuur (Seltzer, 1989).

Die adolessent met serebrale gestremdheid ervaar dieselfde veranderinge as die niegestremde portuurgroep, maar die sentrale ontwikkelingstake en -kwessies van adolessensie (byvoorbeeld emansipasie, selfkonsep en seksualiteit) word as gevolg van die gestremdheid meer pertinent. Bo en behalwe die feit dat hierdie adolessente bewus is van hulle “andersheid” in hierdie tydperk waar dit juis so belangrik is om by die portuurgroep in te pas, kan ’n fisiese gestremdheid die individu se onafhanklikheid beïnvloed. Soms is die individu afhanklik (of tot ’n mate afhanklik) van ’n ouer of professionele gesondheidswerker vir die hantering van die toestand (Wallander & Varni, 1995). ’n Fisiese gestremdheid impliseer egter nie noodwendig probleme nie. Soos Howard, Williams en Porter (1999) dit stel: “[E]xceptional children are still more like other children than they are different, but they may require specialized services to treat or accommodate their special needs” (p.69). In vergelyking met hulle gesonde portuurgroep, blyk daar steeds meer ooreenkomste en gemeenskaplike faktore as verskille te wees. Die adolessent met serebrale gestremdheid benodig dus dieselfde leiding en voorligting as enige ander adolessent (Suris et al., 2004).

4.1 PSIGOSOSIALE ONTWIKKELING

Psigososiale ontwikkeling het te make met die interaksie tussen ’n individu en die omgewing, vanaf die babafase tot volwassenheid, en sluit psigoseksuele en kognitiewe ontwikkeling in. Die psigososiale ontwikkelingsproses “seeks to understand the internal experiences that are products of the interaction among biological, psychological, and societal processes” (Newman & Newman, 2003, p.9).

Psigososiale ontwikkeling het ’n kumulatiewe effek. Dit beïnvloed die individu se vermoë om herhaalde blootstelling aan stres tydens die kinderjare en adolessensie te hanteer, maar dit het ook ’n direkte en indirekte invloed op volwasse welstand. Volgens Murasko (2007) en Wallander

en Varni (1995) is daar 'n verband tussen die psigososiale funksionering tydens adolessensie en die funksionering van die persoon met 'n gestremdheid as volwassene.

Volgens die ekologiese perspektief van menslike ontwikkeling soos beskryf deur Bronfenbrenner (1977, 1980) word ontwikkelingsuitkomst deur die interaksie tussen genetiese, biologiese, psigologiese en sosiologiese faktore bepaal. Die interaksie vind in die konteks van ondersteuning in die omgewing plaas. Die integrasie van hierdie interaksie vind in die mikrosisteem (die kind se karaktereenskappe en onmiddellike omgewing), ekosisteem (sosiale faktore) en makrosisteem (wyer sosiale verhoudings) plaas.

4.1.1 Psigososiale ontwikkelingsteorie

Ontwikkeling word volgens die lewensloopbenadering as 'n dinamiese geheel beskou waarin daar voortdurende wisselwerking tussen die persoon en omgewing is. Hierdie benadering het in die 1960's binne die intellektuele tradisies van sosiologie en sielkunde ontstaan en word volgens Schoon (2006) steeds wyd aanvaar. Die kernelemente van die benadering is dat menslike ontwikkeling 'n lewenslange proses is, dat die verloop van die proses deur die keuses en aksies van die individu bepaal word, en dat dit in sosiale strukture gesetel is. Die interafhanklikheid tussen strukture word beklemtoon en lewens word deur sosiale en historiese invloede geraak (Elder, 1998).

Erikson (1902-1994) het die invloed van sosiale en kulturele faktore en verandering in die gemeenskap op identiteitsontwikkeling en persoonlikheidsvorming ondersoek. Hy het Freud se psigoseksuele ontwikkelingsfases aangepas en uitgebrei en 'n psigososiale ontwikkelingsteorie in eie reg geformuleer. Die Freudiaanse begrippe is nie fundamenteel in die teorie nie; dus staan Erikson se teorie onafhanklik van Freud se teorie. Waar Freud se teorie hoofsaaklik biologies en seksueel georiënteer is, inkorporeer Erikson die kulturele en sosiale aspekte.

Erikson onderskei tussen die volgende psigososiale krisissfases: vertrouwe – wantroue (suigeling, 0-18 maande); outonomie – skaamte en twyfel (peuter, 18 maande – 3 jaar); inisiatief – skuld (kleuter, 3-6 jaar); werksaamheid – ondergeskiktheid (skoolgaande kind); identiteit –

rolverwarring (adolescent); intimiteit – isolasie (jong volwassene); voortplanting – stagnering (middelvolwassene); integriteit – wanhoop (laat volwassene) (Erikson, 1968).

Elke fase omvat 'n krisis van twee opponerende emosionele kragte wat met 'n spesifieke lewensfase en uitdagings in die betrokke fase verband hou. Die ontwikkelingstake en gepaardgaande krisis van 'n fase moet suksesvol of gedeeltelik bemeester word voordat die volgende fase bereik kan word. Erikson fokus vanuit 'n optimistiese ingesteldheid op die psigologiese reserwekrag wat binne elke fase ontwikkel en het ondersteunende reserwekrag by elke fase geïdentifiseer. Indien die krisis nie voldoende of gedeeltelik bevredigend opgelos word nie, ontstaan 'n ontwikkelingsagterstand. Die fases volg nie 'n liniêre proses nie en is nie duidelik afgebaken nie. Die suksesvolle afhandeling van 'n fase bring 'n balans tussen die twee opponerende ingesteldhede wat in die krisis verteenwoordig is (Erikson, 1959, 1968).

Erikson se psigososiale teorie dui sistematiese verandering oor die lewensloop aan ten opsigte van die ontwikkelingsfase, ontwikkelingstake, psigososiale krisis, 'n sentrale proses waardeur die krisis in elke fase opgelos word, 'n netwerk van verhoudings met betekenisvolle persone wat hieruit vloeï en die gedrag wat ontwikkel om die uitdagings te hanteer (coping). Tydens elke lewensfase moet die individu dus 'n unieke groep sielkundige en ontwikkelingstake bemeester. Die bemeestering van die ontwikkelingstake is essensieel vir suksesvolle sosiale aanpassing in die samelewing. Elke lewensfase bring 'n normatiewe krisis mee wat gesien kan word as spanning tussen die individu se vermoëns en die nuwe eise van die samelewing (Erikson, 1959, 1968; Newman & Newman, 2003).

Volgens Côté (1996) bestaan die psigososiale identiteit, soos deur Erikson beskryf word, uit drie onderling verwante dimensies, naamlik:

- Die subjektiewe psigologiese dimensie (ego-identiteit)
- Die persoonlike dimensie (repertoire van gedrags- en karaktereienskappe wat individue van mekaar onderskei)
- Die sosiale dimensie (erkende rolle binne die gemeenskap)

4.1.2 Psigososiale ontwikkelingstake tydens adolessensie

Soos reeds genoem, word adolessensie weens die talle veranderinge waarmee die fase gepaardgaan as 'n kritieke tydperk beskou (Seltzer, 1989). Die adolessent moet 'n unieke groep ontwikkelingstake bemeester om sosiaal in die samelewing aan te pas. Die biologiese, psigologiese en samelewingsisteme moet integreer ten einde suksesvolle aanpassing te verseker. Die psigososiale krisis tydens adolessensie word deur Erikson (1968) as identiteit versus rolverwarring omskryf. Waar die basiese en sekondêre deugde getrouheid en toewyding is, is die primêre fokus die soeke na 'n eie identiteit (om 'n persoonlike rol, standaard en doel in die lewe, sosiale en persoonlike integriteit te vestig). Volgens Côté (1996) verwys identiteit na wie en wat 'n persoon is en die betekenis wat deur die individu self en ander gegee word. Twee dimensies van identiteit word onderskei, naamlik persoonlike identiteit (karaktereienskappe, optrede en gedrag) en sosiale identiteit (groeplidmaatskap). Tydens adolessensie is verhoudings met die portuurgroep dus uiters belangrik (Erikson, 1959, 1968; Newman & Newman, 2003; Rew, 2006; Ross & Deverell, 2005; Silverberg & Gondoli, 1996).

Samevattend word die volgende ontwikkelingstake met adolessensie (12-18 jaar) vereenselwig:

- Fisiese rypwording. Adolessente is behep met hulle liggaam en voorkoms en dit is vir hulle uiters belangrik om aantreklik en aanvaarbaar vir ander te wees.
- Ontwikkeling van formele denke (abstrakte denke en redenering).
- Emosionele ontwikkeling.
- Vestiging van 'n eie identiteit. Namate adolessente hulle eie identiteit vestig, word lidmaatskap van die portuurgroep meer belangrik. Vestiging van 'n eie identiteit en sosiale rol is 'n komplekse proses en word ook deur betekenisvolle ander buite die gesin beïnvloed.
- Vestiging van onafhanklikheid. Adolessente emansipeer hulleself van hulle ouers en neig in die algemeen om teen gesag rebelleer.

- Ontwikkeling van seksualiteit en meer intieme verhoudings. Bewuswording van en eksperimentering met die seksuele is 'n nuwe dimensie waarmee die adolessent gekonfronteer word (Donna Falvo, 2005; Newman & Newman, 2003; Rew, 2006).

Die psigososiale ontwikkeling van die adolessent word deur Rew (2006) in drie arbitrêre fases verdeel, naamlik:

Vroeë adolessensie (10-13 jaar). In hierdie fase verskuif die adolessent se belange van die gesin na die portuurgroep, emosies is onstabiel, en daar is 'n beheptheid met die liggaam en liggaamsveranderinge.

Middeladolessensie (14-17 jaar). Hierdie fase word gekenmerk deur 'n verhoogde belangstelling in die portuurgroep en verhoogde konflik met ouers om onafhanklikheid te verkry. Die adolessent is minder behep met liggaamsveranderinge, meer in staat tot abstrakte denke en redenasie, en ervaar gevoelens van alvermoëndheid. Risikogedrag tree tydens hierdie fase meer op die voorgrond namate die jongmens by die portuurgroep se norme aanpas.

Laatadolessensie (18-21 jaar). Adolessente se identiteit is nou meer gevestig en besorgdheid oor hulle liggaamsbeeld neem af. Hulle stel meer realistiese doelstellings vir die toekoms en die fokus verskuif na die ontwikkeling van intieme verhoudings met ander.

Die fases neig om te oorvleuel en die volgende vier mylpale is kenmerkend van adolessensie: 1) Bereiking van onafhanklikheid van ouers; 2) aanpassing en skikking na die norme van die portuurgroep; 3) aanvaarding van die liggaam, en 4) vestiging van identiteit ten opsigte van ego, moraliteit, seksualiteit en beroep.

4.2 PSIGOSOSIALE IMPLIKASIES VAN GESTREMDHEID

Die meeste studies met betrekking tot adolessensie en gestremdheid fokus op die intellektuele aspekte (Alriksson-Schmidt, Wallander, & Biasini, 2006). Die impak van 'n chroniese siekte of gestremdheid is egter verreikend en het op alle fasette van die lewe 'n uitwerking, veral op

sosiale en gesinsverhoudings, ekonomiese welstand en daaglikse, ontspannings- en beroepsaktiwiteite (Donna Falvo, 2005; Marinić & Brkljačić, 2008). Gestremdheid is 'n multidimensionele veranderlike en daar is 'n komplekse interaksie tussen die persoon met die gestremdheid en die fisiese en sosiale omgewing. Dit sluit ervarings oor 'n wye spektrum in, byvoorbeeld politieke, sosiale en kulturele velde (Watson, 2012).

Psigo-emosionele effek: Die ervarings van gestremdheid binne die groter sosiale gemeenskap het 'n psigo-emosionele effek op die persoon met 'n gestremdheid. Daar ontstaan soms 'n stremende situasie weens die optrede van gesinslede, professionele persone en ander persone waarmee die persoon met 'n gestremdheid kontak het (Reeve, 2006; Watermeyer & Swartz, 2008). Dit is volgens Connors en Stalker (2007) soms moeiliker om “barriers to being” as “barriers to doing” te oorkom en sê verder die volgende: “Thus, in thinking about disabled childhood, ‘impairment effects’, ‘barriers to doing’ and ‘barriers to being’ all seem to have a place” (p.31). Die ‘barriers to being’ is veral tydens die kinderjare van beduidende betekenis omdat identiteitsvorming tydens die beweging van een ontwikkelingsfases na 'n ander plaasvind. Hierdie tipe struikelblokke het 'n beduidende effek op die kind se toekomstige selfvertroue en eiewaarde.

Dit is moeilik om tussen die effek van gestremdheid (“impairment effect”) en die gestremdheid op sigself (“disablement”) te onderskei. Depressie kan byvoorbeeld die gevolg wees van 'n reaksie op die gestremdheid, ander persone se reaksie, onderdrukking en sosiale uitsluiting (Connors & Stalker, 2007; Wiley & Renk, 2007).

'n Motoriese gestremdheid kan kinders se interaksie met die omgewing inperk. Die beperking sal afhang van die aard, erns en omvang van die gestremdheid. Meer as die helfte van serebraal gestremde kinders wat met hemiplegie gediagnoseer is, ondervind verwante probleme soos epilepsie en visie-, spraak-, perseptuele en leerprobleme (soos bespreek in hoofstuk drie) (Bleck, 1982; Pellegrino, 1997; Straub & Obrzut, 2009). Hemiplegie is dus meer as bloot 'n fisiese probleem en gaan met 'n verskeidenheid van nie-fisiese probleme gepaard. 'n Beduidende hoeveelheid van hierdie kinders ondervind ook probleme rakende gedrag, emosies en verhoudings. Die mees algemene kenmerke is geïrriteerdheid (wat met woede-uitbarstings tot

uiting kom), angs, hiperaktiwiteit, onoplettendheid en agtelosigheid. Dit is waarskynlik die gevolg van onderliggende breinskade eerder as omgewingsinvloede wat 'n beduidende effek op die alledaagse funksionering van die kind met 'n gestremdheid het. Verder kan dit tot angstigheid by die kind lei en ontwrigting vir ander veroorsaak. Angs kan verskeie vorme aanneem, byvoorbeeld algemene bekommernis, spesifieke fobies, uitermatige vrees vir skeiding, en skaamheid. Ongehoorsaamheid en weiering om aan die versoeke en eise van volwassenes te voldoen, kom ook algemeen voor, maar die kinders toon selde 'n jeugmisdadige patroon van moedswillige aggressie en antisosiale gedrag. Indien dit wel voorkom, is dit dikwels die gevolg van afknouery en stresvolle situasies in die skool (Goodman, 2001; Herbert, 2006).

Hemiplegie word dikwels as 'n relatiewe ligte fisiese gestremdheid beskou word, maar vir die kinders self is die gestremdheid nie "lig" nie. Hulle is selfbewus oor hulle liggaam en die feit dat hulle sukkel om eenvoudige handvaardige take met albei hande gelyktydig uit te voer. Die ouers van hierdie kinders is dikwels ook meer bekommerd oor die opvoeding, gedrag, emosionele en sosiale aspekte as die fisiese gestremdheid op sigself (Goodman, 2001).

Die omvang van die impak van psigososiale probleme en sosiale aanpassing word gewoonlik bepaal deur die aard van die toestand, die persoonlikheid van die individu, die betekenis wat die individu aan die siekte of gestremdheid heg, die individu se huidige lewensomstandighede en die aard van gesins- en sosiale ondersteuning. Normale kenmerke van adolessensie, byvoorbeeld rebelsheid, kan met behandeling inmeng. Indien die adolessent die beperkinge ontken wat met die gestremdheid gepaardgaan, word aanbevelings met betrekking tot behandeling soms geïgnoreer, met nadelige gevolge vir fisiese en funksionele vermoëns (Donna Falvo, 2005).

Dit is dikwels vir die persoon met 'n gestremdheid moeilik om by die gestremdheid sowel as die eise van die lewe aan te pas, wat weer tot emosionele probleme soos spanning en depressie kan lei (Wiley & Renk, 2007).

Lewenskwaliteit en psigososiale welstand: Lewenskwaliteit is 'n veelvlakkige konstruk wat verskeie aspekte insluit, byvoorbeeld psigologiese toestand, sosiale interaksie, somatiese sensasie, asook kognitiewe, sosiale, fisiese en emosionele funksionering (Wiley & Renk, 2007).

Die resultate van studies oor die persoon met 'n gestremdheid se aanpassing en lewenskwaliteit is dikwels teenstrydig. Sommige persone met 'n erge fisiese gestremdheid meld dieselfde mate van hoë lewenstevredenheid as niegestremdes. Die verskynsel staan as die sogenaamde gestremdheidsparadoks bekend (Albrecht & Devlieger, 1999). Die verwantskap tussen die persoon se fisiese funksionering en lewenskwaliteit is in verskeie studies ondersoek en 'n verband tussen lewenskwaliteit en fisiese funksionering word algemeen aanvaar. Fisiese funksionering korreleer egter volgens studies nie met psigososiale welstand nie en voorts bestaan daar nie 'n betekenisvolle verband tussen lewenskwaliteit en fisiese funksionering nie. 'n Kind met swak fisiese funksionering kan egter 'n hoë mate van sosiale en emosionele welstand ervaar. In die studie het die kinders met gestremdhede wel oor die algemeen laer vlakke van lewenstevredenheid gemeld as die niegestremde kontrolegroep wat betref gesondheidstoestand, verhoudings met die gesin en vriende, fisiese veiligheid en aanvaarding deur die gemeenskap. Geen verskille is egter gevind met betrekking tot lewensukses en prestasies nie (Colver, 2008; Dickinson et al., 2007; Marinić & Brkljačić, 2008; Pirpiris et al., 2006; Shelly et al., 2008).

Kinders met matige tot ligte fisiese aantasting se gestremdhede het 'n groter effek op die psigososiale welstand gehad as wat verwag is in 'n studie deur Shelly et al. (2008). In 'n ander studie het kinders met 'n ligter gestremdheid het dieselfde of laer vlakke van psigososiale welstand gerapporteer as kinders met 'n fisies erge serebrale gestremdheid (Wake, Salmon, & Reddighough, 2003). Daar is dus nie 'n liniêre verwantskap tussen fisiese funksionering en psigososiale welstand nie. Daar is ook bevind dat, indien individue begrip vir hulle gestremdheid het en deel is van 'n ondersteunende sosiale netwerk van wedersydse verhoudings, die waarskynlikheid groter is dat 'n hoër lewenskwaliteit gemeld sal word. Hierdie studies daag dus die aanname uit dat, indien 'n kind fisies minder in staat is om dinge te doen, dit noodwendig tot laer lewenskwaliteit sal lei (Wake et al., 2003).

Gates, Otsuka, Sanders, & McGee-Brown (2010) het bevind dat daar 'n verskil is tussen die ouers se persepsie van adolessente met serebrale gestremdheid se lewenskwaliteit en die adolessente met serebrale gestremdheid se eie persepsie van hulle lewenskwaliteit. Adolessente se persepsie is dat hulle in 'n mindere mate deur hulle toestand ingeperk is en meer gelukkig is as wat die ouers se persepsie is. Die ouers het weer hoër verwagtings en persepsies van tevredenheid gehad.

Albei partye se bydrae moet dus deur gesondheidswerkers in ag geneem word wanneer hulpverlening beplan word

'n Studie waaraan jeugdiges (16-20 jaar) met serebrale gestremdheid sonder ernstige leergestremdhede deelgeneem het, het die volgende bevindinge opgelewer. 'n Beduidende deel van hierdie populasie ervaar beperkinge in hulle daaglikse lewe en deelname veral met betrekking tot mobiliteit, selfsorg, voeding, werkseleenthede en indiensneming, die neem van eie verantwoordelikheid, gemeenskapslewe en -deelname, en ontspanningsaktiwiteite. Hierdie beperking in aktiwiteit en deelname kan dikwels toegeskryf word aan probleme weens beperkte grootmotoriese funksionering, 'n laer opvoedingspeil en 'n jong ouderdom. Van die deelnemers aan die studie het 83% steeds by hulle ouers gewoon en 85% was nog besig met hulle studies. Die meerderheid van die deelnemers het nog in 'n veilige, beskermde en gestruktureerde omgewing gewoon en nog nie die oorgang na die onafhanklike volwasse lewe gemaak nie (Donkervoort et al., 2007).

Die volgende faktore kan by die serebraal gestremde adolessent se psigososiale aanpassing 'n rol speel:

- Sommige adolessente met serebrale gestremdheid ervaar dat hulle nie sosiaal deur die wyer gemeenskap aanvaar word nie, wat tot sosiale aanpassingsprobleme kan lei (Liptak, 2008; Ross & Deverell, 2005).
- Die frustrasie om ná voltooiing van die skoolloopbaan nie 'n werk te kry of tersiêre opleiding te ondergaan nie, kan tot emosionele probleme aanleiding gee. Beroepskeuses en beroepsvermoë word geaffekteer deur die interaksie van gebreke, byvoorbeeld gewrigsbeweging, spierkrag, perseptuele funksionering, geheuefunksie, aandag en reaksievermoë, persoonlike en sosiale houding, en sosiale vaardighede (Liptak, 2008; Ross & Deverell, 2005).
- Enige “andersheid” in fisiese voorkoms kan die adolessent se persepsie van liggaamsbeeld en selfkonsep beïnvloed en die uitdrukking van seksuele gevoelens dwarsboom (Donna Falvo, 2005; Wiegerink et al., 2006, 2010, 2012).

- Die ontwikkeling van 'n sekondêre gestremdheid (wat met psigososiale faktore verband hou) is byvoorbeeld die ontwrigting van portuurgroepverhoudings, met 'n gevolglike agterstand in sosiale en emosionele ontwikkeling. Die beperkinge as gevolg van die gestremdheid, siekte of behandeling ontlok simpatieke en beskermende reaksies by gesinslede, wat weer struikelblokke tot die bereiking van onafhanklikheid, individualiteit en identiteit kan wees. Verder affekteer ouerskapstyl die psigososiale ontwikkeling van die kind. Byvoorbeeld, oorbeskerming deur die ouers lei soms daartoe dat die adolessent soos 'n klein of jonger kind behandel word en beïnvloed die adolessent se gevoel van eiewaarde en selfvertroue (Aran, Shalev, Biran, & Gross-Tsur, 2007; Ross & Deverell, 2005).

Uit die voorafgaande bespreking blyk dit dat die psigososiale implikasie van gestremdheid hoofsaaklik op drie terreine manifesteer, naamlik die intrapsigiese, interpersoonlike en samelewingsterrein.

4.2.1 Intrapsigies

Die adolessent met 'n gestremdheid moet soos enige ander adolessent 'n rol in die samelewing beding. Negatiewe terugvoer (verbaal of nieverbaal) lei dikwels tot passiwiteit, rigiede denke en 'n versuiming of onvermoë om aan die lewe deel te neem. 'n Negatiewe houding kan meer skadelik en beperkend as die gestremdheid self wees. Navorsing oor die selfkonsep is egter problematies weens die gebrek aan 'n algemene eenvormige definisie (Von der Luft, De Boer, Harman, Koenig, & Nixon-Cave, 2008).

Die volgende drie terme word algemeen gebruik om die funksies van die self te beskryf: selfkonsep, selfagting en selfdoeltreffendheid (King, Brown, & Smith, 2003). Selfkonsep ontplooi namate die kind vorder en van die vroeë kinderjare tot adolessensie ontwikkel. Tydens adolessensie verander die selfkonsep dikwels en word dit soms versteur vanweë die onkonsekwente beoordeling van hulle vermoëns (Von der Luft et al., 2008). Selfkonsep is 'n vorm van selfbegrip en verteenwoordig die menings, idees en houdings teenoor die self, asook die eienskappe en hoedanighede waaroor die individu beskik (King et al., 2003). Die selfkonsep

speel 'n integrale rol in die kind se ontwikkeling met betrekking tot die sluit van gesonde verhoudings, onafhanklikheid en aktiewe deelname in die gemeenskap na volwassewording.

Min inligting rakende die aard van die selfkonsep van kinders met serebrale gestremdhede is beskikbaar. Die meeste studies oor selfkonsep is gerig op die niegestremde kind wat normaal ontwikkel (Von der Luft et al., 2008). Soos reeds in hoofstuk drie verduidelik, is serebrale gestremdheid een van die mees algemene gestremdhede in ontwikkelende lande met 'n voorkoms van 2 tot 2.5 per 1 000 lewende geboortes. Selfkonsep het nie net 'n impak op die kind self nie, maar ook op die gesinslede, die uitgebreide familie en versorgers later in die lewe. In hierdie verband is Von der Luft et al. (2008) van mening dat serebrale gestremdheid 'n risikofaktor vir die ontwikkeling van 'n negatiewe selfkonsep is en wel weens die volgende faktore:

- Fisiese beperkinge kan die kind met 'n serebrale gestremdheid ten opsigte van deelname aan aktiwiteite in die samelewing inperk.
- Volwassenes met serebrale gestremdheid is dikwels sosiaal nie goed geïntegreer nie, het 'n laer indiensnemingspeil, en steun meer op staatsfondse vir lewensonderhoud en gesondheidsorg.
- Kinders met serebrale gestremdheid ondervind dikwels intellektuele tekorte. Daar is nie eenstemmigheid oor die voorkomssyfer nie.
- Metakognitiewe vaardighede soos beplanning, monitering en evaluering van denke kan ontoereikend wees. Hierdie vaardighede is 'n voorvereiste vir die ontwikkeling van selfbewussyn.

Die navorsingsresultate en bevindinge met betrekking tot die selfkonsep van die kind met serebrale gestremdheid is dikwels ook inkonsekwent en teenstrydig. Die aard en erns van die gestremdheid speel nie net 'n rol by die vorming van 'n fisiese en globale selfkonsep nie, maar het ook 'n invloed op die wyse waarop die portuurgroep en die samelewing die kind behandel. Die samelewing huldig die persepsie dat serebrale gestremdheid noodwendig 'n negatiewe impak op die selfkonsep moet hê. Resultate van 'n studie met kinders wat met spastiese diplegie en hemiplegie gediagnoseer is, dui egter daarop dat die kinders nie oor 'n laer globale selfkonsep as die niegestremde portuurgroep beskik het nie. Hulle het wel minder bedrewe ten opsigte van

sekere aspekte gevoel, insluitend sport, akademie en portuurgroepverhoudings, maar dit het nie die globale selfkonsep beïnvloed nie. Geen verskille is ten opsigte van eiewaarde, fisiese voorkoms, optrede en gedrag gevind nie. Tydens hulpverlening moet professionele persone dus daarop bedag wees dat 'n laer selfkonsep nie noodwendig met serebrale gestremdheid vereenselwig word nie (Shields, Loy, Murdoch, Taylor, & Dodd, 2007).

Bevindinge van 'n longitudinale studie oor 'n driejaartydperk dui daarop dat kinders met serebrale gestremdheid sielkundig weerbaar voorkom teen die uitdagings wat gestremdheid aan die selfbeeld stel. Kinders met serebrale gestremdheid handhaaf, net soos kinders sonder 'n fisiese gestremdheid, oor die algemeen 'n positiewe selfbeeld en is van mening dat hulle aan die ouderdomstoepaslike ontwikkelingsvereistes voldoen. 'n Laer selfbeeld word met geïnternaliseerde gedragsprobleme in verband gebring (Schuengel et al., 2006). Russo et al. (2008) het in 'n vergelykende studie van kinders met hemiplegie en kinders sonder gestremdhede bevind dat daar geen verskil is wat selfbeeld betref nie, maar dat kinders met hemiplegie laer tellings behaal het by metings vir lewenskwaliteit, spesifiek rakende fisiese bevoegdheid en skolastiese bevoegdheid.

Selfagting verwys na die gevoel van eiewaarde en algemene waarde wat individue op hulleself plaas. Dit het betrekking op die wyse waarop individue hulleself in vergelyking met ander evalueer. Gesonde selfagting help om die uitdagings van die lewe te hanteer. Die gesin en gemeenskap speel 'n belangrike rol in die vorming van selfagting (Garmezy, 1983).

Skoolplasing in 'n inklusiewe geïntegreerde hoofstroomskool of 'n gespesialiseerde, gesegregeerde skool kan volgens Von der Luft et al. (2008) ook 'n invloed op die ontwikkeling van selfagting hê. Plasing in 'n gespesialiseerde skool kan aanvanklik 'n positiewe effek op die jong kind hê, maar namate hierdie kinders tydens adolessensie hulleself met die portuurgroep begin vergelyk, kan hulle selfagting daal teenoor dié van adolessente met 'n serebrale gestremdheid wat reeds van die begin van hulle skoolloopbaan 'n inklusiewe skool bywoon. Kinders met serebrale gestremdheid wat aanvanklik 'n inklusiewe skool bywoon, kan reeds in die vroeë kinderjare 'n swakker selfbeeld ontwikkel omdat hulle hulself met die niegestremde portuurgroep ten opsigte van sport, akademie en sosiale verhoudinge vergelyk (Marsh & Hau,

2003). Hierdie laer selfagting kan, namate die kind ouer word, moeilik verander. Bronfenbrenner (1980) wys daarop dat serebrale gestremdheid wel 'n risikofaktor is vir die ontwikkeling van 'n swak selfagting, maar dat dit sal afhang van die verskillende sisteme waarin die kinders hulle bevind, byvoorbeeld die huislike omstandighede, gesinsondersteuning, skoolomgewing en kulturele invloede. In Suid-Afrika bevind adolessente met ligter fisiese serebrale aantastings soos hemiplegie hulle dikwels in hoofstroomonderwys.

In 'n kwalitatiewe studie, waartydens die selfbeeld van sewe adolessente met serebrale gestremdheid (12-17 jaar) in Swede met behulp van onderhoude en persoonlikheidsvraelyste ondersoek is, is bevind dat die respondente hulself in 'n positiewe lig sien en hulself beduidend hoër beoordeel as wat die niegestremde normgroepe hulleself beoordeel. Daar is aanbeveel dat verdere studies op die sosiale interaksie buite die gesin moet fokus en dat metodes ontwikkel moet word wat die adolessent met 'n gestremdheid die geleentheid bied om individuele ervarings en opinies te verbaliseer (Adamson, 2003).

Selfdoeltreffendheid is die persepsie van hoe suksesvol daar aan die eise van die omgewing en daaglikse uitdagings voldoen word en die effektiwiteit waarmee lewensgebeure hanteer word. Die gevoel van eiewaarde en selfdoeltreffendheid wissel na gelang van die aktiwiteit (King et al., 2003).

Daar bestaan ook 'n gevaar dat die adolessent met 'n serebrale gestremdheid probleme kan internaliseer, wat op sy beurt 'n invloed op die lewenskwaliteit van die adolessent het (Wiley & Renk, 2007). Verdedigingsmeganismes kan verskillende vorme aanneem, byvoorbeeld ontkenning, toetsing van grense, uitdagende gedrag, woede, regressie, onttrekking en depressie. Von der Luft et al. (2008) is van mening dat die graad van gestremdheid, intellek, ouderdom, geslag en omgewingsfaktore (byvoorbeeld skoolplasing) in toekomstige navorsing in berekening gebring moet word ten einde meer betekenisvolle resultate te kry.

4.2.2 Interpersoonlik

Soos reeds gemeld, oorleef meer kinders met gestremdhede die kinderjare en bereik adolessensie en volwassenheid. Gesins- en portuurgroepverhoudings is by alle jeugdige belangrik vir die algemene en suksesvolle oorgang na volwassenheid, en in die besonder by jeugdige met fisiese gestremdhede. In Europa is bevind dat 'n beduidende aantal kinders met serebrale gestremdheid se emosionele en/of sosialiseringsprobleme van só 'n aard is dat verwysing na gespesialiseerde dienste geregverdig is. Die sosialiseringsprobleme manifesteer hoofsaaklik op die domein van portuurgroepinteraksie (Parkes et al., 2008). (Portuurgroepverhoudinge sal volledig by 4.2.2.2 bespreek word.) Sosiale ondersteuning sluit verskeie konstrunkte in soos die persepsie van ondersteuning en ondersteunende optrede. Sosiale ondersteuning bevorder welstand en dra by tot sielkundige weerbaarheid (Haber, Cohen, Lucas, & Baltes, 2007).

4.2.2.1 Ouers

Volgens Wiley en Renk (2007) is daar 'n verband tussen die psigiese welstand en funksionering van die ouers van die kind met 'n gestremdheid en die emosionele en gedragsfunksionering van kinders en adolessente met gestremdhede. Die spanning wat met die hantering van 'n chroniese gestremdheid of siekte gepaardgaan, is 'n primêre risikofaktor vir die ontwikkeling van psigososiale probleme, by die gesinslede van kinders met gestremdhede en die kinders self. Daar is 'n verband tussen ouerlike spanning en die kinders se lewenskwaliteit ten opsigte van die volgende dimensies: fisiese funksionering, psigologiese stand, sosiale funksionering en fisiese ongemak. Optimalisering van ouers se psigiese welstand, sowel as dié van die kinders, is dus van die uiterste belang by intervensie ten einde lewenskwaliteit te bevorder. Indien kinders met serebrale gestremdhede ervaar dat hulle ouers hulle aanvaar, bevorder dit die ontwikkeling van faktore wat met sielkundige weerbaarheid verband hou (byvoorbeeld lokus van kontrole) (Aran et al., 2007; Cohen, Biran, Aran, & Gross-Tsur, 2008). Ouers vind baat by die ondersteuning van ander ouers met gestremde kinders wat verstaan hoe hulle voel en met wie hulle idees en inligting kan uitruil. Ouers neig soms om hulself te blameer en voel uitgesonder, wat op sy beurt daartoe kan lei dat die kinders psigososiale probleme ontwikkel (Herbert, 2006).

'n Vergelykende studie tussen gesinne met adolessente sonder enige gestremdhede en gesinne van adolessente met serebrale gestremdhede (13-15 jaar) is deur Magill-Evans, Pain, Adkins en Kratochvil (2001) gedoen. Hulle het enkele verskille met betrekking tot gesinsfunksionering, lewenstevredenheid en persepsie van sosiale ondersteuning tussen die groepe gevind. Jeugdige met serebrale gestremdhede se verwagting met betrekking tot toekomstige onafhanklikheid was wel laer as dié van die kontrolegroep. Die studie beklemtoon egter die ooreenkomste tussen die gesinne. Sekere individue en gesinne het wel spesifieke uitdagings gemeld.

Ketelaar, Volman, Gorter en Vermeer (2008) het verder bevind dat ouers van kinders met serebrale gestremdheid hoë stresvlakke ervaar. Die spanning en stres hou dikwels met gedragsprobleme by die kind met serebrale gestremdheid verband. 'n Studie van Ijezie, Ojinnaka en Iloeje (2009) toon dat sielkundige probleme meer algemeen by ouers en gesinslede voorkom waar kinders 'n chroniese siekte of gestremdheid het. Probleme is onder meer ouerlike skuldgevoelens, ervaring van verlies en depressie, oorbeskerming en uitermatige kommer. Raina et al. (2005) is van mening dat die ouerlike versorgingsrol 'n ander betekenis kry wanneer 'n kind funksionele beperkinge het en moontlik langtermyn van die ouers afhanklik gaan wees. Die sielkundige en fisiese welstand van versorgers, hoofsaaklik die moeders, van kinders met gestremdhede word beïnvloed deur die kind se gedrag en eise wat die versorging stel. Dit is dus noodsaaklik dat intervensies gerig moet wees om die spanning en stres van die versorgers te verminder.

Die navorsingsresultate met betrekking tot die uitwerking op sibbe is nie konsekwent nie. Williams et al. (2003) het bevind dat sibbe van kinders met gestremdhede of chroniese siektes wel 'n risiko het om gedragsprobleme, lae selfbeeld, gevoelens van skaamte en verleentheid, jeugmisdaad en swakker akademiese prestasie te toon. Ijezie et al. (2009) se studie toon dat gedragsprobleme en angs by gesonde sibbe dikwels oorskat word en dat daar nie betekenisvolle verskille tussen die sibbe en die kontrolegroep gevind kon word nie.

Ouerlike ondersteuning is van die uiterste belang by die adolessent met 'n fisiese gestremdheid. Die adolessent kan, na gelang van die graad van gestremdheid, fisies afhanklik wees en die ouers is dus dikwels betrokke by die persoonlike versorging, persoonlike higiëne en aktiwiteite van die

daaglikse roetine van die adolessent. Ouers (veral tydens hulle middeljare) is bekommerd oor die kind met 'n gestremdheid se toekoms die dag as hulle nie meer daar gaan wees nie; daarom is dit belangrik dat die persone met serebrale gestremdhede tot optimale funksionering aangemoedig word. Daar is wel gevind dat die adolessent met 'n serebrale gestremdheid dikwels emosioneel onstabiel is, onrealistiese verwagtinge koester, en buitensporige vrese en 'n gebrek aan motivering het. Teen die tyd dat hierdie adolessente volwassenheid bereik, het die meerderheid egter geleer om met hulle gestremdheid saam te leef (Ross & Deverell, 2005).

Volgens Antle, Mills, Steele, Kalnins en Rossen (2008) is die navorsingsresultate met betrekking tot ouerlike ondersteuning weereens teenstrydig. Sekere studies meld dat adolessente met fisiese gestremdhede oorbeskerming van hulle ouers ervaar waar ander studies bevindinge toon dat adolessente die verhouding met hulle ouers as ondersteunend ervaar en dat dit 'n beduidende rol in hulle sukses speel. Navorsing bevestig dat die psigososiale ontwikkelingsproses gedy indien die adolessente 'n band met hulle gesinne voel, maar nie deur die gesin ingeperk word nie (Blum, Resnick, Nelson, & St Germaine, 1991; Eaker & Walters; 2002; Ross & Deverell, 2005).

Eaker en Walters (2002) het bevind dat die ouers dikwels die adolessent met 'n gestremdheid as aseksueel beleef. Die adolessente meld dan ook gebrekkige besprekings met hulle ouers oor kwessies wat met seksualiteit verband hou. Die studie bevestig weereens die onderlinge verwantskap tussen individuele karaktereienskappe en gesinsomstandighede

4.2.2.2 Portuurgroep en seksualiteit

Die ontwikkeling van portuurgroepverhoudings en seksualiteit is belangrike ontwikkelingstake tydens adolessensie. Gedurende hierdie fase beweeg die tipies ontwikkelende adolessent van gesinsgesentreerde aktiwiteite na portuurgroepgesentreerde aktiwiteite (Wiegerink et al., 2010). Volgens Nadeau en Tessier (2009) het navorsing oor die afgelope vyftig jaar bevind dat positiewe sosiale verhoudings met die portuurgroep op die volgende dimensies berus: sosiale status, vriendskap, en fisiese en sielkundige dimensie. Sosiale status verwys na die graad van aanvaarding of verwerping deur die portuurgroep. Die dimensie van vriendskap hou verband met die hoeveelheid vriende (sosiale netwerk) en die kwaliteit van vriendskap (wederkerige

vriendskap). Hierdie dimensie bevorder die sosiale, kognitiewe en emosionele ontwikkeling van die adolessent en skep die geleentheid vir die beoefening en verfyning van sosiale vaardighede in verskillende kontekste. Die fisiese dimensie (rondgestamp, geslaan) en sielkundige viktimiseringsdimensie (terg, provokasie, noem van name, verkleinerings) speel 'n rol in sosiale verhoudings. Die dimensies is nou verbonde en bepaal die kwaliteit van sosiale aanpassing by kinders.

Binne die konteks van sosialisering met die portuurgroep vind daar kontak met die teenoorgestelde geslag plaas, met gevolglike ontwikkeling van romantiese en seksuele verhoudings. Ervarings en verhoudings met die teenoorgestelde geslag tydens adolessensie dra by tot die ontwikkeling van vaardighede met die oog op die vorming van bevredigende verhoudinge in die toekoms (Wiegerink et al., 2010). Seksuele belangstelling en masturbasie is aspekte van seksuele ontwikkeling wat seksuele aktiwiteit met 'n maat voorafgaan. Seksuele gedrag tussen adolessente sluit die inisiëring van seksuele aktiwiteite, seksuele aktiwiteite en riskante seksuele gedrag in. Volgens navorsing kan die risiko van riskante seksuele gedrag verminder word deur 'n positiewe selfbeeld, deelname aan buitemuurse aktiwiteite, goeie skoolprestasie en gehegtheid, godsdienstigheid, kennis en voorligting, ouerlike toesig en openlike kommunikasie met die ouers (Fergus & Zimmerman, 2005; Rai et al., 2003; Santelli et al., 2004; Wiegerink et al., 2010).

4.2.2.2.1 Portuurgroepverhoudinge

Portuurgroepverhoudings verskaf 'n konteks vir sosiale en emosionele groei (LeBlanc, Talbot, & Craig, 2005). 'n Studie is in Kanada deur Nadeau en Tessier (2006) geloods waartydens die sosiale ervaringe van kinders met serebrale gestremdhede (hemiplegie of diplegie) in hoofstroomonderwys vergelyk is met dié van hulle niegestremde klasmaats. Sosiale aanpassing is deur middel van sosiometrie onderhoude bepaal. Die volgende aspekte is in die onderhoude ingesluit: sosiale status, wedersydse vriendskap, sosiale isolasie, aggressie, sosialisering, leierskap en fisiese of verbale viktimisering. Daar is bevind dat die kinders met serebrale gestremdhede (spesifiek die vroulike geslag, ongeag die tipe serebrale gestremtheid) minder wedersydse vriendskappe gesluit het. Hulle het ook minder sosialisering- en leierseenskappe

getoon, en was meer deur die portuurgroep geïsoleer en geviktimizeer. Dit wil dus voorkom of kinders met serebrale gestremdhede as “anders” deur die portuurgroep in die konteks van hoofstroomonderwys waargeneem word. Soortgelyke navorsing deur Yude, Goodman en McConachie is in 1998 gedoen. Hierdie navorsers het ook bevind dat kinders met hemiplegie meer verwerp word, minder gewild is, minder vriende het en meer geviktimizeer word, maar dat hulle nie self boelies is nie (Yude et al., 1998).

Saylor en Leach (2009) meld dat boeliegedrag en portuurgroepviktimisering tussen alle kinders en adolessente, veral in die afgelope dekade, aan die toeneem is en ’n rede tot kommer is. Dit het ’n verwoestende uitwerking op ontwikkelings- en gedragsuitkomst van die individu. Boeliegedrag word beskryf as die gebruik van fisiese, psigologiese of direkte verbale metodes, individueel of in ’n groep, om fisiese of psigologiese angs te veroorsaak. Boeliegedrag deur middel van die kuberruimte (“cyber bullying”) is ook aan die toeneem. Volgens die resultate van ’n studie deur die Jeugnavorsingseenheid (YRU) (2012) by Unisa was 34,4% van die leerders wat aan die studie deelgeneem het al slagoffers van afknouery en het 38,1% kennis gedra van ’n maat wat al geboelie is. Daarbenewens het ’n kwart van die respondente erken dat hulle al ander kinders geboelie het. Sowat 55,3% van die leerders het al emosionele afknouery ervaar en een uit elke vyf (16,9%) afknouery in die kuberruimte. Die navorsers waarsku dat laasgenoemde tipe afknouery krisisaftmetings kan aanneem en ’n negatiewe impak op die breë samelewing kan hê. ’n Positiewe bevinding was dat 51% van respondente boelievoorvalle aangemeld het, terwyl 48,7% meen toepaslike stappe is gedoen om dit te voorkom (YRU, 2012).

’n Groeiende korpus navorsing toon dat studente met spesiale behoeftes meer kwesbaar is en ’n groter risiko het om geboelie, geviktimizeer en geteister te word as die “tipiese” portuurgroep. Navorsing oor die verband tussen boeliegedrag en kinders met gestremdhede is egter skaars (Bourke & Burgman, 2010; Connors & Stalker, 2007; Flynt & Morton, 2004; Pugh & Chitiyo, 2011). Daar is bevind dat kinders met gestremdhede wel op verskillende maniere met boeliegedrag cope deur byvoorbeeld self aksie te neem, die gedrag te ignoreer en om hulle na troeteldiere, vriende of ’n vertrouenspersoon te wend vir ondersteuning (Bourke & Burgman, 2010).

In 'n ondersoek na struikelblokke tot inklusiewe onderwys het Pivik, McComas en La Flamme (2002) gevind dat afknouery 'n risikofaktor is. Leerders het isolasie en fisiese en emosionele afknouery as die mees betekenisvolle struikelblokke gerapporteer. Baie van die kenmerke wat die kind kwesbaar maak, kan nie verander word nie, byvoorbeeld die sigbaarheid van die gestremdheid, ongewone loopgang of spraak en sosiale vaardigheidstekorte in samehang met kognitiewe onrypheid. Die kenmerke kan deur die boelie as 'n teken van swakheid gesien word en tot verbale of fisiese viktimisering aanleiding gee. Moontlike verklarings vir die kwesbaarheid van die kind met 'n gestremdheid wissel van neurologies bepaalde determinante en kognitiewe vaardighede tot portuurgroepvoordeel teenoor kinders met gestremdhede. Daar blyk dus wel 'n verband tussen adolessente met spesiale ontwikkelings-, emosionele, gedrags-, fisiese en gesondheidsbehoefte en viktimisering en afknouery te wees.

Kinders met motoriese koördinasieprobleme ondervind ook dikwels emosionele en sosiale vaardighedsprobleme. Beperkte deelname aan sosiale aktiwiteite kan tot angstigheid, emosionele en sosiale probleme by die kinders, sowel as die gesin, lei (Cummins, Piek, & Dyck, 2005). Die funksionering in die alledaagse lewe is dikwels moeilik vir kinders met hemiplegie wat dieselfde dinge as ander kinders wil doen. Hulle word gou moeg en die inspanning wat eenvoudige take verg, is uitputtend. Sosiale en emosionele onrypheid is kenmerkend van kinders met serebrale gestremdhede. Baie kinders met hemiplegie bevind hulle in hoofstroomonderwys en probleme om met ander kinders oor die weg te kom, word algemeen ondervind. Hulle sluit minder wedersydse vriendskappe en die waarskynlikheid dat hulle afgeknou word, is hoër. Die kinders ondervind verder probleme om ander se perspektief, opvattinge en intensies te verstaan en te interpreteer. Die kinders reageer egter goed op intervensie deur medikasie, gedrags- en gesinsterapie (Herbert, 2006; Nadeau & Tessier, 2006).

Kinders met serebrale gestremdhede word dikwels as 'n risikogroep vir verminderde sosiale deelname beskou. Die ontwikkeling van sosiale deelname word deur die sosiokulturele omgewing waarin die kind grootword, sowel as deur rypwording en veranderinge wat met ontwikkeling gepaardgaan, gedryf. Die patroon van deelname word gevestig ooreenkomstig die kind se ingebore dryfkrag, geleenthede wat die omgewing bied en blootstelling aan aktiwiteite (Donkervoort et al., 2007; Imms, Reilly, Carlin, & Dodd, 2008).

Navorsing oor kinders met serebrale gestremdhede se deelname aan buitemuurse aktiwiteite het getoon dat hulle aan 'n wye verskeidenheid aktiwiteite met lae vlakke van intensiteit en hoë vlakke van genot deelneem. Beperkte deelname aan fisiese aktiwiteite het implikasies vir vaardigheidsontwikkeling, fiksheid, aanvaarding deur die portuurgroep, ontwikkeling van vriendskappe en selfbewussyn. Deelname aan buitemuurse aktiwiteite deur serebraal gestremde kinders kan groter toewyding verg, meer tyd in beslag neem, en meer steun op hulpbronne in die gesin vereis. Die kinders in die studie het 'n geneigdheid getoon om op hul eie aan aktiwiteite deel te neem, of saam met gesinslede. Die aktiwiteite het meestal tuis of by die gesin plaasgevind. Daar was egter nie groot verskille tussen die groep met serebrale gestremdhede en die kontrolegroep nie. Faktore wat deelname beïnvloed, is kompleks (Donkervoort et al., 2007; Imms, et al., 2008). Blum et al. (1991) het ook bevestig dat adolessente met gestremdhede dit belangrik ag om vriende te hê. Sosiale verhoudings buite skoolverband word egter gekenmerk as beperk, deelname aan georganiseerde skoolaktiwiteite is gering en ongereelde kontak met die teenoorgestelde geslag en heteroseksuele verhoudings is gemeld. Wiegerink et al. (2010) noem ook dat deelname aan sport die geleentheid vir sosialisering bied.

Ytterhus (2012) het bevind dat die tydperk van 10-14 jaar oor die algemeen 'n moeilike fase vir portuurgroepinteraksie is. Die gevolge word vererger wanneer die betrokke kind nie die nuanses van die reëls vir interaksie begryp nie. Kinders met leer/intellektuele gestremdhede ondervind probleme juis hiermee en word dan dikwels gemarginaliseer. Die uitdagings word groter namate die kind ouer word. Kinders met mobiliteitsgebreke word soms weens praktiese redes nie by fisiese aktiwiteite betrek nie. Hierdie uitdaging verminder egter namate die kind ouer word en rekenaarspeletjies en intellektuele aktiwiteite meer op die voorgrond is.

Soos genoem, is die navorser werksaam by 'n LSOB-skool waar daar vir kinders met serebrale en fisiese gestremdhede, asook leerders met geen fisiese gestremdheid met spesifieke leerprobleme, voorsiening gemaak word. Dit wil voorkom of die leerders mekaar oor die algemeen aanvaar en dat die sosiale verhoudings tussen die gestremde en niefisies gestremde leerders wel in sekere gevalle tot groter verdraagsaamheid teenoor mekaar en begrip vir verskille lei. Daar word egter

wel van tyd tot tyd insidente van viktimisering en afknouery aangemeld. Geen gepubliseerde Suid-Afrikaanse navorsing in die verband kon egter opgespoor word nie.

4.2.2.2.2 Seksualiteit

Die ontwikkeling van seksualiteit en seksuele rypwording tydens adolessensie behels die integrasie van verskeie dimensies van die self. Die meerderheid kinders met fisiese gestremdhede ondervind normale puberteits- en seksuele ontwikkeling, maar die ontwikkeling kan gekompliseer word na gelang van die graad van gestremdheid en die geïnternaliseerde boodskap van die portuurgroep en die media (Rew, 2006).

Seksuele identiteit hou met liggaamsbeeld verband. Volgens die literatuur kan kwessies met betrekking tot liggaamsbeeld die seksuele funksionering negatief beïnvloed. Studies toon dat adolessente met chroniese toestande dikwels hoër vlakke van onveilige seksuele praktyke as die niegestremde kontrolegroep beoefen. Dit is dus moontlik dat probleme met betrekking tot liggaamsbeeld tot 'n toename in seksuele risikogedrag lei. Indien die adolessent met 'n gestremdheid van volwasse sorg afhanklik is en fisiese beweeglikheid baie beperk is, kan dit psigososiale implikasies hê. Byvoorbeeld, dit kan die adolessent se kans beperk om afsprake met die teenoorgestelde geslag te maak, en seksuele eksperimentering word ook hierdeur beïnvloed (Suris et al., 2004).

Adolessente met serebrale gestremdheid het aangedui dat hulle verminderde sosiale deelname daartoe lei dat afsprake minder gereeld plaasvind. Die volgende faktore speel 'n rol in die ontwikkeling van sosiale en seksuele verhoudings: sielkundige wanaanpassing, onvoldoende selfdoeltreffendheid en lae seksuele selfbeeld. Oorbeskerming tydens hulle opvoeding en die negatiewe houdings van ander het 'n nadelige invloed op die ontwikkeling van selfdoeltreffendheid by die adolessent met serebrale gestremdheid (Wiegerink, 2006).

Daar is min inligting in die literatuur oor die ontwikkeling van romantiese verhoudings tussen jongmense met serebrale gestremdheid. In 'n studie waartydens die portuurgroep aktiwiteite, romantiese verhoudings, seksuele aktiwiteit en onderlinge verhoudings van tipiese

ontwikkende jong volwassenes en jong volwassenes met serebrale gestremdheid vergelyk is, is daar bevind dat jong volwassenes met serebrale gestremdheid minder ervaring van romantiese verhoudings en seksuele aktiwiteit het as die tipies ontwikkelende groep. Hierdie uitkoms hou verband met portuurgroepaktiwiteite en afsprake. Daar is nie 'n sterk verband tussen serebraal gestremde eienskappe en geslag gevind nie. Dit is dus belangrik dat die geleentheid geskep word om afsprake te maak en by sosiale aktiwiteite betrokke te wees (Wiegerink et al., 2010).

'n Meer onlangse studie het bevind dat meer vroulike persone met serebrale gestremdheid as mans in 'n romantiese verhouding betrokke is. Selfbeeld, seksuele selfbeeld en gevoelens van bevoegdheid met betrekking tot selfdoeltreffendheid dra positief by tot die sluiting van romantiese verhoudings. 'n Negatiewe ouerskapstyl het ook 'n negatiewe invloed gehad. Persoonlike faktore het volgens die studie meer bygedra tot die sluiting van romantiese verhoudings as omgewingsfaktore (Wiegerink et al., 2012).

Adolesente met gestremdhede word dikwels hanteer asof hulle aseksueel of oorgeseksualiseer is (Suris et al., 2004; Wazakili, 2011). Navorsing in die VSA het bevind dat adolesente met fisiese gestremdhede sosiaal meer geïsoleerd is, maar dat hulle seksueel net so ervare as die niegestremdes is. Blootstelling aan seksuele opvoeding op skool is grootliks dieselfde as by die niegestremde. Adolesente met erge fisiese gestremdhede het minder romantiese aantrekking tot die teenoorgestelde geslag getoon en is minder seker oor hulle seksuele voorkeure. Adolesente wat fisies min gestrem is, het 'n hoër geneigdheid tot aantrekking tot dieselfde geslag gehad as die niegestremde, en daar is 'n groter moontlikheid vir adolesente fisies gestremde dogters om gedwonge seksuele omgang te ervaar (Cheng & Udry, 2002).

In 'n referaat gelewer tydens die konferensie oor teologie, gestremdheid en menswaardigheid op 18-20 Mei 2011 het Wazakili (2011) gereflekteer oor die siening dat persone met gestremdhede as aseksuele wesens beskou word. Na haar mening speel die negatiewe houding teenoor gestremdheid en ontkenning en miskenning van die persoon met 'n gestremdheid se gevoelens 'n rol in die siening. Kindergeboorte word ook beskou as 'n domein vir vroue sonder gestremdhede. Die wetlike emansipasie van persone met gestremdhede het nog nie tot seksuele emansipasie gelei nie. Veral in Afrika word die mening gehuldig dat persone met gestremdhede nie kan trou

nie omdat hulle nie seksueel aktief kan wees nie. Die siening dat hulle geen seksuele belangstelling het nie, nie sal trou nie en nie 'n behoefte aan seksuele voorligting het nie, word gehuldig. In sekere kulture bestaan wanopvattinge, byvoorbeeld dat die seksuele omgang met 'n vrou met 'n gestremdheid tot toekomstige rykdom kan lei. Die fisiese afhanklikheid van ander lei in sekere gevalle ook tot marginalisering en seksuele uitbuiting van die persoon met 'n gestremdheid.

4.2.3 Sisteme in die samelewing

Dit wil voorkom of probleme gesetel in die samelewing soms groter probleme vir die persoon met 'n gestremdheid skep as wat die gestremdheid self doen. Voorbeelde hiervan sluit in houding en vooroordeel teenoor die persone met gestremdhede, stereotipering en 'n gebrek aan toepaslike ondersteuningsdienste (byvoorbeeld behuising en vervoer). Mobiliteit en beweeglikheid is 'n kernaspek tot identiteitsvorming, lewenservaring en geleentheid. Diegene wat beperkinge ervaar met betrekking tot mobiliteit en beweging word dikwels verder beperk deur die groter sosiale sisteem en omstandighede waarvoor hulle weinig of geen beheer het nie, soos fisiese struikelblokke en ontoeganklikheid van geboue (Imrie, 2000).

Wadsworth en Harper (1993) is van mening dat die adolessent met 'n gestremdheid in 'n wêreld groot word wat hulle verskille bevestig en onderhou – sodoende word 'n siklus van sosiale mislukking gevestig. Die behoefte om kinders met gestremdhede ten volle in die samelewing te integreer, word aanvaar, maar 'n houdingsverandering in die samelewing is nodig. Navorsing dui egter daarop dat kinders met gestremdhede meestal die lewe dieselfde as niegestremdes ervaar. Sosiale en opvoedkundige beleid moet hierdie eendersheid en die kinders se regte as burgers erken, eerder as om op die gestremdheid te fokus, ten einde te verseker dat die kind met 'n gestremdheid soos enige ander kind in die samelewing integreer (Colver, 2008).

4.2.3.1 Houdings en stereotipering

Stereotipering en sieninge dat 'n persoon met 'n gestremdheid byvoorbeeld minder intelligent, gelukkig en aanvaarbaar as die niegestremde is, kan tot sosiale isolasie bydra. Terwyl die jong kind se interaksie hoofsaaklik tot die gesin en familie beperk is, ervaar hulle gewoonlik ondersteuning en is die situasie nie bedreigend nie. Namate hierdie kinders ouer word en hulle wêreld vergroot, kan die gemeenskap se stereotipering 'n effek op hulle hê (King, Willoughby, Specht, & Brown, 2006). Harpur (2012) beweer dat die gebruik van terminologie en taal 'n bydrae in die stryd teen diskriminasie en sosiale stereotipering kan lewer. Hy is van mening dat die frase “gestremde persoon” etiketterend en beperkend is. Hierdie persone word sodoende van hulle menslikheid ontnem en word in 'n kategorie afsonderlik van die algemene bevolking geplaas. Volgens hom moet daar dus nie na 'n “gestremde persoon” verwys word nie, maar na 'n “persoon met 'n gestremdheid”. Soos Harpur (2012) dit stel: “Changing the phrasing of the debate from ‘disability discrimination’ or ‘disabelism’ to ‘abelism’ can assist in changing perspectives inside and outside for disability” (p.325).

Adolessente met 'n gestremdheid voel dikwels geïsoleerd en verwerp deur die portuurgroep. Tydens adolessensie is fisiese bedrewenheid en liggaamlike aspekte van die uiterste belang. Die niegestremde se persepsie is soms dat die persoon met 'n gestremdheid, as gevolg van die fisiese inperking, nie tot enigiets in staat is nie. Nie-aanvaarding deur die portuurgroep het 'n negatiewe effek op persone met gestremdhede se selfvertroue en selfbeeld en volwassenes se lae verwagtinge van kinders met 'n gestremdheid kan 'n demper plaas op hulle motivering om te presteer en deel te neem.

Daar is bevind dat adolessente met gestremdhede dieselfde behoeftes, verwagtinge en begeertes as enige ander niegestremde adolessent het. Hulle wil gelukkig wees en aan betekenisvolle aktiwiteite deelneem, in geglo en ondersteun word. Persone met gestremdhede meld negatiewe verwagtinge van en houdings jeens hulle potensiaal as een van die grootste struikelblokke in die samelewing (King et al., 2006). Murray (2006) beskryf die gemeenskapshouding van stereotipering as die ontkenning van die psigologiese werklikheid en som dit soos volg op:

This deep-seated failure to acknowledge their internal experiences typifies societal attitudes to virtually all disabled young people, who are simply not seen as psychologically “real” by the majority (p.38).

Hierdie ontkenning lei daartoe dat empatie ingeboet word en gee aanleiding tot die aanname dat verhoudings nie sentraal tot die welstand van die jongmens met ’n gestremdheid staan nie. Murray (2006) het in haar kontak met adolessente met gestremdhede die volgende waargeneem: “I hear the same story – of how the deep pain of exclusion lies in denial of access to ‘ordinary’ relationships” (p.38). Sy is van mening dat daar slegs betekenisvol aandag aan ’n ander se welstand gegee kan word as die realiteit van die persoon se innerlike ervaringe erken word. Volgens Marks (1999) is die psigiese reaksie op uitsluiting, marginalisering of verwerping die volgende: inskiklikheid, weerstand, woede, onttrekking en wanhoop.

4.2.3.2 Skoolsisteem en opvoeding

Die huidige beleid wat in Suid-Afrikaanse onderwys in werking is, is dié van inklusiwiteit. Die reg of aanspraak van die jeugdige met gestremdhede of spesiale onderwysbehoefte op hoofstroomonderwys staan voorop. Volgens die beleid moet alle leerders, ongeag hulle vermoëns, geslag, taal of gestremdheid, inklusief onderrig word in ’n skool van hulle keuse, en moet alle leerders dus toegang hê tot die opvoedkundige uitkomst wat die skool bied (Engelbrecht, Green, Naicker, & Engelbrecht, 1999; Landsberg, Krüger, & Nel, 2005). Die inklusiewe onderwysbeleid is nog nie ten volle geïmplementeer nie en bestaande LSOB-skole is steeds in plek. Volgens Witskrif 6 (Department of Education, 2001) word daar voorsien dat sulke skole nie sal uitfaseer nie, maar beter toegerus sal word om as hulpbronsentra vir omliggende skole te dien.

Die adolessente wat aan die huidige studie deelgeneem het, is almal verbonde aan ’n skool wat voorsiening maak vir leerders met spesiale onderwysbehoefte. Die navorser kon geen Suid-Afrikaanse vergelykende studies of navorsing vind met betrekking tot serebraal gestremde leerders in hoofstroomonderwys en dié in gespesialiseerde onderwys nie. In ’n Kanadese studie het leerders met gestremdhede die struikelblokke van inklusiewe, geïntegreerde onderwys

uitgewys. Inklusiewe onderwys is ten tye van die navorsing reeds vir 'n tydperk van vyf en twintig jaar in Kanada toegepas. Die volgende struikelblokke is geïdentifiseer en in temas gekategoriseer, naamlik:

Struikelblokke in die omgewing (fisiese omgewing, byvoorbeeld deure wat te nou is, trappe, te hoë sluitkaste en ontoeganklike areas). Gebrekkige toeganklikheid tot die skoolgebou het ook 'n impak op sosiale aktiwiteite, byvoorbeeld die bywoning van skoolfunksies soos gesellighede en danse.

Doelbewuste struikelblokke ten opsigte van houdings en gesindheid. Studente rapporteer gevalle van isolasie en fisiese en emosionele afknouery. Sosiale isolasie neem die vorm aan van ignorering, probleme om vriendskappe te sluit, beledigende opmerkings en om in die algemeen “anders” behandel te word.

Niedoelbewuste struikelblokke ten opsigte van gesindheid hou verband met 'n gebrek aan kennis, opvoeding, begrip en bewustheid binne die opvoedkundige sisteme.

Fisiese struikelblokke as gevolg van probleme wat met die gestremdheid vereenselwig word, byvoorbeeld dat 'n persoonlike assistent in die klas benodig word weens handvaardigheidsprobleme. Addisionele tyd word benodig vir die voltooiing van opdragte (Pivik et al., 2002).

Die onderwysers moet gewillig wees om die leerders met gestremdhede in die hoofstroomklas te aanvaar en in-diens-opleiding by te woon ten einde hulle opvoedkundige agtergrond te verbreed. 'n Positiewe omgewing moet geskep word. Interaksie tussen leerders met gestremdhede en niegestremdes is van die uiterste belang om stereotipering te voorkom (Pivik et al., 2002).

'n Studie is in Australië uitgevoer waartydens jeugdiges met fisiese gestremdhede en chroniese siektetoestande hulle ervaringe tydens die oorgang na junior hoërskool rapporteer. Die resultate dui op 'n gemeenskaplike ervaring van gestremdeverwante teistering. Gedifferensieerde ervarings met betrekking tot ondersteunende vriendskapsverhoudings, verwerping deur die

portuurgroep en skoolkultuur is gemeld. Die deelnemers was egter bewus van stigmatisering, vooroordeel en stremmende verwagtinge teenoor hulle (McMaugh, 2011)

Volgens Meyer (2001) kan inklusiewe onderwys nie die sosiale uitsluiting en marginalisering van kinders met gestremdhede waarborg nie. Davis en Watson (2001) argumenteer dat inklusiewe onderwys nie ten volle sal realiseer alvorens die volwassenes in beheer van skole kennis neem van leerders se sieninge van die opvoedingsproses, en totdat beleidsbepalers 'n meer genuanseerde, meervlakkige benadering tot inklusiewe onderwys inneem nie. Na hulle mening fokus die literatuur hoofsaaklik op sosiale beleidsake ten koste daarvan om insig te verkry in die diverse, alledaagse perspektiewe en praktyke van onderwysers en kinders. Singh en Ghai (2009) onderskryf die mening dat dit noodsaaklik is om kennis te neem van die perspektiewe van die kind en jongmense met 'n gestremdheid.

Daar is bevind dat leerders met gestremdhede in spesiale sowel as hoofstroomskole diskriminerende opvattinge ten opsigte van wat “normaal” en “anders” is ervaar. Hierdie ervaring hou nie net verband met die struktuur van die skool nie, maar ook met die algemene individuele en kulturele praktyke van volwassenes en kinders. Kinders met gestremdhede word dikwels vanweë etikettering as “anders” uitgesonder. Weereens kom etikettering in die spesiale sowel as die hoofstroomomgewing voor. 'n Groot klemverskuiwing binne hoofstroomskole is nodig alvorens leerders met gestremdhede werklike inklusiewe onderwys sal ervaar (Pivik et al., 2002).

Murray (2006) (direkteur van 'n navorsings-, konsultasie- en opleidingsmaatskappy wat die bevordering van insluiting van leerders met gestremdhede in die skool en gemeenskap ten doel het), die ouer van 'n seun met 'n fisiese gestremdheid en 'n niegestremde dogter (albei in dieselfde Amerikaanse hoofstroomskool), maak die volgende opmerking: “I realised that the ‘bottom line’ for his inclusion in any setting lay in his being accepted exactly as he was by whoever was supporting him” (p.37). Die feit dat die leerder met 'n gestremdheid as “anders” gesien word, het 'n effek op verhoudings en hou ook emosionele en sielkundige gevolge vir hierdie leerder in.

Die skoolomgewing en -ervaring deur die kind het die potensiaal om tot risiko- of beskermingsmeganismes by te dra (Zimmerman & Arunkumar, 1994). Henderson en Milstein het reeds in 1996 riglyne vir die bevordering van sielkundige weerbaarheid in die skoolomgewing verskaf. Dit is onder meer die kommunikasie van hoë verwagtinge, samewerking eerder as mededinging, intrinsieke motivering wat op belangstelling gegrond is, eie verantwoordelikheid van leerders, aktiewe deelname aan besluitneming in onderrig, individuele omgee vir elke leerder, 'n persoonlike benadering en diversiteit. Daar is bevind dat leerders harder werk en hulle samewerking gee indien hulle ervaar dat hulle ondersteun word en daar na hulle geluister word (Henderson & Milstein, 1996).

Diez (2010) het die verskynsel van sosiale uitsluiting in die skoolkonteks ondersoek. Nege deelnemers (18-25 jaar) met spesiale onderwysbehoefte het deur middel van individuele en persoonlike narratiewe op hulle persoonlike ervarings in inklusiewe onderwys gereflekteer. Die navorser het tot die gevolgtrekking gekom dat effektiewe leer- en sosialiseringsprosesse nie in hoofstroomonderwys gefasiliteer word nie. Segregasie en diskriminasie was kenmerkend van die spesiale onderwysomgewing waar studente die integrasie en ondersteuning ervaar het om sosiale, kurrikulêre en metodologiese uitsluiting van die hoofstroom te oorkom. Die studente het beleef dat die omgewing die geleentheid vir die herstel en heropbou van hulle selfbeeld gebied het. Hulle voel deel van die groep en ervaar medestudente as hulle gelykes. Vriendskappe en sosiale netwerke het in die omgewing tot stand gekom. Hulle voel deel van 'n groep, bemagtig om hulp aan klasmaats te gee en te ontvang, en is in staat om op gelyke voet, met die ondersteuning van professionele persone wat sensitief vir hulle behoeftes is, te leer. Diez (2010) is egter van mening dat, ten spyte van die feit dat die spesiale onderwysomgewing wel daarin slaag om leerders met spesiale onderwysbehoefte te integreer, dit steeds 'n omgewing is wat segregeer. Dit is 'n "valse" integrasie en die hoofstroomkonteks moet verander en hersien word sodat alle jeugdige met gestremdhede sosiaal en akademies ingesluit word. Die vooruitsig is dus 'n skoolomgewing waarin:

all students are valued, where the goal is to recognize the right of all men and woman to education and to fully fledged participation in that education, schools where the processes and practices holding up the walls of exclusion are brought to a halt (p.174).

Deelname aan sport en buitemuurse aktiwiteite bevorder selfbeeld, mededinging, portuurgroepaanvaarding en dien as teenvoeter vir risikogedrag. Verder dra dit beduidend tot psigososiale ontwikkeling en sosiale verbondenheid by (Asgharizadeh, Afshari, Ghasemi, & Hadadi, 2011; Gaskin, Andersen, & Morris, 2010).

Navorsing moet dus op die fisiese, strukturele en institusionele struikelblokke, wat tot die sosiale uitsluiting van kinders lei, fokus. Soos Singh en Ghai (2009) dit stel: “Disabled children need to be understood as social actors, as controllers and as negotiating their complex identities within a disabling environment.”

Daar rus egter ook 'n verantwoordelikheid op die persoon met 'n gestremdheid ten opsigte van aanpassing by die sosiale omgewing. Die persoon met 'n gestremdheid se sosiaal aanvaarbare optrede bepaal die aanvaarding deur ander. 'n Sielkundige met 'n serebrale gestremdheid identifiseer haarself as 'n sielkundige wat toevallig gestremd is (Ayrault, 2001). Sy is van mening dat baie min persone met gestremdhede hulle beperkinge en gestremdhede kan aanvaar, maar dat dit met behulp van realistiese voorligting en berading moontlik is dat 'n mens jou daarna kan skik en daarby kan aanpas. Sy is van mening dat, indien die persoon met 'n gestremdheid nie as 'n tweedeklasburger beskou wil word nie, die volgende gedoen moet word: “exhibit maximum emotional control, think of other people, and contribute what he can to society” (p.15). Tweedeklasburgers word nie gedefinieer volgens die manier waarop hulle loop, praat of hulleself fisies handhaaf nie, maar verwys eerder na die persone se emosionele, sosiale en intellektuele optrede. Om dié klassifikasie te vermy, moet die persone hulleself respekteer en trots wees op alles wat hulle doen. Sodoende sal ander hulle respekteer. Ayrault (2001) beweer dat adolessente met gestremdhede se houding en aanbieding van hulleself sal bepaal hoe ander mense hulle oordeel (Ayrault, 2001). Sy is van mening dat die adolessent met 'n fisiese gestremdheid moet aanpas by dit wat vir die samelewing aanvaarbaar is of nie.

Die verhoudingsdinamiek betreffende gestremdheid en onvoldoende sosialisering van gestremde persone (insluitend die emosionele lewe van ander, sowel as die realiteit van ontoeganklike

materiële hulpbronne) dra by tot die internalisering van gestremdheid, medepligtigheid en marginalisering (Watermeyer & Swartz, 2008).

4.3 DIE SUBJEKTIEWE BELEWENIS VAN GESTREMDHEID

Die huidige modelle van gestremdheid in die literatuur gee nie die persoonlike ervaring van die persoon met 'n gestremdheid weer nie en dui nie aan hoe hierdie persoon die ervaring van gestremdheid in die alledaagse lewe integreer nie. Talle outeurs beveel aan dat navorsers en klinici individue die geleentheid moet gee om van hulle eie persoonlike welstand verslag te gee en dat individue onafhanklik bestudeer moet word (Livingston, Rosenbaum, Russel, & Palisano, 2007; Lutz & Bowers, 2005; Mortier, Desimpel, De Schauwer, & Van Hove, 2011; Reeve, 2006; Singh & Ghai, 2009; Stalker, 2012; Tisdall, 2012; Watermeyer & Swartz, 2008; Watson, 2012). Watermeyer en Swartz (2008) sien dit as deel van die onderdrukking van gestremdes: “It has always been part of disabled people’s oppression that their own personal feelings and struggles have been seen as epiphenomenal and secondary to the objective reality of impairment” (p.600). Die leemte in die navorsing word deur Watermeyer en Swartz (2008) beaam: “The avoidance of even-handed and lucid inclusion and investigation of the personal experiences of impairment and disability within disability studies research embodies an injustice and a diminution of identity meted out to disabled people” (p.600).

Die literatuur met betrekking tot gestremdheid het eers onlangs aspekte onder die term “psigo-emosionele aspekte” van gestremdheid begin ondersoek. Watermeyer en Swartz (2008) is van mening dat 'n teorie met betrekking tot hierdie aspekte van gestremdheid ontwikkel moet word. Watermeyer, 'n kliniese sielkundige wat self gestrem is en betrokke is by psigoterapeutiese sessies vir fisies erg gestremde volwassenes in Suid-Afrika, het die dinamiek en sosiale implikasies van gestremdheid beskryf. Hy beskryf dit vanuit sy eie ervarings en persoonlike ondersoek. Die volgende aspekte is deel van die deurlopende dinamiek van gestremdheid: 'n wêreld van nie-egte interaksies; word nie werklik gesien nie; die gevolge van om eg te wees; die realiteit van deurliefde keuses; en begrip van medepligtigheid. Dit behels kortliks die volgende:

Nie-egte interaksie: Die verleentheid en selfbewustheid om afhanklik te wees, die vrees dat jy vir ander 'n las is en angst rakende fisiese voorkoms is universeel geldend. Persone met 'n gestremdheid voel dikwels ook verantwoordelik om ander van hulle eie ervarings te beskerm (Watermeyer & Swartz, 2008). Daar is bevind dat leerders wat op ondersteuning en hulpverlening deur ander (volwassenes, medeleerders, aangepaste apparate en toestelle) aangewese is, besef dat dit positiewe ingrepe is omdat dit deelname aan aktiwiteite moontlik maak en die lewe vergemaklik. Daar is egter ook 'n negatiewe kant as gevolg van: “too much control of adults, not having the chance to fiddle or space out, or doing things by yourself, standing out, and always having to be nice to people who support you” (Mortier et al., 2011, p.207).

Word nie werklik gesien nie: Persone met 'n gestremdheid antisipeer ander se emosionele behoeftes en voel dat hulle net geregtig is om 'n gedeeltelike weergawe van hulle subjektiewe realiteit te wys. Die persoon met 'n gestremdheid moet die ongemak, teensin en afkeer van ander hanteer. Hierdie ongemak gaan gewoonlik nie net oor sekere aspekte van die persoon nie, maar oor hoe die persoon in geheel gesien word (Watermeyer & Swartz, 2008). Die stryd om selfaanvaarding is universeel. Die subjektiewe belewenis verskil dus nie kwalitatief van enigiemand anders se ervaring nie, maar weerspieël bloot hoe dit moet voel om in die wêreld van “disability discrimination” te leef (Watermeyer & Swartz, 2008, p.603).

Die gevolge van eg wees: Watermeyer en Swartz (2008) se ervaring is dat individue en die gemeenskap dit moeilik vind om gestremdheid te sien sonder om te wil ingryp, te wil verander, te wil regmaak of te wil herstel. Hierdie optrede word beskryf as “doing defense” (p.605) en word deur persone met 'n gestremdheid beleef as dat hulle nie “gehoor” en “erken” word nie. Bydraend hiertoe is dat die sosiale strukture in Suid-Afrika nie voorsiening maak vir toeganklike, doeltreffende vervoer vir alle inwoners nie. Dit ondersteun weereens die feit dat die probleem 'n kombinasie van praktiese, diskriminerende, interpersoonlike en intrapersoonlike faktore is. Omgewingsfaktore en 'n gebrek aan toeganklikheid en toepaslike hulpbronne en dienste vir persone met gestremdhede lei tot die realiteit van beperkte keuses. Hierdie persone bevind hulself dikwels in die posisie waar bystand so onontbeerlik is dat dit “substantially compromise the work of understanding, modifying or choosing relationships” (p.608).

Beauchamp-Pryor (2011) is self 'n persoon met 'n fisiese gestremdheid, asook navorser en aktivis vir persone met gestremdhede. Sy is van mening dat die ideologie om die liggaam te “normaliseer” onderliggend aan die begrip van genesing is. Daar bestaan 'n persepsie dat gestremdheid 'n persoonlike tragedie is en dat elke persoon met 'n gestremdheid die behoefte het om genees te word. Dit is egter belangrik om die persoon met 'n gestremdheid se persoonlike siening en keuse in ag te neem. Sy was aanvanklik onseker oor waar sy inpas, maar beskou die gestremdheid as deel van haar identiteit en haar menswees.

A blurring between my experience of being disabled and non-disabled was evident, with my impairment forming part of my identity and reflected who I am today. I was unable to crossover to what is sometimes described as the “other side” (a non-disabled world) and my shared experiences of injustice and inequality continues to bind me to the experiences of disabled people. Whilst I supported the views from within the disability movement, I felt fearful of being viewed as an “outsider”. My reflection as a disabled/non-disabled activist/researcher helped in my realization that to be an “insider”, to “fit in”, extends beyond any fixed category and is about shared experience of oppression (p.15).

Begrip van medepligtigheid: 'n Teoretiese siening wat nie voorsiening maak vir die rol wat die persoon met 'n gestremdheid in die verhouding van onderdrukking speel nie, dra by tot die gevaarlike illusie van afsonderlikheid, of verskille, tussen persone met gestremdhede en niegestremde persone. Dit konstrueer die persone met gestremdhede as slagoffers, wat vernederend is. Dit het egter ook 'n effek op die persoon met 'n gestremdheid se menswees en kapasiteit en/of wyse waarop sosiale verhoudings gevorm word. Verhoudings van onderdrukking kom oral voor, tussen rassegroepe, mans en vrouens, gestremde en niegestremde persone. Die verhoudings is inherent wederkerig, dinamies en op mag geskoei. Die realiteit is dat almal moet verander ten einde verandering te weeg te bring. Gevolglik is almal verantwoordelik totdat verandering bewerkstellig is (Watermeyer & Swartz, 2008).

Watson (2012) benadruk die feit dat die impak van gestremdheid op individuele lewens verskil. Daar is verskillende gestremdhede, byvoorbeeld, verworwe, aangebore, fisiese, sensoriese, intellektuele, progressiewe toestande of 'n kombinasie van genoemde gestremdhede. Die individue se uitkomst en behoeftes sal verskil en dit is dus moeilik om 'n eenvormige model, navorsingsagenda of beleid daar te stel wat in al die behoeftes voorsien. Elke individu gee unieke betekenis aan gestremdheid na gelang van die aard van gestremdheid, kwaliteit van sosiale ondersteuning en lewenseise (Olkin, 1999). Die APA (2011) beklemtoon die volgende: "Above and beyond *disability* experiences, persons with disabilities have their own *life* experiences and, like everyone else, their own personal characteristics, histories and life contexts" (p.43).

Singh en Ghai (2009) het 'n kwalitatiewe studie in Indië gedoen met adolessente met fisiese gestremdhede (11-16 jaar) rakende die impak van gestremdheid en hulle persoonlike siening. Veertien kinders met gestremdhede wat hulle mobiliteit aan bande lê, is in die studie ingesluit. Die volgende temas is geïdentifiseer: Daar is geen eenvormige begrip van gestremdheid nie (elke individu het sy/haar eie begrip en opvatting oor die betekenis van gestremdheid); niegestremdes word soms geïdealiseer; ervarings van etikettering en dat hulle aangestaar en geboelie word; oorsake van gestremdheid is eksistensiële ('n Opperwese, die noodlot) sowel as materieel (polio, fisiese besering); ambivalente siening oor die gesin (hulle voel hulle is 'n las en 'n bekommernis en veroorsaak ontwinging, maar voel ook hulle ontvang liefde en word aangemoedig en oorbeskerm).

Connors en Stalker (2007) meld die volgende resultate oor kinders se belewing en begrip van gestremdheid. Die deelnemers het gestremdheid ten opsigte van die effek van gestremdheid ("impairment"), ervaring van "andersheid", ander persone se optrede, en materiële struikelblokke weergegee. Volgens die resultate gee kinders unieke betekenis aan gestremdheid en die ervaring daarvan (mediese toestand, gestremdheid is nie 'n las nie, wil gestremdheid verander, gestremdheid kan ontgroeï word). Ervaring van "andersheid" (bewus van "andersheid", ervaar nie dat hulle anders as die portuurgroep is nie, gevoelens van verveeldheid, beperkte sosialisering), materiële struikelblokke (onvoldoende ontspanningsfasiliteite, vervoerprobleme, gebrek aan naskoolse aktiwiteite, gebrekkige ondersteuning en kommunikasie).

Kinders met gestremdhede het 'n unieke perspektief en wil insae in hulle eie lewens hê. Soos Singh en Ghai (2009) dit stel: “What needs to be understood is that if the agency of disabled children is to claim space, voice and power, there is a crucial need to disrupt the hegemonic discourses of normality” (p.143).

Begrip vir en integrasie van die ervaring van gestremdheid sal begrip vir die universaliteit van menslike lyding, verlies en hoop laat posvat. “Part of hearing the experience of disabled people is hearing the internal conflict, the ambivalence, the collusion, the confusion”, verduidelik (Watermeyer & Swartz, 2008, p.609). Murray (2006) stel dit soos volg: “We only begin to attend, in any meaningful sense of the word, to another’s well-being when we acknowledge the reality of the internal experiences” (p.40).

4.4 PSIGOSOSIALE WELSTAND EN PSIGOSOSIALE HULPBRONNE

4.4.1 Definiëring

Daar bestaan volgens LeBlanc et al. (2005) nie 'n universele definisie vir psigososiale welstand of 'n standaardmetode om die multidimensionele begrip te meet nie. Psigososiale welstand is 'n belangrike faktor wat die optimale ontwikkeling van kinders in moeilike omstandighede fasiliteer. In hierdie konteks kan psigososiale welstand gedefinieer word as “a broad group of psychological assets that insulate ‘at risk’ youth from, or buffer the effects of, adverse life circumstances” (p.166). Die stand van psigososiale welstand is dus 'n komponent van sielkundige weerbaarheid.

4.4.2 Psigososiale hulpbronne

Die term “psigososiale hulpbronne” word in die literatuur gebruik as 'n algemene beskrywing van 'n verskeidenheid sielkundige en sosiale hulpbronne wat 'n invloed het op die individu se vermoë om stres en spanning te hanteer (Murasko, 2007, p.1349). Psigososiale welstand berus volgens Le Blanc et al. (2005) op die volgende komponente oftewel die Vyf C’s van psigososiale

welstand: bevoegdheid (“competence”), verbintenis (“connection”), selfvertroue (“confidence”), omgee (“caring”) en verbondenheid (“connectedness”).

Bevoegdheid: ’n Persoon moet oor die nodige intellektuele, sosiale en gedragsvaardighede beskik om selfgeldend op te tree. Die intellektuele en akademiese bevoegdheid speel ’n rol in skoolplasing en latere beroepsgeleenthede. Sosiale bevoegdheid slaan weer op vaardighede wat nodig is om sosiale verhoudings te inisieer en te onderhou.

Verbintenis: Die gevoel dat ’n mens iewers behoort. Belangrike verbintenisse in die lewe van jongmense is met hulle ouers, portuurgroep, onderwyspersoneel en lede van die groter gemeenskap.

Selfvertroue: Moet oor selfvertroue beskik en tevrede wees met jouself.

Omgee: Dienslewering in die gemeenskap (om van die samelewing ’n beter plek te maak).

Verbondenheid: Deelname aan klubs of organisasies buite skoolverband.

Die volgende beginsels word deur Seita (2000) voorgestel vir die vermindering van ongewenste uitkomst: verbondenheid (bevordering van hegte, positiewe verhoudings), menswaardigheid (hoflikheid, respek en veiligheid), kontinuïteit (voortgesette en volgehoue affiliasie met ’n groep, familie en gemeenskap) en geleentheid (voortbouing op sterk punte en om ’n persoonlike visie te vind).

In Kanada is die volgende faktore deur ’n groep adolessent met serebrale gestremdhede as sleutelfaktore tot sukses in die lewe geïdentifiseer: om gelukkig te wees, dat ander in jou glo en geloof in jouself. Die faktore verhoog selfvertroue en selfdoeltreffendheid om doelstellings te bereik. Daar word na diegene wat min vertroue het in persone met gestremdhede as “barrier people” verwys. Die belangrikheid van sosiale verhoudings, ook met niegestremde persone, is deur die adolessente beklemtoon (King et al., 2000).

Sosiale ondersteuning dien nie net as 'n buffer teen spanning, maar ook as 'n beskermingsfaktor in krisissituasies, en vervul 'n sleutelrol in die emosionele ontwikkeling van kinders en adolessente (Haber et al., 2007). Die begrip “sosiale ondersteuning” bestaan uit verskeie fasette en is multifunksioneel. Dit word gekonseptualiseer vanuit die perspektief van die persoon wat die ondersteuning verskaf, asook vanuit die perspektief van die ontvanger.

Drie tipes ondersteuning word onderskei, naamlik emosionele ondersteuning (dat ander in jou glo), instrumentele ondersteuning (raad, leiding, praktiese hulpverlening en bystand), en kognitiewe ondersteuning (deursettingsvermoë lei tot gevoelens van selfdoeltreffendheid, nuwe perspektiewe lei tot koherensie in selfkonsep). Sosiale ondersteuning bied emosionele (laat mense goed voel oor hulleself), instrumentele (verskaf strategieë om kwessies te hanteer) en kognitiewe ondersteuning (help dat hulle nie alleen in hulle situasie en ervaring voel nie). Sosiale ondersteuning lei dus tot bemagtiging, gee aanleiding tot respek, selfagting en selfdoeltreffendheid, en bevorder selfkonsep. Dit hou verband met besluitneming, aanpassing, en die ontwikkeling van kwaliteite soos volharding, deursettingsvermoë en verbintenis tot nuwe doelstellings in die lewe. Sosiale ondersteuning verskaf dus praktiese ondersteuning, maar beïnvloed ook sielkundige weerbaarheid deurdat aspekte van die self deurgaans daardeur beïnvloed word. Dit steun selfkonsep, verhoog selfdoeltreffendheid en verskaf 'n soliede basis vir selfbegrip en 'n samehangende wêreldsiening. Sosiaal ondersteunende verhoudings blyk kognitiewe, motiverings- en gedragsaspekte te beïnvloed, wat nodig is om verskeie eksterne en interne eise in die korttermyn (“coping”) en langtermyn (“resilience”) te hanteer (King et al., 2006).

Daar is nie tans ooreenstemming of 'n erkende klassifikasiesistelsel wat betref die essensiële komponente van psigososiale welstand nie. Verdere navorsing is nodig om psigososiale welstand te definieer, te meet en om vlakke van psigososiale welstand met ander metings van welstand en funksionering in die gemeenskap te vergelyk (LeBlanc et al., 2005).

Soos reeds gemeld, kan serebrale gestremdheid nie genees word nie, maar sielkundige weerbaarheid kan volgens Rosenbaum (2003) bevorder word om kinders met serebrale gestremdhede in staat te stel om die funksionele uitdagings wat dit bied, te hanteer en sodoende

onafhanklikheid te bevorder. Indien die addisionele spanning wat met 'n gestremdheid gepaardgaan 'n negatiewe impak op adolessensie het, is dit belangrik om te weet hoe dit verander of gebuffer kan word (Alriksson-Schmidt et al., 2006). Daar moet nie op enkele kenmerke gefokus word nie, maar op 'n reeks psigologiese reserwekragte. Meer hulpbronne word oor die algemeen met meer positiewe uitkomst vereenselwig (Alriksson-Schmidt et al., 2006).

Volgens Rutter (1985) sal psigososiale weerbaarheid deur die volgende vier prosesse bevorder word: vermindering van die impak van risiko, vermindering van negatiewe kettingreaksies, vestiging en instandhouding van selfwaarde en selfdoeltreffendheid, en om jouself vir geleentheid oop te stel.

4.5 SAMEVATTING

Psigososiale welstand, 'n komponent van sielkundige weerbaarheid, hou verband met 'n persoon se intrinsieke psigiese welstand, asook verhoudings met ander persone en sosiale instansies. Faktore wat met sielkundige weerbaarheid verband hou, is in die individu, die gesin en familie, asook in die samelewing, geleë.

HOOFSTUK VYF

NAVORSINGSPROSEDURE

INLEIDING

Die doel van hierdie kwalitatiewe studie is om die subjektiewe beleving van gestremdheid en selfrapportering van die adolessent met serebrale gestremdheid te ondersoek. Hiermee is die studie 'n poging om individue met 'n gestremdheid se stem te hoor ten einde nuwe insig te verkry in die wyse waarop hulle betekenis aan hulle gestremdheid gee, hulle gestremdheid bestuur, en sosiale, fisiese en emosionele struikelblokke oorkom. Die rol van psigososiale faktore by die sielkundige weerbaarheid van die adolessent met 'n serebrale gestremdheid word ook ondersoek.

Die literatuur meld dat bestaande studies nie die subjektiewe beleving en selfrapportering van die persoon met 'n gestremdheid reflekteer nie (Livingston et al., 2007; Lutz & Bowers, 2005; Mortier et al., 2011; Reeve, 2006; Singh & Ghai, 2009; Stalker, 2012; Tisdall, 2012; Watermeyer & Swartz, 2008; Watson, 2012). In hierdie hoofstuk sal die gebruik van 'n kwalitatiewe navorsingsontwerp binne 'n fenomenologiese paradigma bespreek word, asook die samestelling van die ondersoekgroep, data-insameling, -analise en interpretasie. Die betroubaarheid van die studie sal ook aandag geniet.

5.1 KWALITATIEWE NAVORSING

Daar bestaan nie 'n universele of eenvormige definisie vir kwalitatiewe navorsing nie. Schurink (2001) meld dat kwalitatiewe navorsing ten doel het om die individu se betekenisgewing en beleving te omskryf. Die fenomeen word dus verstaan deur die lens van die betekenis wat die individu in 'n spesifieke konteks daaraan heg. Die inligting wat in hierdie navorsing versamel word, is beskrywend van aard en die omvang of voorkoms van 'n fenomeen word nie eksperimenteel ondersoek nie. Kwalitatiewe navorsing het die volgende ten doel: “to approach

the world ‘out there’ (not in specialised research settings such as laboratories) and to understand, describe and sometimes explain social phenomena ‘from the inside’ in a number of ways” (Gibbs, 2009, p.X). Vir die doel van die studie word daar met die definisie soos deur Denzin en Lincoln (2008) geformuleer, volstaan:

Qualitative research is a situated activity that locates the observer in the world. It consists of a set of interpretive, material practices that makes the world visible. These practices transform the world. They turn the world into a series of representation, conversation, photographs, recordings and memos of the self. At this level, qualitative research involves an interpretive, naturalistic approach to the world. This means that qualitative researchers study things in the natural settings, attempting to make sense of, or interpret phenomena in terms of the meanings people bring to them (p.4).

Kwalitatiewe navorsing is dus ’n holistiese benadering wat diepgaande en meer omvattende inligting genereer. Die volgende algemene kenmerke en aannames kan onderskei word rakende die kwalitatiewe navorsingsontwerp:

- i. Die navorser stel belang in ervaring, betekenis, ondervinding en interaksie in die natuurlike konteks.
- ii. Die navorser het nie ’n gedefinieerde begrip en vooropgestelde hipotese van die navorsing nie, maar bou begrippe, hipoteses en teorieë uit die inligting wat verkry word.
- iii. Die navorser vorm ’n integrale deel van die navorsingsproses en is die primêre instrument in die data-insameling en -analise.
- iv. Kwalitatiewe navorsing behels veldwerk en gevallestudies.
- v. Kwalitatiewe navorsing is op teks en beskrywings (veldnotas, transkripsies, beskrywing, interpretasie en bevindinge) gegrond.
- vi. Strategieë vir die definiëring en assessering van die kwaliteit en geldigheid van kwalitatiewe navorsingsmetodologieë is steeds onder bespreking en word ondersoek (Creswell, 1994; Gibbs, 2009).

Dit het oor die afgelope een en 'n half dekade duidelik geword dat kwalitatiewe navorsingsmetodes begrip vir die kompleksiteit van die biopsigososiale fenomeen in gesondheidsorg kan fasiliteer. Kwalitatiewe paradigmas bied dus aan die navorser die geleentheid om 'n idiografiese begrip vir die individu se betekenisgewing, die sosiale realiteit en beleving van 'n spesifieke toestand te kry (Biggerstaff & Thompson, 2008). In hierdie studie val die soeklig op die beleving van gestremdheid en die psigososiale faktore wat 'n rol in die sielkundige weerbaarheid van die adolessent met serebrale gestremdheid speel. 'n Kwalitatiewe studie (verkennend, beskrywend en interpreterend) is vir hierdie doel onderneem.

'n Omvattende literatuurstudie is gedoen om aannames teoreties te verklaar. Semigestruktureerde, diepgaande onderhoude is met adolessente met serebrale gestremdheid gevoer in 'n poging om hulle beleving en persepsie van hulle gestremdheid, asook hulle sielkundige weerbaarheid, te reflekteer. Daar is gepoog om gedetailleerde en beskrywende data te genereer.

5.2 FENOMENOLOGIESE BENADERING

Fenomenologie is 'n vertakking van die filosofie wat daarmee gemoeid is om die menslike bestaan te begryp (Jones, 2001). Dit kan op een van twee wyses verstaan word, naamlik as 'n dissipline in die veld van die filosofie of as 'n beweging in die geskiedenis van die filosofie. Die volgende dissiplines word onderskei: ontologie (die studie van wat is), epistemologie (die studie van kennis), logika (die studie van geldige redenering), etiek (die studie van regte en verkeerde aksies) en fenomenologie (die studie van beleving). Fenomenologie kan as een van die sleuteldissiplines in die filosofie onderskei word, maar daar is ook 'n onderlinge verwantskap tussen die dissiplines (Stanford Encyclopedia of Philosophy, 2008).

5.2.1 Ontwikkeling van fenomenologie

Volgens Jones (2001) het fenomenologie oor drie fases ontwikkel en tydens die derde fase met die eksistensialisme ineengevloei.

- i. Die voorbereidende fase. Hierdie fase sluit die pioniers van fenomenologie in, naamlik Franz Brentano (1838-1917) en Carl Stumpf (1848-1936).
- ii. Die tweede fase staan ook as die Duitse fase bekend en die leiersfigure was onder meer Edmund Husserl (’n student van Brentano) (1859-1938) en Martin Heidegger (’n student van Husserl) (1889-1976).
- iii. Ná die uitbreek van die Tweede Wêreldoorlog het fenomenologie in Frankryk veld gewen. In hierdie tydperk het die derde fase ontwikkel. Heidegger is as outoriteit op die gebied beskou. Husserl se idees het met die eksistensialisme begin ineenvloei. Die volgende persone was in hierdie tydperk invloedryke figure: Gabriel Marcel (1889-1973), Maurice Merleau-Ponty (1908-1961) en Jean-Paul Sartre (1905-1980).

Alhoewel tekens van die fenomenologiese denkwysre reeds in 1875 in Brentano se werk voorgekom het, word Husserl in die twintigste eeu as die vader van die fenomenologie beskou (Vandenberg, 1997). Aan die einde van die Eerste Wêreldoorlog (1914-1918) het daar ’n ideologiese krisis ontstaan. Die Duitse filosoof, Edmund Husserl (1859-1938), het daarop gefokus om ’n nuwe filosofiese rigting te ontwikkel met die doel om sekerheid te verleen aan ’n beskawing wat besig was om te disintegreer (Groenewald, 2004).

Klassieke fenomenoloë maak van drie onderskeibare metodes gebruik, naamlik die beskrywing van ’n ervaring, die interpretasie daarvan in konteks en die analise van die ervaring (Stanford Encyclopedia of Philosophy, 2008).

- i) Die ervaring word beskryf soos dit deur die individu self beleef is, wat Husserl en Merleau-Ponty deurleefde ervarings noem. Brentano het die basis daargestel met die intensionele aard van bewustheid of die interne aard van bewustheid (Holloway, 1997). Bewustheid sluit die totaliteit van ’n individu se deurleefde ervarings in (Giorgi, 1994).
- ii) ’n Ervaring word geïnterpreteer deur dit met die relevante aspekte van die konteks in verband te bring. Heidegger het die begrip “*Dasein* – being in the world” daargestel. Die filosofiese hermeneutiek (interpretasie in konteks) is deur Heidegger en sy volgelinge ontwikkel (Von Eckartsberg, 1998), wat beweer dat daar dialoog tussen die mens en sy

wêreld is en dat interpretasie en verklaring in konteks plaasvind, veral in die sosiale en linguistiese konteks. Merleau-Ponty het die nosie dat die objek altyd in 'n spesifieke tydsraamwerk geplaas word, tuisgebring. Alle betekenis van ervaringe is altyd aan 'n spesifieke konteks gekoppel. Sartre het fenomenologie as die instrument gebruik om filosofie en politiek deur die medium van kuns en literatuur te ondersoek (Jones, 2001; Stanford Encyclopedia of Philosophy, 2008; Von Eckartsberg, 1998). Ervaring sluit dus meer as bloot die sensoriese persepsie, soos hoor en sien, in. Dit sluit betekenisgewing, assosiasie, geheue, emosie, tyd, sosiale en kulturele beweging, asook die bewus wees van ander en die self, in. Kortom verwys dit na die sogenaamde deurleefde wêreld (Lyotard, 1991). Bewustheid kan gesien word as aksie. Individue word deur middel van refleksie, besinning of bepeinsing van ervaringe bewus en elke persoon is dus self vir sy/haar lewe verantwoordelik (Von Eckartsberg, 1998).

- iii) Die fenomenologiese navorser analiseer die ervaring ten einde 'n idiografiese begrip van die fenomeen, vanuit die individu se perspektief, daar te stel. Mitcham (2007) toon dat etiese analise inherent deel van 'n kwalitatiewe navorsingsproses is. Dit gaan hoofsaaklik om beskrywende etiek eerder as normatiewe etiek (p.1438).

'n Fenomenologiese benadering het dus ten doel om die betekenis wat individue aan hulle alledaagse lewe gee, te verstaan en te interpreteer met die volgende doel, in Smith (2003) se woorde: "to capture as closely as possible the way in which the phenomenon is experienced within the context in which the experience take place" (p.27).

5.3 KWALITATIEWE NAVORSING EN FENOMENOLOGIE

Daar is duidelike parallele tussen die kwalitatiewe navorsingsmodel en fenomenologie. Albei is idiografies, met ander woorde, albei poog om die betekenis wat individue aan hulle alledaagse lewe gee vanuit hulle perspektief te verstaan, en observasies is naturalisties. Albei is op induktiewe redenasie gegrond, met ander woorde, begrippe en insigte word vanuit die data ontwikkel, en poog om die fenomeen te verstaan. Data word geanaliseer deur temas te identifiseer en in beskrywings weer te gee. Albei die analyses is holisties en sentreer in

verwantskappe tussen die begrippe. Die navorsingsontwerp is buigbaar en uniek en ontwikkel deurentyd tydens die navorsingsprosedure. Fenomenologiese navorsers is dus daarmee gemoeid om terug te keer na persoonlike ervaring en betekenisgewing en die beskrywing van 'n fenomeen soos dit in konteks beleef word (Finlay, 2009).

In die 1970's het fenomenologiese sielkundiges 'n praktyk gevestig waar metodologiese benaderinge vir navorsing uit die fenomenologiese ingesteldheid gespruit het (Stones, 1988). Daar is egter 'n buitengewone diversiteit wat betref belangstellings en interpretasie van die sentrale kwessies van fenomenologie ten opsigte van die toepassing van die fenomenologiese metodes en die ontwikkeling van fenomenologiese programme vir toekomstige filosofie (Moran, 2000). Die kwalitatiewe navorser werk nie vanuit een gevestigde stereotipiese kontinuum nie. Navorsers bevind hulle gewoonlik iewers op die kontinuum tussen relativisme en postpositivisme. Postpositivistiese navorsers maak gewoonlik van naturalistiese en fenomenologiese benaderinge gebruik. 'n Toenemende aantal etnografiese navorsers maak van voorafopgestelde konseptuele raamwerke en instrumente gebruik (Miles & Huberman, 1994), maar Miles en Huberman (1994, p.6) sê egter die volgende: “few postpositivists will dispute the validity and importance of subjective meanings, and few phenomenologists still practice pure hermeneutics”.

5.4 FENOMENOLOGIESE NAVORSINGSMETODES

Fenomenologiese navorsers stem oor die algemeen saam dat “our central concern is to return to embodied, experiential meanings. We aim for fresh, complex, rich descriptions of a phenomenon as it is concretely lived” (Finlay, 2009, p.6). Die volgende fenomenologiese navorsingsmetodes word deur Moustakas (1994) as die mees prominente beklemtoon: etnografiese metode, gegronde (“grounded”) navorsingsteorie, hermeneutiek, empiriese fenomenologie en heuristiek. Die etnografiese metode behels uitgebreide veldwerk in 'n verskeidenheid van sosiale omgewings, direkte deelnemerobservasie en interaksie met deelnemers. Informele en formele onderhoude vorm 'n integrale deel van die etnografiese ondersoek. Die inligting word dan geanaliseer en beskryf (Miles & Huberman, 1994).

Die gegronde navorsingsteorie en metode is in die middel-1960's deur die sosioloë, Barney Glaser en Anselm Strauss ontwikkel. Dit fokus op die bestudering van die elemente van 'n ervaring en die onderlinge verwantskap tussen elemente. Hieruit word 'n teorie ontwikkel wat die navorser in staat stel om die aard en betekenis van 'n ervaring vir 'n spesifieke groep in 'n spesifieke omgewing te verstaan. Die teorie word sistematies tydens die navorsingsprosedure en data-analise ontwikkel (De Vos & Van Zyl, 2001; Moustakas, 1994).

Hermeneutiek dui op die bewus wees van ervaringe. Etnografie, deelnemerobservasie en gegronde teorie is kernelemente van die hermeneutiek. Soos Moustakas (1994, p.9) dit stel: "hermeneutic science involves the art of reading a text so that the intention and meaning behind the appearance are fully understood". Hermeneutiese analise en reflektiewe interpretasie word toegepas om die korrekte begrip van die teks af te lei (Moustakas, 1994).

Die empiriese fenomenologiese navorsingsbenadering vereis 'n terugkeer na die ervaring ten einde 'n omvattende beskrywing te bekom. Die beskrywing verskaf die basis vir reflektiewe strukturele analise en fenomenologiese reduksie, wat die essensie van die ervaring weerspieël (Moustakas, 1994).

Die woord heuristiek is afkomstig van die Griekse woord *heuriskein* (om te ontdek, te vind). Heuristiek verwys na die proses van die innerlik soeke waardeur die aard en betekenis van die ervaring ontdek word. Metodes en prosedures word ontwikkel vir verdere ondersoek en analise. Die "self" van die navorser is deurgaans deel van die proses. Deur die fenomeen in diepte te verstaan, ervaar die navorser ook 'n groeiende selfbewussyn en selfkennis (Moustakas, 1994). Data bestaan uit getranskribeerde onderhoude, notas, gedigte, kunswerke en persoonlike dokumentasie van deelnemers (Denzin & Lincoln, 2008). Die inligting kan aangevul word deur inligting wat vrywillig deur deelnemers verskaf word, byvoorbeeld dagboekinskrywings en opstelle, asook die navorser se veldnotas (Groenewald, 2004).

Daar bestaan 'n aantal fenomenologiese metodes wat nie uitsluitlik op Husserl se tegnieke gebaseer is nie. Smith se interpretatiewe fenomenologiese analise (IPA) word deur (Finlay,

2009) uitgesonder as 'n metode wat in die Verenigde Koninkryk beduidend veld in kwalitatiewe navorsing en in sielkunde gewen het. Dit is 'n idiografiese en induktiewe metode waardeur die deelnemers se persoonlik deurleefde ervarings en persepsies ondersoek word. Die metode word met die tradisie van hermeneutiek vereenselwig waar die sentrale rol van die navorser erken word (Smith, 2004). Die IPA-metodologie slaag daarin om op die psigososiale aspekte van 'n spesifieke siekte of toestand te fokus (Biggerstaff & Thompson, 2008). In hierdie navorsing word daar spesifiek op die psigososiale faktore en serebrale gestremdheid gefokus; dus is IPA as die aangewese metode beskou, en word vervolgens kortliks bespreek.

5.5 INTERPRETATIEWE FENOMENOLOGIESE ANALISE (IPA)

Vir die doel van die studie sal daar na IPA verwys word. Hierdie metode is nie 'n voorskriftelike benadering nie en buigbare riglyne word verskaf. Die navorser kan die riglyne ooreenkomstig die navorsingsdoelwitte aanpas. Die teoretiese boustene van die metode is geleë in die fenomenologie (Moran, 2000), hermeneutiek (Moustakas, 1994) en idiografie (Smith, 2004).

Die doel van die IPA-metode is die ondersoek van persoonlike ervarings en die betekenis wat die deelnemer aan hierdie subjektiewe belewenisse gee. Die metode is in die besonder geskik om onderwerpe in die gesondheids-, sosiale en sielkundige velde te ondersoek. Verder benadruk dit die feit dat navorsing 'n dinamiese proses is en dat die navorser 'n aktiewe rol in die navorsingsproses speel. Daar is dus 'n intersubjektiewe verband tussen die navorser se eie opvattinge en die interpretasie van die deelnemers se persoonlike leefwêreld (Smith & Eatough, 2007).

Die interpretasieproses behels twee fases wat as die sogenaamde dubbele hermeneutiek bekend staan. Die deelnemers poeg om sin en betekenis aan hulle leefwêreld te gee, terwyl die navorser poeg om betekenis te gee aan die wyse waarop die deelnemers betekenis gee. Pertinente boodskappe of leidrade word verbaal of nieverbaal, bewustelik en onbewustelik, deur die deelnemers verskaf. Die navorser interpreteer dan die deelnemers se persepsies, vooroordele, waardes, en oortuigings: dit is 'n kombinasie van empatiese hermeneutiek en kritiese

hermeneutiek. Die navorser poog verder om begrip te hê vir die deelnemers se siening (om in die deelnemers se skoene te staan), maar moet terselfdertyd afstand behou en kritiese vrae vra.

IPA begin deur 'n enkele gevallestudie in detail deur te lees en deurgaans analitiese interpretasies te maak. Die fokus is diepgaande kwalitatiewe analise, alhoewel erkenning gegee word aan die feit dat 'n interpretasie slegs gedeeltelik is.

Hierdie metode het 'n holistiese, humanitêre oriëntasie en is besonder geskik vir navorsing in sielkunde as dissipline (Biggerstaf & Thompson, 2008; Smith & Eatough, 2007; Storey, 2007). Verder is die metode geskik vir die huidige studie omdat daar gepoog word om die deurleefde ervaring vanuit die individu se perspektief weer te gee. Dit is egter belangrik dat die navorser van persoonlike perspektiewe en aannames bewus bly en vooropgestelde idees, persepsies en oordele op die agtergrond plaas. Die term “bracketing” word in die literatuur vir hierdie proses gebruik. Dit sluit ook die refleksie van die navorser se huidige en vorige ervarings in. Die navorser plaas dus haar eie betekenisgewing op die agtergrond sodat nuwe betekenis van die deelnemers se persoonlike belewing aan die fenomeen wat bestudeer word, toegeken word (Elliott, Fischer, & Rennie, 1999; Ellis & Bochner, 2000; Smith, 2004). Die teoretiese aannames wat die navorser maak, kom vanuit die paradigma van die positiewe sielkunde en sielkundige weerbaarheid, soos in die voorafgaande hoofstukke bespreek is. Persoonlike verwagtinge en aannames van die navorser sal dus wees dat hulpbronne wat met positiewe uitkomst vereenselwig word, in faktore in die individu, gesin, familie en portuurgroep, asook in die samelewing, geleë is.

5.6 METODOLOGIE

5.6.1 Die seleksie van die onderoekgroep

Navorsers wat van die IPA-metode gebruik maak, beoog gewoonlik om 'n homogene onderoekgroep te vind (Smith, 2003; Smith & Eatough, 2007). Vir die doel van hierdie studie is 'n doelgerigte steekproeftrekking gebruik. Deelnemers is geselekteer “because they can purposefully inform an understanding of the research problem and central phenomena in the

study” (Creswell, 1994, p.125). Seleksie van die onderoekgroep word dus bepaal na gelang van die subjektiewe oordeel van die navorser en die doel van die studie.

Die onderoekgroep vir die studie bestaan uit ses serebraal gestremde leerders in die middeladolesente fase in ’n LSOB-skool. Die onderoekgroep is op grond van beskikbaarheid van leerders vir die doel van die studie saamgestel. Die steekproef word geselekteer om die fasette van die verskynsel te verken. Die tipes serebraal gestremdhede van diplegie en hemiplegie is ingesluit met die graad van gestremdheid wat wissel van C4 tot C7 (C1 is fisies baie erg gestrem en C8 is lig gestrem, soos bespreek in hoofstuk drie). By die samestelling van die groep is die veranderlikes van geslag, ras, ouderdom en mate van gestremdheid in ag geneem om te verhoed dat slegs een geslag of kultuurgroep ingesluit word. Leerders moes ook oor die vermoë beskik om onafhanklik te kommunikeer en hulself logies en verstaanbaar uit te druk. Leerders wat fisies baie erg gestrem is, asook leerders met ernstige emosionele en gedragsprobleme, is uitgesluit.

Tabel 2.

Die onderoekgroep

Deelnemer	Geslag	Diagnose	Klassifikasie	Ouderdom	Huistaal
Tumi	Vroulik	Diplegie	C4	14 jaar	Zoeloe
Sibusiso	Manlik	Regter-hemiplegie	C7	13 jaar	Zoeloe
Candice	Vroulik	Diplegie	C4	16 jaar	Engels
Erica	Vroulik	Diplegie	C5	16 jaar	Engels
Brian	Manlik	Regter-hemiplegie	C7	17 jaar	Afrikaans
Sandra	Vroulik	Regter-hemiplegie	C4	16 jaar	Afrikaans

5.6.2 Data-insamelingsmetodes

Die navorser het met elke deelnemer ’n semigestruktureerde onderhoud gevoer ten einde inligting in te win oor die beleving van gestremdheid en die rol wat psigososiale faktore in sielkundige weerbaarheid speel. In kwalitatiewe navorsing word onderhoudvoering sedert die 1980’s as een

van die kernmetodes vir sosiale navorsing en data-insameling beskou (Kvale, 2007). Die voordeel van semigestruktureerde onderhoude is onder meer die fasilitering van rapport, dat dit buigbaar is en dat nuwe areas van belang wat na vore kom, verder ondersoek kan word. Die voorafopgestelde vrae dien as riglyn, maar die onderhoudvoerder “is free to probe interesting areas that arise and can follow the participant’s interest or concern” (Smith & Eatough, 2007, p.42). Die voordeel hiervan is dat ryker en meer gedetailleerde data na vore kom as tydens gestruktureerde onderhoude. Die nadeel van ’n semigestruktureerde onderhoud is onder meer dat dit die beheer wat die navorser oor die situasie het, kan verminder. Dié tipe onderhoude is ook meer tydrowend om uit te voer en moeiliker om te analiseer (Smith, 2003).

Onderhoude is met die deelnemers gevoer totdat die data en temas uitgeput is. Onderhoude is op oudioband opgeneem en verbatim getranskribeer. Biografiese data soos beskikbaar in skoolrekords is gebruik om die kwalitatiewe inligting verder toe te lig. Ten einde die bevindinge te bevestig en die akkuraatheid te evalueer, is die bevindinge informeel en op ’n sensitiewe wyse met die deelnemers bespreek. Die nodige byvoegings en aanpassings is daarna gemaak (Groenewald, 2004).

5.6.3 Etiese prosedures

Kvale (2007) beklemtoon die feit dat die etiese implikasies by onderhoudvoering baie belangrik is. Etiese aspekte omsluit al die fases van die onderhoud. Die etiese implikasies van die persoonlike interaksie moet ten alle tye aandag geniet. Die volgende etiese riglyne word deur hom genoem: ingeligte deelname, vertroulikheid, gevolge en integriteit van die navorser.

Toestemming: ‘n Voorstel van die studie is voorgelê aan die Departement Sielkunde (Universiteit van die Vrystaat) se navorsingskomitee asook aan die etiekkomitee van die Fakulteit Gesesteswetenskappe (Universiteit van die Vrystaat). Beide hierdie komitees het toestemming verleen dat die studie uitgevoer mag word.

Ingeligte toestemming tot deelname: Alvorens deelnemers geïdentifiseer is, is toestemming by die Departement van Onderwys asook by die skool se beheerliggaam verkry. Daarna is die

deelnemers genader en ten volle oor die studie ingelig. Skriftelike toestemming is van die deelnemers self asook hul ouers verkry.

Vertroulikheid: Die deelnemers is verseker dat al die inligting vertroulik hanteer sal word en dat identifiseerbare besonderhede van die deelnemers nie bekend gemaak sal word nie. Die navorser het dus 'n situasie geskep waarin die deelnemers ontspanne kon voel en waar anonimiteit en vertroulikheid gewaarborg is.

Gevolge: Geen fisiese of psigologiese risiko of ongemak behoort uit die situasie te vloei nie. Die gevolge van die onderhoud is aangeroei ten opsigte van moontlike nadele en voordele wat dit vir die deelnemers kon inhou. Die persoonlike aard van die onderhoude kon tot kwasi-terapeutiese verhoudinge lei. Die navorser speel 'n beduidende rol ten opsigte van die beoordeling van die response en moes kon oordeel watter response te sensitief is. Indien nodig, is die deelnemers vir terapeutiese intervensie verwys.

Integriteit van die navorser: Die navorser moes krities staan teenoor die kwaliteit en wetenskaplike kennis en deeglikheid van die etiese besluitneming tydens die onderhoude en ondersoek. Die navorser is die hoofinstrument waardeur kennis ingesamel word. Professionele afstand moes deurgaans gehandhaaf word. Bevindinge is so akkuraat, eerlik en volledig as moontlik deur die navorser in 'n navorsingsverslag uiteengesit.

5.6.4 Fenomenologiese data-analise

Die analise en interpretasie sluit aan by die fenomenologiese benadering en sal deur middel van die IPA-metode gedoen word, soos hierbo genoem. Die proses is nie voorskriftelik nie en die riglyne kan aangepas word by die individuele navorser se situasie in die lig van navorsingsdoelwitte (Smith & Eatough, 2007). Die metode word omskryf as 'n sistematiese, kwalitatiewe analise van die semi-gestruktureerde onderhoude en behels die noukeurige lees en herlees van die teks (Smith & Osborn, 2003). Dit is 'n sikliese, interaktiewe proses waartydens die navorser deur verskillende fases beweeg (Biggerstaff & Thompson, 2008; Storey, 2007). Vier fases word in die proses onderskei:

- Fase 1: Eerste kennismaking met die teks
- Fase 2: Identifisering van voorlopige temas
- Fase 3: Saamgroepering van temas
- Fase 4: Tabulering van temas

Deur die lees en herlees van die data begin die navorser 'n idee ontwikkel van die aanvangsinterpretasies wat deur die data ondersteun word (Smith & Eatough, 2007; Storey, 2007; Terre Blanche & Durrheim, 1999). Temas word geïdentifiseer en in die taal van die deelnemers weergegee (Moustakas, 1994). Teoretiese konstrakte word gebruik om maksimaal psigologiese sin van die data te maak (Storey, 2007) en inligting word tot voorlopige temas gereduseer. Die derde fase behels die identifisering van verbande tussen die sentrale temas. Data word gekodeer volgens die relevansie en toepaslikheid met betrekking tot die geïdentifiseerde tema. Die temas word in kategorieë gegroepeer. Tydens die vierde fase word 'n tabel saamgestel en temas en subtemas word logies georden. Direkte aanhalings van die deelnemers word ter illustrasie gebruik (Smith, 2003). Die navorser is voortdurend besig om bestaande data te herkodeer totdat betekenisvolle insigte nie meer na vore kom nie (Terre Blanche & Durrheim, 1999). Die laaste stap behels die weergee van die analise in narratiewe vorm. Die navorser trek verbande tussen die IPA-studie, persoonlike en professionele ervaring, en die aannames en kennis wat uit die bestaande literatuur gemaak en verwerf is. Soos Smith en Eatough (2007, p.41) dit stel: "The power of the IPA study is judged by the light it sheds within its broader context."

Kortom omvat IPA-analise dus die diepgaande lees en herlees van data om 'n holistiese perspektief te verkry ten einde toekomstige interpretasies te maak wat op die deelnemers se beskrywings gegrond is. Aanvanklike temas wat algemeen in die meeste onderhoude voorgekom het, asook individuele variasies, is in die studie geïdentifiseer. Die betekenisvolle temas is verfyn, saamgevat, verbande tussen die temas is ondersoek, en in kategorieë saamgegroepeer. Die unieke of minderheidstemas is belangrik om lig te werp op die fenomeen wat ondersoek word. Die narratiewe weergawe is dus 'n saamgestelde opsomming van die wisselwerking tussen

die interpretasie van die navorser en die deelnemers se weergawe, soos hulle ervarings in hulle eie woorde tot uitdrukking kom.

5.7 BETROUBAARHEID

Data vanuit 'n kwalitatiewe perspektief kan op verskeie wyses geïnterpreteer word, met die akkurate beskrywing van 'n fenomeen as hoofokus. Geldige interpretasie beteken “the extent to which the appropriate conclusions are drawn from the study” (Terre Blanche & Durrheim, 1999, p.62). Binne die kwalitatiewe raamwerk word daar betekenis gegee vanuit die situasie en konteks van die individu. Data-insameling is 'n interaktiewe proses binne 'n unieke konteks en kan dus nie presies gedupliseer word nie, al vind dit binne presies dieselfde konteks plaas (Neuman, 2006).

Poggenpoel (2001) stel tereg voor dat die begrippe “geldigheid” en “betroubaarheid” met meer gepaste terme vervang moet word, soos geloofwaardigheid, akkuraatheid, verteenwoordigend en outoriteit van die navorser, om sodoende beter by die kwalitatiewe benadering te pas. Die waarheidswaarde van kwalitatiewe navorsing word beklemtoon. Die begrippe “betroubaarheid” en “geldigheid” is oor die afgelope twee dekades vervang deur “kriteria” en “standaarde” vir die evaluering van die oorkoepelende betekenisvolheid, toepaslikheid, impak en bruikbaarheid van die voltooide navorsing (Morse, Barrett, Mayan, Olson, & Spiers, 2002).

Smith (2003) stel voor dat die gehalte van kwalitatiewe navorsing volgens die volgende beginsels beoordeel word: sensitiwiteit vir die konteks waarin die studie plaasvind, deursigtigheid en koherensie, en die impak en betekenisvolheid van die studie.

In hierdie studie word sensitiwiteit gedemonstreer deur die bestudering en kennisname van die huidige literatuur oor serebrale gestremdheid en die positiewe sielkunde wat die basis vir die navorsing vorm. Die kernbeginsels van die fenomenologiese benadering, wat die teoretiese konseptualisering van die studie vorm, is ook verduidelik. Sensitiwiteit word verder getoon deur direkte aanhalings of uittreksels uit die deelnemers se response om sodoende die interpretasie wat gemaak is, te steun. Die rol van die navorser in die navorsingsproses is ook bespreek, asook die sosiokulturele milieu waarin die studie plaasgevind het.

Deursigtigheid en koherensie verwys na “how clearly the stages of the research process are defined in the write-up study” (Smith, 2003, p.233). Volledige inligting oor die seleksie van deelnemers, die doel van die studie en data-analise is omskryf. Die IPA-metode wat in die studie aangewend is, is verduidelik en gevolgtrekkings word deur direkte response van die deelnemers ondersteun.

Impak en betekenisvolheid verwys na die vertrouenswaardigheid van die navorsing, met ander woorde, “whether it actually tells us anything useful or important or makes any difference” (Smith, 2003, p.234) en word vervat in die interpretasie en afleidings van die studie, wat in hoofstuk sewe bespreek sal word. By kwalitatiewe navorsing gaan dit deurgaans om die vertrouenswaardigheid van die studie.

5.7.1 Vertrouenswaardigheid

Guba (in De Vos & Van Zyl, 2001) stel ’n model voor waarvolgens vertrouenswaardigheid van kwalitatiewe navorsing beoordeel kan word. Die model bestaan uit die volgende vier aspekte, naamlik geloofwaardigheid, toepaslikheid, konsekwentheid/niestrydigheid en neutraliteit. Die volgende strategieë word voorgestel om vertrouenswaardigheid te verseker: geloofwaardigheid, oordraagbaarheid, vertroubaarheid en bevestigbaarheid.

5.7.1.1 Geloofwaardigheid

’n Studie is geloofwaardig indien die navorser daarin kan slaag om die vertrouwe te vestig dat die bevindinge getrou en waar weergegee is, gebaseer op die navorsingsontwerp, deelnemers, en konteks van die kwalitatiewe ondersoek (De Vos & Van Zyl, 2001). In hierdie studie is die idees, gedagtes, persepsies, emosies en waarnemings van die deelnemers so akkuraat as moontlik weergegee.

5.7.1.2 Oordraagbaarheid

Oordraagbaarheid verwys hier na die mate waarin die bevindinge van een konteks op 'n ander konteks toegepas kan word en bevindinge na die breë populasie veralgemeen kan word (De Vos & Van Zyl, 2001; Terre Blanche & Durrheim, 1999). Binne die kwalitatiewe raamwerk is sosiale fenomene konteksafhanklik. Die situasie is uniek en die doel is om 'n spesifieke fenomeen of ervaring te beskryf. Vir hierdie studie is 'n doelbewuste steekproef getrek op grond van toepaslikheid vir die doel van die studie.

5.7.1.3 Vertroubaarheid

Vertroubaarheid word soos volg gedefinieer: “the degree to which the reader can be convinced that the findings did indeed occur as the researcher say it did” (Terre Blanche & Durrheim, 1999, p.64). 'n Manier om vertroubaarheid te bevorder, is volgens Creswell (1994) deur onderhoude op oudioband op te neem en die onderhoude te transkribeer. Die tegniese akkuraatheid in die opneem en transkribering van data word ook deur Roberts (2006) beklemtoon. In die studie is al die onderhoude op band opgeneem en verbatim deur die navorser getranskribeer. Dit sluit by die fenomenologiese benadering aan wat ten doel het om persoonlike betekenisgewing in diepte te ondersoek; dit gaan dus nie om die toetsing van 'n hipotese nie.

5.7.1.4 Bevestigbaarheid

By kwalitatiewe navorsing berus bevestigbaarheid op die neutraliteit van inligting. Die bevindinge moet deelnemers se menings in konteks weerspieël (De Vos & Van Zyl, 2001). Die navorser in die studie het haar eie aannames en verwysingsraamwerk bekend gemaak om sodoende die neutraliteit van die studie te verhoog. Die metode van triangulering is toegepas om die bevestigbaarheid van die studie te ondersteun. Triangulering beskryf die kombinasie van:

two or more theories, data-sources, methods or researchers in the study of a topic and assists with the consistency, comprehensiveness and robustness of the study. Examples

include cross-case analysis and comparison of data from different groups of participants, and cross checking with documentary evidence and published literature (Roberts, 2006, p.44).

In die literatuur word die volgende tipes triangulering onderskei, naamlik data-triangulering (gebruik van verskillende bronne vir data-insameling), ondersoeker-triangulering (gebruik verskillende ondersoekers en evalueerders wat dieselfde kwalitatiewe metode gebruik), teorie-triangulering (gebruik veelvuldige professionele perspektiewe om dieselfde data te interpreteer), en metodologiese triangulering (gebruik verskillende kwalitatiewe en/of kwantitatiewe metodes) (Guion, Diehl, & McDonald, 2002). Die metode wat gebruik word, is nie voorskriftelik nie en sal van die kriteria van die navorsing afhang (Golafshani, 2003). In hierdie studie is die studieleiers geraadpleeg om bevindinge te bespreek. Ander kundiges in die veld se opinies en menings is ook ingewin. Die gebruik van verskeie databronne, verwysings na relevante literatuur, 'n onafhanklik kodeerder om analise en bevindinge te verifieer, en die bespreking van bevindinge met deelnemers om terugvoer te kry oor die akkuraatheid van data en om byvoegings en aanpassings te maak, vorm deel van die proses van triangulering.

Kwalitatiewe navorsers is dit eens dat daar nie werklik 'n ekwivalent vir geldigheid en betroubaarheid is nie, maar dat nougesetheid in die tekstuele data en verslag getoon moet word (Roberts, 2006).

5.8 ROL VAN DIE NAVORSER

In kwalitatiewe navorsing is die navorser die instrument waardeur data ingesamel en geïnterpreteer word. Hierdie intersubjektiewe verband tussen die navorser en die deelnemers is kenmerkend van die fenomenologiese benadering. Dit is dus onafwendbaar dat 'n mate van subjektiwiteit geïmpliseer word (Finlay, 2009). "Researchers need to bring a critical self-awareness of their own subjectivity, vested interests, predilections and assumptions and to be conscious of how these might impact on the research process and findings" (Finlay, 2008, p.17). Giorgi (1994) omskryf die proses soos volg: "nothing can be accomplished without subjectivity,

so it's elimination is not the solution. Rather how the subject is present in what matters, and objectivity itself is an achievement of subjectivity" (p. 205).

Die navorser is van mening dat die navorsingsproses deursigtig moet wees met betrekking tot die bekendmaking van persoonlike oriëntasie en konteks, teorie, metodologie en analise regdeur die studie. Die navorser moet verder daartoe in staat wees om tussen eie aannames en die deelnemers se persoonlike belewenis te beweeg. Die navorser moet bewus wees van eie aannames, maar die fokus moet deurentyd wees op die deelnemers en die fenomeen en inligting wat na vore kom (Finlay, 2009). Hierdie proses stel die navorsers in staat:

to recollect our own experiences and to empathically enter and reflect on the lived world of other persons ... as they are given to the first-person point of view. The psychologist can investigate his or her own original sphere of experience and also has an intersubjective horizon of experience that allows access to the experience of others (Wertz, 2005, p.108).

Soos genoem, is die betrokke navorser die afgelope sewentien jaar as sielkundige by 'n LSOB-skool werksaam. Sy is dus daaglik in kontak met leerders met serebrale gestremdhede en hulle ouers en die uitdagings waarmee die leerders te kampe het, word daaglik waargeneem. Na haar mening is dit belangrik dat 'n multidissiplinêre spanbenadering (met medici, sielkundiges, spraak, fisio- en arbeidsterapeute, asook onderwysers en ouers) gevolg moet word om in die leerders se spesifieke behoeftes te voorsien. Daar is dus vanuit haar persoonlike ervaring en werksomgewing op die navorsingsonderwerp besluit. Die navorser het nie kontak met leerders met gestremdhede in 'n inklusiewe onderwysomgewing nie.

'n Kwalitatiewe ondersoek vanuit 'n fenomenologiese paradigma sluit aan by die doel van die studie, naamlik om die subjektiewe belewing en selfrapportering van die serebraal gestremde adolessent weer te gee, en om die rol wat psigososiale faktore by die sielkundige weerbaarheid van die leerders speel, te ondersoek. Daar is tydens data-insameling deurgaans veldnotas gemaak van die waarnemings en verloop van die proses. Selfreflekerende notas is ook bygehou (Brocki & Wearden, 2006). Tydens die data-analise het die navorser uit haar persoonlike ervaring geput om betekenis te gee, met 'n voortdurende bewustheid van haar eie vooroordele en aannames.

Daar is deurentyd teruggegaan na die gekodeerde data, en die proses van herkodering is toegepas. Verbatim-aanhalings van die deelnemers is gebruik om te demonstree dat gevolgtrekkings en bevindinge op die data berus. Die riglyne om vertrouenswaardigheid te verseker, soos in die hoofstuk beskryf, is deurgaans toegepas.

5.9 SAMEVATTING

In hierdie hoofstuk is die filosofie, teorie en metodologie van die fenomenologiese benadering bespreek en die navorsingsontwerp, metodiek en etiese prosedures is uiteengesit. Die soeklig het geval op die kriteria om die vertrouenswaardigheid van 'n kwalitatiewe studie te verhoog. In die volgende hoofstuk sal die navorsingsresultate, temas en subtemas bespreek word soos dit tydens die data-analiseproses geïdentifiseer is.

HOOFSTUK SES

RESULTATE

Figuur 10. Visuele voorstelling van die resultate soos bespreek in hoofstuk ses



INLEIDING

Die data wat deur middel van die semigestruktureerde onderhoude ingesamel is, is met behulp van die IPA geanaliseer soos beskryf in 5.6.4. Temas is geïdentifiseer en in kategorieë gegroepeer. Die doel van hierdie hoofstuk is om die data weer te gee. Dit word gedoen deur die semigestruktureerde onderhoud wat met elke deelnemer gevoer is deur middel van 'n induktiewe proses afsonderlik te bespreek ten einde 'n idiografiese beskrywing daarvan te gee. Sodoende word die subjektiewe beleving van gestremdheid en selfrapportering van die adolessent met serebrale gestremdheid geïllustreer en word die rol van psigososiale faktore in die sielkundige weerbaarheid van die deelnemers weergegee. Die data sal in hoofstuk sewe geïnterpreteer en met relevante data en literatuur geïntegreer word. Transkripsies van die volledige onderhoude is as

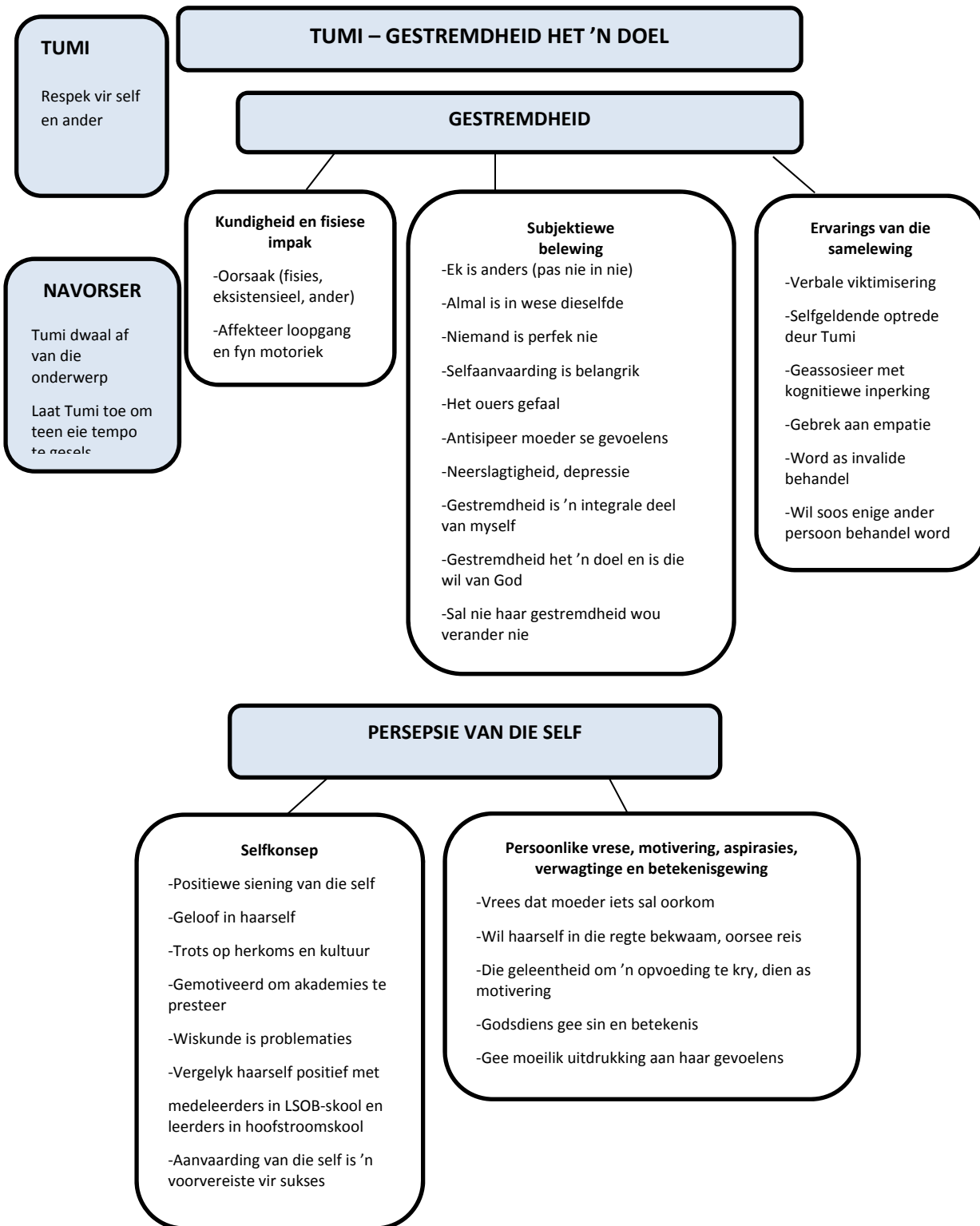
bylae ingevoeg en aanhalings kan gevind word deur die bylaenommer, bladsynommer en genommerde reëls te raadpleeg soos aangedui tussen hakies ná elke aanhaling.

Die gevallegeskiedenis word in afsonderlike temas weergegee, naamlik gestremdheid, persepsie van die self, die rol van interpersoonlike verhoudings, en die rol van die skoolsisteem en openbare dienste. Die temas is met behulp van 'n sistematiese kwalitatiewe analise van die semigestruktureerde onderhoude bepaal. Die data is by sommige deelnemers aangevul deur die insluiting van 'n tekening wat vrywillig deur die deelnemers verskaf is nadat die semigestruktureerde onderhoud gevoer is. Erica se tekening was deel van haar dagboekinskrywing en sy het toestemming vir die gebruik daarvan gegee. Denzin en Lincoln (2008), asook Groenewald (2004), meld dat data uit getranskribeerde onderhoude met inligting wat vrywillig deur deelnemers verskaf word, aangevul kan word, byvoorbeeld, dagboekinskrywings, opstelle, gedigte, kunswerke en persoonlike dokumentasie van deelnemers.

6.1 GEVALLESTUDIE 1 – TUMI – GESTREMDHEID HET 'n DOEL

Tumi het gemaklik en spontaan oor haar gestremdheid gesels. Sy is van mening dat haar gestremdheid 'n doel het. Die gestremdheid en doel daarvan is vooraf deur 'n Opperwese bepaal.

Figuur 11. Visuele voorstelling van Tumi se beleving as 'n adolessent met serebrale gestremdheid en psigososiale aspekte wat 'n rol in sielkundige weerbaarheid speel



DIE ROL VAN INTERPERSOONLIKE VERHOUDINGS

Familieverhoudings

- Ondersteunende rol
- Waardeer moeder se opoffering
- Oorbekermende optrede

Portuurgroep en sosialisering

- Ondersteuning (skoolverband)
- Sosiale uitsluiting en isolasie
- Behoeftte aan ander se lojaliteit en aanvaarding
- Onvoldoende sosialisering-geleenthede
- Oorbekerming en praktiese probleme dra by tot sosiale isolasie
- Alleenheid en verving

Siening oor verhoudings

- Begeerte om as unieke persoon raakgesien te word
- Aspirasie vir huwelik en gesinslewe
- Behoeftte aan seksvoorigting met waardes geinkorporeer

DIE ROL VAN DIE SKOOLSISTEEM EN OPENBARE DIENSTE

Skoolsisteem

- Positief teenoor LSOB-sisteem
- Vergelyk standaard positief met dié van hoofstroom
- Onderwysers is ondersteunend
- Individuele aandag is 'n voordeel
- Voel aanvaar. Ervaar gestremdheid as "normaal" tussen medeleerders met gestremdhede. Gevoel van gemeenskaplikheid

Openbare dienste

- Ontoereikende vervoerstelsel
- Swak toestand en/of gebrek aan sypaadjies veroorsaak ongerief

6.1.1 Reflekerende notas van die navorser

Tumi het baie uitgebrei, maar gereeld van die punt afgedwaal. Die navorser moes haarself telkens daarvan weerhou om te vinnig in die onderhoud te beweeg en Tumi toe te laat om op haar eie tempo te reageer.

6.1.2 Agtergrond

Tumi is 'n veertienjarige dogter gediagnoseer met diplegie (C4). Sy kan onafhanklik loop, maar maak meestal van 'n looper gebruik. Sy het 'n opvallende loopgang wat kenmerkend van dié diagnose is. Sy ondervind ook erge visuele probleme (kongenitale katarakte, nistagmus en isotropie). Tumi is in die sorg van die uitgebreide familie. Haar biologiese moeder is 'n weduwee en is tans in die buiteland werksaam, terwyl Tumi se biologiese vader ongeveer twee jaar gelede aan natuurlike oorsake oorlede is. Die gesin ondervind finansiële probleme. Sy is die jongste van twee kinders. Haar suster is in haar laat-twintigs en vervul hoofsaaklik die rol van Tumi se versorger en opvoeder. Tumi se huistaal is Zoeloe en haar onderrigtaal is Engels. Sy was sedert skooltoelating in drie verskillende LSOB-skole.

6.1.3 Bespreking van die resultate

6.1.3.1 Gestremdheid

6.1.3.1.1 Kundigheid en fisiese impak

Tumi dra kennis van die feit dat sy met serebrale gestremdheid gediagnoseer is en dat dit die gevolg is van 'n fisiese oorsaak wat met haar geboorte verband hou. Sy glo dat daar ook 'n eksistensiële oorsaak is en dat haar gestremdheid die wil van God is. Daar is dus na haar mening 'n spesifieke doel met haar gestremdheid. Sy reken dat niemand in elk geval perfek nie.

“I think it is CP. Yes...that is why my handwriting is affected.” [B] (8, 10)

“You know what? I'm disabled and you know what? God made me this way. The reason why I am in this world is the same reason you are in this world...” [B] (2, 25-27)

“Nobody is perfect in my book. We’ve all got this flaws about ourselves.” [B] (4, 1-2)

“I believe that’s how God made us...with imperfections of our own.” [B] (4, 6-7)

“I wouldn’t change the fact that I am disabled because I know that I am disabled for a reason and I know that reason only God can determine that reason. He knows why he has brought me disabled in the world like this and he knows what my purpose is. So I wouldn’t change the fact that I am disabled...I will just change my social life and change people’s perspective towards me.” [B] (9, 32; 10, 1-4)

Haar familie het egter uiteenlopende menings rakende die oorsaak van gestremdheid. Haar tante is daarvan oortuig dat Tumi se ma die blaam vir die gestremdheid moet dra – sy beskou die gestremdheid as die straf op ’n oortreding nadat ’n vloek oor haar ma uitgespreek is. Haar oumagrootjie se beskerming het vir Tumi wel van die dood gered, maar weens die vloek is sy dus gestrem. Tumi beklemtoon dat sy en haar ma as Christene egter glad nie haar tante se siening deel nie. Die verskil in siening met betrekking tot die oorsaak van ’n gestremdheid lei tot spanning en konflik in die familie.

“I believe in God. I believe in God very much. But my aunt said she knows why I am disabled. She said because your mother has a big mouth she used to ‘skinder’ by other people and this one lady decided to make her sorry for what she said about her and so she put special medicine on the door and a curse on her so that you could die but lucky for you your great-grandma was watching over you to make sure that you are not going to die but that is why you are disabled.” [B] (11, 8-13)

“No...I believe that the reason why I am disabled is because God made me disabled but her opinion is that my great-grandma was looking over me, she made sure that I was ok, even though I came out disabled. She make sure that I wouldn’t die ‘cause she said that the special medicine that the lady put on the door was to make sure that I would die in my mother’s belly and she said that my mother should thank my great-grandma and do a special ceremony for her but because my mother is too much of a Christian she doesn’t believe in all that stuff.” [B] (11, 15-21)

Tumi kan haarself onafhanklik versorg. Dit is egter vir haar moeilik om vir lang afstande te loop en lank te staan. Haar fyn motoriese aktiwiteite is ook belemmer.

“Ok...challenges...I can walk for long distances but the problem is when I stand at the robot I can't stand for too long. I have to keep moving or else my knees get sore and then I have to sit down and when I sit I can't walk anymore. I can bath myself, I can dress myself. I can cope. I think these are the only challenges I have.” [B] (8, 5-8)
“I think it is CP. Yes...that is why my handwriting is affected. I was also bending before I had my operation but not as much as I do now because when...before I had my operation I could walk straight, very straight but when I had my operation I couldn't walk straight anymore.” [B] (8, 10-12)

6.1.3.1.2 Subjektiewe beleving

Tumi het verskeie emosies en persoonlike gevoelens gemeld. Sy is bewus van haar “andersheid” en ervaar dat sy nie werklik inpas nie. Sy is van mening dat selfaanvaarding belangrik is.

“I'm different Ma'am. There's nothing I can do about it only accept the fact that I am different. There's absolutely nothing I can do about it myself. So you see what I mean. You know it feel a bit difficult but why can't you just accept what you have?” [B] (3, 27-29)

Sy het aanvanklik gevoel dat sy haar ouers teleurgestel het omdat hulle volgens haar op 'n perfekte kind gehoop het. Sy het ook al haar moeder se hartseer en ontsteltenis waargeneem en haar gevoelens van opstandigheid geantisipeer. Tumi beleef egter dat haar familie haar aanvaar en vir haar omgee omdat hulle besef dat sy potensiaal het. Ten spyte hiervan ervaar sy dikwels gevoelens van neerslagtigheid en depressie.

“Sometimes I felt that I have failed my parents. They wanted a perfect child but I came out the way I am. But I think they learn to love me. [B] (5, 22-23)

But now she sees, Ma'am, I've got potential, I know I have potential, I know I can be whatever I want to be.” [B] (5, 27-28)

“My family? No. At first I did because in my opinion I think that my family feel, oh my gosh! This is terrible! Because most of my mother's side have problems. That was a major thing. Then I came in the picture...I was like weirdly different, because when I was young I couldn't write straight. So my mother uses to teach me how to write with a pencil. I saw her cry at times. I

think at times she would cry and say...but why me? Lord, why did you give this to me?" [B] (5, 17-22)

"Sometimes I don't feel like waking up...sometimes I just feel like staying in bed the whole day...but not sleeping just sitting there and doing nothing. Yes ... I do get depressed a lot. Then when I am depressed... people hate it when I am depressed. I always got this long face and then I don't want to talk to anybody and I don't eat." [B] (9, 19-23)

Sy besef dat haar gestremdheid permanent van aard is en beskou dit as 'n integrale deel van haar persoon. Dit laat haar dus met geen keuse as om die gestremdheid te aanvaar nie. Volgens haar is geen persoon perfek nie en alle mense is in wese dieselfde.

"No...people must accept that we are the same, doesn't matter if you are disabled or not, we're still the same." [B] (4, 3-4)

6.1.3.1.3 Ervarings vanuit die samelewing

Tumi meld insidente van verbale viktimisering op grond van haar fisiese voorkoms, wat haar aanvanklik ontstel het. Sy is egter van mening dat sy nou meer selfgeldend optree. Boeliegedrag en viktimisering kom volgens Tumi ook in die LSOB-skoolomgewing voor, maar sy ervaar dit hier minder intens en neem dit nie ernstig op nie omdat sy met haar medeleerders identifiseer op grond daarvan dat elkeen 'n spesifieke gestremdheid het. Sy hanteer viktimisering en teistering deur dit by gesagsfigure te rapporteer en in sekere situasies konfronterend en selfgeldend op te tree. Sy rasionaliseer die aangeleentheid en reken dat die boelies in elk geval ook nie perfek is nie en dat hulle ander afkou ten einde hulself beter te laat voel.

"They're like, ja, you blind and all that stuff, ja and you walk like you drunk and all that stuff and it really doesn't make me feel good but...ok...agh. They tease me and...but I, I get used to it." [B] (2, 19-21)

"Sometimes you know...but when they start doing it agh, come on, what are you bullying at? I mean, we are all the same. Some might have ADD or some other kind of disability but you are here for a reason. Ok. I don't have ADD but still, you're here for a reason. So why bullying me because you may be here for even a worse reason than I am. So I accept you the way you are

believe me I will never take it to heart. I won't take it seriously because what are you bullying at? You are bullying at a disabled person who is just like you." [B] (3, 6-11)

"...but the older I'm getting the wiser I'm getting. Ok. I just realise that they tease me to make them feel better. Because they know that they are not perfect. Nobody is perfect in my book. We've all got those flaws about ourselves. You can't say that...you Mrs Visser are perfect. You you can't say to me, I never made mistakes in my life. No...people must accept that we are the same, doesn't matter if you are disabled or not, we're still the same." [B] (3, 32; 4, 1-4)

Daar bestaan na haar mening steeds sekere vooroordele, stigmatisering en stereotipering in die samelewing teenoor persone met gestremdhede, byvoorbeeld dat 'n fisiese gestremdheid met kognitiewe inperking vereenselwig word. Tumi ervaar dikwels dat sy aangestaar word.

"...Hmm...Sometimes when I talk to other people...because I am disabled they think my brain is also disabled. They think that I can't think quite clearly. So maybe if I'm with somebody they ask the person next to me what I would like or what my name is, this kind of thing." [B] (10, 6-9)

Volgens haar is daar soms 'n gebrek aan empatie vir 'n persoon met 'n gestremdheid en word sy dikwels as 'n invalide behandel. In sekere situasies ontvang sy weer voorkeurbehandeling terwyl sy eintlik net soos enige ander persoon behandel wil word.

"They don't understand...especially the children because children can be really cruel." [B] (2, 16-17)

"Agh...well...Sometimes it is kind of hard because...sometimes my aunts and my uncles...they can't understand that I can do some stuff for myself and then for some of them I just become an invalid and they do it all for me." [B] (8, 17-19)

"...they think I am a princess because every time I ask for something I get it even if the other children had asked before me and I didn't like to be treated differently. I like to be treated in the same way that the other children are treated." [B] (8,22-24)

6.1.3.2 Persepsie van die self

6.1.3.2.1 Selfkonsep

Tumi skat haarself na waarde, het geloof in haarself, is trots op wat sy reeds bereik het, vergelyk haarself positief met ander persone en is trots op haar herkoms en kultuur.

“I do have lots to be proud of. But I have not achieved all the goals.” [B] (2, 3)

“I love myself and I have respect for others.” [B] (11, 26)

“Nobody is perfect in my book. We’ve all got those flaws about ourselves.” [B] (4, 1-2)

“No...people must accept that we are the same, doesn’t matter if you are disabled or not, we’re still the same.” [B] (4, 3-4)

“...you think you’re better because you can speak English and all that stuff...but I’m not better than them because Ma’am I am speaking English now but I know where I come from. Me I’m a Zulu...love being what I am...Zulu.” [B] (5, 32; 6, 1-2)

Tumi is gemotiveerd en stel vir haarself die doelwit om goeie punte te behaal. Sy voel trots op haarself wanneer sy akademies goed presteer en is tevrede met haar prestasie alhoewel sy probleme met wiskunde ondervind. Sy doen haar huiswerk selfstandig en sal hulp vra indien nodig. Die skool se standaard is na haar mening gelykstaande aan enige hoofstroomskool.

“I want to get good marks. Well, when I see my report and my marks are good, I feel well, I feel good but when my marks are bad. Then I feel bad. Ja. What I find easier for me to do is, Afrikaans. I don’t even spend time with Afrikaans and I got 85 out of 100. I was like the teacher at study in hostel. I am in the hostel. I do most of the homework myself and then when I need help like drawing maths tables and graphs I just ask somebody to help me.” [B] (1, 27-31)

“I do have lots to be proud of. But I have not achieve all the goals.” [B] (2, 3)

*“Schoolwork...well it isn’t that difficult actually for me. I like the subjects but maths, who like maths Ma’am? I struggle with maths but I don’t want to make Mr *** angry.”* [B] (1, 18-19)

“Well, I feel this is a mainstream school. That’s how I feel. We...we are normal children amongst each other. It’s like any other mainstream school. Because we get the same text books. We get the same quality of writing exams.” [B] (2, 7-9)

Vir Tumi is selfaanvaarding en dít waarin 'n mens glo die sleutel tot sukses.

“I think a person needs to cope with the way they are. The way you believe will help you to cope.” [B] (11, 23-24)

6.1.3.2.2 Persoonlike vrese, motivering, verwagting en betekenisgewing

Tumi vrees dat haar moeder iets kan oorkom indien sy na Suid-Afrika sou terugkeer.

“My fears...sometimes I fear that once my mom comes back...something bad will happen. Sometimes I’m scared for her to come back because...sometimes I feel like if she gets on a plane it is going to crash. I’m scared that she goes on that plane and it will crash and I haven’t seen her in such a long time...and then I will never ever see her again. But I used to be very scared but not so much anymore but it is still there. Sometimes I don’t want her to come back...sometimes I just want her to stay there because it is safe there.” [B] (9, 1-6)

Tumi se mikpunt is om in die toekoms tersiêre opleiding te ondergaan. Sy wil haar in die regte (strafreg) bekwaam. Sy wil ook oorsee reis en haar horisonne verbreed.

“I want to do criminal law when I am done with school.” [B] (8, 26)

“My dream is to go overseas and live with my mom and experience other things outside of my home country because South Africa is the only place I have ever been. I have never been around the world. So I really one day want to go and stay with her if it is possible.” [B] (8, 28-30)

Die geleentheid om 'n opvoeding te kry en te kan leer, dien vir haar as motivering.

“What motivates me...is the fact that I learn. Every day that I come to school. I wake up in the morning and I know that I am going to school and that I am going to learn more. That motivates me to wake up in the morning.” [B] (9, 17-19)

Volgens Tumi het God elke mens vir 'n spesifieke doel op die aarde geplaas. Sy reken dat geloof 'n ondersteunende en belangrike rol in die suksesvolle hantering van lewenseise speel.

“I believe in God. I believe in God very much.” [B] (11, 8)

“The way you believe will help you to cope.” [B] (11, 23-24)

Tumi hanteer probleme en konflik deur die ander partye in te sluit; sy al die betrokkenes byeen kry, dit bespreek en uitsorteer. As sy egter te na gekom word, is dit vir haar baie moeilik om uitdrukking aan haar gevoelens te gee. Sy tree dan nie selfgeldend op nie en internaliseer haar gevoelens.

“Well if it is a problem that involves lots of people I will bring in the parties that is involved and let them talk it out because I don’t like having problems in my life. I talk it out.” [B] (9, 25-26)

“If I need somebody to talk to...oh well, I don’t talk to anybody really.” [B] (5, 2)

“Yes, I do, I don’t like to show my feelings...when people upset me. Like they use my airtime and I wasn’t assuming it was finished and then...what happened to my airtime? I just say...Oh well, ok, it’s finished. There’s nothing I can do about it. I don’t go...what, where is my airtime? Even when I know that...that was my airtime. But it’s gone, it’s gone, can’t do anything about it. If I can’t change...you know. I can’t change anything. So, then I just accept it.” [B] (5, 9-14)

6.1.3.3 Die rol van interpersoonlike verhoudings

6.1.3.3.1 Familieverhoudings

Die ondersteuning van haar moeder, asook verskeie lede van die uitgebreide familie, speel ’n belangrike en ondersteunende rol in Tumi se lewe. Haar moeder werk in die buiteland om finansiëel vir hulle beter voorsiening te maak. Sy het waardering vir die opofferings wat haar moeder as enkelouer maak. Tumi is bewus van beweringe dat haar moeder op hierdie manier haar verantwoordelikhede as moeder van ’n kind met ’n gestremdheid, wil ontduik.

“There are a whole lot of people. A whole lot, a long, long, long list. My sister, my mom, my mother. I know some people think that my mother isn’t such a good parent but I think she is a good parent because you know Ma’am before I was able to come to this school, and have all the nice stuff that I do we were like extremely poor and we use to live maybe ten people in this two bedroom flat. You know it was so cramped I mean we have that problem that every morning the drain would just pop up and all sewerage and everything will just flow to your flat. And when you had to clean that all up and...it was terrible Ma’am, it was horrible, believe me...” [B] (4, 14-21)

“...children say ja, my mother is not a good mother? She left you and she is running away from home. But she’s earning money for us for a better life. They said that they don’t think my mother is a good mother because she ran away from the responsibility of being a mother of a disabled child. And I told them if it wasn’t for my mother going to London how would I be able to go to school and help them with their schoolwork?” [B] (4, 23-27)

Tumi reken dat haar moeder oorangstig is en oorbeskermend optree. Haar ouer suster vervul die rol van ’n moeder terwyl Tumi se moeder in die buiteland is. Sy en haar suster handhaaf ’n positiewe verhouding, maar na haar mening is haar suster ook baie streng en oorbeskermend.

“My mother always has very strict rules...and my sister. I sometimes want to go to the mall but they won’t allow me to go on my own.” [B] (7, 23-24)

“My mom is so overprotective she doesn’t let me go to the mall by myself. She says I am going to get hurt, I am going to get kidnapped or stolen, or raped or killed. She is so overprotective.” [B] (9, 11-13)

“You know Ma’am when I go to a party she always tells me: ‘be careful...(ok Mommy)...make sure that you wear pants not a dress...(ok Mommy)...don’t let anybody touched you weird...(ok Mommy)...be careful...(ok Mommy).” [B] (7, 26-28)

6.1.3.3.2 Portuurgroep en sosialisering

Tumi se klasmaats is lojaal en vervul ’n ondersteunende rol. Tumi voel nie uitgesonder nie en ervaar gestremdheid in skoolverband as “normaal”. Daar is ’n positiewe interaksie tussen die leerders in klasverband.

*“Because it was a weekend when we came but then I find my classmates ** and ** and...mmm...**. Mm...well they were quite good to me...they still are. ** When she found out that I couldn’t see properly she asked her mother to buy me this giant magnifying glass. It is so big, but anyway I’m quite happy and that mean I didn’t need to bring the book close to my head. Ok. Ja. Then she used to buy me lunch and all the nice stuff. They are really kind to me.” [B] (1, 8-13)*

“We...we are normal children amongst each other.” [B] (2, 7-8)

*“I like the school. I like all the crazy people. Like **, and ** and **, they just, they just comedian people. I always laugh when I’m among them.”* [B] (1, 15-16)

Tumi is ’n koshuisinwoner en is gedurende die week by die skool. Tydens naweke en vakansies voel sy glad nie deel van enige sosiale groep nie. Sy het ook nie vriende in die gemeenskap waar sy woon nie. Buite skoolverband beskryf sy haar lewe as vervelig en sosiaal geïsoleerd. Tumi het aanvanklik in die onderhoud ontken dat die gebrekkige sosialisering ’n probleem is en sy meld dat sy nie ’n behoefte aan sosialisering het nie.

“I don’t have one [a social life]. People don’t like me. I don’t have friends that I can go out partying with. I don’t have a curfew that you must be at home by eleven o’clock.” [B] (6, 6-7)

“Not that I know of but even when there were opportunities I don’t want to have a social life.” [B] (6, 10-11)

Later in die onderhoud het sy egter erken dat sy ’n behoefte het om deel van ’n sosiale groep te wees. Sy wil die samehorigheid, lojaliteit en ondersteuning van die portuurgroep ervaar. Sy was waarskynlik aanvanklik in ontkenning omdat die gebrekkige sosialisering en uitsluiting vir haar ’n ernstige probleem is. Na haar mening speel oorbeskerming ’n rol in haar sosiale isolasie. Sy bestee haar vrye tyd hoofsaaklik aan skoolwerk en die enigste buitemuurse aktiwiteit waaraan sy deelneem, is sport in skoolverband.

“Yes I would like to have a social life like some of the children...they go to the movies together, they are close, they share clothes, and they are always together. They go to each other’s houses whenever they want. My mother always has very strict rules...and my sister. I sometimes want to go to the mall but they won’t allow me to go on my own” [B] (7, 21-24)

“Ja...my life is boring...” [B] (9, 13)

“I want them to treat me like...like a real friend. I just like them to stick with me like they stick with their other friends. They are always together and I feel alone and left out.” [B] (7, 31-32)

Tumi ervaar dat daar nie werklik geleenthede of aktiwiteite is waaraan sy kan deelneem nie. Sy ondervind ook dat praktiese probleme, byvoorbeeld vervoerprobleme, veroorsaak dat sy nie geleenthede kan bywoon nie.

“Ja...my life is boring cause there is nothing else I do except to do the homework that I need to do and I just sit around doing nothing...life is quite, quite boring.” [B] (9, 13-15)

“Yes, transport. It is quite difficult for me to get from home to here. So some things I just leave because I can’t go.” [B] (10, 11-12)

Indien sy enige aspek van haar lewe sou kon verander, sou dit nie die feit wees dat sy gestrem is nie, maar wel haar sosiale lewe en mense se siening van haar.

“What would I change?... My social life. Make sure that it is very busy. That I am never bored...but...I wouldn’t change the fact that I am disabled because I know that I am disabled for a reason and I know that reason only God can determine that reason. He knows why he has brought me disabled in the world like this and he knows what my purpose is. So I wouldn’t change the fact that I am disabled...I will just change my social life and change people’s perspective towards me.” [B] (9, 31-32; 10, 1-4)

6.1.3.3.3 Siening oor verhoudings

Tumi vergelyk haarself met die portuurgroep en volgens haar is sy die enigste persoon wat nie ’n spesiale vriend van die teenoorgestelde geslag het nie. Sy is van mening dat vorige vriende haar vriendskap wou misbruik deur byvoorbeeld van haar te verwag om hulle huiswerk te doen. Sy sal graag in ’n verhouding met ’n persoon van die teenoorgestelde geslag wil wees, maar is sinies oor huweliksverhoudings in die algemeen. Sy sal egter eendag ’n gesinslewe wil hê. Dit is vir haar belangrik dat mense in haar as unieke mens belangstel ten spyte van haar fisiese gestremdheid.

“Oh Ma’am, I want certainly to have a boyfriend.” [B] (6, 13)

“Agh, you know Ma’am. I think I’m the only one in my whole class that has never had a boyfriend.” [B] (6, 7-8)

“Because Ma’am it’s not that I haven’t had a boyfriend...but I have had a boyfriend...but the only reason to become my boyfriend is because they only want me to do their homework. They want my money. Oh baby please, can I please have some tuck money, I’m so hungry. They just use you Ma’am. I just wash my hands of boys completely.” [B] (7, 15-19)

“But I don’t think there are any good men anymore, but if I would find a good man, Ma’am. One who likes me because...I mean I’m serious and they realise that I’m physically disabled and that’s just who I am then I will marry him.” [B] (6, 21-24)

“But I would love to have kids.” [B] (6, 19)

“I do believe in marriage. I just have to find the right man.” [B] (7, 15)

Sy reken dat die seksvoorligting wat sy ontvang het oppervlakkig en onvoldoende is. Tumi verkry egter inligting deur te lees. Sy is van mening dat daar ’n leemte met betrekking tot voorligting bestaan en dat die kwessie van seksuele losbandigheid definitief aandag moet geniet.

“No! We never talk about that. No, sex talk. Ah no! But I know everything. I know everything.” [B] (6, 29-30)

“Everywhere. Just listen. Sometimes I just read books about it. Sometimes I just read the Grade 10 books that are more specific about sex ... I know everything that there is to know about that.” [B] (7, 1-3)

“Yes. I don’t know Ma’am...ok, yes, yes. And the reason I said yes because Ma’am children just go and have sex because they hear from the friends...oh, sex is fine. Oh, sex is this because children don’t mind talking about sex. Oh my goodness. I think the perspectives of children are that sex is something that everybody does. I really don’t feel that way.” [B] (7, 5-9)

6.1.3.4 Die rol van die skoolsisteem en openbare dienste

6.1.3.4.1 Skoolsisteem

Die skoolsisteem speel ’n positiewe en ondersteunende rol in haar lewe. Sy word as mens aanvaar en verkies die LSOB-skoolomgewing. Sy voel deel van die groep en beskou haar medeleerders as haar gelykes (gevoel van gemeenskaplikheid). Sy vergelyk die standaard en kwaliteit van werk positief met enige hoofstroomskool. Die kleiner klasgroepe en individuele aandag is volgens haar ’n groot voordeel. Die medeleerders en onderwysers is ondersteunend.

“Well, I feel this is a mainstream school. That’s how I feel. We...we are normal children amongst each other. It’s like any other mainstream school. Because we get the same text books. We get the same quality of writing exams. You know...Mmm...in my opinion. I think...special schools are

like the best schools that you can ever find. In the mainstream you've got seventy children in one class. Then you can't get helped by the teacher. If you ask the teacher assistance she needs to mark 70 papers or is busy at that moment with another child." [B] (2, 7-13)

6.1.3.4.2 Openbare dienste

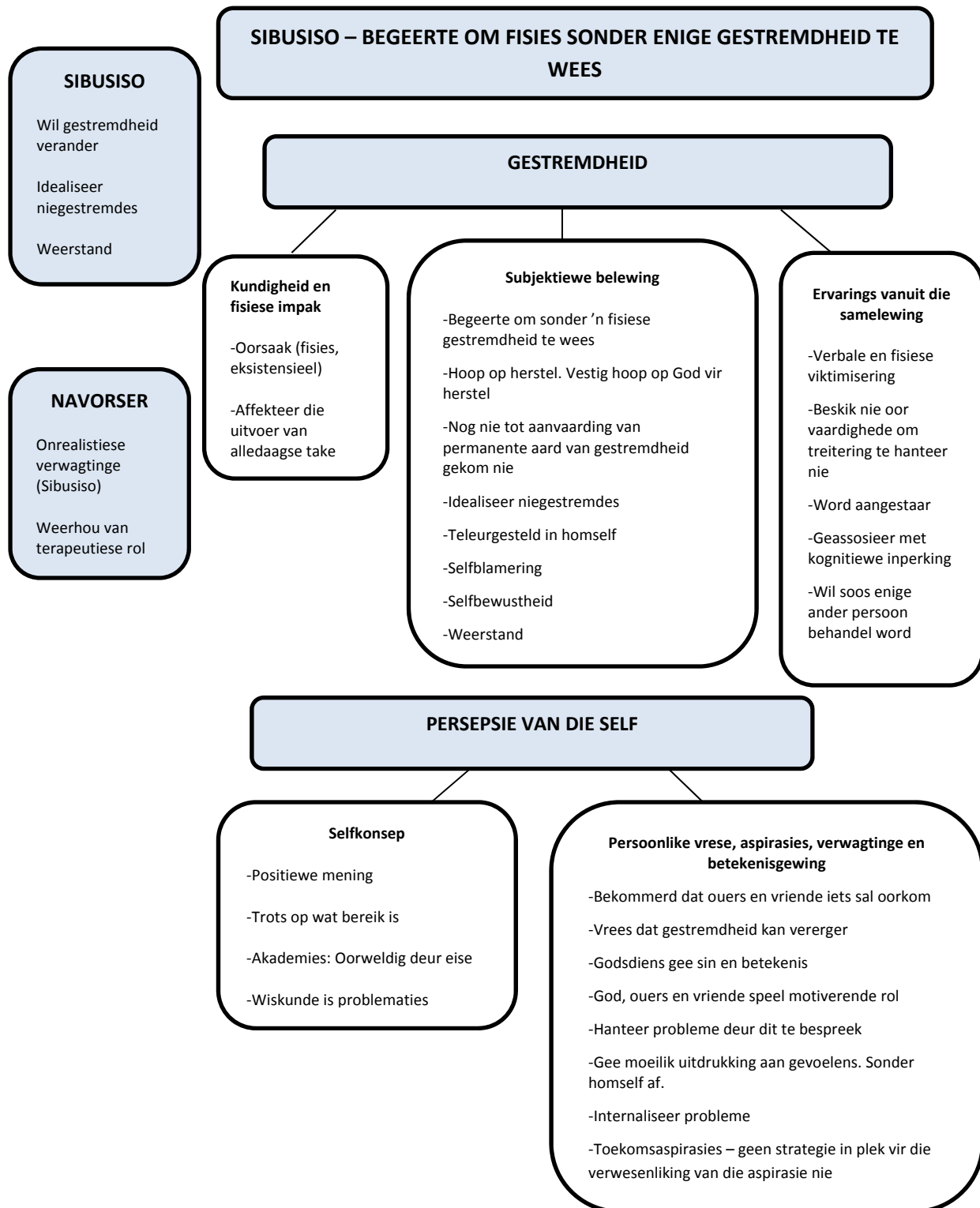
Tumi is fisies selfversorgend en onafhanklik, maar dit frustrer haar indien daar nie sypaadjies is nie of as dit in 'n slegte toestand is. Sy ondervind balansprobleme en kom dan moeilik onafhanklik oor die weg. Die openbare vervoerstelsel is ontoereikend en vir haar 'n bron van frustrasie.

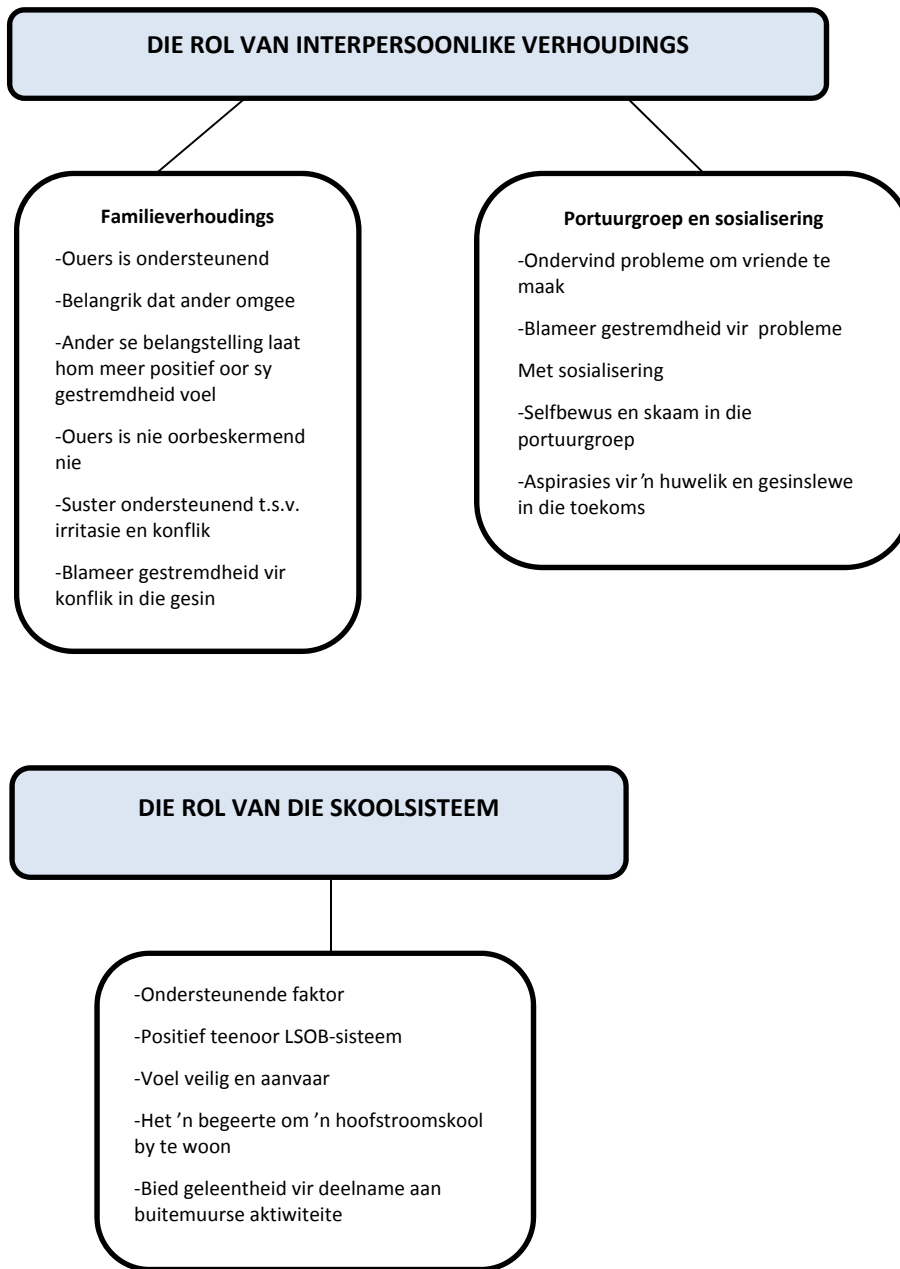
"Yes, transport. It is quite difficult for me to get from home to here. So some things I just leave because I can't go. It is also a problem when there is no path or pavement for the disabled to walk on. I really don't like that, then I need somebody to help me climb on this or go through that." [B] (10, 11-14)

6.2 GEVALLESTUDIE 2 – SIBUSISO – BEGEERTE OM FISIES NORMAAL TE WEES

Sibusiso verkies om nie sy gestremdheid te bespreek nie. Hy was nietemin bereid om aan die onderhoud deel te neem. Tydens die onderhoud het dit duidelik geblyk dat hy sy fisiese gestremdheid sou wou verander. Hy idealiseer ook persone wat fisies geen gestremdheid het nie, asook die aktiwiteite waaraan hulle kan deelneem.

Figuur 12. Visuele voorstelling van Sibusiso se beleving as 'n adolessent met serebrale gestremdheid en aspekte wat 'n rol in sielkundige weerbaarheid speel





6.2.1 Reflekerende notas van die navorser

Sibusiso was bereid om sy gevoelens en belewenis van gestremdheid met die navorser te deel. Dit was deurgaans duidelik dat hy nie die permanente aard van sy gestremdheid aanvaar nie. Sibusiso hoop steeds dat sy gestremdheid deur middel van 'n operasie of 'n goddelike ingreep

reggestel kan word. Die navorser moes haar daarvan weerhou om nie die rol van 'n terapeut in te neem en die onrealistiese verwagtinge aan te spreek nie. Sibusiso is vir psigoterapie verwys.

6.2.2 Agtergrond

Sibusiso is 'n dertienjarige seun wat op die ouderdom van een jaar en vier maande 'n traumatiese breinbesering opgedoen het nadat 'n motorhek op hom geval het. Die gevolg van die besering was dat hy met serebrale gestremdheid (regter-hemiplegie) gediagnoseer is en ook aan epilepsie lei. Sibusiso kan fisies onafhanklik loop en beweeg, maar die funksie van sy regterhand is beduidend ingeperk. Hy is die oudste van twee kinders. Sibusiso en sy jonger suster is in die sorg van sy biologiese moeder en stiefvader. Die ouers is geskei en die biologiese vader is nie betrokke by die kinders nie. Hy het wel op 'n ongereelde basis kontak met Sibusiso. Sibusiso ondervind leerprobleme en het vroeër graad 2 herhaal. Hy is tans in graad 6, maar ondervind steeds skolastiese agterstande. Die gesin se huistaal is Zoeloe en sy onderrigtaal is Engels. Sibusiso het sy skoolloopbaan by 'n hoofstroomskool begin, maar het onvoldoende vordering getoon. Hy is aan die begin van sy graad 2 jaar na 'n LSOB-skool oorgeplaas.

6.2.3 Bespreking van die resultate

6.2.3.1 Gestremdheid

6.2.3.1.1 Kundigheid en fisiese impak

Sibusiso beklemtoon die feit dat hy fisies 'n normale kleuter was voordat hy 'n hoofbesering opgedoen het. Hy is opstandig dat God toegelaat het dat die ongeluk gebeur en hy bevraagteken die feit dat die ongeluk met hom gebeur het. Sibusiso dra nie kennis van die mediese diagnose van serebrale gestremdheid nie, maar is daarvan bewus dat die motoriese probleme die gevolg van 'n fisiese oorsaak (breinbesering) is.

“I really, I really don't know why it happened. Only God has a reason why He puts it like that. I was like a normal child but then a big gate fell on my head. Only drawn into my hand. So a little part of my brain is damaged.” [B] (14, 26-28)

Hy kan onafhanklik beweeg, maar benodig wel hulp met fyner motoriese aktiwiteite, byvoorbeeld die hantering van veters, knope en ritssluiters.

“I don’t think there’s a big problem really. No it’s quite easy sometimes, ja. My sister ties my shoes and helps me with the zips. The things that I can’t do.” [B] (14, 28-23)

Sibusiso verkies om nie sy gestremdheid te bespreek of daaroor te praat nie. Dit frustreer hom en laat hom depressief voel as ander hom oor sy gestremdheid uitvra.

“When I go to the shop there are always some people who ask what happened to your hand. Then it gets very irritated because I feel depressed when people ask and I have to tell them.” [B] (14, 15-17)

6.2.3.1.2 Subjektiewe beleving

Sibusiso het ’n begeerte om sy gestremdheid te verander en om fisies “normaal” te wees. Hy koester ’n onrealistiese verwagting dat dit moontlik is om sy fisiese gestremdheid deur middel van ’n operasie te herstel. Hy hoop dus dat herstel deur ’n operasie en mediese ingrepe moontlik sal wees, maar vestig ook sy hoop op God om hom te genees. Hy idealiseer persone sonder enige fisiese gestremdheid, asook die aktiwiteite waaraan niegestremdes kan deelneem. Sy begeerte om fisies “normaal” te wees, word ook bevestig deur sy begeerte om aan aktiwiteite deel te neem waartoe hy nie werklik fisies in staat is nie. Dit het uit die onderhoud duidelik geblyk dat Sibusiso steeds nie tot aanvaarding van die permanente aard van die gestremdheid gekom het nie. Hy sien ’n gestremdheid steeds as ’n toestand wat reggestel moet word.

*“I always ask my mother when I’m going to fix my hand. My mother says this December she is taking me to Doctor ***** hospital to fix my hand...to try.”* [B] (14, 21-22)

“Well, I hope so. If they can’t do it, I’ll ask God’s help. I’ll ask God to help me.” [B] (14, 24)

“Ja, I will change my hand too.” [B] (17, 6)

“I would like to do...mmm...like...mmm...high jumping and athletes stuff.” [B] (15, 32)

“Ja. Ja. Mmm...I would like to drive a normal car. Not an automatic one. Ok.” [B] (16, 2)

Hy voel teleurgesteld in homself en blameer homself vir die feit dat hy 'n fisiese gestremdheid het. Hy is nie seker wat hy verkeerd gedoen het om die gestremdheid te verdien nie. Sibusiso reken egter dat hy al in 'n mate meer positief oor sy gestremdheid voel.

“Mmm...when I knew I had this hand I felt very disappointed in myself and I ask God what did I do to deserve this. Ja, but I feel better now.” [B] (15, 1-2)

Die fisiese gestremdheid is vir hom 'n verleentheid en hy is skaam en selfbewus daaroor.

“Ja, ja...and sometimes I feel very sad when I think about that. I also feel shy...like when...it is a party and I have to dance in front of all those people. I think other people might laugh the way I dance because with this hand I can't dance properly.” [B] (15, 13-15)

6.2.3.1.3 Ervarings vanuit die samelewing

Sibusiso ervaar dat hy verbaal en fisies oor sy fisiese voorkoms geviktimiseer word. Die optrede deur ander laat hom ontsteld en magteloos voel. Die insidente vind binne en buite skoolverband plaas.

*“The other kid, it's from last year, his name is **, he uses to tease me a lot and other kids call me a bat and teases on my arms, yes. So I honestly don't know when it's going to stop.”* [B] (12, 18-20)

*“Because some of the friends hit me for no good reason. Like ** here. Sometimes he bullies on me like like...mmm...I'm busy talking to someone then he just comes and hits me for no good reason.”* [B] (14, 7-9)

Hy word na sy mening dikwels aangestaar en sy fisiese gestremdheid word met kognitiewe inperking vereenselwig. Sibusiso beklemtoon dat hy net soos enige ander persoon behandel wil word.

“At the youth...at the youth sometimes it's hard because some kids are looking at me like I'm some kind of freak.” [B] (16, 27-28)

“I'll tell them not to ask about this hand and not to look at me like I'm some kind of person like a freak and that stuff and to treat me like all other human beings. Sometimes I feel really sad because people think I am stupid because of my hand.” [B] (15, 9-11)

6.2.3.2 Persepsie van die self

6.2.3.2.1 Selfkonsep

Sibusiso sou graag sy fisiese self wou verander, maar hy voel dat hy as persoon oor positiewe eienskappe, byvoorbeeld mededeelsaamheid en bedagsaamheid, beskik. Hy is trots op wat hy reeds bereik het en is van mening dat hy wel suksesvol aan sekere eise voldoen. Hy voel tevrede en menswaardig wanneer hy aan ander hulp verleen.

“I think about other people and I share.” [B] (17, 8)

“I normally help them with cleaning. I help my sister with a lot of things and ironing of clothes, that kind of stuff. I feel satisfied when I feel useful.” [B] (13, 19-20)

“Ja. I feel proud when I done things I couldn’t do before like play PlayStation. I could never do that. I can now work on the computer and cook.” [B] (15, 5-7)

Sibusiso ondervind leerprobleme en voel oorweldig en moedeloos deur akademiese eise. Hy ondervind veral probleme met Wiskunde en Tegnologie, maar is egter tevrede met sy prestasie in die ander vakke.

“Sometimes I feel...sometimes I feel depressed because it’s so much work I feel like crying.” [B] (12, 29-30)

“Ja, especially with Technology and Maths. I think I need extra help with...mmm... mmm...let’s see...mmm...Maths and Technology but the teachers always help me with that. I feel confused like when the teacher says something very fast and I couldn’t understand. I’m good at English, Social Science, any subject, every subject except Maths and Technology.” [B] (13, 2-6)

6.2.3.2.2 Persoonlike vrese, motivering, verwagting en betekenisgewing

Hy is bekommerd dat die mense na aan hom, byvoorbeeld sy vriende en ouers, iets sal oorkom. Hy vrees ook dat sy gestremdheid eendag as gevolg van ’n mediese ingreep kan vererger.

“What worries me is about when my friends are in danger. I feel very worried over when my parents in hospital and stuff. Ja. Sometimes I worry like when they doing an operation on my hand and they fail, and then they have to cut it off.” [B] (16, 18-20)

Geloof en godsdiensbeoefening speel ’n prominente rol in Sibusiso se lewe. Hy is aktief by die kerk se aktiwiteite betrokke. Na sy mening gee godsdiens sin aan die lewe en die aktiwiteite bied ook geleentheid vir sosialisering. Hy plaas sy hoop op geloof en gebed ten einde fisiese herstel van sy gestremdheid te bewerkstellig. Sy geloof, asook die ondersteuning van sy ouers en vriende, dien vir hom as motivering in die lewe.

“Ja. I think it is important. I go to Friday church and Sunday church. I pray, I ask God to heal me of this hand and stuff. Ja, and I join the youth group.” [B] (16, 22-23)

“Mmm...God helps me. My parents support me to move forward. Ja and my friends.” [B] (16, 30)

Hy wil eendag sy eie besigheid besit, maar het geen aanduiding gegee hoe hy beplan om hierdie ideaal te verwesenlik nie.

“I would want to own a business like my mother. Have a lot of money. Ja” [B] (16, 10)

Sibusiso hanteer probleme deur dit met sy vriende of ouers te bespreek. Hy vind dit egter moeilik om uitdrukking aan sy gevoelens te gee en sal homself eerder onttrek en afsonder.

*“At school I talk to my friend **. He is also here at school and at home I talk to my mother.” [B] (13, 29-30)*

“I don’t talk to no one. I just find peace.” [B] (16, 12)

“Ja, until I calm down.” [B] (16, 16)

6.2.3.3 Die rol van interpersoonlike faktore

6.2.3.3.1 Familieverhoudings

Daar is verskeie persone wat ’n betekenisvolle en ondersteunende rol in Sibusiso se lewe speel. Hy ervaar dat sy stiefpa ’n positiewe bydrae in sy lewe maak. Dit is vir hom baie belangrik om te

weet dat ander omgee en in hom belangstel, wat hom meer positief oor sy gestremdheid laat voel. Die feit dat sy biologiese vader na sy mening onbetrokke is, is vir hom problematies.

“At home my sister and my mother, everyone, my family. They always help and support me.” [B] (13, 8-9)

“Ja. He [stepfather] is the best. He helps me with projects and stuff. He never shouts at me if I do wrong.” [B] (13, 23-24)

“My real dad I only see him sometimes but he doesn’t call me. I always have to call him. Sometimes I miss him.” [B] (13, 26-27)

“I feel better now that I know I got people who care about me. Don’t ask too much about this hand and care about what I do and stuff helping a lot now.” [B] (15, 4-5)

Sy ouers is nie oorbeskermend nie en hulle stel grense deur middel van vasgestelde reëls.

“Yes, but I must be back at a certain time and my parents must know where I am.” [B] (15, 17)

Sibusiso meld dat sy suster behulpsaam is met fisiese aktiwiteite. Die verhouding word soms deur konflik en irritasie gekenmerk. Hy ervaar egter nie dat sy ouers enige onderskeid tussen hulle tref nie. Sibusiso is dankbaar dat sy ouers hom nie uitsonder nie en ervaar dat hulle nie eens sy gestremdheid raaksien nie.

“I have only one sister. She is younger. My sister usually helps me with everything. She ties my shoes and zip my shirt up. The things that I can’t do. She sometimes she calls me names and that irritates me.” [B] (13, 11-13)

“...and I’m happy now and both of my parents they love me so well, they treat me like I’ve got two hands, and they send me to this school.” [B] (14, 11-13)

Sibusiso blameer sy fisiese gestremdheid vir die persoonlike probleme wat hy ervaar, byvoorbeeld konflik tussen hom en sy ouers.

“Ja. Sometimes when my parents ignore me I think this hand is the problem. Sometimes I battle to make friends and I also think it’s about my hand.” [B] (15, 19-20)

6.2.3.3.2 Portuurgroep en sosialisering

Sibusiso ondervind probleme om lojale vriendskappe te sluit. Hy blameer sy fisiese gestremdheid vir sy onvermoë om vriende te maak. Sy ouers gee aan hom die geleentheid om sosiale geleenthede en gesellighede by te woon, maar hy is selfbewus oor sy gestremdheid in die portuurgroep.

“Sometimes I battle to make friends and I also think it’s about my hand.” [B] (15, 19-20)

*“Finding a friend like ** was very hard ’cause all the friends that I have used to steal from me.”* [B] (14, 2-3)

“Ja, ja...and sometimes I feel very sad when I think about that. I also feel shy...like when...it is a party and I have to dance in front of all those people. I think other people might laugh at the way I dance because with this hand I can’t dance properly.” [B] (15, 13-15)

Hy sal in die toekoms in ’n verhouding met iemand van die teenoorgestelde geslag wil wees. Hy het ook aspirasies om in die toekoms ’n huwelik te sluit en ’n gesinslewe te hê. Die seksvoorligting wat hy ontvang het, is na sy mening onvoldoende, onduidelik en soms onverstaanbaar.

“I would want one [girlfriend], and I would want to get married. Ja,.” [B] (15, 26)

“Well, sometimes the teacher talks too fast and I get confused what she says and eish... ja. We don’t receive a lot of information.” [B] (15, 29-30)

6.2.3.4 Die rol van die skoolsisteem

Sibusiso ervaar dat die LSOB-skoolsisteem ’n ondersteunende faktor in sy lewe is en hy is positief teenoor die sisteem. Die onderwysers en medeleerders is hulpvaardig en ondersteunend. Hy besef dat hy op individuele hulp aangewese is en reken dat dit dan ook die rede is waarom hy nie in ’n hoofstroomskool bevredigende vordering getoon het nie. Hy het egter steeds ’n begeerte om ’n hoofstroomskool by te woon, wat waarskynlik verband hou met sy begeerte om fisies normaal te wees. Hy voel egter veilig in die LSOB-skoolsisteem en is van mening dat hy nie na ’n ander skool kan gaan nie. Die skool bied ook die geleentheid vir deelname aan buitemuurse aktiwiteite en sport.

“School is wonderful. It’s the best school I ever had. I like the children. They are the best, they help me everywhere.” [B] (12, 5-6)

“Yes, I will like it to go to an ordinary school but I will not leave this school. This school is the best.” [B] (12, 8-9)

“Because no other school will take my hand and they told me to come to this school.” [B] (12, 11)

“Because other children will tease me and the principal won’t except it ‘cause I will ask for too much help and that stuff.” [B] (12, 13-14)

“I participate in shot put and javelin.” [B] (16, 8)

Figuur 13. Menstekening (Sibusiso)

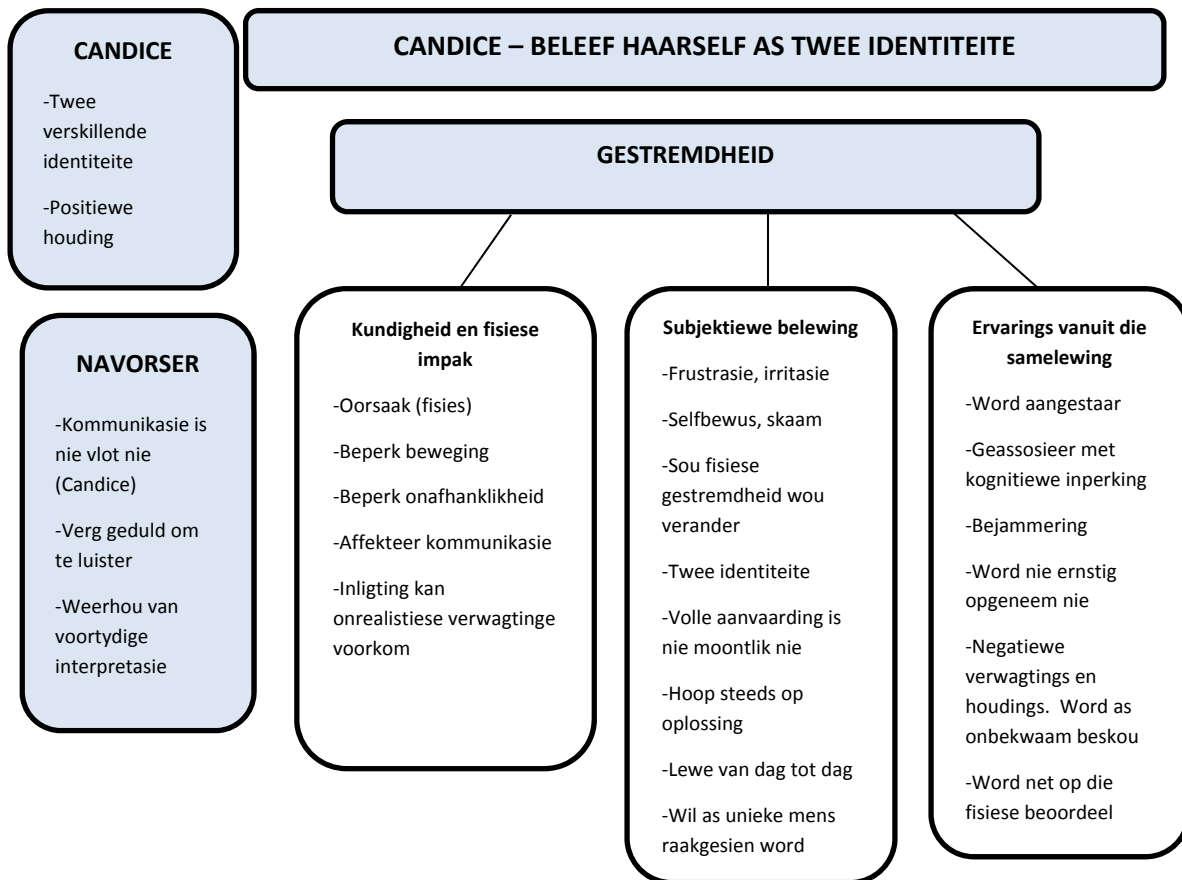


Die feit dat Sibusiso nie sy fisiese gestremdheid aanvaar nie, word waarskynlik in die menstekening gereflekteer. Hy gee ’n gedetailleerde weergawe van die gelaatstrekke, maar laat die liggaam weg, wat moontlik dui op weerstand en opstand teen die fisiese gestremdheid.

6.3 GEVALLESTUDIE 3 – CANDICE – BELEEF HAARSELF AS TWEE IDENTITEITE

Candice beleef haarself as twee afsonderlike identiteite, naamlik die fisies gestremde self en die psigies normale self. Die fisiese gestremde self is gefrustreerd vanweë die fisiese beperkinge en is selfbewus in die openbaar. Die psigiese self is “normaal”, is nie selfbewus nie en het ’n behoefte aan sosialisering. ’n Positiewe ingesteldheid is na haar mening van die uiterste belang in die suksesvolle hantering van alledaagse lewenseise. Candice was gretig en bereidwillig om haar gevoelens en ervarings van gestremdheid met die navorser te deel.

Figuur 14. Visuele voorstelling van Candice se beleving as adolessent met ’n serebrale gestremdheid en aspekte wat ’n rol in sielkundige weerbaarheid speel



PERSEPSIE VAN DIE SELF

Selfkonsep

- Persoonlike groei lei tot 'n positiewe lewensuitkyk
- 'n Positiewe ingesteldheid is belangrik (optimisme, wilskrag en deursettingsvermoë)
- Neem persoonlik verantwoordelikheid
- Akademies: Gemotiveerd en hardwerkend

Persoonlike vrese, aspirasies, motivering verwagtinge en betekenisgewing

- Vrees dat ander haar altyd as afhanklik sal beskou
- Vrees dat sy a.g.v. gestremdheid nie aan die fisiese eise van sekere verhoudings sal voldoen nie
- Gestremdheid beperk beroepsgeleenthede
- Toekomsaspirasies: Tersiëre opleiding, huwelik, gesinslewe en moederskap
- Betekenisvolle gesinsverhoudings dien as motivering
- Wil as unieke mens raakgesien word en nie op fisiese voorkoms beoordeel word nie
- Eienskappe bydraend tot sukses: Wilskrag, doelgerigheid, probleemoplossingsvermoë, toegewydheid en deursettingsvermoë

DIE ROL VAN INTERPERSOONLIKE VERHOUDINGS

Familieverhoudingsdinge en verhoudings met betekenisvolle ander

- Moeder, gesin en betekenisvolle ander is 'n ondersteunende faktor
- Positiewe invloed van optimistiese individue is belangrik

Portuurgroep en sosialisering

- Ondersteuning (skoolverband)
- Hou kontak m.b.v. tegnologie
- Sosiale uitsluiting en isolasie
- Sosialisering vind hoofsaaklik binne gesinsverband plaas
- Selfbewustheid en praktiese probleme (vervoer) beïnvloed sosialisering

DIE ROL VAN DIE SKOOLSISTEEM EN OPENBARE DIENSTE

FssKoolsisteem:

- Voel veilig en aanvaar in die sisteem.
- LSOB-skoolsisteem is 'n ondersteunende faktor

Openbare dienste

- Openbare vervoerstelsel is ontoereikend
- Geboue is ontoeganklik

6.3.1 Reflekerende notas van die navorser

Candice het spontaan gekommunikeer en was nie selfbewus of terughoudend tydens die onderhoud nie. Sy ondervind egter 'n spraakproduksieprobleem en het met tye baie gehakkel en nie vlot gepraat nie. Kommunikasie was dus stadig en tydrawend. Die navorser moes haarself dus deurentyd daarvan weerhou om woorde en sinne namens Candice te voltooi. Dit het baie geduld geverg om Candice toe te laat om haarself uit te druk sonder om haar te onderbreek, insette te lewer en voortydige interpretasies te maak.

6.3.2 Agtergrond

Candice is 'n sestienjarige dogter gediagnoseer met serebrale gestremdheid (diplegie, C4). Sy kan vir kort afstande onafhanklik met behulp van 'n looper beweeg, maar maak egter meestal van 'n elektriese rolstoel gebruik. Candice se biologiese moeder was sestien jaar oud met die aanvang van haar swangerskap. Die baba is prematuur gebore en deur die grootouers aan vaderskant versorg en opgevoed. Die biologiese ouers is later getroud, maar Candice het steeds by haar grootouers gewoon. Sy het wel vir kort tye by haar ouers gewoon, maar is telkens weens voortdurende huwelikskonflik terug na die grootouers. Albei grootouers is kort na mekaar in 2007 aan natuurlike oorsake oorlede. Die ouers het intussen geskei en Candice het daarna by haar moeder gaan woon. Sy is die enigste kind. Candice was sedert die voorskoolfase in 'n LSOB-skool. Haar huis- en onderrigtaal is Engels.

6.3.3 Bespreking van die resultate

6.3.3.1 Gestremdheid

6.3.3.1.1 Kundigheid en fisiese impak

Candice dra kennis van die diagnose van serebrale gestremdheid en is bewus van die feit dat die oorsaak neurologies van aard is.

"...cerebral palsy...to fix whatever is in your brain that has this disability." [B] (19, 13-14)

Die fisiese impak van die gestremdheid laat haar uiters gefrustreerd omdat dit haar beweging en onafhanklikheid beperk. Sy kan nie onafhanklik uitgaan nie en benodig die fisiese hulp van 'n persoon wat haar moet vergesel. Die feit dat sy 'n spraakprobleem het wat kommunikasie bemoeilik, dra ook tot die frustrasie by.

“The thing I hate the most is that there are certain things I just can’t do no matter how hard I try...it drives me insane. Communication and things.” [B] (18, 11-12)

“As I said it really irritates me that I can’t go out on my own.” [B] 19, 18)

“Physically there are things that I just can’t do.” [B] (19, 19)

Candice is van mening dat sy nie voldoende ingelig is rakende die implikasies en impak van haar gestremdheid nie. Sy het onder die wanpersepsie verkeer dat sy volkome kan herstel en eendag onafhanklik sal loop. Dit was dus vir haar 'n skok toe sy eers op ongeveer twaalfjarige ouderdom, ná 'n gesprek met die fisioterapeut, besef het dat die gestremdheid permanent van aard is. Sy reken dat toepaslike inligting vanaf 'n jong ouderdom die onrealistiese verwagtinge kon voorkom het, wat ook die aanvaarding van die gestremdheid sou vergemaklik.

“You know before...I always thought maybe one day out of nowhere everything will come right. It is not as though anybody ever really explained the fact that I will never walk on my own. I always thought one day...something will happen and I’ll be fine. I only really found out the full extent of my disability about four to five years ago when they actually sat me down and explained to me what my disability is about...and that I will never walk. All of my life I thought maybe one day...and then all of a sudden, here look...sorry for you but that one day is not going to come. I don’t think in my mind I am actually ready for it... that one day is never gonna come. In my mind at some level I am still hoping for that day.” [B] (18, 28; 19, 1-4)

“Ja...ja, I think if someone had explained to me when I was younger then I would never have thought...oh...maybe one day I’d be able to walk. I wouldn’t have this thing of having to accept it.” [B] (19, 6-8)

6.3.3.1.2 Subjektiewe beleving

Die fisiese impak van die gestremdheid en onvermoë om sekere aktiwiteite uit te voer, lei tot erge frustrasie en irritasie. Sy is selfbewus oor die fisiese gestremdheid met die gevolg dat sy dit doelbewus vermy om na openbare plekke te gaan of dat sy haar take vinnig afhandel en dan dadelik teruggaan huis toe.

“The thing I hate the most is that there are certain things I just can’t do no matter how hard I try...it drives me insane. Communication and things.” [B] (18, 11-12)

“Physically there are things that I just can’t do.” [B] (19, 19)

“Cause me physically, I am shy...I don’t really like to go out in public because I am so self-conscious about the disability.” [B] (18, 16-17)

“Well I just go. I don’t think of anything else. I just go. This is where I need to be...I go there. I do that and I go home. I have to go and do what I got to do.” [B] (18, 20-21)

Indien dit moontlik was om ’n aspek van haar lewe te verander, sou dit haar fisiese gestremdheid wees. Sy is egter positief en van voorneme om die beste daarvan te maak.

“The fact that I am disabled. But for now, for now I am going to make the best of everything.” [B] (23, 12-13)

“I say to myself I am not going to sit and let things get me down. And you know what, whatever happens tomorrow doesn’t matter.” [B] (23, 8-10)

Sy beleef haarself as twee verskillende identiteite en beskryf dit soos volg:

“In my head I am perfectly normal. I am perfectly normal in my head but physically there are things I can’t do and that really irritate me. It is if though, if me in my head and me physically are totally different, ‘cause...me in my head is perfectly normal. She is not...shy. She is not so...don’t talk to me, don’t look at me, don’t nothing me. ‘Cause me physically, I am shy...” [B] (18, 12-16)

Candice besef dat haar gestremdheid permanent van aard is, maar reken dat sy dit nog nie werklik aanvaar het nie. Sy twyfel sterk of dit moontlik is om ’n gestremdheid ten volle te aanvaar. Volgens haar is aanvaarding moeilik omdat daar altyd in jou lewe ’n ervaring van

verlies van sekere vaardighede sal wees. Sy besef egter dat sy met die wete dat sy 'n fisiese gestremdheid het, moet saamleef, maar ervaar daagliks dat dit moeilik is. Candice is van mening dat toepaslike inligting die proses van aanvaarding kan vergemaklik en bevorder. Sy besef dat die gestremdheid permanent is, maar hoop dat daar moontlik in die toekoms 'n oplossing sal wees.

“Ja, I need to accept the fact that I am disabled. I don't think within myself I have excepted it even though I know I'll never be able to walk on my own...ever. I know that but I don't think I fully accepted or realised the full extent...of the problem. You know before...I always thought maybe one day out of nowhere everything will come right. It is not as though anybody ever really explained the fact that I will never walk on my own. I always thought one day...something will happen and I'll be fine. I only really found out the full extent of my disability about four to five years ago when they actually sat me down and explained to me what my disability is about...and that I will never walk. All of my life I thought maybe one day...and then all of a sudden, here look...sorry for you but that one day is not going to come. I don't think in my mind I am actually ready for it...that one day is never gone a come. In my mind at some level I am still hoping for that day.” [B] (18, 26-32; 19, 1-4)

“Ja...Ja, I think if someone has explained to me when I was younger then I would never have thought...Oh...maybe one day I'd be able to walk. I wouldn't have this thing of having to accept it.” [B] (19, 6-8)

“I don't think you can ever accept...will accept it because there are certain things that you want in your life that you don't have. There is nothing I can do about it. That is hard. Every single day is hard. At some level you always hope that maybe one day people will figure a way out to help you with cerebral palsy...to fix whatever is in your brain that has this disability. That they'll fix it...I don't think you can really, really accept it although if you would be able to fully accept it that will be wonderful. It is something you have to live with but it is not easy. It is not easy, definitely not.” [B] (19, 10-16)

6.3.3.1.3 Ervarings vanuit die samelewing

Candice is van mening dat daar in die samelewing steeds sekere vooroordele en stereotiperings teenoor gestremdheid bestaan. Sy ervaar dat sy aangestaar en bejammer word en dat 'n fisiese

gestremdheid met kognitiewe inperking geassosieer word. Daar bestaan volgens haar 'n persepsie dat 'n persoon met 'n fisiese gestremdheid onbekwaam is en byvoorbeeld in 'n werksituasie nie aan die standaard kan voldoen nie. Volgens haar word 'n persoon met 'n gestremdheid se gevoelens dikwels misken, word jy as persoon nie ernstig opgeneem en nie as 'n unieke individu behandel nie. Beoordeling van jou as persoon vind hoofsaaklik op grond van jou fisiese voorkoms plaas.

"...and the people look at you. It really, really irritates me. If people could just stop looking at the physical side of things." [B] (18, 22-24)

"The people look at you with a 'Ag shame, poor you'." [B] (18, 17-18)

"People think that a person with a disability can't perform up to standard. They think you are not able to be the type of lawyer that people are looking for because they don't think of the fact that you have this degree. They think you have a disability and that you are kind of stupid. Meanwhile you yourself know that you will be able to do this. No one takes you seriously." [B] (20, 10-14)

6.3.3.2 Persepsie van die self

6.3.3.2.1 Selfkonsep

Candice meld dat sy persoonlike groei oor 'n tydperk beleef het. Sy was voorheen geneig om altyd die negatiewe raak te sien en daarop te konsentreer. Sy het egter 'n wilsbesluit geneem, haar gesindheid verander en 'n positiewe ingesteldheid ontwikkel. Dit het tot gevolg gehad dat sy haarself na waarde skat, rustig, gelukkig en tevrede voel. Sy het tot die besef gekom dat elke individu persoonlik vir suksesvolle aanpassing en geluk verantwoordelikheid is. Sy voel tans positief oor haarself en sonder optimisme, determinasie en wilskrag as positiewe persoonlike kenmerke uit.

"It took me years to see myself as successful. Finally I am settled within myself. I am happy and I am absolutely optimistic about things for the first time in my life." [B] (22, 7-9)

"I never used to be like that. I always used to look at the negative. Don't just think of what is wrong and start thinking of what is ok. You know, it is not all bad. Nothing on earth is all bad. You got to look at the positive side. I know a guy who is always miserable. He looks on the

black side of things...I can't do this. I can't do that. And that is also another motivation for me. I have decided I am not going to be like that. I want to look at the bright side of things." [B] (23, 17-22)

"Definitely in the past I didn't have the same attitude that I do have now. In the past, if they said, Oh you won't be able to do this because of that...I would have said, You know, you are right. Because I had listened to what other people said. But I realised I am the one that lives this life." [B] (22, 12-15)

"I look at the bright side of things. I am determined and strong willed." [B] (23, 15)

Die feit dat sy akademies goed presteer, is 'n bevestiging van die identiteit van die "normale" psigiese self. Sy is gemotiveerd om goed te presteer.

"There are things so far I am good at like I do very well at school." [B] 22, 7)

"I do very well at school. I work really hard and always gives my best and I do very well at school." [B] (18, 8-9)

6.3.3.2.2 Persoonlike vrese, motivering, verwagting en betekenisgewing

Candice is bekommerd dat ander haar altyd as afhanklik sal beskou. Die identiteit van die gestremde fisiese self en normale psigiese self kom na vore in haar toekomsdroom van moederskap. Sy vrees dat sy moontlik nie aan die fisiese eise sal kan voldoen nie, maar glo dat sy emosioneel en psigies die eise van ouerskap sal kan hanteer.

"I do, I definitely do. I do worry that people will always think of me as that I am not capable of anything on my own. And I do worry that...I know it is still many, many years from now but I do worry that if one day I'll have children I won't be able to be a very good mother to them because of the disability...because there are certain things I won't be able to do. I say to myself what if...see it like this...when I were a child I wouldn't like it to have a mother who can't play with you in the garden and run around and do whatever. I do worry about that...truly...and the problem is there are certain things that I can't do physically. I think sometimes that I don't want to be one of those mothers who are only there in the background...but there are physical things that I can't do that I really, really worry about. I would really like to have children but I don't know if I will be the type of mother that children need. That's my biggest fear really. Emotionally...I

will be a good mother...never mind the big job. My biggest dream is that I can have children one day.” [B] (20, 22-32; 21, 1-2)

Na haar mening beperk ’n fisiese gestremdheid ’n persoon se beroepsgeleenthede en ’n persoon met ’n gestremdheid word op grond van die fisiese gestremdheid dikwels afgeraai om sekere beroepe te beoefen. Candice reken ook dat ’n persoon met ’n gestremdheid nie altyd in die beroepswêreld ernstig opgeneem word nie. Sy wil egter glo dat ’n mens tog die beroep kan beoefen en die ideale verwesenlik wat jy in die vooruitsig het. Sy beoog om ná voltooiing van haar skoolloopbaan ’n tersiêre kwalifikasie in die regte of sielkunde te verwerf.

“Uggh...what I would have liked to do...if I would be able to do it I would like it to actually become a singer but people say...this is what really irritates me...you can’t do this. Even people in my own family say, you know what, you will never be able to do that because of your disability. You’ll never be able to do this, that or the next thing because of your disability. In my head I can do whatever I set my heart on doing despite the disability but the people keep on saying you will never be able to do this.” [B] (19, 21-26)

“I know I would probably end up not doing one of those things and end up doing another job because of my disability...probably doing law or psychology or something. I thought ok seeing that I can’t be a singer...then I’ll have to do either law or psychology. Then the people say, my mother says, You can’t do law...you have to go up and down the stairs and you got to stand up in court and talk and that you can’t do.” [B] (19, 30-32; 20, 1-3)

“For me, I don’t think so because people will not take you seriously. Even if you know that you will be a damn good lawyer. You have your degree and whatever, people won’t take me seriously.” [B] (20, 6-8)

“Because of my disability. People think that a person with a disability can’t perform up to standard. They think you are not able to be the type of lawyer that people are looking for because they don’t think of the fact that you have this degree. They think you have a disability and that you are kind of stupid. Meanwhile you yourself know that you will be able to do this. No one takes you seriously.” [B] (20, 10-14)

Candice se uitgebreide familie is vir haar baie belangrik:

“The most important thing in my life is my family. I live and breathe for my family. My two cousins. The one is five the other one is four. The two little ones. I adore them to death. If I feel sad or down in the dumps I just see them looking so happy. I say to myself I am not going to sit and let things get me down. And you know what, whatever happens tomorrow doesn’t matter.” [B] (23, 6-10)

Sy wil as ’n unieke mens raakgesien word en nie net op grond van haar fisiese voorkoms beoordeel word nie.

“If people could just stop looking at the physical side of things.” [B] (18, 23-34)

Die wyse waarop Candice probleme oplos en stres hanteer, pas ook in by haar persoon as die normale psigiese self. Sy los probleme stapsgewys op deur daarvoor te dink, opsies te oorweeg en deeglik te beplan. Dit is ’n bron van frustrasie en irritasie as die planne nie uitwerk nie, maar sy sal dan herbeplan. Dit is vir haar belangrik om sake te deurdink en deeglik uit te voer.

“In my head I have this whole thing planned ok...I set out a whole nice plan (laugh) of what I’m gonna do...to find later oh ...sorry for you, you can’t do that. You have to rethink your life after you have your heart set om something for so many years. You have to rethink everything and realise that is where my heart lies.” [B] (19, 27-30)

“One step at a time.” [B] (20, 16)

“Yes and I get so cross when things fall of...the plan. Then you have to think about another way around it. You have to make another plan. Sometimes you rethink and redo it. I just think...a million plans. I have to do it. I have to get it done properly.” [B] (20, 18-20)

Candice is van mening dat ’n persoon met ’n fisiese gestremdheid meer uitdagings het as die fisies niegestremde. Sy dink egter dit is belangrik om vasberade te wees en om oor wilskrag te beskik. Daarbenewens moet jy ook duidelike doelwitte stel en strategieë uitwerk om die doelwitte te bereik. Toegewydheid en deursettingsvermoë word deur haar aangedui as eienskappe wat ’n voorvereiste vir sukses is.

“You need to have a very strong will as a disabled person because if you have to fall apart for every little problem that comes your way...It is exactly the same for every normal person but even more so for a disabled person...who has more challenges. For a disabled person...you

need to have clear goals in your life and figure out every way possible to get there. I think so...if people say to me...you know what, you will never be able to do this, that or the next thing. I look at them and say to myself...you know what, I will do whatever it takes. I will do what I want to do...regardless of what people think. It is my life and I live my life, my way...regardless of what people say. And I will get there whether you like it or not. I am determined.” [B] (21, 29-32;22, 1-5)

6.3.3.3 Die rol van interpersoonlike verhoudings

6.3.3.3.1 Familieverhoudings en verhoudings met betekenisvolle ander

Candice sonder betekenisvolle verhoudings met haar grootouers, moeder en persone by die skool uit as ’n ondersteunende faktor in haar lewe. Sy beklemtoon die feit dat dit belangrik is om mense in die lewe te hê na wie jy kan opsien. Die positiewe invloede van optimistiese persone se aanmoediging en geloof in jou as persoon, asook die emosionele ondersteuning, is uiters belangrik en waardevol.

“My grandparents, mother, people at school. Way back they say you can do and be whatever you want. I lost both my grandparents during 2007. My parents got divorced. But say at the end of 2008 a whole new chapter started with all new people. I don’t need your old negative vibes. New friends, new people in my life that are adults. I found people that I can look up to. This happened after the divorce, after I left to stay with my mom.” [B] (22, 28-31; 23, 1-2)

“I don’t need people in my life that are negative. I need people that are optimistic...who say to me that you can and you will.” [B] (22, 18-19)

6.3.3.3.2 Portuurgroep en sosialisering

Sosialisering met die portuurgroep vind hoofsaaklik binne skoolverband plaas. Volgens Candice het sy slegs enkele goeie vriende met wie sy meestal kontak hou deur middel van tegnologie, byvoorbeeld Facebook en MXit. Sy voel sosiaal geïsoleerd en uitgesluit, maar besef ook dat haar skaamheid en selfbewustheid ’n rol speel. Sy handel take vinnig af en keer dadelik terug huis toe. Candice het ’n behoefte aan ’n voller sosiale lewe en wil graag meer dikwels uitgaan. Dit is egter

'n probleem om selfstandig en op haar eie by geleentehede uit te kom vanweë praktiese probleme soos 'n ontoereikende openbare vervoerstelsel en die feit dat sy meestal fisies die hulp van 'n ander persoon benodig. Daar is ook onvoldoende geleentehede en aktiwiteite waaraan sy kan deelneem. Sosialisering vind hoofsaaklik binne gesinsverband plaas.

"I am very happy at school. I get on well with everyone and all my friends are here." [B] (18, 5)

"I only have a few close friends. We sometimes visit each other but we keep contact through MXit or Facebook." [B] (21, 17-18)

"I don't really like to go out in public because I am so self-conscious about the disability. The people look at you with a 'Ag shame, poor you'." [B] (18, 16-18)

"Well I just go. I don't think of anything else. I just go. This is where I need to be...I go there. I do that and I go home. I have to go and do what I got to do. If I had my way I'd be out every day but it is because there isn't any way that I can go out on my own and the people look at you. It really, really irritates me. If people could just stop looking at the physical side of things." [B] (18, 20-24)

"Well...I'd like to be out more often but I'm so shy and self-conscious in public about the disability and I can't get out on my own. We spent most of our time and the weekends with the family." [B] (21, 20-22)

"As I said it really irritates me that I can't go out on my own. There is no public transport and I need assistance when there are stairs. Physically there are things that I just can't do." [B] (19, 18-19)

6.3.3.4 Die rol van die skoolsisteem en openbare dienste

6.3.3.4.1 Skoolsisteem

Candice is reeds vanaf die voorskoolse fase 'n leerder van 'n LSOB-skool en is dus nie vertrouwd met 'n ander sisteem nie. Sy is positief teenoor die skool en voel veilig en aanvaar in die sisteem. Sy kom goed met almal oor die weg en beleef dus dat die skoolsisteem 'n ondersteunende faktor in haar lewe is.

"I am very happy at school. I get on well with everyone and all my friends are here. I have been in this school since I can remember (nursery school)." [B] (18, 5-6)

6.3.3.4.2 Openbare dienste

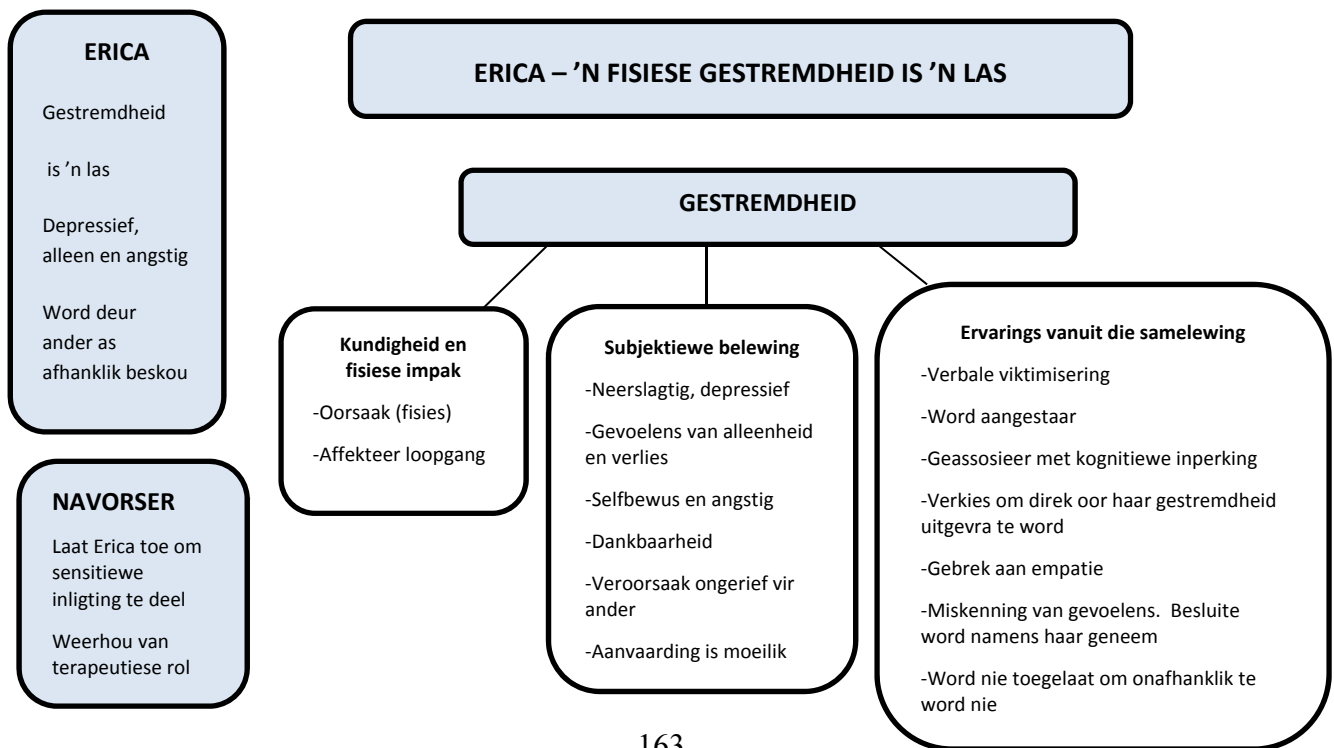
Na haar mening is die openbare vervoerstelsel ontoereikend en is dit baie moeilik om selfstandig uit te gaan, wat aktiwiteite en sosialisering beperk. Sy ervaar ook dat geboue nie altyd toeganklik is nie.

“As I said it really irritates me that I can’t go out on my own. There is no public transport and I need assistance when there are stairs. Physically there are things that I just can’t do.” [B] (19, 18-19)

6.4 GEVALLESTUDIE 4 –ERICA – ’N FISIESE GESTREMDHEID IS ’N LAS

Erica het sonder huiwering ingestem om oor haar gestremdheid te gesels. Sy was bereid om haar persoonlike gevoelens en emosies te deel en het sensitiewe inligting bespreek. Erica ervaar ’n fisiese gestremdheid as ’n las en sy voer ’n stryd om as unieke mens wat selfstandig en onafhanklik kan funksioneer, raakgesien te word.

Figuur 15. Visuele voorstelling van Erica se belewing as adolessent met ’n serebrale gestremdheid en psigososiale aspekte wat ’n rol in sielkundige weerbaarheid speel



PERSEPSIE VAN DIE SELF

Selfkonsep

- Soek aanvaarding
- Afhanklik van ander se goedkeuring
- Onvoldoende selfdoeltreffendheid en onafhanklikheid. Tree nie selfgeldend op nie
- Akademie (bevredigende prestasie in leervakke)
- Wiskunde is problematies
- Sangtalent. Beoefening van 'n stokperdjie

Persoonlike aspirasies, verwagtinge en betekenisgewing

- Voorsien tersiëre opleiding
- Gemotiveer deur volwasse rolmodel met 'n gestremdheid
- Behoeft dat daar werklik na haar geluister word
- Deursettingsvermoë

DIE ROL VAN INTERPERSOONLIKE VERHOUDINGS

Familieverhoudings

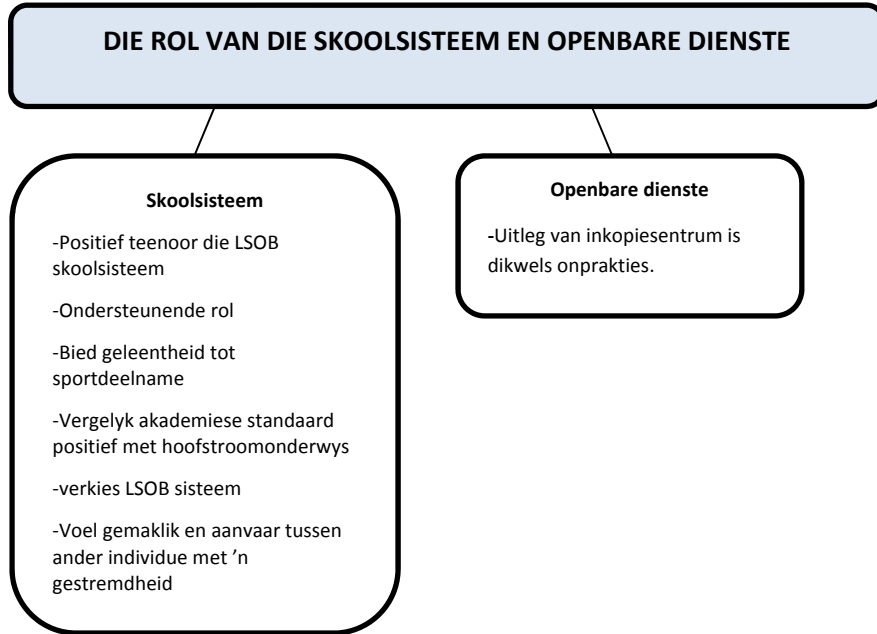
- Belangrik om te weet dat ander omgee en in jou glo
- Ambivalente gevoelens teenoor ouers (ondersteunend, oorbeskermend, oorreaksie)
- Sibbe-konflik (broer kry voorkeurbehandeling omdat hy nie fisies gestremd is nie)

Portuurgroep en sosialisering

- Ondersteunend (skoolverband)
- Vertrou portuurgroep
- Sosiale isolasie en verveeldheid
- Oorbeskerming dra by tot sosiale isolasie

Siening oor verhoudings

- 'n Fisiese gestremdheid stel spesifieke eise aan 'n verhouding
- Wil as unieke persoon raakgesien en aanvaar word
- Seksuele uitbuiting



6.4.1 Reflekerende notas van die navorser

Erica het spontaan en sonder huiwering gekommunikeer. Dit was duidelik dat sy 'n behoefte het om haar gevoelens te bespreek en haar mening te gee. Sy het gemeld dat sy dikwels depressief, angstig, alleen en moeg voel. Die navorser moes haarself telkens daarvan weerhou om nie die rol van 'n terapeut aan te neem nie. Dit was dus moeilik om nie Erica se gevoelens te reflekteer of te interpreteer nie, maar toe te laat dat sy sensitiewe inligting deel. Erica is vir psigoterapie verwys.

6.4.2 Agtergrond

Erica is 'n sestienjarige dogter met serebrale gestremdheid (diplegie, C5). Sy maak van 'n loper en 'n rolstoel vir mobiliteit gebruik. Erica is die oudste van twee kinders. Sy het 'n broer wat drie jaar jonger as sy is. Hy het geen fisiese gestremdheid nie en woon 'n hoofstroomskool by. Erica is 'n koshuisinwoner en gaan elke naweek en vakansie na haar ouerhuis toe. Erica is sedert die voorskoolse fase in 'n LSOB-skool. Haar ouers het 'n paar keer verhuis, maar sy het elke keer 'n LSOB-skool in die omgewing bygewoon. Voor toelating tot die huidige skool het die

gesin vir 'n tydperk in die buiteland gewoon. Erica het in dié tydperk 'n hoofstroomskool bygewoon. Die gesin se huistaal is Engels en Erica word ook in Engels onderrig.

6.4.3 Bespreking van die resultate

6.4.3.1 Gestremdheid

6.4.3.1.1 Kundigheid en fisiese impak

Erica is op die ouderdom van ses maande met serebrale gestremdheid gediagnoseer. Haar moeder het haar oor die aard en oorsaak van haar gestremdheid ingelig: Sy het tydens of ná geboorte 'n suurstoftekort ondervind en sy dra kennis van die feit dat dit die motoriese areas van haar brein aangetas het.

“My mom told me that it might have happened sometime during birth or after birth cause I have spastic diplegia...mmm...and it damaged my motor skills, somewhere in my brain. She said I had a lack of oxygen during birth or after birth, whenever and I was diagnosed when I was six months old.” [B] (28, 12-15)

Erica se loopgang en beweging is geaffekteer en sy maak van 'n loper of rolstoel gebruik afhangende van die omstandighede. Sy is onafhanklik wat betref aktiwiteite van die daaglikse lewe.

“I use a walker and sometimes a wheelchair. It depends on what the situation is. Like when I have to walk from my classroom to the field it's a bit far so I go on chair but if like moving around school to different classes I use the walker.” [B] (25, 23-25)

“...thanking my lucky stars that I am not worse than what I am that I can still walk, go to the bathroom by myself, feed myself, ja.” [B] (24, 29-30)

6.4.3.1.2 Subjektiewe beleving

Erica is met tye neerslagtig en depressief as gevolg van haar fisiese gestremdheid. Sy ervaar ook gevoelens van verlies en alleenheid.

*“...I had a really off day yesterday. I just crawled in the corner of my bed and I cried. So, I talked to ** and I told her I had an off day. I didn’t want to be here. I want to go somewhere but there’s nothing much you can do about your disability except suck it up and put a face on.”*

[B] (26, 1-4)

“I sometimes feel lonely as if there is something missing.” [B] (30, 5-6)

Erica is selfbewus oor haar gestremdheid en is ook dikwels angstig in openbare plekke. Haar balans is baie swak en sy vrees voortdurend dat sy voor ander gaan val. Sy beweeg dan liever nie rond nie en sal net op een plek stilsit.

“‘Cause I’ve got the type of disability you know that if you want to you can walk but you are scared that you are going to fall. So you kind of sit there. And you don’t walk or and sit and watch until you go home and think...I’m going to fall, I’m going to fall, and that’s what I do. I once fell over in the middle of Keywords by the Keg and everybody was like...she fell! And nobody came to help me up.” [B] (28, 17-21)

Sy is dankbaar dat sy fisies nie erger gestrem is nie en dat sy onafhanklik kan funksioneer. Na haar mening lei haar gestremdheid egter dikwels tot ongerief vir ander en ervaar sy dat sy ’n las is.

“...thanking my lucky stars that I am not worse than what I am that I can still walk, go to the bathroom by myself, feed myself, ja.” [B] (24, 29-30)

“See, my parents go and visit but I don’t. Mmmm...maybe it’s just...I think it is because of my disability I feel basically that I am a drag. So I just kind of sit at home and do nothing.” [B] (25, 14-15)

Erica besef dat haar gestremdheid permanent is, maar sy het dit nog nie ten volle aanvaar nie.

“...there’s nothing much you can do about your disability except suck it up and put a face on.”

[B] (26, 3-4)

“In some ways I still haven’t accepted.” [B] (28, 17)

6.4.3.1.3 Ervarings vanuit die samelewing

Erica meld dat sy al oor haar fisiese voorkoms geterg is. Dit het haar ontstel en sy kan die insident steeds baie duidelik herroep. Sy is sensitief oor die manier waarop sy loop en beleef selfs die goedge geterg van haar ouers negatief. Erica besef dat hulle vir haar omgee, maar dit ontstel haar as sy oor haar fisiese voorkoms geterg word.

“Yes...Yes. I once had one of the little kids walk up my home...I was in a mini skirt. I was in Grade 6 and she says to me...what are that bubbly things on the back of your legs and I said ok, those are my operation scars...why do you wanna know? She says no...they’re irritating me. I really...I felt bad because it’s noticeable especially when I walk and then my parents...I know they love me...but they tease me because when I walk I do this (demonstrates) and sometimes you get like really...you have enough and you just want to go, leave me alone, but then you can’t because they are your parents.” [B] (26, 6-12)

Sy ervaar dat daar steeds sekere vooroordele en stereotiperings oor gestremdheid in die samelewing bestaan. Sy word dikwels aangestaar en beleef dat ’n fisiese gestremdheid met kognitiewe inperking vereenselwig word. Sy verkies dat sy eerder direk oor haar gestremdheid gevra word.

“When you walk into a shopping centre, you’ve got all eyes on you because you got this thing, that goes click, click, click (the walker). And I would like to tell them to stop staring at me and just...if they want to know, come up to me and ask me. The little children will go...mommy what’s wrong with her? Bring them up to me and let them ask me what’s wrong with me. Don’t stare. Don’t tell them not to stare.” [B] (28, 1-5)

“Yes. Sometimes people think when you are disabled that you are also stupid. I’ve had that. I’ve had that because they ask me now why you’re not in a normal school. They think this is a school for children with mental problems. They don’t understand that I won’t handle it physically in mainstream.” [B] (28, 7-10)

Erica reken dat daar ’n gebrek aan empatie en begrip vir haar as persoon met ’n fisiese gestremdheid is en sy voel dat selfs haar ouers nie werklik besef waardeur sy gaan nie. Sy ervaar

ook dat die publiek soms onnadenkend en onbedagsaam is. Sy moet spesifiek die aandag daarop vestig dat sy hulp benodig.

“Sometimes we kind of don’t know what’s going on in each other’s lives...it’s like when parents say, I know what you are going through,...they lie, they don’t! ‘Cause they don’t know what it is like to feel so tired you can’t figure out if you are going to move today or not so...” [B] (30, 12-15)

“Ja. ‘Cause you actually have to go out to the person...excuse me! I need your help. In a sense I do really think they are ignorant.” [B] (25, 30-31)

Dit frustreer haar dat alles steeds vir haar gedoen word en dat sy soos ’n afhanklike jong kind behandel word. Haar persoonlike mening word ook nie in ag geneem nie en besluite word namens haar geneem. Dit is dus vir haar uiters frustrerend dat haar ouers nie toelaat dat sy onafhanklik en selfstandig word nie.

“I definitely think my parents don’t want to let go. I’m still that helpless baby to them. ‘Cause sometimes I’ll pick up something and I’ll show my dad. Hey dad, what are you thinking about this? You don’t want that, put it back.” [B] (26, 24-26)

“Maybe taking care of myself at some stage ‘cause my parents are still there kind of like always do everything for me sometimes. And see, I get used to it ‘cause like ok, ja...and if you want to do it, you do it, I’m not going to anything, I’m not going to stop you but I will actually like it...I wouldn’t mind if they just let go.” [B] (29, 11-14)

6.4.3.2 Persepsie van die self

6.4.3.2.1 Selfkonsep

Dit is vir Erica belangrik om deur die portuurgroep aanvaar te word. Sy veralgemeen deur persone met gestremdhede te beskryf as persone met klein hartjies wat enige iets sal doen om aanvaar te word. Daar is na haar mening ook by die persoon met ’n gestremdheid ’n gebrek aan selfvertroue. Die veralgemening is moontlik ’n projeksie van Erica se persoonlike belewenis.

“Yes it is, ‘cause generally...well this is what I think disabled people are little people with big hearts and they will do anything you asked them to...so it is easy for us to be taken advantage of. Ja, you will do just about anything to be in.” [B] (30, 1-3)

“I feel...that some lose their confidence and they are afraid of the world and how people look at them.” [B] (29, 21-22)

Sy besef dat haar selfdoeltreffendheid en onafhanklikheid nie na wense is nie omdat haar ouers steeds alles vir haar doen. Sy tree nie selfgeldend op nie en aanvaar die optrede.

“Maybe taking care of myself at some stage ‘cause my parents are still there kind of like always do everything for me sometimes. And see, I get used to it ‘cause like ok, ja...and if you want to do it, you do it, I’m not going to anything, I’m not going to stop you but I will actually like it...I wouldn’t mind if they just let go.” [B] (29, 11-14)

Dit is vir haar moeilik om uitdrukking aan haar gevoelens te gee en haar mening oor sake te lug.

“...but the real thing I wish I was good at is telling people how I feel. ‘Cause that’s my problem. I just sit there in my little corner and I keep quiet I don’t tell anybody anything.” [B] (28, 28-30)

Erica is tevrede met haar skolastiese prestasie. Sy presteer goed in leervakke, maar ondervind probleme met Wiskunde. Sy beskou haar prestasie en deelname aan sport (atletiek in skoolverband) as ’n area van bevoegdheid. Verder het sy ’n sangtalent en beoefen dans as stokperdjie.

“I actually do well at school. I just find out from my Home Economics teacher I got 81% for my year mark.” [B] (24, 13-14)

“Maybe my Maths, ja...it’s just my Maths.” [B] (24, 16)

“At school I’m good at the learning subjects. Give me something to learn like law or the theory of CAT or Technology but practical like Accounting and Maths...ha ha...different story.” [B] (28, 24-26)

“I enjoy my sports. I’m close to breaking the record and I sing. I do a bit of dancing as well.” [B] (28, 23)

6.4.3.2.2 Persoonlike motivering, verwagting en betekenisgewing

Erica beoog om in die toekoms 'n professionele beroep te beoefen en wil 'n sielkundige word. Sy sal daarvan hou om ondersteuning en hulp aan persone met gestremdhede te bied.

“Ok, I’d like to become a psychologist and I would like to help the disabled. I feel...that some lose their confidence and they are afraid of the world and how people look at them.” [B] (29, 21-22)

Sy het 'n groot bewondering vir die atleet Oscar Pistorius en beskou hom as haar rolmodel. Hy is vir haar 'n inspirasie en dien as motiverende faktor in haar lewe.

“My hero, Oscar Pistorius once said, When my brothers and sisters and I were growing up we were brought up with one iron rule that is to say we won’t allow it to say I can’t. So that’s what keeps me going. The word...I can’t, doesn’t exist in my vocabulary.” [B] (29, 17-19)

Erica het 'n behoefte dat daar werklik na haar geluister word. Sy hou van diere omdat hulle na haar mening nie praat nie en die indruk skep dat hulle werklik na jou luister.

“Ja. I used to do horse riding as a child as well and I would feel better after horse riding because you talk to your animal but the thing it’s clever but it doesn’t talk. No. Your animal won’t tell anybody. I’m actually glad animals don’t talk. They’ve got this droopy eyes and it actually looks like they are listening to you.” [B] (29, 1-4)

Volgens Erica speel spiritualiteit of godsdienstbeoefening nie werklik 'n rol in haar lewe nie. Sy is onseker oor wat werklik sin aan haar lewe gee, maar reken dat om net elke dag op te staan 'n rede tot dankbaarheid is en die feit dat sy nie erger fisies gestremd is nie.

“Mmm...ja, see...I’m not very big on that. I don’t know, it’s just...it has never been part of me. It was always part of my friends and stuff but, ja I’m not one that can enter in those shoes.” [B] (25, 1-3)

“Well, (sigh)...what gives meaning to my life? Just waking up everyday...I don’t know...thanking my lucky stars that I am not worse than what I am that I can still walk, go to the bathroom by myself, feed myself, ja.” [B] (24, 28-30)

Erica is van mening dat deursettingsvermoë nodig is om sukses te behaal.

“So that’s what keeps me going. The word...I can’t, doesn’t exist in my vocabulary.” [B] (29, 18-19)

6.4.3.3 Die rol van interpersoonlike verhoudings

6.4.3.3.1 Familieverhoudings

Erica benadruk dat dit belangrik is om te weet dat daar mense is wat jou ondersteun, vir jou omgee en in jou glo. Sy het waardering vir die rol wat haar oupa in haar lewe gespeel het en sy aanmoediging dat sy haar sangtalent moet ontwikkel. Sy het ook ’n besondere noue band met haar pa.

“...but you need to know from you parents...and your parents need to know from you, that you love them and support them.” [B] (30, 11-12)

“...you need love and you need to know that people care about you. Ja, it is important to know that people care about you. Ja, it is important to know that people care about you. It is also important that they believe in you.” [B] (30, 15-17)

“My grandfather got leukemia and I used to...as a little girl I used to sit and hum. He told me I don’t want you to hum, I want to hear you sing. So, he is the reason I sing and my dad...ja, I admire my dad. Look, he taught me to walk. I love my dad and I don’t know what to do without him.” [B] (25, 5-7)

Erica ervaar ambivalente gevoelens teenoor haar ouers. Hulle is ondersteunend, maar sy ervaar ook dat hulle oorbeskermend optree en soms oorreeger. Na haar mening laat haar ouers nie toe dat sy onafhanklik en selfstandig funksioneer nie. Sy vind dit moeilik om sekere sake met haar ouers te bespreek en verkies om liever met haar vriende daarvoor te praat.

“Not everything, ‘cause I know my mother will have a cow. She’ll go uphill and be frightened ...why didn’t you tell me sooner? What stuff is this? Like...something happens at the school a couple of months...maybe like a boyfriend dumps me or something or a friend accuses me, the silliest thing...and I tell my mom...she’s like down my throat, in my face...so I never...I don’t talk to my parents, ‘cause I know they’ll do that on me.” [B] (26, 18-22)

“I definitely think my parents don’t want to let go. I’m still that helpless baby to them.” [B] (26, 24)

“They are very over protective.” [B] (26, 29)

Erica ervaar dat haar broer voorkeurbehandeling kry en dat dieselfde reëls nie altyd vir hulle geld nie. Volgens haar trek haar ouers hom voor. Sy skryf dit toe aan die feit dat haar broer fisies “normaal” is en dat hy hulle manipuleer om sy sin te kry.

“My brother is also...he is kind of...like you know...if you don’t do it now I’m not going to talk to you type of person. Basically my brother gets what he wants and when he wants it. I have to go like...Ma, I’m going to trials the next couple of days please can I have thirty rand because I need to pay for my license. And I’ve got to do this...even if I wanna go visit my best friend. And I was in the hostel last year as well so she will always say, tell me two weeks in advance, I want to know if you bring a visitor, but my brother’s chaps go where and when they want to.” [B] (27, 9-15)

“Because he’s the normal child. He’s seen as the good two shoes but I’m telling you it’s not true.” [B] (27, 17-18)

6.4.3.3.2 Portuurgroep en sosialisering

Sy beskou haar vriende by die skool as familie omdat hulle omgee en haar ondersteun. Sosialisering vind hoofsaaklik in skoolverband plaas. Sy vertrou haar vriende en verkies om haar probleme net met hulle bespreek.

“So, but my friends here at school they do care really. They feel like my family...mmm... because they help me and they love me, they respect me and if I need their support or anything I can always go to them.” [B] (27, 19-21)

*“I talk to ***, I talk to ****.”* [B] (26, 14)

Haar sosiale lewe is beperk en sy ervaar gevoelens van isolasie en verveeldheid. Haar ouers se oorbeskerming speel volgens haar ’n rol omdat sy nie altyd toegelaat word om sosiale geleenthede by te woon nie.

“So I just kind of sit at home and do nothing.” [B] (25, 15)

“Not on your life...not even...maybe if I went out with my cousin...just maybe she’ll let me go.”
[B] (27, 6-7)

*“My first date was in the beginning of this year. It was a guy that my friend introduces me to. So we decided we going to the mall and watched Transporter 3, and now we meet at Musica and my mom says, Who’s the *** guy?I never met him...how do you know him? I said no...*** introduced us. So she always never let me go and she would follow me by 200 metres ‘cause we walked around the mall about six times and it really annoying because she doesn’t want to leave me alone.”* [B] (26, 31-32; 27, 1-4)

6.4.3.3.3 Siening oor verhoudings

Die feit dat sy ’n fisiese gestremdheid het, stel volgens haar spesifieke en besondere eise aan ’n verhouding. Sy loop en beweeg byvoorbeeld stadig en dit verg geduld van die ander persoon. Sy het ’n begeerte om as unieke persoon raakgesien te word en ten volle aanvaar te word.

“Somebody must have enough patience for me if that person exists. Ja. Patience.”
[B] (27, 23)

“Because I take my time, really I do. All my ex-boyfriends got cross with me because when I walk and I take my time.” [B] (27, 25-26)

“All I can say is that a disabled person mostly needs to know that...ok if you’re in a relationship, you need to know that your boyfriend or girlfriend will accept you for who you are and what you are...like telling me ‘I love you, I think you are pretty, you mustn’t change’.” [B] (30, 8-11)

Sy het die trauma van seksuele uitbuiting en verkragting deur persone wat aan haar bekend is, beleef. Erica is oortuig daarvan dat persone met gestremdhede makliker uitgebuit kan word.

“Yes...I got raped two times. By my best friend and his friend in my old school.” [B] 29, 26)

“Mmmm...for me the best way is to talk...right? So I told my friends, my friends told their friends and their friends told...so I wish I could do that over again. At first my parents didn’t believe me, until the second one and I went for a physical examination at my doctor.” [B] (29, 28-30)

“Yes it is, ‘cause generally...well this is what I think, disabled people are little people with big hearts and they will do anything you asked them to...so it easy for us to be taken advantage of. Ja, you will do just about anything to be in.” [B] (30, 1-3)

Na haar mening is die seksvoorligting wat sy ontvang voldoende. Sy het inligting van die skool sowel as haar ouers bekom.

“Some of it, ja, is from school and some of it...my parents. Ja, most of it comes from my parents. They tell us everything we need to know.” [B] (27, 29-30)

6.4.3.4 Die rol van die skoolsisteem en openbare dienste

6.4.3.4.1 Die skoolsisteem

Erica is positief teenoor die LSOB-skoolsisteem. Sy ervaar dat medeleerders mekaar ondersteun. Die onderwyspersoneel is ook ondersteunend. Die LSOB-skole se standaard vergelyk volgens haar goed met dié van hoofstroomskole. Sy was vir ’n tydperk in die buiteland in ’n hoofstroomskool en het die werk nie moeiliker gevind nie. Sy verkies egter die LSOB-skoolkonteks bo hoofstroomonderwys. Sy voel veilig en aanvaar in die hierdie konteks en reken dat sy beter inpas omdat sy nie die enigste persoon met ’n fisiese gestremdheid is nie. Die skool bied ook die geleentheid vir deelname aan buitemuurse bedrywighede.

*“I’m only been here...ok...it’s my fourth week this week but the school to me is very friendly and the teachers are nice, ok, except for Mrs**** but she’s a different story. I’ve heard about all the coaching and I enjoy playing sport and the teachers are very helpful and they don’t moan. I enjoy it here.” [B] (24, 5-8)*

“I enjoy my sports. I’m close to breaking the record and I sing. I do a bit of dancing as well.” [B] (28, 23)

“We [the learners] get along well because I can help them with what they need and they know I’m there if they want to talk.” [B] (24, 10-11)

“My friends that I was with last year and a couple of years before have all gone to mainstream schools. So I sit here and giggle ‘cause they say it’s harder and I tell them it’s not true. I don’t

think it's harder 'cause I went to a mainstream school in New Zealand and it wasn't and honestly it wasn't that bad." [B] 24, 20-23)

"I still think...ok, in this school I kind of walk how everybody walks and in mainstream I'm the only child... think I prefer to stay in a special school. I feel accepted in this school." [B] (24, 25-26)

6.4.3.4.2 Openbare dienste

Sy ervaar dat die uitleg van winkels en inkopiesentrums nie altyd prakties is nie. Dit is soms frustrerend om nie selfstandig by plekke uit te kom of artikels te kan bereik nie. Daar is dan ook nie ondersteuning of hulp beskikbaar nie.

"Sometimes it is difficult like in a shop if the shops floor plan isn't well worked out and you can't get like to certain places, it gets very annoying, and then usually people would just stand staring at you instead of asking, Do you need my help?" [B] (25, 26-28)

"Ja. 'Cause you actually have to go out to the person...excuse me! I need your help. In a sense I do really think they are ignorant." [B] (25, 30-31)

Figuur 16. Menstekening (Erica)

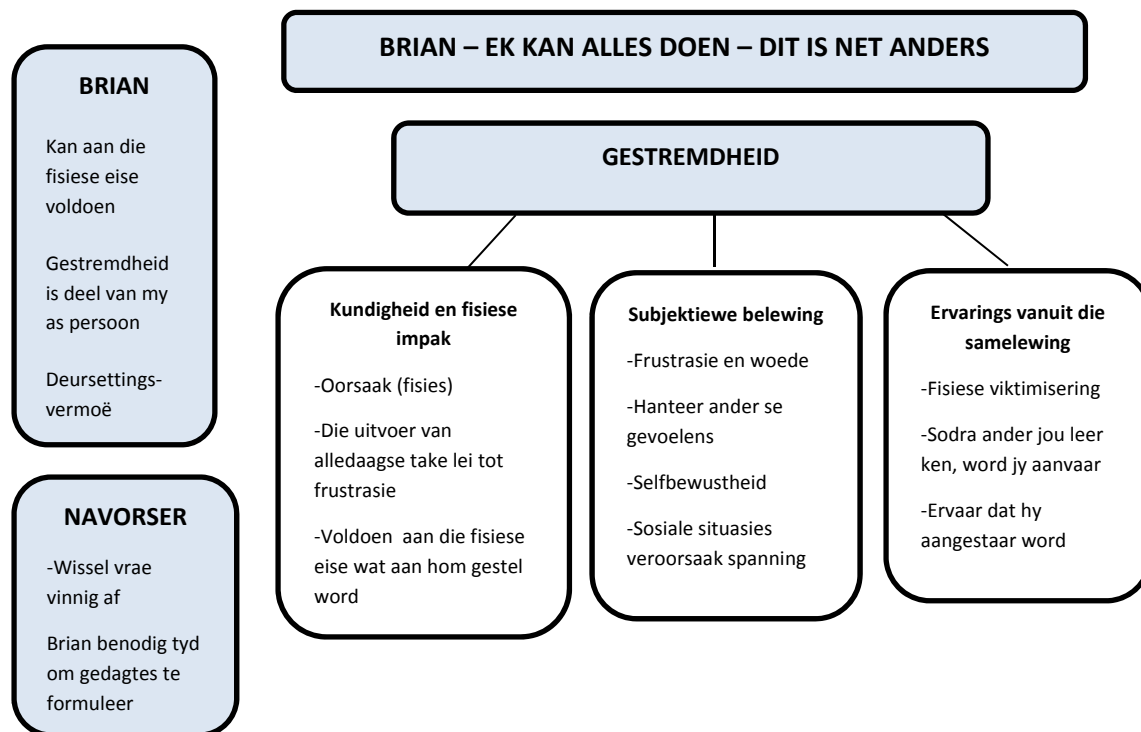


Die tekening deur Erica gee uitdrukking aan haar beleving dat 'n fisiese gestremdheid 'n las is. Dit weerspieël ook die gevoelens van neerslagtig en depressie wat sy tydens die onderhoud beskryf het.

6.5 GEVALLESTUDIE 5 – BRIAN – EK KAN ALLES DOEN – DIT IS NET ANDERS

Brian was bereidwillig om 'n onderhoud toe te staan. Hy het sonder huiwering op die vrae geantwoord, maar het nie baie uitgebrei nie. Brian ondervind ekspressiewe taalprobleme en vind dit dus moeilik om homself uit te druk.

Figuur 17. Visuele voorstelling van Brian se beleving as adolessent met 'n serebrale gestremdheid en aspekte wat 'n rol speel in sielkundige weerbaarheid



PERSEPSIE VAN DIE SELF

Selfkonsep

- Vergelyk homself positief met ander
- Geloof in homself
- Bekommerd oor die mening van ander en die indruk wat hy skep
- Akademies: Tevere met skoolastiese prestasie

Persoonlik aspirasie, motivering, verwagtinge en betekenisgewing

- Aspirasie vir tersiëre opleiding
- Voorsien huweliksverhouding in die toekoms
- Rolmodelle wat ten spyte van 'n fisiese gestremdheid voluit lewe, dien as motivering
- Deursettingsvermoë en waagmoed is 'n voorvereiste om sukses te behaal
- Behoeft om soos enige ander persoon behandel te word
- Raadpleeg volwassenes indien probleme ondervind word
- Godsdienste speel 'n rol in die suksesvolle hantering van die eise . van die lewe. Skep geleentheid vir sosialisering

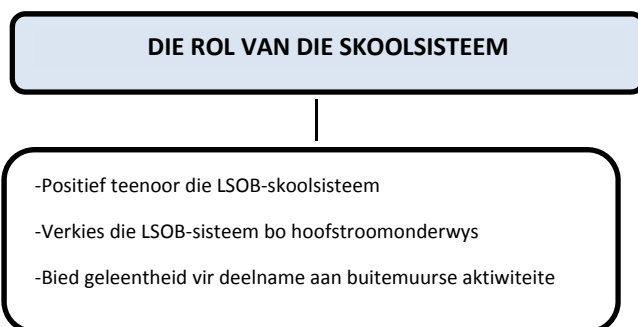
DIE ROL VAN INTERPERSOONLIKE VERHOUDINGS

Familieverhoudings

- Ouers se ondersteuning is belangrik
- Ouers is nie oorbeskermend nie
- Suster is ondersteunend

Portuurgroep en sosialisering

- Ondersteunend (binne en buite skoolverband)
- Voldoende geleentheid vir sosialisering
- Behoeft om meer met die niegestremde portuurgroep buite skoolverband te sosialiseer
- Beoefening van 'n stokperdjie en uitleef van belangstellings bied geleentheid vir sosialisering



6.5.1 Reflekerende notas van die navorser

Brian was op sy gemak tydens die onderhoud. Hy het egter nie baie breedvoerig geantwoord of op die vrae uitgebrei nie. Die korter antwoorde hou waarskynlik verband met die feit dat hy ekspressiewe taalprobleme ondervind. Die navorser het dit moeilik gevind om nie inligting te probeer bekom deur leidende vrae te vra nie. Verder het die navorser die vrae vinnig op mekaar laat volg omdat lang stiltes tussen die vrae ietwat ongemaklik gevoel het. Brian het waarskynlik meer tyd benodig om die vrae te proses en sy gedagtes te formuleer. Indien meer tyd toegelaat is, sou meer uitgebreide response dalk ontlok kon word.

6.5.2 Agtergrond

Brian is 'n sewentienjarige seun gediagnoseer met regter-hemiplegie (C7). Sy fisiese gestremdheid is nie baie opvallend nie en sy beweging is min ingeperk. Hy is die oudste van twee kinders in 'n hegte gesin. Hy het 'n suster wat drie jaar jonger as hy is. Sy het geen fisiese gestremdheid nie. Brian het aanvanklik sy skoolloopbaan in hoofstroomonderwys begin, maar het probleme ondervind om die pas in 'n groot klasgroep vol te hou en is tydens sy graad 5-jaar na 'n LSOB-skool oorgeplaas.

6.5.3 Bespreking van die resultate

6.5.3.1 Gestremdheid

6.5.3.1.1 Kundigheid en fisiese impak

Brian is nie bekend met sy diagnose van serebrale gestremdheid nie, maar beseft dat die oorsaak van sy fisiese gestremdheid met die brein verband hou. Sy fisiese gestremdheid is nie baie opvallend nie, maar die feit dat sy fyn motoriese funksies geaffekteer is, lei wel tot frustrasie. Hy ondervind probleme met fyn motoriese aktiwiteite, byvoorbeeld die hantering van eetgerei. Brian is nie deur sy ouers of enige professionele persone oor sy gestremdheid ingelig nie. Dit is volgens hom nie 'n probleem nie en hy aanvaar dat sy gestremdheid deel is van hom as persoon. Hy het nog nooit werklik sy gestremdheid bevraagteken of inligting daarvoor ingewin nie. Brian reken dat die fisiese impak van sy gestremdheid minimaal is en dat hy net so goed soos enige ander persoon aan die fisiese eise wat aan hom gestel word, kan voldoen. Hy kompenseer daarvoor deur die aktiwiteit op sy manier uit te voer.

“Ugh...my gestremdheid is nou nie so erg nie...daar is kinders in die skool wat erger is. Ja, wat minder goed kan doen. Ugh...die probleem was...dit het begin by my brein en nou is my voet en my hand eintlik gestrem. Hulle het my geopereer op my regtervoet eenkeer ...want hy was omtrent 5 cm of so korter as die ander een en toe't hulle hom langer gerek en...hulle het gesê hulle kon niks aan die hand doen nie maar dit is nie so swak nie.” [B] (32, 11-15)

“Ja, partykeer as ek iets wil doen dan...dit is asof hy [die hand] nie wil saamwerk nie...en dan word ek sommer kwaad vir myself.” [B] (32, 15-17)

“Ek sukkel met sekere goed soos om my vleis te sny.” [B] (35, 1-2)

“Dat ek alles kan doen wat 'n gewone 'laaitie' kan doen, want ek kan PlayStation speel, ek kan rekenaar speel...dit is net anderste.” [B] (34, 25-26)

6.5.3.1.2 Subjektiewe beleving

Ten spyte van die feit dat hy fisies lig gestrem is, ervaar Brian frustrasie en woede met die uitvoer van fyn motoriese aktiwiteite.

“Ja, partykeer as ek iets wil doen dan...dit is asof hy [die hand] nie wil saamwerk nie...en dan word ek sommer kwaad vir myself. So nou en dan...dan as ek met mense praat of iets dan sê my brein nie vir die regterhand wat om te doen nie...en dan gaan hy en dan doen hy sy eie goed en dan gaan hy hier aan en...my brein moet fisies vir hom sê, ok jy moet dit doen en dan gaan hy.” [B] (32, 15-19)

“Ek weet nie...dit...partykeer pla dit my want as ek iets wil doen of my pa vra my dit en hy het al vergeet dat ek hierdie gestremdheid het en dan sê ek, maar Pa ek kan dit nie doen nie...nie met my regterhand nie en dan sê hy, O ja, laat ek dit maar doen.” [B] (32, 27-29)

“Hmm...my frustrasie...ja, so dit sou lekker wees het om nie hierdie frustrasie te gehad het nie. My ‘anger management’ want ek word so kwaad.” [B] (34, 28-29)

“Dis net soos soms dan wil ek net als slaan wat voor my kom. Ek sukkel met sekere goed soos om my vleis te sny.” [B] (35, 1-2)

Brian neem waar dat dit sy ma ontstel wanneer hy gefrustreerd is. Hy probeer dan om nie sy frustrasie openlik te wys nie.

“Ek probeer om nie vir my ma te wys...my frustrasie te wys nie want ek kan sien dat sy dan ontsteld is.” [B] (35, 2-3)

Hy is selfbewus oor sy gestremdheid en dit veroorsaak dat hy in sosiale situasies gespanne en senuweeagtig is.

“Dit is nie lekker nie. Ek voel dan...ongemaklik en selfbewus.” [B] (33, 11)

“Ja, soos in die klas as ek voor die ander iets moet doen. Ja of enige plek soos nou soos Vrydagaand het my jeugleier gesê ek moet soos ‘n koortjie sing want ons gaan ‘n jeugdiens hou en nou is ek net bang om te sing want hierdie hand doen net wat hy wil.” [B] (34, 16-18)

“Ja, dit is al waarvoor ek bang is hierdie hand doen wat hy wil. Dan kyk die mense ‘n mens snaaks aan en dit is nie lekker nie.” [B] (34, 20-21)

6.5.3.1.3 Ervarings vanuit die samelewing

Brian is fisies afgeknou tydens die primêre skoolfase in hoofstroomonderwys en dit het gevoelens van hartseer en woede by hom ontlok. Hy het egter sedert sy plasing in die LSOB-

skool nooit enige soortgelyke ervarings gehad nie. Brian reken dat 'n persoon beter in staat is om boeliegedrag en afknouery te hanteer namate jy ouer word. Sodra die medeleerders jou leer ken, aanvaar hulle jou ook.

“Ja, in die laerskool toe was ek in 'n gewone skool...en hulle het my altyd so van die trappe afgestoot en...vir my gelag en so...maar as ek nou na 'n gewone skool moes gaan, sou hulle nie.”

[B] (31, 15-17)

“Hartseer en kwaad.” [B] (31, 25)

“Ek is nou ouer en ja die meeste van die kinders wat in my klas was ken my nou beter. So ek dink die meeste sal dit nou soos...aanvaar.” [B] (31, 19-20)

Hy ervaar ook dat hy dikwels deur ander aangestaar word. Dit laat hom ongemaklik en selfbewus voel.

“Dit is nie lekker nie. Ek voel dan...ongemaklik en selfbewus.” [B] (33, 11)

“Dan kyk die mense 'n mens snaaks aan en dit is nie lekker nie.” [B] (34, 20-21)

“Ja dit gebeur nogal baie.” [dat hy aangestaar word] [B] (33, 9)

6.5.3.2 Persepsie van die self

6.5.3.2.1 Selfkonsep

Brian vergelyk homself positief met ander persone en ook met persone wat fisies geen gestremdheid het nie. Hy reken dat hy op sy manier fisies tot alles in staat is wat 'n persoon sonder 'n gestremdheid kan doen. Hy het geloof in homself en kan waagmoed aan die dag lê.

“Dat ek alles kan doen wat 'n gewone ‘laaitie’ kan doen want ek kan PlayStation speel, ek kan rekenaar speel...dit is net anderste.” [B] (34, 25-26)

“Ek kan nogal vasbyt en aanhou totdat ek iets regkry. Ek het nogal baie ‘guts’ om goed te doen.” [B] (35, 5-6)

Hy is egter bekommerd oor die mening van ander en die indruk wat hy skep.

“Soms, ‘worry’ ek as ek iets gesê het en dan wonder ek of dit die regte ding was om te sê.” [B] (34, 13-14)

Brian is na sy mening 'n toegewyde leerder wat deurgaans sy beste lewer en hy is tevrede met sy skoolastiese prestasie.

“Skool...skool is lekker vir my want dit hou my besig en ek hou daarvan om iets nuuts te leer. Ek doen nie te sleg ek gee net die beste wat ek kan.” [B] (31, 5-6)

6.5.3.2.2 Persoonlike motivering, verwagting en betekenisgewing

Brian beplan om homself, ná die voltooiing van sy skoolloopbaan, as 'n rekenaarprogrammeerder te bekwaam.

“Ek wil 'n programmeerder word en programme skryf en miskien design doen. Ek weet nie.” [B] (34, 9-10)

Brian sal graag eendag in 'n verhouding met iemand van die teenoorgestelde geslag betrokke wil wees en in die huwelik tree.

“Ek het nie 'n meisie nie...maar sal eendag soos in 'n verhouding wil wees en trou.”
[B] (33, 29)

Hy word gemotiveer deur volwasse rolmodelle wat, ten spyte van 'n fisiese gestremdheid, voluit lewe.

“Nee net daar is 'n ander oom, hy het nou die dag met sy motorfiets geval...toe is hy verlam...in sy onderlyf en hy ry nog steeds motorfiets...hy het twee wieletjies soos as hy stop dan kom daar twee wieletjies uit wat die motorfiets regop hou en al sy goed is by sy 'hand controls' en als en sy vrou ry agter hom aan met die rolstoel en as hy klaar gery het dan klim hy in die rolstoel en dan gaan eet hy en dan klim hy terug en dan ry hy verder.” [B] (35, 8-12)

“Ja, daar is 'n ander ou ook met 'n motorfiets maar hy is blind ...al wat hy doen, hy sit 'n oorstuk aan...dan ry sy vrou voor hom en dan volg hy net sy vrou dan hoor hy wat sy vrou sê.” [B] (35, 14-15)

Brian sonder deursettingsvermoë en waagmoed uit as eienskappe wat 'n voorvereiste vir sukses is. Dit is ook nodig om jouself deur positiewe selfgesprek te motiveer.

“Ek kan nogal vasbyt en aanhou totdat ek iets regkry. Ek het nogal baie ‘guts’ om goed te doen.” [B] (35, 5-6)

“Ja, jy sê vir jousef jy kan dit doen en dan probeer jy maar net weer. En dan hou jy aan.” [B] (34, 23)

Brian het ’n behoefte om net soos enige ander persoon behandel en aanvaar te word.

“Hmm...sjoe...hulle moet maar net...hulle aanvaar soos hulle is. Jy kan niks verander nie. So hulle moet jou net soos ’n gewone mens behandel?” [B] (34, 6-7)

Hy sal minder ernstige, alledaagse probleme eers self probeer oplos, maar raadpleeg sy moeder vir raad en leiding indien ernstige probleme opduik.

“Dit hang af wat die probleem is...as dit ’n skoolprobleem is dan sal ek probeer om dit self uit te werk maar as dit iets erg is dan sal ek met my ma praat. Ja, ek sê vir haar as daar ’n probleem is.” [B] (33, 13-15)

Godsdiens en geloof speel na sy mening ’n rol in die suksesvolle hantering van lewenseise. Dit gee ook rigting en steun aan sy lewe. Brian se betrokkenheid by kerkaktiwiteite skep verder geleenthede vir sosialisering en laat hom deel van ’n groep voel.

“Godsdiens is baie belangrik en as dit nie vir dit was nie sou ek baie goed in die lewe nie kon gedoen het nie. Ek is deel van ’n jeugraad by ons kerk. Ek geniet dit om soontoe te gaan.” [B] (34, 1-3)

6.5.3.3 Die rol van interpersoonlike verhoudings

6.5.3.3.1 Familieverhoudings

Sy ouers se ondersteuning is vir hom belangrik. Volgens hom is sy ouers nie oorbeskermend nie en word hy toegelaat om binne perke uit te gaan.

“My ma en my pa is vir my baie belangrik en hulle ondersteun my met alles.” [B] (32, 31)

“Ek kan uitgaan en ek moet net sê waarnatoe en wanneer.” [B] (33, 17)

Brian het 'n goeie verhouding met sy jongste suster. Sy is baie ondersteunend en tree beskermend teenoor hom op. Sy ouers maak ook geen onderskeid in die wyse waarop hulle hanteer word nie.

“Ek het 'n jonger suster. Ek kom goed met haar oor die weg en ek...en as sy partykeer sien mense kyk my snaaks uit dan gaan vra sy hulle wat is julle probleem.” [B] (33, 2-3)

“Nee, vir my is dit maar 'n gelykenis.” [ouers se hantering van sibbe] [B] (33, 7)

6.5.3.3.2 Portuurgroep en sosialisering

Die ondersteuning van die portuurgroep vind hoofsaaklik in skoolverband plaas. Hy het na sy mening baie vriende, ook buite skoolverband. Brian het wel die geleentheid om met sy portuurgroep te sosialiseer, maar hy het 'n behoefte aan meer sosiale kontak met die niegestremde portuurgroep.

*“...en my beste vriend by die skool, *** hy sal my baie help met goed.”* [B] (32, 31-32)

“Ek kan uitgaan en ek moet net sê waarnatoe en wanneer.” [B] (33, 17)

“Ja, ek dink dit sou bietjie beter gewees het as ek net soos meer kinders in ander skole ook geken het...maar ek ken eintlik baie.” [B] (33, 23-24)

Hy beoefen motorfietsry as stokperdjie. Dit bied ook die geleentheid tot sosialisering.

“En dan ry ek motorfiets ook. Ja, maar dit is verbasend dat hierdie hand partykeer net uithaak...maar as ek naweek my motorfiets ry dan werk hy saam en dan hoef ek nie eintlik vir hom te sê wat om te doen nie.” [lag] [B] (32, 1-4)

“Ek en my pa ons was al by 'n klub...'n motorfietsklub maar ons ry op ons eie op die oomblik. Almal by die klub ken my nog.” [B] (32, 6-7)

6.5.3.4 Die rol van die skoolsisteem

Brian is positief teenoor die LSOB-skoolsisteem en verkies die tipe skool. Hy het nie 'n behoefte om weer 'n hoofstroomskool by te woon nie. Hy ervaar dat sy medeleerders en onderwysers baie ondersteunend is. Brian kry by die skool ook die geleentheid om aan sport deel te neem.

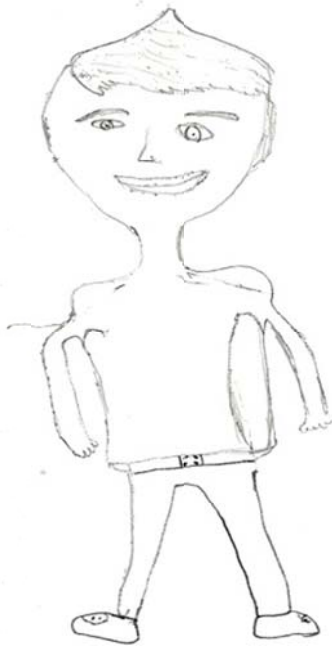
“Skool...skool is lekker vir my want dit hou my besig en ek hou daarvan om iets nuuts te leer. Ek doen nie te sleg ek gee net die beste wat ek kan. Die onderwysers help my as ek hulle vra om my te help.” [B] (31, 5-7)

*“...en my beste vriend by die skool, *** hy sal my baie help met goed.” [B] (32, 31-32)*

“Ek hou meer van die skool...ek sou nie in ’n ander skool wou gewees het nie.” [B] (31, 27)

“Ja, ek...ek speel rugby en ek doen atletiek vir die skool. Ek geniet dit baie. Ja, baie.” [B] (32, 1)

Figuur 18. Menstekening (Brian)

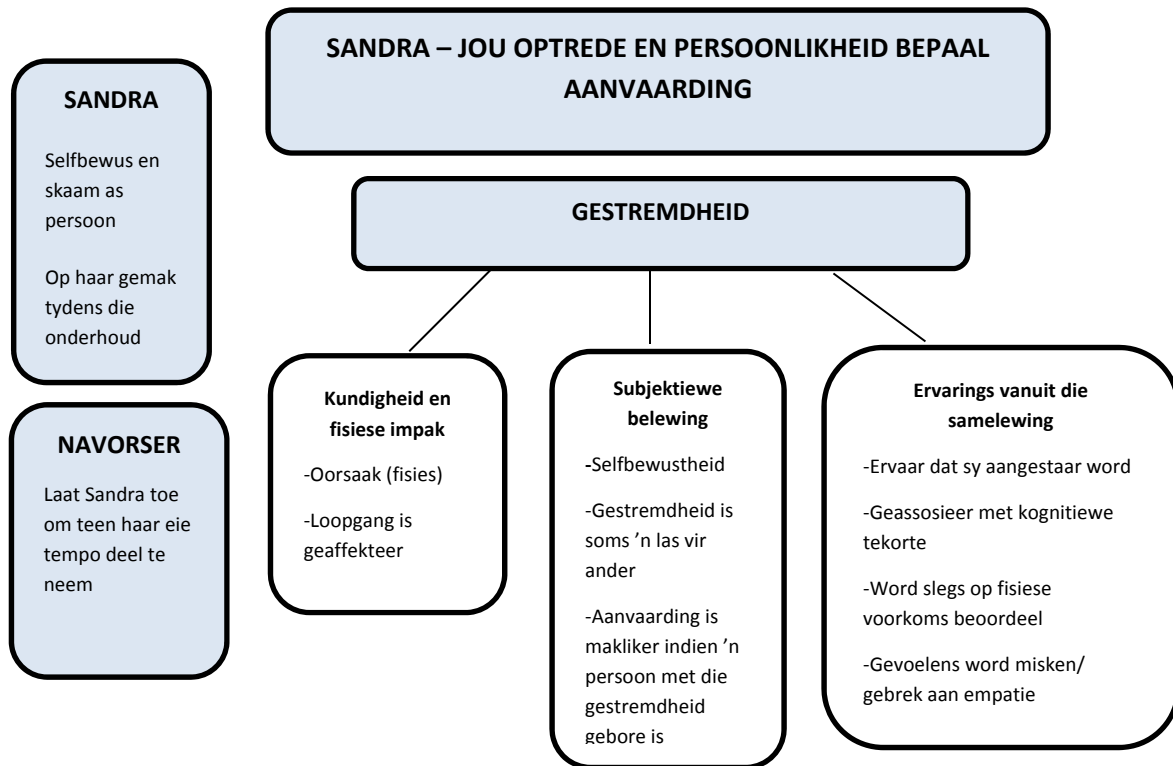


Brian se tekening gee uitdrukking aan sy mening dat hy op sy manier fisies tot alles in staat is wat ’n persoon sonder ’n gestremdheid kan doen.

6.6 GEVALLESTUDIE 6 – SANDRA – OPTREDE EN PERSOONLIKHEID BEPAAL AANVAARDING

Sandra beskryf haarself as 'n persoon wat selfbewus en skaam is. Sy besef egter dat 'n mens se persoonlikheid en optrede gaan bepaal of jy in die gemeenskap aanvaar word, al dan nie. 'n Persoon met 'n gestremdheid moet dus self verantwoordelikheid neem om sosiaal aanvaarbaar op te tree en sodoende te verseker dat jy as persoon nie uitgeskuif of geïsoleer word nie.

Figuur 19. Visuele voorstelling van Sandra se beleving as adolessent met 'n serebrale gestremdheid en aspekte wat 'n rol in sielkundige weerbaarheid speel



PERSEPSIE VAN DIE SELF

Selfkonsep

- Teruggetrokke en skaam
- Moet self verantwoordelikheid vir optrede neem
- Vergelyk haarself positief met ander
- Akademies: Vergelyk LSOB se skolasiese standaard positief met dié van hoofstroomonderwys
- Tevrede met akademiese prestasie
- Ondervind geheueprobleme

Persoonlike vrese, aspirasies, verwagtinge en betekenisgewing

- Voorsien tersiêre opleiding
- Vrese oor sosiale aanpassing in die toekoms ná voltooiing van skoolloopbaan
- Aspirasie vir huwelik en gesinslewe
- Ander se belangstelling en ondersteuning dien as motiverende faktor
- Deursettingsvermoë is belangrik
- Wil soos enige ander persoon behandel word
- Godsdiens gee betekenis aan die lewe

DIE ROL VAN INTERPERSOONLIKE VERHOUDINGS

Familieverhoudings

- Is verseker van ouers se ondersteuning
- Suster is ondersteunend

Portuurgroep en sosialisering

- Ondersteunend (skoolverband)
- Verkies om probleme met portuurgroep te bespreek
- Sosiale lewe is beperk
- Alleenheid en verveling
- Vind dit moeilik om met onbekende portuurgroep te sosialiseer

DIE ROL VAN DIE SKOOLSISTEEM EN OPENBARE DIENSTE

Skoolsisteem

- Positief teenoor die LSOB-skoolsisteem
- Vergelyk die LSOB-skool se standaard positief met hoofstroomonderwys
- Voel veilig en aanvaar tussen ander leerders met gestremdhede
- Bied geleentheid vir deelname aan buitemuurse bedrywighede

Openbare dienste

- Geboue meestal toeganklik
- Problematies indien daar nie 'n hysbak is nie

6.6.1 Reflekerende notas van die navorser

Sandra was bereid om met die navorser oor haar gestremdheid te gesels. Sy was tydens die onderhoud op haar gemak en het ten spyte van die feit dat sy haarself as skaam beskryf, haar gevoelens gedeel. Die feit dat die navorser aan haar bekend is, het waarskynlik 'n rol in hierdie verband gespeel.

6.6.2 Agtergrond

Sandra is 'n sewentienjarige dogter wat met serebrale gestremdheid (diplegie, C4) gediagnoseer is. Sy is mobiel en kan met inspanning vir kort afstande onafhanklik loop, maar maak meestal van 'n rolstoel gebruik. Sandra is sedert die voorskoolse fase in dieselfde LSOB-skool en het nog nooit van skole verwissel nie. Haar huistaal is Afrikaans en sy word ook in Afrikaans onderrig. Sandra is die oudste van twee kinders in 'n ondersteunende gesin. Sy het 'n suster wat twee jaar jonger as sy is. Haar suster is nie fisies gestrem nie en woon 'n hoofstroomskool by. Die moeder is 'n tuisteskepper en haar vader bedryf sy eie besigheid.

6.6.3 Bespreking van die resultate

6.6.3.1 Gestremdheid

6.6.3.1.1 Kundigheid en fisiese impak

Sandra is ingelig en dra kennis van haar diagnose as serebraal gestremde dipleeg. Sy besef dat die gestremdheid die gevolg van haar premature geboorte is.

“Ek is 'n dipleeg. Ek weet net dis omdat ek vroeg gebore is...ja...dis al wat ek weet.” [B] (39, 4)

Haar loopgang is geaffekteer, maar sy is onafhanklik wat daaglikse aktiwiteite betref.

“Ek is selfbewus oor die manier waarop ek loop. Ek dink... miskien kom hulle dit nie agter maar ek dink hulle kom dit agter. So...dan hou ek nie baie daarvan nie.” [B] (36, 22-23)

“Ek is nie meer so afhanklik nie...soos ek’s nog in die huis ja maar ek kan op my eie regkom. Ek kan my goeters vir myself doen.” [B] (38, 6-7)

6.6.3.1.2 Subjektiewe beleving

Sy is uiters selfbewus oor haar opvallende loopgang en fisiese voorkoms. Sy is onseker en selfbewus indien die portuurgroep nie aan haar bekend is nie.

“Ek is selfbewus oor die manier waarop ek loop. Ek dink...miskien kom hulle dit nie agter maar ek dink hulle kom dit agter. So...dan hou ek nie baie daarvan nie. Maar ja, tussen my vriende ‘worry’ ek nie. Dit is ook ok om byvoorbeeld na ‘n ‘mall’ te gaan...dis meer op plekke waar daar nou soos kinders van my ouderdom is wat ek nie ken nie...ek weet nie hoekom nie maar ek hou nie daarvan nie...ja.” [B] (36, 22-26)

Sandra het al met tye ervaar dat haar gestremdheid ’n las vir ander is, byvoorbeeld ná ’n operasie. Sy is dan vir ’n tydperk van ander afhanklik.

“Par...partykeer soos nou as ek operasies en goeters gekry het dan...ja...dan is ek soos die heelyd afhanklik van my ma-hulle en dan het dit nogal nogal gevoel asof...ja dan was ek afhanklik van hulle soos heeltemal...maar na die operasies en goeters het dit baie beter gegaan.” [B] (38, 3-6)

Die feit dat sy reeds van geboorte gestrem is, asook die wete dat haar gestremdheid permanent van aard is, dwing haar na haar mening in ’n mate tot aanvaarding. Daar is sekere dinge wat sy nooit kon doen nie en dus ervaar sy nie ’n verlies van ’n vaardigheid nie. Sy reken dat dit moeiliker moet wees om ’n gestremdheid te aanvaar wat eers later gekom het, byvoorbeeld ná ’n ongeluk.

“Ag ek dink...omdat ek daarmee gebore is het maar al dit begin aanvaar en geweet dit gaan nie verander nie. So dit help nie jy sit op een plekkie en ‘mope’ nie. Dit gaan nie verander nie, jy moet aangaan met jou lewe maar ek dink vir ‘n persoon wat nie fisies gestrem is en hulle kom in ‘n motorongeluk of in ‘n ongeluk en as hy dan gestrem is, dis vir hulle baie erger as wat dit vir ons is wat gestrem is van geboorte af. Want vandat jy kan onthou is jy so...so dit pla jou nie. Ek dink soos byvoorbeeld tweewiel fietsry...ek kon dit nooit doen nie, so dit het my nie gepla nie,

maar 'n persoon wat eers dit kon doen en dan ewe skielik nie kan nie...ek dink dis baie erger vir hulle as wat dit vir ons is.” [B] (39, 6-13)

6.6.3.1.3 Ervarings vanuit die samelewing

Sandra het nog nie enige ervarings van fisiese afknouery of verbale viktimisering beleef nie. Die feit dat sy sedert die voorskoolse fase in 'n beskermende skoolomgewing is, kan 'n rol in die verband speel. Sy ervaar egter dat daar steeds sekere vooroordele en stereotiperings teenoor gestremdheid in die samelewing bestaan. Sy vind dit moeilik om in die samelewing met ander jeugdige sosiaal te verkeer omdat sy aangestaar word. Na haar mening word 'n persoon hoofsaaklik op grond van fisiese voorkoms beoordeel en word 'n fisiese gestremdheid dikwels met kognitiewe inperking geassosieer.

“...ek hou nie daarvan om soos tussen soos ander jongmense te wees wat ek nie ken nie en hulle ken my nie want dan voel dit vir my asof hulle die heelryd vir my kyk en goeters maar om my vriende 'worry' ek nie want ek weet mos nou hulle...ek hou nie daarvan om tussen ander jongmense en goeters te wees nie.” [B] (36, 17-20)

“Want hulle dink omdat jy nou snaaks loop jy... hulle oordeel jou voordat hulle jou ken. Mense dink jou verstand makeer iets.” [B] (39, 1-2)

Sy beleef dat haar gevoelens dikwels nie in ag geneem word nie en reken dat daar selfs by haar ouers 'n gebrek aan empatie en begrip vir haar bestaan. Haar ontsteltenis word byvoorbeeld aan selfbejammering toegeskryf.

“Dan kan my ma-hulle sien ek is nou kwaad...dan sal hulle vir my sê, maar ja, jy is nou kwaad, dan sal ek sê, maar ek kan mos kwaad wees as ek wil kwaad wees. Dan sê sy...dit help nie om jouself te bejammer nie. Dan sê ek vir haar...ek bejammer nie myself nie. So ja ek...hulle kan nogal sien as ek kwaad is dan dink hulle altyd ek kry myself jammer.” [B] (37, 17-21)

6.6.3.2 Persepsie van die self

6.6.3.2.1 Selfkonsep

Sandra verbaliseer dat sy haarself aanvaar en die beste van haar situasie as 'n persoon met 'n gestremdheid maak.

“Ek is heel tevrede. Soos ek sê, ek kan nie verander soos ek is nie, so ek moet maar net aangaan en die beste daarvan maak. Ja...moet maar die beste van die situasie maak.” [B] (39, 27-28)

Sandra besef dat sy baie teruggetrokke en skaam van geaardheid is en gevolglik nie oor voldoende selfvertroue beskik nie. Sy is egter van voorneme om dit doelbewus te verbeter. Na haar mening moet elke persoon self verantwoordelikheid vir sy/haar optrede aanvaar. 'n Individue se optrede en persoonlikheid bepaal die aanvaarding deur die samelewing en gemeenskap. Sy vergelyk haarself positief met ander.

“Ek moet leer om nie so selfbewus te wees nie en ek moet leer...my persoonlikheid moet so wees dat die mense my nie sal, omdat ek gestrem is, sal wegstoot nie maar dat ek eintlik soos hulle sal motiveer en sal vir hulle bewys dat as jy gestrem is jy nie anders is as ander persone is nie.” [B] (40, 9-12)

Volgens haar voldoen sy suksesvol aan die eise wat betref selfdoeltreffendheid.

“Ek is nie meer so afhanklik nie...soos ek's nog in die huis ja, maar ek kan op my eie regkom. Ek kan my goeters vir myself doen.” [B] (38, 6-7)

Sandra is tevrede met haar akademiese prestasie en vergelyk haar akademiese standaard positief met dié van hoofstroomonderwys. Sy moet egter hard werk en ondervind geheueprobleme, wat sy hanteer deur harder te werk en deursettingsvermoë aan die dag te lê. Sy voel dat sy waarskynlik die akademiese werk in die hoofstroom sal bemeester, maar dat sy op 'n persoonlike en sosiale vlak nie sou aanpas nie.

“Ek dink dit gaan oor die algemeen goed maar, ja...partykeer sukkel mens net bietjie om werk in jou kop te kry maar ek dink dis nou maar so en dan moet 'n mens maar net harder leer...en vasbyt...ja.” [B] (37, 1-3)

“Ja, want my akademie sal dalk daar aard maar ek self sal nie daar aard nie want die kinders is daar heeltemal anders en soos, ja, ek dink nie ek sal daar aard nie. Ek sal nie daarvan hou nie.”
[B] (36, 12-14)

6.6.3.2.2 Persoonlike vrese, motivering, verwagting en betekenisgewing

Sandra voorsien dat sy ná skool sal gaan studeer. Sy antisipeer dat die aanpassing in die samelewing ná voltooiing van haar skoolloopbaan moeilik gaan wees. Haar vrese sentreer hoofsaaklik om sosiale aanpassing in die toekoms.

“Ek weet nie regtig wat ek eendag wil doen nie maar ek weet net ek moet gaan studeer. My pa sê net ek moet verder gaan leer. Weet nog nie vir wat nie maar ja...ek sal maar. My ma-hulle gaan my volgende jaar laat toets, so dan sal ek seker maar begin dink en ja, dan moet ek gaan leer en ja, dan sal ek seker maar begin werk. Ek dink dit gaan vir my moeilik wees want, of miskien teen daardie tyd gaan ek anders voel, maar dan gaan ek ook tussen vreemde mense wees wat seker niegestremd gaan wees nie. So dit gaan ook maar in die begin seker moeilik wees want ek is eintlik ’n baie skaam persoon.” [B] (39, 19-25)

Sandra voel positief oor ’n huweliksverhouding in die toekoms.

“Ja, ek dink ek sal eendag ’n verhouding wil hê en trou...maar ek sal wag vir die regte een...Ja ek wil tog nie eendag alleen oud word nie. Ek dink nie dit sal lekker wees nie.” [B] (38, 22-23)

Sy wil as unieke mens raakgesien word en het ’n behoefte om dieselfde as enige ander persoon behandel te word.

“Net soos enige ander persoon want ons is ook mense. Ons loop miskien net anders maar ons is presies dieselfde, soos ons is presies dieselfde as hulle...ons kan ook kwaad word en gelukkig wees en...hulle moet ons nie soos uitsluit nie want ons is ook gewone mense net soos hulle, ons loop miskien net anders.” [B] (38, 28-31)

Die feit dat daar mense is wat vir haar omgee en haar ondersteun, dien as motiverende faktor in haar lewe.

“Ag, ek het nog nie eintlik so daaraan gedink nie...maar dis seker vir die mense wat vir my lief is en my ondersteun en so aan.” [B] 39, 30-31)

Sandra sonder deursettingsvermoë uit as die voorvereiste om sukses te behaal.

“Ja, ek dink so...want soos mense wat nie deursettingsvermoë het nie, as hulle een keer sukkel dan gaan hulle sommer...ag nee man, ek gaan nou nie weer probeer nie, maar jy moet probeer totdat jy dit regkry anders gaan jy nooit vorder nie. As jy een keer met iets sukkel en jy gaan net ophou, dan gaan jy dit nooit kan doen nie, so dan gaan jy soos niks kan doen nie. So jy moet aanhou totdat jy dit kan doen of dit ten minste bietjie regkry.” [B] (40, 1-5)

Sandra wys maklik haar gevoelens, maar dit is vir haar moeilik om verbaal daaraan uitdrukking te gee en ’n probleem te bespreek.

“Ek wys nogal maklik my gevoelens...mmm...soos ja, as ek kwaad word of...soos rêrig baie kwaad is vir iemand dan sal ek nie met hom praat nie.” [B] (37, 16-17)

Volgens Sandra gee godsdiens, asook betekenisvolle ander persone, sin en betekenis aan haar lewe.

“My godsdiens en my vriende en my familie. Ek’s baie lief vir hulle.” [B] (40, 7)

6.6.3.3 Die rol van interpersoonlike verhoudings

6.6.3.3.1 Familieverhoudings

Sandra het groot waardering vir die feit dat sy altyd op haar ouers se ondersteuning kan reken. Haar ouers is in ’n mate oorbeskermend en verkies dat sy nie dikwels sosiale byeenkomste bywoon nie.

“My ouers is daar vir my.” [B] (37, 5)

“Ek dink ek het genoeg vryheid maar ek gebruik dit nie baie nie. My ma-hulle hou in elk geval nie daarvan as ons baie uitgaan nie...en ek ‘worry’ ook nie eintlik daaroor nie.” [B] (38, 13-14)

Sy het 'n positiewe verhouding met haar jongste suster ten spyte van die feit dat sy haar met tye kan irriteer. Sy ervaar dat haar ouers tog 'n onderskeid maak in die wyse waarop sy en haar suster hanteer word. Sandra is van mening dat hulle baie strenger is met haar suster, nie omdat sy 'n fisiese gestremdheid het nie, maar wel omdat haar suster jonger is en nie so verantwoordelik is nie.

“My ma-hulle is baie meer streng met my sussie as met my...want soos as sy iewers moet gaan, moet sy altyd my ma en my pa vra. As ek iewers wil gaan, vra ek altyd net my ma...so ja, ek weet nie.” [B] (37, 26-27)

“Ek weet nie, ek dink hulle dink miskien sy sal, ek sal nie sê iets onverantwoordeliks doen nie maar ek dink hulle is meer bekommerd, ek weet nie hoekom...maar ja. Ek weet nie regtig nie.” [B] (37, 30-32)

6.6.3.3.2 Portuurgroep en sosialisering

Sandra vind dit moeilik om met die portuurgroep te sosialiseer indien hulle nie aan haar bekend is nie. Sy voel dan skaam en selfbewus oor haar fisiese gestremdheid. Sosialisering vind dus hoofsaaklik in skoolverband plaas. Sy ervaar dat haar skoolvriende baie ondersteunend is en verder identifiseer sy met hulle omdat almal een of ander gestremdheid het. Sy het wel enkele vriende buite skoolverband wat haar verstaan en ondersteun. Sy vertrou haar vriende en verkies om probleme en sake met hulle, eerder as met haar ouers, te bespreek.

“Ja ek het, maar gelukkig is hulle ook baie behulpsaam, hulle weet hoekom is ek so...ja, ek gee nie om om by hulle te wees nie maar ek hou nie daarvan om soos tussen soos ander jongmense te wees wat ek nie ken nie en hulle ken my nie want dan voel dit vir my asof hulle die heelyd vir my kyk en goeters, maar om my vriende ‘worry’ ek nie want ek weet mos nou hulle...ek hou nie daarvan om tussen ander jongmense en goeters te wees nie.” [B] (36, 16-20)

“Ek is selfbewus oor die manier waarop ek loop. Ek dink...miskien kom hulle dit nie agter maar ek dink hulle kom dit agter. So...dan hou ek nie baie daarvan nie. Maar ja, tussen my vriende ‘worry’ ek nie. Dit is ook ok om byvoorbeeld na ‘n mall’ te gaan...dis meer op plekke waar daar nou soos kinders van my ouderdom is wat ek nie ken nie...ek weet nie hoekom nie maar ek hou nie daarvan nie...ja.” [B] (36, 22-26)

“Die skool is vir my baie lekker want ek is tussen...vriende wat, nie presies dieselfde gebrek as ek het nie, maar wat ook ’n gebrek het. Ek voel nie heeltemal uitgesluit of selfbewus of iets nie maar hulle het ook ’n probleem, dis nie net ek wat ’n probleem het nie...” [B] (36, 5-8)

“Ja, ek dink die vriende wat ek het, is goeie vriende en ek dink nie ek het meer as dit nodig nie.” [B] (38, 10-11)

“Die meeste van my vriende is altyd daar as ek hulp nodig het. Ons maak altyd grappies soos as hulle my moet ophelp dan sal hulle s, ja jy’s nou al weer lui...ja ek weet hulle maak grappies en ons lag daaroor, so dis vir my baie lekker as hulle nie soos ‘grumpy’ is en ons gaan maar net aan...ons maak grappies.” [B] (37, 5-8)

“Met my vriende, want dit is ‘bad’ om net met my ouers te praat want hulle is nie...soos my vriende is meer deur die dag by my en hulle’s my ouderdomsgroep, so ek dink hulle verstaan partykeer beter as wat my ouers dit sal verstaan.” [B] (37, 12-14)

Sandra het, in teenstelling met haar suster, ’n beperkte sosiale lewe en woon selde sosiale geleenthede by. Sy is van mening dat sy nie werklik ’n sosiale persoon is nie, maar erken dat sy soms alleen en eensaam voel en verveeld is. Sy ervaar dat sy wel soms op grond van haar fisiese gestremdheid deur die portuurgroep beoordeel en uitgesluit word. Sandra marginaliseer persone met gestremdhede deur deurgaans van “ons” (persone met gestremdhede) en “hulle” (persone sonder fisiese gestremdhede) te verwys. Sy het ’n behoefte om dieselfde as enige ander persoon behandel te word en wil nie op grond van haar gestremdheid of weens vooroordele uitgesluit word nie.

“Ek dink ek het genoeg vryheid maar ek gebruik dit nie baie nie. My ma-hulle hou in elk geval nie daarvan as ons baie uitgaan nie...en ek ‘worry’ ook nie eintlik daaroor nie. Ek sal soos een maal ’n maand by een van my vriendinne gaan kuier en dis maar al. Ek ‘worry’ nie regtig daaroor nie. Ek’s nog nie ’n persoon wat nou wil jol of goeters nie. Ek is maar by die huis en kuier maar soos...gaan maar soos eenmaal ’n maand na een van my vriende toe. My sussie gaan baie meer uit as ek en dan is ek bietjie verveeld.” [B] (38, 13-18)

“Want hulle dink omdat jy nou snaaks loop jy...hulle oordeel jou voordat hulle jou ken. Mense dink jou verstand makeer iets.” [B] (39, 1-2)

“Net soos enige ander persoon want ons is ook mense. Ons loop miskien net anders maar ons is presies dieselfde, soos ons is presies dieselfde as hulle ons...ons kan ook kwaad word en

gelukkig wees en...hulle moet ons nie soos uitsluit nie want ons is ook gewone mense net soos hulle, ons loop miskien net anders.” [B] (38, 28-31)

6.6.3.4 Die rol van die skoolsisteem en openbare dienste

6.6.3.4.1 Skoolsisteem

Die LSOB-skoolsisteem speel ’n ondersteunende rol in haar lewe en sy voel veilig en aanvaar in die sisteem. Die medeleerders en onderwysers toon begrip en is ondersteunend. Sandra voel op haar gemak en minder selfbewus tussen die portuurgroep wat fisiese gestremdheid of leerprobleme het. Sy vergelyk die akademiese standaard positief met dié van ’n hoofstroomskool, maar sou nie self ’n hoofstroomskool wou bywoon nie. Die skool bied ook aan haar die geleentheid om aan sport deel te neem.

“Mmm...soos hoe is die skool? Die skool is vir my baie lekker want ek is tussen...vriende wat, nie presies dieselfde gebrek as ek het nie, maar wat ook ’n gebrek het. Ek voel nie heeltemal uitgesluit of selfbewus of iets nie maar hulle het ook ’n probleem, dis nie net ek wat ’n probleem het nie en die onderwysers is ook baie behulpsaam. Ja...ek hou baie van die skool en sal nie na ’n ander skool wil gaan nie.” [B] (36, 5-9)

“Ja, want my akademie sal dalk daar aard maar ek self sal nie daar aard nie want die kinders is daar heeltemal anders en soos, ja, ek dink nie ek sal daar aard nie. Ek sal nie daarvan hou nie.” [B] (36, 12-14)

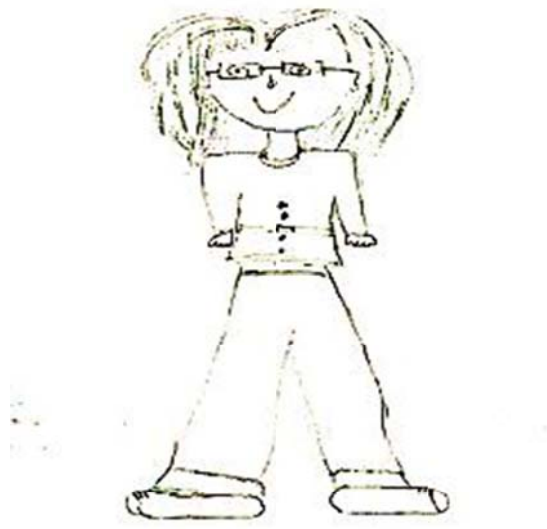
“Ek doen sport by die skool...dit is nogal vir my lekker.” [B] (39, 15)

6.6.3.4.2 Openbare dienste

Haar ervaring is dat die geboue oor die algemeen toeganklik is. Dit is wel ’n probleem indien daar net trappe en nie ’n hysbak is nie.

“Nee...nie regtig nie. Net partykeer soos as daar baie trappe is maar gelukkig by meeste van die plekke is daar hysbakke en so.” [B] (36, 28-29)

Figuur 20. Menstekening (Sandra)



Die tekening is aanduidend van die feit dat Sandra haar gestremdheid as deel van haar persoon sien. Sy beleef haarself as unieke, “normale” persoon en haar gestremdheid is nie ’n prominente faktor in haar siening van haarself nie.

6.7 SAMEVATTING

Die unieke en subjektiewe beleving van gestremdheid van elke deelnemer is in die hoofstuk weergegee en die psigososiale faktore wat ’n rol in sielkundige weerbaarheid speel, is ook beskryf. Die interpretasie en integrasie van die temas volg in hoofstuk sewe.

HOOFSTUK SEWE

BESPREKING VAN RESULTATE

INLEIDING

Die resultate wat in hoofstuk ses weergegee is, word in hierdie hoofstuk op verskillende vlakke geïnterpreteer. Die hoofstuk sit ook die fases van die IPA-metode en data-analise (soos beskryf in 5.6.4) uiteen en teoretiese konstrunkte word deurgaans gebruik om maksimaal psigologiese sin van die data te maak (Storey, 2007). Met behulp van saamgestelde kruisgeval-analise sal gemeenskaplike temas en individuele variasies geïdentifiseer word. Die geïdentifiseerde temas van die verskillende gevalle sal met die teorieë, raamwerke en modelle soos in die literatuuroorsig bespreek is, geïntegreer word ten einde relevansie en idiografie te verseker. Elke geval sal in 'n ekologiese sisteemraamwerk geplaas word volgens individuele faktore (intrapsigies), interpersoonlike faktore en wyer gemeenskapsfaktore. Aangesien die adolessent sentraal in verskeie onderling verwante vlakke van sosiale sisteme staan, word 'n talle teorieë en begrippe in die bespreking van die resultate benut.

7.1 TUMI (GESTREMDHEID HET 'N DOEL): INTERPRETASIE VAN GEVALLESTUDIE 1

Tabel 3.

Gevallestudie 1. Temas (ekologiese sisteemraamwerk)

EKOLOGIESE SISTEEM	RISIKOFAKTOR	BESKERMINGSFAKTOR
Individuele sisteem (Individuele faktore en belewing van gestremdheid)	Ervaring van andersheid Depressie, Eensaamheid Verveeldheid Internalisering van gevoelens	Selfaanvaarding Positiewe ingesteldheid Lewensdoel met gestremdheid Normaliseer gestremdheid Godsdien en geloof Positiewe selfkonsep, selfagting en selfdoeltreffendheid Positiewe akademiese selfkonsep Positiewe toekomsvisie Doeltreffende probleemoplossingsvaardighede
Interpersoonlike sisteem (Interpersoonlike faktore)	Ouerskapstyl (oorbeskermend) Verminderde sosialisering Sosiale isolasie	Ondersteunende verhoudings (ouers en betekenisvolle ander) Portuurgroep ondersteunend (skoolverband)
Wyer gemeenskapsisteem (Wyer gemeenskapsfaktore)	Verbale viktimisering, stereotipering en vooroordeel Sosiale uitsluiting (wyer portuurgroep) Onvoldoende sosialisering en ontspanningsgeleenthede in die samelewing Praktiese implikasie (onvoldoende vervoerstelsel)	LSOB-skoolsisteem (veilige basis, gemeenskaplikheid) Effektiewe onderrig Portuurgroep ondersteunend (skoolverband)

7.1.1 Individuele faktore

Tumi beskryf haar gestremdheid vanuit 'n mediese (fisiese oorsaak met betrekking tot die geboorte), eksistensiële (gestremdheid is die wil van God en het 'n doel) en kulturele (straf op oortreding) perspektief. Die fisiese opvallendheid van haar gestremdheid lei tot die ervaring van “andersheid”. Sy beklemtoon dat selfaanvaarding en die aanvaarding van die permanensie van gestremdheid belangrik is. Enige “andersheid” in fisiese voorkoms kan die adolessent se

persepsie van liggaamsbeeld en selfkonsep beïnvloed en is dus 'n risikofaktor in die ontwikkeling van 'n positiewe selfkonsep (Donna Falvo, 2005; Wiegerink et al., 2012). Verder het sy die behoefte om as unieke individu raakgesien te word, gemeld. Dit hou verband met die beginsel van menswaardigheid as hulpbron vir psigososiale welstand (Seita, 2000). Ten spyte van hierdie andersheid beskou sy gestremdheid tog as deel van haar identiteit. Die bestuur van die andersheid as deel van die self sluit aan by die uitdagingsmodel van sielkundige weerbaarheid (Zimmerman & Arunkumar, 1994). Volgens die model word positiewe vaardighede tydens blootstelling aan risiko's aangeleer, met die gevolg dat bevoegdheid versterk en insig en persoonlike groei bevorder word (Fergus & Zimmerman, 2005; Fleming & Ledogar, 2008). Die siening dat gestremdheid deel van die persoon is en dat dit nie altyd as 'n persoonlike tragedie ervaar word nie, word deur Beauchamp-Prior (2011) beklemtoon. Volgens Tumi is almal in wese dieselfde en is niemand perfek nie. Hierdie normalisering van gestremdheid is 'n tema wat veral in Connors en Stalker (2007) se navorsing geïdentifiseer is.

Godsdiens en geloof gee betekenis aan gestremdheid deur die aanvaarding dat dit die wil van God is en dat daar 'n lewensdoel met gestremdheid is. Geloof, hoop en spiritualiteit word in die literatuur beskou as positiewe waardes en beskermingsfaktore wat met sielkundige weerbaarheid verband hou (Daniel & Wassel, 2002; Masten, 2007; Sapienza & Masten, 2011; Smith et al., 2010). Gevoelens van teleurstelling en die verwagting van reaksies weens haar onvermoë om aan ouerlike verwagtinge te voldoen, is ook deur Tumi geïdentifiseer. Deur die proses van persoonlike groei en selfaanvaarding het sy egter tot die besef gekom dat sy oor potensiaal beskik en deur haar moeder aanvaar word. Die begrip van verbintenis en gehegtheid verskyn in die literatuur as beginsel van sielkundige weerbaarheid en psigososiale welstand (Le Blanc et al., 2005; Masten 2007; Sapienza & Masten, 2011; Seita, 2000).

Depressie, eensaamheid en verveeldheid soos Tumi dit beleef, word as 'n risikofaktor vir sielkundige weerbaarheid en welstand aangedui. Volgens die literatuur is dit moeilik om te onderskei of emosionele probleme die uitwerking van gestremdheid is en of dit die gevolg van 'n reaksie op die gestremdheid is. Depressie kan byvoorbeeld die gevolg van ander se reaksie op die gestremdheid, onderdrukking en sosiale uitsluiting wees (Connors & Stalker, 2007; Wiley &

Renk, 2007). Tumi het ook die internalisering van gevoelens, sosiale uitsluiting en isolasie gemeld. Die internalisering van gevoelens, volgens Wiley en Renk (2007), het 'n negatiewe invloed op die adolessent se lewenskwaliteit.

In Tumi se geval het 'n positiewe selfbeskouing met betrekking tot selfkonsep, selfagting en selfdoeltreffendheid ten opsigte van dít wat sy al bereik het en die ervaring van trots op haar herkoms en kultuur na vore gekom. 'n Positiewe selfbeeld word in die literatuur as 'n kragbron of beskermingsfaktor vir die bevordering van suksesvolle aanpassing tydens adolessensie beskryf (Garmezy, 1983; Gilligan, 1997; King et al., 2003; Rutter, 1985; Van der Luft et al., 2008).

Die positiewe vergelyking van skolastiese prestasie en kwaliteit van akademiese werk met medeleerders in hoofstroomskole is aanduidend van Tumi se positiewe akademiese selfkonsep. Die geleentheid om 'n opvoeding te kry, dien as motivering vir haar. Volgens Seita (2000) is geleentheid 'n psigososiale hulpbron vir psigososiale welstand. Tumi se positiewe toekomsvisie en oriëntasie, asook doelwitstelling, dien verder as beskermingsfaktor. Laasgenoemde word in die literatuur as beskermingsfaktor beskou (Smith et al., 2010).

7.1.2 Interpersoonlike faktore

Die ondersteuning van die onmiddellike gesin en betekenisvolle ander word as 'n beskermingsfaktor in Tumi se geval aangedui. Doeltreffende ouerlike opvoedingspraktyke, ondersteuning en 'n veilige basis word in die literatuur genoem as beskermingsfaktore wat met positiewe uitkomst vereenselwig word (Luthar & Zelazo, 2003; Masten, 2001). Tumi het verder angstigheid en oorbeskerming van die moederfiguur se kant en oorsimpatieke, beskermende reaksies en voorkeurbehandeling deur familieledede uitgelig. Ketelaar et al., (2008) het bevind dat ouers van kinders met serebrale gestremdheid hoë stresvlakke ervaar. Ijezie et al. (2009) beaam deur te beweer dat sielkundige probleme meer algemeen by ouers en familieledede voorkom waar kinders 'n chroniese siekte of gestremdheid het. Oorbeskerming is in Tumi se geval 'n risikofaktor wat die deelname aan sosiale aktiwiteite en die psigososiale ontwikkelingsproses negatief beïnvloed. In hierdie verband noem die literatuur dat adolessente met fisiese gestremdhede dikwels ervaar dat hulle oorbeskerm word (Antle et al., 2007).

7.1.3 Wyer gemeenskapsfaktore

Tumi het sosiale uitsluiting, isolasie, onvoldoende geleentheid vir sosialisering en verbale viktimisering uitgesonder. Haar sosialisering vind hoofsaaklik in skoolverband plaas en blootstelling aan buitemuurse aktiwiteite is ook tot skoolverband beperk. Sosiale uitsluiting en marginalisering word in die literatuur as risikofaktore beskryf en kinders met serebrale gestremdhede word dikwels as risikogroep vir verminderde sosiale deelname beskou (Murray, 2006). Die behoefte aan aanvaarding van en 'n gevoel van samehorigheid met die portuurgroep word in Tumi se geval as tema geïdentifiseer. Tumi het verder 'n behoefte aan kontak en verhoudings met die teenoorgestelde geslag uitgespreek. Soos reeds genoem, word die ontwikkeling van persoonlike seksualiteit en seksuele identiteit as 'n ontwikkelingstaak van adolessensie beskou (Donna Falvo, 2005; Newman & Newman, 2002; Rew, 2006; Wiegerink et al., 2010). Verminderde sosiale deelname en oorbeskerming kan 'n rol in die beperkte kontak met die teenoorgestelde geslag speel. Die literatuur meld dat adolessente met gestremdhede se sosiale verhoudings buite skoolverband beperk is en ongereelde kontak met die teenoorgestelde geslag en heteroseksuele verhoudings voorkom. Hulle het ook minder ervaring van romantiese verhoudings en seksuele aktiwiteite as die tipies ontwikkelende groep (Wiegerink et al., 2010). Die gevoelens van depressie, eensaamheid en verveeldheid wat Tumi genoem het, kan moontlik met die sosiale uitsluiting en sosiale isolasie in verband gebring word.

Boeliegedrag en portuurgroepviktimisasie word deur die literatuur as risikofaktor vir sielkundige weerbaarheid beskou (Saylor & Leach, 2009; YRU, 2012). Navorsing dui daarop dat leerders met spesiale onderwysbehoefte meer kwesbaar hiervoor is en 'n groter risiko as die tipiese portuurgroep loop om geteister te word (Bourke & Burgman, 2010; Connors & Stalker, 2007; Flynt & Morton, 2004; Pugh & Chitiyo, 2011). Tumi se selfgeldende optrede en rasionalisering oor die aangeleentheid dui op voldoende metakognitiewe prosesserings- en probleemoplossingsvaardighede om die teistering te hanteer. Verskeie bronne noem hierdie kognitiewe vaardighede as beskermingsfaktor wat tot sielkundige weerbaarheid en positiewe uitkomst bydra (Daniel & Wassel, 2002; Gutman et al., 2003; Le Blanc et al., 2005; Luthar, 2006; Masten, 2001; Salovey et al., 2002).

Die skoolsisteem staan sentraal in die lewe van die adolessent. In hierdie verband rapporteer Tumi positiewe ervarings van die sosiale klimaat, ondersteuning en aanvaarding. Die gevoel van gemeenskaplikheid van die LSOB-skoolsisteem word as psigososiale beskermingsfaktor en terrein van sielkundige weerbaarheid beskou (Masten, 2011). In Tumi se geval beleef sy die onderwysers as ondersteunend en die onderrig doeltreffend, wat ook 'n bydraende faktor tot sielkundige weerbaarheid is (Le Blanc et al., 2005; Seita, 2000; Sapienza & Masten, 2011). Volgens Diez (2010) ervaar leerders die spesiale onderwys as 'n omgewing waar die geleentheid gebied word vir heropbou en herstel van hulle selfbeeld na negatiewe ervarings in hoofstroomonderwys. Hierdie ervaring word egter as “valse integrasie” beskryf omdat daar steeds sosiale uitsluiting en segregasie van leerders met gestremdhede in die hoofstroomonderwys en samelewing is.

Tumi dui die praktiese implikasies van die ontoereikende vervoerstelsel as bron van frustrasie aan. Imrie (2000) bevestig dat diegene wat beperkinge met betrekking tot mobiliteit en beweging ervaar dikwels verder beperk word deur die groter sosiale sisteem, waaroor hulle weinig of geen beheer het nie, byvoorbeeld 'n gebrek aan toepaslike ondersteuningsdienste.

7.2 SIBUSISO (BEGEERTE OM SONDER ENIGE FISIESE GESTREMDHEID TE WEES): INTERPRETASIE VAN GEVALLESTUDIE 2

Tabel 4.

Gevallestudie 2. Temas (ekologiese sisteemraamwerk)

EKOLOGIESE SISTEEM	RISIKOFAKTOR	BESKERMINGSFAKTOR
Individuele sisteem (Individuele faktore en beleving van gestremdheid)	Begeerte om sonder 'n fisiese gestremdheid te wees Interne konflik Internalisering van gevoelens Idealiseer niegestremdes Onvoldoende kennis (onrealistiese verwagting van herstel) Godsdiens en geloof Selfblaam, teleurstelling Selfbewustheid, verminderde selfvertroue Negatiewe akademiese Emosionele onrypheid Toekomsaspirasie	Positiewe persoonlikheidseienskappe (eie persepsie) Selfdoeltreffendheid (trots op wat reeds bereik is) Godsdiens (gee sin en betekenis)
Interpersoonlike sisteem (Interpersoonlike faktore)	Blameer gestremdheid Onvoldoende sosialiseringvaardighede Verminderde sosialisering	Ondersteuning (ouers en betekenisvolle ander) Ouerskapstyl positief (nie-oorbeskermend, vasgestelde reëls) Portuurgroep ondersteunend (skoolverband)
Wyer gemeenskapsisteem (Wyer gemeenskapfaktore)	Verbale, fisiese viktimisering, stereotipering en vooroordeel Word aangestaar Sosiale uitsluiting (wyer portuurgroep)	LSOB-skoolsisteem ondersteunende faktor (veilige basis, gemeenskaplikheid) Skoolsisteem bied geleentheid vir sport en buitemuurse bedrywighede Godsdiens: Kerkaktiwiteite bied geleentheid vir sosialisering

7.2.1 Individuele faktore

Sibusiso beskryf gestremdheid vanuit 'n mediese oogpunt as 'n toestand wat reggestel en herstel moet word. Hy spreek die verwagting uit dat funksionele herstel deur middel van 'n operasie moontlik is, asook die vrees dat die gestremdheid weens 'n mediese ingreep kan vererger. Sy onrealistiese verwagting van herstel word deur onvoldoende en foutiewe inligting vanaf die moederfiguur versterk. Die navorser sien telkens jonger kinders se verwagting van herstel en dat die gestremdheid ontgroeï kan word, wat uiteindelik tot die insig van die permanente aard van die gestremdheid oorgaan wanneer hulle adolessensie bereik. In hierdie geval egter kan die onrealistiese siening aanduidend wees van weerstand, opstand en interne konflik, soos Sibusiso wel genoem het. Die weerstand om die gestremdheid te bespreek, kan lei tot die internalisering van gevoelens, wat 'n risikofaktor vir sielkundige weerbaarheid en lewenskwaliteit is (Wiley & Renk, 2007). Die godsdienst- en geloofsisteen is in hierdie geval 'n risiko- (hoop op herstel deur gebed) sowel as beskermingsfaktor (gee betekenis).

Sibusiso het die begeerte om fisies “normaal” te wees, uitgedruk en hy idealiseer persone sonder gestremdhede. Sy begeerte word bevestig deur die aanduiding dat hy graag wil deelneem aan spesifieke sport en fisiese aktiwiteite waarvan hy weens die gestremdheid uitgesluit is, asook sy begeerte om 'n hoofstroomskool by te woon. Die behoefte om 'n gestremdheid te verander en idealisering van niegestremde persone word as temas in Singh en Ghai (2009) en Connors en Stalker (2007) se navorsing gevind. 'n Emosionele toestand van selfblaaam, teleurstelling, selfbewustheid en oormatige skaamheid, soos deur Sibusiso gemeld, word as risiko vir sielkundige weerbaarheid en lewenskwaliteit beskou. In die literatuur is daar geen liniêre verwantskap tussen fisiese funksionering en sielkundige welstand gevind nie en dat 'n ligte tot matige gestremdheid 'n groter as verwagte effek op sielkundige welstand het (Shelly et al., 2008). Sibusiso se belewing van gestremdheid blyk die bevinding te bevestig. Die behoefte om deur ander net soos enige ander “normale” mens behandel te word, is ook deur hom uitgespreek.

Sibusiso het 'n negatiewe akademiese selfkonsep aangedui deurdat leerprobleme, skolastiese eise en druk spanning en depressie tot gevolg het. Positiewe persoonlikheidsienskappe

(bedagsaamheid en mededeelsaamheid) en die voldoening aan sekere eise met betrekking tot selfdoeltreffendheid en trots op dit wat reeds bereik is, is in sy geval 'n bevestiging dat hy ten opsigte van sekere aspekte van die self oor 'n positiewe siening beskik. Positiewe persoonlikheidseienskappe word as beskermingsfaktor vir sielkundige weerbaarheid beskou (Garmezy, 1983; Gilligan, 1997; King et al., 2003; Rutter, 1985; Von der Luft et al., 2008). Daarbenewens het Sibusiso 'n positiewe toekomsvisie genoem, maar die beplanning en doelwitstelling vir die bereiking van die visie ontbreek. In die literatuur word beplanningsprobleme en probleme om gevolge in die toekoms te antisipeer met serebrale gestremdheid in verband gebring (Suris et al., 2004).

7.2.2 Interpersoonlike faktore

Ondersteunende verhoudings in die gesin en die onmiddellike familie is as beskermingsfaktor aangedui. Die emosionele ondersteuning en aanvaarding deur betekenisvolle ander lei in Sibusiso se geval tot 'n meer positiewe ingesteldheid teenoor homself en sy gestremdheid. Ondersteunende verhoudings word in die literatuur beskryf as beskermingsfaktor wat met positiewe uitkomstevir selfkonsep, selfbegrip en 'n positiewe lewensbeskouing vereenselwig word (King et al., 2006). Volgens die kompenserende model van sielkundige weerbaarheid (Zimmerman & Arunkumar, 1994) werk 'n kompenserende faktor (in die geval die ondersteunende verhoudings) teen die risikofaktor (in die geval die negatiewe selfkonsep). Die risiko- en kompenserende faktor dra gesamentlik tot 'n positiewe uitkoms (in die geval die meer positiewe selfbeskouing) by. Volgens Sibusiso dra sy ouers se ouerskapstyl tot die belewing van aanvaarding en geborgenheid by en hy voel nie daardeur ingeperk of oorbeskerm nie. Navorsing bevestig dat die psigososiale ontwikkelingsproses gedy indien adolessente 'n band met hulle gesinne voel, maar nie deur die gesin ingeperk word nie (Eaker & Walters, 2002; Ross & Deverell, 2005). Sibusiso verwys na probleme om wederkerige vriendskappe te sluit en te onderhou. Hy blameer sy gestremdheid vir die sosialiseringprobleme wat hy ondervind. Die feit dat hy die gestremdheid blameer en nie persoonlike verantwoordelikheid vir die probleem neem nie, kan in sy geval as risikofaktor vir sielkundige weerbaarheid aangedui word. Verder kan die sosialiseringprobleme moontlik aan die gevolg van emosionele onrypheid en sosiale vaardigheidstekorte toegeskryf word. In hierdie verband is daar bevind dat kinders met serebrale

gestremdheid dikwels emosioneel onryp is en sosiale vaardigheidsprobleme ondervind. Hulle ondervind probleme om 'n ander se perspektief, opvattinge en intensies te verstaan en te interpreteer (Herbert, 2006; Nadeau & Tessier, 2009; Parkes et al., 2008; Yttehus, 2012). Die bywoning van sosiale byeenkomste, sosiale deelname en portuurgroepinteraksie word verhinder deur die oormatige selfbewustheid oor sy fisiese voorkoms.

7.2.3 Wyer gemeenskapsfaktore

Sibusiso het insidente van verbale viktimisering en fisiese afknouery, hoofsaaklik op grond van sy fisiese voorkoms, binne en buite skoolverband genoem. Navorsing toon dat leerders met spesiale onderwysbehoefte meer kwesbaar is en 'n groter risiko as die tipiese portuurgroep loop om geboelie, geviktimizeer en geteister te word (Bourke & Burgman, 2010; Connors & Stalker, 2007; Flynt & Morton, 2004; Pugh & Chitiyo, 2011). Daar is bevind dat leerders met gestremdhede diskriminerende opvattinge ten opsigte van wat “normaal” en “anders” is in spesiale en hoofstroomskole ervaar. Hierdie ervaring hou nie net met die skoolstruktuur verband nie, maar ook met die algemene en individuele praktyke van die individu en samelewing (Pivik et al., 2000). In aansluiting hierby noem Sibusiso ook vooroordeel en die ervaring dat hy deur ander aangestaar word en dat hy nie oor vaardighede beskik om afknouery en teistering te hanteer nie. Die sigbaarheid van sy gestremdheid, sy sosiale vaardigheidstekorte en sy kognitiewe onrypheid kan verder tot sy kwesbaarheid bydra. In dié verband is Sibusiso van mening dat dit vir die persoon met 'n gestremdheid belangrik is om as unieke individu raakgesien en dienooreenkomstig hanteer te word.

Sibusiso het 'n positiewe ingesteldheid teenoor die LSOB-skoolsisteem, ten spyte van die feit dat hy sou verkies om 'n hoofstroomskool by te woon. Die portuurgroep se ondersteuning en sy ervaring van gemeenskaplikheid word as beskermingsfaktor aangedui. Sy deelname aan sport en buitemuurse aktiwiteite bevorder sy selfbeeld, mededinging en portuurgroepverhoudings, en dien as teenvoeter vir risikogedrag (Asgharizadeh et al., 2011; Gaskin et al., 2010). Betrokkenheid by die kerk se jeuggroep kan ook in sy geval as beskermingsfaktor beskou word. Verbondenheid en deelname aan organisasies buite skoolverband word deur Le Blanc et al. (2005) as komponent van psigososiale welstand geïdentifiseer.

7.3 CANDICE (BELEEF HAARSELF AS TWEE IDENTITEITE): INTERPRETASIE VAN GEVALLESTUDIE 3

Tabel 5.

Gevallestudie 3. Temas (ekologiese sisteemraamwerk)

EKOLOGIESE SISTEEM	RISIKOFAKTOR	BESKERMINGSFAKTOR
Individuele sisteem (Individuele faktore en beleving van gestremdheid)	Beperking van onafhanklikheid Onvoldoende kennis (onrealistiese verwagting, negatiewe effek op aanvaarding) Begeerte om fisiese gestremdheid te verander Selfbewustheid Oormatige skaamheid Irritasie Angs Alleenheid Frustrasie	Positiewe selfkonsep, selfagting en selfdoeltreffendheid Persoonlike groei Aanvaarding van persoonlike verantwoordelikheid Beleving van identiteit Positiewe akademiese selfkonsep Positiewe toekomsvisie Deursettingsvermoë Wilskrag Doelgerigheid, doelwitstelling Optimisme Doeltreffende probleemoplossingsvaardighede
Interpersoonlike sisteem (Interpersoonlike faktore)	Verminderde sosialisering Sosiale isolasie	Ondersteunende verhoudings (ouers en betekenisvolle ander) Portuurgroep ondersteunend (skoolverband)
Wyer gemeenskapsisteem (Wyer gemeenskapfaktore)	Stereotipering en vooroordeel Word aangestaar Sosiale uitsluiting (wyer portuurgroep) en marginalisering Negatiewe verwagtinge Ontkenning van unieke menswees en gevoelens (nie-egte interaksie) Onvoldoende sosialisering en ontspanningsgeleenthede in die samelewing Praktiese implikasie (ontoereikende vervoerstelsel, ontoeganklike geboue) Beperking van beroepsgeleenthede	LSOB-skoolsisteem (veilige basis, gemeenskaplikheid)

7.3.1 Individuele faktore

Candice omskryf haar gestremdheid volgens die mediese diagnose en neurologiese oorsaak (mediese model). Die beperking van onafhanklikheid deur die fisiese gestremdheid en gepaardgaande spraak- en kommunikasieprobleme dra tot persoonlike frustrasie by. Soos genoem, is die vestiging van onafhanklikheid 'n prominente ontwikkelingstaak tydens adolessensie (Donna Falvo, 2005; Newman & Newman, 2003; Rew, 2006). Die verleentheid en selfbewustheid om afhanklik te wees en gevoelens van angs is universeel (Watermeyer & Swartz, 2008). Candice is in die posisie waar fisiese bystand met sekere aspekte benodig word, byvoorbeeld vervoer en besoeke aan plekke. Candice dui aan dat die beheer en kontrole 'n negatiewe effek op persoonlike keuses en selfstandige ontwikkeling het. Volgens Watermeyer en Swartz (2008) lei omgewingsfaktore, ontoeganklikheid en 'n gebrek aan toepaslike hulpbronne en dienste vir persone met gestremdhede tot die realiteit van beperkte keuses. Die mening dat persone met gestremdhede voor meer uitdagings en struikelblokke as die niegestremde groep te staan kom, is in hierdie geval geuiter, wat deur Stalker (2007) bevestig word.

Onvoldoende inligting oor die fisiese gestremdheid is in Candice se geval as risikofaktor met betrekking tot onrealistiese verwagtinge en aanvaarding van die gestremdheid gemeld. Sy het die kwessie van die aanvaarding van 'n gestremdheid as problematiese en komplekse kwessie aangedui. Sy toon egter 'n positiewe ingesteldheid met betrekking tot die permanente aard van die gestremdheid ten einde die gestremdheid te bestuur. Volgens Ayrault (2001) kan slegs enkele persone met gestremdhede hulle beperkinge en gestremdhede aanvaar, maar dat realistiese voorligting en berading dit vir persone met gestremdhede moontlik maak om by 'n gestremdheid aan te pas. Die feit dat Candice die fisiese gestremdheid wil verander, kan as risikofaktor aangedui word. Die emosionele toestand van selfbewustheid, oormatige skaamheid, irritasie en angstigtheid is in haar geval risikofaktore vir sielkundige weerbaarheid. 'n Angstige temperament is volgens die literatuur 'n risikofaktor vir sielkundige weerbaarheid (Coleman & Hagell, 2007; Luthar, 2006; McMurray et al., 2008).

Die wilsbesluit tot 'n positiewe ingesteldheid in die bestuur van die gestremdheid kan in Candice se geval as beskermingsfaktor dien. Die ingesteldheid en dinamiek met betrekking tot die bestuur

van die gestremdheid word in die literatuur as die kompenserende model van sielkundige weerbaarheid aangedui (Zimmerman & Arunkumar, 1994). Hiervolgens neutraliseer of werk 'n kompenserende faktor teen die risikofaktor. Die risiko- en kompenserende faktor dra gesamentlik by tot 'n positiewe uitkoms, soos in die geval van Sibusiso.

Deur die proses van selfrefleksie en persoonlike groei het Candice tot 'n positiewe selfbeskouing en optimistiese lewensuitkyk gekom, wat na sielkundige weerbaarheid en subjektiewe welstand verwys. Volgens die literatuur is sielkundige weerbaarheid 'n proses (McMurray et al., 2008) en vind die ontwikkeling van positiewe aanpassingsprosesse dwarsdeur 'n persoon se lewe plaas (Ungar & Lerner, 2008; Ungar & Liebenberg, 2009). Subjektiewe welstand word gedefinieer as individue se kognitiewe en affektiewe evaluering van hulle lewe. Hierdie evaluering sluit die emosionele reaksies sowel as die kognitiewe oordeel op gebeure, tevredenheid en vervulling in (Diener, 2000). Volgens Frederickson (2002) en Lyumbomirsky et al. (2005) verhoog subjektiewe welstand die individu se kapasiteit vir betekenisgewing en sielkundige weerbaarheid.

Die besef dat elke individu persoonlik verantwoordelikheid vir suksesvolle aanpassing is, is in Candice se geval as bydraend tot bogenoemde proses aangedui, soos beklemtoon deur Ayrault (2001). Candice sonder optimisme, determinasie en wilskrag as positiewe persoonlike kenmerke uit.

Die beleving van haarself as twee identiteite, naamlik die self met 'n fisiese gestremdheid en die psigiese "normale" self, kan as beskermingsfaktor dien. Die positiewe akademiese selfkonsep en akademies prestasie is 'n bevestiging van die identiteit van die "normale" psigiese self. Positiewe toekomsvisie en oriëntasie en lewensdoel, naamlik verdere opleiding is as beskermingsfaktor aangedui. Soos in die literatuur aangedui, speel bedrewenheid, bevoegdheid en akademiese prestasie 'n beduidende rol in die psigososiale welstand en sielkundige weerbaarheid van die individu (Daniel & Wassel, 2002; Le Blanc et al., 2005; Masten, 2001; Masten, 2007).

Sy sonder wilskrag, doelgerigheid, doelwitstelling, doeltreffende probleemoplossingsvermoë, toegewydheid, deursettingsvermoë en optimisme as persoonlike eienskappe uit wat bydraend tot sukses is. Die eienskappe word in die literatuur as beskermingsfaktore aangedui (Gutman et al., 2003; Luthar, 2006; Masten, 2001; Salovey et al., 2002; Smith et al., 2010). Die wyse waarop probleme opgelos word, soos in Candice se geval aangedui word, is aanduidend van metakognitiewe vaardighede en abstrakte denke. Die kognitiewe vaardighede word in die literatuur as beskermingsfaktor bydraend tot sielkundige weerbaarheid en positiewe uitkomstelig (Daniel & Wassel, 2002; Gutman et al., 2003; LeBlanc et al., 2005; Luthar, 2006; Masten, 2001; Salovey et al., 2002).

7.3.2 Interpersoonlike faktore

Betekenisvolle en ondersteunende gesins- en familieverhoudings word as 'n motiverende faktor in Candice se geval aangedui, en sy verwys ook na die positiewe bydra van optimistiese betekenisvolle ander. Ondersteunende verhoudings word in die literatuur as beskermingsfaktor beskryf wat met positiewe uitkomstelig vir selfkonsepe 'n positiewe lewensbeskouing vereenselwig word (King et al., 2006). Portuurgroepondersteuning (binne skoolverband) is in hierdie geval as beskermingsfaktor gemeld. Verminderde sosialisering en isolasie van die portuurgroep buite skoolverband is ook genoem. Die fisiese gestremdheid en afhanklikheid, asook selfbewustheid, word in Candice se geval met die verminderde sosialisering in verband gebring.

Sosialisering vind hoofsaaklik binne gesins- en familieverband plaas. Die literatuur dui aan dat kinders met serebrale gestremdhede dikwels as 'n risikogroep beskou word vir verminderde sosiale deelname en 'n geneigdheid toon om op hulle eie aan aktiwiteite deel te neem. Die aktiwiteite vind meestal tuis of in gesins- of familieverband plaas (Donkervoort et al., 2007; Imms et al., 2008).

7.3.3 Wyer gemeenskapsfaktore

Candice het van stereotipering, etikettering, vooroordeel, die ervaring dat 'n persoon met 'n gestremdheid aangestaar word en negatiewe verwagtinge (dat 'n persoon met 'n gestremdheid onbekwaam is) melding gemaak. Die vrees om in die toekoms altyd deur ander as afhanklik beskou te word, is ook geopper. Negatiewe verwagtinge teenoor die potensiaal van persone met gestremdhede word in die literatuur as een van die grootste struikelblokke in die samelewing beskryf (King et al., 2006). Die beoordeling van die persoon met 'n fisiese gestremdheid slegs op die fisiese voorkoms lei volgens Candice tot die ontkenning van unieke menswees en kan in haar geval as risikofaktor vir sielkundige weerbaarheid aangedui word. Verder het sy onvoldoende sosiale en ontspanningsgeleenthede genoem, wat in haar geval direk aan die praktiese implikasies van 'n onvoldoende vervoerstelsel en ontoeganklikheid van geboue en plekke gekoppel word.

Die beperking van beroepsgeleenthede deur 'n gestremdheid en vanweë negatiewe verwagtinge en vooroordeel van die gemeenskap is in Candice se geval 'n risikofaktor vir sielkundige weerbaarheid. Volgens die literatuur slaag 'n klein persentasie adolessente met 'n fisiese gestremdheid daarin om 'n permanente betrekking ná voltooiing van hulle skoolloopbaan te kry (King et al., 2000) en volwassenes met serebrale gestremdheid het 'n laer deelname en indiensnemingsyfer as persone sonder 'n gestremdheid (Liptak, 2008).

Candice verwys na die LSOB-skoolsisteem en ondersteuning van medeleerders as 'n ondersteuningstelsel. Diez (2010) noem die integrasie van leerders deur middel van die spesiale onderwysomgewing, maar volgens die navorser se mening is dit steeds 'n omgewing wat segregeer omdat die leerders steeds sosiaal en akademies uit die wyer gemeenskap en hoofstroomomgewing uitgesluit word.

7.4 ERICA (’N FISIESE GESTREMDHEID IS ’N LAS): INTERPRETASIE VAN GEVALLESTUDIE 4

Tabel 6.

Gevallestudie 4. Temas (ekologiese sisteemraamwerk)

EKOLOGIESE SISTEEM	RISIKOFAKTOR	BESKERMINGSFAKTOR
Individuele sisteem (Individuele faktore en beleving van gestremdheid)	Negatiewe selfkonsep, selfagting en onvoldoende selfdoeltreffendheid Gestremdheid is ’n las Internaliseer gevoelens Selfbewustheid, verminderde selfvertroue Depressie Angs Alleenheid	Positiewe akademiese selfkonsep Talente en belangstellings Dankbaarheid Deursettingsvermoë Positiewe toekomsaspirasie
Interpersoonlike sisteem (Interpersoonlike faktore)	Ambivalente gevoelens (ouers) Ouerskapstyl (oorbeskermend) Ouerskapstyl belemmer onafhanklikheid Gebrek aan empatie Gevoelens word misken Negatiewe verhouding met sibbe Verminderde sosialisering Sosiale situasies lei tot spanning Gestremdheid stel spesifieke eise aan verhoudings	Ambivalente gevoelens jeens ouers (ondersteuning) Ondersteuning (betekenisvolle ander) Portuurgroep ondersteunend (skoolverband)
Wyer gemeenskapsisteem (Wyer gemeenskapsfaktore)	Verbale viktimisering , fisiese viktimisering, stereotipering, vooroordeel Word aangestaar Seksuele uitbuiting Sosiale uitsluiting Onvoldoende sosialisering en ontspanningsgeleenthede in die samelewing Praktiese implikasies van onpraktiese uitleg en ontoeganklikheid van geboue	LSOB-skoolsisteem ondersteunende faktor(veilige basis, gemeenskaplikheid) Doeltreffende onderrig, ondersteunende onderwysers Skoolsisteem bied geleentheid vir sport en buitemuurse bedrywighede Volwassene met ’n gestremdheid dien as rolmodel

7.4.1 Individuele faktore

Gestremdheid word in Erica se geval vanuit 'n mediese perspektief met betrekking tot diagnose en oorsake gedefinieer. Voldoende inligting het bygedra tot die besef van die permanensie van die gestremdheid, maar aanvaarding daarvan is steeds vir haar problematies. Die belangrikheid dat die persoon met 'n gestremdheid deur ander as unieke individu aanvaar en behandel word, is ook deur Erica uitgespreek.

Die afhanklikheid van goedkeuring van ander, verminderde selfvertroue, nieselfgeldende optrede en verminderde selfbekwaamheid, soos deur Erica gemeld, is aanduidend van negatiewe selfkonsep en selfagting. 'n Emosionele toestand van depressie, alleenheid, die ervaring van verlies, selfbewustheid, angstigtheid en belewing van gestremdheid as 'n las vir die self en ander is in haar geval as risikofaktore vir sielkundige weerstand gerapporteer. Internalisering van probleme vanweë die feit dat daar moeilik uitdrukking aan persoonlike gevoelens gegee word, is ook genoem. Internalisering van gevoelens, volgens Wiley en Renk (2007), het 'n negatiewe invloed op die lewenskwaliteit van die adolessent. Deursettingsvermoë word egter as 'n positiewe persoonlikheidseienskap genoem. Deursettingsvermoë word in die literatuur as beskermingsfaktore aangedui (Gutman et al., 2003; Luthar, 2006; Masten, 2001; Salovey et al., 2002; Smith et al., 2010).

Erica se vergelyking van haarself met ander persone met gestremdhede lei tot die verbalisering van dankbaarheid dat haar fisiese aantasting nie ernstiger is nie en dat sy wel onafhanklik kan funksioneer. Volgens Erica gee hierdie waarneming 'n mate van betekenis aan die lewe en kan dit in haar geval as beskermingsfaktor vir sielkundige weerbaarheid beskou word. Adollessensie is 'n tydperk van selfbeoordeling en vergelyking met ander en die adolessent met 'n fisiese gestremdheid reflekteer op fisiese verskille en areas van bevoegdheid (King et al., 2000).

Die positiewe vergelyking van skolastiese prestasie en akademiese standaard met dié van medeleerders en leerders in die hoofstroomomgewing is aanduidend van 'n positiewe akademiese selfkonsep. Bedrewenheid, bevoegdheid en akademiese prestasie speel 'n rol in psigososiale welstand en sielkundige weerbaarheid (Daniel & Wassel, 2002; LeBlanc et al.,

2005; Masten, 2001; Masten, 2007). In dié verband het Erica sportprestasies, sangtalent en belangstelling in dans aangedui. Die literatuur dui talente en belangstellings as 'n terrein van sielkundige weerbaarheid aan (Daniel & Wassel, 2002). Positiewe toekomsaspirasies van tersiêre opleiding en 'n professionele beroep in die toekoms verwys na doelwitstelling en dien as beskermingsfaktor (Smith et al., 2010).

7.4.2 Interpersoonlike faktore

Ambivalente gevoelens blyk uit Erica se rapportering dat gestremdheid vir haar ouers 'n las en ontwrigtend is, maar dat hulle wel aanmoedigend en ondersteunend optree. Haar ervaring kan as risiko- sowel as beskermingsfaktore vir sielkundige weerbaarheid aangedui word. In hierdie verband het Singh en Ghai (2009) bevind dat adolessente met fisiese gestremdhede ambivalente sienings oor hulle familie en ouers het. In Erica se geval word die ouerskapstyl as oorbeskermend beleef en die optrede van die moeder as oorangstig. Die uitspraak dat Erica soos 'n klein kindjie behandel word, nie toegelaat word om take self uit te voer of keuse uit te oefen nie, is 'n bevestiging van die oorbeskerming. Die oorbeskerming het 'n negatiewe uitwerking op die ontwikkeling van onafhanklikheid, selfstandige funksionering, besluitneming, sosialisering met die portuurgroep en verhoudings met die teenoorgestelde geslag. Die ouerskapstyl in haar geval het ook 'n negatiewe invloed op psigososiale ontwikkeling. Die vestiging van onafhanklikheid en emansipasie van die adolessent is 'n belangrike psigososiale ontwikkelingstaak tydens adolessensie, soos vroeër genoem (Donna Falvo, 2005; Newman & Newman, 2003; Rew, 2006). Die literatuur dui 'n oorbeskermende ouerskapstyl as struikelblok in die bereiking van onafhanklikheid, individualiteit en die ontwikkeling van 'n eie identiteit aan. Eiewaarde en selfvertroue word ook hierdeur negatief geaffekteer (Aran et al., 2007; Ross & Deverell, 2005). Volgens Erica is gebrekkige empatie en die miskenning van gevoelens deur haar ouers problematies. Die onderskeid in optrede deur die ouers en voorkeurbehandeling van die sibbe, soos Erica genoem het, word subjektief as die ouers se nie-aanvaarding van die gestremdheid geïnterpreteer. Die ervaring van nie-aanvaarding deur die ouers kan in haar geval as risikofaktor vir sielkundige weerbaarheid aangedui word. Navorsing bevestig dat die ervaring van aanvaarding deur die ouers by kinders met serebrale gestremdhede lei tot bevordering van die ontwikkeling van faktore wat met sielkundige weerbaarheid verband hou (Aran et al., 2007).

Die belangrikheid van ondersteunende verhoudings van ouers en betekenisvolle ander, asook die belangrikheid dat daar in die persoon met 'n gestremdheid geglo word, is in Erica se geval beklemtoon. Haber et al. (2007) dui aan dat die persepsie van ondersteuning, emosionele ondersteuning en ondersteunende optrede tot sielkundige weerbaarheid bydra.

Erica het na verminderde sosialisering en beperkte kontak met die teenoorgestelde geslag verwys. Selfbewustheid oor haar fisiese voorkoms, balansprobleme en die gebruik van hulpmiddels (loper) lei tot angs en spanning in sosiale situasies. Portuurgroepondersteuning en positiewe verhoudings (in skoolverband) is as beskermingsfaktor aangedui. Navorsing bevestig dat persone met 'n gestremdheid se sosiale verhoudings buite skoolverband beperk is en dat ongereelde kontak met die teenoorgestelde geslag en heteroseksuele verhoudings voorkom. In hierdie verband huldig Erica die mening dat 'n fisiese gestremdheid besondere emosionele en fisiese eise aan 'n verhouding met 'n persoon van die teenoorgestelde geslag stel en spreek sy ook die behoefte uit om as unieke mens aanvaar te word.

7.4.3 Wier gemeenskapsfaktore

Adolessente met gestremdhede ontwikkel dikwels in 'n wêreld wat hulle verskille bevestig en in stand hou (Wadsworth & Harper, 1993; Watermeyer & Swartz, 2008). Erica se ervaring van gestremdheid binne die wier sosiale gemeenskap sluit die volgende in: stereotipering, vooroordeel, verbale viktimisering op grond van fisiese voorkoms, gebrekkige empatie, onnadenkendheid en onbedagsaamheid van ander, miskenning van unieke menswees en gevoelens, en die ervaring dat 'n persoon met 'n gestremdheid aangestaar word.

Die verminderde sosialisering, isolasie en nie-aanvaarding deur die portuurgroep, soos Erica genoem het, kan as risikofaktor aangedui word en het 'n negatiewe effek op die persoon met 'n gestremdheid se selfvertroue en selfbeeld (King et al., 2006). In hierdie verband het Erica voorvalle van seksuele uitbuiting en misbruik gemeld. Marginalisering en seksuele uitbuiting van die persoon met 'n gestremdheid word in die literatuur as 'n risikofaktor in die samelewing beskryf (Wazakali, 2011). 'n Groter risiko vir adollessente dogters met fisiese gestremdhede om gedwonge seksuele omgang en seksuele uitbuiting te ervaar, is gevind (Cheng & Udry, 2002).

Volgens Erica kan die behoefte aan aanvaarding daartoe lei dat persone met gestremdhede uitgebuit en misbruik word.

Die sosiale klimaat, gemeenskaplikheid, ondersteuning en aanvaarding deur die portuurgroep en volwassenes in die LSOB-skoolsisteem het in Erica se geval as ondersteuningsfaktor na vore gekom. Volgens Diez (2010) ervaar leerders die spesiale onderwysomgewing positief, maar dit voorkom steeds nie die uitsluiting en segregasie in die wyer gemeenskap nie. Erica het ook na die geleentheid vir deelname aan sport en buitemuurse bedrywighede in skoolverband verwys wat, volgens die literatuur, selfbeeld, mededinging, portuurgroepaanvaarding, psigososiale welstand en sosiale verbondenheid bevorder en as teenvoeter vir risikogedrag dien (Asgharizadeh et al., 2011; Gaskin et al., 2010).

Oscar Pistorius is deur Erica as inspirasie en motiverende faktor uitgelig. Positiewe volwasse rolmodelle word in die literatuur as beskermingsfaktor gemeld (Daniel & Wassel, 2002).

Erica verwys na die praktiese implikasies van die uitleg van inkopiesentrums en ontoeganklikheid van geboue as bron van frustrasie en die beperking van onafhanklikheid. Die literatuur bevestig dat diegene wat beperkinge met betrekking tot mobiliteit en beweging ervaar dikwels verder beperk word deur die groter sosiale sisteem, waaroor hulle weinig of geen beheer het nie, byvoorbeeld 'n gebrek aan toepaslike ondersteuningsdienste (Imrie, 2000).

7.5 BRIAN (EK KAN ALLES DOEN – DIT IS NET ANDERS): INTERPRETASIE VAN GEVALLESTUDIE 5

Tabel 7.

Gevallestudie 5. Temas (ekologiese sisteemraamwerk)

EKOLOGIESE SISTEEM	RISIKOFAKTOR	BESKERMINGSFAKTOR
Individuele sisteem (Individuele faktore en die beleving van gestremdheid)	Frustrasie Woede Irritasie Selfbewustheid Voel verantwoordelik om ander van sy ervaring te beskerm	Positiewe selfkonsep, selfagting, selfdoeltreffendheid Selfaanvaarding Positiewe ingesteldheid Normaliseer gestremdheid Positiewe akademiese selfkonsep Godsdien en geloof Positiewe toekomsvisie Deursettingsvermoë Waagmoed Talente en belangstellings
Interpersoonlike sisteem (Interpersoonlike faktore)	Sosiale situasies lei tot spanning Behoeft aan sosialisering met tipiese niegestremde portuurgroep (buite skoolverband)	Ondersteunende verhoudings (ouers en betekenisvolle ander) Opvoedingstyl (positief) Voldoende sosialiseringseleenthede Portuurgroep ondersteunend (binne en buite skoolverband)
Wyer gemeenskapsisteem (Wyer gemeenskapsfaktore)	Fisiese viktimisering Word aangestaar	LSOB-skoolsisteem (veilige basis, gemeenskaplikheid) Portuurgroep ondersteunend Skoolsisteem bied geleentheid vir sport en buitemuurse bedrywighede

7.5.1 Individuele faktore

Inligting rakende die gestremdheid is nie deur Brian se ouers of professionele persone aan hom verskaf nie, maar die oorsaak word wel vanuit 'n fisiese oogpunt beskryf. In sy geval word onvoldoende inligting nie as problematies beskou nie, die gestremdheid is nie bevraagteken nie en word as deel van die persoon bestuur. Die invloed van die gestremdheid op die uitvoer van fyn motoriese vaardigheid lei tot erge frustrasie, irritasie en woede, soos gemeld. Volgens die

literatuur word hemiplegie dikwels deur die medici as 'n ligte fisiese aantasting beskou, maar die kind is selfbewus en gefrustreerd weens die inspanning om eenvoudige handvaardigheid te toon en take met albei hande gelyktydig uit te voer (Goodman, 2001; Herbert, 2006; Nadeau & Tessier, 2006). Lae frustrasietoleransie word in die literatuur as 'n risikofaktor vir sielkundige weerbaarheid aangedui (Coleman & Hagel, 2007; Luthar, 2006; McMurray et al., 2008).

Die ervaring dat persone met 'n gestremdheid dikwels verantwoordelik voel om ander van hulle ervaringe te beskerm, word as deel van die dinamiek en sosiale implikasies van gestremdheid beskryf (nie-egte interaksie) (Watermeyer & Swartz, 2008). Brian dui aan dat hy die uiting van frustrasie in die teenwoordigheid van sy moeder onderdruk omdat hy haar ontsteltenis hieroor al waargeneem het. Die belangrikheid van aanvaarding as individu en om soos 'n "gewone" mens behandel te word, is in sy geval uitgespreek.

Adolesensie is 'n tyd van selfbeoordeling en vergelyking met ander. Die adolessent met 'n fisiese gestremdheid kan in hierdie tyd onvermydelik op fisiese verskille en areas van bevoegdheid reflekteer (King et al., 2000). Brian se positiewe vergelyking van die self met die fisies niegestremde portuurgroep wat betref selfdoeltreffendheid en fisiese vermoë is in sy geval aanduidend van 'n positiewe selfkonsep en selfagting. Die uitspraak dat sy fisiese aantasting in vergelyking met ander kinders met gestremdhede baie lig is, is aanduidend van positiewe vergelyking met ander. Hierdie positiewe siening van die self is 'n bevestiging van die bevinding dat 'n fisiese gestremdheid nie noodwendig 'n risikofaktor vir 'n swak selfbeeld is nie (Schuengel et al., 2006).

'n Positiewe akademiese selfkonsep is in Brian se geval gegrond op bevoegdheid en akademiese prestasie wat hy al behaal het. Soos vroeër genoem, speel bedrewenheid, bevoegdheid en akademiese prestasie 'n rol in die psigososiale welstand en sielkundige weerbaarheid van die individu (Daniel & Wassel; 2000; LeBlanc et al, 2005; Masten, 2001).

Geloof en godsdienstbeoefening is deur Brian aangedui as faktore wat sin en betekenis aan die lewe gee. Geloof, hoop en spiritualiteit en die siening dat die lewe betekenisvol is, word deur Sapienza en Masten (2011) uitgesonder as faktore wat met sielkundige weerbaarheid verband

hou. Sy doelwit om tersiêre opleiding te ondergaan, is verder aanduidend van 'n positiewe toekomsvisie en oriëntasie. Die navolging van persoonlike doelwitte en die daarstelling van positiewe en realistiese doelwitte hou verband met sielkundige weerbaarheid (Gutman et al., 2003; Luthar, 2006; Masten, 2001; Salovey et al., 2002; Smith et al., 2010). Deursettingsvermoë, waagmoed en positiewe selfmotivering het in Brian se geval as persoonlike eienskappe vir die bevordering van positiewe uitkomst en sukses in die lewe na vore gekom. Hierdie positiewe karaktereenskappe word in die literatuur as beskermingsfaktore geïdentifiseer (Coleman & Hagell, 2007; Garmezy & Rutter, 1983; Luther, 2006; McMurray et al., 2008). Die belangstelling en beoefening van motorfietsport buite skoolverband kan ook as beskermingsfaktor beskou word. Volgens Daniel en Wassel (2002) dra talente en belangstelling tot die individu se sielkundige weerbaarheid by.

7.5.2 Interpersoonlike faktore

Die ondersteuning van sy ouers en onmiddellike gesin, asook die demokratiese en regverdige ouerskapstyl in Brian se geval, dra by tot die bevordering van geborgenheid en positiewe uitkomst (Daniel & Wassel, 2002; Gilligan, 1997; LeBlanc et al, 2005; Ross & Deverell, 2005; Sapienza & Masten 2011; Seita, 2000). Verder het Brian portuurgroepondersteuning (binne en buite skoolverband) positiewe vriendskappe en voldoende sosialiseringseleenthede as beskermingsfaktor gemeld. Portuurgroepverhoudings verskaf 'n konteks vir sosiale en emosionele groei (Nadeau & Tessier, 2009). Daarbenewens word wederkerige en ondersteunende vriendskapsverhoudings en verhoudings met die portuurgroep in die literatuur met 'n verhoogde siening van die self, selfaanvaarding en verbeterde sosiale vaardighede vereenselwig (Bolger & Patterson, 2003; Kupersmidt & Dodge, 2004). Volgens Brian is daar voldoende geleentheid vir sosialisering, maar dat sy selfbewustheid hoofsaaklik in sosiale situasies manifesteer en tot angst lei. Verder het hy 'n behoefte aan kontak op 'n gereelde basis met die niegestremde portuurgroep uitgespreek. In ooreenstemming hiermee is die belangrikheid van sosiale verhoudings met die niegestremde portuurgroep deur serebraalgestremde adolessente tydens 'n navorsingsprojek in Kanada uitgewys (King et al., 2000). Brian dui aan dat dit vir die persoon met 'n gestremdheid belangrik is om net soos enige ander persoon behandel te word.

7.5.3 Wyer gemeenskapsfaktore

Brian se ervaring van sy gestremdheid binne die groter sosiale gemeenskap behels onder meer fisiese viktimisering (hoofstroomomgewing) en die ervaring dat 'n persoon met 'n gestremdheid deur ander aangestaar word. Volgens navorsing is kinders met spesiale onderwysbehoefte en fisiese gestremdhede meer kwesbaar en is daar 'n groter risiko dat hierdie kinders geboelie en geviktimiseer word as die tipiese portuurgroep (Bourke & Burgman, 2010; Connors & Stalker, 2007; Flynt & Morton, 2004; Pugh & Chitiyo, 2011). In aansluiting hierby het afknouery as risikofaktor in 'n ondersoek na struikelblokke tot inklusiewe onderwys na vore gekom (Pivik et al., 2002).

Brian het die LSOB-skoolsisteem as ondersteunende faktor in die persoon met 'n gestremdheid se lewe aangetoon. Die sisteem is 'n veilige basis en bied die geleentheid vir deelname aan sport en buitemuurse bedrywighede. In sy geval bied die deelname aan sport in skoolverband, die beoefening van motorfietsport buite skoolverband en deelname aan kerkaktiwiteite geleentheid vir sosialisering. Volgens die literatuur bevorder sportdeelname en buitemuurse aktiwiteite psigososiale ontwikkeling, sosiale verbondenheid en selfbeeld (Asgharizadeh et al., 2011; Gaskin et al., 2010). LeBlanc et al., (2005) verwys na verbondenheid weens deelname aan klubs of organisasies as komponent van psigososiale welstand.

Brian beskou volwassenes wat ten spyte van 'n fisiese gestremdheid voluit leef as rolmodelle en persoonlike inspirasie. Die literatuur bevestig dat positiewe volwasse rolmodelle 'n beskermingsfaktor vir sielkundige weerbaarheid is (Daniel & Wassel, 2002).

**7.6 SANDRA (OPTREDE EN PERSOONLIKHEID BEPAAL AANVAARDING):
INTERPRETASIE VAN GEVALLESTUDIE 6**

Tabel 8.

Gevallestudie 6. Temas (ekologiese sisteemraamwerk)

EKOLOGIESE SISTEEM	RISIKOFAKTOR	BESKERMINGSFAKTOR
Individuele sisteem (Individuele faktore en die belewing van gestremdheid)	Selfbewustheid Teruggetrokkenheid Oormatige skaamheid Alleenheid Eensaamheid Marginalisering van gestremdheid	Persoonlike groei (selfaanvaarding) Aanvaarding van persoonlike verantwoordelikheid Positiewe ingesteldheid Proses van aanvaarding (gestremdheid sedert geboorte aanwesig) Bestuur gestremdheid as deel van die self Positiewe selfkonsep, selfagting en selfdoeltreffendheid Godsdiens en geloof Positiewe toekomsvisie Deursettingsvermoë Positiewe akademiese selfkonsep
Interpersoonlike sisteem (Interpersoonlike faktore)	Ouerskapstyl – ambivalente gevoelens, bv. miskennig van gevoelens, gebrekkige empatie Behoeft om as unieke individue raakgesien en behandel te word Verminderde sosialisering Sosiale situasies lei tot spanning	Ouerskapstyl – ambivalente gevoelens, bv. ondersteunend, nie- oorbeskermend Ondersteunende verhoudings (ouers en betekenisvolle ander) Portuurgroep ondersteunend (skoolverband)
Wyer gemeenskap sisteem (Wyer gemeenskapsfaktore)	Stereotipering Vooroordeel Word aangestaar Praktiese implikasies van ontoeganklikheid van gebou	LSOB-skoolsisteem (veilige basis, gemeenskaplikheid) Skoolsisteem bied geleentheid vir sport en buitemuurse bedrywighede

7.6.1 Individuele faktore

Sandra beskryf serebrale gestremdheid vanuit 'n mediese oogpunt met betrekking tot die diagnose en fisiese impak van die gestremdheid (geaffekteerde loopgang). Soos reeds genoem, is fisiese ryfwording een van die ontwikkelingstake in adolessensie waartydens fisiese voorkoms, aantreklikheid en aanvaarbaarheid vir ander belangrik is (Donna Falvo, 2005; Newman & Newman, 2003; Rew, 2006). Die opvallendheid van die gestremdheid lei in Sandra se geval tot oormatige skaamheid en selfbewustheid veral tydens sosiale situasies in die teenwoordigheid van die tipiese portuurgroep. 'n Emosionele toestand van selfbewustheid, teruggetrokkenheid, oormatige skaamheid, gebrekkige selfvertroue, alleenheid en eensaamheid is deur Sandra gemeld en kan as risikofaktore vir sielkundige weerbaarheid aangedui word. Die proses van selfrefleksie en persoonlike groei lei egter tot insig by Sandra dat die persoon met 'n gestremdheid persoonlik verantwoordelikheid moet aanvaar vir die emosionele aspekte en aanpassing by die samelewing en sosiale omgewing. In aansluiting hierby beklemtoon Ayrault (2001) die aanvaarding van verantwoordelikheid deur die persoon met 'n gestremdheid vir die aanpassing by die sosiale omgewing, uitoefening van emosionele selfbeheer, om ander in ag te neem en 'n bydrae tot die samelewing te maak. Die persoon met 'n gestremdheid se optrede moet sosiaal aanvaarbaar wees en respek afdwing. Die proses van persoonlike groei en refleksie lei tot selfaanvaarding en is in Sandra se geval bydraende faktore tot sielkundige weerbaarheid.

Sandra is van mening dat, indien 'n fisiese gestremdheid sedert geboorte aanwesig is, dit die aanvaarding daarvan vergemaklik. Die konfrontering met die verwerking van die verlies van 'n eens fisies niegestremde liggaam is volgens Sandra dan nie deel van die proses nie. Sy dui aan dat sy die gestremdheid as deel van die self aanvaar en bestuur. Haar positiewe selfkonsep, selfdoeltreffendheid, deursettingsvermoë en optimistiese ingesteldheid (om die beste van die situasie as 'n persoon met 'n gestremdheid te maak) kom in die literatuur voor as beskermingsfaktore wat met sielkundige weerbaarheid verband hou (Daniel & Wassel, 2002; Masten, 2007; Sapienza & Masten, 2011).

Sandra spreek die behoefte uit dat daar nie op grond van die fisiese voorkoms teen persone met gestremdhede gediskrimineer moet word nie en dat dit belangrik is om soos 'n "gewone" mens behandel te word. Verder noem sy geloof en godsdiens as faktore waardeur sin en betekenis aan die lewe gegee word. Geloof, hoop en spiritualiteit word in die literatuur gemeld as positiewe waardes en beskermingsfaktore wat met sielkundige weerbaarheid vereenselwig word (Daniel & Wassel, 2002; Masten, 2007; Sapienza & Masten, 2011; Smith et al., 2010). Sandra se positiewe toekomsvisie en oriëntasie is aanduidend van 'n lewensdoel en is 'n beskermingsfaktor. Die deurlopende verwysing na "ons" (persone met gestremdhede) en "hulle" (persone sonder fisiese gestremdhede) dui aan dat Sandra persone met gestremdheid gemarginaliseer.

Die positiewe vergelyking van haar akademiese prestasie met die algemene akademiese standaard van die LSOB-skool en hoofstroomskole verwys na 'n positiewe akademiese selfkonsep. Bedrewenheid, bevoegdheid en akademiese prestasie speel volgens die literatuur 'n rol in psigososiale welstand en sielkundige weerbaarheid (Daniel & Wassel, 2002; LeBlanc et al, 2005; Masten, 2001; Masten, 2007). Verder dui Sandra dat deursettingsvermoë 'n eienskap vir die bereiking van sukses is. Die deursettingsvermoë manifesteer in haar geval deur die aanduiding dat geheueprobleme intensiewe insette en herhaling vereis om akademies te presteer. Die persoon met serebrale gestremdheid ondervind dikwels kognitiewe uitdagings met betrekking tot korttermyngeheue en uitvoerende funksie, met die gevolg dat die persoon probleme ondervind om strategieë te beplan, langer tyd nodig het om iets te leer, 'n stadiger responstyd het en dikwels aandagafleibaar is (Jenks et al., 2009; Straub & Obrzut, 2009).

7.6.2 Interpersoonlike faktore

Die ondersteuning van haar ouers en betekenisvolle ander persone in Sandra se lewe dien as motivering in haar lewe. Interpersoonlike en sosiale ondersteuning bevorder sielkundige welstand en dra by tot sielkundige weerbaarheid (Haber et al., 2007). Portuurgroep-ondersteuning en sosialisering vind hoofsaaklik in skoolverband plaas. Verminderde sosialisering lei egter tot gevoelens van isolasie en eensaamheid en vir Sandra dra die individuele karaktereienskappe (skaamheid, selfbewustheid) tot verminderde sosialisering en angstigheid in sosiale situasies by.

Die ouerskapstyl is as ondersteunend en nie-oorbeskermend gerapporteer. 'n Mate van ambivalente gevoelens teenoor die ouers is egter teenwoordig soos blyk uit die ervaring dat haar persoonlike emosies misken word en deur haar ouers aan selfbejammering toegeskryf word. Vir Sandra dui dit op gebrekkige empatie en begrip van haar ouers se kant. Dit is deel van die deurlopende dinamiek van gestremdheid, naamlik 'n wêreld van nie-egte interaksie, soos beskryf deur Watermeyer en Swartz (2008). Hiervolgens beleef persone met 'n gestremdheid dikwels dat hulle nie “gehoor” of erken word en as unieke persoon raakgesien word nie. Murray (2006) verwys hierna as die ontkenning van sielkunde realiteit.

Sandra rapporteer 'n algemene gevoel van tevredenheid en lewenswelstand ten spyte van hierdie dinamiek. Daar is bevind dat, indien individue hulle gestremdheid verstaan en hulle deel van 'n ondersteunende en sosiale netwerk van wedersydse verhoudings is, die waarskynlikheid groter is dat hulle 'n lewe met hoër kwaliteit sal lei. Verder lei 'n fisiese gestremdheid nie noodwendig tot 'n laer lewenskwaliteit nie (Wake et al., 2003). Daar is dus 'n wisselwerking tussen risiko- en beskermingsfaktore om positiewe uitkomst tot stand te bring. Die dinamiek soos in Sandra se geval gemeld, sluit aan by die kompenserende model van sielkundige weerbaarheid (Zimmerman & Arunkumar, 1994). 'n Kompenserende faktor neutraliseer of werk teen die blootstelling aan risiko. Die risiko sowel as die kompenserende faktor dra tot die gesamentlike uitkoms by.

7.6.3 Wyer gemeenskapsfaktore

Sandra se ervaring van gestremdheid binne die wyer sosiale gemeenskap is onder meer die volgende: stereotipering, vooroordeel en die ervaring dat 'n persoon met 'n gestremdheid aangestaar word. Stigmatisering, vooroordeel en stremmende verwagtinge word deur McMaugh (2011) as risikofaktore vir sielkundige welstand geïdentifiseer. Sandra het aangedui dat beoordeling deur ander slegs op grond van fisiese voorkoms plaasvind en dat die unieke menswees van die persoon met 'n gestremdheid ontken word. Sandra het ook die verwagting om as unieke mens raakgesien te word, uitgespreek. Persone met gestremdhede meld negatiewe verwagtinge en houdings teenoor hulle potensiaal as een van die grootste struikelblokke wat hulle in die samelewing teëkom (King et al., 2006).

Sandra beskou die LSOB-skoolsisteem as ondersteunende faktor en is van mening dat die ervaring van gemeenskaplikheid en die ondersteuning van onderwysers tot die positiewe beleving bydra. Volgens Diez (2010) kom vriendskappe en sosiale netwerke in die LSOB-skole tot stand, voel leerders deel van die groep, word hulle bemagtig om hulp aan klasmaats te gee en te ontvang, en is hulle in staat om op gelyke voet, met die ondersteuning van professionele persone wat sensitief vir hulle behoeftes is, te leer. Dit is egter steeds 'n omgewing wat segregeer. Verder sonder Sapienza en Masten (2011) doeltreffende onderrig en onderwysers uit as bydraende faktor vir sielkundige weerbaarheid. Die ervaring van gemeenskaplikheid word as psigososiale beskermingsfaktor gemeld en dit bevorder sielkundige weerbaarheid (Masten, 2011). Daarbenewens bied die skoolsisteem die geleentheid vir deelname aan sport en buitemuurse bedrywighede wat weer selfbeeld, mededinging en portuurgroepaanvaarding, psigososiale ontwikkeling en sosiale verbondenheid bevorder (Asgharizadeh et al., 2010).

Sandra noem die praktiese implikasies van ontoeganklikheid van geboue, byvoorbeeld trappe en die afwesigheid van hysbakke, as struikelblok tot onafhanklike funksionering. Die literatuur bevestig dat diegene wat beperkinge ervaar met betrekking tot mobiliteit en beweging dikwels verder beperk word deur die groter sosiale sisteem, waaroor hulle weinig of geen beheer het nie, byvoorbeeld 'n gebrek aan toepaslike ondersteuningsdienste (Imrie, 2000; Watermeyer & Swartz, 2008).

7.7 KRUISGEVAL-ANALISE: GEMEENSKAPLIKE EN INDIVIDUELE TEMAS

Op grond van die interpretasie van die ses individuele gevallestudies is gemeenskaplike en individuele temas geïdentifiseer met betrekking tot die beleving van 'n serebrale gestremdheid en die psigososiale faktore wat 'n rol in sielkundige weerbaarheid speel. Die faktore word in 'n ekologiese sisteemraamwerk weergegee, naamlik individuele, interpersoonlike en die wyer gemeenskapsfaktore, en met terreine vir sielkundige weerbaarheid (soos in die literatuur en navorsing oor sielkundige weerbaarheid aangedui) geïntegreer. Die terreine vir sielkundige weerbaarheid is vir die doel van die analise uit die literatuur saamgestel. Die volgende terreine is ingesluit: fisiese, kognitiewe, intrapsigiese (emosionele), bemeestering en beloning, spirituele en

godsdienst, gesin/familie, portuurgroep, opvoeding en skool, wyer gemeenskap en kulturele (Daniel & Wassel, 2002; Gilligan, 1997; Masten, 2007; Rutter, 1985; Sapienza & Masten, 2011). Die gemeenskaplike temas is deur die deelnemers vanuit persoonlike subjektiewe belewenis weergegee en deur die navorser se interpretasie geïdentifiseer.

7.7.1 Gemeenskaplike en individuele temas: Die beleving van gestremdheid

Tabel 9.

Die beleving van gestremdheid (gemeenskaplike en individuele temas)

BELEWING	TERREIN VAN SIELKUNDIGE WEERBAARHEID
Gemeenskaplike temas	
Beskryf gestremdheid vanuit mediese/fisiese perspektief (oorsake, fisiese impak)	Fisies
Behoefte om as unieke individu raakgesien te word en dat geen onderskeid in optrede teenoor die individu met 'n fisiese gestremdheid en die tipiese niegestremde individu getref word nie (menswaardigheid)	Intrapsigies
Ervarings van nie-egte interaksie, bv. gebrekkige empatie, miskenning van gevoelens, voel verantwoordelik om ander van sy/haar ervarings te beskerm, oorsimpatieke reaksies (bejammering, voorkeurbehandeling)	Intrapsigies
Bestuur gestremdheid as deel van die self	Intrapsigies
Individuele temas	
Begeerte om gestremdheid te verander	Intrapsigies
Normalisering van die gestremdheid	Intrapsigies
Bestuur van die gestremdheid as slagoffer van omstandighede	Intrapsigies
Blamering van die gestremdheid vir interpersoonlike probleme	Intrapsigies

Uit die resultate is dit duidelik dat gestremdheid 'n veelvlakkige fenomeen is. Elke individu gee unieke betekenis aan die gestremdheid na gelang van die aard van die gestremdheid en die gevolglike lewenseise.

Gestremdheid is deur al die deelnemers in mediese en fisies terme beskryf. Die feit dat 'n serebrale gestremdheid dikwels met mediese en paramediese intervensie (operasie, gereelde

mediese opvolg, fisio-, spraak- en arbeidsterapie) gepaardgaan, kan daartoe aanleiding gee dat gestremdheid direk aan die mediese model gekoppel word. Twee deelnemers (Tumi en Sibusiso) koppel gestremdheid ook aan eksistensiële oorsake (die wil van God). Slegs Tumi meld dat daar in haar familie 'n kulturele siening oor die oorsaak van gestremdheid bestaan, naamlik dat dit die straf op 'n oortreding is.

Die behoefte om menswaardig en as unieke individue behandel te word sonder 'n onderskeid in optrede teenoor die persoon met 'n gestremdheid en die niegestremde persoon is deur al die deelnemers gemeld – hulle wil soos die tipiese portuurgroep hanteer word. Daar blyk dus 'n teenstrydigheid te wees tussen adolessente met 'n gestremdheid se beeld van hulleself (gelykheid/eendersheid) en die samelewing se beeld van hulle (andersheid).

Ervaring van die dinamiek van gestremdheid of nie-egte interaksie is deur vyf van die deelnemers genoem. Die psigo-emosionele effek en deurlopende dinamiek van gestremdheid is deur elke deelnemer vanuit sy/haar deurleefde ervaring en persoonlike verkenning beskryf. Die volgende ervarings is aangedui: gebrekkige empatie, miskennig van gevoelens, voel verantwoordelik om ander van sy/haar ervarings te beskerm, oorsimpatieke reaksies (bejammering, voorkeurbehandeling).

Vier van die deelnemers het die bestuur van die gestremdheid met 'n positiewe ingesteldheid as deel van die self aangedui. Dit verwys na selfaanvaarding en die aanvaarding van die gestremdheid as deel van die identiteit en menswees.

Die begeerte om die gestremdheid te verander, normalisering van gestremdheid, bestuur van die gestremdheid as slagoffer van omstandighede en die blamering van die gestremdheid vir interpersoonlike probleme het ook as individuele temas na vore gekom.

7.7.2 Gemeenskaplike en individuele temas met betrekking tot psigososiale faktore in sielkundige weerbaarheid

Tabel 10.

Individuele faktore (gemeenskaplike en individuele temas)

EKOLOGIESE SISTEEM	RISIKOFAKTORE	BESKERMINGS-FAKTORE	TERREIN VAN SIELKUNDIGE WEERBAARHEID
INDIVIDUELE FAKTORE			
Gemeenskaplike temas			
Temperament	Selfbewustheid	Deursettingsvermoë	Intrapsigies
	Alleenheid, eensaamheid, verveeldheid	Optimisme, positiewe ingesteldheid	Intrapsigies
Selfkonsep		Positiewe selfkonsep, selffagting en selfdoeltreffendheid	Intrapsigies
		Positiewe akademiese selfkonsep	Intrapsigies Opvoeding en skool Bemeestering en beloning
		Positiewe toekomsvisie en oriëntasie	Intrapsigies
Ander faktore, persoonlike faktore		Godsdiens en geloof	Spirituele en godsdiens
Individuele temas			
Temperament	Angs, depressie, internalisering van gevoelens	Dankbaarheid	Intrapsigies
	Frustrasie, irritasie		Intrapsigies
Selfkonsep	Negatiewe selfkonsep Skolastiese eise oorweldigend		Intrapsigies
Ander faktore	Onvoldoende kennis		Kognitief Gesin/familie Opvoeding en skool
		Talente en belangstellings	Intrapsigies
		Doeltreffende probleemoplossingsvermoë	Kognitief Intrapsigies

7.7.2.1 Individuele faktore

Die volgende persoonlike temperamentsfaktore is deur vier deelnemers as bydraend tot sukses en die suksesvolle hantering van lewenseise en uitdagings geïdentifiseer: deursettingsvermoë en 'n optimistiese, positiewe ingesteldheid.

Selfkonsep verteenwoordig in die studie die menings, idees en houdings teenoor die self soos deur die deelnemers verwoord. Volgens die resultate is dit duidelik dat 'n laer selfkonsep nie noodwendig met serebrale gestremdheid in verband gebring kan word nie. 'n Positiewe selfkonsep, positiewe selfagting en selfdoeltreffendheid is deur vier deelnemers gemeld.

Vir vyf deelnemers het 'n positiewe akademiese selfkonsep as sterk tema na vore gekom ten spyte van die feit dat van die deelnemers leer-, wiskunde- en geheueprobleme gerapporteer het. Die bevinding kan met die LSOB-skoolsisteem, die ondersteunende netwerk, onderrig en kleiner klasgroepe verband hou. Die ervaring van akademiese bevoegdheid, soos telkens in die studie gemeld, speel 'n beduidende rol in die deelnemers se sielkundige weerbaarheid.

'n Positiewe toekomsvisie en oriëntasie soos aangedui deur vyf deelnemers verwys daarna dat adolessente met gestremdhede dieselfde verwagtinge en aspirasies met betrekking tot toekomsdrome, verdere opleiding, beroepe en 'n gesinslewe as die tipiese portuurgroep het. Hierdie doelwitte gee aan die lewe betekenis 'n dien as faktor vir sielkundige weerbaarheid.

Vier deelnemers het genoem dat godsdiens en geloof sin en doel aan die lewe gee. Die beoefening van godsdiens, positiewe verhoudings, ondersteuning van ander en betrokkenheid by kerkaktiwiteite het as positiewe aspekte na vore gekom.

Individuele faktore wat deur die deelnemers genoem is, is onder meer die internalisering van gevoelens (drie deelnemers), angs (drie deelnemers), depressie (twee deelnemers), frustrasie en irritasies (twee deelnemers), negatiewe selfkonsep (twee deelnemers), onvoldoende kennis (twee deelnemers) en talente en belangstellings (twee deelnemers), en doeltreffende

probleemoplossingsvermoë (twee deelnemers). Dankbaarheid soos deur twee van die deelnemers genoem, is toegeskryf aan die feit dat hulle in vergelyking met ander persone met gestremdhede fisies nie ernstiger aangetas is nie. Persone met 'n fisiese gestremdheid vergelyk hulleself met die portuurgroep met fisiese gestremdhede, wat na die bestaan van 'n hiërargie van gestremdhede kan verwys.

7.7.2.2 Interpersoonlike faktore

Tabel 11.

Interpersoonlike faktore (gemeenskaplike en individuele faktore)

INTERPERSOONLIKE FAKTORE	RISIKO-FAKTORE	BESKERMINGS- FAKTORE	TERREIN VAN SIELKUNDIGE WEERBAARHEID
Gemeenskaplike temas			
		Ondersteunende verhoudings (ouers, betekenisvolle ander)	Gesin/familie
	Verminderde sosialisering		Portuurgroep
	Sosiale isolasie		
	Sosiale uitsluiting		
		Ondersteunende portuurgroep Verhoudings (skoolverband)	Portuurgroep Opvoeding en skool
Individuele temas			
	Behoefte aan kontak met die niegestremde portuurgroep		Portuurgroep Wyer gemeenskap en kultuur

Al die deelnemers het na ondersteunende verhoudings deur die ouers, die onmiddellike gesin en betekenisvolle ander verwys. Die verhoudings is gekenmerk deur positiewe, emosionele ondersteuning en aanmoediging. Ondersteuning word steeds ervaar ten spyte van ambivalente gevoelens in twee gevalle (ondersteuning sowel as gebrekkige empatie; ervaring dat die gestremdheid vir ander 'n las is) en die ouerskapstyl. Die ouerskapstyl is as oorbeskermend beskryf (twee deelnemers) en positief met vasgestelde reëls (twee deelnemers).

Al die deelnemers het ook die ondersteuning deur die portuurgroep (skoolverband) as 'n positiewe ervaring beskryf. Vriendskap en positiewe portuurgroepnetwerke kom in skoolverband tot stand. Die feit dat die deelnemers 'n LSOB-skool bywoon, kan egter 'n negatiewe uitwerking hê op die geleentheid om vriendskappe in die gemeenskap te sluit. Die leerders bestee 'n groot gedeelte van die dag by die skool en dus is daar minder tyd vir sosialisering in gemeenskapsverband.

Verminderde sosialisering het as gemeenskaplike tema in al vyf die deelnemers se gevalle na vore gekom, asook sosiale uitsluiting (wyer portuurgroep) en sosiale isolasie (vier deelnemers). Hierdie resultaat bevestig dat adolessente met serebrale gestremdhede dikwels sosiale isolasie en uitsluiting ervaar. Tydens die onderhoude is persoonlikheidseienskappe (selfbewustheid, oormatige skaamheid, verminderde selfvertroue, houdings en stereotipering in die wyer portuurgroep) en oorbeskermende ouerskapstyl en gebrekkige openbare dienste met die verminderde sosialisering in verband gebring. Dit bevestig dat die ontwikkeling van sosiale deelname deur die sosiokulturele omgewing en persoonlike ontwikkeling gepaardgaan. Die behoefte aan sosiale kontak op 'n meer gereelde basis met die niegestremde portuurgroep is deur een deelnemer uitgespreek. Uit die resultate blyk dit dat die verminderde sosialisering, uitsluiting en isolasie as risikofaktore in die deelnemers se sielkundige weerbaarheid aangedui kan word.

7.7.2.3 Wier gemeenskapsfaktore

Tabel 12.

Wier gemeenskapsfaktore (gemeenskaplike en individuele temas).

WIER GEMEENSKAPS-FAKTORE	RISIKOFAKTORE	BESKERMINGS-FAKTORE	TERREIN VAN SIELKUNDIGE WEERBAARHEID
Gemeenskaplike temas			
Houdings en stereotipering	Vooroordeel		Portuurgroep Wier gemeenskap en kultuur
	Stereotipering		Portuurgroep Wier gemeenskap en kultuur
	Word aangestaar		Portuurgroep Wier gemeenskap en kultuur
Skoolsisteem		LSOB-skoolsisteem	Opvoeding en skool
Openbare dienste	Praktiese implikasies (ontoereikende openbare vervoerstelsel, ontoeganklike geboue)		Wier gemeenskap en kultuur
Individuele temas			
Houdings en stereotipering	Verbale viktimisering		Opvoeding en skool Portuurgroep
	Fisiese viktimisering		Opvoeding en skool
	Negatiewe verwagtinge		Wier gemeenskap en kultuur
	Verminderde beroeps-geleenthede		Wier gemeenskap en kultuur
	Sosiale situasies lei tot spanning en angs		Portuurgroep Wier gemeenskap en kultuur
	Seksuele uitbuiting en misbruik		Portuurgroep Wier gemeenskap en kultuur
Openbare dienste	Onvoldoende sosialisering-geleenthede en fasiliteite vir ontspanning		Wier gemeenskap en kultuur
		Positiewe volwasse rolmodelle	Wier gemeenskap en kultuur

Die resultate bevestig dat die gesindhede en optrede van ander dikwels die verskille van 'n gestremdheid bevestig en in standhou. Stereotipering en siening dat 'n persoon met 'n gestremdheid minder intelligent en tot minder in staat is, en aangestaar word is deur vyf deelnemer gemeld. Nie-aanvaarding deur die portuurgroep en wyer gemeenskap het 'n negatiewe uitwerking op die persoon met gestremdhede se selfvertroue en waagmoed tot deelname.

Individuele temas wat na vore gekom het, is verbale en fisiese viktimisering (drie deelnemers). Die feit dat die leerders 'n groot gedeelte van die dag in 'n LSOB-skoolomgewing deurbring, kan 'n rol speel in die feit dat hierdie temas deur minder deelnemers gemeld is. Verbale en fisiese viktimisering manifesteer in hoofstroom- sowel as die spesiale skoolomgewing, maar die intensiteit van die insidente in eersgenoemde is moontlik hoër. Sosiale situasies lei tot spanning en angs (drie deelnemers), negatiewe verwagtinge, beperkte beroepsgeleenthede (een deelnemer) en seksuele uitbuiting en misbruik (een deelnemer).

Die praktiese implikasie en frustrasie van ontoereikende openbare dienste (byvoorbeeld 'n ontoereikende vervoerstelsel en ontoeganklike geboue) op onafhanklike funksionering is deur vier deelnemers aangedui. Die deelnemers is op hulpmiddels (lopers, rolstoele) aangewese vir doeltreffende mobiliteit.

Die LSOB-skoolsisteem het by al die deelnemers as 'n beskermingsfaktor in sielkundige weerbaarheid na vore gekom. Dit bied 'n veilige basis, ervaring van gemeenskaplikheid, doeltreffende onderrig, ondersteunende en positiewe verhoudings, asook die geleentheid vir deelname aan sport en buitemuurse bedrywighede.

Onvoldoende sosialiseringseleenthede en ontspanningsfasiliteite in die gemeenskap as struikelblok tot sosialisering het as individuele faktor in drie deelnemers voorgekom. Die positiewe motivering van volwasse rolmodelle in persoonlike motivering is deur twee deelnemers aangedui.

Dit is dus duidelik dat sielkundige weerbaarheid is 'n komplekse proses is waar veelvuldige faktore in verskillende sisteme en terreine van die individu se lewe in interaksie is.

7.8 INTERPERSOONLIKE DINAMIEK MET BETREKKING TOT DIE ERVARING VAN GESTREMDHEID EN DIE KOMPONENTE VAN SIELKUNDIGE WEERBAARHEID EN WELSTAND

Tumi: Betekenis word aan die gestremdheid gegee deur die aanvaarding dat daar 'n lewensdoel met gestremdheid is. Tumi dui aan dat 'n proses van persoonlike groei tot positiewe selfbeoordeling lei. Sy bestuur die risikofaktore wat met die belewing van “anders wees” gepaardgaan deur 'n positiewe ingesteldheid, optimisme en deur op godsdiens en geloof te steun (beskermingsfaktore). Ondersteunende en positiewe verhoudings, asook portuurgroep-ondersteuning in skoolverband, dra in haar geval tot sielkundige weerbaarheid by. Die risikofaktore in haar geval manifesteer op die terrein van die wyer gemeenskap. Daarenteen manifesteer sielkundige weerbaarheid hoofsaaklik op die intrapsigiese, gesin/familie-, portuurgroep- (skoolverband) en opvoeding en skool-terrein (LSOB-skoolsisteem). Tumi slaag daarin om haar gestremdheid positief te bestuur.

Sibusiso: Die begeerte om sonder 'n fisiese gestremdheid te wees, die idealisering van niegestremde persone en onrealistiese verwagtinge van herstel is aanduidend van risikofaktore wat in die intrapsigiese terrein manifesteer. Selfblaam, 'n negatiewe selfkonsep, emosionele en kognitiewe onrypheid is bydraend tot die risiko en negatiewe belewing van die gestremdheid. Sy geloof, asook positiewe verhoudings en ondersteuning geleë in die gesin/familie, portuurgroep (skoolverband) en opvoeding en skool (LSOB-skoolsisteem) is aangedui as beskermingsfaktore wat 'n beduidende rol in die ontwikkeling van sielkundige weerbaarheid speel. Sibusiso beskik nog nie oor voldoende selfaanvaarding om die gestremdheid positief te bestuur nie.

Candice: Die neem van 'n kognitiewe wilsbesluit tot 'n optimistiese en positiewe lewensingesteldheid (kognitiewe en intrapsigiese sisteem) dien as beskermingsfaktore en lei tot die positiewe bestuur van die gestremdheid ten spyte van die frustrasie, selfbewustheid en fisiese uitdagings (risikofaktore). Die proses van selfrefleksie dra by tot 'n realistiese siening van die self, wat na persoonlike groei en selfaanvaarding verwys. Doeltreffende probleemoplossingsvaardighede, wilskrag, deursettingsvermoë en doelwitstelling is beskermingsfaktore in die

intrapysigiese sisteem en dra by tot positiewe uitkomst. Die positiewe en ondersteunende verhoudings in die gesin/familie, portuurgroep (skoolverband) en opvoeding en skoolsisteem (LSOB-skoolsisteem) gee tot positiewe uitkomst en die positiewe bestuur van die gestremdheid en suksesvolle aanpassing aanleiding.

Erica: Die gestremdheid word van dag tot dag bestuur, en as 'n las vir die self en ander beskou. Sy het nog nie tot selfaanvaarding gekom nie en beskik nie oor voldoende selfgeldende vaardighede om sosiale druk te weerstaan en haar gedrag intrinsiek te reguleer nie. Die risikofaktore manifesteer dus hoofsaaklik in die intrapsigiese terrein. Onafhanklikheid en selfdoeltreffendheid word deur die risikofaktor van oorbeskerming negatief beïnvloed (gesin/familie-terrein). Deursettingsvermoë, portuurgroepondersteuning (skoolverband) en die LSOB-skoolsisteem is in haar geval as beskermingsfaktore aangedui. Sielkundige weerbaarheid manifesteer op verskillende terreine. Die positiewe akademiese selfkonsep, asook positiewe toekomsaspirasie en oriëntering, kan tot positiewe uitkomst lei.

Brian: Die gestremdheid word as deel van die persoon bestuur. Die aanduiding dat hy suksesvol aan lewenseise voldoen, is aanduidend van beskermingsfaktore geleë in die intrapsigiese en bemeestering en beloning-terrein. Deursettingsvermoë, waagmoed en positiewe selfmotivering, soos aangedui (beskermingsfaktore in die intrapsigiese terrein), dra tot selfaanvaarding en die positiewe bestuur van die gestremdheid by. Beskermingsfaktore is in sy geval hoofsaaklik in die intrapsigiese, gesin/familie-, portuurgroep- en opvoeding en skool-terrein geleë.

Sandra: Die aanduiding dat lewenstevredenheid ervaar word, dui op suksesvolle aanpassing en die positiewe bestuur van die gestremdheid. Sy het 'n positiewe toekomsingesteldheid en 'n realistiese siening van die self (beskermingsfaktore intrapsigiese terrein). Die aanvaarding van persoonlike verantwoordelikheid vir sosiale aanpassing en sosiaal aanvaarbare optrede is aanduidend van beskermingsfaktore (intrapysigiese terrein). Risikofaktore in haar geval manifesteer hoofsaaklik op die gebied van sosialisering (portuurgroep- en wyer gemeenskap-terrein). Hegte en positiewe verhoudings, asook intrinsieke kwaliteite van die individu, is in haar geval as beskermingsfaktore vir positiewe uitkomst en aanpassing aangedui. Sy slaag daarin om haar fisiese gestremdheid positief te bestuur.

Die samevatting en gevolgtrekkings van die studie sal in hoofstuk agt bespreek word. Die daarstelling van die navorser se eie voorlopige modelstrukture, tekortkominge van die navorsing, asook aanbevelings vir verdere navorsing sal ook aandag geniet.

HOOFSTUK AGT

SAMEVATTING, BEPERKINGE, STERKTES EN AANBEVELINGS

INLEIDING

Hoofstuk 1 het lig gewerp op die beperkte hoeveelheid navorsing rakende die beleefde leefwêreld van die persoon met 'n gestremdheid. Die manier waarop die beweging van patologie na gesondheid by positiewe sielkunde en psigofortologie aansluit, is ook aangedui. Die daaropvolgende hoofstukke het literatuur rakende positiewe sielkunde, psigofortologie, gestremdheid, serebrale gestremdheid, psigososiale ontwikkeling en die subjektiewe belewing van gestremdheid bespreek, waarna die metodologie van die studie onder die soeklig gekom het. Vervolgens word die navorsingsprosedure, beperkings en sterktes van die studie, asook aanbevelings vir verdere navorsing, uiteengesit. 'n Konseptuele prosesmodel, wat op die resultate van hierdie studie gegrond is, word ook ingesluit.

8.1 SAMEVATTING VAN DIE NAVORSINGSPROSEDURE

8.1.1 Doel en waarde van die studie

Die doel van die studie was om die subjektiewe belewing van adolessente met serebrale gestremdheid te ondersoek asook die rol van psigososiale faktore in die sielkundige weerbaarheid van die adolessente. Uit die literatuurstudie in hoofstuk vier is dit duidelik dat bestaande studies dikwels nie die subjektiewe belewing en selfrapportering van persone met gestremdhede weerspieël nie. Daar is dus 'n behoefte om hierdie persone se eie ervarings, beskrywings en konstruksie van hulle daaglikse lewe te ondersoek (Singh & Ghai, 2009; Stalker, 2012; Watermeyer & Swartz, 2008; Watson, 2012).

Die studie kan moontlik 'n bydra tot die begrip van adolessente met serebrale gestremdheid se subjektiewe belewing van hulle gestremdheid en sielkundige weerstandsbronne lewer. Die analise en beskrywing van die subjektiewe belewing, psigososiale faktore en sielkundige weerstandsbronne kan verder kennis verbreed en bestaande sielkundige teorie uitbou, wat op sy beurt tot verbeterende intervensie, psigoterapie en hulpverlening kan lei. Die adolessent met serebrale gestremdheid kan sodoende doelgerig ondersteun word ten einde sekere vaardighede te ontwikkel. Daarbenewens kan die navorsing as loodsstudie dien vir die verbetering en ontwikkeling van programme, asook vir psigoterapie ter bevordering van sielkundige weerbaarheid by die adolessent met serebrale gestremdheid.

8.1.2 Die omvang van die studie

'n Kwalitatiewe benadering in 'n psigofortigene en positiewe sielkunde-raamwerk is in die studie gevolg. Volgens Seligman en Csikszentmihalyi (2000) fokus positiewe sielkunde hoofsaaklik op die die subjektiewe, die individuele en groepsvlak van die menslike ervaringsveld. Positiewe sielkunde behels die wetenskaplike bestudering van menslike funksionering en florering op 'n hele aantal vlakke, insluitend die biologiese, persoonlike, verhoudings-, institusionele, kulturele en globale vlakke (Goldstein & Brooks, 2006; Masten, 2007; Sapienza & Masten, 2011; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Die rol van psigososiale faktore by die sielkundige weerbaarheid van die adolessent met 'n serebrale gestremdheid word ook in hierdie veld ondersoek.

Binne die paradigma van positiewe sielkunde is die teorieë, raamwerke en modelle, soos in die literatuurhoofstukke bespreek, as teoretiese onderbou vir die studie gebruik. Elke geval is in 'n ekologiese sisteemraamwerk geplaas volgens individuele faktore (intrapsigiese), interpersoonlike faktore en wyer gemeenskapsfaktore (Daniel & Wassel, 2002; Masten 2007; McMurray et al., 2008). Aangesien die adolessent sentraal in verskeie onderling verwante vlakke van sosiale sisteme staan, is 'n verskeidenheid van teorieë en konsepte in die bespreking van die resultate benut.

8.1.3 Literatuuroorsig

Die literatuuroorsig in hoofstuk twee, drie en vier verskaf 'n teoretiese begrip van die volgende konstrunkte: positiewe sielkunde en psigofortologie, gestremdheid, serebrale gestremdheid en adolensensie, asook psigososiale ontwikkeling en die subjektiewe belewing van gestremdheid. Die literatuur het die navorser in staat gestel om die ervarings van die deelnemers wetenskaplik en teoreties weer te gee.

In hoofstuk twee het die paradigmaskuif vanaf die patologiemodel na positiewe sielkunde onder die soeklig gekom. Die begrip “sielkundige weerbaarheid”, sinoniem met “veerkragtigheid”, is 'n belangrike begrip in die positiewe sielkunde en hou verband met 'n individu se vermoë om stres te oorkom en om geestesgesondheid en welstand ná ervaring van teenspoed te herwin (Goodkind et al., 2012). 'n Wye reeks risiko- en beskermingsfaktore is in interaksie op verskillende terreine en sisteme en het 'n invloed op die individu se ontwikkeling (Coleman & Hagell, 2007; Daniel & Wassel, 2002; Garmezy & Rutter, 1983; Goldstein & Brooks, 2006; Masten & Reed, 2002; McMurray et al., 2008; Newman & Blackburn, 2002).

Die begrip van sielkundige weerbaarheid moet ook toegepas kan word op die sisteem waar die individu se ontwikkeling plaasvind. Die mees algemene benadering is om risiko- en beskermingsfaktore binne die drie interafhanklike dimensies te plaas, naamlik individuele faktore, gesinsfaktore en wyer gemeenskapsfaktore (Coleman & Hagell, 2007; Garmezy & Rutter 1983; Luthar, 2006; Masten, 2007; McMurray et al., 2008; Sapienza & Masten, 2011).

In hoofstuk twee is navorsingsraamwerke en modelle van sielkundige weerbaarheid ook bespreek (Fergus & Zimmerman, 2005; Masten, 2011; Zimmerman & Arunkumar, 1994). Bestaande modelle vir sielkundige weerbaarheid moet egter uitgebrei word om die bevordering van bevoegdheid en welstand in die individu se lewe in te sluit, asook die wyer en komplekse interaksie tussen die verskeie sisteme, vanaf die molekulêre tot die globale sisteem (Fergus & Zimmerman, 2005; Goodkind et al., 2012; Masten, 2011; Sapienza & Masten, 2007).

Gestremdheid volgens verskillende modelle of benaderings is in hoofstuk drie gedefinieer. Vir die doel van hierdie studie is slegs die mediese en sosiale modelle bespreek (DPSA, 2000; Gilson & Depoy, 2000; Ross & Deverell, 2005). 'n Sintese van die mediese en sosiale benaderinge, naamlik die biopsigososiale model, word in die literatuur voorgestel (APA, 2012; Bichenbach et al., 1999; Imrie, 2004; Ross & Deverell, 2005; Watson, 2012). Hierdie model poog om 'n sintese te bereik deur 'n samehangende siening van verskillende dimensies van gesondheid op biologiese, individuele en sosiale vlakke te verskaf (Imrie, 2004) en weerspieël 'n dinamiese interaksie van die individu met verskillende omgewings. Die fisiologiese, persoonlike, sosiale en kulturele sisteme moet dus binne 'n holistiese raamwerk geïntegreer word (APA, 2012).

Gestremdheid het implikasies vir elke lewensfase van die individu. Die verwante probleme strek oor 'n wye spektrum met betrekking tot funksionele mobiliteit, vaardighede wat in die alledaagse lewe benodig word, kommunikasie en sosialiseringvaardighede. (Bleck, 1982; Pellegrino, 1997; Ratanawongsa, 2001; Straub & Obrzut, 2009). 'n Interdisiplinêre strategie word by die hantering daarvan gevolg ten einde optimale funksionering te bereik en alle aspekte tot volle potensiaal te ontwikkel. Deur die interdisiplinêre hantering word daar gepoog word om nuwe geleenthede te skep en deelname te bewerkstellig om sodoende die lewenskwaliteit van die persoon met serebraal gestremdheid te verbeter (Adde et al., 2010; Cerebral Palsy, 2001). Bhaskar en Danermark (2006) is van mening dat 'n kritiese en realistiese benadering tot gestremdheid fisiese, biologiese, sielkundige, psigososiale en emosionele, sosio-ekonomiese, kulturele en normatiewe aspekte moet insluit. Volgens hierdie model is die individu nie 'n passiewe slagoffer van siekte of gestremdheid nie, maar 'n aktiewe deelnemer in die herstel en bevordering van gesondheid. Die model het ook 'n lewensverloop-perspektief, en nie net die ontwikkelingsvlak en lewensfase waarin individue hulle bevind, moet in ag geneem word nie, maar ook die persoonlike betekenis wat die individu aan die siekte of gestremdheid gee en kulturele invloede wat 'n rol daarin speel (Ross & Deverell, 2005).

Psigososiale ontwikkeling en die subjektiewe beleving van gestremdheid is in hoofstuk vier uiteengesit. Erikson (1959, 1968) se psigososiale ontwikkelingsteorie soos bespreek in hierdie hoofstuk dui 'n sistematiese verandering oor die lewensloop aan ten opsigte van die ontwikkelingsfase, ontwikkelingstake, psigososiale krisis, 'n sentrale proses waardeur die krisis

in elke fase opgelos word, 'n netwerk van verhoudings met betekenisvolle persone wat hieruit vloei en die gedrag wat ontwikkel om die uitdagings te hanteer (coping). Psigososiale bevoegdheid word omskryf as die aangepaste gebruik van persoonlike en kontekstuele hulpbronne om ouderdomstoepaslike ontwikkelingstake te bereik (O'Dougherty et al., 2006).

Daar word dikwels na sielkundige weerbaarheid as 'n biopsigososiale fenomeen verwys (O'Dougherty et al., 2006; Schofield & Beek, 2005). Psigososiale welstand, 'n komponent van sielkundige weerbaarheid, hou verband met 'n persoon se intrinsieke psigiese welstand, asook verhoudings met ander persone en sosiale instansies. Daar bestaan volgens LeBlanc et al. (2005) nie 'n universele definisie vir psigososiale welstand of 'n standaardmetode om dié multidimensionele begrip te meet nie. Verder is daar nie tans ooreenstemming of 'n erkende klassifikasiesistelsel wat die essensiële komponente van psigososiale welstand betref nie. Verdere navorsing is nodig om psigososiale welstand te definieer, te meet en om vlakke van psigososiale welstand met ander metings van welstand en funksionering in die gemeenskap te vergelyk (LeBlanc et al., 2005).

Die psigososiale implikasies van gestremdheid is bespreek. Die ervarings van gestremdheid binne die groter sosiale gemeenskap het 'n psigo-emosionele effek op die persoon met 'n gestremdheid. Die adolessent word met biologiese, kognitiewe, sielkundige, sosiale, morele en spirituele uitdagings gekonfronteer (Geldard & Geldard, 2005) en die adolessent met 'n fisiese gestremdheid ervaar dieselfde fisiologiese, biologiese, seksuele en emosionele veranderinge as die niegestremde. Albei groepe is op voorligting en inligting aangewese ten einde 'n suksesvolle oorgang van kind na volwassene te maak. Die adolessent met serebrale gestremdheid ondervind, volgens hierdie navorser, wel ook eiesoortige probleme wat besondere eise aan al die betrokkenes stel ten einde suksesvolle aanpassing te verseker. Kennis van die voorafgaande sal tot die doelgerigte ondersteuning van die adolessent met serebrale gestremdheid bydra.

8.1.4 Metode van data-insameling

Die navorser het met elke deelnemer een semigestruktureerde onderhoud gevoer om sodoende inligting oor die belewing van gestremdheid en die rol wat psigososiale faktore in sielkundige

weerbaarheid speel, in te win (Bylae B). In kwalitatiewe navorsing word onderhoudvoering as een van die kernmetodes vir sosiale navorsing en data-insameling beskou (Kvale, 2007). Biografiese data soos beskikbaar in skoolrekords is gebruik om die kwalitatiewe inligting verder toe te lig. Ten einde die bevindinge te bevestig en akkuraatheid te evalueer, is die bevindinge op 'n sensitiewe wyse met die deelnemers geverifieer, waarna die nodige byvoegings en aanpassings gemaak is (Groenewald, 2004). Die data is by sommige deelnemers aangevul deur die insluiting van 'n tekening wat vrywillig deur die deelnemers verskaf is nadat die semigestruktureerde onderhoud gevoer is. Erica se tekening was deel van 'n dagboekinskrywing en sy het toestemming vir die gebruik daarvan gegee. Denzin en Lincoln (2008), asook Groenewald (2004), meld dat data uit getranskribeerde onderhoude met inligting wat vrywillig deur deelnemers verskaf word, aangevul kan word, byvoorbeeld dagboekinskrywings, opstelle, gedigte, kunswerke en persoonlike dokumentasie.

8.1.5 Data-analise volgens die IPA-metode

Die data-analise en -interpretasie sluit aan by die fenomenologiese metode en is deur middel van die IPA-metode gedoen. Die proses is nie voorskriftelik nie en die riglyne kan in die lig van navorsingsdoelwitte by die individuele navorser se situasie aangepas word (Smith & Eatough, 2007). Temas is geïdentifiseer, op verskillende vlakke geïnterpreteer, verfyn, saamgevat, ondersoek vir verbande tussen die temas, in kategorieë gegroepeer en met die literatuur geïntegreer. 'n Saamgestelde kruisgeval-analise is gemaak waartydens gemeenskaplike temas en individuele variasies geïdentifiseer is. Die geïdentifiseerde temas van die verskillende gevalle is met die teorieë, raamwerke en modelle soos in die literatuurhoofstukke bespreek is, geïntegreer. Sodoende is relevansie en idiografie verseker. Elke geval is in 'n ekologiese sisteemraamwerk geplaas volgens individuele (intrapysigiese) faktore, interpersoonlike faktore en wyer gemeenskapsfaktore. Aangesien die adolessent sentraal in verskeie onderling verwante vlakke van sosiale sisteme staan, is 'n verskeidenheid van teorieë en konsepte in die bespreking van die resultate ingesluit. Die bespreking van die resultate is in hoofstuk sewe weergegee.

8.1.6 Navorsingsresultate

Die resultate bevestig dat die impak en beleving van gestremdheid 'n veelvlakkige fenomeen is en dat elke individu unieke betekenis daaraan gee na gelang van persoonlikheidskenmerke, behoeftes, emosionele en sosiale ondersteuning, lewenskontekste en lewenseise (APA, 2011; Connors & Stalker, 2007; Murray, 2006; Olkin, 1999, Watermeyer & Swartz, 2008; Watson, 2012).

Die risiko- en beskermingsfaktore wat met sielkundige weerbaarheid verband hou, is geïdentifiseer en in 'n ekologiese sisteemraamwerk geplaas volgens individuele, interpersoonlike en wyer gemeenskapsfaktore (Daniel & Wassel, 2002; Salkind, 1985) en met die terrein van sielkundige weerbaarheid in verband gebring (Masten, 2007; Sapienza & Masten, 2011).

Die gemeenskaplike temas wat by individuele faktore geïdentifiseer is, is saamgevat en behels onder meer die volgende aspekte: temperament, selfkonsep, ander persoonlike faktore (intrapysiese terrein), 'n positiewe toekomsvisie en oriëntasie. Die faktore is in die studie as gemeenskaplike beskermingsfaktore geïdentifiseer. Die sosiale dinamika in die studie het getoon dat ondersteunende verhoudings en verbondenheid met die onmiddellike gesin en betekenisvolle ander (gesin/familie-terrein), asook portuurgroepondersteuning binne skoolverband (opvoeding en skool-terrein) as beskermingsfaktore tot sielkundige weerbaarheid bydra. Verminderde sosialisering, sosiale isolasie en uitsluiting deur die wyer portuurgroep (portuurgroep- en wyer gemeenskap en kulturele-terrein) is as risikofaktore vir sielkundig weerbaarheid aangedui. Verder is 'n positiewe akademiese selfkonsep as gemeenskaplike tema en beskermingsfaktor in die studie geïdentifiseer (opvoeding en skool-terrein). Die LSOB-skoolsisteem is positief deur die deelnemers ervaar weens die veilige basis, gemeenskaplikheid, doeltreffende onderrig, ondersteunende en positiewe verhoudings en die geleentheid vir deelname aan sport en buitemuurse aktiwiteite.

Die volgende faktore het as temas en risikofaktore vir sielkundige weerbaarheid na vore gekom: vooroordeel, stereotipering en die ervaring om deur ander aangestaar te word. So ook is

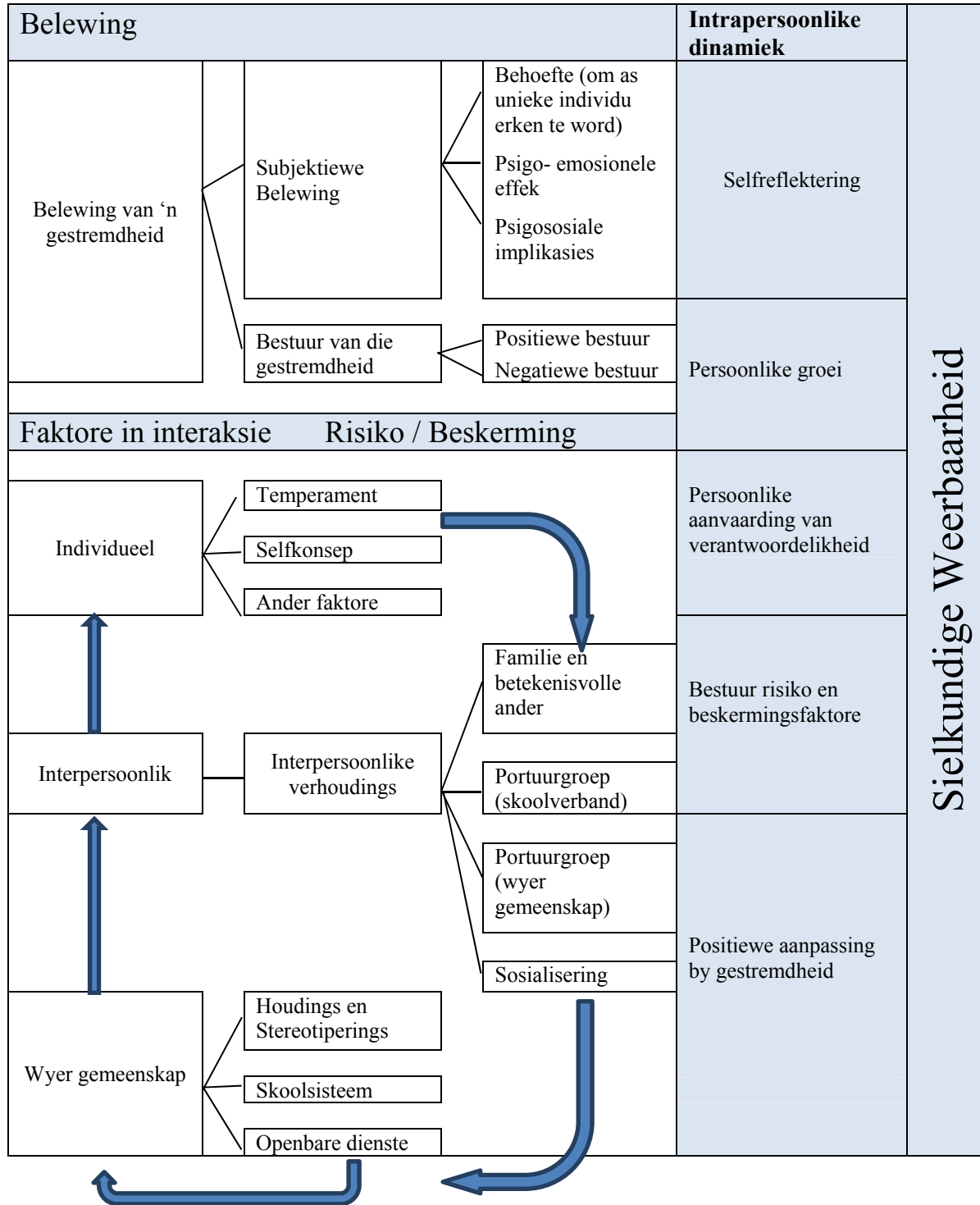
viktimisering en seksuele uitbuiting as individuele temas en risikofaktore vir sielkundige weerbaarheid geïdentifiseer (portuurgroep- en wyer gemeenskaps- en kulturele-terrein). Die praktiese implikasies van 'n ondoeltreffende vervoerstelsel, ontoeganklikheid van geboue en onvoldoende geleentehede en fasiliteite vir ontspanning tot onafhanklikheid, lewenservaring en sosialisering is geopper (wyer gemeenskap en kulturele-terrein). Die resultate ondersteun die literatuur soos bespreek in hoofstuk vier, naamlik dat probleme in die samelewing soms groter probleme vir die persoon met 'n gestremdheid skep as die gestremdheid self.

Dit blyk dus dat sielkundige weerbaarheid 'n interaktiewe proses tussen risiko- en beskermingsfaktore in verskillende sisteme en op verskillende terreine is, dat dit deur die lewensloop kan verander en binne 'n veelvlakkige benadering geïntegreer moet word soos in die literatuur beskryf is (Coleman & Hagell, 2007; Daniel & Wassel, 2002; Goldstein & Brooks, 2006; Masten 2007; McMurray et al., 2008; Sapienza & Masten, 2011).

Die proses van selfrefleksie en persoonlike groei is deur sommige deelnemers as bydraend tot selfaanvaarding en positiewe aanpassing gemeld. Die literatuur verwys na positiewe en ondersteunende verhoudings as kompenserende faktor teen risikofaktore (kompenserende model) (Garmezy et al., 1984; Zimmerman & Arunkumar, 1994). Dit blyk dus dat matige blootstelling aan risiko die potensiaal vir suksesvolle aanpassing versterk deurdat vaardighede vir positiewe aanpassing aangeleer word (uitdagingsmodel) (Garmezy et al., 1984; Zimmerman & Arunkumar, 1994). Sodoende word bevoegdheid versterk en die individu word vir herintegrasie van uitdaging met insig voorberei, met persoonlike groei as resultaat. Verder is positiewe selfmotivering en die aanvaarding van persoonlike verantwoordelikheid ook geïdentifiseer as intrapsigiese proses wat 'n beduidende rol in suksesvolle aanpassing speel.

8.1.7 'n Voorlopige konseptuele prosesmodelstruktuur. Die beleving van gestremdheid en die rol van psigososiale faktore (risiko- en beskermingsfaktore) in die sielkundige weerbaarheid van die adolessent met serebrale gestremdheid

Figuur 21. Die beleving van 'n gestremdheid en die rol van psigososiale faktore (risiko- en beskermingsfaktore) in die sielkundige weerbaarheid van die adolessent met serebrale gestremdheid



Die navorsingsresultate is in 'n voorlopige konseptuele prosesmodelstruktuur saamgevat wat op 'n nieliniêre en siklusgeoriënteerde wyse voorgestel word. In die konseptuele prosesmodel word verskillende prosesse of siklusse saamgegroepeer om 'n spesifieke uitkoms en resultaat weer te gee (Weinstein, Sandman, & Blalock, 2008). Die gemeenskaplike temas van die subjektiewe belewing van 'n gestremdheid en psigososiale faktore in die sielkundige weerbaarheid van die adolessent met serebrale gestremdheid word in die konseptuele modelstruktuur aangedui. Hierdie modelstruktuur is uit die kruisgeval-analise saamgestel en beskryf die onderlinge verwantskap en algemene dinamiek van die belewing van 'n gestremdheid en die rol van psigososiale faktore (risiko- en beskermingsfaktore) in die sielkundige weerbaarheid van die adolessente met serebrale gestremdhede.

Die voorlopige konseptuele prosesmodel is 'n addisionele bydrae van die studie en kan as basis vir verdere navorsing gebruik word. Die navorser beklemtoon die feit dat die resultate as gevolg van die fenomenologiese aard van die studie nie op die groter populasie van toepassing is nie. Alhoewel die resultate ook nie veralgemeen kan word nie, kan dit in opvolgstudies relevant wees.

8.1.7.1 Die subjektiewe belewing van gestremdheid

Die behoefte om as unieke individu erken en behandel te word, staan sentraal in die studie en is deur al die deelnemers as gemeenskaplike tema genoem. 'n Gestremdheid het psigo-emosionele en psigososiale implikasies vir die individu. Watermeyer en Swartz (2008) beskryf die implikasies as die dinamiek van gestremdheid, en die belewing van nie-egte interaksies is in die studie aangedui. Psigo-emosionele en psigososiale effek is waarneembaar wanneer daar 'n stremmende situasie ontstaan weens die optrede van gesinslede, professionele persone en ander persone waarmee die persoon met 'n gestremdheid kontak het (Reeve, 2006; Watermeyer & Swartz, 2008). Die volgende aspekte is deur die deelnemers aangedui: gebrekkige empatie, miskenning van gevoelens, oorsimpatieke reaksies, bejammering, voorkeurbehandeling en bejammering, bevooroordeelde houdings en stereotipering, viktimisasie en sosiale uitsluiting. Subjektiewe belewenis sluit ervarings van “anders wees”, normalisering van die gestremdheid, ervaring van gestremdheid as 'n las, marginalisering van gestremdheid, begeerte om die

gestremdheid te verander en dat daar 'n lewensdoel met gestremdheid is in. Vier van die deelnemers bestuur hulle gestremdheid positief en as 'n integrale deel van hulleself. Twee deelnemers het aangedui dat die gestremdheid negatief bestuur word deur die self as slagoffer van omstandighede te beskou – die gestremdheid word vir intra- en interpersoonlike probleme geblameer.

8.1.7.2 Psigososiale faktore (risiko- en beskermingsfaktore) in die sielkundige weerbaarheid van die adolessent met serebrale gestremdheid

Dit is duidelik dat daar nie uitsluitlik op 'n psigofortigene perspektief gefokus kan word nie. Risiko- en beskermingsfaktore is in veelvlakkige interaksie gewikkel en die individu moet van persoonlike en kontekstuele kragbronne gebruik maak om ouderdomstoepaslik te ontwikkel en positiewe uitkomst te verseker. Soos reeds genoem, moet sielkundige weerbaarheid in 'n holistiese konteks verstaan word (Ungar & Lerner, 2008; Ungar & Liebenberg, 2009). Die fokus van positiewe sielkunde berus hoofsaaklik op die volgende areas van die menslike ervaringsveld, naamlik die subjektiewe vlak, individuele en groepsvlak (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Die individuele, interpersoonlike en wyer gemeenskapsstelsel is in interaksie in die komplekse ontwikkeling en positiewe aanpassingsproses. Die risiko- en beskermingsfaktore word ook binne hierdie drie dimensies geplaas (Coleman & Hagell, 2007; Garnezy & Rutter, 1983; Luthar, 2006; McMurray et al., 2008).

8.1.7.2.1 Individuele faktore

Die volgende faktore is by die individuele stelsel geïdentifiseer: temperament, selfkonsep en ander faktore. Temperamentsfaktore is onder meer selfbewustheid, alleenheid eensaamheid en verveeldheid (risikofaktore), deursettingsvermoë, optimisme en 'n positiewe lewensingesteldheid (beskermingsfaktore). Vier deelnemers het getoon dat hulle positief oor hulleself voel en vyf deelnemers het 'n positiewe akademiese selfkonsep aangedui. Die ander faktore wat geïdentifiseer is, is onder meer 'n positiewe toekomsvisie en oriëntasie, en betekenisgewing deur godsdiens en geloof. Volgens McNulty en Fincham (2011) moet daar wegbeweeg word van die geneigtheid om eienskappe en prosesse as inherent positief of negatief te etiketteer en moet eerder

bepaal word watter faktore die individue in hulle spesifieke omstandighede en interpersoonlike konteks met welstand vereenselwig.

8.1.7.2.2 Interpersoonlike faktore

Die resultate in die studie dui daarop dat ondersteunende verhoudings en verbondenheid met die ouers, onmiddellike gesinslede, familielede en betekenisvolle ander persone as beskermingsfaktor 'n beduidende rol in sielkundige weerbaarheid speel. Verder dra die ouerskapstyl (oorbeskermend, positief) by tot die emansipasie en onafhanklikheid van die adolessent met serebrale gestremdheid, en portuurgroepverhoudings (in LSOB-skoolverband) is as beskermingsfaktor deur al die deelnemers geïdentifiseer. Die dinamiek van gemeenskaplikheid, emosionele ondersteuning en positiewe vriendskapsverhoudings is dus 'n onlosmaaklike komponent van sielkundige weerbaarheid.

Verminderde en beperkte sosialisering, sosiale isolasie en uitsluiting het as gemeenskaplike risikofaktor na vore gekom. Die integrasie en sosialisering met die portuurgroep in die wyer sosiale gemeenskap blyk problematies te wees en dra by tot die marginalisering van 'n persoon met 'n gestremdheid.

8.1.7.2.3 Wyer gemeenskapsfaktore

Bevooroordeelde houdings en stereotipering teenoor die persoon met 'n gestremdheid, asook die ervaring dat 'n persoon met 'n gestremdheid aangestaar word, is as risikofaktore vir suksesvolle aanpassing en sielkundige weerbaarheid geïdentifiseer. Stereotipering en die siening dat 'n persoon met 'n gestremdheid minder intelligent en onbekwaam is, kan tot sosiale isolasie lei. Een deelnemer het verminderde beroepsgeleenthede en negatiewe verwagtinge van 'n persoon met 'n gestremdheid se bevoegdheid in die beroepswêreld as risikofaktor uitgesonder. Seksuele uitbuiting en misbruik is ook as individuele tema deur een van die deelnemers uitgelig. Hierdie resultate ondersteun die literatuur soos bespreek in hoofstuk 4.2.3 dat probleme in die samelewing soms groter probleme vir die persoon met 'n gestremdheid skep as die gestremdheid self.

Colver (2008) beweer dat die behoefte om kinders met gestremdhede ten volle in die samelewing te integreer 'n houdingsverandering noodsaak en dat die sosiale en opvoedkundige beleid die eendersheid en die kinders se regte moet erken eerder as om op die gestremdheid te fokus. Die positiewe motivering van volwasse rolmodelle wat ten spyte van 'n gestremdheid suksesvol aangepas het, is deur twee deelnemers gemeld.

Al die deelnemers het die LSOB-skoolsisteem op grond van die veilige basis, gemeenskaplikheid, doeltreffende onderrig, ondersteunende en positiewe verhoudings en die geleentheid vir deelname aan sport en buitemuurse bedrywighede as beskermingsfaktor gemeld. Tog is die leerders steeds nie sosiaal en akademies in die wyer gemeenskap geïntegreer nie.

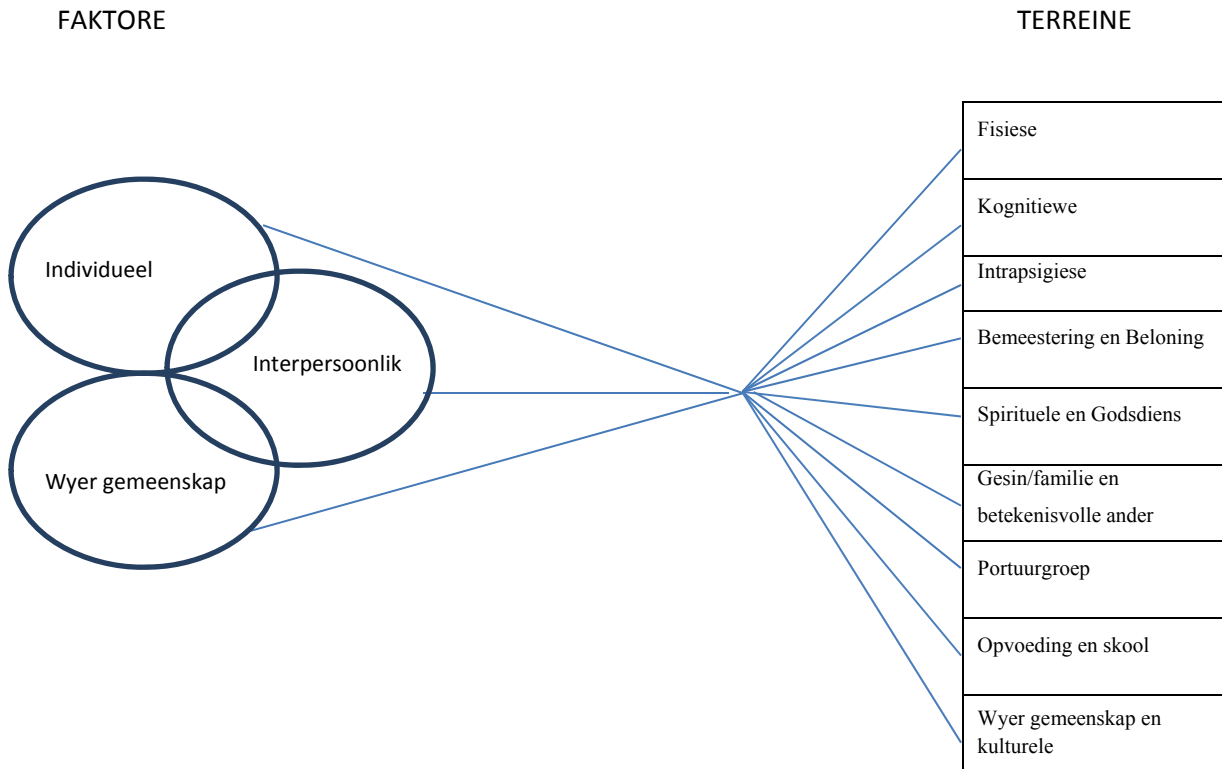
Die praktiese implikasie van gebrekkige openbare dienste (vervoerstelsel, ontoeganklikheid van geboue) op die onafhanklikheid en sosialisering van die persoon met 'n gestremdheid is ook aangeroer.

8.1.7.3 Intrapersoonlike dinamiek

Die proses van selfrefleksie en persoonlike groei lei tot selfbegrip en selfaanvaarding. Die aanvaarding van persoonlike verantwoordelikheid vir die aanpassing by die gestremdheid en sosiale omgewing dra tot die positiewe bestuur van 'n gestremdheid by. Risiko- en beskermingsfaktore moet bestuur word om sielkundige weerbaarheid te bevorder. Die resultate toon dat die bestuur van die faktore volgens die kompenserende model en die uitdagingsmodel plaasvind en dat intrapersoonlike dinamiek tot sielkundige weerbaarheid en suksesvolle aanpassing lei. Daar is nie 'n eenvormige verloop tussen die individuele, interpersoonlike en wyer gemeenskapsisteem nie; dus moet die sisteme integreer word om die bereiking van volwassenheid aan te dui (Newman & Newman, 2003). Menslike ontwikkeling is 'n lewenslange en dinamiese proses gesetel in die aksies van die individu, sosiale strukture en die omgewing (Schoon, 2006).

8.1.7.4 Terreine van sielkundige weerbaarheid (veelvlakkige integrasie)

Figuur 22. Psigo-Sosiale faktore en terreine van sielkundige weerbaarheid (veelvlakkige integrasie)



Sielkundige weerbaarheid is 'n fenomeen wat terreinspesifiek kan wees, soos aangedui in bostaande figuur. Individue toon positiewe en negatiewe aanpassings oor verskillende terreine. Navorsers wys daarop dat sogenaamde risikokinders oor merkbare sterktes in sekere terreine beskik en terselfdertyd meer kwesbaarheid in ander terreine openbaar. Sielkundige weerbaarheid kan ook in spesifieke terreine waargeneem word, byvoorbeeld opvoedkundige sielkundige weerbaarheid, intrapsigiese sielkundige weerbaarheid of psigososiale sielkundige weerbaarheid (Denny et al., 2004; Luthar et al., 1993; Tusaie et al., 2007). Die volgende terreine van sielkundige weerbaarheid is uit die bevindinge van die studie en literatuur soos bespreek in 2.3.6 geïdentifiseer:

Fisiese terrein: Gesondheid-, stres-, biologiese sisteem.

Kognitiewe terrein: Intelligensie, emosionele intelligensie, uitvoerende funksie (selfregulerende vaardighede), beplannings- en probleemoplossingsvaardighede.

Intrapsigiese terrein: Realistiese selfkonsep, selfagting en selfdoeltreffendheid, empatie en altruïsme, temperament en karaktereenskappe, vermoë om gratifikasie uit te stel, responsinhibering, talente en belangstellings, en positiewe toekomsaspirasie en oriëntering.

Bemeestering en beloning-terrein: Prestasie en motivering.

Spirituele en godsdiens-terrein: Geloof, hoop, spiritualiteit, siening dat die lewe betekenisvol is, gebed, meditasie, ondersteuning van die gelowige gemeenskap en religieuse rituele.

Gesin/familie en betekenisvolle ander terrein: Positiewe verhoudings, gehegtheid en verbondenheid, kohesie, doeltreffende ouerskap en sorg (warmte, aanmoediging, geloof in die kind), veilige basis (rituele en roetine), verhoudings met die sibbe en materiële hulpbronne.

Portuurgroep-terrein: Positiewe verhoudings en verbondenheid, positiewe portuurgroep-netwerke, vriendskap en romantiese verhoudings en sosialisering.

Opvoeding en skool-terrein: Verbondenheid met persone in skoolverband, geleentheid vir opvoeding en leer, bemeestering, sosialiseringseleentede (volwassenes en portuurgroep), deelname aan sport en buitemuurse aktiwiteite, en 'n positiewe skoolklimaat.

Wyer gemeenskaps- en kulturele-terrein: Geleentheid vir bemeestering van die omgewing, positiewe verhoudings met volwassenes en portuurgroep, kollektiewe gemeenskapdoeltreffendheid, kulturele roetines en rituele, verbondenheid met organisasie met prososiale waarde, positiewe rolmodelle, buitemuurse bedrywighede en doeltreffende openbare dienste.

8.2 IMPLIKASIE EN WAARDE VAN DIE BEVINDINGE

Die waarde van die studie is in die deeglike ondersoek na die subjektiewe belewing van gestremdheid geleë. Die klem van positiewe sielkunde is op die positiewe aspekte wat suksesvolle aanpassing ondersoek en daar is gevind dat bestaande studies nie die selfbelewing en selfrapportering van persone met 'n gestremdheid reflekteer nie (Reeve, 2006; Singh & Ghai, 2009; Stalker, 2012; Tisdall, 2012; Watermeyer & Swartz, 2008; Watson 2012). Die studie kan dus bydra tot kennis in die samelewing oor die impak van gestremdheid op 'n persoon se lewe. Dit kan bydra om persone met 'n gestremdheid se stem te hoor en om sodoende nuwe insig te

kry in die wyse waarop hulle betekenis aan die gestremdheid gee, die gestremdheid bestuur en 'n sosiale fisies en emosionele struikelblokke oorkom.

Verdere waarde van die bevindinge lê daarin dat 'n poging aangewend is om vanuit die adolessent met 'n serebrale gestremdheid se eie perspektief lig te werp op die belewing van gestremdheid en die faktore wat 'n rol in sielkundige weerbaarheid speel. Hierdie kennis kan weer bydra tot die integrasie van die adolessent met 'n gestremdheid in die wyer gemeenskap deur die gemeenskap bewus te maak van die problematiek en dinamiek van gestremdheid. Dit kan 'n verandering by die wyer publiek te weeg bring ten opsigte van die regte van die persone met gestremdhede rakende toeganklikheid, rehabilitasie, deelname en gelykheid en sodoende die uitsluiting van diskriminasie in werking stel. Gestremdheid stel etiese en morele uitdagings aan die gemeenskap en professionele dienste. Oplossings is dus deels geleë in die verwydering van sosiale en omgewingstruikelblokke ten einde sosiale, fisiese, beroeps- en spirituele deelname van die persoon met 'n gestremdheid te verseker (Gilson & Depoy, 2000).

Kennis omtrent hierdie aspekte kan die leemte vul in bestaande navorsing met betrekking tot die onderlinge verwantskap tussen die persoon met 'n gestremdheid se liggaamlike funksionering en die breër sosiokulturele waardes en praktyke (Edwards & Imrie, 2003; Watson, 2012). Reeve (2006) is van mening dat gestremdheid nie langer uitsluitlik die domein van rehabilitasie en patologie moet wees nie, maar dat dit in die opleidingsprogram van hoofstroomsielkunde ingesluit moet word. Strukturele, psigo-emosionele, sosiale en verhoudingsdimensies van gestremdheid moet gedefinieer word en by die opleiding ingesluit word. Die kennis kan ook tot verbeterde hulpverlening, ondersteuning en begrip vir die persoon met 'n gestremdheid bydra.

Hierdie studie kan 'n beduidende rol speel om begrip te skep vir adolessente met serebrale gestremdhede se subjektiewe belewing van hulle gestremdhede en sielkundige weerstandsbronne. Kennis in hierdie verband kan verbreed word en die sielkundige teorie kan uitgebou word wat op sy beurt verbeterde intervensie, hulpverlening en psigoterapie tot gevolg kan hê. Sodoende kan die adolessent met serebrale gestremdheid doelgerig ondersteun word om sekere vaardighede te ontwikkel.

Die navorsing kan verder dien as 'n loodsstudie vir programme, asook psigoterapie, ter bevordering van sielkundige weerbaarheid by die adolessent met serebrale gestremdheid.

8.3 STERKTES VAN DIE STUDIE

Die vernaamste sterkte van die studie is geleë in die fenomenologiese benadering wat gevolg is. Hierdie metode het die navorser in staat gestel om diepgaande inligting oor die subjektiewe belewing van adolessente met serebrale gestremdhede in 'n Suid-Afrikaanse konteks te bekom. Sekere onderwerpe het tydens die onderhoude aandag geniet, maar die deelnemers was nie beperk tot die onderwerpe nie en kon uitbrei en hulle eie bydrae lewer.

'n Verder sterkte is dat deelnemers geselekteer is deur die veranderlikes van geslag en kultuur in ag te neem om te verhoed dat slegs een geslag of kultuurgroep ingesluit word. Deelnemers moes ook oor die vermoë beskik om onafhanklik te kommunikeer en hulleself logies en verstaanbaar uit te druk. Beide die tipes serebrale gestremdhede van diplegie en hemiplegie is ingesluit met die graad van gestremdheid wat wissel van matig tot lig. Die feit dat die navorser werksaam is by die skool waar die studie uitgevoer is en die leerders aan haar bekend is, het gemaklike en openlike kommunikasie oor die gestremdheid gefasiliteer. Die konseptuele prosesmodel wat op die bevindinge van die navorsing gegrond is, vorm nie deel van die data-analise nie, maar is slegs 'n sekondêre uitvloeisel van die studie wat as 'n verdere sterkte kan dien.

8.4 BEPERKINGE VAN DIE STUDIE

Daar is beperkinge inherent aan die studie se omvang, metodologiese aspekte en praktiese realiteite. Die klein ondersoekgroep wat in die studie gebruik is, beperk die mate waarin die bevindinge en resultate veralgemeen kan word. Die ondersoekgroep het egter min deelnemers ingesluit met die doel om diepgaande inligting in te win en om op kwalitatiewe inligting eerder as kwantitatiewe inligting te fokus. Die konseptuele modelle soos aangebied in 8.1.7 en 8.1.7.4 het slegs as 'n konseptuele struktuur gedien ten einde betekenis tuis te bring en is nie empiries geverifieer nie.

Die studie fokus slegs op die adolessent met serebrale gestremdhede se persepsies en subjektiewe beleving en sluit nie die ouers, sibbe, onderwysers en niegestremde portuurgroep se menings in nie. Die studie het nie deelnemers met ander tipes fisiese gestremdhede ingesluit of serebrale gestremdhede wat fisies ernstiger aangetas is nie. Die ondersoek van adolessente se beleving om met ander tipes gestremdhede saam te leef, kan lig werp op die gemeenskaplike, sowel as die unieke beleving, van ander tipes gestremdhede.

8.5 AANBEVELINGS VIR VERDERE NAVORSING

Op grond van die bevindinge en die tekortkominge van die studie kan verskeie aanbevelings gemaak word. Waar die beleving van die adolessent met 'n serebrale gestremdhede in die studie ondersoek is, kan verdere navorsing die stem van betekenisvolle ander (ouers, sibbe, onderwysers en die portuurgroep) insluit om die data te versterk. Dit kan kennis en begrip verbreed en die hulpverlening aan persone met gestremdhede verbeter.

Verder kan 'n groter ondersoekgroep geselekteer word ten einde die bevindinge te veralgemeen en die relevansie van die voorlopige konseptuele prosesmodel, soos afgelei uit die studie, te verifieer. Gestremdhede is nie meer die uitsluitlike domein van rehabilitasie en psigopatologie nie en daar word aanbeveel dat dit in die opleidingsprogram van hoofstroomsielkunde ingesluit word ten einde die diversiteit van opleiding te verbeter.

Die studie het aangedui dat 'n gestremdhede 'n psigososiale en psigo-emosionele impak op die individu het. Daar word dus aanbeveel dat 'n teorie met betrekking tot die definiëring van die psigososiale en psigo-emosionele dimensies in toekomstige navorsing ontwikkel word. Sosiale uitsluiting, isolasie en verminderde sosialisering is as struikelblokke tot suksesvolle aanpassing gemeld; dus kan verdere navorsing fokus op die fisiese en strukturele struikelblokke wat tot die sosiale uitsluiting lei.

Sommige leerders met serebrale gestremdhede woon wel hoofstroomskole by, waaruit verdere ondersoek na die leerders se beleving gedoen kan word. Die huidige modelle van gestremdhede reflekteer nie die beleving van gestremdhede en die wyse waarop 'n persoon met 'n

gestremdheid in die alledaagse lewe geïntegreer word nie. Dus kan verdere navorsing op die gebied gedoen word.

Die bestaande modelle oor sielkundige weerbaarheid kan uitgebrei word om die bevordering van bevoegdheid en welstand in te sluit, asook die komplekse interaksie tussen verskeie sisteme vanaf die molekulêre tot die globale vlak van die individu. Daar bestaan ook geen eenvormige definisie van psigososiale welstand nie. Verdere navorsing kan dus fokus op die definiëring en meting van welstand en die bepaling van eienskappe wat met psigososiale welstand verband hou, asook die funksionering van die persoon met 'n gestremdheid in die wyer gemeenskap.

'n Program vir die verbetering van sosiale vaardighede wat spesifiek op die kind met serebrale gestremdheid fokus, kan ontwikkel word. Soos aangedui in die navorsing ondervind die kinders spesifieke verwante en sekondêre probleme wat in die samestelling van 'n program in ag geneem moet word. Die interaksie tussen die portuurgroep met 'n gestremdheid en die niegestremde portuurgroep is belangrik ten einde die stereotipering en vooroordeel teenoor 'n persoon met 'n gestremdheid te ondersoek.

8.6 SAMEVATTING

Uit bogenoemde bespreking van die navorsingsresultate, insluitende die literatuuroorsig, is dit duidelik dat die studie 'n bydrae lewer tot die refleksie van die subjektiewe belewing en selfrapportering van die persoon met 'n gestremdheid. Die belangrikheid dat die samelewing bewus gemaak moet word van die impak van 'n gestremdheid op die individu se lewe en die ondersoek na die deurliefde werklikheid van 'n gestremdheid is as leemte in bestaande navorsing aangedui.

Die navorser is van mening dat die studie, ten spyte van die beperkinge soos beskryf, van waarde is. Die studie was 'n uitgebreide en verrykende proses en die hoop word uitgespreek dat die resultate en uitkomst 'n positiewe rol sal speel om begrip vir en suksesvolle aanpassing van die adolescent met serebrale gestremdheid in die wyer gemeenskap te bevorder.

BRONNELYS

- Adams, G.R., & Marshall, S.K. (1996, Oct). A developmental social psychology of identity: understanding the person in context. *Journal of Adolescence*, 19(5), 429-442. doi:10.1006/jado.1996.0041
- Adams, J., Swain, J., & Clark, J. (2000). What's so special? Teachers' models and their realization in practice in segregated schools. *Disability & Society*, 15(2), 233-245. doi:10.1080/09687590025658
- Adamson, L. (2003, Sept-Oct). Self-image, adolescence, and disability. *The American Journal of Occupational Therapy*, 57(5), 578-581. doi:10.5014/ajot.57.5.578
- Adde, L., Helbostad, J.L., Jensenius, A.R., Taraldsen, G., Grunewaldt, K.H., Stoen, R. (2010, Aug.). Early prediction of cerebral palsy by computer-based video analysis of general movements: a feasibility study. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 52(8), 773-778. doi:10.1111/j.1469-8749.2010.03629.x
- Albrecht, G.L., & Devlieger, P.J. (1999, April). The disability paradox: high quality of life against all odds. *Social Science & Medicine*, 48(8), 977-988. doi:10.1016/S0277.9536(98)00411.0
- Allen, M.C. (2008, April). Neurodevelopmental outcomes of preterm infants. *Current Opinion in Neurology*, 21(2), 123-128. doi:10.1097/WCO.0b013e3282f88bb4
- Alriksson-Schmidt, A.I., Wallander, J., & Biasini, F. (2006). Quality of life and resilience in adolescents with a mobility disability. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(3), 370-379. doi:10.1093/jpepsy/jsl002
- Anderson, E.M., & Clarke, L. (1982). *Disability in adolescence*. London: Methuen.
- Antle, B.J., Mills, W., Steele, C., Kalnins, I., & Rossen, B., (2008, March). An exploratory study of parents' approaches to health promotion in families of adolescents with physical disabilities. *Child: Care, Health & Development*, 43(2), 185-193. doi:10.1111/j.1365-2214.2007.00782.x

- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- APA. (2012, Jan). Guidelines for assessment of and intervention with persons with disabilities. *American Psychologist*, 76(1), 43-62. doi:10.1037/a0025892
- Aran, A., Shalev, R.S., Biran, G., Gross-Tsur, V. (2007, Jul.). Parenting style impacts on quality of life in children with cerebral palsy. *Journal of Pediatrics*, 151(1), 56-60. doi:10.1016/j.jpeds.2007.02.011
- Asgharizadeh, E., Afshari, J., Ghasemi, R., & Hadadi, N. (2011). Identification and prioritization of bio-psychosocial factors affecting sport participation of adults with cerebral palsy by using group analytic hierarchy process. *American Journal of Scientific Research*, 31, 107-115. URL:<http://www.euro.com/ajsr.htm>
- Ayrault, E.W. (2001). *Beyond a physical disability. The person within – A practical guide*. New York: Continuum.
- Bax, M.C.O., Flodmark, O., & Tydeman, C. (2007). From syndrome towards disease. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 49(Suppl. 109), 39-42. doi:10.1111/j.1469-8749.2007.tb12627.x
- Bax, M., Goldstein, M., Rosenbaum, P., Leviton, A., & Paneth, N., Dan, B., Damiano, D; Executive Committee for the Definition of Cerebral Palsy. (2005, Aug). Proposed definition and classification of cerebral palsy. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 47(8), 571-576. doi:<http://dx.doi.org/10.1017/S001216220500112X>
- Beauchamp-Pryor, K., (2011, Jan.). Impairment, cure and identity: 'where do I fit in?' *Disability & Society*, 26(1), 5-17. doi:10.1080/09687599.2011.529662
- Beaver, B.R. (2008). A positive approach to children's internalizing problems. *Professional Psychology Research and Practice*, 39(2), 129-136. doi:10.1037/0735-7028.39.2.129
- Bhaskar, R., & Danermark, B. (2006). Metatheory, interdisciplinarity and disability research: A critical realist perspective. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 8(4), 278-297. doi:10.1080/15017410600914329

- Bichenbach, J., Chatterji, S., Badley, E., & Ustün, T. (1999, May.). Models of disablement, universalism and the international classification of impairments, disabilities and handicaps (ICIDH), *Social Science and Medicine*, 48(9), 1173-1187. doi:10.1016/S0277-9536(98)00441-9
- Biggerstaf, D. & Thompson, A.R. (2008). Interpretative Phenomenological Analysis (IPA): A qualitative methodology of choice in healthcare research. *Qualitative Research in Psychology*, 5(3), 214-223. doi:10.1080/14780880802314304
- Bleck, E.E. (1982). Cerebral palsy. In E.E. Bleck, & D.A. Nagel (Eds). *Physically handicapped children: A medical atlas for teachers*. (pp.59-132). New York: Grune & Stratton.
- Blum, R.W., Resnick, M.D., Nelson, R., & St Germaine, A. (1991, August). Family and peer issues among adolescents with spina bifida and cerebral palsy. *Pediatrics*, 88(2), 280-285. Retrieved from <http://pediatrics.aappublications.org/content/88/2/280.short>
- Bolger, K.E., & Patterson, C.J. (2003). Sequelae of child maltreatment: Vulnerability and resilience. In S.S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities* (pp.156-181). New York: Cambridge University Press.
- Booth, T., & Booth, W., (1998). Risk, resilience and competence: Parents with learning disabilities and their children. In R. Jenkins (Ed.). *Questions of competence. Culture classifications and intellectual ability* (pp. 76-101). New York: Cambridge University Press.
- Botha, K. (2007, August). *Positive psychology and the dynamics of healthy self-regulation*. Paper presented at Vista Clinic. Continuing Professional Development. 3 August, 2007. Pretoria. South Africa.
- Bourke, S., & Burgman, I. (2010, May). Coping with bullying in Australian schools: how children with disabilities experience support from friend, parents and teachers. *Disability & Society*, 25(3), 359-371. doi:10.1080/09687591003701264

- Brocki, J.M., & Wearden, A.J. (2006, February). A critical evaluation of the use of interpretative phenomenological analysis (IPA) in health psychology. *Psychology and Health, 21*(1), 87-108. doi:10.1080/14768320500230185
- Brody, G.H. (2004, June). Siblings' direct and indirect contributions to child development. *Current Directions in Psychological Science, 13*(3), 124-126. doi:10.1111/j.0963-7214.2004.00289.x
- Bronfenbrenner, U. (1980). Ecology of childhood. *School Psychology Review, 9*(4), 294-297. URL: <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1981-27956-001>
- Bronfenbrenner, U. (1977, July). Towards an experimental ecology of human development. *American Psychologist, 32*(7), 513-531. doi:10.1037//0003-066X.32.7.513
- Brook, J.S., & Brook, D.W. (1990, May). The psychosocial etiology of adolescent drug use: A family interactional approach. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs, 116*(2), 111-267. URL:<http://psycnet.apa.org/psycinfo/1990-28173-001>
- Bynner, J. (2001, Nov.). Childhood risks and protective factors in social exclusion. *Children and Society, 15*(5), 285-301. doi:10.1002/chi.681
- Cans, C., Dolk, H., Platt, M.D., Colver, A., Prasauskiene, M., & Krägeloh-Man, M.D. (2007). Recommendations from the SCPE collaborative group for defining and classifying cerebral palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology, 49*(Suppl. 109), 35-38. doi:10.1111/j.1469-8749.2007.tb12626.x
- Carpenter, J., & McConkey, R. (2012). Disabled children's voices: The nature and role of future empirical enquiry. *Children & Society, 26*(3). 251-261. doi:10.1111/j.1099-0860.2012.00438.x
- Cerebral Palsy. (2001, July). *Hope through research. Science for the brain*. Retrieved from http://www.ninds.nih.gov/health_and_medical/pubs/cerebral_palsyhtr.htm
- Cheng, M.M., & Udry, J.R. (2002, July). Sexual behaviors of physically disabled adolescents in the United States. *Journal of Adolescent Health, 31*(1), 48-58. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S1054-139X\(01\)00400-1](http://dx.doi.org/10.1016/S1054-139X(01)00400-1)

- Christiansen, J., Christiansen, J.L., & Howard, M. (1997). Using protective factors to enhance resilience and school success for at risk students. *Intervention in School and Clinic*, 33(2), 86-89. doi:10.1177/105345129703300203
- Cicchetti, D. (2010, Oct.). Resilience under conditions of extreme stress: A multilevel perspective. *World Psychiatry*, 9(3), 145-154. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2948722/>
- Cicchetti, D. (2002, Sept-Dec). The impact of social experience on neurobiological systems: Illustration from a constructive view of child maltreatment. *Cognitive Development*, 17(3-4), 1407-1428. doi:http://dx.doi.org/10.1016/S0885-2014(02)00121-1
- Cicchetti, D., & Walker, E. (Eds). (2003). Neurodevelopmental mechanisms in psychopathology. New York: Cambridge University Press.
- Cogher, L., Savage, E., & Smith, M.F. (Eds). (1992). *Cerebral palsy. The child and young person*. London: Chapman & Hall Medical.
- Cohen, E., Biran, G., Aran, A., Gross-Tsur, V. (2008, June). Locus of control, perceived parenting style and anxiety in children with cerebral palsy. *Journal of Development and Physical Disability*, 20(5), 415-423. doi:10.1007/s10882-008-9106-8
- Coleman, J. & Haggell, A. (2007). The nature of risk and resilience in adolescence. In J. Coleman & A Haggell (Eds). *Adolescence, risk and resilience. Against the odds*. (pp. 1-16). West Sussex: John Wiley & Sons.
- Colver, A., (2008, September). Measuring quality of life in studies of disabled children. *Paediatrics and Child Health*, 18(9), 423-426. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.paed.2008.05.011
- Colvert, E., Rutter.M., Beckett, C., Castle, J., Groothues, C., Hawkins, A., Sonuga- Barke, E.J. (2008, March). Emotional difficulties in early adolescence following severe deprivation: Findings from the English and Romanian adoptees study. *Development and Psychopathology*, 20(2), 547-567. doi:10.1017/S0954579408000278
- Compton, W.C. (2005). *An introduction to positive psychology*. Belmont, USA: Wadsworth.

- Connors, C., & Stalker, K. (2007, Jan.). Children's experiences of disability: pointers to a social model of childhood disability. *Disability and Society*, 22(1), 19-33. doi:10.1080/09687590601056162
- Côté, J.E. (1996). A multidimensional analysis. In G.R. Adams, R. Montemayor, & T.R. Gullotta (Eds). *Psychosocial development during adolescence. Progress in developmental contextualism. Advances in adolescent development. An annual book series. Volume 8* (pp.130-180). London: Sage.
- CPS (Canadian Paediatric Society) (2006). Care of adolescents with chronic conditions. Adolescent health committee. *Paediatric Child Health*. 11(1), 43-48. Retrieved from <http://www.cps.ca/english/statements/AM/ah0601.htm>
- Creswell, J.W. (1994). *Research design: Qualitative and quantitative approaches*. London: Sage.
- Cruickshank, W.M. (Ed.) (1976). *Cerebral palsy: A developmental disability* Syracuse, NJ: Syracuse University Press.
- Cummins, A., Piek, J.P., & Dyck, M.J. (2005, July). Motor coordination, empathy, and social behaviour in school-aged children. *Developmental medicine and Child Neurology*, 47(7), 437-442. doi:http://dx.doi.org/10.1017/S001216220500085X
- Daniel, B. & Wassell, S. (2002). *Adolescence. Assessing and promoting resilience in vulnerable children 3*. London: Jessica Kingsley.
- Davis, J.M., & Watson, N. (2001). Where are the children's experiences? Analysing social and cultural exclusion in 'special' and 'mainstream' schools. *Disability & Society*, 16(5), 671-687. doi:10.1080/09687590120070060
- De Bellis, M.D., & Kuchibhatla, M. (2006, Oct). Cerebellar volumes in paediatric maltreatment-related posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, 60(7), 697-703. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.04.035
- Denny, S., Fleming, T., Clark, T.C., & Wall, M. (2004). Emotional resilience: Risk and protective factors for depression among alternative education students in New Zealand. *American Journal of Orthopsychiatry*, 74(2). 137-149. doi:10.1037/0002-9432.74.2.137

- Denzin, N.K., & Lincoln, Y.S. (2008). *The landscape of qualitative research* (3rd ed.). London: Sage.
- Department of Education. (2001, July). *Education White Paper 6. Special needs education. Building an inclusive education and training system*. Retrieved from <http://www.info.gov.za/whitepapers/2001/educ6.pdf>
- De Vos, A.S., & Van Zyl, C.G. (2001). The grounded theory methodology. In A.S de Vos (Ed.), *Research at grass roots: A primer for the caring professions* (3rd ed.). (pp.265-276). Pretoria, South Africa: Van Schaik.
- Dickinson, H.O., Parkinson, K.N., Ravens-Sieberer, U., Schirripa, G., Thyen, U., Arnaud, C., Colver, A.F. (2007, June) Self reported quality of life of 8-12 year old children with cerebral palsy: a cross-sectional European study. *The Lancet*, 369(9580), 2171-2178. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17604799>
- Diener, E. (2000, January). Subjective Well-Being. The science of happiness and a proposal for a National Index. *American Psychologist*, 55(1), 34-43. doi:10.1037//0003-066X.55.1.34
- Diez, A.M. (2010, March). School memories of young people with disabilities: an analysis of barriers and aids to inclusion. *Disability and Society*, 25(2), 163-175. doi:10.1080/09687590903534346
- Donkervoort, M., Roebroek, M., Wiegerink, D., Van der Heijden-Maessen, H., Stam, H., & The transition research group South West Netherlands. (2007, March). Determinants of adolescents and young adults with cerebral palsy. *Disability and Rehabilitation*, 29(6), 453-463. doi:10.1080/09638280600836018
- Donna Falvo, R.N. (2005). *Medical and psychosocial aspects of chronic illness and disability* (3rd ed.). London: Jones & Bartlett.
- DPSA (Disabled People South Africa), (2000, December). *Pocket guide on disability equity. An empowerment tool. In support of the Africa decade of disabled persons 1st of January 1999 – 31st of December 2009* (5th ed.). Cape Town: DSA Parliamentary Office. Retrieved from http://www.dpe.gov.za/documents_pocketguide.htm

- Eaker, D.G., Walters, L.H. (2002, December). Adolescent satisfaction in family rituals and psychosocial development. A developmental systems theory perspective. *Journal of Family Psychology, 16*(4), 406-414. doi:10.1037/0893-3200.16.4.406
- Edwards, C., & Imrie, R. (2003). Disability and bodies as bearers of value. *Sociology, 37*(2), 293-256. doi:10.1177/0038038503037002002
- Elder, G.H. (1998, Feb.). The life course as developmental theory. *Child Development, 69*(1), 1-12. doi: 10.1111/j.1467-8624.1998.tb06128.x
- Elliott, R., Fischer, C.T., & Rennie, D.L. (1999, Sept.). Evolving guidelines for publication of qualitative research studies in psychology and related fields. *British Journal of Clinical Psychology, 38*, 215-229. doi:10.1348/014466599162782
- Ellis, C.S., & Bochner, A. (2000). Autoethnography, personal narrative, reflexivity: Researcher as subject. In N. Denzin, & Y Lincoln (Eds). *The handbook of qualitative research* (pp. 733-768). London: Sage.
- Emerson, E. (2012, May). Understanding disabled childhoods: What can we learn from population-based studies? *Children & Society, 26*(3), 214-222. doi:10.1111/j.1099-0860.2012.00434.x
- Engelbrecht, C.S., Green, L., Naicker, S., & Engelbrecht, L. (1999). *Inclusive education in action in South Africa*. Pretoria: Van Schaik.
- Engelbrecht, C.S., Kok, J.C., & Van Biljon, S.S. (1990). *Volwassewording*. Durban: Butterworth.
- Erikson, E.H. (1968). *Identity. Youth and crisis*. London: Faber & Faber.
- Erikson, E.H. (1959). *Psychological issues. Volume 1. Number 1. Identity and the life cycle. Selected papers by Erik. H. Erikson with a historical introduction by Dave Rapaport*. New York: International Universities.

- Fergus, S., & Zimmerman, M.A. (2005). Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annual Review of Public Health, 26*(3), 399-419. doi:10.1146/annurev.publhealth.26.021304.144357
- Finlay, L. (2009). Debating phenomenological research methods. *Phenomenology & Practice, 3*(1), 6-25. Retrieved from <http://www.phandpr.org/index.php/pandp/article/download/40/80>
- Finlay, L. (2008). A dance between the reduction and reflexivity: Explicating the “phenomenological psychological attitude”. *Journal of Phenomenological Psychology, 39*(1), 1-32. doi:http://dx.doi.org/10.1163/156916208X311601
- Fleming, J., & Ledogar, R.J. (2008). Resilience, an evolving concept: A review of literature relevant to Aboriginal research. *A Journal of Aboriginal and Indigenous Community Health, 6*(2), 7-23. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2956753/>
- Flodmark, O. (2007, Feb.). The brain imaging perspective. *Developmental Medicine & Child Neurology, 49* (Suppl.109), 18-19. doi:10.1111/j.1469-8749.2007.tb12614.x
- Flynt, S., & Morton, R.C. (2004, December). Bullying and children with disabilities. *Journal of Instructional Psychology, 31*(4). 330-333. Retrieved from <http://www.worldcat.org/journal-of-instructional-psychology/606225> (ISSN:0094-1956)
- Fox, M. (2002, March.). The self-esteem of children with physical disabilities. A review of the research. *Journal of Research in Special Educational Needs, 2*(1), 1-8. doi:10.1111/j.1471-3802.2002.00153.x
- Frederickson, B.L. (2002). Positive emotions. In C.R. Snyder & S.J. Lopez (Eds). *The handbook of positive psychology* (pp.120-134). New York: Oxford University Press.
- Friedman, E.M., & Ryff, C.D. (2012). Living well with medical comorbidities: A biopsychosocial perspective. *The Journal Of Gerontology Series B: Psychological and Social Sciences*. doi:10.1093/geronb/gbr152.

- Gable, S.L., & Haidt, J. (2005). What (and why) is positive psychology. *Review of General Psychology*, 9(2), 103-110. doi:10.1037/1089-2680.9.2.103
- Gabel, S., & Peters, S. (2004, October). Presage of a paradigm shift? Beyond the social model of disability towards resistance theories of disability. *Disability & Society*, 19(6), 585-600. doi:10.1080/0968759042000252515
- Garnezy, N. (1983). Stressors of childhood. In N. Garnezy, & M. Rutter, (Eds). (1983). *Stress, coping, and development in children*. (pp.43-84). New York: McGraw-Hill
- Garnezy, N. (1974). The study of competence in children at risk for severe psychopathology. In E.J. Anthony, & C. Koupernik (Eds)., *The child in his family: Children at psychiatric risk (Volume 3)*. (p.547). New York: Wiley
- Garnezy, N., & Masten, A.S. (1986). Stress, competence and resilience: Common frontiers for therapists and psychologists, *Behavior Therapy*, 17(5), 500-521. doi:http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894(86)80091-0
- Garnezy, N., Masten, A.S., & Tellegen, A. (1984, Feb). The study of stress and competence in children: A building block for developmental psychopathology. *Child Development*, 55(1), 97-111. Retrieved from [http:// www.jstor.org/stable/1129837](http://www.jstor.org/stable/1129837)
- Garnezy, N. & Rutter, M. (1983). *Stress, coping, and development in children*. London: McGraw-Hill.
- Gaskin, C.J., Andersen, M.B., & Morris, T. (2010, May). Sport and physical activity in the life of a man with cerebral palsy: Compensation for disability with psychosocial benefits and costs. *Psychology of Sport & Exercise*, 11(3), 197-205. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.psychsport.2009.12.003
- Gates, P., Otsuka, N., Sanders, J., & McGee-Brown, J. (2010, Sept). Functioning and health-related quality of life of adolescents with cerebral palsy: self versus parent perspectives. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 52(9), 843-849. doi: 10.1111/j.1469-8749.2010.03666.x

- Geldard, K., & Geldard, D. (2005). *Counselling adolescents. The proactive approach* (2nd ed.). London: Sage.
- Gest, S.D., Reed, M.J., & Masten, A.S. (1999, March.). Measuring developmental changes in exposure to adversity: A Life Chart and rating scale approach. *Development and Psychopathology*, *11*(1), 171-192. doi:http://0-dx.doi.org.wagtail.ufs.ac.za
- Gibbs, G.R. (2009). *Analyzing qualitative data*. London: Sage.
- Gibson, B., & Sanbonmatsu, D.M. (2004, Feb). Optimism, pessimism and gambling: The downside of optimism. *Personality And Social Psychology Bulletin*, *30*(2), 149-160. doi:10.1177/0146167203259929
- Gilles, F.H. (2007). Classification of cerebral palsy: neuropathologist's perspective. *Developmental Medicine & Child Neurology*, *49* (Suppl. 109), 19-23. doi:10.1111/j.1469-8749.2007.tb12615.x
- Gilligan, C., (1982). New maps of development: new visions of maturity. *American Journal of Orthopsychiatry*, *52*(2),199-212. doi:10.1111/j.1939-0025.1982.tb02682.x
- Gilligan, R. (1997). Beyond permanence? The importance of resilience in child placement practice and planning. *Adoption and Fostering*, *21*(1), 12-20. Retrieved from <http://www.scie-socialcareonline.org.uk/profile/asp?guid=4a0b5d9d-4c0d-b7f8-9ad923a72d1>
- Gilson, S.F., & Depoy, E. (2000). Multiculturalism and disability: a critical perspective. *Disability & Society*, *15*(2), 207-218. doi:10.1080/09687590025630
- Giorgi, A. (1997). The theory, practice, and evaluation of the phenomenological method as a qualitative research procedure. *Journal of Phenomenological Psychology*, *28*(2), 235-260. doi:http://dx.doi.org/10.1163/156916297X00103
- Giorgi, A. (1994). A phenomenological perspective on certain qualitative research methods. *Journal of Phenomenological Psychology*, *25*(2), 190-220. doi:http://dx.doi.org/10.1163/156916294X00034

- Glaser, D. (2000). Child abuse and neglect and the brain-a review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(1), 97-116. doi:10.1111/1469-7610.00551
- Golafshani, N. (2003, December). Understanding reliability and validity in qualitative research. *The Qualitative Report*, 8(4), 597-607. Retrieved from <http://peoplelearn.homestead.com/MEd/HOME/QUALITATIVE/Reliab.validity.pdf>
- Goldstein, S. & Brooks, R.B. (2006). Why study resilience? In S. Goldstein & R.B. Brooks. (Eds). *Handbook of resilience in children* (pp. 3-15). New York: Springer.
- Good, W.V. (2012, Aug). Cerebral palsy: the central nervous system informs the visual system. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 54(8), 678. doi:10.1111/j.1469-8749.2012.04346.x
- Goodkind, J.R., Hess, J.M., Gorman, B., & Parker, D.P. (2012). “We’re still in a Struggle”: Diné resilience, survival, historical trauma, and healing. *Qualitative health Research*, 22(8), 1019-1036. doi: 10.1177/1049732312450324
- Goodley, D., & Lawthom, R. (2006). Disability studies and psychology: New allies? In D. Goodley & R. Lawthom (Eds). *Disability & Psychology. Critical introductions and reflections* (pp. 1-16). New York: Palgrave Macmillan.
- Goodman, R., (2001, Nov.). Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(11), 1337-1345. doi:10.1097/00004583-200111000-00015
- Groenewald, T. (2004, April). A phenomenological research design illustrated. *International Journal of Qualitative Methods*, 3(1), pp. 1-26. Retrieved from http://www.ualbrta.ca/~iiqm/backissue/3_1/groenewald.pdf
- Guion, L.A., Diehl, D.C. & McDonald, D. (2002, September). Triangulation: Establishing the validity of qualitative studies. *Publication FC6014. Institute of Food and Agricultural Services*. (p.1-3). University of Florida Publication. Retrieved from <http://edis.ifas.edu/fy394>

- Gutman, L.M., Sameroff, A.J. & Cole, R. (2003, Jul). Academic growth curve trajectories from 1st grade to 12th grade: Effects of multiple social risk factors and preschool child factors. *Developmental Psychology*, 39(4), 777-790. doi:10.1037/0012-1649.39.4.777
- Haber, M.G., Cohen, J.L., Lucas, T., & Baltes, B.B. (2007). The relationship between self-reported received and perceived social support: A meta-analytic review. *American Journal Of Community Psychology*, 39(1-2), 133-144. doi:10.1007/s10464-007-9100-9
- Harpur, P. (2012). From disability to ability: Changing the phrasing of the debate. *Disability & Society*, 27(3), 325-337. doi:10.1080/09687599.2012.654985
- Hayes, C. (2010). Cerebral palsy: Classification, diagnosis and challenges of care. *British Journal of Nursing*, 19(6), 368-372. <http://dx.doi.com.wagtai.ufs.ac.za>
- HeavyRunner, I., & Marshall, K. (2003, Summer). "Miracle survivors": Promoting resilience in Indian students. *Tribal College Journal*, 14(4), 15-18. Retrieved from <http://pace.dbs.umt.edu/WISPage/MiracleSurvivors.pdf>
- Henderson, N., & Milstein, M. (1996). *Resiliency in schools*. California: Corwin.
- Herbert, M. (2006). *Clinical child and adolescent psychology. From theory to practice* (3rd ed.). West Sussex: John Wiley & Sons.
- Holloway, I. (1997). *Basic concepts for qualitative research*. Oxford: Blackwell Sciences.
- Hoon, A.H. (2005). Neuroimaging in cerebral palsy: Patterns of brain dysgenesis and injury. *Journal of Child Neurology*, 20(12), 936-939. doi:10.1177/08830738050200120201
- Howard, S., & Johnson, B. (2000). *Young adolescents displaying resilient and non-resilient behaviour: Insights from a qualitative research – can schools make a difference?* (University of South Australia). Retrieved from <http://www.aare.edu.au/00pap/how000387.htm>
- Howard, V.F., Williams, B.F., Porter, P. (1999). Biological and genetic factors in human development. In V.L. Schwean, Saklofske, D.H. (Eds). *Handbook of psychosocial*

- characteristics of exceptional children (The Springer Series of Human Exceptionality)*. (pp. 69-49). New York: Kluwer Academic/Plenum.
- Hughes, B. (2007, December). Being disabled: towards a critical social ontology for disabled studies. *Disability & Society*, 22(7), 673-684. doi:10.1080/09687590701659527
- Ijezie, E., Ojinnaka, N.C., Iloeje, S.O. (2009). Prevalence and pattern of psychological disorders in first-degree relatives of children with cerebral palsy in Enugu Nigeria. *European Journal of Scientific Research*, 38(1), 129-140. Retrieved from <http://www.eurojournals.com/ejsr.htm>
- Imms, C., Reilly, S., Carlin, J. & Dodd, K. (2008, May). Diversity of participation in children with cerebral palsy, *Developmental Medicine & Child Neurology*, 50(5), 363-369. doi:10.1111/j.1469-8749.2008.02051.x
- Imrie, R. (2004). Demystifying disability: a review of the international classification of functioning, disability and health. *Sociology of Health & Illness*, 26(3), 287-305. doi:10.1111/j.1467-9566.2004.00391.x
- Imrie, R. (2000). Disability and discourse of mobility and movement. *Environment and Planning*, 32, 1641-1656. doi:10.1068/a331
- Indredavik, M.S., Vik, T., Heyerdahl, S., Kulseng, S., Fayers, P., & Brubakk, A-M. (2005, Jul.). Psychiatric symptoms and disorders in adolescents with low birth weight. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 14(4), 226-236. doi:10.1136/adc.2003.038943
- Jabbi, M., Korf, J., Kema, I.P., Hartman, C., Van der Pompe, G., Minderaa, R.B., Den Boer, J.A. (2007, May). Convergent genetic modulation of the endocrine stress response involves polymorphic variations of 5-HTT, COMT and MAOA. *Molecular Psychiatry*, 12(5), 483-490. doi:10.1038/sj.mp.4001975
- Jenks, K.M., de Moor, J., & van Lieshout, E C. (2009, July). Arithmetic difficulties in children with cerebral palsy are related to executive function and working memory. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(7), 824-833. doi:10.1111/j.1469-7610.2008.02031.x

- Jones, A. (2001, Aug.). Absurdity and being-in-itself. The third phase of phenomenology: Jean-Paul Sartre and existential psychoanalysis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8(4), 367-372. doi: 1046/j.1365-2850.zod.00405.x
- Jones, K.L.(1988). *Smith's recognizable patterns of human malformation*. Philadelphia: W.B Saunders company.
- Ketelaar, M., Volman, M.J.M., Gorer, J.W., & Vermeer, A. (2008, Nov.). Stress in parents of children with cerebral palsy: what sources of stress are we talking about? *Child: Care, Health and Development*, 34(6) 825-829. doi:10.1111/j.1365-2214.2008.00876.x
- Keyes, C.L. & Ryff, C.D. (2000). Subjective change and mental health: A self-concept theory. *Social Psychology Quarterly*, 63(3), 264-279. doi:10.2307/2695873
- King, G.A., Brown, E.G., & Smith, L.K. (Eds). (2003). *Resilience. Learning from people with disabilities and the turning points in their lives*. London: Praeger.
- King, G.A., Cathers, T., Polgar, J.M., MacKinnon, E., & Havens, L., (2000, November). Success in life for older adolescents with cerebral palsy. *Qualitative Health Research*, 10(6), 734-749. doi:10.1177/104973200129118796
- King, G., Willoughby, C., Specht, J.A. & Brown, E. (2006, September). Social support processes and the adaptation of individuals with chronic disabilities. *Qualitative Health Research*, 16(7), 902-925. doi:10.1177/1049732306289920
- Kirmayer, L., Sehdev, M., Whitley, R., Dandeneau, S., & Isaac, C. (2009, Nov.). Community resilience: Models, metaphors, and measures. *Journal of Aboriginal Health*, 7(1), 62-117. Retrieved from <http://www.academia.edu/228188>
- Kohlberg, L. (1984). *The psychology of moral development: The nature and validity of moral stages*. San Fransisco: Harper & Row.
- Krägeloh-Mann, I., & Horber, V. (2007, Feb). The role of magnetic resonance imaging in elucidating the pathogenesis of cerebral palsy: a systematic review. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 49(2), 144-151. doi: 10.1111/j.1469-8749.2007.00144.x

- Krigger, K.W. (2006, January). Cerebral palsy: An overview. *American Family Physician*, 73(1), 91-102. Retrieved from <http://www.aafp.org/afp>
- Kuban, K.C.K., & Leviton, A. (1994, January). Medical progress. Cerebral palsy. *The New England Journal of Medicine*, 330(3), 188-195. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8264743>
- Kupersmidt, J.B., & Dodge, K.A. (Eds). (2004). *Children's peer relations: From development to intervention*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Kvale, S. (2007). Ethical issues of interviewing. In U. Flick (Ed.). *Doing interviews: The Sage qualitative research kit* (pp.23-32). London: Sage.
- Landsberg, E., Krüger, D., & Nel, N. (2005). *Addressing barriers to learning: A South African perspective*. Pretoria: Van Schaik.
- Langemo, D.K., Melland, H., Hanson, D., Olson, B. & Hunter, S. (2000). The lived experience of having a pressure ulcer: A Qualitative Analysis. *Advances in Skin and Wound Care*, 13(5), 225-235. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11075022>
- Layne, C.M., Warren, J.S., Watson, P.J., Shalev, A.Y., Friedman, M.J., & Keane, T.M (2007). Risk, vulnerability, resistance, and resilience: Towards an integrative conceptualization of posttraumatic adaptation. In M.J. Friedman, T.M. Keane, & P.A. Resick (Eds). *Handbook of PTSD: Science and practice* (pp. 497-520). New York: Guilford Press.
- LeBlanc, J.C., Talbot, P.J. & Craig, W.M. (2005). Psychosocial health in youth. An international perspective. In M. Ungar (Ed.). *Handbook of working with children and youth. Pathways to resilience across cultures and contexts* (p.165-188). London: Sage. doi:10.4135/9781412976312.n11
- Lerner, R.M., Almerigi, J.B., Theokas, C., & Lerner, J.V. (2005, Feb.). Positive youth development a view of issues. *Journal of Early Adolescence*, 25(1), 10-16. doi:10.1177/0272431604273211
- Lewis, V. (1987). *Development and handicap*. Oxford: Basil & Blackwell.

- Linley, P.A., Joseph, S., Harrington, S., & Wood, A.M. (2006, January). Positive psychology. Past, present and (possible) future. *The Journal of Positive Psychology*, 1(1), 3-16. doi:10.1080/17439760500372796
- Liptak, G.S. (2008). Health and well being of adults with cerebral palsy. *Current Opinion in Neurology*, 21 (2), p. 136-142. doi:10.1097/WCO.0b013e3282f6a499
- Livingston, M.H., Rosenbaum, P.L., Russel, D.J., & Palisano, R.J. (2007, March.). Quality of life among adolescents with cerebral palsy: What does the literature tell us? *Developmental Medicine & Child Neurology*, 49(3), 225-231. doi:10.1111/j.1469-8749.2007.00225.x
- Lovat, T.J. (1991). *Childhood into adolescence: Perspectives and issues for teachers*. Wentworth Fall, NSW: Social Science Press.
- Lupien, S.J., McEwen, B.S., Gunnar, M.R., & Heim, C. (2009, June). Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition. *Nature Reviews Neuroscience*, 10(6), 434-445. doi:10.1038/nrn2639
- Luthar, S. S. (2006). Resilience in development: A synthesis of research across five decades. In D. Cicchetti, & D.J. Cohen (Eds). *Developmental Psychopathology, Vol.3: Risk, disorder and adaptation* (2nd ed). (pp. 739-795). New Jersey, US: John Wiley & Sons.
- Luthar, S.S., (1993). Methodological and conceptual issues in research on childhood resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34(4), 441-454. doi:10.1111/j.1469-7610.1993.tb01030.x
- Luthar, S. S. (1991, June). Vulnerability and resilience: A study of high-risk adolescents. *Child Development*, 62(3). 600-616. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/1131134>
- Luthar, S.S., & Cicchetti, D. (2000, Dec). The construct of resilience: Implications for interventions and social policies. *Development and Psychopathology*, 12(4), 857-885. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1903371>

- Luthar, S.S., Doernberger, C.H., & Zigler, E. (1993,Sept.). Resilience is not a unidimensional construct: Insights from a prospective study of inner-city adolescents. *Development and Psychopathology*, 5(4). 703-717. doi:<http://dx.doi.org/10.1017/S0954579400006246>
- Luthar, S.S., & Zelazo, L.B. (2003). Research on resilience: An integrative review. In S.S. Luthar (Ed.). *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversity* (pp.510-549). New York: Cambridge University Press.
- Lutz, B.J., & Bowers, B.J. (2005, October). Disability in everyday life. *Qualitative Health Research*, 15(8), 1037-1054. doi:10.1177/1049732305278631
- Lyotard, J. (1991). *Phenomenology*. Albany: State University of New York Press.
- Lyumbomirsky, S., King, L., & Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success? *Psychological Bulletin*, 131(6), 803-855. doi:10.1037/0033-2909.131.6.803
- Maddux, J.E. (2000). Stopping the “madness”. Positive psychology and the deconstruction of the illness ideology and the *DSM*. In C.R. Snyder & J.L. Lopez (Eds). *Handbook of positive psychology*. (pp. 13-25). New York: Oxford University Press.
- Magill-Evans, J., Pain, D.J., Adkins, R., & Kratochvil, M. (2001, July). Are families with adolescents and young adults with cerebral palsy the same as other families? *Developmental Medicine and Child Neurology*, 43(7), 466-472. doi:<http://dx.doi.org/10.1017/S0012162201000858>
- Marinić, M., & Brkljačić, T. (2008, December). Love over gold: The correlation of happiness level with some life satisfaction factors between persons with and without physical disability. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 20(6), 572-540. doi:10.1007/s10882-008-9115-7
- Marks, D., (1999). *Disability: Controversial debates and psychosocial perspective*. London: Routledge.

- Marsh, H.W., & Hau, K. (2003). Big-fish-little-pond effect on academic self-concept: a cross cultural (26-country) test of the negative effects of the academically selective schools. *The American Psychologist*, 58(5), 364-376. doi:10.1037/0003-066X.58.5.364
- Masten, A.S. (2011, May). Resilience in children threatened by extreme adversity: Frameworks for research, practice, and traditional synergy. *Development and Psychopathology*, 23(2), 493-506. doi: 10.1017/S0954579411000198
- Masten, A.S. (2007, June). Resilience in developing systems: progress and promise as the fourth wave rises. *Development and Psychopathology*, 19(3), 921-930. doi:http://dx.doi.org/10.1017/S0954579407000442
- Masten, A.S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes and development. *American Psychologist*, 56(3), 227-238. doi:10.1037//0003-066X.56.3.227
- Masten, A.S., Garmezy, N., Tellegen, A., Pellegrini, D.S., Larkin, K., & Larsen, A. (1988, Nov). Competence and stress in school children: The moderating effects of individual and family qualities. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 29(6), 745-764. doi:10.1111/j.1469-7610.1988.tb00751.x
- Masten, A.S., & Reed, M.J. (2002). Resilience in development. In C.R. Snyder & S.J. Lopez (Eds). *Handbook of positive psychology*. (pp. 74-88). New York: Oxford University Press.
- McCrory, E., De Brito, S.A., & Viding, E. (2010) Research review: The neurobiology and genetics of maltreatment and adversity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(10), 1079-1095. doi:10.1111/j.1469-7610.2010.02271.x
- McDermott, S., Coker, A.L., Mani, S., Krishnaswami, S., Nagle, R.J., Barnett-Queen, L.L., & Wuori, D.F. (1996). A population-based analysis of behavior problems in children with cerebral palsy. *Journal of Pediatric Psychology*, 21(3), 447-463. doi:10.1093/jpepsy/21.3.447
- McEwen, B.S. (2008). Understanding the potency of stressful early life experiences on brain and body functions, *Metabolism*, 57(Suppl.2), 11-15. doi:10.1016/j.metabol.2008.07.006

- McMaugh, A. (2011, Dec). Encountering disablement in school life in Australia: Children talk about peer relations and living with illness and disability. *Disability & Society*, 26(7), 853-866. doi:10.1080/09687599.2011.618740
- McMurray, I., Connolly, H., Preston-Shoot, M., & Wigley, V. (2008). Constructing resilience: social workers' understanding and practice. *Health and Social Care in the Community*, 16(3), 299-309. doi: 10.1111/j.1365-2524.2008.00778.x
- McNulty, J.K., & Fincham, F.D. (2011). Beyond positive psychology? Toward a contextual view of psychological processes and well-being. *American Psychologist*, 67(2), 101-110. doi:10.1037/a0024572
- Meyer, L. (2001). The impact of inclusion on children's lives: multiple outcomes, and friendship in particular. *International Journal of Disability, Development and Education*, 48(1), 9-31. doi:10.1080/10349120120036288
- Miles, M.B., & Huberman, A.M. (1994). *An expanded sourcebook: Qualitative data analysis* (2nd ed.). Thousand Oaks: Sage.
- Miller, T.W. (2007, November). Trauma, change and psychological health in the 21st century. *American Psychologist*, 62(8) , 889-898. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18020777>
- Mitcham, C. (2007, December). Qualitative science policy. *Qualitative Health Research*, 15(8), 1434-1441. doi:10.1177/1049732307308951
- Moffit, T.E., Caspi, A., & Rutter, M. (2005, May). Strategy for investigating interactions between measured genes and measured environments. *Archives of General Psychiatry*, 62(5), 473-481. doi:10.1001/archpsyc.62.5.473
- Moran, D. (2000). *Introduction to phenomenology*. USA: Routledge.
- Morris, J.(2007, Feb.). Definition and classification of cerebral palsy: a historical perspective. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 49(Suppl. 109), 3-7. Retrieved from [http://www.193.146.160.29/gtb/sod/usu/\\$UBUG/repositorio/10310298__pdf](http://www.193.146.160.29/gtb/sod/usu/$UBUG/repositorio/10310298__pdf)

- Morris, J. (2001). Impairment and disability: Constructing an ethics of care that promotes human rights. *Hypatia*, 16(4), 1-16. doi:10.1353/hyp.2001.0059
- Morse, J.M, Barrett, M., Mayan, M., Olson, K., & Spiers, J. (2002, Spring). Verification strategies for establishing reliability and validity in qualitative research. *International Journal of Qualitative Methods*, 1(2), 1-19. URL: <http://www.ualberta.ca/~ijqm>
- Mortier, K., Desimpel, L., De Schauwer, E., & Van Hove, G. (2011, March). 'I want support, not comments': children's perspectives on support in their life. *Disability & Society*, 26(2), 207-221. doi:10.1080/09687599.2011.544060
- Moustakas, C. (1994). *Phenomenological research methods*. California: Sage.
- Murasko, J.E. (2007, Dec.). A lifecourse study on education and health: the relationship between childhood psychosocial resources and outcomes in adolescence and young adulthood. *Social Science Research*, 36(4), 1348-1370.
doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.ssresearch.2007.01.001>
- Murray, P. (2006). Being in school? Exclusion and the denial of psychological reality. In D. Goodley, & R. Lawthom (Eds). *Disability & Psychology. Critical introductions & reflections*. (pp. 34-41). New York: Palgrave MacMillan.
- Mutaner, C., & Chung, H.J. (2005). Psychosocial epidemiology, social structure, and ideology. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 59(7), 540-541. URL: <http://0.www.jstor.org.wagtail.ufs.ac.za/stable/i25570759>
- Nadeau, L., & Tessier, R. (2009). Social adjustment at school: Are children with cerebral palsy perceived more negatively by their peers than other at-risk children? *Disability and Rehabilitation*, 31(4), 302-308. doi:10.1080/09638280801945899
- Nadeau, L., & Tessier, R. (2006, May). Social adjustment of children with cerebral palsy in mainstream classes: peer perception. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 48(5), 331-336. doi:10.1017/S0012162206000739

- Neuman, W.L. (2006). *Social research methods: Qualitative and quantitative approaches*. (6th ed.). USA: Pearson Education.
- Newman, T., & Blackburn, S. (2002). Transition in the lives of children and young people: Resilience factors. *Interchange* 78, 1-12. Edinburgh: Scottish Executive Education Department. Retrieved from <http://www.scotland.gov.uk/insight>
- Newman, B.M., & Newman, P.R. (2003). *Development through life. A psychosocial approach* (8th ed.). Canada: Wadsworth.
- Odding, E., Roebroek, M.E., & Stam, H. (2006). The epidemiology of cerebral palsy: Incidence, impairments and risk factors. *Disability and Rehabilitation*, 28(4), 183-191. doi:10.1080/09638280500158422
- O' Dougherty Wright, M. & Masten, A.S. (2006). Resilience processes in development. Fostering positive adaptation in the context of adversity. In S. Goldstein & R.B. Brooks. (Eds). *Handbook of resilience in children* (pp. 17-37). New York: Springer.
- Olivier, M. (1990). *The politics of disablement*. London: MacMillan.
- Olkin, R. (1999). *What psychotherapists should know about disability*. New York: Guilford Press.
- Pahad, E.G. (2002, October,8). *Address by Dr. E.G. Pahad, Minister of the Presidency, Republic of South Africa, on the occasion of the closing ceremony of Disabled People International World Conference held in Sappora, Japan, between 16-18 October 2002*. Retrieved from <http://www.gcis.gov/za/media/minister/021016.htm>
- Panel Discussion: Students from Stellenbosch University living with disabilities (2011, May). *Theology, Disability and Human Dignity Conference 18-20 May 2011*. Afrinead. The African Network for Evidence-to-Action in Disability. Hosted by the Faculty of Theology, Stellenbosch University, Stellenbosch. Retrieved from <http://www.afrinead.org/images/stories/pdf/conferenceReport.pdf>
- Parkes, J., White-Koning, M., O Dickinson, H., Thyen, U., Arnaud, C., Beckung, Colver, A. (2008, April). Psychological problems in children with cerebral palsy: a cross-sectional

- European study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(4), 405-413. doi:10.1111/j.1469-7610.2007.01845.x
- Peacock, G. (1988). Classification for competition. In A. Jones (Ed.). *Training guide to cerebral palsy sports*. (pp. 27-39). Illinois: Human Kinetic Books.
- Pellegrino, L. (1997). Cerebral palsy. In M.L. Batshaw (Ed). *Children with disabilities* (4th ed.). (pp. 499-528). London: Paul H. Brookes.
- Piaget, J. (1966). *Psychology of intelligence*. New York: Harcourt.
- Pirpiris, M.M., Gates, P.E., McCarthy, J.J., D'Astous, J., Tylowksi, C., Sanders, J, Otsuka, N.Y. (2006, January/February). Function and well-being in ambulatory children with cerebral palsy. *Journal of Pediatric Orthopaedics*, 26(1), 119-124. doi:10.1097 01.bpo.0000191553.26574.27
- Pivik, J., McComas, J., & La Flamme, M. (2002). Barriers and facilitators to inclusive education, *Exceptional Children*, 69(1), 97-107. URL: <http://www.cec.sped.org>. Retrieved from <http://o-web.ebscohost.com/wagtail.ufs.ac.za/e>
- Poggenpoel, M. (2001). Data analysis in qualitative research. In A.S. de Vos (Ed.). *Research at grass roots. A primer for the caring professions*. (pp.334-353). Pretoria: Van Schaik.
- Pretorius, T.B. (1998). *Fortitude as stress-resistance: Development and validation of the Fortitude Questionnaire (FORQ)*. University of the Western Cape, Bellville.
- Pretorius, T.B. (1997). *Salutogenic resistance resources: The role of personal and environmental characteristics in stress-resistance*. Doctoral dissertation, University of the Orange Free State, Bloemfontein.
- Pugh, R., & Chitiyo, M. (2011, April). The problem of bullying in schools and the positive behaviour supports. *Journal of Research in Special Education Needs*, 12(2), 47-53. doi:10.1111/j.1471-3802.2011.01204.x
- Rai, A.A., Stanton, B., Wu, Y., Li, X., Galbraith, J., Cottrell, Burns, J. (2003, Aug.). Relative influences of perceived parental monitoring and perceived peer involvement on

- adolescent risk behaviors: An analysis of six cross-sectional data sets. *Journal of Adolescent Health*, 33(2), 108-118. doi: 10.1016/S1054-139x(03)00179-4
- Raina, P., O'Donnel, M., Rosenbaum, P., Brehaut, J., Walter, S.D., Russel, D., Wood, E. (2005, June). The health and well-being of caregivers of children with cerebral palsy. *Pediatrics*, 115(6), 626-636. doi:10.1542/peds.2004-1689
- Ratanawongsa, B. (2001). Cerebral palsy. *Medicine Journal*, 2(2), (n.p.). Retrieved from <http://www.emedicine.com/neuro/topic/53>
- Raver, C. (2002). Emotions matter: Making the case for the role of young children's emotional development for early school readiness. *Social Policy Report*, 16(3), 3-18. Retrieved from <http://www.steinhardt.nyu.edu/.../Raver%20SPR%emotions%20Matter.pdf>
- Read, J., Blackburn, C., Spencer, N. (2012). Disabled children and their families: A decade of policy change. *Children & Society*, 26(3), 223-233. doi:10.1111/j.1099-0860.2012.00435.x
- Reber, A.S., & Reber, E.S., (2001). *The Penguin dictionary of psychology*. (3rd ed.). London: Penguin Books.
- Reddihough, D., & Collins, K. (2003). Cerebral palsy and neurodegenerative disorders. In M.J. Robinson & D.M. Robinson (Eds). *Practical pediatrics* (5th ed.). (pp. 553-561). New York: Churchill Livingstone.
- Reeve, D (2006). Towards a psychology of disability: The emotional effects of living in a disabling society. In D. Goodley & R. Lawthom (Eds). *Disability & Psychology. Critical introductions & reflections* (pp.94-107). New York: Palgrave Macmillan.
- Reid, S.M., Modak, M.B., Berkowitz, R.G, & Reddihough, D.S. (2011, Nov.). A population-based study and systematic review of hearing loss in children with cerebral palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 53(11), 1038-1045. doi:10.1111/j.1469-8749.2011.04069.x

- Reis, H.T., & Collins, W.A. (2004,Dec). Relationships, human behavior, and psychological science. *Current Directions in Psychological Science*, 13(6), 233-237. doi:10.1111/j.0963-7214.2004.00315.x
- Rew, L. (2006, March). Sexual health promotion in adolescents with chronic health conditions. *Family & Community Health*, 29(Suppl.1), 615-695. Retrieved from <http://www.nursingcenter.com/pdf.asp?AID=622119>
- Reynolds, T.E. (2012). Theology and Disability: Changing the conversation. *Journal of Religion, Disability & Health*, 16(1), 33-48. doi:10.1080/15228967.2012.645612
- Richardson, G.E. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of Clinical Psychology*, 58(3), 307-321. doi:10.1002/jclp.10020
- Roberts, P. (2006). Reliability and validity in research. *Nursing Standard*, 20(44), 41-45. Retrieved from <http://www.nursing.standard.rcnpublishin.co.uk/archive/article-reliability-and-validity-in-research>
- Roberts, M.C., Brown, K.J., Johnson, R.J., & Reinke, J. (2002). Positive psychology for children. Development, prevention, and promotion. In C.R. Snyder & S.J. Lopez (Eds). *Handbook of positive psychology*. (pp. 663-675). New York: Oxford University Press.
- Rodda, J. (2006, May,18). *An overview of cerebral palsy*. Paper presented at the congress “From inclusion to belonging”. Inclusive Solutions Technology for Special Needs Teachers & Therapist Workshop, Randpark Ridge, Gauteng, South Africa.
- Rosenbaum, P. (2003, May). Cerebral palsy: What parents and doctors want to know. *British Medical Journal*, 326, 970-974. doi:http://dx.doi.org/10.1136/bmj.326.7396.970
- Rosenbaum, P., Paneth, N., Leviton, A., Goldstein, M., Bax, M., Damiano, D., Jacobsen B. (2006, April). A report: The definition and classification of cerebral palsy. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 49(Suppl. 109), 8-14. doi:10.1111/j.1469-8749.2007.tb12610.x
- Ross, E., & Deverell, A. (2005). *Psychosocial approaches to health illness and disability. A reader for health care professionals*. Pretoria: Van Schaik.

- Russo, R.N., Goodwin, E.J., Miller, M.D., Haan, E.A. Connel, T.M., Crotty, M. (2008, Oct.). Self-esteem, self-concept, and quality of life in children with hemiplegic cerebral palsy. *The Journal of Pediatrics*, 153(4), 473-477. doi:10.1016/j.jpeds.2008.05.040
- Rutter, M. (1985, Dec). Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611. doi:10.1192/bjp.147.6.598
- Rutter, M. (1979). Protective factors in children's responses to stress and disadvantage. In M.W. Kent & J.E. Rolf (Eds.), *Primary prevention of psychopathology (Vol. 8). Social Competence in children* (pp. 49-74). Hannover, NH: University Press of England.
- Ryff, C.D. (1989, Dec.). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081. doi:10.1037/0022-3514.57.6.1069
- Ryff, C.D. & Keyes, C.L. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719-727. doi:10.1037//0022-3514.69.4.719
- Ryff, C.D. & Singer, B. (2003). Ironies of the human condition: Wellbeing and health on the way to mortality. In L.G. Aspinwall, & U.M. Staudinger (Eds.), *A psychology of human strengths* (pp. 271-278). Washington, DC: American Psychological Association. doi:10.1037/10566-019
- SabinetLaw. (2011, Sept). *National Disability Policy and Disability Act*, Sabinet Cape Town Office. Retrieved from <http://www.sabinetlaw.co.za/labour/articles/government-develop-national-disability-policy-and-disability-act>
- Salkind, N.J. (1985). *Theories of human development* (2nd ed.). New York: Wiley.
- Salovey, P., Stroud, L.R., Woolery, A., & Epel, E.S. (2002). Perceived emotional intelligence, stress reactivity, and symptoms reports: Further explorations using the trait meta-mood scale. *Psychology and Health*, 17(5), 611-627. doi:10.1080/08870440290025812
- Santelli, J.S., Kaiser, J., Hirsch, L., Radosh, A., Simkin, L., & Middlestadt, S. (2004, March). Initiation of sexual intercourse among middle school adolescents: The influence of

- psychosocial factors. *Journal of Adolescent Health*, 34(3), 200-208. doi:10.1016/j.jadohealth.2003.06.004
- Sapienza, J.K., & Masten, A.S. (2011). Understanding and promoting resilience in children and youth. *Current Opinion in Psychiatry*, 24(4), 267-273. doi:10.1097/YCO.0b013e32834776a8
- Saylor, C.F, & Leach, J.B. (2009, Feb.). Perceived bullying and social support in students accessing special inclusion programming. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 21(1), 69-80. doi:10.1007/s10882-008-9126-4
- Schenker, R., Coster, W.J., & Parush, S. (2005, Dec). Neuroimpairments, activity performance, and participation in children with cerebral palsy mainstreamed in elementary schools. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 47(12), 808-814. doi:10.1111/j.1469-8749.2005.tb01085.x
- Schmahmann, J.D., Weilburg, J.B., & Sherman, J.C. (2007, Sept). The neuropsychiatry of the cerebellum: Insights from the clinic. *The Cerebellum*, 6(3), 254-267. doi:10.1080/14734220701490995
- Schofield, G. & Beek, M (2005, December). Risk and resilience in long-term foster care. *British Journal of Social Work*, 35(8), 1283-1301. doi:10.1093/bjsw/bch213
- Schoon, I. (2006). *Risk and resilience. Adaptations in changing times*. New York: Cambridge University.
- Schuengel, C., Voorman, J., Stolk, J., Dallmeijer, A., Vermeer, A., & Becher, J. (2006, October). Self-worth, perceived competence, and behaviour problem in children with cerebral palsy. *Disability and Rehabilitation*, 28(20), 1251-1258. doi:10.1080/09638280600554652
- Schulz, K.M., Molenda-Figuera, H.A., & Sisk, C.L. (2009, May) Back to the future: The organizational-activational hypothesis adapted to puberty and adolescence. *Hormones and Behavior*, 55(5), 597-604. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.yhbeh.2009.03.010

- Schurink, E.M. (2001). Deciding to use a qualitative research approach. In A.S. de Vos (Ed.), *Research at grass roots. A primer for the caring professions* (3rd ed.). (pp.239-251). Pretoria, South Africa: Van Schaik.
- Schutter, D.J.L.G., & Van Honk, J. (2005,Dec). The cerebellum on the rise in human emotion. *The Cerebellum*, 4(4), 290-294. doi:10.1080/1473422050034858
- Seita, J.R. (2000, Jan/Feb). In our best interest: Three necessary shifts for child welfare workers and children. *Child Welfare*, 79(1), 77-92. Retrieved from <http://o-web.ebscohost.com.wagtail.ufs.ac.za/e>
- Seligman, M.E.P. (2009). Advances in positive psychology. *The Evolution of Psychotherapy Conference*. Anaheim, CA: Milton H. Erickson Foundation.
- Seligman, M.E.P. (2002). Positive psychology, positive prevention an positive therapy. In C.R. Snyder & S.J. Lopez (Eds). *Handbook of positive psychology*. (pp. 3-9). New York: Oxford University Press.
- Seligman, M.E.P. (1999). The President's address. *American Psychologist*, 54, 559-562. Retrieved from <http://o-web.ebscohost.com.wagtail.ufs.ac.za/e>
- Seligman, M.E.P., & Csikszentmihalyi, M. (2000, January). Positive psychology. An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14. doi:10.1037/0003-066X.55.1.5.
- Seltzer, V.C. (1989). *The psychosocial world of the adolescent: Public and private*. New York: Wiley.
- Shakespeare, T., & Watson, N. (2002). The social model of disability: an outdated ideology? *Research in Social Science and Disability*, 2, 9-28. doi:10.1016/S1479-3547(01)80018-X
- Sheldon, K.M. (2009). Providing the scientific backbone for positive psychology: A multi-level conception of human thriving. *Psychological Topics*, 18(2), 267-284. Retrieved from <http://o-web.ebscohost.com.wagtail.ufs.ac.za/e>
- Sheldon, K.M., & King, L. (2001, March). Why positive psychology is necessary. *American Psychologist*, 56(3), 216-217. doi: 10.1037//003-066x56.3.216

- Shelly, A., Davis, E., Waters, E., MacKinnon, A., Reddighough, D., Boyd, R., Graham, H.K. (2008). The relationship between quality of life and functioning for children with cerebral palsy. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 50(3), 199-203. doi: 10.1111/j.1469-8749.2008.02031.x
- Shields, N., Loy, Y., Murdoch, A., Taylor, N.F., & Dodd, K.J. (2007, May.). Self-concept of children with cerebral palsy compared with that of children without impairment. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 49(5), 350-354. doi: 10-.1111/j.1469-8749.2007.00350.x
- Shu-Li, L., (2000). Coping and adaptation in families of children with cerebral palsy. *Exceptional Children*, 66(2), 201-219. URL: <http://www.cec.sped.org>. Retrieved from <http://o-web.ebscohost.com/wagtail.ufs.ac.za/e>
- Silverberg, S.B., & Gondoli, D.M. (1996). Autonomy in adolescence: A contextualized perspective. In G.R. Adams, R. Montemayor, & T.R. Gullotta (Eds). *Psychosocial development during adolescence. Progress in developmental contextualism. Advances in adolescent development. An annual book series. Volume 8* (pp.12-61). London: Sage.
- Simonton, D.K., & Baumeister, R.F. (2005). Positive psychology at the summit. *Review of General Psychology*, 9(2), 129-136. doi:10.1037/1089-2680.9.2.99
- Singh, V., & Ghai, A. (2009, March). Notions of self: lived realities of children with disabilities. *Disability & Society*, 24(2), 129-145. doi:10.1080/09687590802652363
- Smith, J. A. (2004). Reflecting on the development of interpretative phenomenological analysis and its contribution to qualitative research in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 1(1), 39-54. doi:10.1191/1478088704qp004oa
- Smith, J.A. (Ed.) (2003). *Qualitative psychology: A practical guide to methods*. London: Sage.
- Smith, J.A., & Eatough, V. (2007). Interpretative phenomenological analysis. In E. Lyons & A. Coyle (Eds). *Analysing Qualitative data in psychology*. (pp. 35-64). London: Sage.
- Smith, J.A., & Osborn, M. (2003). Interpretative phenomenological analysis. In J.A. Smith (Ed.). *Qualitative psychology: A practical guide to research methods* (pp.51-80). London: Sage.

- Smith, B.W., Tooley, E.M., Christopher, P.J., & Kay, V.S. (2010, May). Resilience as the ability to bounce back from stress: A neglected resource? *The Journal of Positive Psychology*, 5(3), 166-176. doi:10.1080/17439760.2010.482186
- South Africa. (1997). *White Paper on an Integrated National Disability Strategy*. Pretoria: Government Printer.
- Sroufe, L.A. (1997, Spring.). Psychopathology as an outcome of development. *Development and Psychopathology*, 9(2), 251-268. doi:http://dx.doi.org/10.1017/S0954579497002046
- Stalker, K. (2012, May). Researching the lives of disabled children and young people. *Children & Society*, 26(3), 173-180. doi:10.1111/j.1099-0860.2012.00430.x
- Stalker, K. (2007). Young disabled people. In J. Coleman & A Haggell (Eds). *Adolescence, risk and resilience. Against the odds*. (pp. 107-124). West Sussex: John Wiley & Sons.
- Stanford Encyclopedia of Philosophy. (2008, July). *Phenomenology*. Retrieved from <http://plato.stanford.edu/entries/phenomenology>
- Stanton, W.R., Langley, J., & McGee, R. (1995, Feb-March.). Disability in late adolescence. Follow-up on perceived limitation. *Disability and Rehabilitation*, 17(2), 70-75. doi:10.3109/09638289509166630
- Statistics South Africa. (2005). *Census 2001. Prevalence of disability in South Africa. Report No. 03-02-44 (2001)*. Retrieved from <http://www.statssa.gov.za/census/html/disability.pdf>
- StatsSa GHS (2010): *General household survey 2010. Statistical Release P0318*. Pretoria: Statistics South Africa; 2011. Retrieved from [http://www.statssa.gov.za/Local copy:/indicators/StatsSa/GHS_P0318June2010_revised.pdf](http://www.statssa.gov.za/Local%20copy:/indicators/StatsSa/GHS_P0318June2010_revised.pdf)
- Stones, C.R. (1988). Research: Towards a phenomenological praxis. In D. Kruger (Ed.), *An introduction to phenomenological psychology* (2nd ed.) (pp. 141-156). Cape Town, South Africa: Juta.
- Storey, L. (2007). Doing interpretative phenomenological analysis. In E. Lyons, & A. Coyle (Eds). *Analysing qualitative data in psychology* (pp. 35-64). London: Sage.

- Straub, K., & Obrzut, J.E. (2009). Effects of cerebral palsy on neuropsychological function. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 21(2), 153-167. doi:10.1007/s10882-009-9130-3
- Strümpfer, D.J.W. (2006, May). The strengths perspective: Fortigenesis in adult life. *Social Indicators Research*, 77(1), 11-36. doi:10.1007/s11205-005-5551-2
- Strümpfer, D.J.W. (2005). Standing on the shoulders of giants: Notes on early positive psychology (psychofortology). *South African Journal of Psychology*, 35(1), 21-45. URL:<http://www.psyssa.com/>
- Strümpfer, D.J.W. (1995). The origins of health and strength: from 'salutogenesis' to 'fortigenesis'. *South African Journal of Psychology*, 25(2), 81-89. URL:<http://www.psyssa.com/>
- Strümpfer, D.J.W. (1990). Salutogenesis: A new paradigm. *South African Journal of psychology*, 20(4), 265-276. URL:<http://www.psyssa.com/>
- Suris, J.C., Michaud, P.A., & Viner, R., (2004, Oct.). The adolescent with a chronic condition. Part 1: developmental issues. *Archives of Disease in Childhood*, 89(10), 938-942. doi:10.1136/adc.2003.045369
- Taylor, R.D. (1996, Jul). Adolescents' perceptions of kinship support and family management practices: Associations with adolescent adjustment in African-American families. *Developmental Psychology*, 32(4), 687-695. doi:10.1037/0012-1649.32.4.687
- Terre Blanche, M., & Durrheim, K. (1999). *Research in practice. Applied methods for social sciences*. Cape Town: University of Cape Town Press.
- Tisdall, E.K.M. (2012). The challenge and challenging of childhood studies? Learning from disability studies and research with disabled children. *Children & Society*, 26(3), 181-191. doi:10.1111/j.1099-0860.2012.00431.x
- Tottenham, N., & Sheridan, M.A. (2009). A review of adversity, the amygdala and the hippocampus: A consideration of developmental timing. *Frontiers in Human*

Neuroscience. 3(68)(n.p). Published online 2010, January, 8.
doi:10.3389/neuro.09.068.2009.

- Tregaskis, C. (2006). Parents, professionals and disabled babies: Personal reflections on disabled lives. In D. Goodley & R. Lawthom (Eds). *Disability & Psychology. Critical introductions and reflections* (pp. 94-106). New York: Palgrave Macmillan.
- Tremblay, J., & Hamet, P. (2008). Impact of genetic and epigenetic factors from early life to disease. *Metabolism*, 57 (Suppl. 2), 27-31. doi:10.1016/j.metabol.2008.07.012
- Tsankova, N., Renthal, W., Kumar, A., & Nestler, E.J. (2007, May). Epigenetic regulation in psychiatric disorders. *Nature Reviews Neuroscience*, 8(5), 355-367. doi:10.1038/nrn2132
- Turner, B.S. (2003). Biology, vulnerability and politics. In S. Williams, L. Birke, & G. Bendelow (Eds). *Debating biology; sociological reflections on health medicine and society* (pp. 271-282). London: Routledge.
- Tusaie, K., Puskar, K., & Sereika, M. (2007). A predictive and moderating model of psychosocial resilience in adolescents. *Journal of Nursing Scholarship*, 39 (1), 54-60
doi:10.1111/j.1547-5069.2007.00143.x
- Ungar, M., & Lerner, R.M. (2008). Introduction to a special issue of research on human development: Resilience and positive development across the life span: A view of the issues. *Research in Human Development*, 5(3), 135-138.
doi:10.1080/15427600802273961
- Ungar, M., & Liebenberg, L. (2009). Cross cultural consultation leading to the development of a valid measure of youth resilience: The International Resilience Project. *Studia Psychologica*, 51(2/3), 259-268. URL:<http://psychologica.sav.sk/sp>
- Vandenberg, D. (1997). Phenomenological research in the study of education. In D. Vandenberg (Ed.), *Phenomenology & education discourse*. (pp. 3-37). Johannesburg, South Africa: Heinemann.
- Van Toorn, R., Laughton, B., Van Zyl, N., Doets, L., & Elsinger, F. (2007, July). Aetiology of cerebral palsy in children presenting at Tygerberg Hospital. *SA Journal of Child Health*,

1(2), 74-77. Retrieved from <http://www.sajch.org.za/index.php/SAJCH/article/download/47/8>

- Vitale, M. (2002). *Cerebral palsy: What it is, what can be done*. Retrieved from http://webmedlycos.com/content/article/10/1680_54163
- Von der Luft, G., De Boer, B., Harman, L.B., Koenig, K.P., & Nixon-Cave, K. (2008, December). Improving the quality of studies on self concept in children with cerebral palsy. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 20(6), 581-594. doi:10.1007/s10882-008-9117-5
- Von Eckartsberg, R. (1998). Introducing existential-phenomenological psychology. In R.S. Valle (Ed.), *Phenomenological inquiry in psychology: Existential and transpersonal dimensions*. New York: Plenum. (pp.3-20).
- Wadsworth, J.S., & Harper, D.C. (1993). The social needs of adolescents with cerebral palsy. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 35(11), 1019-1022. doi:10.1111/j.1469-8749.1993.tb11586.x
- Wake, M., Salmon, L., & Reddihough, D., (2003, March). Health status of Australian children with mild to severe cerebral palsy: cross-sectional survey using the Child Health Questionnaire. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 45(3), 194-199. doi:10.1017/S0012162203000379
- Wallander, J.L., & Varni, J.W. (1995). Appraisal, coping, adjustment in adolescents with a physical disability. In J.L. Wallander, & L.J. Siegel (Eds). *Adolescent health problems: Behavioral perspectives (Advances in psychology series)* (pp.209-231). New York: Guilford.
- Wang, M.C., & Gordon, E.W. (Eds). (1994). *Educational resilience in inner-city America: Challenges and prospects*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Watermeyer, B., & Swartz, L., (2008, October). Conceptualising the psycho-emotional aspects of disability and impairment: the distortion of personal and psychic boundaries. *Disability & Society*, 23(6), 599-610. doi:10.1080/09687590802328477

- Watson, N. (2012). Theorising the lives of disabled children: How can disability theory help? *Children & Society*, 26(3), 192-202. doi:10.1111/j.1099-0860.2012.00432.x
- Wazakali, M. (2011, May). Asexual beings: Reflections of a young woman with physical disabilities. *Theology, Disability and Human Dignity Conference 18-20 May 2011*. Afrinead. The African Network for Evidence-to-Action in Disability. Hosted by the Faculty of Theology, Stellenbosch University, Stellenbosch. Retrieved from <http://www.afrinead.org/images/stories/pdf/conferenceReport.pdf>
- Weinstein, N.D, Sandman, P.M., & Blalock, S.J. (2008). The precaution adoption process model. In K. Glanz, B.K. Rimer, & K. Viswanath (Eds). *Health behavior and health education. Theory, research and practice* (4th ed.). (pp. 123-145). San Francisco, CA: John Wiley & Sons.
- Werner, E.E., & Smith, R. (1982). *Vulnerable but invincible: A study of resilient children*. New York: McGraw Hill.
- Wertz, F. (2005). Phenomenological research methods for counseling psychology. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 167-177. doi:10.1037/0022-0167.52.2.167
- WHO (World Health Organization). (2011). Health topics: Disabilities. Retrieved from <http://www.who.int/topics/disabilities/en>
- WHO. (World Health Organization) (2001). *International classification of functioning, disability and health*. Retrieved from <http://www.who.ch/programmes/mnh/icidh.htm>
- Wiegerink, D.J.H.G., Roebroek, M.E., Donkervoort, M., Stam, H.J., Cohen-Kettenis, P.T., (2006, Dec), Social and sexual relationships of adolescents and young adults with cerebral palsy: a review. *Clinical Rehabilitation*, 20(12), 1023-1031. doi: 10.1177/0269215506071277
- Wiegerink, D.J.H.G., Roebroek, M.E., Van der Slot, W.M.A., Stam, H.J., & Cohen-Kettenis, P.T., and the South West Netherlands transition research group. (2010, June). Importance of peers and dating in the development of romantic relationships and sexual activity of

- young adults with cerebral palsy. *Developmental medicine & Child Neurology*, 52(6), 576-582. doi:10.1111/j.1469-8749.2010.03620.x
- Wiegerink, D.J.H.G., Stam, H.J., Ketelaar, M., Cohen-Kettenis, P.T, Roebroek, M.E. (2012, Oct). Personal and environmental factors contributing to participation in romantic relationships and sexual activity of young adults with cerebral palsy. *Disability & Rehabilitation*, 34(17), 1481-1487. doi:10.3109/09638288.2011.648002
- Wiley, R., & Renk, K. (2007, October). Psychological correlates of quality of life in children with cerebral palsy. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 19(5), 427-447. doi:10.1007/s10882-007-9041-0
- Williams, P.D., Williams, A.R., Graff, J.C., Hanson, S., Stanton, A., Hafeman, C., Sanders, S. (2003, Sept). A community-based intervention for siblings and parents of children with chronic illness or disability: the ISEE study. *Journal of Pediatrics*, 143(3), 386-393. doi:10.1067/S0022_3476(03)00391_3
- Wissing, M.P. (2001). *Teoretiese grondslae van psigofortologie*. Werkswinkel kinderpsigologiese ontwikkeling. Doktorale kursus in Kindersielkunde en verwante terreine, U.O.V.S.
- Wissing, M.P. (2000, May). *Wellness: Construct clarification and a framework for future research and practice*. Keynote address delivered at the First South African National Wellness Conference. Port-Elizabeth. 2-5 May, 2000.
- Wissing, M.P., & Van Eeden, C. (1997, September). *Psychological well-being: A fortogenic conceptualization and empirical classification*. Paper presented at the Annual Congress of the Psychological Society of South Africa, Durban, South Africa.
- Young, B., Rice, M., Dixon-Woods, M., Colver, A.F., Parkinson, K.N. (2007, Sept). A qualitative study of health-related quality of life of disabled children. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 49(9), 660-665. doi:10.1111/j.1469-8749.2007.00660.x
- Young-Eisendrath, P. (1996). *The gifts of suffering. Finding insight, compassion and renewal*. New York: Addison-Wesley.

- YRU. (Youth Research Unit) (2012). *Bullying (cyber bullying) on the increase among Gauteng Youth*. Bureau of market Research: Unisa. Retrieved from http://www.unisa.ac.za/contents/faculties/ems/docs/Press_Bullying_July%202012.pdf
- Ytterhus, B. (2012). Everyday segregation amongst disabled children and their peers: a qualitative longitudinal study in Norway. *Children & Society*, 26(3), 203-213. doi:10.1111/j.1099-0860.2012.00433.x
- Yude, C., Goodman, R., & McConachie, H. (1998, May). Peer problems of children with hemiplegia in mainstream primary schools. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39(4), 533-541. doi:10.1111/1469-7610.00349
- Zimmerman, M.A., & Arunkumar, R. (1994). Resiliency research: Implications for schools and policy. *Social Policy Report*, 8(4), 1-17. doi: 10.1.1.132.277

BYLAE A

VRAE (SEMI-GESTRUKTUREERDE ONDERHOUD)

Vrae: Semi-gestruktureerde onderhoud

Vertel my van jou skool.

Vertel my van die skoolwerk.

Wat wil jy graag die termyn bereik?

Vertel my van die mense wat vir jou belangrik is.

Vertel my meer van jou gesin en familie.

Hoe ervaar jy jou sosiale lewe?

Vertel my van jou vriende.

Hoe voel jy oor verhoudings?

Vertel my van jou toekomsdrome en planne.

Wat is jou algemene gevoel oor jou lewe?

Wat motiveer jou?

As jy iets in jou lewe kon verander wat sou dit wees?

Wat gee aan jou lewe sin en betekenis?

Vertel my iets oor jouself of beskryf jouself in een sin.

Het jy enige spesifieke vrese of bekommernisse?

Is daar sekere persoonlike eienskappe waarvoor 'n persoon moet beskik om te cope of suksesvol te wees?

Wat is jou ervaring van die manier waarop jy oor die algemeen deur ander mense behandel word?

Vertel my van jou gestremdheid en hoe dit jou affekteer.

Hoe voel jy oor die feit dat jy 'n fisiese gestremdheid het?

Questions (semi-structured interview)

Tell me about your school.

Tell me about the schoolwork.

What would you most like to achieve this term?

Tell me about the people that are important to you.

Tell me more about your family.

What is your experience of your social life?

Tell me about your friends.

How do you feel about relationships?

Tell me about your dreams and future goals.

How do you feel about your life in general?

If you could live your life over what would you change?

What gives meaning to your life?

Tell me something about yourself or describe yourself in a sentence.

Do you have any fears or concerns about certain things?

Do you think there are certain characteristics or personal qualities that are important in helping a person to be successful or to cope?

How do you feel about the way you are treated by people in general?

Tell me about your disability. How does your disability affect you?

How do you feel about the fact that you have a physical disability?

BYLAE B

TRANSKRIPSIE VAN ONDERHOUDE 1 – 6

1 **ONDERHOUD 1 (Tumi)**

2 **I: Which grade are you in?**

3 T: Grade 8 E.

4 **I: Tell me about your school.**

5 T: This school?

6 **I: Yes.**

7 T: Ok. I've been here for two years and eight months. When I first came to the school I felt
8 kind...of awkward. Because it was a weekend when we came but then I find my classmates
9 **** and ***** and...mmm...***. Mm...well, they were quite good to me...they still are.
10 *****. When she found out that I couldn't see properly she asked her mother to buy me this
11 giant magnifying glass. It is so big, but anyway I'm quite happy and that mean I didn't need
12 to bring the book close to my head. Ok. Ja. Then she used to buy me lunch and all the nice
13 stuff. They are really kind to me.

14 **I: How do you feel when you enter the school building?**

15 T: I like the school. I like all the crazy people. Like ***, and ***** and ****, they just,
16 they just comedian people. I always laugh when I'm among them.

17 **I: Tell me about the schoolwork.**

18 T: Schoolwork...well it isn't that difficult actually for me. I like the subjects but Maths,
19 who like Maths, Ma'am? I struggle with Maths but I don't want to make Mr ***** angry.

20 **I: How do you get on with the teachers at the school?**

21 T: Well, I get on well with most of the teachers. I can talk to Mrs ***** and Miss ****
22 well... mmm Mr *****, I love Mr *****. It's fun in his class. He always says, 'I don't
23 want a dead class'. So he is always making jokes and making us laugh but the thing I like
24 most about him is his teaching method. It's not a strict teaching method. You learn while
25 it's fun. That's nice. I love being in his class.

26 **I: What would you most like to achieve this term?**

27 Y: I want to get good marks. Well, when I see my report, I feel well, I feel good but when
28 my marks are bad, then I feel bad. Ja. What I find easier for me to do is, Afrikaans. I don't
29 even spend time with Afrikaans and I got 85 out of 100. I was like the teacher at study in
30 hostel. I am in the hostel. I do most of the homework myself and then when I need help like
31 drawing Maths tables and graphs I just ask somebody to help me.

32 **I: Are they willing to help you?**

1 Ja, they are.

2 **I: How do you feel about your schoolwork?**

3 T: I do have lots to be proud of. But I have not achieved all my goals.

4 **I: How do you feel about not attending a mainstream school?**

5 T: An ordinary school?

6 **I: Yes.**

7 T: Well, I feel this is a mainstream school. That's how I feel. We...we are normal children
8 amongst each other. It's like any other mainstream school. Because we get the same text
9 books. We get the same quality of writing exams.

10 T: You know...Mmm...in my opinion. I think...special schools are like the best schools that
11 you can ever find. In the mainstream you've got seventy children in one class. Then you
12 can't get helped by the teacher. If you ask the teacher assistance she needs to mark seventy
13 papers or is busy at that moment with another child.

14 **I: You said that you feel normal amongst the children at school but how do you feel at
15 home or when you are not at school?**

16 T: At home it's kind of weird because people look at you weird. They don't
17 understand...especially the children because children can be really cruel. They look at you
18 weird and then like...hey, you are blind! They think I'm actually blind because in the night
19 when I come into contact with a lot of light I get colour blind. They're like, ja, you blind and
20 all that stuff, ja and you walk like you drunk and all that stuff and it really doesn't make me
21 feel good but...ok...agh. They tease me and...but I, I get used to it. I just tell
22 them...agh...well go sleep...*gaan slaap net*. I was making a telephone call on a public phone
23 and it was like this huge group of primary school children and they start laughing. And I
24 asked them, but what's so funny? Share the joke I wanna laugh and laugh. How the hell are
25 you walking? I couldn't even try to think I just stood there and I told them: You know
26 what? I'm disabled and you know what? God made me this way. The reason why I am in
27 this world is the same reason you are in this world and I'm older than you. I'm wiser than
28 you. You guys are only, what Grade 2, 5 or whatever. I know what you guys are going
29 through and I know that you guys think you better than me but you are not.

30 **I: And how did they react?**

1 T: Like...like, Wow! They looked at me in such amazement, and then I told them, you
2 shouldn't laugh at disabled people, you know, cause they can do bigger and better things than
3 you ever could dream of. They can teach you more than you ever could teach yourself.

4 **I: So you've experienced being teased outside the school. Is this also a problem at**
5 **school?**

6 T: Sometimes you know...but when they start doing it agh, come on, what are you bullying
7 at? I mean, we are all the same. Some might have ADD or some other kind of disability but
8 you are here for a reason. Ok, I don't have ADD but still, you're here for a reason. So why
9 bullying me because you may be here for even a worse reason than I am. So I accept you the
10 way you are, believe me I will never take it to heart. I won't take it seriously because what
11 are you bullying at? You are bullying at a disabled person who is just like you.

12 **I: How do you feel when somebody bullies you?**

13 T: Agh, Ma'am, it makes me feel sad but you know I'm getting used to it because even in
14 crèche I went to a special school where there were lots of disabled children. But I was
15 always teased not because I'm disabled but because of my eye sight. Because my eyes are
16 really small so every time they looked like they closed but they opened and the children
17 doesn't understand that and they come to me and say...open your eyes and they try to stretch
18 my eyes and try to open them! You know...Ma'am, every school I go to I always have a
19 problem. I always don't fit in cause in ***** it was a school for visually impaired and
20 blind children. And the way I was teased was not because of my eyes but because of the way
21 I walk and when I came this side then it's not because of the way I walk but because of my
22 eyes. They look weird at the children. Like Aunt **** when I was a newcomer at the hostel
23 and she first hear that I couldn't see nice, like...how is that new kid going to wash the dishes
24 if she can't see? Agh, don't worry you'll see and I proved her wrong and I washed the
25 dishes. I wash the dishes every Monday, and I never have complaints.

26 **I: You said that you feel that you don't fit in. Tell me more.**

27 I'm different, Ma'am. There's nothing I can do about it only accept the fact that I am
28 different. There's absolutely nothing I can do about it myself. So you see what I mean. You
29 know it feel a bit difficult but why can't you just accept what you have? When I was still in
30 crèche I would always cry and cry everyday like I'd go to my mom and tell her they making
31 fun of me. Then my mom will come the next morning and talk to the teachers but it wouldn't
32 stop...but the older I'm getting the wiser I'm getting. Ok. I just realise that they tease me to

1 make them feel better. Because they know that they are not perfect. Nobody is perfect in my
2 book. We've all got those flaws about ourselves. You can't say that...you Mrs ***** are
3 perfect. You can't say to me, I never made mistakes in my life. No...people must accept
4 that we are the same, doesn't matter if you are disabled or not, we're still the same.

5 **I: That's true.**

6 T: You know, you are no angel but that's how, that's...I believe that's how God made us.
7 With imperfections of our own. What I think is, that if you make a mistake, ok, you can't
8 take it back but you can learn from it and learn that...don't repeat the same mistake because
9 if it was a mistake, it was a mistake, there's nothing you can do to take it back then but you
10 can try and make it better and you know...if people hate you, Ma'am...it doesn't matter, let
11 them hate you. Ok. You, you, you've apologised. What are you suppose to do? You know,
12 you can't kiss their feet.

13 **I: Tell me about the people who are important to you.**

14 T: There are a whole lot of people. A whole lot, a long, long, long list. My sister, my mom,
15 my mother. I know some people think that my mother isn't such a good parent but I think
16 she is a good parent because you know, Ma'am, before I was able to come to this school, and
17 have all the nice stuff that I do we were like extremely poor and we use to live maybe ten
18 people in this two bedroom flat. You know, it was so cramped I mean we have that problem
19 that every morning the drain would just pop up and all sewerage and everything will just
20 flow to your flat. And when you had to clean that all up and...it was terrible, Ma'am, it was
21 horrible, believe me, then...mmm...my father got a better job but still we lived horribly. I
22 know in the Bible it says...mmm...you know the people live as poor people but, Ma'am,
23 I...the thing is, can...children say, ja my mother is not a good mother? She left you and she
24 is running away from home. But she's earning money for us for a better life. They said that
25 they don't think my mother is a good mother because she ran away from the responsibility of
26 being a mother of a disabled child. And I told them if it wasn't for my mother going to
27 London how would I be able to go to school and help them with their schoolwork? I have a
28 huge vocabulary. I love weird words because when my sister used to study she used to say
29 strange words and I would say...stop, what does that mean? And she tells me, and then it is
30 in my head forever.

31 **I: Tell me more about your sister.**

32 T: It is just the two of us and she is older than me. I stay with her and we get on very well.

1 **I: Who do you trust if you need somebody to talk to?**

2 T: If I need somebody to talk to...oh well, I don't talk to anybody really. Agh, you know,
3 Ma'am, at home when my father died I didn't even cry. When they first told me...your dad
4 passed away I like...looked at them...ok. But I was still sad but I said...all right then...he is
5 gone. You know, they expect me to go...whaaaw! My grandma told me but they expected
6 you to scream, you know, but because me and my father were like always together, we were
7 tight, we were very very together. I loved my dad, a whole, a whole, a whole lot.

8 **I: It seems as if you find it difficult to express your feelings?**

9 T: Yes, I do, I don't like to show my feelings...when people upset me. Like they use my
10 airtime and I wasn't assuming it was finished and then...what happened to my airtime? I just
11 say...Oh well, ok, it's finished. There's nothing I can do about it. I don't go...what's, where
12 is my airtime? Even when I know that...that was my airtime. But it's gone, it's gone, can't
13 do anything about it. If I can't change...you know. I can't change anything. So then I just
14 accept it.

15 **I: Do you feel that your disability is causing any disruption or inconvenience in your**
16 **family?**

17 T: My family? No. At first I did because in my opinion I think that my family feel, oh my
18 gosh! This is terrible! Because most of my mother's side have problems. That was a major
19 thing. Then I came in the picture...I was like weirdly different, because when I was young I
20 couldn't write straight. So my mother used to teach me how to write with a pencil. I saw her
21 cry at times. I think at times she would cry and say...but why me? Lord, why did you give
22 this to me? Sometimes I felt that I have failed my parents. They wanted a perfect child but I
23 came out the way I am. But I think they learn to love me.

24 **I: And when you saw her crying...how did you feel?**

25 T: Well, I was a child but my mother made me understand when I was older, Mummy,
26 what's wrong? She might say...I'm ok. Then I would go, serious...then she would go...I'm
27 ok, don't worry. But now she sees, Ma'am, I've got potential, I know I have potential, I
28 know I can be whatever I want to be. I do have lots to be proud of. In my whole family my
29 sister and I are the only ones who are fluent in English. Nobody in my family has the fluent
30 English. All my cousins and all the people don't have the fluent English that I have and you
31 know, I teach them stuff. But I think sometimes people hate me for it because my cousins
32 are like...you think you're better because you can speak English and all that stuff...but I'm

1 not better than them because, Ma'am, I am speaking English now but I know where I come
2 from. Me, I'm a Zulu...love being what I am...Zulu.

3 **I: Tell me about your social life.**

4 T: I don't have one.

5 **I: Tell me more.**

6 T: I don't have one. People don't like me. I don't have friends that I can go out partying
7 with. I don't have a curfew that you must be at home by eleven o'clock. No! Agh, you
8 know, Ma'am, I think I'm the only one in my whole class that has never had a boyfriend.

9 **I: Do you know of any social events or groups that you can attend?**

10 T: Not that I know of but even when there were opportunities I don't want to have a social
11 life.

12 **I: Ok, so are you happy with the fact that you don't have a social life?**

13 T: Oh Ma'am, I want certainly to have a boyfriend. When my classmates are having
14 problems with their boyfriends they always come to me. What must I do? And then I told
15 them do this, do that, do this, do that and they follow my advice and their love lives are
16 always perfect. So I think that I'm just a psychologist but I don't have anyone to practice my
17 own preaching on because I don't have a boyfriend.

18 **I: How do you feel about marriage?**

19 T: I, agh no, agh, no! But I would love to have kids. Because, you know, Ma'am, eish,
20 these days when people get married...after five years they break up. You know, Ma'am, the
21 good guys are all gone. All the nice people already have the good men. But I don't think
22 there are any good men anymore, but if I would find a good man, Ma'am. One who likes me
23 because...I mean I'm serious and they realise that I'm physically disabled and that's just who
24 I am, then I will marry him.

25 **I: How do you experience the education and information that you receive regarding
26 sexual matters?**

27 T: Received information from whom...the school, my family?

28 **I: Yes**

29 T: No! We never talk about that. No sex talk. Agh no! But I know everything. I know
30 everything.

31 **I: Where do you get the knowledge from?**

1 T: Everywhere. Just listen. Sometimes I just read books about it. Sometimes I just read the
2 Grade 10 books that are more specific about sex...I know everything that there is to know
3 about that.

4 **I: Do you think this is an aspect that needs to be addressed?**

5 T: Yes. I don't know, Ma'am...ok, yes, yes. And the reason I said yes because, Ma'am,
6 children just go and have sex because they hear from the friends...oh, sex is fine. Oh, sex is
7 this because children don't mind talking about sex. Oh my goodness. I think the
8 perspectives of children are that sex is something that everybody does. I really don't feel that
9 way.

10 **I: How do you feel?**

11 T: I think sex is a sacred thing. Sex would be what you share with your partner...when
12 you're married. You have sex when you're married. Ok. You have given your heart and
13 your soul to that person.

14 **I: So you do believe in marriage?**

15 T: I do believe in marriage. I just have to find the right man. Because, Ma'am, it's not that I
16 haven't had a boyfriend...but I have had a boyfriend...but the only reason to become my
17 boyfriend is because they only want me to do their homework. They want my money. Oh
18 baby please, can I please have some tuck money, I'm so hungry. They just use you, Ma'am.
19 I just wash my hands of boys completely.

20 **I: Would you like to have a social life?**

21 T: Yes, I would like to have a social life like some of the children...they go to the movies
22 together, they are close, they share clothes, and they are always together. They go to each
23 other's houses whenever they want. My mother always has very strict rules...and my sister.
24 I sometimes want to go to the mall but they won't allow me to go on my own.

25 **I: So do you experience them as being overprotective?**

26 T: My mom definitely...definitely. You know, Ma'am, when I go to a party she always tells
27 me, 'Be careful...(ok mommy)...make sure that you wear pants not a dress...(ok
28 mommy)...don't let anybody touch you weird...(ok mommy)...be careful...(ok mommy).

29 **I: What would you like to tell other people about the way that they should treat you or
30 people with disabilities in general?**

31 T: I want them to treat me like...like a real friend. I just like them to stick with me like they
32 stick with their other friends. They are always together and I feel alone and left out.

1 **I: Have you ever talked to your friends about being disabled?**

2 T: Yes, and I talk to them about their disabilities. I ask them straight out why are you
3 here...even when I see that they don't have a physical disability.

4 **I: Ok, tell me about you disability. What are the challenges?**

5 T: Ok...challenges...I can walk for long distances but the problem is when I stand at the
6 robot I can't stand for too long. I have to keep moving or else my knees get sore and then I
7 have to sit down and when I sit I can't walk anymore. I can bath myself, I can dress myself. I
8 can cope. I think these are the only challenges I have.

9 **I: What else can you tell me about your disability?**

10 T: I think it is CP. Yes...that is why my handwriting is affected. I was also bending before I
11 had my operation but not as much as I do now because when...before I had my operation I
12 could walk straight, very straight but when I had my operation I couldn't walk straight
13 anymore.

14 **I: Were you born like this?**

15 T: Ja, I was born bend but I could stand like any other person.

16 **I: How do you feel about the fact that you have a physical disability?**

17 T: Agh...well...sometimes it is kind of hard because...sometimes my aunts and my
18 uncles...they can't understand that I can do some stuff for myself and then for some of them I
19 just become an invalid and they do it all for me.

20 **I: Do you feel that they treat you differently?**

21 T: Ja...like when I want to play outside I can't go play outside because I am going to get hurt
22 and ja...they think I am a princess because every time I ask for something I get it even if the
23 other children had asked before me and I didn't like to be treated differently. I like to be
24 treated in the same way that the other children are treated.

25 **I: Tell me about your interests.**

26 T: I want to do criminal law when I am done with school.

27 **I: Tell me more about your future plans.**

28 T: My dream is to go overseas and live with my mom and experience other things outside of
29 my home country because South Africa is the only place I have ever been. I have never been
30 around the world. So I really one day want to go and stay with her if it is possible.

31 **I: Is there anything that worries you...specific fears...?**

1 T: My fears...sometimes I fear that once my mom comes back...something bad will happen.
2 Sometimes I'm scared for her to come back because...sometimes I feel like if she gets on a
3 plane it is going to crash. I'm scared that she goes on that plane and it will crash and I
4 haven't seen her in such a long time...and then I will never ever see her again. But I used to
5 be very scared but not so much anymore but it is still there. Sometimes I don't want her to
6 come back...sometimes I just want her to stay there because it is safe there.

7 **I: How do you feel about your life in general?**

8 T: My life is boring.

9 **I: Boring...In what sense?**

10 T: I don't have a social life. My sister has found a boyfriend...a really, really great
11 boyfriend...so ja...my life is pretty boring. My mom is so overprotective she doesn't let me
12 go to the mall by myself. She says I am going to get hurt, I am going to get kidnapped or
13 stolen, or raped or killed. She is so overprotective. Ja...my life is boring 'cause there is
14 nothing else I do except to do the homework that I need to do and I just sit around doing
15 nothing...life is quite, quite boring.

16 **I: What motivates you?**

17 T: What motivates me...is the fact that I learn. Everyday that I come to school. I wake up
18 in the morning and I know that I am going to school and that I am going to learn more. That
19 motivates me to wake up in the morning. Sometimes I don't feel like waking up...sometimes
20 I just feel like staying in bed the whole day...but not sleeping just sitting there and doing
21 nothing. Yes...I do get depressed a lot. Then when I am depressed...people hate it when I am
22 depressed. I always got this long face and then I don't want to talk to anybody and I don't
23 eat.

24 **I: How do you solve a problem? What do you do?**

25 T: Well, if it is a problem that involves lots of people I will bring in the parties that is
26 involved and let them talk it out because I don't like having problems in my life. I talk it out.
27 If talking doesn't help I just leave them to cool down and then I try again because I know that
28 I will get through to them at some time. They can't stay mad at me forever. They have to let
29 it out.

30 **I: If you could change something in your life, what would that be?**

31 T: What would I change?...My social life. Make sure that it is very busy. That I am never
32 bored...but...I wouldn't change the fact that I am disabled because I know that I am disabled

1 for a reason and I know that reason only God can determine that reason. He knows why he
2 has brought me disabled in the world like this and he knows what my purpose is. So I
3 wouldn't change the fact that I am disabled...I will just change my social life and change
4 people's perspective towards me.

5 **I: The people's perspectives...tell me more.**

6 T: Hmm...Sometimes when I talk to other people...because I am disabled they think my
7 brain is also disabled. They think that I can't think quite clearly. So maybe if I'm with
8 somebody they ask the person next to me what I would like or what my name is, this kind of
9 thing.

10 **I: Do you experience any other frustrations in everyday life?**

11 T: Yes, transport. It is quite difficult for me to get from home to here. So some things I just
12 leave because I can't go. It is also a problem when there is no path or pavement for the
13 disabled to walk on. I really don't like that, then I need somebody to help me climb on this
14 or go through that.

15 **I: Ok, is there anything else you want to say or add...that we haven't talked about?**

16 T: Yes, about my family, my mom's side...I think I am going to tell you anyway. It is a
17 drag, it is a real, real drag. It is a long story. My grandma is suppose to have six
18 children...she has five children but she had a miscarriage...that happened to be a boy...then
19 came my mommy. Then came my one auntie, then came the other one and then came the last
20 one. Apparently as I understand there was like hmmm...kind of a noise like playing loud
21 radio or that stuff. My grandma didn't like it and she started to shout at them and told them
22 that they must turn it down because they are making a noise. So it started a whole big fight.
23 Before this fight my aunts used to love each other so much but because of this huge fight my
24 one aunt...I am not sure if she is mentally ok, but she is blaming the wrong people for the
25 wrong things and you know, it is kind of upsetting because she tells me all about it even if I
26 don't need to know. She is always telling me, she said that apparently my grandma, who is
27 her mother, bewitched her own daughter for her daughter's money. She says that my
28 grandma killed her own daughter to get money. She killed the last born daughter to get the
29 last born daughter's money and she said that when my aunt died her will was contested that
30 everything must be in my cousin's name, in the second born child's name and she says
31 that...'cause when the death certificate stated natural causes. She died of natural causes. My
32 aunt doesn't believed that, she says...no.

1 **I: Is this worrying you?**

2 T: It does worry me a lot because they do fight a lot. My aunt reckons my grandma is a
3 witch. She doesn't call her mommy anymore. She calls her your grandma or she calls her
4 that witch.

5 **I: How do you feel? Do you believe that you can bewitch somebody?**

6 T: No...maybe that exists in the 17th or 14th century. But not now.

7 **I: What is your belief?**

8 T: I believe in God. I believe in God very much. But my aunt said she knows why I am
9 disabled. She said because your mother has a big mouth she used to *skinder by* other people
10 and this one lady decided to make her sorry for what she said about her and so she put special
11 medicine on the door and a curse on her so that you could die but lucky for you your great-
12 grandma was watching over you to make sure that you are not going to die but that is why
13 you are disabled.

14 **I: Ok, but do you believe that?**

15 T: No...I believe that the reason why I am disabled is because God made me disabled but
16 her opinion is that my great-grandma was looking over me, she made sure that I was ok, even
17 though I came out disabled. She make sure that I wouldn't die 'cause she said that the
18 special medicine that the lady put on the door was to make sure that I would die in my
19 mother's belly and she said that my mother should thank my great-grandma and do a special
20 ceremony for her but because my mother is too much of a Christian she doesn't believe in all
21 that stuff.

22 **I: Do you think a person needs certain qualities to cope?**

23 T: I think a person needs to cope with the way they are. The way you believe will help you
24 to cope.

25 **I: Tell me something about yourself or describe yourself in a sentence.**

26 T: I love myself and I have respect for others.

27 **I: Is there anything else that you want to add or say?**

28 T: No, Ma'am.

29 **I: Thank you so much for you time and willingness to talk to me.**

30 T: T: It's a pleasure.

31

1 **ONDERHOUD 2 (Sibusiso)**

2 **I: How old are you?**

3 S: I'm 17 years old.

4 **I: Tell me about your school.**

5 S: School is wonderful. It's the best school I ever had. I like the children. They are the
6 best, they help me everywhere.

7 **I: How do you feel about not attending a mainstream school?**

8 S: Yes, I will like it to go to an ordinary school but I will not leave this school. This school is
9 the best.

10 **I: Why do you go to this school?**

11 S: Because no other school will take my hand and they told me to come to this school.

12 **I: Why do you think so?**

13 S: Because other children will tease me and the principal won't except it 'cause I will ask for
14 too much help and that stuff.

15 **I: Have you ever been teased?**

16 S: Ja, I have.

17 **I: Tell me more.**

18 S: The other kid, it's from last year, his name is *****, he used to tease me a lot and other
19 kids call me a bat and teases on my arms, yes. So I honestly don't know when it's going to
20 stop.

21 **I: Does this happen at school?**

22 S: Ja...but this year kids don't tease me no more.

23 **I: How do you feel when children tease you?**

24 S: I feel really sad.

25 **I: How do you get on with the teachers at school?**

26 S: I get I get on very well. Especially this teacher this year, she's very kind. She helps me
27 in everything.

28 **I: Tell me about the schoolwork.**

29 S: Sometimes I feel...sometimes I feel depressed because it's so much work I feel like
30 crying.

31 **I: So it's a lot of schoolwork?**

32 S: Ja.

1 **I: Do you battle with certain subjects?**

2 S: Ja, especially with Technology and Maths. I think I need extra help
3 with...mmm...mmm...let's see...mmm...Maths and Technology but the teachers always
4 help me with that. I feel confused like when the teacher says something very fast and I
5 couldn't understand. I'm good at English, Social Science, any subject, every subject except
6 Maths and Technology.

7 **I: Is there anyone who assists you with your homework?**

8 S: At home my sister and my mother, everyone, my family. They always help and support
9 me.

10 **I: Tell me about your family.**

11 S: I have only one sister. She is younger. My sister usually helps me with everything. She
12 ties my shoes and zip my shirt up. The things that I can't do. She sometimes she calls me
13 names and that irritates me.

14 **I: How old is she?**

15 S: She's about twelve years old. Ok. No, eleven.

16 **I: Do you feel that your family treats you differently from her?**

17 S: No, not really.

18 **I: Tell me more about your home and family.**

19 S: I normally help them with cleaning. I help my sister with a lot of things and ironing of
20 clothes, that kind of stuff. I feel satisfied when I feel useful. My parents divorced so my so
21 my mother got another person.

22 **I: Do you get on well with him?**

23 S: Ja. He is the best. He helps me with projects and stuff. He never shouts at me if I do
24 wrong.

25 **I: Tell me about your real dad.**

26 S: My real dad I only see him sometimes but he doesn't call me. I always have to call him.
27 Sometimes I miss him.

28 **I: How do you usually solve a problem? What do you do?**

29 S: At school I talk to my friend *****. He is also here at school and at home I talk to my
30 mother.

31 **I: Do you have any other friends outside school?**

1 S: Ja, another kid called *****. He also helps me clean the house and that stuff. He
2 helps me with my homework. Finding a friend like *****was very hard 'cause all the
3 friends that I have used to steal from me.

4 **I: If you could change anything about the school, what would you change?**

5 S: I change...I change some of the friends.

6 **I: Why?**

7 S: Because some of the friends hit me for no good reason. Like *****here. Sometimes
8 he bullies on me like like...mmm...I'm busy talking to someone then he just comes and hits
9 me for no good reason.

10 **I: How do you feel about the way that you are treated by people in general?**

11 S: Well, since I got this hand...my mother is been treating me really different, and I'm
12 happy now and both of my parents they love me so well, they treat me like I've got two
13 hands, and they send me to this school. To my knowledge...'cause when I was small I felt
14 when I had this hand I will never go to a school. Ok. They act like...they don't care about
15 this hand. When I go to the shop there are always some people who ask what happened to
16 your hand. Then it gets very irritated because I feel depressed when people ask and I have to
17 tell them.

18 **I: So, don't you like to talk about it?**

19 S: No.

20 **I: Have you ever talked to your mom or any doctor about your disability?**

21 S: I always ask my mother when I'm going to fix my hand. My mother says this December
22 she is taking me to Doctor *****'s hospital to fix my hand...to try.

23 **I: Do you think it is possible to fix your hand?**

24 S: Well, I hope so. If they can't do it, I'll ask God's help. I'll ask God to help me.

25 **I: Tell me more about your disability.**

26 S: I really, I really don't know why it happened. Only God has a reason why he puts it like
27 that. I was like a normal kid but then a big gate fell on my head. Only drawn into my hand.
28 So a little part of my brain is damaged. I don't think there's a big problem really. No it's
29 quite easy but sometimes, ja. My sister ties my shoes and helps me with the zips. The things
30 that I can't do.

31 **I: How do you feel about the fact that you have a physical disability?**

1 S: Mmm...when I knew I had this hand I felt very disappointed in myself and I ask God
2 what did I do to deserve this. Ja, but I feel better now.

3 **I: Tell me more.**

4 S: I feel better now that I know I got people who care about me. Don't ask too much about
5 this hand and care about what I do and stuff helping a lot now. Ja. I feel proud when I done
6 things I couldn't do before like play PlayStation. I could never do that. I can now work on
7 the computer and cook.

8 **I: What would you like to tell people about the way that they should treat you?**

9 S: I'll tell them not to ask about this hand and not to look at me like I'm some kind of person
10 like a freak and that stuff and to treat me like all other human beings. Sometimes I feel really
11 sad because people think I am stupid because of my hand.

12 **I: So, do you really feel that people think you are stupid because of your hand?**

13 S: Ja, ja...and sometimes I feel very sad when I think about that. I also feel shy...like
14 when...it is a party and I have to dance in front of all those people. I think other people
15 might laugh at the way I dance because with this hand I can't dance properly.

16 **I: Are you allowed to attend social gatherings or parties?**

17 S: Yes, but I must be back at a certain time and my parents must know where I am.

18 **I: Do you feel that your disability is causing any disruption or inconvenience?**

19 S: Ja. Sometimes when my parents ignore me I think this hand is the problem. Sometimes I
20 battle to make friends and I also think it's about my hand.

21 **I: Tell me about your social life.**

22 S: It is ok. But it is sometimes difficult to make friends.

23 **I: Why do you find it difficult?**

24 S: I sometimes think it is about my hand.

25 **I: How do you feel about relationships or girlfriends?**

26 S: I would want one, and I would want to get married. Ja.

27 **I: How do you experience the education and information that you receive regarding
28 sexual matters?**

29 S: Well, sometimes the teacher talks too fast and I get confused what she says and eish...ja.
30 We don't receive a lot of information.

31 **I: Do you have any hobbies? What are you interested in?**

32 S: I would like to do...mmm...like...mmm...high jumping and athletes stuff.

1 **I: The things you are not capable of doing now?**
2 S: Ja. Ja. Mmm...I would like to drive a normal car. Not an automatic one. Ok.
3 **I: Do you think it will be possible to drive a normal car?**
4 S: Well, I don't know, I haven't tried it. But if I had a hand I would.
5 **I: Ok, but say an automatic car will be the only option?**
6 S: Ja. Then it's fine? Ja.
7 **I: Tell me about the sports and activities at school.**
8 S: I participate in shot put and javelin.
9 **I: Tell me about your future plans.**
10 S: I would want to own a business like my mother. Have a lot of money. Ja.
11 **I: When you feel stressed or unhappy what do you do to relax?**
12 S: I don't talk to no one. I just find peace.
13 **I: So you just keep to yourself?**
14 S: Ja.
15 **I: Be quiet?**
16 S: Ja, until I calm down.
17 **I: Is there anything that worries you?**
18 S: What worries me is about when my friends are in danger. I feel very worried over when
19 my parents are in hospital and stuff. Ja. Sometimes I worry like when they doing an
20 operation on my hand and they fail, and then they have to cut it off.
21 **I: How do you feel about religion or spirituality?**
22 S: Ja. I think it is important. I go to Friday church and Sunday church. I pray, I ask God to
23 heal me of this hand and stuff. Ja, and I join the youth group.
24 **I: And do you enjoy it?**
25 S: Ja, it's cool. It's cool.
26 **I: Tell me about the other children at youth.**
27 S: At the youth...at the youth sometimes it's hard because some kids are looking at me like
28 I'm some kind of freak.
29 **I: What keeps you going? What do you think motivates you to go on?**
30 S: Mmm ...God helps me. My parents support me to move forward. Ja and my friends.
31 **I: God, your parents and your friends motivate you?**
32 S: Ja.

- 1 **I: What gives meaning to your life?**
- 2 S: Mmm...God.
- 3 **I: If you could change anything in your life, what would that be?**
- 4 S: I would change the pollution and that stuff.
- 5 **I: Would you change anything about yourself?**
- 6 S: Ja, I will change my hand too.
- 7 **I: Tell me something about yourself or describe yourself in a sentence.**
- 8 S: Mmm...I think about other people and I share.
- 9 **I: Is there anything that you want to say or add that I didn't ask?**
- 10 S: Mmm...no, thanks.
- 11 **Thanks Sibusiso.**

1 **ONDERHOUD 3 (Candice)**

2 **I: Which grade are you in?**

3 C: I'm in Grade 10.

4 **I: Tell me about your school.**

5 C: I am very happy at school. I get on well with everyone and all my friends are here. I
6 have been in this school since I can remember (nursery school).

7 **I: Tell me about your school work.**

8 C: I do very well at school. I work really hard and always gives my best and I do very well
9 at school

10 **I: Tell me about yourself. How does your disability affect you?**

11 C: The thing I hate the most is that there are certain things I just can't do no matter how hard
12 I try...it drives me insane. Communication and things. I can do it in my head. In my head I
13 am perfectly normal. I am perfectly normal in my head but physically there are things I can't
14 do and that really irritate me. It is if though, if me in my head and me physically are totally
15 different, 'cause...me in my head is perfectly normal. She is not...shy. She is not so...don't
16 talk to me, don't look at me, don't nothing me. 'Cause me physically, I am shy...I don't
17 really like to go out in public because I am so self-conscious about the disability. The people
18 look at you with a 'Ag shame, poor you'.

19 **I: How do you handle it when you really need to go out?**

20 C: Well I just go. I don't think of anything else. I just go. This is where I need to be...I go
21 there. I do that and I go home. I have to go and do what I got to do. If I had my way I'd be
22 out every day but it is because there isn't any way that I can go out on my own and the
23 people look at you. It really, really irritates me. If people could just stop looking at the
24 physical side of things.

25 **I: How do you feel about the fact that you have a physical disability?**

26 C: Ja, I need to accept the fact that I am disabled. I don't think within myself I have
27 excepted it even though I know I'll never be able to walk on my own...ever. I know that but
28 I don't think I fully accepted or realised the full extent...of the problem. You know
29 before...I always thought maybe one day out of nowhere everything will come right. It is
30 not as though anybody ever really explained the fact that I will never walk on my own. I
31 always thought one day...something will happen and I'll be fine. I only really found out the
32 full extent of my disability about four to five years ago when they actually sat me down and

1 explained to me what my disability is about...and that I will never walk. All of my life I
2 thought maybe one day...and then all of a sudden, here look...sorry for you but that one day
3 is not going to come. I don't think in my mind I am actually ready for it...that one day is
4 never gone a come. In my mind at some level I am still hoping for that day.

5 **I: Would you have preferred it if someone could have informed you at an earlier stage?**

6 C: Ja...ja, I think if someone had explained to me when I was younger then I would never
7 have thought...oh...maybe one day I'd be able to walk. I wouldn't have this thing of having
8 to accept it.

9 **I: Do you think one will ever fully accept the fact?**

10 I don't think you can ever accept...will accept it because there are certain things that you
11 want in your life that you don't have. There is nothing I can do about it. That is hard. Every
12 single day is hard. At some level you always hope that maybe one day people will figure a
13 way out to help you with cerebral palsy...to fix whatever is in your brain that has this
14 disability. That they'll fix it...I don't think you can really, really accept it although if you
15 would be able to fully accept it that will be wonderful. It is something you have to live with
16 but it is not easy. It is not easy, definitely not.

17 **I: Do you experience other frustrations in everyday life?**

18 C: As I said it really irritates me that I can't go out on my own. There is no public transport
19 and I need assistance when there are stairs. Physically there are things that I just can't do.

20 **I: Tell me about your dreams and future goals.**

21 C: Ughh...what I would have liked to do...if I would be able to do it I would like it to
22 actually become a singer but people say...this is what really irritates me...you can't do this.
23 Even people in my own family say, you know what, you will never be able to do that because
24 of your disability. You'll never be able to do this, that or the next thing because of your
25 disability. In my head I can do whatever I set my heart on doing despite the disability but the
26 people keep on saying you will never be able to do this. Eventually, for me, I have to think
27 about life, to think about my ideal life. In my head I have this whole thing planned ok...I set
28 out a whole nice plan (laugh) of what I'm gonna do...to find later oh...sorry for you, you can't
29 do that. You have to rethink your life after you have your heart set on something for so many
30 years. You have to rethink everything and realise that is where my heart lies. I know I
31 would probably end up not doing one of those things and end up doing another job because
32 of my disability...probably doing law or psychology or something. I thought ok, seeing that

1 I can't be a singer...then I'll have to do either law or psychology. Then the people say, my
2 mother says, You can't do law...you have to go up and down the stairs and you got to stand
3 up in court and talk and that you can't do.

4 **I: Don't you think there might be a solution for these practical problems like going up
5 and down the stairs?**

6 C: For me, I don't think so because people will not take you seriously. Even if you know
7 that you will be a damn good lawyer. You have your degree and whatever, people won't
8 take me seriously.

9 **I: Why not?**

10 C: Because of my disability. People think that a person with a disability can't perform up to
11 standard. They think you are not able to be the type of lawyer that people are looking for
12 because they don't think of the fact that you have this degree. They think you have a
13 disability and that you are kind of stupid. Meanwhile you yourself know that you will be
14 able to do this. No one takes you seriously.

15 **I: How do you think are you going to pursue your goals?**

16 C: (Laugh) One step at a time.

17 **I: Do you have a plan in mind to accomplish this?**

18 C: Yes and I get so cross when things fall of...the plan. Then you have to think about
19 another way around it. You have to make another plan. Sometimes you rethink and redo it.
20 I just think...a million plans. I have to do it. I have to get it done properly.

21 **I: Do you have any fears or concerns about certain things?**

22 C: I do, I definitely do. I do worry that people will always think of me as that I am not
23 capable of anything on my own. And I do worry that...I know it is still many, many years
24 from now but I do worry that if one day I'll have children I won't be able to be a very good
25 mother to them because of the disability...because there are certain things I won't be able to
26 do. I say to myself what if...see it like this...when I were a child I wouldn't like it to have a
27 mother who can't play with you in the garden and run around and do whatever. I do worry
28 about that...truly...and the problem is there are certain things that I can't do physically. I
29 think sometimes that I don't want to be one of those mothers who are only there in the
30 background...but there are physical things that I can't do that I really, really worry about. I
31 would really like to have children but I don't know if I will be the type of mother that
32 children need. That's my biggest fear really.

1 Emotionally...I will be a good mother...never mind the big job. My biggest dream is that I
2 can have children one day. And I often think to myself...you know you get some people
3 they are normal and they don't want to be married or have children. Why must I be like that?
4 Why did I as a disabled person have to be so broody? Why couldn't I be like other people
5 who don't want children...seeing that it will be difficult for me to have children? People say
6 that I am very maternal, like even with my own mother when she goes outside and she needs
7 something warm. I will say, 'You really need to put a jersey on, it is cold'. I am even
8 maternal towards my mother.

9 **I: You really care about your mother?**

10 C: I do.

11 **I: How do you experience the education and information that you receive regarding**
12 **sexual matters?**

13 C: Well...I think we get the basic information that we need...I is ok.

14 **I: Have you ever been teased or experienced bullying?**

15 C: No, not really...it is just that the people look at you with a 'ag shame, poor you' attitude.

16 **I: Tell me about your social life.**

17 I only have a few close friends. We sometimes visit each other but we keep contact through
18 MXit or Facebook.

19 **I: Are you happy with your social life?**

20 C: Well...I'd like to be out more often but I'm so shy and self-conscious in public about the
21 disability and I can't get out on my own. We spent most of our time and the weekends with
22 the family.

23 **I: How do you feel about religion or spirituality?**

24 C: Well...we are Christian but we are not very religious...I believe in God.

25 **I: Are you involved in any religious activities?**

26 C: No...not really.

27 **I: Do you think there are certain characteristic or personal qualities that are important**
28 **in helping a person to be successful or to cope?**

29 C: You need to have a very strong will as a disabled person because if you have to fall apart
30 for every little problem that comes your way...It is exactly the same for every normal person
31 but even more so for a disabled person...who has more challenges. For a disabled
32 person...you need to have clear goals in your life and figure out every way possible to get

1 there. I think so...if people say to me...you know what, you will never be able to do this,
2 that or the next thing, I look at them and say to myself...you know what, I will do whatever it
3 takes. I will do what I want to do...regardless of what people think. It is my life and I live
4 my life, my way...regardless of what people say. And I will get there whether you like it or
5 not. I am determined.

6 **I: Right now, do you consider yourself to be successful?**

7 C: There are things so far I am good at, like I do very well at school. It took me years to see
8 myself as successful. Finally I am settled within myself. I am happy and I am absolutely
9 optimistic about things for the first time in my life.

10 **I: Were there barriers or obstacles in the past that prevented you from being**
11 **successful?**

12 C: Definitely in the past I didn't have the same attitude that I do have now. In the past, if
13 they said, Oh you won't be able to do this because of that...I would have said, You know,
14 you are right. Because I had listened to what other people said. But I realised I am the one
15 that lives this life.

16 **I: What made you change?**

17 C: To get rid of people that put a damper on my life. To say to those people, I can. You put
18 me down, you must go. I don't need people in my life that are negative. I need people that
19 are optimistic...who say to me that you can and you will.

20 **I: Please tell me what future success means to you in your life; where do you see**
21 **yourself in five years?**

22 C: I will probably study law.

23 **I: Tell me about the people who are important to you.**

24 C: I found it very difficult to cope with the death of my grandparents as I had lived with
25 them since I was a baby. My parents' divorce.

26 **I: Have there been people in your life who have helped you, supported you**
27 **emotionally?**

28 C: Definitely. My grandparents, mother, people at school. Way back they say you can do
29 and be whatever you want. I lost both my grandparents during 2007. My parents got
30 divorced. But say at the end of 2008 a whole new chapter started with all new people. I
31 don't need your old negative vibes. New friends, new people in my life that are adults. I

1 found people that I can look up to. This happened after the divorce, after I left to stay with
2 my mom.

3 **I: What motivates you?**

4 C: My family.

5 **I: What gives meaning to your life?**

6 C: The most important thing in my life is my family. I live and breathe for my family. My
7 two cousins. The one is five the other one is four. The two little ones. I adore them to death.
8 If I feel sad or down in the dumps I just see them looking so happy. I say to myself I am not
9 going to sit and let things get me down. And you know what, whatever happens tomorrow
10 doesn't matter.

11 **I: If you could change anything in your life, what would that be?**

12 C: The fact that I am disabled. But for now, for now I am going to make the best of
13 everything.

14 **I: Tell me something about yourself or describe yourself in a sentence.**

15 C: I look at the bright side of things. I am determined and strong willed.

16 **I: Is there anything that you want to say or add?**

17 C: I never used to be like that. I always used to look at the negative. Don't just think of
18 what is wrong and start thinking of what is ok. You know, it is not all bad. Nothing on earth
19 is all bad. You got to look at the positive side. I know a guy who is always miserable. He
20 looks on the black side of things...I can't do this. I can't do that. And that is also another
21 motivation for me. I have decided I am not going to be like that. I want to look at the bright
22 side of things.

23 **I: Is there anything that you want to say or add?**

24 C: No...not really.

25 **I: Thank you so much.**

26 C: It's a pleasure.

27

1 **ONDERHOUD 4 (Erica)**

2 **Which grade are you?**

3 In Mrs. ***** class in Grade 10 E.

4 **Tell me about your school?**

5 I'm only been here...ok...it's my fourth week this week but the school to me is very friendly
6 and the teachers are nice, ok, except for Mrs *****but she's a different story. I've heard
7 about all the coaching and I enjoy playing sport and the teachers are very helpful and they
8 don't moan. I enjoy it here.

9 **How do you get on with the pupils at the school?**

10 We get along well because I can help them with what they need and they know I'm there if
11 they want to talk.

12 **Tell me about the schoolwork.**

13 I actually do well at school. I just find out from my Home Economics teacher I got 81% for
14 my year mark.

15 **Good! Anything you need extra help with?**

16 Maybe my Maths, ja...it's just my Maths.

17 **Do you need help with your homework?**

18 No, I do my homework myself seeing that I'm in the hostel.

19 **How do you feel about not attending a mainstream school?**

20 My friends that I was with last year and a couple of years before have all gone to mainstream
21 schools. So I sit here and giggle 'cause they say it's harder and I tell them it's not true. I
22 don't think it's harder 'cause I went to a mainstream school in New Zealand and it wasn't
23 and honestly it wasn't that bad.

24 **What would you prefer?**

25 I still think...ok, in this school I kind of walk how everybody walks and in mainstream I'm
26 the only child...think I prefer to stay in a special school. I feel accepted in this school.

27 **What gives meaning to your life?**

28 Well, (sigh)...what gives meaning to my life? Just waking up everyday...I don't
29 know...thanking my lucky stars that I am not worse than what I am that I can still walk, go to
30 the bathroom by myself, feed myself, ja.

31 **How do you feel about religion or spirituality?**

1 Mmm...ja, see...I'm not very big on that. I don't know, it's just...it has never been part of
2 me. It was always part of my friends and stuff but, ja, I'm not one that can enter in those
3 shoes.

4 **Tell me about the people who are important to you.**

5 My grandfather got leukaemia and I used to...as a little girl I used to sit and hum. He told
6 me I don't want you to hum, I want to hear you sing. So, he is the reason I sing and my
7 dad...ja, I admire my dad. Look, he taught me to walk. I love my dad and I don't know
8 what to do without him. So, ja. I don't hear much from my grandparents anymore.

9 **Where do they stay?**

10 They stay all the way up in Cape Town.

11 **Do you visit them during holidays?**

12 I haven't seen them in the past six years.

13 **What is the reason for this?**

14 See, my parents go and visit but I don't. Mmm...maybe it's just...I think it is because of my
15 disability I feel basically that I am a drag. So I just kind of sit at home and do nothing.

16 **Do you feel that your disability causes disruption or inconvenience in the family?**

17 I definitely think it does. A lot. Especially if you go to the theme park and stuff and I
18 wanted to ride and they told me I'm not allowed.

19 **Do they ever give a reason why you're not allowed?**

20 Sometimes, they do give reasons but then it's the stupidest reasons. I wanted to do the
21 Golden Route and she told me no it will mess up your knees and your back and all of it.

22 **How do you get around?**

23 I use a walker and sometimes a wheelchair. It depends on what the situation is. Like when I
24 have to walk from my classroom to the field it's a bit far so I go on chair but if like moving
25 around school to different classes I use the walker. Now that's fine, that I can handle.
26 Sometimes it is difficult like in a shop if the shop's floor plan isn't well worked out and you
27 can't get like to certain places, it gets very annoying, and then usually people would just
28 stand staring at you instead of asking, Do you need my help?

29 **Does it frustrate you?**

30 Ja. 'Cause you actually have to go out to the person...excuse me! I need your help. In a
31 sense I do really think they are ignorant.

32 **Have you ever talked to your friends about being disabled?**

1 Ja, I talked to ***** and...I had a really off day yesterday. I just crawled in the corner of
2 my bed and I cried. So, I talked to *****and I told her I had an off day. I didn't want to be
3 here. I want to go somewhere but there's nothing much you can do about your disability
4 except suck it up and put a face on.

5 **Have you ever been teased or experienced bullying?**

6 Yes...Yes. I once had one of the little kids walk up my home...I was in a mini skirt. I was
7 in Grade 6 and she says to me...what are that bubbly things on the back of your legs and I
8 said ok, those are my operation scars...why do you wanna know? She says no...they're
9 irritating me. I really...I felt bad because it's noticeable especially when I walk and then my
10 parents...I know they love me...but they tease me because when I walk I do this
11 (demonstrates) and sometimes you get like really...you have enough and you just want to go,
12 leave me alone, but then you can't because they are your parents.

13 **Who do you trust when you need somebody to talk to?**

14 I talk to *****, I talk to ***.

15 **So you talk to your friends when there's a problem?**

16 Ja.

17 **Can you talk to your parents about your concerns and worries?**

18 Not everything, 'cause I know my mother will have a cow. She'll go uphill and be
19 frightened...why didn't you tell me sooner? What stuff is this? Like...something happens at
20 the school a couple of months...maybe like a boyfriend dumps me or something or a friend
21 accuses me, the silliest thing...and I tell my mom...she's like down my throat, in my
22 face...so I never...I don't talk to my parents, 'cause I know they'll do that on me.

23 **You said your mom gets upset when you talk to her about something. Why is that?**

24 I definitely think my parents don't want to let go. I'm still that helpless baby to them.
25 'Cause sometimes I'll pick up something and I'll show my dad. Hey dad, what are you
26 thinking about this? You don't want that, put it back.

27 **So you feel you're not being treated as a teenager?**

28 Ja. I'm allowed to go out but as long as my parents can see me or they know who the person
29 is. They are very overprotective.

30 **Tell me about your social life.**

31 My first date was in the beginning of this year. It was a guy that my friend introduced me to.
32 So we decided we going to the mall and watched Transporter 3, and now we meet at Musica

1 and my mom says, Who's the ***** guy? I never met him...how do you know him? I
2 said no...***** introduced us. So she always never let me go and she would follow me
3 by 200 metres 'cause we walked around the mall about six times and it's really annoying
4 because she doesn't want to leave me alone.

5 **So, will she allow you to go to a party?**

6 Not on your life...not even...maybe if I went out with my cousin...just maybe she'll let me
7 go.

8 **Tell me about your brother.**

9 My brother is also...he is kind of...like you know...if you don't do it now I'm not going to
10 talk to you type of person. Basically my brother gets what he wants and when he wants it. I
11 have to go like...Ma, I'm going to trials the next couple of days please can I have thirty rand
12 because I need to pay for my license. And I've got to do this...even if I wanna go visit my
13 best friend. And I was in the hostel last year as well so she will always say, tell me two
14 weeks in advance, I want to know if you bring a visitor, but my brother's chaps go where and
15 when they want to.

16 **Why is that?**

17 Because he's the normal child. He's seen as the good two shoes but I'm telling you it's not
18 true.

19 So, but my friends here at school they do care really. They feel like my
20 family...mmm...because they help me and they love me, they respect me and if I need their
21 support or anything I can always go to them.

22 **How do you feel about a relationship or boyfriends?**

23 Somebody must have enough patience for me if that person exists. Ja. Patience.

24 **Why?**

25 Because I take my time, really I do. All my ex-boyfriends got cross with me because when I
26 walk and I take my time.

27 **How do you experience the education and information that you receive regarding
28 sexual aspects?**

29 Some of it, ja, is from school and some of it...my parents. Ja, most of it comes from my
30 parents. They tell us everything we need to know.

31 **What would you like to tell other people about the way you would like them to treat
32 you?**

1 When you walk into a shopping centre, you've got all eyes on you because you got this thing,
2 that goes click, click, click (the walker). And I would like to tell them to stop staring at me
3 and just...if they want to know, come up to me and ask me. The little children will
4 go...Mommy, what's wrong with her? Bring them up to me and let them ask me what's
5 wrong with me. Don't stare. Don't tell them not to stare.

6 **So you prefer to explain to them and talk to them?**

7 Yes. Sometimes people think when you are disabled that you are also stupid. I've had that.
8 I've had that because they ask me now why you're not in a normal school. They think this is
9 a school for children with mental problems. They don't understand that I won't handle it
10 physically in mainstream.

11 **Tell me about your disability.**

12 My mom told me that it might have happened sometime during birth or after birth cause I
13 have spastic diplegia...mmm...and it damaged my motor skills, somewhere in my brain. She
14 said I had a lack of oxygen during birth or after birth, whenever and I was diagnosed when I
15 was six months old.

16 **How do you feel about the fact that you have a physical disability?**

17 In some ways I still haven't accepted. 'Cause I've got the type of disability you know that if
18 you want to, you can walk but you are scared that you are going to fall. So you kind of sit
19 there. And you don't walk or and sit and watch until you go home and think...I'm going to
20 fall, I'm going to fall, and that's what I do. I once fell over in the middle of Keywords by the
21 Keg and everybody was like...she fell! And nobody came to help me up.

22 **What do you enjoy doing?**

23 I enjoy my sports. I'm close to breaking the record and I sing. I do a bit of dancing as well.
24 At school I'm good at the learning subjects. Give me something to learn like law or the
25 theory of CAT or Technology but practical like Accounting and Maths...ha ha...different
26 story.

27 **Are there other things that you wish you were good at?**

28 Yes...Like...mmm...there's...but the real thing I wish I was good at is telling people how I
29 feel. 'Cause that's my problem. I just sit there in my little corner and I keep quiet, I don't
30 tell anybody anything.

31 **How do you feel about going for therapy?**

1 Ja. I used to do horse riding as a child as well and I would feel better after horse riding
2 because you talk to your animal but the thing it's clever but it doesn't talk. No. Your animal
3 won't tell anybody. I'm actually glad animals don't talk. They've got this droopy eyes and
4 it actually looks like they are listening to you.

5 **Do you love animals?**

6 Ja.

7 **How do you feel about your life in general?**

8 Mmm...I think it could use improvements.

9 **Like?**

10 Mmm...just how I can handle certain situations better...mmm...and maybe getting to see my
11 other relatives. Maybe taking care of myself at some stage 'cause my parents are still kind of
12 like always do everything for me sometimes. And see, I get used to it 'cause like ok, ja...and
13 if you want to do it, you do it, I'm not going to anything, I'm not going to stop you but I will
14 actually like it...I wouldn't mind if they just let go. Even if I went to a dance club with my
15 cousin or I went on a date by myself...would make life feel better.

16 **What motivates you?**

17 My hero, Oscar Pistorius once said, 'When my brothers and sisters and I were growing up we
18 were brought up with one iron rule that is to say we won't allow it to say I can't'. So that's
19 what keeps me going. The word...I can't, doesn't exist in my vocabulary.

20 **Tell me about your dreams and future goals.**

21 Ok, I'd like to become a psychologist and I would like to help the disabled. I feel...that
22 some lose their confidence and they are afraid of the world and how people look at them.

23 **And if you could change anything in your life, what would that be?**

24 Probably my past. A lot of bad stuff happened to me in the past and I will change that.

25 **Do you want to talk about it?**

26 Yes...I got raped two times. By my best friend and his friend in my old school.

27 **And how did you handle the trauma?**

28 Mmmm...for me the best way is to talk...right? So I told my friends, my friends told their
29 friends and their friends told...so I wish I could do that over again. At first my parents didn't
30 believe me, until the second one and I went for a physical examination at my doctor.

31 **Do you think it is easier to be taken advantage of when you are disabled?**

1 Yes it is, 'cause generally...well this is what I think, disabled people are little people with big
2 hearts and they will do anything you asked them to...so it is easy for us to be taken
3 advantage of. Ja, you will do just about anything to be in.

4 **Tell me something about yourself or describe yourself in a sentence.**

5 I enjoy singing and I love animals. I need to learn to tell people how I feel. I sometimes feel
6 lonely as if there is something missing.

7 **Is there anything you want to say or add that I haven't asked you?**

8 All I can say is that a disabled person mostly needs to know that...ok if you're in a
9 relationship, you need to know that your boyfriend or girlfriend will accept you for who you
10 are and what you are...like telling me, 'I love you, I think you are pretty, you mustn't
11 change'. I don't know...but you need to know from your parents and your parents need to
12 know from you, that you love them and support them. Sometimes we kind of don't know
13 what's going on in each other's lives...it's like when parents say, 'I know what you are going
14 through,...they lie, they don't! 'Cause they don't know what it is like to feel so tired you
15 can't figure out if you are going to move today or not so... but, but...you need love and you
16 need to know that people care about you. Ja, it is important to know that people care about
17 you. It is also important that they believe in you. See, my aunt she works for Nedbank and
18 Nedbank sponsors Oscar Pistorius...that guy I'm sorry he is so cute...but my aunt...at first
19 she was like a bit wary, shaky of my sports...and then as I got gold the one year she started
20 believing in me. Sometimes though love is needed to get you where you are, like me today.
21 I was always told to crawl to my bottle...and I wouldn't... my dad would leave my bottle
22 there and made me crawl...so tough love is needed especially when a child doesn't want to
23 do what you want him to do like your basics caring and stuff, it needs to be done even if it
24 means that you get grounded.

25 **Thank you.**

26 It's a pleasure.

27

1 **ONDERHOUD 5 (Brian)**

2 **O: Baie dankie dat jy bereid is om te gesels. In watter graad is jy?**

3 B: Ek is in Graad 11A.

4 **O: Vertel my van die skool en hoe jy oor die skool voel.**

5 B: Skool...skool is lekker vir my want dit hou my besig en ek hou daarvan om iets nuuts te
6 leer. Ek doen nie te sleg nie, ek gee net die beste wat ek kan. Die onderwysers help my as
7 ek hulle vra om my te help.

8 **O: En die huiswerk?**

9 B: Ja, ek doen dit alleen, net soms vra ek vir iemand as ek sukkel met 'n woord.

10 **O: Vertel my van die kinders in die skool.**

11 B: Hulle...sien my as 'n gewone mens. Hulle almal ken my, so dit gaan goed.

12 **O: Het jy enige vriende buite skoolverband?**

13 B: Ja...baie. Hulle is almal in die gewone skool. Ja-nee, ons kom goed klaar.

14 **O: Sou jy in 'n gewone skool, 'n hoofstroomskool wou wees?**

15 B: Ja, in die laerskool, toe was ek in 'n gewone skool...en hulle het my altyd so van die
16 trappe afgestoot en...vir my gelag en so...maar as ek nou na 'n gewone skool moes gaan, sou
17 hulle nie.

18 **O: Hoe so?**

19 B: Ek is nou ouer en, ja, die meeste van die kinders wat in my klas was, ken my nou beter.
20 So ek dink die meeste sal dit nou soos...aanvaar.

21 **O: Jy het gesê dat jy wel in die vorige skool ervaar het dat jy geboelie is en gespot is.
22 Was dit ook die geval in die skool?**

23 B: Nee, dit het nooit hier met my gebeur nie.

24 **O: Hoe het dit jou laat voel toe hulle jou geterg en geboelie het?**

25 B: Hartseer en kwaad.

26 **O: Sou jy weer wou teruggaan na 'n hoofstroomskool?**

27 B: Ek hou meer van die skool...ek sou nie in 'n ander skool wou gewees het nie.

28 **O: As jy enige iets in die skool kon verander, wat sou dit wees?**

29 B: Hmm...ek glo nie daar is iets nie...behalwe soos sê nou jy skryf eksamen...dalk soos
30 vroeër huis toe kon gegaan het... as dit moontlik was.

31 **O: Vertel my van die sport by die skool.**

1 B: Ja, ek...ek speel rugby en ek doen atletiek vir die skool. Ek geniet dit baie. Ja, baie. En
2 dan ry ek motorfiets ook. Ja, maar dit is verbasend dat hierdie hand partykeer net
3 uithaak...maar as ek naweek my motorfiets ry dan werk hy saam en dan hoef ek nie eintlik vir
4 hom te sê wat om te doen nie (lag).

5 **O: Ry jy op jou eie of by 'n klub?**

6 B: Ek en my pa ons was al by 'n klub...'n motorfietsklub maar ons ry op ons eie op die
7 oomblik. Almal by die klub ken my nog.

8 **O: Het jy enige ander stokperdjies of belangstellings?**

9 B: Ja, maar net motorfietsry en swem en atletiek.

10 **O: Vertel my van jou gestremdheid.**

11 B: Ugh...my gestremdheid is nou nie so erg nie...daar is kinders in die skool wat erger is. Ja,
12 wat minder goed kan doen. Ugh...die probleem was... dit het begin by my brein en nou is my
13 voet en my hand eintlik gestrem. Hulle het my geopereer op my regtervoet eenkeer...want hy
14 was omtrent 5 cm of so korter as die ander een en toe't hulle hom langer gerek en...hulle het
15 gesê hulle kon niks aan die hand doen nie maar dit is nie so swak nie. Ja, partykeer as ek iets
16 wil doen dan...dit is asof hy (die hand) nie wil saamwerk nie...en dan word ek sommer kwaad
17 vir myself. So nou en dan...dan as ek met mense praat of iets dan sê my brein nie vir die
18 regterhand wat om te doen nie...en dan gaan hy en dan doen hy sy eie goed en dan gaan hy
19 hier aan en...my brein moet fisies vir hom sê, ok jy moet dit doen en dan gaan hy.

20 **O: So dit is vir jou frustrerend dat jou regterhand 'n bietjie "dom" is?**

21 B: Ja baie.

22 **O: Het iemand met jou gepraat oor jou hand en jou been? 'n Dokter of jou ma?**

23 B: Nee.

24 **O: O, jy het maar aanvaar dit is hoe jou hand is?**

25 B: Ja.

26 **O: Hoe voel jy oor die feit dat jy 'n fisiese gestremdheid het?**

27 B: Ek weet nie...dit...partykeer pla dit my want as ek iets wil doen of my pa vra my dit en hy
28 het al vergeet dat ek hierdie gestremdheid het en dan sê ek, maar Pa ek kan dit nie doen
29 nie...nie met my regterhand nie en dan sê hy, O ja, laat ek dit maar doen.

30 **O: Vertel my van die mense wat vir jou belangrik is.**

31 B: My ma en my pa is vir by baie belangrik en hulle ondersteun my met alles. Ok, en...en
32 my beste vriend by die skool, *****

1 , hy sal my baie help met goed.

2 **O: Vertel my van die ander kinders in julle gesin.**

3 B: Ek het 'n jonger suster. Ek kom goed met haar oor die weg en ek...en as sy partykeer sien

4 mense kyk my snaaks uit dan gaan vra sy hulle wat is julle probleem.

5 **O: So sy is baie lojaal en beskermend teenoor jou?**

6 B: Ja.

7 **O: Voel jy partykeer dat jou ouers jou anders behandel of hanteer as jou suster?**

8 B: Nee, vir my is dit maar 'n gelykenis.

9 **O: Ervaar jy dikwels dat mense jou snaaks uitkyk?**

10 B: Ja, dit gebeur nogal baie.

11 **O: Hoe laat dit jou voel?**

12 B: Dit is nie lekker nie. Ek voel dan...ongemaklik en selfbewus.

13 **O: Goed, en sê vir my as jy ontsteld is oor iets, hoe hanteer jy dit?**

14 B: Dit hang af wat die probleem is...as dit 'n skoolprobleem is dan sal ek probeer om dit self

15 uit te werk, maar as dit iets erg is dan sal ek met my ma praat. Ja, ek sê vir haar as daar 'n

16 probleem is.

17 **O: Vertel my van jou sosiale lewe.**

18 B: Ek kan uitgaan en ek moet net sê waarnatoe en wanneer.

19 **O: So, voel jy tevrede met die wyse waarop jou ouers jou toelaat om dinge te doen?**

20 B: Ja, dit is maar net die motorfietsry en dan sê my ma, jy moet net mooi ry...want ek het al

21 gery met my motorfiets en dan doen hierdie hand wat hy wil en dan het ek al hard geval...en

22 dan staan ek op en ry weer.

23 **O: Sou jy iets wou verander met betrekking tot jou sosiale lewe?**

24 B: Ja, ek dink dit sou bietjie beter gewees het as ek net soos meer kinders in ander skole ook

25 geken het...maar ek ken eintlik baie.

26 **O: Sou jy dus meer geleentheid wou gehad het om met hulle kontak te maak en sosiaal**

27 **te verkeer?**

28 B: Ja.

29 **O: Hoe voel jy oor verhoudings?**

30 B: Ek het nie 'n meisie nie...maar sal eendag soos in 'n verhouding wil wees en trou.

31 **O: Wat is jou mening oor die seksvoorigting wat julle kry?**

32 B: Ja...hmmm...dit is seker ok, maar ons kry nie eintlik baie inligting nie.

1 **O: Watter rol speel godsdiens in jou lewe?**
2 B: Godsdiens is baie belangrik en as dit nie vir dit was nie sou ek baie goed in die lewe nie
3 kon gedoen het nie. Ek is deel van 'n jeugraad by ons kerk. Ek geniet dit om soontoe te
4 gaan.

5 **O: Wat sou jy vir mense wou sê hoe moet hulle iemand behandel wat 'n fisiese**
6 **gestremdheid het?**
7 B: Hmm...sjoe...hulle moet maar net...hulle aanvaar soos hulle is. Jy kan niks verander nie.
8 So hulle moet jou net soos 'n gewone mens behandel?

9 **O: Wat wil jy eendag doen?**
10 B: Ek wil 'n programmeerder word en programme skryf en miskien *design* doen. Ek weet
11 nie.

12 **O: Wat is jou vrese? Wat maak jou bekommerd?**
13 B: Net as ek soos 'n opvoering moet doen...want dan weet ek nie wat om met hierdie hand te
14 doen nie. Soms *worry* ek as ek iets gesê het en dan wonder ek of dit die regte ding was om te
15 sê.

16 **O: Vertel my meer.**
17 B: Ja, soos in die klas as ek voor die ander iets moet doen. Ja, of enige plek soos nou soos
18 Vrydagaand het my jeugleier gesê ek moet soos 'n koortjie sing want ons gaan 'n jeugdiens
19 hou en nou is ek net bang om te sing want hierdie hand doen net wat hy wil.

20 **O: So, dit is partykeer vir jou veral in 'n vreemde situasie nogal 'n verleentheid?**
21 B; Ja, dit is al waarvoor ek bang is, hierdie hand doen wat hy wil. Dan kyk die mense 'n
22 mens snaaks aan en dit is nie lekker nie.

23 **O: Wat laat jou aangaan? Wat motiveer jou?**
24 B: Ja, jy sê vir jouself, jy kan dit doen en dan probeer jy maar net weer. En dan hou jy aan.

25 **O: Wat maak jou lewe betekenisvol?**
26 B: Dat ek alles kan doen wat 'n gewone *laaitie* kan doen want ek kan PlayStation speel, ek
27 kan rekenaar speel...dit is net anderste.

28 **O: As jy iets in jou lewe kon verander, wat sou dit wees?**
29 B: Hmm...my frustrasie...ja, so dit sou lekker gewees het om nie hierdie frustrasie te gehad
30 het nie. My *anger management* want ek word so kwaad.

31 **O: Vertel my meer.**

1 B: Dis net soos soms dan wil ek net als slaan wat voor my kom. Ek sukkel met sekere goed
2 soos om my vleis te sny. Ek probeer om nie vir my ma te wys...my frustrasie te wys nie want
3 ek kan sien dat sy dan ontsteld is.

4 **O: Hoe sou jy jousef beskryf? Vertel my iets oor jousef in 'n paar sinne.**

5 B: Ek kan nogal vasbyt en aanhou totdat ek iets regkry. Ek het nogal baie *guts* om goed te
6 doen.

7 **O: Is daar enige iets wat jy wil sê wat ek nou nie vir jou gevra het nie?**

8 B: Nee, net daar is 'n ander oom, hy het nou die dag met sy motorfiets geval...toe is hy
9 verlam...in sy onderlyf en hy ry nog steeds motorfiets...hy het twee wieletjies soos as hy stop
10 dan kom daar twee wieletjies uit wat die motorfiets regop hou en al sy goed is by sy *hand*
11 *controls* en als en sy vrou ry agter hom aan met die rolstoel en as hy klaar gery het dan klim
12 hy in die rolstoel en dan gaan eet hy en dan klim hy terug en dan ry hy verder.

13 **O: So motiveer hy jou?**

14 B: Ja, daar is 'n ander ou ook met 'n motorfiets maar hy is blind...al wat hy doen, hy sit 'n
15 oorstuk aan...dan ry sy vrou voor hom en dan volg hy net sy vrou dan hoor hy wat sy vrou sê.

16 **O: Ja, dit wys 'n mens hoef jou nie te laat onderkry deur omstandighede nie.**

17 B: Mmm...mmm.

18 **O: Goed. Dankie vir jou tyd.**

19 B: Dit is 'n plesier.

1 **ONDERHOUD 6 (Sandra)**

2 **O: In watter graad is jy?**

3 S: Graad 10, Juffrou.

4 **O: Vertel my van die skool?**

5 S: Mmm...soos hoe is die skool? Die skool is vir my baie lekker want ek is tussen...vriende
6 wat, nie presies dieselfde gebrek as ek het nie, maar wat ook 'n gebrek het. Ek voel nie
7 heeltemal uitgesluit of selfbewus of iets nie maar hulle het ook 'n probleem, dis nie net ek wat
8 'n probleem het nie en die onderwysers is ook baie behulpsaam. Ja...ek hou baie van die
9 skool en sal nie na 'n ander skool wil gaan nie.

10 **O: As jy sê dat jy nie na 'n ander skool toe wil gaan nie, bedoel jy nou 'n**
11 **hoofstroomskool?**

12 S: Ja, want my akademie sal dalk daar aard maar ek self sal nie daar aard nie want die
13 kinders is daar heeltemal anders en soos, ja, ek dink nie ek sal daar aard nie. Ek sal nie
14 daarvan hou nie.

15 **O: Het jy enige vriende wat in 'n hoofstroom skool is?**

16 S: Ja ek het, maar gelukkig is hulle ook baie behulpsaam, hulle weet hoekom is ek so...ja, ek
17 gee nie om om by hulle te wees nie maar ek hou nie daarvan om soos tussen soos ander
18 jongmense te wees wat ek nie ken nie en hulle ken my nie want dan voel dit vir my asof hulle
19 die heelyd vir my kyk en goeters, maar om my vriende *worry* ek nie want ek weet mos nou
20 hulle...ek hou nie daarvan om tussen ander jongmense en goeters te wees nie.

21 **O: Hoekom voel jy so?**

22 S: Ek is selfbewus oor die manier waarop ek loop. Ek dink...miskien kom hulle dit nie agter
23 nie maar ek dink hulle kom dit agter. So...dan hou ek nie baie daarvan nie. Maar ja, tussen
24 my vriende *worry* ek nie. Dit is ook *ok* om byvoorbeeld na 'n *mall* te gaan...dis meer op
25 plekke waar daar nou soos kinders van my ouderdom is wat ek nie ken nie...ek weet nie
26 hoekom nie maar ek hou nie daarvan nie...ja.

27 **O: Is dit soms vir jou fisies moeilik om in die mall oor die weg te kom?**

28 S: Nee...nie regtig nie. Net partykeer soos as daar baie trappe is maar gelukkig by meeste
29 van die plekke is daar hysbakke en so.

30 **O: Hoe voel jy oor jou skoolwerk?**

1 S: Ek dink dit gaan oor die algemeen goed maar, ja...partykeer sukkel mens net bietjie om
2 werk in jou kop te kry maar ek dink dis nou maar so en dan moet 'n mens maar net harder
3 leer...en vasbyt...ja.

4 **O: Vertel my van die mense wat 'n rol in jou lewe speel.**

5 S: My ouers is daar vir my. Die meeste van my vriende is altyd daar as ek hulp nodig het.
6 Ons maak altyd grappies soos as hulle my moet ophelp dan sal hulle sê, ja jy's nou al weer
7 lui...ja ek weet hulle maak grappies en ons lag daaroor, so dis vir my baie lekker as hulle nie
8 soos grumpy is en ons gaan maar net aan...ons maak grappies.

9 **O: Het jy al ervaar dat jy oor jou gestremdheid gespot of geterg word?**

10 S: Nee nie regtig nie.

11 **O: Sê nou jy't 'n probleem, met wie sal jy dit bespreek?**

12 S: Met my vriende, want dit is *bad* om net met my ouers te praat want hulle is nie...soos my
13 vriende is meer deur die dag by my en hulle's my ouderdomsgroep, so ek dink hulle verstaan
14 partykeer beter as wat my ouers dit sal verstaan.

15 **O: Hoe hanteer jy dit as jy ontsteld is?**

16 S: Ek wys nogal maklik my gevoelens...mmm...soos ja, as ek kwaad word of...soos rêrig
17 baie kwaad is vir iemand dan sal ek nie met hom praat nie. Dan kan my ma-hulle sien ek is
18 nou kwaad...dan sal hulle vir my sê, maar ja, jy is nou kwaad dan, sal ek sê, maar ek kan
19 mos kwaad wees as ek wil kwaad wees. Dan sê sy...dit help nie om jouself te bejammer nie.
20 Dan sê ek vir haar...ek bejammer nie myself nie. So ja ek...hulle kan nogal sien as ek kwaad
21 is dan dink hulle altyd ek kry myself jammer.

22 **O: Vertel my van jou suster.**

23 S: Sy is twee jaar jonger as ek. Ons kom oor die algemeen goed oor die weg. Partykeer kan
24 sy my vreeslik irriteer. Sy sal my kom kielie of in my ore blaas en dit maak my kwaad.

25 **O: Voel jy partykeer dat jou ouers jou anders behandel of hanteer as jou suster?**

26 S: My ma-hulle is baie meer streng met my sussie as met my...want soos as sy iewers moet
27 gaan, moet sy altyd my ma en my pa vra. As ek iewers wil gaan, vra ek altyd net my ma...so
28 ja, ek weet nie.

29 **O: Hoekom dink jy is dit so?**

30 S: Ek weet nie, ek dink hulle dink miskien sy sal, ek sal nie sê iets onverantwoordeliks doen
31 nie maar ek dink hulle is meer bekommerd, ek weet nie hoekom...maar ja. Ek weet nie
32 regtig nie.

1 **O: Het jy al ooit gevoel dat jou gestremdheid vir die familie 'n las is of dat dit ongerief**
2 **in die familie veroorsaak?**

3 S: Par...partykeer soos nou as ek operasies en goeters gekry het dan...ja...dan is ek soos die
4 heelyd afhanklik van my ma-hulle en dan het dit nogal nogal gevoel asof...ja dan was ek
5 afhanklik van hulle soos heeltemal...maar na die operasies en goeters het dit baie beter
6 gegaan. Ek is nie meer so afhanklik nie...soos ek's nog in die huis ja, maar ek kan op my eie
7 regkom. Ek kan my goeters vir myself doen.

8 **O: Jy het nou-nou vir my gesê dat jy nie daarvan hou om by vreemde jongmense te**
9 **kuier nie, maar is jy tevrede met jou sosiale lewe?**

10 S: Ja, ek dink die vriende wat ek het, is goeie vriende en ek dink ek het nie meer as dit nodig
11 nie. Partykeer by die huis voel ek bietjie alleen en het dan nie eintlik iets om te doen nie.

12 **O: Hoe voel jy oor die reëls in die huis met betrekking tot uitgaan en so aan?**

13 S: Ek dink ek het genoeg vryheid maar ek gebruik dit nie baie nie. My ma-hulle hou in elk
14 geval nie daarvan as ons baie uitgaan nie...en ek *worry* ook nie eintlik daaroor nie. Ek sal
15 soos een maal 'n maand by een van my vriendinne gaan kuier en dis maar al. Ek *worry* nie
16 regtig daaroor nie. Ek's nog nie 'n persoon wat nou wil jol of goeters nie. Ek is maar by die
17 huis en kuier maar soos...gaan maar soos eenmaal 'n maand na een van my vriende toe. My
18 sussie gaan baie meer uit as ek en dan is ek bietjie verveeld.

19 **O: Is dit vir jou moeilik om vriende te maak?**

20 S: Nee.

21 **O: Hoe voel jy oor verhoudinge?**

22 S: Ja, ek dink ek sal eendag 'n verhouding wil hê en trou...maar ek sal wag vir die regte
23 een...Ja, ek wil tog nie eendag alleen oud word nie. Ek dink nie dit sal lekker wees nie.

24 **O: Wat is jou mening oor die seksvoorligting wat julle kry?**

25 S: Ek dink dis genoeg. Op ons ouderdom ek dink...dit wat ons nou weet, is dit genoeg.

26 **O: Goed, en wat sal jy vir mense in die algemeen wil sê hoe hulle iemand met 'n**
27 **gestremdheid moet behandel?**

28 S: Net soos enige ander persoon want ons is ook mense. Ons loop miskien net anders maar
29 ons is presies dieselfde, soos ons is presies dieselfde as hulle ons...ons kan ook kwaad word
30 en gelukkig wees en...hulle moet ons nie soos uitsluit nie want ons is ook gewone mense net
31 soos hulle, ons loop miskien net anders.

32 **O: Hoekom dink jy gebeur dit dat mense julle partykeer uitsluit?**

1 S: Want hulle dink omdat jy nou snaaks loop jy... hulle oordeel jou voordat hulle jou ken.
2 Mense dink jou verstand makeer iets.

3 **O: Vertel my meer van jou gestremdheid.**

4 S: Ek is 'n dipleeg. Ek weet net dis omdat ek vroeg gebore is...ja...dis al wat ek weet.

5 **O: Hoe voel jy oor die feit dat jy 'n fisiese gestremdheid het?**

6 S: Ag ek dink...omdat ek daarmee gebore is, het maar al dit begin aanvaar en geweet dit
7 gaan nie verander nie. So dit help nie jy sit op een plekkie en *mope* nie. Dit gaan nie
8 verander nie, jy moet aangaan met jou lewe, maar ek dink vir 'n persoon wat nie fisies
9 gestrem is en hulle kom in 'n motorongeluk of in 'n ongeluk en as hy dan gestrem is, dis vir
10 hulle baie erger as wat dit vir ons is wat gestrem is van geboorte af. Want vandat jy kan
11 onthou is jy so...so dit pla jou nie. Ek dink soos byvoorbeeld tweewielfietsry...ek kon dit
12 nooit doen nie, so dit het my nie gepla nie, maar 'n persoon wat eers dit kon doen en dan ewe
13 skielik nie kan nie...ek dink dis baie erger vir hulle as wat dit vir ons is.

14 **O: Het jy enige belangstellings?**

15 S: Ek doen sport by die skool...dit is nogal vir my lekker. Maar my ma het gesê my
16 akademie is nou vir haar belangriker so ek gaan nou meer eerder op my akademie
17 konsentreer.

18 **O: Vertel my van jou toekomsdrome.**

19 S: Ek weet nie regtig wat ek eendag wil doen nie maar ek weet net ek moet gaan studeer.
20 My pa sê net ek moet verder gaan leer. Weet nog nie vir wat nie maar ja...ek sal maar. My
21 ma-hulle gaan my volgende jaar laat toets, so dan sal ek seker maar begin dink en ja, dan
22 moet ek gaan leer en ja, dan sal ek seker maar begin werk. Ek dink dit gaan vir my moeilik
23 wees want, of miskien teen daardie tyd gaan ek anders voel, maar dan gaan ek ook tussen
24 vreemde mense wees wat seker nie gestremd gaan wees nie. So dit gaan ook maar in die
25 begin seker moeilik wees want ek is eintlik 'n baie skaam persoon.

26 **O: Goed, en oor die algemeen, hoe voel jy oor jou lewe?**

27 S: Ek is heel tevrede. Soos ek sê, ek kan nie verander soos ek is nie, so ek moet maar net
28 aangaan en die beste daarvan maak. Ja...moet maar die beste van die situasie maak.

29 **O: Wat motiveer jou om aan te gaan?**

30 S: Ag, ek het nog nie eintlik so daaraan gedink nie...maar dis seker vir die mense wat vir my
31 lief is en my ondersteun en so aan.

32 **O: Dink jy dat 'n mens oor sekere kenmerke moet beskik om jou te laat aangaan?**

1 S: Ja, ek dink so...want soos mense wat nie deursettingsvermoë het nie, as hulle een keer
2 sukkel dan gaan hulle sommer...ag nee man, ek gaan nou nie weer probeer nie, maar jy moet
3 probeer totdat jy dit regkry anders gaan jy nooit vorder nie. As jy een keer met iets sukkel en
4 jy gaan net ophou, dan gaan jy dit nooit kan doen nie, so dan gaan jy soos niks kan doen nie.
5 So jy moet aanhou totdat jy dit kan doen of dit ten minste bietjie regkry.

6 **O: Wat gee betekenis aan jou lewe?**

7 S: My godsdiens en my vriende en my familie. Ek's baie lief vir hulle.

8 **O: As jy enige iets in jou lewe kon verander, wat sou jy verander?**

9 S: Ek moet leer om nie so selfbewus te wees nie en ek moet leer...my persoonlikheid moet
10 so wees dat die mense my nie sal, omdat ek gestrem is, sal wegstoot nie maar dat ek eintlik
11 soos hulle sal motiveer en sal vir hulle bewys dat as jy gestrem is jy nie anders is as ander
12 persone is nie.

13 **O: So jy dink dat jy 'n bietjie moet werk aan jou selfvertroue en die feit dat jy so skaam**
14 **is?**

15 S: Ja.

16 **O: Wat is jou mening oor terapie? Is dit nodig om met iemand te praat oor**
17 **gestremdheid?**

18 S: Dit hang af hoe die persoon self oor sy gestremdheid voel. As hy nou voel...mmm...soos
19 as hy nou baie depressief...ja, dan sal hy miskien daarby baat. Of soos 'n persoon wat nie 'n
20 probleem het daarmee nie, glo ek nie eintlik kan nie. Ja...want hy is tevrede hoe hy is.

21 **O: Is daar enige iets wat jy wil byvoeg?**

22 S: Nee, nie regtig nie.

23 **O: Baie dankie vir jou tyd en dat jy bereid was om met my te praat.**

24 S: Dit is 'n plesier.

BYLAE C

DATA-ANALISES

A. TEMAS

GEVALLESTUDIE 1 : TUMI (Gestremdheid het 'n doel)

Individuele raamwerk

Ekologiese raamwerk	Faktore	Risiko faktore	Beskerdings faktore	Sisteem van sielkundige weerbaarheid	Domein van sielkundige welstand
Individuele raamwerk	Positiewe selfkonsep, selffagting, selfdoeltreffendheid		x	Emosionele/intrapsigiese	Selfaanvaarding
	Positiewe akademiese selfkonsep t.s.v. wiskunde probleme		x	Bemeestering en beloning, opvoeding en skool	Bemeestering van die omgewing
	Depressie, neerslagtigheid alleenheid, verveling	x		Emosionele/intrapsigiese	
	Behoeftes aan ander se lojaliteit en aanvaarding	x		Emosionele/intrapsigiese	
	Trots op herkoms en kultuur		x	Wyer gemeenskap en kulturele	Selfaanvaarding
	Positiewe toekomsvisie, verwagtinge, lewensuitkyk		x	Emosionele/intrapsigiese	Lewensdoel
	Godsdienst en geloof gee sin		x	Spirituele en godsdienst	Lewensdoel
	Motivering-geleentheid vir opvoeding		x	Opvoeding en skool	
	Internaliseer gevoelens	x		Emosionele/intrapsigiese	
	Selfhandhawende optrede		x	Emosionele/intrapsigiese	Outonomie, bemeestering van omgewing

Interpersoonlike raamwerk

Ekologiese raamwerk	Faktore	Risiko faktore	Beskerdings faktore	Sisteem van sielkundige weerbaarheid	Domein van sielkundige welstand
Interpersoonlike raamwerk	Ouers ondersteunend, sibbeondersteunend		x	Familie	Positiewe verhoudings
	Ouerlike opvoedingsstyl (oorbeskermend)	x		Familie	
	Oorsimpatieke, beskermende reaksies, voorkeurbehandeling	x		Familie, wyer gemeenskap en kulturele	
	Onvoldoende sosialisering-geleentheid	x		Portuurgroep, wyer gemeenskap en kulturele	
	Verminderde ervaring van romantiese verhoudings	x		Portuurgroep	
	Sosiale uitsluiting	x		Portuurgroep, wyer gemeenskap en kulturele	
	positiewe houding en verwagtinge m.b.t. toekomstige verhoudings en gesinslewe		x	Portuurgroep, familie	Lewensdoel
	Verbale viktimisering, stereotipering en vooroordeel	x		Portuurgroep, wyer gemeenskap en kulturele	
	Portuurgroep ondersteunend (skoolverband)		x	Opvoeding en skool, portuurgroep	Positiewe verhoudings

Wyer gemeenskapsraamwerk

Ekologiese raamwerk	Faktore	Risiko faktore	Bekermings faktore	Sisteem van sielkundige weerbaarheid	Domein van sielkundige welstand
Wyer gemeenskaps-raamwerk	Skool: Positiewe houding teenoor LSOBskoolsisteem		x	Opvoeding en skool	
	Doeltreffende onderrig		x	Opvoeding en skool	
	Onderwysers ondersteunend		x	Opvoeding en skool	Positiewe verhoudings
	Veilige basis		x	Opvoeding en skool, emosionele/intrapsigiese	Bemeesting van die omgewing
	Voel aanvaar, gemeenskaplikheid		x	Opvoeding en skool, emosionele/intapsigiese	Positiewe verhoudings
	Ervaar boeliery en viktimisering minder intens in LSOB skool	x		Opvoeding en skool, Portuurgroep	Positiewe verhoudings
	Openbare dienste: Ontoereikende vervoerstelsel, swak toestand van sypaadjies	x		Wyer gemeenskap en kulturele	

GEVALLESTUDIE 2 . SIBUSISO (Begeerte om sonder enige fisiese gestremdheid te wees) Individuele raamwerk

Ekologiese Raamwerk	Faktore	Risiko faktore	Beskermings faktore	Sisteem van sielkundige weerbaarheid	Domein van sielkundige welstand	
Individuele raamwerk	Persoonlikheidseienskappe (bedagsaamheid, mededeelsaamheid)		x	Emosionele/intrapsigiese	Selfaanvaarding, persoonlike groei	
	Selfdoeltreffendheid		x	Emosionele/intrapsigies	Selfaanvaarding	
	Negatiewe akademiese selfkonsep (wiskunde, leerprobleem)	x		Bemeesting en beloning, opvoeding en skool, kognitiewe sisteem		
	Interne konflik	x		Emosionele/intrapsigiese		
	Weerstand	x		Emosionele/intrapsigiese		
	Internaliseer probleme	x		Emosionele/intrapsigiese		
	Selfblaming, teleurstelling, selfbewustheid, oormatige skaamheid	x		Emosionele/intrapsigiese		
	Ondoeltreffendeprobleem-oplossingsvermoë	x		Kognitiewe		
	Emosionele onrypheid,	x		Emosionele/intrapsigiese		
	Kognitiewe onrypheid	x		Kognitiewe		
	Motivering-geloof, ouerlike ondersteuning, portuurgroep ondersteuning			x	Spirituele en godsdiens, familie, portuurgroep	Positiewe verhoudings
	Positiewe toekoms verwagting			x	Emosionele/intrapsigies	Lewensdoel
	Spiritualiteit en geloof gee sin	x			Spirituele en godsdiens	Lewensdoel

Interpersoonlike raamwerk

Ekologiese raamwerk	Faktore	Risiko faktore	Beskerdings faktore	Sisteem van sielkundige weerbaarheid	Domein van sielkundige welstand
Interpersoonlike raamwerk	Ouers ondersteunend, sibbe ondersteunend		x	Familie	Positiewe verhoudings
	Ouerlike opvoedingstyl positief (vasgestelde reëls, nie oorbeskermend)		x	Familie	
	Ouers differensieer nie in houding en hantering van sibbe nie		x	Familie	
	Portuurgroep ondersteunend (skoolverband)		x	Portuurgroep, opvoeding en skool	Positiewe verhoudings
	Beperkte sosialisering, sosiale uitsluiting	x		Portuurgroep, wyer gemeenskap en kulturele	
	Ondervind probleme met die sluit van wederkerige vriendskappe	x		Portuurgroep, emosionele/ intrapsigiese	
	Sosiale vaardigheidstekorte	x		Emosionele/ intrapsigiese	
	Betrokkenheid by kerk (jeuggroep) bied geleentheid vir sosialisering		x	Portuurgroep, spirituele en godsdiens, wyer gemeenskap en kulturele	Positiewe verhoudings
	Positiewe houding en verwagting m.b.t. toekomstige verhoudings en gesinslewe		x	Portuurgroep, familie	Lewensdoel
	Verbale viktimisering, fisiese boeliery (skoolverband)	x		Portuurgroep	

Wyer gemeenskapsraamwerk

Ekologiese raamwerk	Faktore	Risiko faktore	Beskerdings faktore	Sisteem van sielkundige weerbaarheid	Domein van sielkundige welstand
Wyer gemeenskaps-raamwerk	Skool: Positiewe houding teenoor LSOB skool sisteem		x	Opvoeding en skool	
	Veilige basis		x	Opvoeding en skool, emosionele/ intrapsigiese	Bemeestering van die omgewing
	Voel aanvaar, gemeenskaplikheid		x	Opvoeding en skool, emosionele/ intrapsigiese	Positiewe verhoudings
	Boeliery en viktimisering (binne en buite skoolverband)	x		Opvoeding en skool, portuurgroep	
	Bied geleentheid vir deelname aan buitemuurse aktiwiteite en sport		x	Opvoeding en skool, portuurgroep	Positiewe verhoudings

GEVALLESTUDIE 3: CANDICE (BELEEF HAARSELF AS TWEE IDENTITEITE)

Individuele raamwerk

Ekologiese raamwerk	Faktore	Risiko faktore	Beskermings faktore	Sisteem van sielkundige weerbaarheid	Domein van sielkundige welstand
Individuele raamwerk	Positiewe selfkonsep, selffagting		x	Emosionele/intrapsigiese	Selfaanvaarding
	Positiewe akademiese selfkonsep t.s.v. wiskunde probleme		x	Bemeestering en beloning, opvoeding en skool	Bemeestering van die omgewing
	Frustrasie, angs, selfbewustheid, oormatige skaamheid	x		Emosionele/intrapsigiese	
	Positiewe toekomsverwagting en lewensuitkyk		x	Emosionele/intrapsigiese	Lewensdoel
	Motivering-Ondersteunende verhoudings (familie en betekenisvolle ander persone)		x	Familie, wyer gemeenskap en kulturele	Positiewe verhoudinge
	Doeltreffende probleemoplosvermoë		x	Kognitiewe	Outonomie, bemeestering van die omgewing
	Wilskrag, doelgerigheid en doelwitstelling, toegewydheid, deurstellingsvermoë, optimisme		x	Emosionele/intrapsigiese, kognitiewe	Outonomie, persoonlike groei, selfaanvaarding

Interpersoonlike raamwerk

Ekologiese raamwerk	Faktore	Risiko faktore	Beskermings faktore	Sisteem van sielkundige weerbaarheid	Domein van sielkundige welstand
Interpersoonlike raamwerk	Familie en betekenisvolle ander is ondersteunend		x	Familie, wyer gemeenskap en kulturele	Positiewe verhoudings
	Insette van optimistiese individue is belangrik		x	Familie, portuurgroep, wyer gemeenskap en kulturele	Positiewe verhoudings
	Onvoldoende sosialiseringseleenthede	x		Portuurgroep, wyer gemeenskap en kulturele	
	Sosiale uitsluiting en marginalisering	x		Portuurgroep, wyer gemeenskap en kulturele	
	Sosialisering hoofsaaklik in familieverband		x	Familie	Positiewe verhoudings
	positiewe houding en verwagting m.b.t. toekomstige verhoudings en gesinslewe		x	Portuurgroep, familie	Lewensdoel
	Portuurgroep ondersteunend (skoolverband)		x	Opvoeding en skool, portuurgroep	Positiewe verhoudings

Wyer gemeenskapsraamwerk

Ekologiese raamwerk	Faktore	Risiko faktore	Beskerminings faktore	Sisteem van sielkundige weerbaarheid	Domein van sielkundige welstand
Wyer gemeenskaps-raamwerk	Skool: Positiewe houding teenoor LSOBskoolsisteem		x	Opvoeding en skool	
	Veilige basis		x	Opvoeding en skool, emosionele/intrapsigiese	Bemeestering van die omgewing
	Voel aanvaar, gemeenskaplikheid		x	Opvoeding en skool, emosionele/intrapsigiese	Positiewe verhoudings
	Openbare dienste: Ontoereikende vervoerstelsel, ontoeganklikheid van geboue	x		Wyer gemeenskap en kulturele	

GEVALLESTUDIE 4: ERICA (’N FISIESE GESTREMDHEID IS ’N LAS)

Individuele raamwerk

Ekologiese raamwerk	Faktore	Risiko faktore	Beskerminings faktore	Sisteem van sielkundige weerbaarheid	Domein van sielkundige welstand
Individuele raamwerk	Negatiewe selfkonsep en selffagting , afhanklik van ander se goedkeuring, onvoldoende selfdoeltreffendheid	x		Emosionele/ intrapsigiese	Selfaanvaarding
	Positiewe akademiese selfkonsep t.s.v. wiskunde probleme		x	Bemeestering en beloning, opvoeding en skool	Bemeestering van die omgewing
	Depressie, selfbewustheid, angstigheid , nie selfgeldende optrede, verminderde selfvertroue	x		Emosionele/ intrapsigiese	
	Onderdruk gevoelens	x		Emosionele/ intrapsigiese	
	Positiewe toekomsverwagting en lewensuitkyk		x	Emosionele/ intrapsigiese	Lewensdoel
	Motivering - Volwasse rolmodelle, ondersteunende verhoudinge (familie en betekenisvolle ander persone)		x	Familie, wyer gemeenskap en kulturele	Positiewe verhoudinge
	Ondoeltreffende probleemoplossingsvermoë	x		Kognitiewe	Outonomie, bemeestering van die omgewing
	Deursettingsvermoë		x	Emosionele/ intrapsigiese	Selfaanvaarding, persoonlike groei

Interpersoonlike raamwerk

Ekologiese raamwerk	Faktore	Risiko faktore	Beskerminings faktore	Sisteem van sielkundige weerbaarheid	Domein van sielkundige welstand
Interpersoonlike raamwerk	Ambivalente gevoelens teenoor ouers (ervaar dat sy 'n las is, oorbeskerming maar word ook ondersteun). Familie en betekenisvolle ander ondersteunend	x	x	Familie, wyer gemeenskap en kulturele	Positiewe verhoudings
	Oorbeskerkende ouerskapstyl	x		Familie	
	Sibbe (nie-ondersteunend, konflik)	x		Familie	
	Onvoldoende sosialiseringseleenthede	x		Portuurgroep, wyer gemeenskap en kulturele	
	Sosiale uitsluiting en marginalisering	x		Portuurgroep, wyer gemeenskap en kulturele	

Wyer gemeenskapsraamwerk

Ekologiese raamwerk	Faktore	Risiko faktore	Beskerminings faktore	Sisteem van sielkundige weerbaarheid	Domein van sielkundige welstand
Wyer gemeenskaps-raamwerk	Skool; Positiewe houding teenoor LSOB-skoolsisteem		x	Opvoeding en skool	Bemeestering van die omgewing
	Portuurgroep ondersteunend (skoolverband)		x	Opvoeding en skool, portuurgroep	Positiewe verhoudings
	Veilige basis		x	Opvoeding en skool, emosionele/intrapsigiese	Bemeestering van die omgewing
	Voel aanvaar, gemeenskaplikheid		x	Opvoeding en skool, emosionele/intrapsigiese	Positiewe verhoudings
	Sportdeelname en prestasie		x	Opvoeding en skool emosionele/intrapsigiese, portuurgroep	Selfaanvaarding, verbondenheid, positiewe verhoudings
	Openbare dienste: Onpraktiese uitleg van winkelsentrums en ontoeganklikheid van geboue	x		Wyer gemeenskap en kulturele	

GEVALLESTUDIE 5: BRIAN (EK KAN ALLES DOEN-DIT IS NET ANDERS)

Individuele raamwerk

Ekologiese raamwerk	Faktore	Risiko faktore	Beskerminings faktore	Sisteem van sielkundige weerbaarheid	Domein van sielkundige welstand
Individuele raamwerk	Positiewe selfkonsep, selffagting en selfdoeltreffendheid		x	Emosionele/intrapsigiese	Selfaanvaarding
	Positiewe akademiese selfkonsep		x	Bemeestering en beloning	Bemeestering van die omgewing
	Frustrasie, woede, selfbewustheid	x		Emosionele/intrapsigiese	
	Positiewe toekomsvisie, verwagting, lewensuitkyk		x	Emosionele/intrapsigiese	Lewensdoel
	Godsdiens en geloof gee sin		x	Spirituele en godsdiens	Lewensdoel
	Deursettingsvermoë, waagmoed, positiewe selfmotivering		x	Emosionele/intrapsigiese	Persoonlike groei

Interpersoonlike raamwerk

Ekologiese raamwerk	Faktore	Risiko faktore	Beskerminings faktore	Sisteem van sielkundige weerbaarheid	Domein van sielkundige welstand
Interpersoonlike raamwerk	Ouers ondersteunend, sibbe ondersteunend		x	Familie	Positiewe verhoudings
	Ouerlike opvoedingstyl (demokraties en regverdig)		x	Familie	
	Voldoende geleentheid vir sosialisering		x	Portuurgroep, wyer gemeenskap en kulturele	Positiewe verhoudings
	Behoeftes aan sosialisering met niegestremde portuurgroep buite skoolverband	x		Portuurgroep, wyer gemeenskap en kulturele	
	Fisiese viktimisering	x		Portuurgroep	

Wyer gemeenskapsraamwerk

Ekologiese raamwerk	Faktore	Risiko faktore	Beskerminings faktore	Sisteem van sielkundige weerbaarheid	Domein van sielkundige welstand
Wyer gemeenskaps-raamwerk	Skool: Positiewe houding teenoor LSOB-skoolsisteem		x	Opvoeding en skool	
	Veilige basis		x	Opvoeding en skool, emosionele/intrapsigiese	Bemeestering van die omgewing
	Portuurgroep ondersteunend (skoolverband)		x	Portuurgroep, skool en opvoeding, emosionele/intrapsigiese	
	Voel aanvaar, gemeenskaplikheid		x	Opvoeding en skool Emosionele/intrapsigiese	Positiewe verhoudings
	Ervaar geen boelery en viktimisering in die LSOB-skoolsisteem nie		x	Opvoeding en skool, portuurgroep	Bemeestering van die omgewing, positiewe verhoudings
	Beoefening van sport en buitemuurse bedrywighede		x	Skool en opvoeding, wyer gemeenskap en kulturele, portuurgroep	Positiewe verhoudings
	Positiewe volwasse rolmodelle		x	Wyer gemeenskap en kulturele	

GEVALLESTUDIE 6: SANDRA (OPTREDE EN PERSOONLIKHEID BEPAAL AANVAARDING)

Individuele raamwerk

Ekologiese raamwerk	Faktore	Risiko faktore	Beskerminings faktore	Sisteem van sielkundige weerbaarheid	Domein van sielkundige welstand
Individuele raamwerk	Positiewe selfkonsep, selfagting		x	Emosionele/intrapsigiese	Selfaanvaarding
	Positiewe akademiese selfkonsep t.s.v. geheueprobleme		x	Bemeestering en beloning, skool en opvoeding, kognitiewe	Bemeestering van die omgewing, selfaanvaarding
	Selfbewustheid, oormatige skaamheid, teruggetrokkenheid, gebrekkige selfvertroue, alleenheid en eensaamheid	x		Emosionele/intrapsigiese	Selfaanvaarding
	Positiewe toekomsverwagting en lewensuitkyk		x	Emosionele/intrapsigiese	Lewensdoel
	Motivering-Ondersteunende verhoudinge (familie en betekenisvolle ander persone)		x	Familie, wyer gemeenskap en kulturele	Positiewe verhoudinge
	Doeltreffende probleemoplossingsvermoë.		x	Kognitiewe	Outonomie, bemeestering van die omgewing
	Deursettingsvermoë, optimisme		x	Emosionele/intrapsigiese, kognitiewe	Persoonlike groei, selfaanvaarding
	Geloof en godsdiens gee sin en betekenis an die lewe		x	Spirituele en godsdiens	Lewensdoel
	Positiewe houding en verwagting m.b.t. toekomstige verhoudings en gesinslewe		x	Emosionele/intrapsigiese	Lewensdoel

Interpersoonlike raamwerk

Ekologieseraamwerk	Faktore	Risiko faktore	Beskerminings faktore	Sisteem van sielkundige weerbaarheid	Domein van sielkundige welstand
Interpersoonlike raamwerk	Familie en betekenisvolle ander is ondersteunend		x	Familie, wyer gemeenskap en kulturele	Positiewe verhoudings
	Portuurgroep ondersteunend (skoolverband)		x	Portuurgroep, skool en opvoeding	Positiewe verhoudings
	Verminderde sosialisering, sosiale uitsluiting en marginalisering	x		Portuurgroep, wyer gemeenskap en kulturele	
	Sosialisering hoofsaaklik in familieverband		x	Familie	Positiewe verhoudings

Wyer gemeenskapsraamwerk

Ekologiese raamwerk	Faktore	Risiko faktore	Beskerminings faktore	Sisteem van sielkundige weerbaarheid	Domein van sielkundige welstand
Wyer gemeenskaps-raamwerk	Skool: Positiewe houding teenoor LSOB-skoolsisteem		x	Skool en opvoeding	
	Doeltreffende onderrig en onderwysers		x	Skool en opvoeding,	Bemeestering van die omgewing, positiewe verhoudings
	Veilige basis		x	Skool en opvoeding, emosionele/intrapsigiese	Bemeestering van die omgewing
	Voel aanvaar, gemeenskaplikheid		x	Skool en opvoeding emosionele/intrapsigiese	Positiewe verhoudings
	Bied geleentheid vir deelname aan sport en buitemuurse bedrywighede	x		Portuurgroep, skool en opvoeding , emosionele/intrapsigiese	Positiewe verhoudings
	Onpraktiese uitleg van geboue (slegs trappe geen hysbak)	x		Wyer gemeenskap en kulturele	

B. INDIVIDUELE TEMAS

GEVALLESTUDIE 1. TUMI (GESTREMDHEID HET 'N DOEL)

EKOLOGIESE SISTEEM	RISIKOFAKTOR	BESKERMINGSFAKTOR
Individuele sisteem (Individuele faktore en die belewing van gestremdheid)	Ervaring van andersheid Depressie, Eensaamheid Verveeldheid Internalisering van gevoelens	Selfaanvaarding Positiewe ingesteldheid Lewensdoel met gestremdheid Normaliseer gestremdheid Godsdien en geloof Positiewe selfkonsep, selfagting en selfdoeltreffendheid Positiewe akademiese selfkonsep Positiewe toekomsvisie Doeltreffende probleemoplossings- Vaardighede
Interpersoonlike sisteem (Interpersoonlike faktore)	Ouerskapstyl (oorbeskermend) Verminderde sosialisering Sosiale isolasie	Ondersteunende verhoudings (ouers en betekenisvolle ander) Portuurgroep ondersteunend (skoolverband)
Wyer gemeenskapsisteem (wyer gemeenskap faktore)	Verbale viktimisering, stereotipering en vooroordeel Sosiale uitsluiting (wyer portuurgroep) Onvoldoende sosialisering en ontspanningsgeleenthede in die samelewing Praktiese implikasie (onvoldoende vervoerstelsel)	LSOB-skoolsisteem (veilige basis, gemeenskaplikheid) Effektiewe onderrig Portuurgroep ondersteunend (skoolverband)

GEVALLESTUDIE 2. SIBUSISO (begeerte om sonder enige fisiese gestremdheid te wees)

EKOLOGIESE SISTEEM	RISIKOFAKTOR	BESKERMINGSFAKTOR
Individuele sisteem (Individuele faktore en belewing van gestremdheid)	Begeerte om sonder 'n fisiese gestremdheid te wees Interne konflik Internalisering van gevoelens Idealiseer niegestremdes Onvoldoende kennis (onrealistiese verwagting van herstel) Godsdien en geloof Selfblaam, teleurstelling Selfbewustheid, verminderde selfvertroue Negatiewe akademiese Emosionele onrypheid Toekomsverwagting	Positiewe persoonlikheidseienskappe (eie persepsie) Selfdoeltreffendheid (trots op wat reeds bereik is) Godsdien (gee sin en betekenis)
Interpersoonlike sisteem (Interpersoonlike faktore)	Blameer gestremdheid Onvoldoende sosialiseringvaardighede Verminderde sosialisering	Ondersteuning (ouers en betekenisvolle ander) Ouerskapstyl positief (nie-oorbeskermend, vasgestelde reëls) Portuurgroep ondersteunend (skoolverband)
Wyer gemeenskapsisteem (Wyer gemeenskaps- faktore)	Verbale, fisiese viktimisering, stereotipering en vooroordeel Word aangestaar Sosiale uitsluiting (wyer portuurgroep)	LSOB-skoolsisteem ondersteunende faktor (veilige basis, gemeenskaplikheid) Skoolsisteem bied geleentheid vir sport en buitemuurse bedrywighede Godsdien: Kerkaktiwiteite bied geleentheid vir sosialisering

GEVALLESTUDIE 3. CANDICE (Beleef haarself as twee identiteite)

EKOLOGIESE SISTEEM	RISIKOFAKTOR	BESKERMINGSFAKTOR
Individuele sisteem (Individuele faktore en belewing van gestremdheid)	Beperking van onafhanklikheid Onvoldoende kennis (onrealistiese verwagting, negatiewe effek op aanvaarding) Begeerte om fisiese gestremdheid te verander Selfbewustheid Oormatige skaamheid Irritasie Angs Alleenheid Frustrasie	Positiewe selfkonsep, selfagting en selfdoeltreffendheid Persoonlike groei Aanvaarding van persoonlike verantwoordelikheid Belewing van identiteit Positiewe akademiese selfkonsep Positiewe toekomsvisie Deursettingsvermoë Wilskrag Doelgerigtheid, doelwitstelling Optimisme Doeltreffende probleemoplossings-vaardighede
Interpersoonlike sisteem (Interpersoonlike faktore)	Verminderde sosialisering Sosiale isolasie	Ondersteunende verhoudings (ouers en betekenisvolle ander) Portuurgroep ondersteunend (skoolverband)

<p>Wyer gemeenskapsisteem (Wyer gemeenskaps- faktore)</p>	<p>Stereotipering en vooroordeel Word aangestaar Sosiale uitsluiting (wyer portuurgroep) en marginalisering Negatiewe verwagtinge Ontkenning van unieke menswees en gevoelens (nie-egte interaksie) Onvoldoende sosialisering en ontspanningsgeleenthede in die samelewing Praktiese implikasie (ontoereikende vervoerstelsel, ontoeganklike geboue) Beperking van beroepsgeleenthede</p>	<p>LSOB-skoolsisteem (veilige basis, gemeenskaplikheid)</p>
--	---	---

GEVALLESTUDIE 4. ERICA (’n Fisiese gestremdheid is ’n las

EKOLOGIESE SISTEEM	RISIKOFAKTOR	BESKERMINGSFAKTOR
<p>Individuele sisteem (Individuele faktore en beleving van gestremdheid)</p>	<p>Negatiewe selfkonsep, selffagting en onvoldoende selfdoeltreffendheid Gestremdheid is ’n las Internaliseer gevoelens Selfbewustheid, verminderde selfvertroue Depressie Angs Alleenheid</p>	<p>Positiewe akademiese selfkonsep Talente en belangstellings Dankbaarheid Deursettingsvermoë Positiewe toekomsverwagting</p>
<p>Interpersoonlike sisteem (Interpersoonlike faktore)</p>	<p>Ambivalente gevoelens (ouers) Ouerskapstyl (oorbeskermend) Ouerskapstyl belemmer onafhanklikheid Gebrek aan empatie Gevoelens word misken Negatiewe verhouding met sibbe Verminderde sosialisering Sosiale situasies lei tot spanning Gestremdheid stel spesifieke eise aan verhoudings</p>	<p>Ambivalente gevoelens jeens ouers (ondersteuning) Ondersteuning (betekenisvolle ander) Portuurgroep ondersteunend (skoolverband)</p>
<p>Wyer gemeenskapsisteem (Wyer gemeenskaps- faktore)</p>	<p>Verbale viktimisering , fisiese viktimisering, stereotipering, vooroordeel Word aangestaar Seksuele uitbuiting Sosiale uitsluiting Onvoldoende sosialisering en ontspanningsgeleenthede in die samelewing Praktiese implikasies van onpraktiese uitleg en ontoeganklikheid van geboue</p>	<p>LSOB-skoolsisteem ondersteunende faktor (veilige basis, gemeenskaplikheid) Doeltreffende onderrig, ondersteunende onderwysers Skoolsisteem bied geleentheid vir sport en buitemuurse bedrywighede Volwassenes met ’n gestremdheid dien as rolmodel</p>

GEVALLESTUDIE 5. BRIAN (Ek kan alles doen – dit is net anders)

EKOLOGIESE SISTEEM	RISIKOFAKTOR	BESKERMINGSFAKTOR
Individuele sisteem (Individuele faktore en die belewing van gestremdheid)	Frustrasie Woede Irritasie Selfbewustheid Voel verantwoordelik om ander van sy ervaring te beskerm	Positiewe selfkonsep, selfagting, selfdoeltreffendheid Selfaanvaarding Positiewe ingesteldheid Normaliseer gestremdheid Positiewe akademiese selfkonsep Godsdiens en geloof Positiewe toekomsvisie Deursettingsvermoë Waagmoed Talente en belangstellings
Interpersoonlike sisteem (Interpersoonlike faktore)	Sosiale situasies lei tot spanning Behoeftes aan sosialisering met tipiese nigestremde portuurgroep (buite skoolverband)	Ondersteunende verhoudings (ouers en betekenisvolle ander) Opvoedingstyl (positief) Voldoende sosialiseringseleenthede Portuurgroep ondersteunend (binne en buite skoolverband)
Wyer gemeenskapsisteem (Wyer gemeenskaps- faktore)	Fisiese viktimisering Word aangestaar	LSOB-skoolsisteem (veilige basis, gemeenskaplikheid) Portuurgroep ondersteunend Skoolsisteem bied geleentheid vir sport en buitemuurse bedrywighede

GEVALLESTUDIE 6. SANDRA (Optrede en persoonlikheid bepaal aanvaarding)

EKOLOGIESE SISTEEM	RISIKOFAKTOR	BESKERMINGSFAKTOR
Individuele sisteem (Individuele faktore en die belewing van gestremdheid)	Selfbewustheid Teruggetrokkenheid Oormatige skaamheid Alleenheid Eensaamheid Marginalisering van gestremdheid	Persoonlike groei (selfaanvaarding) Aanvaarding van persoonlike verantwoordelikheid Positiewe ingesteldheid Proses van aanvaarding (gestremdheid sedert geboorte aanwesig) Bestuur gestremdheid as deel van die self Positiewe selfkonsep, selfagting en selfdoeltreffendheid Godsdiens en geloof Positiewe toekomsvisie Deursettingsvermoë Positiewe akademiese selfkonsep
Interpersoonlike sisteem (Interpersoonlike faktore)	Ouerskapstyl – ambivalente gevoelens, bv. miskenning van gevoelens, gebreklike empatie Behoeftes om as unieke individu raakgesien en behandel te word Verminderde sosialisering Sosiale situasies lei tot spanning	Ouerskapstyl – ambivalente gevoelens, bv. ondersteunend, nie-oorbeskermend Ondersteunende verhoudings (ouers en betekenisvolle ander) Portuurgroep ondersteunend (skoolverband)
Wyer gemeenskapsisteem (Wyer gemeenskaps- faktore)	Stereotipering Vooroordeel Word aangestaar Praktiese implikasies van ontoeganklikheid van gebou	LSOB-skoolsisteem (veilige basis, gemeenskaplikheid) Skoolsisteem bied geleentheid vir sport en buitemuurse bedrywighede

C. GEMEENSKAPLIKE EN INDIVIDUELE TEMAS

Gemeenskaplike en individuele temas met betrekking tot die belewing van gestremdheid

BELEWING	Tumi	Sibusiso	Candice	Erica	Brian	Sandra
KUNDIGHEID						
OORSAAK						
Medies (fisies)	X	X	X	X	X	X
Eksistensieel (wil van 'n Opperwese)	X	X				
Kulturele siening (straf – oortreding)	X					
FISIESE IMPAK						
Affekteer loopgang	X		X	X		X
Affekteer fyn motoriek	X	X			X	
Beperk mobiliteit (rolstoel, loper)			X	X		X
Beperk onafhanklikheid			X	X		
Chroniese moegheid				X		
PSIGO-EMOSIONELE BELEWENIS						
Ervaring van andersheid	X					
Bestuur gestremdheid as slagoffer van omstandighede		X		X		
Ervaar gestremdheid as 'n las vir self en ander				X		
Blameer gestremdheid vir sosiale en interpersoonlike probleme		X		X		
Bestuur gestremdheid as deel van die persoon (positiewe ingesteldheid)	X		X		X	X
Aanvaar persoonlike verantwoordelikheid vir aanpassing in die omgewing			X			X
Twee identiteite (psigiese normale self en fisies gestremde self)			X			
Normaliseer gestremdheid (almal is in wese dieselfde/ kan alles doen)	X				X	
Lewensdoel met gestremdheid	X					
Voldoen nie aan ouers se verwagting	X					
Selfblamerig, teleurstelling		X				

	Tumi	Sibusiso	Candice	Erica	Brian	Sandra
Begeerte om gestremdheid te verander (erbaar gestremdheid as toestand wat verbeter herstel of genees moet word)		X	X	X		
Idealiseer persone sonder gestremdhede		X				
Wil menswaardig en as unieke individu behandel word	X	X	X	X	X	X
Volle aanvaarding is nie moontlik nie		X	X	X		
Onvoldoende inligting bydraend tot onrealistiese verwagtinge, belemmer aanvaarding			X			
Aanvaarding makliker indien gestremdheid vanaf geboorte aanwesig is						X
Dankbaar dat fisiese aantasting nie ernstiger is nie				X	X	
Depressie, neerslagtigheid	X			X		
Interne konflik, opstand en weerstand		X				
Eensaamheid, verveeldheid	X		X	X		X
Angs			X	X	X	
Frustrasie		X	X		X	
Irritasie			X	X	X	
Selfbewustheid		X	X	X	X	X
Oormatige skaamheid en verminderde selfvertroue		X	X	X		X
Internalisering van gevoelens	X	X		X		
PSIGOSOSIALE IMPLIKASIES						
Verbale viktimisering	X	X				
Fisiese viktimisering		X			X	
Stereotipering en etikettering	X		X	X		X
Word aangestaar		X	X	X	X	X
Vooroordeel op grond van fisiese voorkoms	X		X	X		X
Dinamiek van gestremdheid (nie-egte-interaksie, medepligtigheid)						
Unieke menswees en gevoelens word ontken			X	X	X	X
Voel verantwoordelik om ander van sy/haar persoonlike ervaring te beskerm, antisipeer ander se gevoelens	X		X		X	
Gebrekkige empatie	X		X	X		X
Oorsimpatieke reaksies (voorkeurbehandeling/bejammering)	X		X			
Beroepsgeleenthede word deur 'n fisiese gestremdheid beperk			X			

	Tumi	Sibusiso	Candice	Erica	Brian	Sandra
Word nie toegelaat om onafhanklik te word nie				X		
Sosialisering						
Ondervind probleme om vriendskappe te sluit, onvoldoende sosiale vaardighede		X				
Verminderde sosialisering	X	X	X	X		X
Sosiale uitsluiting en isolasie	X	X	X	X		X
Marginalisering van gestremdheid (ons - hulle)	X	X	X	X		X

Gemeenskaplike en individuele temas met betrekking tot psigososiale faktore in sielkundige weerbaarheid

Ekologiese Raamwerk	R	B	Sisteem Sielkundige weerbaarheid	Domein Sielkundige Welstand	Tumi	Sibusiso	Candice	Erica	Brian	Sandra
Individuele Raamwerk										
Positiewe selfkonsep,		x	Emosionele/intrapsigiese	Selfaanvaarding	X		X		X	X
Negatiewe selfkonsep								X		
Positiewe selfagting		x	Emosionele/intrapsigiese	Selfaanvaarding	X	X	X		X	X
Selfdoeltreffendheid		x	Emosionele/intrapsigiese	Selfaanvaarding	X	X	X		X	X
Onvoldoende selfdoeltreffendheid								X		
Positiewe akademiese selfkonsep		x	Bemeestering en beloning, skool en opvoeding, kognitiewe	Bemeestering van die omgewing	X		X	X	X	X
Negatiewe akademiese selfkonsep	x		Bemeestering en beloning, skool en opvoeding			X				
Emosionele onrypheid	x		Emosionele/intrapsigiese			X				
Ondoeltreffende probleemoplossingsvaardighede	x		Kognitiewe			X		X		
Doeltreffende probleemoplossingsvaardighede		x	Kognitiewe	Outonomie, bemeestering van die omgewing	X		X		X	X
Aanvaar verantwoordelikheid vir aanpassing in die samelewing			Emosionele/intrapsigiese	Selfaanvaarding, outonomie, persoonlike groei			X			X
Positiewe toekomsvisie, verwagting en lewensuitkyk			Emosionele/intrapsigiese	Lewensdoel						
Godsdiens en geloof gee sin			Spirituele en godsdiens	Lewensdoel	X	X			X	X

Motiverende faktore:					Tumi	Sibusiso	Candice	Erica	Brian	Sandra
Geleentheid vir opvoeding		x	Skool en opvoeding, kognitiewe	Lewensdoel	X					
Geloof		x	Spirituele en godsdien	lewenddoel	X	X			X	X
Ondersteuning van ouers en betekenisvolle ander		x	Familie, portuurgroep, wyer gemeenskap en kulturele	Positiewe verhoudings	X	X	X	X	X	X
Volwasse rolmodelle dien as motivering			Wyer gemeenskap en kulturele					X	X	
Faktore bydraend tot suksesvolle aanpassing:										
Wilskrag en deurstellingsvermoë		x	Emosionele/intrapsigiese	Otonomie			X	X	X	X
Doelgerigtheid en doelwitstelling		x	Emosionele/intrapsigiese	Otonomie Persoonlike groei			X			
Optimisme		x	Emosionele/intrapsigiese	Persoonlike groei			X		X	X
Interpersoonlike raamwerk										
Ouers ondersteunend		x	Familie	Positiewe verhoudings	X	X	X	X	X	X
Sibbe ondersteunend		x				X			X	X
Sibbe Nie ondersteunend. konflik							X			
Ouerlike opvoedingstyl (oorbeskerming)	x		Familie		X			X		
Ouerlike opvoedingstyl positief (vasgestelde reëls, nie oorbeskermend)		x	Familie	Positiewe verhoudings		X			X	X
Ambivalente gevoelens teenoor ouers (veroorzaak ontwrigting, oorbeskerming maar ook ondersteuning)			Familie					X		X
Oorsimpatieke, beskermende reaksies, voorkeur behandeling	x		Familie, wyer gemeenskap en kulturele		X		X			
Onvoldoende geleentheid vir sosialisering	x		Portuurgroep, wyer gemeenskap en kulturele		X	X	X	X		
Verminderde sosialisering	x		Portuurgroep, wyer gemeenskap en kulturele		X	X	X	X		X
Sosialisering hoofsaaklik in familieverband		x					X			X

Faktore bydraend tot suksesvolle aanpassing:					Tumi	Sibusiso	Candice	Erica	Brian	Sandra
Voldoende geleentheid vir sosialisering		x							X	
Behoeftte aan sosialisering met tipiese, niegestremde portuurgroep	x								X	
Sosiale uitsluiting en marginalisering	x		Portuurgroep, wyer gemeenskap en kulturele		X	X	X	X		X
Ondervind probleme om vriendskappe te sluit, sosiale vaardigheidstekorte	x		Portuurgroep			X				
Positiewe houding en verwagting m.b.t. toekomstige verhoudings en gesinslewe		x	Portuurgroep, familie	Lewensdoel	X	X	X		X	X
Wyer gemeenskaps-raamwerk										
Skoolsisteem										
Positiewe houding tenoor LSOBskoolsisteem		x	Skool en opvoeding	Bemeestering van die omgewing	X	X	X	X	X	X
Portuurgroep ondersteunend					X	X	X	X	X	X
Effektiewe onderrig		x	Skool en opvoeding		X		X			X
Ondersteunende onderwysers		x	Skool en opvoeding	Positiewe verhoudings	X	X	X			X
Veilige basis		x	Skool en opvoeding	Bemeestering van die omgewing	X	X	X	X	X	X
Voel aanvaar, gemeenskaplikheid		x	Skool en Opvoeding	Positiewe verhoudings	X	X	X	X	X	X
Geleentheid vir deelname aan sport en buitemuurse bedrywighede			Skool en Opvoeding Portuurgroep	Positiewe verhoudings		X		X	X	X
Openbare dienste										
Ontoereikende vervoerstelsel	x		Wyer gemeenskap en kulturele		X		X			
Swak toestand van sypaadjies	x		Wyer gemeenskap en kulturele		X					
Ontoeganklikheid en onpraktiese uitleg van geboue	x		Wyer gemeenskap en kulturele				X	X		X

Gemeenskaplike en individuele temas

Die belewing van gestremdheid

BELEWING	TERREIN VAN SIELKUNDIGE WEERBAARHEID
Gemeenskaplike temas	
Beskryf gestremdheid vanuit mediese/fisiese perspektief (oorsake, fisiese impak)	Fisies
Behoeft om as unieke individu raakgesien te word en dat geen onderskeid in optrede teenoor die individu met 'n fisiese gestremdheid en die tipiese niegestremde individu getref word nie (menswaardigheid)	Intrapsigies
Ervarings van nie-egte interaksie, bv. gebrekkige empatie, miskenning van gevoelens, voel verantwoordelik om ander van sy/haar ervarings te beskerm, oorsimpatieke reaksies (bejammering, voorkeurbehandeling)	Intrapsigies
Bestuur gestremdheid as deel van die self	Intrapsigies
Individuele temas	
Begeerte om gestremdheid te verander	Intrapsigies
Normalisering van die gestremdheid	Intrapsigies
Bestuur van die gestremdheid as slagoffer van omstandighede	Intrapsigies
Blamering van die gestremdheid vir interpersoonlike probleme	Intrapsigies

Gemeenskaplike en individuele temas met betrekking tot psigososiale faktore in sielkundige weerbaarheid

Individuele faktore

EKOLOGIESE SISTEEM	RISIKOFAKTORE	BESKERMINGSFAKTORE	TERREIN VAN SIELKUNDIGE WEERBAARHEID
INDIVIDUELE FAKTORE			
Gemeenskaplike temas			
Temperament	Selfbewustheid	Deursettingsvermoë	Intrapsigies
	Alleenheid, eensaamheid, verveeldheid	Optimisme, positiewe ingesteldheid	Intrapsigies
Selfkonsep		Positiewe selfkonsep, selfagting en selfdoeltreffendheid	Intrapsigies
		Positiewe akademiese selfkonsep	Intrapsigies Opvoeding en skool Bemeestering en beloning
		Positiewe toekomsvisie en oriëntasie	Intrapsigies
Ander faktore, persoonlike faktore		Godsdiens en geloof	Spirituele en godsdiens
Individuele temas			
Temperament	Angs, depressie, internalisering van gevoelens	Dankbaarheid	Intrapsigies
	Frustrasie, irritasie		Intrapsigies
Selfkonsep	Negatiewe selfkonsep Skolastiese eise oorweldigend		Intrapsigies
Ander faktore	Onvoldoende kennis		Kognitief Gesin/familie Opvoeding en skool
		Talente en belangstellings	Intrapsigies
		Doeltreffende probleemoplossingsvermoë	Kognitief Intrapsigies

Interpersoonlike faktore

INTERPERSOONLIKE FAKTORE	RISIKOFAKTORE	BESKERMINGSFAKTORE	TERREIN VAN SELKUNDIGE WEERBAARHEID
Gemeenskaplike temas			
		Ondersteunende verhoudings (ouers, betekenisvolle ander)	Gesin/familie
	Verminderde sosialisering		Portuurgroep
	Sosiale isolasie		
	Sosiale uitsluiting		
		Ondersteunende portuurgroep Verhoudings (skoolverband)	Portuurgroep Opvoeding en skool
Individuele temas			
	Behoefte aan kontak met die niegestremde portuurgroep		Portuurgroep Wyer gemeenskap en kultuur

Wyer gemeenskapfaktore

WYER GEMEENSKAPS- FAKTORE	RISIKOFAKTORE	BESKERMINGSFAKTORE	TERREIN VAN SELKUNDIGE WEERBAARHEID
Gemeenskaplike temas			
Houdings en stereotipering	Vooroordeel		Portuurgroep Wyer gemeenskap en kultuur
	Stereotipering		Portuurgroep Wyer gemeenskap en kultuur
	Word aangestaar		Portuurgroep Wyer gemeenskap en kultuur
Skoolsisteem		LSOB-skoolsisteem	Opvoeding en skool
Openbare dienste	Praktiese implikasies (ontoereikende openbare vervoerstelsel, ontoeganklike geboue)		Wyer gemeenskap en kultuur
Individuele temas			
Houdings en stereotipering	Verbale viktimisering		Opvoeding en skool Portuurgroep
	Fisiese viktimisering		Opvoeding en skool
	Negatiewe verwagtinge		Wyer gemeenskap en kultuur
	Verminderde beroepsgeleenthede		Wyer gemeenskap en kultuur
	Sosiale situasies lei tot spanning en angs		Portuurgroep Wyer gemeenskap en kultuur
	Seksuele uitbuiting en misbruik		Portuurgroep Wyer gemeenskap en kultuur
Openbare dienste	Onvoldoende sosialisering- geleenthede en fasiliteite vir ontspanning		Wyer gemeenskap en kultuur
		Positiewe volwasse rolmodelle	Wyer gemeenskap en kultuur

BYLAE D

TOESTEMMINGSBRIEWE

DEELNEMER: Toestemming tot deelname aan navorsing

Hiermee stem ek, _____, in om deel te neem aan die navorsingsprojek getiteld *Die beleweniswêreld van serebraal gestremde adolessente en die rol van psigososiale faktore in hul sielkundige weerbaarheid* soos uitgevoer deur Dirkie Visser, opvoedkundige sielkundige, tans 'n ingeskrewe PhD-student aan die Universiteit van die Vrystaat, in die Departement Sielkunde. Ek begryp dat die deelname vrywillig is en dat ek myself op enige tydstip van die navorsingsproses kan onttrek.

Ek verstaan en begryp ten volle dat die volgende voorwaardes vir die navorsing geld:

- Die doel van die studie is om die subjektiewe beleving van leerders met serebrale gestremdheid te ondersoek en in welke mate psigososiale faktore 'n rol in hulle sielkundige weerbaarheid speel.
- Die waarde van die studie is om adolessente met serebrale gestremdheid se stem te hoor en insig te kry in die wyse waarop hulle betekenis aan die gestremdheid gee, hulle gestremdheid bestuur, en sosiale en fisiese struikelblokke oorkom. Die resultate van die navorsing sal kennis verbreed en bestaande sielkundige teorie uitbou wat tot verbeterde intervensie en hulpverlening kan lei.
- Die navorsingsprosedure behels dat daar met my 'n diepgaande onderhoud gevoer sal word. Die onderhoud sal op audioband opgeneem en getranskribeer word. Die direkte woorde van die onderhoud mag aangehaal word. Alle inligting sal deurgaans as konfidensieel beskou word. My anonimiteit word gewaarborg en geen identifiserende besonderhede sal bekend gemaak word nie. Daar sal deurgaans aan streng etiese maatreëls voldoen word.
- Geen fisiese of psigologiese risiko of ongemak behoort uit die situasie te vloei nie.

Indien daar enige navrae is, is u welkom om die navorser by 083 734 3345 of dirkie.v@telkomsa.net te kontak.

D.A. Visser
Navorser

Handtekening van deelnemer



PARTICIPANT: Research Consent Form

I, _____, agree to participate in the research, titled *The lived experience of cerebral palsied adolescents and the role of psycho-social factors in their psychological resilience*, which is being conducted by Dirkie Visser, educational psychologist, currently enrolled at the University of the Free State as a PhD student registered in the Department of Psychology. I understand that this participation is entirely voluntary and that I can withdraw myself at any stage of the research process.

I fully understand the following conditions of the research:

- The goal of this research is to investigate the lived experience of adolescents with cerebral palsy and the role of psycho-social factors in their psychological resilience.
- The value of the study is that the voices are heard of adolescents with cerebral palsy and that insight is gained into the way in which they ascribe meaning to disability, manage their disability and overcome physical and emotional barriers. The results of this study will broaden knowledge and expand existing psychological theory which can lead to the improvement of intervention and aid.
- The research procedure will include an in-depth interview with myself. The interview will be audio taped and transcribed. The words of the interview may be quoted. The information will be confidential, the anonymity of the participants are guaranteed and no identifiable particulars will be revealed. Ethical procedures will guide the research throughout.
- No physical or psychological risks or discomfort are foreseen.

The researcher will answer any further questions about the research, now or during the course of the research, and can be reached by phone at 083 7345 3345 or at dirkie.v@telkomsa.net.

D.A. Visser
Researcher

Signature of participant





OUER: Toestemming tot deelname aan navorsing

Hiermee verleen ek, _____, toestemming dat my kind, _____, mag deelneem aan die navorsingsprojek getiteld: *Die beleweniswêreld van serebraal gestremde adolessente en die rol van psigososiale faktore in hul sielkundige weerbaarheid* soos uitgevoer deur Dirkie Visser, opvoedkundige sielkundige, tans 'n ingeskrewe PhD-student aan die Universiteit van die Vrystaat, in die Departement Sielkunde. Ek begryp dat die deelname vrywillig is en dat ek my kind op enige tydstip van die navorsingsproses kan onttrek.

Ek verstaan en begryp ten volle dat die volgende voorwaardes vir die navorsing geld:

- Die doel van die studie is om die subjektiewe beleving van adolessente met serebrale gestremdheid te ondersoek en in welke mate psigososiale faktore 'n rol in hulle sielkundige weerbaarheid speel.
- Die waarde van die studie is om adolessente met serebrale gestremdheid se stem te hoor en insig te kry in die wyse waarop hulle betekenis aan die gestremdheid gee, hulle gestremdheid bestuur, en sosiale en fisiese struikelblokke oorkom. Die resultate van die navorsing sal kennis verbreed en bestaande sielkundige teorie uitbou wat tot verbeterde intervensie en hulpverlening kan lei.
- Die navorsingsprosedure behels dat daar 'n diepgaande onderhoud met my kind gevoer sal word. Die onderhoud sal op oudioband opgeneem en getranskribeer word. Die direkte woorde van die onderhoud mag aangehaal word. Alle inligting sal deurgaans as konfidensieel beskou word. Die deelnemers se anonimiteit word gewaarborg en geen identifiserende besonderhede sal bekend gemaak word nie. Daar sal deurgaans aan streng etiese maatreëls voldoen word.
- Geen fisiese of psigologiese risiko of ongemak behoort uit die situasie te vloei nie.

Indien daar enige navrae is, is u welkom om die navorser by 083 734 3345 of dirkie.v@telkomsa.net te kontak.

D.A. Visser
Navorser

Handtekening van ouer





PARENT: Research Consent Form

I, _____, hereby agree that my child, _____ may participate in the research, titled *The lived experience of cerebral palsied adolescents and the role of psycho-social factors in their psychological resilience*, conducted by Dirkie Visser, educational psychologist, currently enrolled at the University of the Free State as a PhD student registered in the Department of Psychology. I understand that this participation is entirely voluntary and that my child can be withdrawn at any stage of the research process.

I fully understand the following conditions of the research:

- The goal of this research is to investigate the lived experience of adolescents with cerebral palsy and the role of psycho-social factors in their psychological resilience.
- The value of the study is that the voices are heard of adolescents with cerebral palsy and that insight is gained into the way in which they ascribe meaning to disability, manage their disability and overcome physical and emotional barriers. The results of this study will broaden knowledge and expand existing psychological theory, which can lead to the improvement of intervention and aid.
- The research procedure will include an in-depth interview with my child. The interview will be audio taped and transcribed. The words of the interview may be quoted. The information will be confidential, the anonymity of the participants are guaranteed and no identifiable particulars will be revealed. Ethical procedures will guide the research process.
- No physical or psychological risks or discomfort are foreseen.

The researcher will answer any further questions about the research, now or during the course of the research, and can be reached by phone at 083 7345 3345 or at dirkie.v@telkomsa.net.

D.A. Visser
Researcher

Signature of parent



Fakulteit Geesteswetenskappe
Universiteit van die Vrystaat

Die Hoof en Beheerliggaam

Versoek om deelname aan navorsingsprojek

Ek is tans 'n PhD (Kindersielkunde)-student aan die Universiteit van die Vrystaat en as deel van die vereistes van die graad, is ek besig met 'n navorsingsprojek.

Die titel van die navorsingsprojek is *Die beleweniswêreld van serebraal gestremde adolessente en die rol van psigososiale faktore in hulle sielkundige weerbaarheid*. Die navorsing geskied onder die promotorskap van dr. R. Beukes en me. P. Naidoo (Departement Sielkunde).

Die doel van die studie is om die subjektiewe beleving van leerders met serebrale gestremdheid te ondersoek en in welke mate psigososiale faktore 'n rol in die sielkundige weerbaarheid van die leerders speel. Bestaande studies weerspieël dikwels nie die subjektiewe beleving en selfrapportering van die persoon met 'n gestremdheid nie. Die navorsing sal kennis verbreed en bestaande sielkundige teorie uitbou wat tot verbeterde intervensie en hulpverlening kan lei.

Graag versoek ek dat u toestemming vir deelname aan die navorsingsprojek sal verleen. 'n Kwalitatiewe studie sal onderneem word. Onderhoude sal met leerders met serebrale gestremdheid in die middeladolessente fase gevoer word. Die deelnemers sal volgens sekere kriteria geselekteer word. Die onderhoude sal so geskeduleer word dat dit nie met die akademiese program inmeng nie. Alle onderhoude sal op oudioband opgeneem en verbatim getranskribeer word. Alle inligting sal deurgaans as konfidensieel beskou word. Die deelnemers se anonimiteit word gewaarborg en geen identifiserende besonderhede sal bekend gemaak word nie. Daar sal deurgaans aan streng etiese maatreëls voldoen word. Skriftelike toestemming sal van die deelnemers, asook hulle ouers, verkry word. Deelname aan die navorsingsprojek is vrywillig en die deelnemers mag op enige tydstip hulself van die navorsingsproses onttrek.

Na afloop van die studie sal die data geanaliseer en geïnterpreteer word. Die resultate van die studie sal op versoek aan u bekend gemaak word.

Indien u enige navrae het, is u welkom om my te kontak by 083 734 3345 of dirkie.v@telkomsa.net.

U deelname aan hierdie navorsingsprojek sal hoog op prys gestel word en u sal ook 'n waardevolle bydrae tot hierdie spesifieke studieveld lewer.

By voorbaat dank

Dirkie Visser (Navorser)

Dr. L. Nel (Promotor)

Dr. R. Beukes (Medepromotor)

Hiermee verleen ons namens hierdie instansie toestemming tot deelname aan die genoemde navorsingsprojek.

Geteken op _____ te _____

Hoof

Voorsitter van Beheerliggaam



