

DANKBETUIGINGS

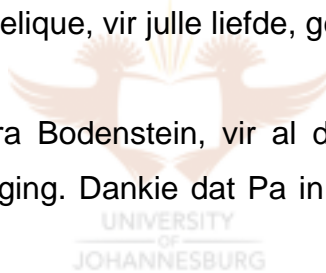
Ek betuig graag my opregte dank en waardering aan die volgende persone wat met hul onderskeie bydraes die voltooiing van hierdie studie moontlik gemaak het:

My studieleiers: Helen Krige, vir al jou geduld, motivering en ondersteuning, en Dr. Jacqui Byrne, vir jou wetenskaplike insig, geduld en aansporing.

My man, James Maritz, vir jou volgehoue ondersteuning, belangstelling, bydrae, begrip, aanmoediging en motivering en ook vir al die opofferings wat jy moes maak tydens my studies.

My kinders, Monique en Angelique, vir julle liefde, geduld en baie opofferings.

My ouers Frans en Barbarra Bodenstein, vir al die jare van eindelose liefde, ondersteuning en aanmoediging. Dankie dat Pa in my geglo het en Ma, dankie vir elke gebed.



Die respondent van die studie en sy ouers en onderwyser, sonder julle sou die studie nie moontlik gewees het nie.

Delene Slabbert, vir tegniese en taalversorging en morele ondersteuning.

En bowenal, God, wat aan my die geleentheid en die vermoë gegee het om deur te druk. In die moeilike tye was ek bewus daarvan dat U my gedra het.

SINOPSIS

Die fokus van die navorsingstudie is om verslag te lewer oor Narratiewe terapisessies van 'n adolessent met serebrale en kognitiewe gestremdheid, met die oog op sy belewing van die gestremdheid. Die studie is onderskraag deur die feit dat geen navorsing in Suid-Afrika gedoen is wat handel oor terapie met adolessente met serebrale sowel as kognitiewe gestremdheid nie. Die rede hiervoor is dat Opvoedkundige Sielkundiges tot onlangs van mening is dat terapie met persone met kognitiewe gestremdheid nie effektief is nie, en beweer het dat die kognitiewe vermoë wat noodsaaklik is vir terapeutiese verandering ontbreek by die kliënt. Resente internasionale navorsing het egter getoon dat terapie wel suksesvol kan wees mits terapeutiese tegnieke op die kliënt se kognitiewe ontwikkelingsvlak is.

Die doel van die studie is eerstens om 'n stem te gee vir 'n sewentienjarige adolessent met serebrale sowel as kognitiewe gestremdheid, om sy belewing van die gestremdheid te dokumenteer. Tweedens, om te bepaal oor watter innerlike hulpbronne hy beskik om hom te help om die gestremdheid te hanteer. Laastens, om aanbevelings te maak aan ander terapeute wat terapie doen met adolessente met gestremdhede.

'n Kwalitatiewe navorsingsbenadering is gebruik met 'n enkel gevallestudie as navorsingsontwerp uit die seleksie van 'n deelnemer. 'n Kwalitatiewe navorsingsbenadering is veral bruikbaar in studies waar die betekenis wat individue gee aan hulle ervarings ondersoek word. Die navorser as terapeut het Narratiewe Terapie gebruik om die adolessent se belewing te beskryf en te dokumenteer.

Data is ingesamel deur 'n verskeidenheid tegnieke (onderhoude, Narratiewe terapisessies, observasie en terapeutiese briewe). Die navorser was ook die terapeut wat die Narratiewe Terapie gedoen het en sy het so die geleentheid gehad om die adolessent se ondervinding te ondersoek en te beskryf.

Die data is ontleed aan die hand van generiese kwalitatiewe inhoudsanalise. Uit die ingesamelde data is spesifieke temas en subtemas geïdentifiseer wat aspekte rondom die beleving van die gestremdheid beklemtoon. Dit sluit die volgende temas in:

- Die gestremdheid gaan gepaard met ...
 - Alleenheid
 - Frustrasie
 - Afhanklikheid.
- Die gestremdheid bring mee dat ouers so 'n adolessent maklik oorbeskerm.
- Dit is moeilik vir die adolessent en sy gesin om die gestremdheid te aanvaar.
- Die adolessent beleef ...
 - die gestremdheid as 'n las vir ander.
 - dat die gesin en gemeenskap nie die gestremdheid verstaan nie.

Die beperkinge van die studie is kortliks bespreek en aanbevelings gemaak. Daar is voorgestel dat die studie geleenthede voordoen vir verdere navorsing.

SYNOPSIS

The aim of this research study was to conduct Narrative Therapy with an adolescent with cerebral palsy and a cognitive disability, to determine his experience of the disability. The study was motivated by the fact that no research has been conducted in South Africa on therapy with adolescents living with cerebral palsy and cognitive disability. The reason being that it was believed that a client needs to have the cognitive ability for therapeutic change to occur. Recent international research has proved that therapy can be successful with clients with cognitive disabilities, if the approach or techniques are on the client's cognitive developmental level.

The goal of the study was firstly to give a voice to a seventeen-year-old adolescent with cerebral palsy and a cognitive disability to tell his story. Secondly, to determine what internal resources he has to help him cope with the disability. Lastly, to make recommendations for other therapists who want to conduct therapy with adolescents living with disabilities.

A qualitative research approach with a single case study as research design from a selected sample was used. A qualitative approach is useful in studies where the meaning individuals give to their experience are investigated. The focus is on a seventeen-year-old adolescent with cerebral palsy and a cognitive disability and his experience of the disability. The researcher as therapist uses Narrative Therapy to describe and document the adolescent's experience.

Data was gathered through a variety of techniques (interviews, Narrative therapy sessions, observations and therapeutic letters), which enhanced the reliability of the study.

The researcher was also the therapist who conducted Narrative Therapy and she had the opportunity to explore and describe the adolescent's experience. From

the data, certain themes and sub-themes were identified that highlighted aspects of living with a disability. These include the following:

- An adolescent with a disability is subjected to ...
 - Loneliness.
 - Frustration
 - Dependency.
- The family tends to overprotect a disabled adolescent.
- It is hard for both the disabled adolescent and his parents to accept the disability.
- The disabled adolescent experiences ...
 - the disability as a burden to others
 - that family and friends have difficulty in understanding the disability.

The limitations of this study were briefly discussed and recommendations were made. The researcher also proposed that this study presents further research opportunities.

INHOUDSOPGAWE

HOOFSTUK 1	1
STRUKTUUR VAN DIE STUDIE	1
1.1	INLEIDING 1
1.2	KONTEKS 2
1.3	PROBLEEMSTELLING 5
1.4	DIE DOEL VAN DIE STUDIE 6
1.5	NAVORSINGSMETODOLOGIE 7
1.5.1	Navorsingsontwerp 7
1.5.2	Seleksie van deelnemers 8
1.5.3	Data-insameling 8
1.5.4	Data-analise 9
1.6	ETIESE MAATREËLS 10
1.6.1	Konfidensialiteit en outonomieit 10
1.6.2	Voordele van die navorsing vir die gemeenskap 10
1.6.3	Gehalte 11
1.7	BEGRIPSVERHELDERING 11
1.7.1	Narratiewe Terapie 11
1.7.2	Serebrale gestremdheid 11
1.7.3	Kognitiewe gestremdheid 12
1.7.4	Adolessensie 12
1.8	VERLOOP VAN DIE STUDIE 13
1.9	SAMEVATTING 13
HOOFSTUK 2	15
LITERATUURSTUDIE	15
2.1	INLEIDING 15
2.2	SEREBRALE GESTREMDHEID VANUIT DIE EKOSISTEMIESE PERSPEKTIEF 15
2.3	DIE ADOLESSENT MET 'N GESTREMDHEID 18
2.3.1	Serebrale gestremdheid 18
2.3.2	Kognitiewe gestremdheid 23
2.3.3	Sielkundige en emosionele aspekte wat problematies kan wees by 'n adolessent met serebrale gestremdheid 29

2.4	DIE GESIN EN SEREBRALE GESTREMDHEID.....	32
2.4.1	Oorbekerming van die gesin teenoor die adolessent met 'n gestremdheid	34
2.5	DIE GEMEENSKAP EN SEREBRALE GESTREMDHEID.....	35
2.6	TERAPIE MET ADOLESSENTE MET SEREBRALE SOWEL AS KOGNITIEWE GESTREMDHEID	35
2.6.1	Narratiewe Terapie	36
2.7	SAMEVATTING	41
HOOFSTUK 3		43
NAVORSINGSMETODOLOGIE EN -ONTWERP		43
3.1	INLEIDING	43
3.2	NAVORSINGSBENADERING	44
3.3	NAVORSINGSONTWERP: 'n Beskrywende gevallestudie.....	46
3.4	SELEKSIE VAN DEELNEMERS.....	47
3.5	DATA-INSAMELING	47
3.5.1	Onderhoude	48
3.5.2	Narratiewe terapisessies.....	49
3.5.3	Observasies	49
3.5.4	Terapeutiese briewe.....	50
3.6	DIE TERAPEUTIESE PROSES.....	51
3.6.1	Inneemonderhoud met ouers	51
3.6.2	Inneemonderhoud met onderwyser	51
3.7	DATA-ANALISE	56
3.7.1	Datareduksie:.....	56
3.7.2	Datatoonstelling	58
3.7.3	Datasamevatting	58
3.8	GELDIGHEID EN BETROUBAARHEID VAN NAVORSING	59
3.8.1	Geldigheid van die studie.....	59
3.8.2	Betroubaarheid van die studie	59
3.9	METODOLOGIESE BEPERKINGE TOT DIE STUDIE	60
3.10	ETIESE MAATREËLS.....	60
3.11	SAMEVATTING	62

HOOFSTUK 4	63
DATA-ANALISE EN LITERATUURKONTROLE	63
4.1 INLEIDING	63
4.2 DATA-ANALISE	63
4.3 BESPREKING VAN DATA-ANALISE EN LITERATUURKONTROLE	64
4.3.1 Tema 1: Andries se beewing van serebrale gestremdheid.....	64
4.3.2 Tema 2: 'n Adolessent se beewing van sy gesin en serebrale gestremdheid	68
4.3.3 Tema 3: 'n Adolessent met serebrale gestremdheid se beewing van die gemeenskap.....	69
4.4 SAMEVATTING	72
HOOFSTUK 5	74
BEVINDINGS EN AANBEVELINGS.....	74
5.1 INLEIDING	74
5.2 BEVINDINGS VAN DIE DATA.....	74
5.3 BESPREKING VAN DIE DATA.....	74
5.4 AANBEVELINGS	75
5.5 TEKORTKOMINGE VAN DIE STUDIE	77
5.6 REFLEKSIE EN PERSOONLIKE BELEWING VAN DIE STUDIE	78
5.7 SLOT.....	78
BRONNELYS	79
 BYLAE	
BYLAAG 1: Voorbeeld van toestemmingsvorm deur ouers.....	86
BYLAAG 2: Vooropgestelde vraelys aan die ouers	87
BYLAAG 3: Voorbeeld van getranskribeerde video-opname van..... terapiesessies	88
BYLAAG 4: Voorbeeld van getranskribeerde bandopname van onderhoud..... met ouers.....	93

LYS VAN TABELLE

Tabel 2.1: Vlakke van kognitiewe gestremdheid	29
Tabel 3.1: Voorbeeld van 'n gedeelte van 'n getranskribeerde terapiesessie	54
Tabel 3.2: Voorbeeld van 'n tema met rou datateks	55
Tabel 4.1: Samevatting van geïdentifiseerde temas en subtemas	61



LYS VAN FIGURE

Figuur 1.1: Uiteensetting van navorsing	17
Figuur 2.1: 'n Ekosistemiese model	20
Figuur 3.1: Grafiese voorstelling van die navorsingsmodel	46
Figuur 3.2: Andries se voorstelling van <i>Verstaan Nie</i>	72



HOOFSTUK 1

STRUKTUUR VAN DIE STUDIE

1.1 INLEIDING

In hierdie studie poog die navorser om meer te leer van 'n adolessent met serebrale en kognitiewe gestremdheid en sy¹ beleving van die gestremdheid. Statistieke het aangetoon dat persone met gestremdhede ongeveer 5% van die Suid-Afrikaanse populasie uitmaak (Mbeki 1997:V). In die verlede was die gemeenskap en samelewing, geneig om 'n persoon met 'n gestremdheid te etiketteer. Dit het tot gevolg gehad dat die individu gereduseer was na die 'probleme' of gestremdheid wat hulle voorlê (Matheson 2004:1). In die proses word die persoon misgekyk of afgeskeep. Volgens Matheson (2004:1) domineer die gestremdheid dikwels die individu se lewe. Die nuwe insluitingsbeleid soos vervat in die *White Paper on Integrated National Disability Strategy* (1997) het teweeggebring dat die adolessent met 'n gestremdheid met nuwe oë beskou word.



Dit word as 'n mensereg beskou dat persone met gestremdhede se basiese behoeftes bevredig moet word (Mbeki 1997:10). Blow (2002:67) het bevind dat die mens se basiese behoeftes aangespreek word deur 'n netwerk van betekenisvolle verhoudings te smee. Sodanige verhoudings word gekenmerk deur begrip, opregtheid, wedersydse betekenis, samehorigheid en verpligting. Hurley (1998:1), toon dat kinders met kognitiewe gestremdhede die volle spektrum van affektiewe afwykings beleef. Dus beleef adolessente met 'n gestremdheid, hetsy dit kognitief, fisiek, visueel of ouditief is, dieselfde emosionele pyn, teleurstelling, frustrasie, vrees, blydskap en skuldgevoelens as adolessente met geen gestremdheid nie.

¹ In die belang van vloeiendheid is net manlike voornaamwoorde in hierdie skripsie gebruik. Dit sluit egter outomaties die vroulike in, behalwe waar dit uitdruklik anders van toepassing is.

Hierdie studie fokus op 'n adolessent met serebrale en kognitiewe gestremdheid en sy beleving van die gestremdheid. Daar word gehoop dat deur hierdie ondersoek die studie 'n betekenisvolle bydrae sal lewer tot bestaande kennis oor adolessente se beleving van gestremdheid.

1.2 KONTEKS

In die studie word daar gebruik gemaak van 'n skuilnaam vir die respondent, naamlik Andries.

Andries is 'n sewentienjarige adolessent met serebrale [spastiese kwadruplegie] en kognitiewe [kan nie lees of skryf nie] gestremdheid. Hy maak van 'n rolstoel gebruik vir mobiliteit. As gevolg van spastisiteit in sy boonste ledemate is dit moeilik om self sy rolstoel te beweeg en dus is hy afhanklik van ander om hom te stoot. Tog kan hy baie dinge vir homself doen, byvoorbeeld om die telefoon en huishoudelike toestelle soos die televisie, radio, ens. onafhanklik te gebruik.

Daar is egter baie dinge wat hom verhoed of beperk om 'n onafhanklike adolessent te wees. Hy kan byvoorbeeld nie by die huis uitgaan of om die blok ry wanneer hy voel dat die huis se mure te klein raak vir hom nie. Hy kan ook nie alleen na 'n winkel gaan om brood en melk te koop nie. Daar is verskeie redes hiervoor, maar die grootste rede is sy beperkte mobiliteit. Hy besit nie 'n elektriese rolstoel nie en kan dus nêrens gaan sonder hulp nie. Hy sukkel om sy rolstoel self te stoot en sy arms raak gou moeg.

Andries is na 'n moeilike swangerskap prematuur gebore op 31 weke. Sy geboorte gewig was 1.8 kg. Tydens die swangerskap het sy moeder 'n paar dreigende miskrame gehad. Volgens die dokters was daar twee embryo's in die baarmoeder en die ander embryo het op 11 weke geaborteer. Die geboorte was normaal, maar die baba het tydens en na geboorte 'n suurstoftekort ondervind. Sy ouers was bewus hiervan, hoewel niemand besef het dat hy breinskade opgedoen het nie. Volgens sy ouers, het hy vanaf die eerste dag, as in

aanmerking geneem word dat premature babas risikogevalle is, gefloreer. Hoewel hy aanvanklik buisvoeding ontvang het en die eerste drie weke van sy lewe in 'n broeikas deurgebring het, het hy bevredigend gewig opgetel en is ontslaan uit die hospitaal.

Op ouderdom ses weke het sy ouers nog nie besef dat hy breinskade opgedoen het nie. Met sy sesweeklikse ondersoek is daar bevind dat Andries erg spasties is en is hy verwys na 'n fisioterapeut, aangesien hy nie sy handjies kon oopmaak nie. Die spastisiteit is toegeskryf aan die feit dat hy baie prematuur gebore is. Sy ouers is deur 'n vriendin wat ook 'n kind met 'n gestremdheid het aangeraai om 'n tweede opinie te bekom. Op ouderdom ses maande is 'n breinskandering gedoen en bevind dat daar 'n donker kol op sy brein sigbaar was, wat gedui het op breinskade weens suurstoftekort tydens of voor geboorte. Hy is kort daarna met serebrale gestemdheid gediagnoseer.

Andries sit eers op 2 jaar onafhanklik en begin kruip op 4 jaar. Hy het vanaf driejarige ouderdom 'n skool vir leerders met serebrale gestremdheid bygewoon. Die Opvoedkundige Sielkundige aan die skool het as groot ondersteuning vir die ouers gedien. Dit was dan ook sy wat die ouers meedeel dat hy kognitief erg gestremd is. Ten spyte van die feit dat hy fisioterapie en arbeidsterapie ontvang, was daar geen verligting vir die spastisiteit nie.

Andries het egter ook baie ander hindernisse gehad wat hy moes oorkom. Die eerste van 'n reeks was 'n wanfunksionering van sy dikderm as gevolg van spastisiteit. Op driejarige ouderdom het hy sy eerste groot operasie ondergaan, waarna die dikderm korrek gefunksioneer het en die spastisiteit van die dikderm tot 'n groot mate verbeter.

Nog 'n hindernis is visuele probleme as gevolg van strabisme. Na twee operasies kon die dokters die oog se funksionering verbeter. Hy dra steeds 'n bril, maar volgens die oogkundige sal hy binnekort daarsonder kan regkom.

Op sesjarige ouderdom was die spastisiteit so erg dat 'n groot heupoperasie op hom uitgevoer is. Dit het egter enige moontlikheid om eendag met 'n looper te kan loop, laat verdwyn. Die operasie was baie traumaties vir hom omdat die gips te styf was en hy geweldig baie pyn ondervind het. Die gips is verwyder en weer opgesit. Die trauma van die operasie het tot gevolg gehad dat hy tot hede toe 'n vrees vir dokters en teaters het.

Ten spyte van alles was Andries 'n vegter en het hy goed gevorder onder die omstandighede. Op agtjarige ouderdom is hy oorgeplaas na 'n skool vir leerders wat kognitief en fisiek erg gestremd is. Hy het so goed aangepas dat hy in sy eerste jaar by die nuwe skool 'n toekenning ontvang vir die leerder met die meeste deursettingsvermoë.

'n Groot leemte in Andries se lewe was dat hy nooit kon leer om te lees of skryf nie. Hy kan tans wel sommige letters herken. Tog is een van sy sterkpunte die memorisering van telefoonnommers. Hy fokus al sy aandag en tyd op die memorisering van telefoonnommers wat vir hom 'n groot prestasie is en gebruik hierdie kennis om in kontak met sy vriende te bly gedurende naweke en vakansies.

Andries het gou besef dat hy 'n gawe het om mense aan te raak met sy positiewe uitkyk op die lewe. Hy het aangesluit by die skool se geestelike sanggroep en sing 'n solo 'My Pa is die koning'. Met hierdie lied dien hy as inspirasie vir honderde mense. Dit is dan ook vir hom 'n groot bron van innerlike versterking.

Tot dusver het Andries se skoolloopbaan goed verloop en hy is ook uiters pligsgetrou. Hy is die afgelope twee jaar verkies as een van die leiers by die skool. Dit is tans sy tiende jaar by die skool en hy is hartseer om volgende jaar al sy vriende en geliefde onderwysers te verlaat.

Wat sy persoonlikheid betref, is Andries 'n adolessent met buitengewone deursettingsvermoë, sensitief vir ander se emosies en 'n goeie sin vir humor. Hy handhaaf goeie sosiale verhoudings met vriende en onderwysers en dien as inspirasie vir hulle as gevolg van sy lewenslus en opgewektheid.

Tog as gevolg van sy fisieke tekortkominge en min beweeglikheid, bly hy afhanklik vir sy fisiese versorging van sy vader by die huis en vriende en onderwysers by die skool, wat egter bemoeilik word deur die feit dat hy groter en swaarder word. Dit word byna onmoontlik vir sy moeder om hom in die rolstoel of in die motor te help. Hierdie fisiese faktore, sowel as emosionele aspekte het tot gevolg dat skoolverlating 'n baie sensitiewe saak vir Andries en sy ouers is. Hy sal na skool 'n versorgingsentrum moet bywoon, aangesien hy nie elke dag alleen sonder enige uitdagings en sorg tuis kan bly nie.

1.3 PROBLEEMSTELLING

Uit die navorser se ervaring as onderwyseres in Buitengewone Onderwys die afgelope agt jaar, is 'n groot leemte beleef in psigoterapie vir leerders met serebrale en kognitiewe gestremdheid. Daar is volgens gekontroleerde bronne geen rekord van enige navorsing wat gedoen is in Suid-Afrika wat handel oor terapie vir leerders wat serebraal sowel as kognitief gestremd is nie (SA Studies). In die verlede het navorsing met persone met kognitiewe gestremdheid getoon dat hulle nie baat vind by insig-georiënteerde interaktiewe terapie nie. Die rede daarvoor is dat hulle nie die spesifieke kognitiewe vermoë besit vir terapeutiese verandering nie (Tomasulo, Keller & Pfadt 1995:1).

Internasionaal is daar wel terapie gedoen met adolessente met serebrale sowel as kognitiewe gestremdheid. Hurley (1998:2) beweer dat, vir terapie om suksesvol te wees met persone met kognitiewe gestremdheid, die standaard tegnieke op die kliënt se kognitiewe ontwikkelingsvlak moet wees. Die terapeut moet buigbaar wees en soveel familieledede en vriende as moontlik moet by die proses betrek word. Narratiewe Terapie voldoen aan bogenoemde vereistes.

Narratiewe Terapie fokus op die uitdrukking wat mense gee aan die ervarings van hul lewens. Die terapeut wil kennis bekom aangaande die kliënt se hoop, vrese, drome en pyn wat hulle ervaar (Winslade & Monk 1998:5). Narratiewe terapeute glo dat almal gawes en vermoëns het (innerlike hulpbronne), sommige wat nog wag om ontdek te word. Narratiewe Terapie gee erkenning aan verskille en diversiteit by mense. Dit gee 'n stem vir die wat nog nooit gehoor is nie, deur die bekende metafoor van 'n storie (Els 2000:8). Vir die rede was die skrywer se navorsingsvrae soos volg geformuleer:

Hoe beleef 'n sewentienjarige adolessent met serebrale en kognitiewe gestremdheid die gestremdheid?

Watter innerlike hulpbronne besit 'n sewentienjarige om oor sy serebrale gestremdheid te triomfeer?

1.4 DIE DOEL VAN DIE STUDIE

Die motivering van die studie is om navorsing te doen in 'n veld wat tot dusver nie in Suid Afrika nagevors is nie. Daar is 'n toenemende behoefte aan navorsing in Suid-Afrika rakende adolessente met gestremdhede. Die doel van die studie is drieledig naamlik:

1. Om deur middel van Narratiewe Terapie 'n sewentienjarige adolessent met serebrale gestremdheid se beleving van sy gestremdheid te dokumenteer.
2. Om vas te stel watter innerlike hulpbronne 'n adolessent met serebrale gestremdheid besit om die probleme wat hy daagliks mee in aanraking kom, te kan hanteer, aangesien Narratiewe Terapie glo dat die mens innerlike hulpbronne besit om 'n probleem te oorkom.
3. Om aanbevelings te maak vir ander terapeute wat met adolessente met gestremdhede werk.

1.5 NAVORSINGSMETODOLOGIE

Hierdie navorsing is as 'n kwalitatiewe studie vanuit 'n Opvoedkundige Sielkundige teoretiese raamwerk beplan, uitgevoer en geïnterpreteer. Kwalitatiewe navorsing is 'n sambreelkonsep wat 'n verskeidenheid vorme van ondersoek bevat wat die navorser help om sosiale verskynsels te verstaan en te verklaar, met so min as moontlik versteuring van die natuurlike omgewing (Merriam 1998: 5). Kwalitatiewe navorsing word gesien as 'n instrument om data in te samel van die respondent se belewing, met die fokus op die ontdekking en begrip van 'n spesifieke fenomeen (Merriam 1998:11) In diè geval word 'n sewentienjarige adolessent se belewing van serebrale gestremdheid bestudeer. Navorsing kan dus beskou word as 'n soektog of ondersoek gerig na die ontdekking van sekere feite deur 'n sorgvuldige studie van 'n onderwerp (Baker, Pistrang & Elliot 1994:10).

1.5.1 Navorsingsontwerp

Die navorsingsontwerp waarvan in hierdie studie gebruik gemaak is, is 'n gevallestudie-ontwerp. 'n Gevallestudie is 'n deurtastende ondersoek van een of meer individue se ervarings en gedrag, in die hoop om aspekte te ontdek wat van toepassing is op almal (Jackson 2003:55). Gevallestudies word egter voortdurend gebruik met individue wat ongewone of abnormale ervarings of karaktertrekke toon, of wat hulself in 'n moeilike of spanningsvolle situasie bevind (Stangor 1998:120). In hierdie studie was 'n adolessent met serebrale sowel as kognitiewe gestremdheid die fokuspunt.

Merriam (1998:19) beskryf gevallestudies as 'n navorsingsontwerp wat daarop gerig is om 'n deeglike begrip van 'n situasie en die betekenis wat die betrokkenes daaraan heg te verkry, ten einde eerder uit te vind en te interpreteer as om bestaande hipoteses te toets. Deur so 'n gevallestudie te doen, kan iets van die menslike natuur geleer word. In hierdie studie word daar gebruik gemaak

van een gevallestudie en die fokus is spesifiek op die beskrywing en verduideliking van die respondent se belewing van serebrale gestremdheid.

1.5.2 Seleksie van deelnemers

Kwalitatiewe navorsing voorsien die geleentheid om doelbewuste gekose en deelnemers te gebruik (Lamprecht 2003: 9). Die seleksie van deelnemers is gebaseer op die aanname dat die navorser ten doel het om 'n spesifieke ervaring te ontdek, te verstaan en verdere begrip daarvoor te ontwikkel. Die deelnemers word dus so gekies dat dit maksimaal tot die begrip van die fokus van die studie sal bydra (Merriam 1998:61).

In die studie is daar gebruik gemaak van een gevallestudie met een respondent. Die respondent is spesifiek geselekteer omdat hy serebraal gestremd is.

1.5.3 Data-insameling

Die data in hierdie studie was primêr ingesamel deur individuele Narratiewe terapisessies met die respondent. Waardevolle data was ingewin deur onderhoude met sy ouers en onderwyseres. Data is ook ingewin deur observasies en terapeutiese briewe. Elk van die metodes van data-insameling word vervolgens kortliks beskryf:

1.5.3.1 Onderhoude

Objektiewe data is ingesamel deur ongestruktureerde, gestandaardiseerde onderhoude met die ouers en die onderwyseres (Stangor 1998:98). 'n Vooropgestelde vraelys is gebruik met oop vrae. Die uitgangspunt van die navorser is om empatie te toon en onverdeelde aandag te gee, om sodoende die ouers en onderwyseres ruimte te gee om te dink en te praat. Spesifieke inligting wou bekom word aangaande hulle ervaring van die respondent se belewing van die gestremdheid. Daar is ook gefokus op sy innerlike hulpbronne en sterkpunte.

Die onderhoude is op band vasgelê en die inhoud is verbatim getranskribeer. (Sien Bylaag 5).

1.5.3.2 Narratiewe terapisessies

Elke Narratiewe terapisessie is op video opgeneem. Die doel van video-opnames is om alles wat die respondent gesê of gedoen het gedurende 'n bepaalde periode op te neem (Jackson 2003:53). Relatief baie data is ingesamel deur hierdie proses en dit was noodsaaklik om dit in kleiner hanteerbare inligting te omskep. Om dië rede is daar net gefokus op eerstens die tema van die adolessent se beleving van serebrale gestremdheid deur klem te lê op die probleme wat die respondent geëksternaliseer het, en tweedens op interne hulpbronne wat die adolessent besit om die probleme te oorwin.

1.5.3.3 Observasies

In gevallestudies neem die navorser 'n interaktiewe rol met die respondente aan (Leedy 1997:157). In die geval van Narratiewe Terapie kan die navorser/terapeut nie anders as om aktief deel te neem aan die gesprek nie. In hierdie studie het die navorser ook as terapeut opgetree en in elke terapeutiese sessie as navorser geobserveer.

1.5.3.4 Terapeutiese briewe

'n Tegniek van Narratiewe Terapie is om briewe aan die kliënt te skryf. Hierdie briewe dien as herdenkende sertifikate om kliënte te help om sterkpunte en oorwinnings van probleme te herleef (Smith & Nylund? 1997:37). Terapeutiese briewe is ook in hierdie studie gebruik en die briewe dien as argiefmateriaal en bron van data-insameling.

1.5.4 Data-analise

Data is ingesamel deur onderhoude, Narratiewe terapisessies, observasies en terapeutiese briewe. Die doel van data-analise is dat die data aangewend moet

word om die navorsingsvrae te beantwoord (Baker, Pistrang & Elliott 1994:218). Die navorsingsvrae handel oor die belewing van 'n adolessent met serebrale gestremdheid en innerlike hulpbronne wat hy besit.

Data is geanaliseer deur middel van generiese kwalitatiewe inhoudsanalise, dit wil sê temas en subtemas is geïdentifiseer om die respondent se belewing van serebrale gestremdheid te verduidelik. (*Sien Hoofstuk 3*).

1.6 ETIESE MAATREËLS

Etiese maatreëls is in hierdie studie van kardinale belang aangesien die regte van die adolessent met serebrale gestremdheid ter sake is. Dit is baie belangrik om die respondent te beskerm. Vanuit 'n sielkundige oogpunt is dit ook die terapeut se plig om kliënte se privaatheid, waardigheid en integriteit te beskerm. Die volgende etiese maatreëls is in hierdie studie gevolg.

1.6.1 Konfidensialiteit en outonomie

Die outonomie van die respondent in hierdie navorsingstudie, verwys na die erkenning van sy individualiteit en sy vermoë om selfstandige besluite te neem ten opsigte van deelname (Lamprecht 2003:12). Die respondent in hierdie studie het vrywillig deelgeneem sonder dat daar enige finansiële of ander voordele aan hom voorgehou is. Sy ouers, die skool en die respondent is volledig ingelig ten opsigte van die fokus van die studie en die gebruik van die inligting uit die onderhoude, voordat die toestemmingsbriewe onderteken is. (*Sien Bylaag 1 vir 'n voorbeeld van die toestemmingsbriewe*).

1.6.2 Voordele van die navorsing vir die gemeenskap

Binne die Suid-Afrikaanse paradigma is dit belangrik om die individu nie net as individu te erken nie, maar ook as 'n lid van 'n stelsel en gemeenskap. Die navorsing het ten doel om 'n kliënt se belewing van serebrale gestremdheid met behulp van die Narratiewe Terapeutiese proses te beskryf om sodoende

toekomstige kliënte met serebrale gestremdheid tot voordeel te strek en die terapeut se insig van terapie met adolessente met gestremdhede te verbreed.

1.6.3 Gehalte

Gehalte is 'n uiters belangrike komponent van navorsing om 'n waardevolle bydra te maak tot die sielkundige professie in geheel. 'n Duidelike benadering en ontwerp, soos in hierdie hoofstuk uiteengesit, is gebruik om die navorsing te lei en te struktureer en sodoende navorsing van gehalte te lewer.

1.7 BEGRIPSVERHELDERING

Die volgende begrippe word telkens in hierdie studie gebruik:

1.7.1 Narratiewe Terapie

Narratiewe Terapie poog om 'n respekvolle, nie-blamerende benadering tot terapie en gemeenskapswerk te wees, wat die kliënt sentraal plaas as die kundige van sy eie lewe (Morgan 2000:2). 'n Postmoderne benadering tot terapie beskou probleme as geskei van die persoon en aanvaar dat kliënte baie vaardighede, bekwaamhede, oortuigings, waardes, verpligtinge en vermoëns besit wat hulle sal help om die invloed van probleme op hul lewens te verminder (Morgan 2000:2). Van die staanspoor af maak die terapeut gebruik van eksternaliseringsgesprekke om bogenoemde beginsels te fundeer. (*Sien Hoofstuk 2*)

1.7.2 Serebrale gestremdheid

Serebrale gestremdheid is 'n term vir beskadiging wat veroorsaak word deur skade aan 'n ontwikkelende brein. Karaktertrekke sluit in spastisiteit, afwykings ten opsigte van beweging en spierswakheid. Die skade mag voorkom, voor, gedurende of na geboorte of die eerste twee jaar van die lewe (Koman, Smith & Shilt 2004:1619). Ongeveer 60% van leerders met serebraal gestremdheid het

ook 'n mindere of meerdere mate van kognitiewe gestremdheid (Hickson, Blackman & Reis 1995:254).

1.7.3 Kognitiewe gestremdheid

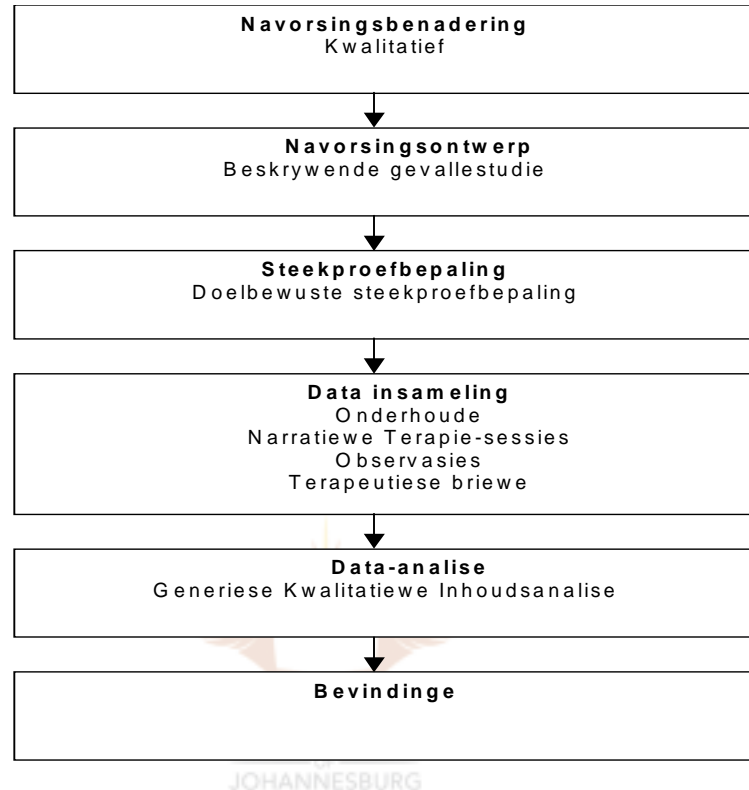
Kognitiewe gestremdheid verwys na 'n aansienlike beperking in huidige kognitiewe funksionering. Dit word gekenmerk deur 'n ondergemiddelde intellektuele funksionering, met verwante beperkinge in twee of meer van die volgende vaardighede: kommunikasie, selfversorging, gesinslewe, sosiale vaardighede, gemeenskapslewe, gesondheid en veiligheid, akademiese funksionering, ontspanning en werk. Dit manifesteer voor 18 jaar (Wicks-Nelson & Israel:1997:237).

1.7.4 Adolessensie

Adolessensie is die ontwikkelingstadium tussen die kinderjare en volwassenheid. Die term adolessensie, wat afgelei is van die Latynse werkwoord *adolescere*, beteken dan ook om 'op te groei' of om 'te groei tot volwassenheid' (Louw 1990:393). Dit is egter belangrik om adolessensie te sien as 'n proses in plaas van 'n periode; 'n proses van ontwikkeling van houdings, beginsels en gedragspatrone wat nodig is vir effektiewe deelname in die gemeenskap (Engelbrecht & Green 2001:104).

1.8 VERLOOP VAN DIE STUDIE

Die uiteensetting van die navorsingstudie word grafies in figuur 1.1 hieronder voorgestel:



Figuur 1.1: Uiteensetting van navorsing

1.9 SAMEVATTING

Hierdie hoofstuk het 'n breë oorsig gebied oor die studie. Daar is op die noodsaaklikheid van en motivering vir die studie, sowel as op die probleemstelling en doel gefokus. Die navorsingsbenadering is kortliks bespreek ter inleiding tot die verdere verloop. Laastens is enkele kernbegrippe binne die konteks van die studie gedefinieer naamlik: serebrale gestremdheid, kognitiewe gestremdheid, adolessensie en Narratiewe Terapie.

In Hoofstuk 2 word gefokus op die literatuurstudie onderliggend aan die studie. Daar word spesifiek aandag gegee aan die ekosistemiese benadering wat die teoretiese raamwerk van die studie vorm. Die adolessent word gesien as 'n sisteem wat in interaksie is met ander sisteme soos die familie, skool en gemeenskap, en al die sisteme het 'n invloed op die adolessent se belewing van serebrale gestremdheid. Met die adolessent in die middelpunt word daar ook gefokus op serebrale gestremdheid, kognitiewe gestremdheid en sielkundige en emosionele aspekte van adolessente met serebrale en kognitiewe gestremdheid, asook die behoeftes van adolessente met serebrale gestremdheid. Laastens word daar verwys na Narratiewe Terapie wat as terapeutiese benadering in die navorsing gebruik is.



HOOFSTUK 2

LITERATUURSTUDIE

2.1 INLEIDING

Volgens Cresswell word literatuur in navorsing gebruik om die volgende doelwitte te bereik:

It shares with the reader the results of other studies that are closely related to the study being reported, it relates the study to the larger, ongoing dialogue in the literature about a topic, filling in gaps and extending prior studies. It provides a framework for establishing the importance of the study, as well as a benchmark for comparing the results of a study with other findings (1994:20).

In hierdie hoofstuk word die literatuur aangewend om temas te identifiseer wat van toepassing is op 'n adolessent met serebrale gestremdheid. Die volgende temas, wat sentraal staan in hierdie navorsing, word in meer detail bestudeer, nl.:

- Serebrale gestremdheid vanuit 'n ekosistemiese perspektief
- Die adolessent met 'n gestremdheid
- Serebrale gestremdheid
- Kognitiewe gestremdheid
- Sielkundige en emosionele aspekte wat problematies kan wees by 'n adolessent met serebrale gestremdheid
- Die gesin en serebrale gestremdheid
- Die gemeenskap en serebrale gestremdheid
- Terapie met adolessente met serebrale sowel as kognitiewe gestremdheid.

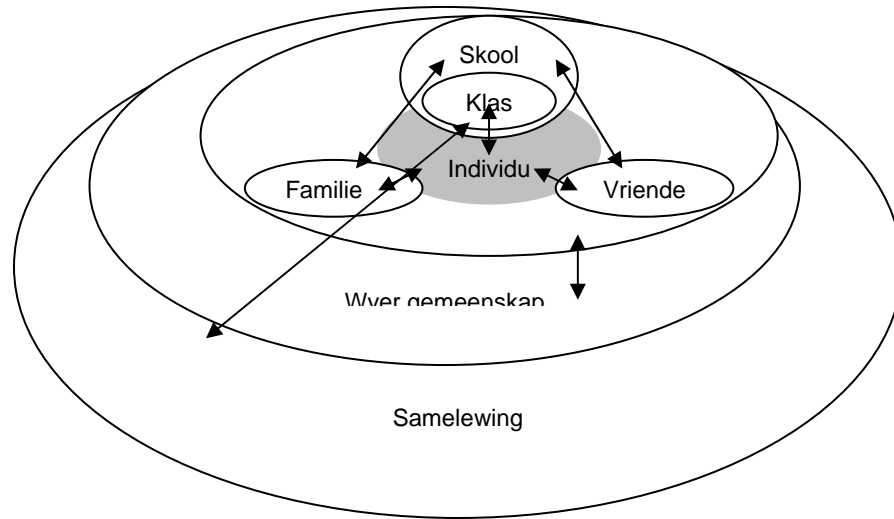
2.2 SEREBRALE GESTREMDHEID VANUIT DIE EKOSISTEMIESE PERSPEKTIEF

Die mens funksioneer selde in isolasie. Donald, Lazarus & Lolwana (1997:39) stel die volgende ter verduideliking: "From the ecosystemic perspective different

levels of system in the social context influence and are influenced by one another in a continuous process of dynamic balance, tension and interplay". Dus funksioneer 'n adolessent met 'n gestremdheid nie in isolasie nie. Die adolessent moet binne sy sosiale konteks beskou word met die invloede van die sosiale konteks op die persoon en op die gestremdheid.

Die ekosistemiese perspektief se fokus is om te toon dat individue en groepe op verskillende vlakke van die sosiale konteks gekoppel is in 'n dinamiese, interaktiewe en interafhanklike verhouding (Donald, Lazarus & Lolwana 1997:34). Die mens is 'n biologiese en kulturele individue binne 'n ekonomiese, sosiale, gemeenskap- en familie konteks wat geleenthede bied, maar ook hindernisse meebring (Engelbrecht & Green 2001:7). Ferreira in Eloff & Ebersöhn (2004:333) stel die volgende: "According to the eco-systemic approach any individual experiencing difficulties should be viewed in terms of personal context as well as of the various role-players and systems that might have an influence on that person's experiences and behaviour".

Derhalwe, om 'n beter begrip van die adolessent se belewing te verkry moet daar vanuit 'n ekosistemiese perspektief na die gestremde en sy belewing daarvan gekyk word. Figuur 2.1 hieronder illustreer die dinamiese, interaktiewe en interafhanklike verhouding tussen individu en verskillende sisteme.



Figuur 2.1: 'n Ekosistemiese model
(aangepas uit Donald, Lazarus & Lolwana 1997:65)

Die raamwerk sluit idees in van die ekosistemiese teorie van Bronfenbrenner en die model van sistemiese denke van Jordaan en Jordaan (in Engelbrecht & Green 2001:8). Die individu vorm die middelpunt en daarna volg al die subsisteme waarvan hy deel vorm. Die individu is die kundige in sy sisteem. In hierdie studie word op die adolessente leerder se konteks en sy beleving van serebrale gestremdheid gefokus met inagneming dat sy beleving beïnvloed word deur subsisteme en sleutelfigure wat sy ervaring en beleving beïnvloed.

Die sisteemteorie sien verskillende dele van die sosiale konteks as sisteme waar die funksionering van die geheel afhanklik is van die interaksie van die verskillende dele (Donald, Lazarus & Lolwana 1997:36). Die gesin is 'n voorbeeld van 'n sisteem. Die gesin kan gesien word as 'n eenheid, bestaande uit 'n bepaalde aantal individue wat funksioneer in 'n dinamiese onderlinge verhouding. Vier komponente van die interaktiewe sisteem is subsisteme, kohesie, aanpasbaarheid en kommunikasie (Seligman 1991:31). As iets dus met een lid in die gesin gebeur, word al die ander gesinslede daardeur geraak. Elke lid in die gesin word dus tot 'n mate geraak indien daar 'n lid met 'n gestremdheid is. Almal moet aanpassings maak en hulle gedrag en leefwyse verander om die gestremdheid te akkommodeer (SA Federation for Mental Health 1998:4).

Die implikasie van die ekosistemiese model op hierdie studie is dat die navorser nie die adolessente leerder in isolasie beskou nie, maar dat die navorser bewus is daarvan dat die respondent se beleving beïnvloed word deur die verskillende sisteme waarvan hy deel vorm.

2.3 DIE ADOLESSENT MET 'N GESTREMDHEID

2.3.1 Serebrale gestremdheid

Gestremdheid verwys na 'n persoon met 'n fisieke of kognitiewe probleem of hindernis wie se kwaliteit van lewe geraak is deur onvermoë om 'n aktiwiteit te bemeester. Tipiese gestremdhede sluit in gesig-, gehoor-, fisieke-, serebrale- en kognitiewe gestremdhede. Gestremdhede kan wissel van relatief minimaal tot ernstig, tydelik of permanent, herstelbaar of nie en laastens aangebore of verworwe. In die studie word daar in diepte gekyk na die beleving van 'n adolessent met serebrale sowel as kognitiewe gestremdheid. In die respondent se geval is die serebrale gestremdheid ernstig, permanent, nie-herstelbaar en aangebore. Hy maak gebruik van 'n rolstoel en is afhanklik van ander vir selfversorging en ander aktiwiteite.

UNIVERSITY
OF
JOHANNESBURG

2.3.1.1 Definisie van serebrale gestremdheid

Serebrale gestremdheid is 'n chroniese, nie-progressiewe toestand wat veroorsaak word deur beskadiging of gebrek aan ontwikkeling van 'n gedeelte van die ontwikkelende brein (Engelbrecht & Green 2001:130). Die beskadiging kan tydens die swangerskap, gedurende geboorte of tydens die eerste lewensjare plaasvind. Dit is nie 'n enkele kondisie nie maar eerder 'n sambreelterm wat gebruik word om 'n verskeidenheid afwykings van beweging of postuur, saam te groepeer (Halliday 1989:10). Serebrale gestremdheid is volgens Blaauw (2002:61) die onvermoë van die brein om willekeurige spiere normaal te beheer, sodat die normale spierbeheer versteur raak. Volgens Koman *et al* (2004:1619) word serebrale gestremdheid gekenmerk deur spastisiteit, bewegingsafwykings, spierswakheid of -verswakking, ataksie, atetoïde en

ongekoördineerde liggaamsbewegings. Ofskoon daar geen direkte besering van die ledemate self teenwoordig is nie, veroorsaak die beskadiging aan die brein dat die werking van die spierstelsel en die koördinasie van die liggaam versteur word (Venter 1993:70). Die klassifikasie van serebrale gestremdheid vervolgens in meer detail bespreek.

2.3.1.2 Klassifikasie van serebrale gestremdheid

Volgens Engelbrecht en Green (2001:130) bestaan daar drie primêre klassifikasies van serebrale gestremdheid.

Topografiese klassifikasie (volgens die motoriese simptome wat aanwesig is en die verspreiding daarvan)

Fisiologiese klassifikasie (volgens die gedeeltes van die liggaam wat motories aangetas is of die tipe)

Ernstigheidsgraad.

A. Topografiese klassifikasie

Volgens Engelbrecht en Green (2001:130); Venter (1993:72); en Koman, *et al* (2004:1621) is die topografiese klassifikasie die volgende:

Monoplegie:

Slegs een ledemaat is aangetas ('n arm of 'n been). Suiwer monoplegie kom selde voor.

Hemiplegie:

Die boonste en onderste ledemate en romp aan dieselfde kant van die liggaam is aangetas (byvoorbeeld die linkerarm en linkerbeen). Spastisiteit kom gewoonlik voor en dit word dan genoem regter-hemiplegie of linker-hemiplegie.

Diplegie:

Die onderste ledemate is erg aangetas, met mindere betrokkenheid van die boonste ledemate.

Triplegie:

Drie ledemate is aangetas, gewoonlik een boonste en die twee onderste ledemate.

Kwadruplegie:

Erge aantasting van al vier ledemate en romp (ook genoem tetraplegie), ofskoon nie altyd in dieselfde graad nie. Dit is gewoonlik die spastiese kwadrupleeg wat probleme ondervind met eet, spraak en sluk.

Die respondent in hierdie studie val in laasgenoemde kategorie. Sy bene, arms en romp is aangetas, sy bene is egter meer aangetas. Hy het beweeglikheid in sy arms hoewel dit minimaal is. Hy het basiese vaardighede soos eet en harekam bemeester, maar hy benodig hulp met aan- en uittrek van klere. Hy sukkel wel met eet en sluk, maar sy spraak is duidelik en verstaanbaar.

Die respondent kan self in sy rolstoel klim. Die uitklim is egter problematies aangesien hy vooroor val. In die proses is dit moontlik dat hy homself kan beseer, veral as hy alleen is. Hy verkies dit egter om uit die rolstoel te wees omdat hy dan meer beweeglik is. Hy maak gebruik van haasspronge om te beweeg. Gevolglik het hy absesse op sy knieë ontwikkel wat gereeld gedreineer moet word.

Dubbele hemiplegie:

Hierdie term word min gebruik. Dit verwys gewoonlik na gevalle waar die boonste ledemate meer aangetas is as die onderste ledemate.

B. Fisiologiese klassifikasie**Spastiese serebrale gestremdheid:**

Spastisiteit is die algemeenste tipe serebrale gestremdheid. Dit ontstaan wanneer daar skade is aan die frontale lobbe van die brein (Engelbrecht & Green 2001: 130). Die serebrale beskadiging wat spastisiteit veroorsaak, affekteer die neurone en konneksies van die serebrale korteks (Ratanawangswa 2001:7).

By spastiese serebrale gestremdheid is daar erge inkorting van spontane beweging, met spastiese kontrakisie aan een kant van die liggaam (hemiplegie) of albei onderste ledemate (diplegie) of al vier ledemate (kwadruplegie) (Ratanawangswa 2001:7).

Die grootste probleem wat die persoon met spastisiteit het, is 'n gebrek aan beweging en gevaar van spierverkortings. So 'n persoon moet gedurig veg teen ledemate wat nie wil buig nie (Blaauw 2002:62).

Die respondent se serebrale gestremdheid val in laasgenoemde klassifikasie. Sy spiere is van nature styf, weereens meer in die bene as in die arms. Die spastisiteit beïnvloed sy funksionaliteit tot 'n groot mate. Hy ontvang daaglik fisioterapie met die nodige strekoefening om spierverkortings wat reeds ontwikkel het te minimaliseer.

Atetose

Atetose word veroorsaak deur beskadiging aan die area van die basale ganglia in die brein wat verantwoordelik is vir die organisasie van motoriese aktiwiteite van die liggaam (Engelbrecht & Green 2001:130). Atetose verwys na 'n toestand waar die spieronus wisselend is, dit wil sê die spiere se tonus wissel van hoog na laag en vind skielik plaas (Blaauw 2002:63). Dit word dus gekenmerk deur verhoogde, onbeheerde bewegings met 'n onvermoë om die hele liggaam te beheer dit word vererger deur spanning en opgewondenheid (Halliday 1989:11).

Ataksie

Ataksie verwys na beskadiging aan die serebellum wat balans en koördinasie beheer (Engelbrecht & Green 2001:130; Halliday 1989:11). Ataksie is minder algemeen en word gekenmerk deur swak koördinasie, balans, spierswakheid, en onvermoë om vinnige fyn bewegings uit te voer (Ratanawangswa 2001:5). Die persoon loop gewoonlik met 'n wye basis om sy balans te probeer behou.

Gemengde serebrale gestremdheid:

Meer as een van die voorgenoemde soorte afwykings kan by dieselfde kind voorkom. Die kwadrupleeg kan byvoorbeeld spastisiteit en atetose toon. Baie kinders met spastiese serebrale gestremdheid het ook ontoereikende balansreaksies (Venter 1993:74).

2.3.1.3 Oorsake van serebrale gestremdheid

Die oorsake van serebrale gestremdheid is veelvoudig maar dit behels basies 'n wanfunksionering van die komplekse neurale baan van die basale ganglia en die serebrale korteks in die brein (Encyclopaedia Britannica Ultimate Reference CD-ROM 2004). In die meeste gevalle kan egter geen spesifieke oorsake aangetoon word nie, maar is waarskynlik multi-faktoriaal. Die beskadiging van die brein kan voor geboorte (prenataal), tydens geboorte (perinataal) of na geboorte (postnataal) plaasvind. Navorsing toon dat prenatale faktore verantwoordelik is vir 70-80% van serebrale gestremdheid (Ratanawangsa 2001:2).

Abnormaliteite gedurende die prenatale periode kan insluit: genetiese abnormaliteite, aansteeklike etiologie of vaskulêre ontoereikendheid (Ratanawangsa 2001:2). Die erns en graad van die breinbesering hang af van die tipe, tydstip en lokalisering van die besering. Tien tot vyftien persent van serebrale gestremdheid word veroorsaak deur 'n herkenbare breinbesering, soos infeksie (meningitis), bloeding en beskadiging deur suurstoftekort (Kruger 1996:19). Ander oorsake sluit ook in bestraling, medikasie, premature geboorte en genetiese faktore (Blaauw 2002:66).

2.3.1.4 Prognose en behandeling van serebrale gestremdheid

Daar is geen geneesmiddel vir serebrale gestremdheid nie (Engelbrecht & Green 2001:130). 'n Verskeidenheid benaderings tot behandeling word aangewend om normalisering van spiertonus en refleksiewe patrone te verhoog, waarna 'n fisioterapeut normale bewegings patrone fasiliteer om uiteindelik soveel moontlik

onafhanklike gekontroleerde bewegings deur die individue te verkry (Koman *et al*, 2004:1623). Hierdie aangeleerde bewegingsoefeninge word as 'n funksionele daaglikse aktiwiteit gebruik om die persoon se fisiese funksionaliteit te vergemaklik en te bevorder. Chirurgiese intervensie word soms verlang om liggaamlike deformasies te herstel en om spiere en senings te ontspan (Halliday 1989:12). Moontlike behandeling vir die leerder met serebrale gestremdheid is fisioterapie, arbeidsterapie en spraakterapie om sy spierbeheer te verbeter.

In die geval van verspreide skade aan die brein is dit moontlik dat 'n leerder met serebrale gestremdheid ook sekondêre gestremdhede en hindernisse kan openbaar soos spraakprobleme, gesig- en gehoordefekte, probleme om te sluk, epilepsie, sensoriese defekte, perseptuele probleme, kognitiewe gestremdheid en ook affektiewe probleme (Venter 1993:71). Ongeveer 70% van alle leerders met serebrale gestremdhede is ook in 'n mindere of meerdere mate kognitief gestremd, terwyl sowat 30% oor 'n gemiddelde tot hooggemiddelde intellektuele vermoë beskik (De Jager 1994:50). Uitdrukking van intellektuele vermoë mag beperk wees deur beskadiging of verswakking in kommunikasie en groot- en fyn motoriese hindernisse (Ratanawangsa 2001:2). Sommige leerders met serebrale gestremdheid kan geen leerprobleme ondervind nie, ander kan spesifieke leerprobleme ervaar en ander sal 'n algehele agterstand toon in leer (Halliday 1989:12).

2.3.2 Kognitiewe gestremdheid

Die respondent in hierdie studie is serebraal sowel as kognitief gestremd. Hy is tans in 'n skool vir leerders met kognitiewe en fisieke gestremdheid.

2.3.2.1 Definisie van kognitiewe gestremdheid

Volgens die DSM-IV-TR (2000:41), moet die leerder, voordat hy gediagnoseer kan word met kognitiewe gestremdheid aan die volgende vereistes voldoen:

‘n Ondergemiddelde algemene gemete intellektuele funksionering (IQ = 70 of <) wat vergesel word deur betekenisvolle beperkings in funksionering in ten minste twee van die volgende vaardighedsareas:

- selfversorging
- verblyf tuis
- sosiale vaardighede
- interpersoonlike vaardighede
- gebruik van gemeenskapsbronne
- funksionele akademiese vaardighede
- werk
- ontspanning
- gesondheid en veiligheid.
- Die aanvang moet voor ouderdom 18 jaar wees.

Die respondent in die studie is afhanklik van ander vir versorging. Dus sal hy nooit onafhanklik kan woon nie. Sy sosiale vaardighede is ingekort as gevolg van sy gestremdheid en weens min blootstelling aan sosiale geleenthede. Hy kan nie van publieke vervoer gebruik maak nie. Hy kan slegs enkele letters herken en kan nie skryf of lees nie. Hy sal ook nie die ope arbeidsmark kan betree nie as gevolg van die gestremdheid (serebraal sowel as kognitief) en sal in ‘n beskermde werksplek moet werk.

2.3.2.2 Vlakke van kognitiewe gestremdheid

In die verlede is verskillende vlakke gebruik ter klassifisering van die graad van kognitiewe gestremdheid. Die nuwe benadering is om ‘n leerder met kognitiewe gestremdheid te assesser op grond van ‘n multidimensionele benadering. Die volgende vier dimensies word in ag geneem (Westling 2001:2):

Dimensie I: Intellektuele funksionering

Dimensie II: Sielkundige en emosionele oorwegings

Dimensie III: Fisies, gesondheid en oorsaak

Dimensie IV: Omgewing

Die dimensies word dan gebruik om sterkpunte, swakpunte, behoeftes en die soort en graad van ondersteuning te bepaal. Die tradisionele benadering van klassifikasie volgens intelligensietelling word tans nog gebruik en word dus kortliks bespreek. Die tradisionele klassifikasiestelsel maak van vier kategorieë gebruik naamlik ligte, matig, erge en baie erge kognitiewe gestremdheid.

Tabel 2.1: Vlakke van kognitiewe gestremdheid

VLAK	< of =	>
Ligte kognitiewe gestremdheid	70	50-55
Matige kognitiewe gestremdheid	50-55	35-40
Erge kognitiewe gestremdheid	35-40	20-25
Baie erge kognitiewe gestremdheid	20-25	

Daar word na die ligte kategorie verwys as opvoedbaar (DSM-IV 2000:43). 'n Leerder met 'n IK-telling in die boonste grens van kognitiewe gestremdheid naamlik 55-70 verteenwoordig die meeste leerders met kognitiewe gestremdheid (ongeveer 85%) (Wicks-Nelson & Israel 1997:247). Die leerders is in staat om akademiese en beroepsvaardighede aan te leer met spesiale onderrig. Die respondent val in hierdie kategorie.

'n Leerder met matige kognitiewe gestremdheid behaal 'n IK telling bo 35-40 en onder 50-55 op 'n intelligensietoets (Westling 2001:5). Sodanige leerders is in staat om te praat en om na hul eie basiese behoeftes om te sien, om funksionele akademiese vaardighede aan te leer, om halfgeskoolde werk te verrig in 'n beskermde werksplek (Wicks-Nelson & Israel 1997:247). Hierdie groep

verteenwoordig ongeveer 10% van die hele populasie van mense met kognitiewe gestremdheid (DSM-IV 2000:43).

'n Leerder met kognitiewe erge gestremdheid het 'n IK telling tussen 20-25 en 35-40 (Westling 2001:5). Die groep verteenwoordig 3-4% van die hele populasie met mense met kognitiewe gestremdheid (DSM-IV 2000:43). Die leerders vertoon stadige motoriese ontwikkeling, beperkte kommunikasievaardighede en moontlike fisieke gestremdhede (Wicks-Nelson & Israel 1997:247).

Leerders met kognitief baie erge gestremdheid het 'n IK telling onder 20-25 en ontwikkelingsouderdom onder 12 maande op 'n gestandaardiseerde intelligensietoets (Westling 2001:5). Hierdie leerders vorm deel van die kleinste persentasie leerders met kognitiewe gestremdheid (1-2%) (DSM-IV 2000:43). Hulle ervaar meestal sekondêre gestremdhede, het swak motoriese ontwikkeling en kommunikasievaardighede en is slegs in staat om gestruktureerde aktiwiteite te bemeester (Wicks-Nelson & Israel 1997:247).

2.3.2.3 Tipiese kenmerke van kognitiewe gestremdheid

Hoewel daar gebruik gemaak word van verskillende klassifikasiestelsels om kognitiewe gestremdheid te klassifiseer, moet daar beklemtoon word dat elke leerder met 'n gestremdheid uniek is. Hy het sy eie unieke behoeftes, sterkpunte, swakpunte en omstandighede. Daar is egter sekere eienskappe wat algemeen voorkom en deur dit te verstaan kan ons die leerder met kognitiewe gestremdheid beter verstaan en ondersteun. 'n Paar tipiese kenmerke is die volgende:

Die leerder met kognitiewe gestremdheid se ontwikkeling word aangetas deur die gestremdheid en die proses is stadiger as wat normaalweg die geval sou wees. Die eerste ooglopende eienskap wat geïdentifiseer word by 'n baba is dat ontwikkelingsmylpale later bereik word as dit met die norm vergelyk word. Ander ontwikkelingsbekommernisse wat ervaar word deur leerders met kognitiewe

gestremdheid kan insluit kognisie en emosionele groei, taal en kommunikasie, en fisiese groei en vaardighede (Wicks-Nelson & Israel 1997:254).

Skolastiese eienskappe sluit in 'n onvermoë om te kan bepaal op watter aspek van die omgewing of 'n stimulus om op te fokus of aandag te gee (Westling 2001:11). Taalagterstand is baie algemeen en motoriese ontwikkeling is betekenisvol laer as die van die norm van die portuurgroep. Ander hindernisse is aandagspan, persepsie, geheue, probleemoplossing en logiese denke. Leerders met kognitiewe gestremdheid leer stadiger en vind dit moeilik om dit wat hulle geleer het toe te pas in nuwe situasies en probleme (Hawkins-Shepard 1994:2). Dit is egter belangrik om te besef dat leerders met kognitiewe gestremdheid kan leer en kan deelneem in baie lewensaktiwiteite (Westling 2001:17).

Ander eienskappe wat ook kan voorkom sluit in stereotipe gedrag, selfvernietigende gedrag en aggressiewe gedrag. Bogenoemde moet binne die konteks waarin dit plaasvind bestudeer word, aangesien motivering vir sulke gedrag baie uiteenlopend kan wees (Westling 2001:13).

2.3.2.4 Oorsake van kognitiewe gestremdheid

Die oorsake van kognitiewe gestremdheid is baie kompleks en in baie gevalle kan daar nie 'n duidelike oorsaak geïdentifiseer word nie. Wicks-Nelson & Israel (1997:249) beweer dat daar reeds 'n menigte oorsake vir kognitiewe gestremdheid ontdek is, maar dit verklaar slegs een kwart van die oorsake daarvan. In baie gevalle is daar 'n verskeidenheid faktore wat saam die kognitiewe gestremdheid veroorsaak.

Daar word 'n geskatte een uit elke 14 babas met een of meer geboortedefekte gebore. Dit beteken dat daar in Suid Afrika meer as 50 000 geaffekteerde babas elke jaar gebore word. Die Departement van Gesondheid (1982) het bepaal dat 20% van alle geboortedefekte veroorsaak word deur omgewingsinvloede, 20% deur genetiese faktore (oorerflikheid) en 60% deur 'n kombinasie van geneties en omgewingsfaktore (Louw 1990:135). In gevalle waar die oorsaak bekend is,

word die geboortedefek geklassifiseer in een van drie kategorieë, naamlik prenataal (voorgeboortelike), perinataal (tydens geboorte) of postnataal (nageboortelike). Prenatale faktore is verantwoordelik vir 10-15% van kognitiewe gestremdheid en postnatale faktore is verantwoordelik vir ongeveer 20-25% (Wicks-Nelson & Israel 1997:249).

Perinataal (voorgeboortelike): Genetiese defekte soos bv. Down-sindroom, Fragile X-sindroom, Spina Bifida en Rett-Sindroom is slegs 'n paar defekte wat moontlik aanleiding kan gee tot kognitiewe gestremdheid. Omgewingsfaktore soos infeksies wat insluit Duitse masels, sifilis en diabetes mellitus kan moontlike oorsake wees. Ander omgewingsfaktore sluit in bestraling, dwelmmisbruik, alkoholmisbruik tydens swangerskap, 'n moeder wat straf rook, en ondervoeding van die moeder (Kruger 1996:55).

Tydens geboorte (perinataal): Tydens die geboorteproses is daar verskeie faktore wat problematies kan wees, onder andere anoksie (suurstoftekort) as gevolg van verkeerde geboorteposisie, 'n uitgerekte geboorte, probleme met die naelstring, foutiewe inplanting, voortydige afbreking van die nageboorte, medikasie, verstopping van die lugpyp en serebrovaskulêre ongelukke (Kruger 1996:55).

Na geboorte (postnataal): Dit sluit breinskade in wat na geboorte opgedoen is. Oorsake sluit in infeksie, soos breinvliesontsteking en enkefalitis, beserings, gewasse, gif, suurstofgebrek, epilepsie, en swak nageboortesorg is postnatale faktore (Kruger 1996:55). Matige gevalle van kognitiewe gestremdheid kan terugverwys word na ekonomiese en kulturele ontberinge vroeg in die kind se lewe, gewoonlik armoede (Wicks-Nelson & Israel 1997:251).

2.3.2.5 Prognose en behandeling van kognitiewe gestremdheid

Die prognose van kognitiewe gestremdheid is baie swak. Deur arbeids-, spraak- en fisioterapie kan daar slegs gepoog word om die leerder se volle potensiaal te

ontploo en moontlike hindernisse aan te spreek. Die kognitiewe gestremdheid kan nie opgehef word nie.

2.3.3 Sielkundige en emosionele aspekte wat problematies kan wees by 'n adolessent met serebrale gestremdheid

As gevolg van gebrekkige kommunikasievermoë en mobiliteit, die negatiewe houding van die gemeenskap en om voortdurend in 'n staat van afsondering onderworpe te wees word die adolessent met gestremdhede se gemoedslewe nadelig beïnvloed (Schoeman 1984:128).

Dit is baie belangrik dat die adolessent met serebrale gestremdheid gesien sal word as 'n unieke holistiese individu met gevoelens, emosies en houdings (Lerner 1993:128). Die lewenskwaliteit van die leerder met 'n gestremdheid hou verband met die netwerk van vriende en kennisse wat hulle in die skool, werksplek en die gemeenskap verkry (Westling 2001:12). Die beste bepaler vir die ontwikkeling van verhoudinge met ander persone deur 'n leerder met 'n gestremdheid, is dieselfde as dië vir nie-gestremde leerders, naamlik: geleenthede, begrip en wedersydse belangstelling (Westling 2001:12). 'n Baie belangrike paradigmaskuif wat die gemeenskap moet maak, is om tot die besef te kom dat 'n adolessent met 'n gestremdheid, dieselfde kenmerke openbaar in sy ontwikkelingsfase as enige ander adolessent. Adolessente met gestremdhede het net soveel meer om te aanvaar en verwerk, onder andere ingeperkte liggaamlike funksionering (Louw 1997:14).

Persoonlikheidstrekke wat voorspruit uit die adolessent se gestremdheid is 'n gebrek aan selfvertroue, teneergedruktheid, hipersensitiwiteit, teruggetrokkenheid, minderwaardigheid, wantroue, intraversie en frustrasie (Schoeman 1994). Frustrasie, ontwikkeling van 'n positiewe selfkonsep en depressie word vervolgens bespreek:

2.3.3.1 Frustrasie

Volgens Du Plessis (1991:34) is frustrasie vir die meeste adolessente met serebrale gestremdheid 'n daaglikse ervaring. Die adolessent met serebrale gestremdheid is deeglik bewus daarvan dat hy baie dinge nie kan doen nie, omdat sy liggaam nie kan nie (Venter 1993:78). Daar is voortdurend beperkings op hul aktiwiteite en beweeglikheid wat tot frustrasie en gevoelens van hulpeloosheid en opstand lei. In baie gevalle voel hierdie adolessent verlore en bang, omrede hul jare se wanhoop, ontmoediging en frustrasie ervaar het. Gevoelens van verwerping, mislukking en 'n ontoereikende toekomspektief is dikwels teenwoordig (Lerner 1993:128). Adolessente met gestremdhede beleef dikwels probleme en negatiewe terugvoer as tekens van onbekwaamheid. Hulle beleef ervarings van skaamte, skuldgevoelens en gebrek aan trots, wat lei tot lae vlakke van bekwaamheid, 'n swak selfbeeld en min selfvertroue (Engelbrecht, Kriegler & Booysen 1996:244).



2.3.3.2 Ontwikkeling van 'n positiewe selfkonsep

Die selfkonsep omvat selfbeeld, selfagting en selfaanvaarding. Die adolessent se selfbeeld bestaan uit drie aspekte, naamlik: die beeld van jouself soos jy 'is', soos jy 'behoort te wees' en soos jy 'graag wil wees' (Louw 1990:96). Dit is dus die individu se innerlike beeld van wie hy is. 'n Adolessent se siening van sy eie liggaam kom sterk ooreen met sy totale selfkonsep en 'n hoë selfagting hang saam met die aanvaarding van sy eie liggaam (Venter 1993:59). Dit is baie moeilik vir leerders met 'n gestremdheid om 'n eie identiteit en selfbeeld te ontwikkel. Dit gebeur soms dat adolessente hulself, in die oë van ander, as gebrekkig en abnormaal sien. Die persepsie wat hulle dikwels het, is dat hulle hul gestremdheid moet oorkom om 'n gewaardeerde persoon te wees (Creal 1994:5). Die adolessent met serebraal gestremdheid se beleving van sy eie liggaamlikheid is dikwels so negatief dat dit daartoe lei dat hy nie 'n positiewe selfbeeld vorm nie (Kapp 1990:293).

Adolessente word dikwels vasgevang tussen kindwees en volwassewording. Dit is van besondere belang dat die adolessent beweeg na self-genoegsaamheid (Blaue & Gullotta 1996:191). Die meeste adolessente beoordeel hul eie waarde in terme van ander se reaksies en is baie sensitief vir die portuurgroep en gemeenskap se goedkeuring, ondersteuning en aanvaarding. 'n Ongewilde adolessent is dikwels emosioneel ontwig, behop met homself en toon 'n negatiewe selfkonsep. Wanneer die groep hom verwerp, neem sosiale isolasie toe en sy selfvertroue verminder verder (Louw 1990:442).

2.3.3.3 Depressie

Depressie is die een faktor wat die meeste gekoppel word aan selfmoord. Nie alle depressiewe adolessente is geneig om selfmoord te pleeg nie, maar gevoelens van hopeloosheid, magtelosheid, wanhoop en pessimisme gee aanleiding tot selfmoordgedagtes en aksies (Blau & Gullotta 1996:192). Volgens Shapiro (in Louw 1997:15) is adolessente met 'n gestremdheid meer geneig om depressief te word. Hierdie leerders blameer hulself vir hulle toestand en dink dikwels dat die gestremdheid 'n straf is vir hulle.

2.3.3.4 Behoeftes van die leerder met serebrale gestremdheid

A. Onafhanklikheid

'n Belangrike ontwikkelingstaak en behoefte van die adolessent is om onafhanklikheid te ontwikkel. Daarsonder sal hy beswaarlik in staat wees om 'n persoonlike waardestelsel en 'n eie identiteit te ontwikkel, maar meer nog om van homself as 'n unieke outonome individu bewus te wees (Louw 1990:447).

Dit is 'n aspek wat baie problematies is vir baie adolessente met serebraal gestremdheid omrede hul afhanklik is van hulp van ander. Verder is daar ook die aspek van oorbeskerming wat reeds bespreek is. Die ideaal is om die adolessent

so onafhanklik moontlik te maak met inagnome dat hulle die res van hul lewens van sekere ondersteuning afhanklik sal bly.

B. Selfrespek

Elke positiewe en negatiewe ervaring uit die verlede, byvoorbeeld starende mense of verleentheid oor 'n ontoeganklike toilet, beïnvloed die adolessent met 'n gestremdheid in sy totaliteit (Du Plessis 1991:38). Dit beïnvloed ook sy selfrespek en motivering om homself weer bloot te stel. In teenstelling daarmee, indien die adolessent met 'n gestremdheid voortdurende sukses en positiewe terugvoer beleef, ontwikkel hy 'n sterk verwagting om suksesvol te wees en dan is hy beter in staat om mislukking te hanteer en verwerk (Engelbrecht, Kriegler & Booysen 1996:298).

C. Ontplooiing van volle potensiaal

Vrae oor 'n adolessent se potensiaal, vermoë of kapasiteit, is gewoonlik gebaseer op 'n assessering soos 'n intelligensie toets. Intelligensietoetse word gekritiseer daarvoor dat dit kultureel- en ras-bevooroordeeld is. Lerner (1993:153) betwyfel die waarde van intelligensietoetsing, omrede 'n leerder met serebrale gestremdheid hindernisse tot leer en ontwikkeling ervaar wat die resultate kan beïnvloed. So 'n leerder mag dalk nie sy werklike potensiaal verwesenlik nie, bloot omdat daar nie aan sy behoeftes voldoen kan word nie (Louw 1997:19). Vir sy selfbeeld is dit noodsaaklik dat die adolessent met 'n gestremdheid gemotiveer en gehelp word om sy volle potensiaal te ontplooi. Daar moet egter ook gewaak word daarteen om te veel te verwag. Te hoë verwagtinge kan op sy beurt ook skade aanrig aan sy selfbeeld. Daar moet dus 'n balans gehandhaaf word tussen ondersteuning, uitdagings en motivering.

D. Motivering

Motivering word gedefinieer as die daad wat voorsiening maak vir 'n aansporing om iets te doen, om die belangstelling van iemand te stimuleer, of om iemand te inspireer. Dit verg inisiëring, volharding en leiding aan leerders en van die leerders se kant entoesiasme en uithou vermoë (Engelbrecht, Kriegler & Booysen

1996:407). Volgens Botha (in Kapp 1990:293) is die adolessent met serebrale gestremdheid dikwels nie gemotiveerd nie en die rede hiervoor is gewoonlik die herhaaldelike mislukkings waaraan hy blootgestel word. Motivering word volgehou deur nuuskierigheid wat gevoed word deur geleenthede om te ondersoek, stimulasie en positiewe versterking (Engelbrecht, Kriegler & Booyen 1996:314). 'n Voorvereiste vir motivering is egter 'n gevoel van geborgenheid, begrip en aanvaarding van die unieke individu.

E. Begrip en aanvaarding

Die adolessent het 'n besondere behoefte aan aanvaarding deur sy ouers en gesinslede, veral gedurende vroeë adolessensie, waartydens die kind uitermatig bewus is van sy fisieke voorkoms en fisieke veranderinge, en ook wisselende buie openbaar en botsings het met gesinslede weens sy gedrag. Adolessente beleef maklik verwerping deur diegene naaste aan hulle (Venter 1993:42). Dit is 'n menslike behoefte om aanvaar en verstaan te word.

2.4 DIE GESIN EN SEREBRALE GESTREMDHEID

Omrede daar 'n voortdurende interaksie en interafhanklikheid tussen verskillende sisteme en subsysteme voorkom affekteer die gestremdheid die hele sisteem (Seligman 1991:27). 'n Gesinslid wat deel vorm van 'n sisteem met 'n gestremdheid het die volgende gesê: "All the members of my family are disabled. But most people only recognize the disability of my deaf sister. They do not recognize that the disability of one member affects the entire family" (Louw 1997:24). Uit bogenoemde kan afgelei word dat die gesin 'n baie groot invloed op die adolessent met 'n gestremdheid het en 'n nog groter invloed op hoe suksesvol die adolessent op skool en in die toekoms sal wees (Baumberger & Harper 1999:53).

Aanvaarding en begrip moet by die gesin begin en dan sal daar 'n golfeffek na buite uitbeweeg. 'n Adolessent met serebrale gestremdheid stel dit as volg: "Dit is nie die funksionaliteit wat die kwaliteit van die lewens verbeter nie, maar die

verhoudinge, 'n samehorigheidsgevoel, om pret te hê, om 'n bydrae te lewer, en tot 'n mate om te sukkel" (Creal 1994:3). Bogenoemde is slegs moontlik as die gesinslede die gestremdheid aanvaar het.

Ouers van kinders met 'n gestremdheid gaan deur verskillende stadiums van aanvaarding: ontkenning is die eerste, wat gevolg word deur 'n onderhandelingsfase, dan eers volg volle bewustheid van die situasie, woede en skuldgevoel is op verskillende stadiums teenwoordig (Baumberger & Harper 1999:63). Ouers kan ook depressie beleef en siklusse van optimisme en pessimisme is nie ongewoon nie. Die verskillende stadiums van aanvaarding loop parallel met die stadiums waardeur 'n persoon gaan wat 'n traumatiese ervaring beleef het (Hersen & Hasselt 1990:15).

As die adolessent se beleving van die gestremdheid beskou word, is dit duidelik dat die gesin 'n invloed het op sy beleving en aanvaarding van serebrale gestremdheid. Dus, vanuit die ekosistemiese perspektief, is dit noodsaaklik om al die lede van die sisteem te betrek as daar gepoog word om positiewe verandering te laat plaasvind (Baumberger & Harper 1999:53).

Vervolgens word die verhouding tussen die gesin en die adolessent met serebrale gestremdheid bespreek

Uit bogenoemde is dit duidelik dat die adolessent met serebrale gestremdheid probleme kan ervaar om 'n positiewe selfkonsep te ontwikkel en dat frustrasie en depressie deel van sy daaglikse bestaan kan wees. Dit is baie belangrik om te besef dat die adolessent met serebrale gestremdheid ook behoefte het aan onafhanklikheid, selfrespek, ontplooiing van volle potensiaal en motivering; maar die belangrikste dat hy begrip en aanvaarding sal beleef.

In die vorige paragrawe is daar op die ekosistemiese perspektief gefokus wat betref die adolessent met serebrale en kognitiewe gestremdheid, maar daar is

ook van ander sisteme waarbinne hy funksioneer soos sy gesin, skool en die gemeenskap. Vervolgens word die verhouding tussen die gesin en die adolessent met serebrale gestremdheid bespreek.

2.4.1 Oorbeskerming van die gesin teenoor die adolessent met 'n gestremdheid

Volgens Louw (1997:23) is die mees algemene gevoelens wat ouers van kinders met 'n gestremdheid ervaar, aanvaarding, verwerping of oorbeskerming. Al bogenoemde het implikasies op die wording van die kind en ook op die selfkonsep en identiteit wat hy later vorm. Oorbeskerming is veral 'n algemene probleem en het 'n groot invloed op die wording van die adolessent. Dikwels oorbeskerm ouers hul kinders met gestremdhede in 'n poging om hul te beskerm. Dit begin gewoonlik wanneer die kerngesin die kind met 'n gestremdheid anders as ander lede begin behandel. Gesinslede mag spesiale vergunnings maak uit 'n gevoel van jammerte of skuldgevoelens, of omdat hulle blootgestel is aan die samelewing se stereotipe idees oor persone met 'n gestremdheid. Du Plessis (1991:37) stel juis dat 'n adolessent met serebrale gestremdheid die verwerping van outonomie as problematies ervaar en dat dit negatiewe gevolge inhou ten aansien van hul ingesteldheid teenoor die gestremdheid. Die adolessent van oorbeskermende ouers kry die indruk dat hulle nie in staat is om iets onafhanklik te doen vir hulself nie omdat hulle nog nooit die geleentheid gebied is om hulself te bewys nie (Louw 1997:15).

Volgens Du Plessis (1991:37) is ouers dikwels nie bewus van die kind met 'n gestremdheid se behoefte om ook 'n bydrae te lewer nie en die noodsaaklikheid daarvan vir sy eie selfrespek nie. Louw (1997:45) het bevind dat ouers geneig is om hul kinders eerder op 'n later stadium, wanneer hulle sosiaal begin verkeer, te oorbeskerm. Ouers is nie altyd bewus van oorbeskerming nie. Creal (1994:3) stel dit so: "Cerebral Palsy makes a person different, but not deficient". Dus is oorbeskerming nie nodig nie, maar gelyke geleenthede eerder belangrik. Die

volgens baie belangrike sub sisteem in die lewe van 'n adolessent met 'n gestremdheid is die gemeenskap, wat vervolgens bespreek word.

2.5 DIE GEMEENSAP EN SEREBRALE GESTREMDHEID

Volgens Mbeki (1997:5) beskou die Suid-Afrikaanse gemeenskap nog steeds kinders met gestremdhede as onbevoeg, siek en 'n las op die gemeenskap. Verder beweer hy dat sulke kinders gereeld opgroei met die gedagtes en oortuigings dat hulle 'n ekonomiese en sosiale vloek en las op hulle gesinne lê. Hierdie persepsie van die gemeenskap en die kind met 'n gestremdheid plaas 'n groot druk op die gesin. Verder beweer Mbeki (1997:7) dat Suid-Afrika nog glad nie gereed is vir integrasie van persone met gestremdhede nie. Aspekte wat aanleiding gee hiertoe is toeganklikheid van die fisiese omgewing en dienste vir persone met gestremdhede. Daar is dus baie ruimte vir integrasie, blootstelling en aanvaarding van persone met gestremdhede. 'n Bespreking volg hieronder van die belangrikste aspek van die studie naamlik: terapie met 'n adolessent met 'n gestremdheid.

2.6 TERAPIE MET ADOLESSENTE MET SEREBRALE SOWEL AS KOGNITIEWE GESTREMDHEID

Die fundamentele doelwitte van psigoterapie is eerstens dat die kliënt insig bekom, selfbewus word en tot aanvaarding kom; tweedens om verandering teweeg te bring op 'n kognitiewe, gedrags- en sosiale vlak; en derdens om die kliënt te bemagtig (Richardson 1996:182). In die studie word Narratiewe Terapie gebruik om die adolessent se belewing van die gestremdheid te ondersoek en bogenoemde doelwitte te bereik. Narratiewe Terapie neem die storie en die konteks van die individu in ag. Daarom koppel Narratiewe Terapie en die ekosistemiese perspektief, aangesien die adolessent met serebrale gestremdheid beskou word binne sy konteks van die skool, gesin en gemeenskap, en sy eie storie daarbinne.

2.6.1 Narratiewe Terapie

2.6.1.1 Begripsverheldering en beginsels

Die Narratiewe benadering is 'n uitreiking van die postmoderne beweging in teenstelling tot die moderne beweging (White 2002:2). "The modernist search for universal properties is replaced by the postmodern emphasis on critical reflection" (Gergen 1992). Die Narratiewe benadering is gegrond op die werk van White & Epston (1990). "Narrative therapy is a technique used to help children cope with daily difficulties by using narrative metaphors to conceptualise problems, people and change" Ferreira in (Eloff & Ebersöhn 2004:338)

Volgens die Narratiewe benadering, geskied terapie deur 'n gesamentlike terapeutiese gesprek tussen die terapeut en die kliënt (Anderson & Goolishian 1988). Die terapeut wil saam met die kliënt hul stories en verhoudings ontdek asook die invloed en betekenis wat aan die stories geheg word (Morgan 2000:10). "It is through expressions that people shape and re-shape their lives..." (White 2001:2).

Die mens word daaglik belaaï met inligting wat uit die omgewing ontvang word. Hierdie inligting, m.a.w. dit wat gesien, gehoor, gevoel en onthou word, word n betekenisvolle stories georganiseer. Die mens is geneig om dit te onthou wat vir hom interessant en belangrik is, en in lyn is met sy beginsels, verwagtinge en vooroordele (Rich 2001:1). Die primêre fokus van die Narratiewe benadering is die uitdrukking wat die mens gee aan die ervarings van sy lewe. Die fokus is dus op hoe die mens vorm gee aan dit wat hy in sy lewe ervaar en beleef (White 1998:1). In die proses word die stories van sy lewe en omgewing versterk en bevestig. "Life is a matter of telling ourselves stories about life, and of savouring stories about life told by others, of creating ever-new and more complex stories" (Anderson 1990:102)

Die terapeut se rol is om die kliënt te help om 'n alternatiewe beskouing van die probleem te konstrueer. Deur na die kliënt se storie te luister beweeg die kliënt

en die terapeut na alternatiewe stories van hoe die kliënt sy lewe eerder wil uitleef. Dit is 'n benadering wat fokus op interne hulpbronne wat kliënte besit, maar wat dalk nog nie ontdek is nie.

Belangrike aspekte van Narratiewe Terapie sal kortliks bespreek word naamlik die posisie van die kliënt, eksternalisering van probleme, alternatiewe stories en internalisering van positiewes.

2.6.1.2 Die kliënt is die kundige

Narratiewe Terapie poog om 'n respekvolle, nie-veroordelende benadering tot terapie te wees, wat die kliënt as die kundige in sy eie lewe beskou (Morgan 2000:21). As Narratiewe terapeute sê die kliënt is die kundige het dit bepaalde implikasies vir terapie.

Eerstens fokus Narratiewe terapeute op die uitdrukking wat die kliënt gee aan die ervarings van sy lewe (White 2000: 2). Tweedens onderskryf terapie verskille en diversiteit (Smith & Nylund 1997:27). Elke kliënt word as uniek beskou met sy eie konteks. Dertens glo die Narratiewe terapeut dat die kliënt gawes en vermoëns het (innerlike hulpbronne), sommige wat nog net nie ontdek is nie (Furlonger 1999:1). Dus vermy die Narratiewe terapeut dit om 'n kundige posisie in te neem met kliënte (Selekman 1997:27). Die kliënt bepaal ook tot 'n groot

namate die rigting wat terapie aanneem (Morgan 2000:4). Die terapeut neem dus 'n posisie van 'nie weet nie' in. Vir die rede is 'n basiese beginsel van Narratiewe Terapie om 'n houding van opregte nuuskierigheid en belangstelling te toon. Die terapeut wil weet van die kliënt se hoop, vrese, drome en pyn wat hy ervaar (Winslade 1999:5).

Hoewel die terapeut nie die kundige van die kliënt se lewe en ervarings is nie, bly die terapeut 'n baie belangrike komponent in die terapeutiese proses. Soos in enige psigoterapie is die vertrouensverhouding tussen terapeut en kliënt van

besondere belang. Terapie word beskou as 'n spesiale soort gesprek wat die kliënt se sterkpunte, vaardighede en oplossings na voorskyn bring (Furlonger 1999:1). "It is hard to believe that conversations can shape new realities. But they do." (Lobovits, Epston & Freeman, 2000:1)

2.6.1.3 Eksternalisering van probleme:

Die terapeut se hoofrol is om vanaf die eerste oomblik wat die kliënte sy storie vertel gebruik te maak van eksternaliseringsgesprek. Die kliënt is nie die probleem nie, maar die probleem is die probleem. Die terapeut se belangrikste rol is om die persoon se identiteit te skei van die probleem (Morgan 2000:16). Die terapeut en die kliënt dink aan die probleem as 'n 'ding' en praat oor die probleem as 'n aktiewe agent in 'n persoon se lewe (Grimbeek 1998:43).

In die volgende stap word die probleem benoem deur dit 'n naam te gee. Hierdie naam kies die kliënt self en dit moet sy eie woorde wees. "Once the problem is found and named, it can be fought" (Rich 2001:1). Die oomblik wanneer die persoon geskei is van die probleem kan sy vaardighede, vermoëns en bevoegdhede meer sigbaar word (Morgan 2000:24). Probleme groei en oorleef slegs wanneer hulle ondersteun word deur bepaalde idees, beginsels en geloof (Morgan 2000:45).



Voorbeelde van eksternaliseringvrae:

- As jy vir die probleem 'n naam kan gee wat sal jy dit noem?
- Wanneer het jy vir _____ die eerste keer ontmoet?
- Hoe lyk _____ ?
- Wat sê _____ vir jou?

Saam met die eksternalisering van die probleem fokus die terapeut op unieke uitkomst. Dit is 'n voorval wat buite die probleem se invloed staan (Morgan 2000:78). Die terapeut stel ook belang om uit te vind wie weet hiervan. Dus poog die terapeut om ander persone te identifiseer en betrek wat bewus kan wees van die alternatiewe storie (Morgan 2000:78). 'n Unieke kenmerk van Narratiewe Terapie is die gebruik van getuies wat dien as getuie vir die kliënt se bekwaamheid en vaardighede (Selekman 1997:21).

2.6.1.4 Alternatiewe stories

Narratiewe Terapie gee 'n stem vir die wat nog nooit gehoor is nie deur van die bekende metafoor van 'n storie gebruik te maak (Els 2000:8). In hierdie studie word daar gekyk na die storie van 'n adolessent met serebrale sowel as kognitiewe gestremdheid. "In Narrative therapy there is a great diversity of ways in which stories can be told and conveyed that do not require what is generally considered to be eloquence of literacy, or for that matter any formal education (White 2002:4). Narratiewe Terapie kan dus suksesvol op kliënte met serebrale en kognitief gestremdheid toegepas word, aangesien hulle wel insig het hoewel dit beperk is tot hul verstandsonderdom wat in ag geneem moet word wanneer die storie vertel word.

Die stories is gebeurtenisse wat saam gegroepeer is oor 'n tydperk en het implikasies vir die verlede, hede en toekoms (Morgan 2000:10). Die stories begin as 'n dun beskrywing, wat die aanvanklike storie is. Dan beweeg die terapeut en kliënt na 'n ryker beskrywing waarna 'n alternatiewe storie volg, van hoe die kliënt graag sy lewe wil lei. Nuwe moontlikhede maak plek vir verandering en genesing. Die terapeut stel belang daarin om maniere en geleenthede te skep

die nuwe alternatiewe stories ryk te beskryf. Namate die nuwe verkose alternatiewe storie ontwikkel is dit 'n uitdaging vir die kliënt om dit sy eie te maak (Morgan 2000:74). 'n Waardevolle tegniek is om vir die alternatiewe of nuwe storie 'n naam te gee (Morgan 2000:72).

2.6.1.5 Internalisering van positiewe

Dit is 'n proses wat kliënte aanspoor om hul eie positiewe te identifiseer en hulself krediet te gee daarvoor (Els 2000:9). Die terapeut is dus voortdurend op die uitkyk vir positiewe aspekte wat geïnternaliseer kan word. Deur kliënte te help om positiewe te internaliseer gee aanleiding tot die ontwikkeling van nuwe verkose alternatiewe stories (Els 2000:9). Positiewe aspekte word voortdurend geïnternaliseer met die doel om die kliënt sterk te maak en op te bou.

2.6.1.6 Slotopmerkings

Narratiewe terapeute sien kliënte as deel van 'n sisteem en poog om so veel as moontlik samewerking, hulp en bystand van gesinslede en vriende te verkry. Die benadering is 'n gesinsversterkingsmodel en bou op gesinslede se sterkpunte en hulpbronne (Selekman 1997:19). Dit gaan egter 'n stap verder en fokus op die impak van die wyer kulturele diskoerse op die lewens van gesinne en individue (Blow 2002:2).

2.7 SAMEVATTING

In die hoofstuk is die teoretiese raamwerk van die studie verduidelik, naamlik die ekosistemiese perspektief. Dit gee dan ook aan die leser die konteks waarbinne daar na die respondent met serebrale gestremdheid gekyk word. Aspekte van die respondent wat bespreek is sluit in serebrale gestremdheid, kognitiewe gestremdheid, asook sielkundige en emosionele aspekte wat problematies kan wees by 'n adolessente met serebrale gestremdheid. Hierna is die invloed van die gesin en die gemeenskap verken en belangrike aspekte daarvan omskryf. Laastens is daar gefokus op Narratiewe Terapie wat in die studie gebruik is om

die respondent se beleving te ondersoek. In die volgende hoofstuk word daar gefokus op die navorsingsontwerp van die studie.

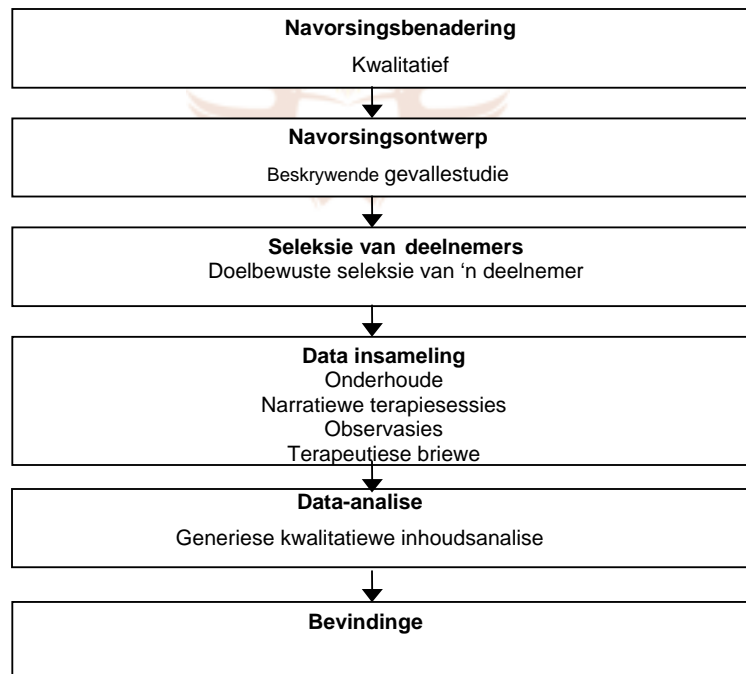


HOOFSTUK 3

NAVORSINGSMETODOLOGIE EN -ONTWERP

3.1 INLEIDING

In Hoofstuk 3 word die onderliggende teoretiese navorsingsmetodologie beskryf. Aspekte wat aandag geniet is die spesifieke navorsingsontwerp van die studie en metodes wat vir data-insameling en data-analise gebruik is. Eerstens word daar op die breë paradigma van kwalitatiewe navorsing en die beskrywing van die seleksie van deelnemers gefokus. Data-insamelingstegnieke wat gebruik is word tweedens bespreek, gevolg deur 'n bespreking van die data-analise. Laastens word konsepte met betrekking tot geldigheid, betroubaarheid en etiese maatreëls uitgelig.



Figuur 3.1: Grafiese voorstelling van die navorsingsmodel

3.2 NAVORSINGSBENADERING

Die ontwerp van hierdie navorsing was kwalitatief, verkennend, beskrywend en kontekstueel van aard. Kwalitatiewe navorsing is veral bruikbaar in studies waar die betekenis wat individue gee aan hulle ervarings ondersoek word (Louw 1997:29). Die hoofdoel van kwalitatiewe navorsing is om eerstens kennis te verbreed oor komplekse gebeure, en tweedens om ryk resultate van die realiteit van die gebeure op te lewer (Raymond 1996:214). Serebrale gestremdheid is 'n komplekse aangeleentheid, en die navorsers wou 'n ryk beskrywing van die respondent se belewing verkry. Derhalwe is besluit om 'n kwalitatiewe benadering te volg.

Kwalitatiewe navorsing fokus op die verkenning van 'n individu se sienings van sy wêreld en die interaksie en belewing daarvan (Merriam 1998:5). Hierdie studie was daarop gerig om insig oor en begrip van 'n sewentienjarige adolessent se belewing van serebrale gestremdheid te verkry. Kwalitatiewe navorsing bied die raamwerk waarbinne die respondent se storie van die gestremdheid bespreek en gedokumenteer kan word.

By 'n kwalitatiewe benadering word die prosedure nie so streng geformuleer nie en 'n meer filosofiese benadering word aangeneem (Mouton & Marais 1990:155). Die rol van die navorser is om in samewerking met die respondent in gesprek en selfrefleksie te tree. Die terapeutiese verhouding tussen die navorser en die respondent maak dit moontlik om ryk beskrywende narratiewe te versamel.

As 'n kwalitatiewe navorser moet erkenning gegee word aan die subjektiewe betrokkenheid van die navorser. Die navorser is bewus daarvan dat observasie van die respondent die studie beïnvloed (Raymond 1996:214). Die navorser se persoonlike ervaring, gevoelens en interpretasie word alles beskou as legitieme data.

Merriam (in Cresswell, 1994:145) dui aannames in kwalitatiewe navorsing aan wat telkens binne die konteks van hierdie navorsing toegepas was. Elk word nou kortliks bespreek:

- Die navorser het eerder op die proses van navorsing as op die uitkomst of produkte daarvan gefokus. Daar was dus gekonsentreer op die gewaarwording en terugvoering van die respondent oor serebrale gestremdheid, asook die persoonlike gewaarwordings van die navorser en die insigte wat hieruit voortspruit het. In die terapeutiese proses was die navorser ook bewus van haar eie gewaarwordings en die insigte wat daaruit gespruit het aangaande gestremdheid en die beleving daarvan uit 'n adolessent se oogpunt (Sien Hoofstuk 5).
- Die navorser het as primêre instrument opgetree in die verkryging en analisering van data. Dit beteken dat die ingesteldheid en sensitiwiteit van die navorser 'n eiesoortige diepte aan die navorsing verleen het. Die navorser moes te alle tye bewus wees van die sensitiwiteit van die onderwerp en moes met verantwoordelikheid en lojaliteit teenoor die respondent optree. Die navorser in hierdie studie was ook die respondent se terapeut en het dus 'n lojale en professionele verhouding met die hom ontwikkel.
- Kwalitatiewe navorsing is beskrywend en die navorser het belanggestel 'n sewentienjarige adolessent se begrip en beleving van serebrale gestremdheid.
- Kwalitatiewe navorsing het te make met betekenis, dit wil sê watter betekenis 'n persoon aan sy beleving gee. Hierdie studie het hom bemoei met die betekenis wat die respondent aan die gestremdheid gegee het.

Al die bogenoemde aannames is toegepas in die navorsing. Die navorsing het gefokus op die respondent se gewaarwording en terugvoering asook die persoonlike gewaarwordings van die navorser en die insigte wat hieruit voortgespruit het.

Een eienskap wat sentraal staan tot alle kwalitatiewe navorsing is die feit dat resultate van die studie nie as statistiese opsommings weergegee word nie, maar eerder as narratiewe beskrywings (Goodwin 2002:75). Die studie het nie beoog om teorie te genereer nie, maar slegs om ontdekkend en beskrywend te wees ten opsigte van die belewing van 'n adolessent met serebrale gestremdheid.

3.3 NAVORSINGSONTWERP: 'N BESKRYWENDE GEVALLESTUDIE

'n Gevallestudie word breedweg beskryf as 'n deurtastende analise van een of meer individue met die hoop om universele aspekte van die mens bekend te maak (Jackson 2003:15). Aangesien net een respondent in die gevallestudie gebruik is kan daar nie met sekerheid veralgemenings gemaak word nie (Wicks-Nelson & Israel 1997:73). 'n Gevallestudie bied insig oor menslike gedrag as gevolg van al die besonderhede wat 'n gevallestudie oplewer (Goodwin 2002:409). Geen ander navorsingsontwerp is so ryk aan data oor 'n individu se gedrag en belewing nie.

Tellis (1997:18) erken gevallestudies as 'n waardevolle navorsingontwerp. Hy bevestig die stelling verder deur te noem dat dit die drie kenmerke van kwalitatiewe navorsing fundeer, naamlik beskrywing, begrip en verduideliking. Die doel van die gevallestudie is om beter begrip te verkry van 'n situasie en die betekenis wat daaraan gegee word deur diegene wat daarby betrokke is (Merriam 1998:18). Intensiewe betrokkenheid is 'n belangrike deel van die gevallestudiebenadering. Die navorser bestee baie tyd met die respondent in persoonlike interaksie (Raymond 1996:220).

In hierdie studie is een persoon, naamlik 'n sewentienjarige adolessent met serebrale gestremdheid, se beleving van gestremdheid beskryf en verken as 'n enkel gevallestudie.

3.4 SELEKSIE VAN DEELNEMERS

In hierdie studie is daar van 'n gevallestudie-navorsingsontwerp en die tipiese seleksie van 'n deelnemer is gebruik om inligting te verkry oor 'n adolessent se beleving van serebrale gestremdheid. Doelbewuste seleksie is gebaseer op die aanname dat die navorser ten doel het om 'n spesifieke ervaring te ontdek, te verstaan en verdere begrip daaroor te ontwikkel. Deelnemers kan dus so gekies word dat dit maksimaal tot die begrip van die fokus van die studie sal bydra (Merriam 1998:61).

In hierdie studie is die respondent geïdentifiseer as 'n adolessent met serebrale gestremdheid sowel as kognitiewe gestremdheid. Hierdie kriteria is gebruik om optimale inligting te verkry van 'n adolessent se beleving van gestremdheid. Die respondent se konteks is reeds in Hoofstuk 1 meer breedvoerig bespreek. Data-insamelingstegnieke wat gebruik is sluit in Narratiewe terapisessies, onderhoude, observasie en terapeutiese briewe, wat vervolgens bespreek word.

3.5 DATA-INSAMELING

Data is in hierdie studie ingesamel deur middel van onderhoude, Narratiewe terapisessies, observasies en terapeutiese briewe. Die navorser moes vooraf besluit op watter gedrag die fokus sou wees en hoe data ingesamel en geanaliseer sou word om die verlangde resultate te bekom. In die studie was die fokus op die respondent se beleving van die gestremdheid en die fokus was dus op enige aspek wat betrekking het op die gestremdheid en die invloed daarvan op hom. Die data-insamelingstegnieke word vervolgens kortliks bespreek.

3.5.1 Onderhoude

As deel van die ekosistemiese perspektief en om alle persone betrokke in die respondent se wêreld te betrek, is onderhoude met sy ouers en onderwyser gevoer. Die doel hiermee was om biografiese inligting van die respondent te bekom asook spesifieke aspekte van die gestremdheid. Al die onderhoude is op band opgeneem.

Daar word onderskei tussen twee onderhoudsvorme in navorsing, naamlik gestruktureerd en ongestruktureerd. Gestruktureerde onderhoude behels 'n vasgestelde vraelys wat die navorser opstel en die vrae word in 'n bepaalde orde gestel. By ongestruktureerd onderhoude fokus die navorser op bepaalde onderwerpe, maar die spesifieke vrae en orde is nie vasgestel nie (Breakwell, Hammond & Fife-Schaw 1995:231). Gewoonlik val 'n onderhoud tussen die twee pole van gestruktureerd en ongestruktureerd. Die onderhoude in die studie was ongestruktureerd, hoewel vooraf opgestelde vraelys met oop vrae gebruik was, was die orde nie rigied vasgelê nie. (Sien Bylaag 2 vir 'n voorbeeld van die vooropgestelde vraelys aan die ouers).



Tydens onderhoude het die navorser gefokus op die basiese voorvereistes wat nodig is in enige terapeutiese situasie naamlik onvoorwaardelik aanvaarding, empatie, opregtheid, begrip en warmte (Richardson 1996:184). Waardevolle tegnieke soos parafrasering, reflektering, opsommings en oop vrae (Richardson 1996:185) is gebruik. Al die bogenoemde het bydra daartoe dat die respondent meer gemaklik was en dus met meer vrymoedigheid en eerlikheid die vrae kon beantwoord. Basiese terapeutiese vaardighede wat die navorser reeds bemeester het, het baie gehelp in die onderhoude om maksimaal inligting uit die onderhoude in te win.

Die navorser kon, waar dit moontlik was, tydens die onderhoude na die verbale sowel as die nie-verbale boodskap van die respondente luister (Richardson 1996:184). Tydens die onderhoudvoering is daar veldnotas geneem en

observasie van die respondent se verbale en nie-verbale boodskappe is aangeteken. Daardeur het die navorser insig verkry in die ouers en onderwyser se ware opinies en oortuigings (Goodwin 2003:58). Die navorser het die geleentheid gehad om duidelikheid te kry oor antwoorde wat vaag beantwoord was, deur verdere vrae aan die respondente te vra of die vraag op 'n ander manier te stel (Schweigert 1998:132). Hierdie sistematiese benadering tot data-insameling het sover moontlik, betroubare en geldige resultate verhoog omdat daar teruggegaan is na die vrae om antwoorde te verhelder (Breakwell, Hammond & Fife-Schaw 1995:230).

3.5.2 Narratiewe terapiessessies

Die navorser is 'n aktiewe deelnemer in die navorsing. In Narratiewe Terapie word daar gebruik gemaak van eksternalisering en die kliënt kry die geleentheid om sy storie te vertel. In die proses soek die terapeut deurlopend na interne hulpbronne of tye wat die probleem nie die kliënt se lewe beheer het nie. Die einddoel van Narratiewe Terapie is om te beweeg na 'n alternatiewe storie waar die kliënt 'n lewe lei wat hy graag sal wil lei (Morgan 2000:14). In hierdie studie is die data deur sewe terapeutiese sessies ingesamel.

Die studie is 'n ondersoek waarin die navorser (terapeut) en die respondent (kliënt Andries) saam geëksploreer het in 'n spesifieke aspek van Andries se lewe. Die doel van terapie was om Andries die geleentheid te bied om sy storie van serebrale gestremdheid te vertel en in die proses na 'n alternatiewe storie te beweeg van hoe hy sy lewe wil lei (Richardson 1996:183).

3.5.3 Observasies

Tydens die sessie het die navorser handgeskrewe notas (kernaspekte) geneem en video-opnames gemaak. Dit is op 'n later stadium gedokumenteer en georganiseer (Jackson 2003:53). Al die transkripsies van die video-opnames van

die sessies dien as narratiewe observasies. (Sien Bylaag 3 vir 'n voorbeeld van die getranskribeerde videosessies).

Die voordeel van video-opnames is dat dit herhaaldelik besoek kan word, dus kan daar verseker word dat belangrike aspekte nie misgekyk word nie. 'n Verdere voordeel is dat dit in 'n natuurlike omgewing kan plaasvind (Drummond 1996:51). 'n Nadeel van video-opnames is dat analisering van die data baie tydrowend is aangesien observasies geweldig baie inligting bied wat korrek georganiseer moet word. (Scheigert 1998:118).

Die doel van navorsingsobservasie is om alles wat die respondent sê en doen in 'n bepaalde tyd te observeer. Dit is weliswaar 'n baie subjektiewe manier van data-insameling met betrekking tot waarnemerinterpretasie, maar betroubaarheid is verseker deur meer as een persoon te betrek by die analisering van die data (Jackson 2003:53). 'n Sistematiese proses is gebruik om die navorsingsobservasies in hanteerbare vorm te groepeer.

3.5.4 Terapeutiese briewe

Terapeutiese briewe is 'n algemene verskynsel in Narratiewe Terapie. White (in Morgan 2000:101) noem dat briewe vir 'n verskeidenheid van redes gebruik kan word, onder andere samevatting van die sessie, verhouding bou, en as briewe vir verwysing. In die navorsing het 'n ander terapeut terapeutiese briewe aan die kliënt geskryf om die sessies op te som en sy interne hulpbronne en sterkpunte uittelig en sodoende te versterk. Die briewe het ook gedien om die kliënt uit te daag en te laat nadink oor sekere aspekte wat onduidelik was (Morgan 2000:102). Die oorkoepelende doel van terapeutiese briewe is om 'n positiewe bydrae te lewer tot die kliënt .

3.6 DIE TERAPEUTIESE PROSES

3.6.1 Inneemonderhoud met ouers

Die terapeutiese proses het begin by die inneemonderhoud met die ouers waar waardevolle inligting oor Andries in die proses ingewin is, onder andere dat hy 'n sterk verantwoordelike teenoor sy gesin en vriende toon. Verder het hy deursettingsvermoë om alles wat hy aanpak te voltooi. Hy is ook baie selfstandig. Ten spyte van die gestremdheid, bene wat nie wil buig nie en hande wat nie reg wil werk nie is hy 'n aanhouer. Hy sit nie op 'n hoop en voel die wêreld skuld hom iets nie. Hy lag maklik en geniet sy fyn humorsin.

Tydens die onderhoud het die ouers die geleentheid gehad om sy hele geboortegesiedenis, asook die seer en hartseer, en daarby die geluk van die gestremdheid met my te deel. Die ouers het erken dat hulle tans huweliksprobleme ervaar. Dit het 'n groot invloed op Andries, veral omdat hy 'n sterk verantwoordelike teenoor sy gesin het.

Tydens die onderhoud het dit duidelik geblyk dat beide sy ouers nog nie aanvaar het dat hy groot is nie. Hoewel hy afhanklik sal wees vir die res van sy lewe beteken dit nie dat hy klein gaan bly nie.

3.6.2 Inneemonderhoud met onderwyser

Die inneemonderhoud met die onderwyser het ewe belangrike inligting opgelewer. Wat vir haar uitstaan is Andries se humorsin en hoe hy ander inspireer. Sy het ook genoem dat Andries baie betroubare inligting weergee, derhalwe wanneer hy iets vertel is dit die waarheid. Hoewel hy dit dalk kan vergroot, sal hy nie sommer jok nie. Vir die navorsing was dit van kardinale belang omdat die studie se betroubaarheid hierdeur verhoog word.

Die onderwyser het egter 'n paar bekommernis aangaande Andries geopper, naamlik dat sy sosiale konteks tans baie problematies is. Sy is van mening dat



hy vasgevang voel in die huis waar aspekte soos drank, frustrasie, rusie en moontlik geweld 'n rol speel. Hy is ook baie beïnvloedbaar volgens haar. Tans is hy nie gemotiveerd nie. Hy het 'n paar keer van selfmoord gepraat en hy kom vir haar moedeloos voor. Die onderwyser se opregtheid en eerlikheid is baie waardeer en ons het onderneem om kontak met mekaar oor Andries te behou.

Sessie 1

As terapeut was ek onseker wat om van die eerste sessie te verwag, of Andries die eksternalisering sou begryp en of hy relevante aspekte na die terapiekamer sou kon bring. As gevolg van die kognitiewe gestremdheid was die mate waartoe hy insig sou toon onbekend. Aangesien die terapie vir die navorsingsdoeleindes slegs oor 'n paar sessies strek, moes die vertrouensverhouding ook vinnig gevestig word.

Binne die eerste paar minute van die sessie het Andries egter gemaklik begin gesels, so gemaklik dat hy skaars wou ophou. Dit was egter met moeite dat sy aandag op een aspek op 'n slag gefokus gebly het en dat eksternalisering ter sprake gebring is. 'n Mengelmoes van gebeure, gevoelens en emosies het by hom uitgeborrel.

'n Uur later was aspekte soos *Verstaan Nie*, Alleenheid, die Drankmonster en die Stresmonster duidelik, asook hoe sy gesin hom oorbeskerm. *Verstaan Nie* was die aspek wat die sterkste na vore gekom het en ons het besluit om die volgende sessie daaraan af te staan.

Sessie 2

Die doel van die sessie was om *Verstaan Nie* te eksternaliseer. Aspekte wat aandag geniet het was vir wie lieg hy, wie glo hom, en meer belangrik, vir wie is hy bang. Dit was vir Andries aanvanklik vreemd om volgens eksternalisering te begryp dat mense hom nie verstaan nie maar dat dit 'n monster is wat by hulle kom kuier. Hy het die eksternalisering begryp want hy sê hy weet hoe hy lyk en

volgens hom is dit baie maklik want mense lyk 'sad' omdat hulle nie *Verstaan Nie*. Figuur 3.2 op die volgende bladsy is die tekening wat Andries self van *Verstaan Nie* gemaak het.



Figuur 3.2: Andries se voorstelling van *Verstaan Nie*

Hy stel die volgende oor *Verstaan Nie*: “*Verstaan Nie* sê ek moenie vertel nie, en ander moenie luister nie”. Hy noem ook name van sy huisgesin, familielede en vriende by wie *Verstaan Nie* kom kuier. Andries het egter ook persone genoem vir wie *Verstaan Nie* bang is.

’n Belangrike diskoers het na vore gekom. Andries dink dat *Verstaan Nie* ’n fase by mense is. Ons het dit egter uitgepak en tot die gevolg gekom dat dit nie so is nie, want dit kuier by verskillende mense van verskillende ouderdomme. Dit is dus nie ’n fase waardeur enige iemand moet gaan nie.

In die eerste en tweede sessie het ek besef dat Andries so besig is om ander se belange bo sy eie te stel dat hy homself nie ken nie. Ek het gevoel dit is nodig om hom beter te leer ken om sodoende te kan verstaan.

Sessie 3

Ons het vir Andries op 'n groot stuk papier afgetrek en begin om 'n kollage van hom te maak. *Verstaan nie* is uitgeskop en die prentjie is fisies buite die deur gesit. Ek het vir hom gesê dat ek graag wil verstaan. My vermoede oor sy self-kennis was egter korrek: Andries ken homself baie slegter as wat hy al die ander lede in sy gesin en familie ken.

Ek het met Andries se ouers gepraat en toestemming gevra om 'n persoonlikheidsvraelys te doen. Die MBTI is uitgevoer. Die vrae is aan Andries gelees en verduidelik, en die toet het uiters akurate resultate gelewer. Dieselfde persoonlikheidsvraelys is ook deur sy ouers en sussie voltooi, met die doel dat die gesinslede mekaar beter kan verstaan en *Verstaan Nie* oorwin.

In 'n telefoniese gesprek later met Andries se onderwyseres het sy haar bekommernis oor Andries uitgespreek as gevolg van gebeure by die huis.

Sessie 4

Hierdie was 'n draaipunt in die terapeutiese proses. In hierdie sessie is terugvoer aan Andries gegee oor die persoonlikheidsvraelys. Verder is al die inligting wat van sy ouers, onderwyser en Prof. Jacqui (wat vir hom briewe geskryf het) verkry is aan hom gelees en op die kollage aangebring. Hy het genoem dat hy weet wat ek van hom dink en dit het my verras. Ek het gevra wat en sy antwoord was "Jy dink ek is 'n wenner". Op daardie oomblik het ek gevoel dat die terapeutiese verhouding in plek was. Al die inligting is aangevul op die bestaande kollage wat ons reeds begin het die vorige sessie. Ek kon sien dat dit vir Andries hom 'n lig laat opgaan het. Hy het ook gesê dat hy daarvoor wil gaan dink. Die *Alleenheid* en die Pla-monster het ook aandag in hierdie sessie geniet.

Onderhoud met ouers

Andries se ouers het die onderhoud aangevra en belangrike inligting rakende hulle huislike omstandigede wat 'n invloed op Andries het is bespreek.

Sessie 5

Andries het met blink oë die vertrek binnegekrom en gesê dat daar by hom 'n verandering is. Hy het baie moeilik gevind om dit te verbaliseer, maar dit het daarop neergekom dat hy anders voel, dink en reageer. Hy het die gestremdheid daardie dag vir die eerste keer genoem.

Tydens die sessie was dit vir hom belangrik om oor sy verhouding met sy sussie te praat. Ek het 'n "miracle question" met hom deurgewerk en dit het sy oë oop gemaak vir 'n alternatiewe storie in hulle verhouding. Weereens aan die einde van die sessie het hy gesê dat hy tyd nodig het om oor alles na te dink.

Sessie 6

Hierdie was 'n merkwaardige sessie vir beide van ons. Die *Gestremdheid* is geteken en geëksternaliseer. Die insig wat Andries geopenbaar het aangaande die gestremdheid was uitsonderlik. *Verstaan Nie* wat in vorige sessies al sy voorskyn gemaak het is sterk aan die gestremdheid gekoppel as een van sy "vriende". Die verhouding tussen *Verstaan Nie* en die *Gestremdheid* is ook deurgewerk.

Sessie 7

In hierdie sessie het baie ander persoonlike aspekte na vore gekom wat nie in die studie opgeteken is nie omdat dit nie direk gekoppel is aan Andries se belewing van die gestremdheid nie.

Sessie 8

Tydens hierdie sessie is baie tyd bestee aan Andries se alternatiewe storie wat hy vir sy lewe wil hê – 'n lewe waar die *Gestremdheid*, *Alleenheid*, *Verstaan Nie*, en die Drank- en Stresmonsters nie sy lewe domineer nie. Andries besef dat daar sekere veranderings in sy eie lewe en in sy denke sal moet plaasvind om 'n voller lewe te lei. 'n Baie belangrike aspek wat na vore gekom het is dat hy meer

vir ander sal moet oop maak en hulle vertel van die Alleenheid, *Verstaan Nie* en die *Gestremdheid*, want *Verstaan nie* is ook besig om vir hom te jok.

Die terapeutiese proses is beindig met 'n gesinsterapiesessie. Dit was die oorwinningsessie vir my en Andries. Omdat Andries nie kan skryf nie het ons nie sy storie fisies geskryf nie. Sy storie was in die vorm van plakate wat ons van elke sessie gemaak het. Daar het ons prentjies geteken en kernwoorde neergeskryf. Hierdie plakate is saam geneem na die gesinssessie. Ons het voor die tyd 'n aksieplan gehad en Andries en ek het vir sy ouers verduidelik watter monsters kom kuier by hom. *Die Gestremdheid*, Alleenheid, die Drankmonster, die Stresmonster en *Verstaan Nie* is aan sy gesin bekendgestel. Deur die proses het hy sy storie aan sy ouers vertel.

Sy huisgesin het baie meer begrip gehad vir sy persoonlike beleving van die gestremdheid. Daar is ook gepoog om aan hulle te verduidelik dat hy nie meer klein is nie. Elke lid van die gesin het die geleentheid gehad om hulle beleving van *die Gestremdheid* te deel met die res. Dit was 'n 'Aha'-beleving vir almal betrokke.



3.7 DATA-ANALISE

Data-analise is gedoen deur middel van generiese kwalitatiewe inhoudsanalise. Inhoudsanalise fokus op die karaktertrekke van die gekommunikeerde boodskap. Die doel van inhoudsanalise is om iets te leer in verband met die inhoud en die persoon wat die boodskap geproduseer het. Die belangstelling mag lê in die effek wat die inhoud op die ontvanger mag hê (Rubin, Rubin & Piele 1990:182). Die prosedure van generiese kwalitatiewe inhoudsanalise soos beskryf in Flick (1998:193), naamlik datareduksie, datatoonstelling en datasamevatting is gebruik om die data te analiseer en om temas en subtemas te identifiseer:

3.7.1 Datareduksie:

Die navorser het data deur middel van die volgende proses gereduseer:

- Onderhoude, Narratiewe terapisessies, observasies en terapeutiese briewe is getranskribeer.
- Die beskrywing van die beleving in sy geheel is deurgelees.
- Die beskrywing is weer gelees en temas geïdentifiseer wat relevant is in die beantwoording van die navorsingsvrae.
- Temas is in subtemas onderverdeel.

Tabel 3.1 bied 'n voorbeeld van die getranskribeerde data. Die respondent (Andries) se woorde/rou data is in blou gedruk ter verheldering van die temas.

Tabel 3.1: Gedeelte van 'n getranskribeerde terapisessie

<p>A: Ek sal net sê vir my was dit die moeilikste om te aanvaar (gestremdheid) maar ek het dit maklik aanvaar</p> <p>T: 'Ok', verduidelik hoekom was dit vir jou moeilik om dit te aanvaar?</p> <p>A: Ek weet nie, ek het net makliker aangepas.</p> <p>T: So, dit was vir jou moeiliker om te aanvaar maar jy het makliker aanvaar, jy het dit so mooi gesê, hoekom dink jy was dit so?</p> <p>A: Ek het my situasie aanvaar, kyk dit is my lewe hierdie.</p> <p>T: Kan ek 'n klip in die bos gooi, ek is dalk heeltemal verkeerd sê vir my as ek verkeerd is dink jy, jy het gedink as jy dit aanvaar gaan hulle dit makliker aanvaar?</p> <p>A: Ja dit is wat ek gedink het ek het probeer om dit vir hulle makliker te maak. Tog was dit vir hulle moeiliker om te aanvaar. Dit was toe nie so maklik soos ek gedink het nie al het ek dit maklik probeer maak.</p> <p>T: Hoekom is dit nie vir hulle maklik nie?</p> <p>A: Omdat die kind nie vir homself iets kan doen nie, hy is afhanklik van ander mense en kan nêrens heen gaan sonder om te vra nie.</p> <p>T: So die kind gaan altyd afhanklik wees</p> <p>A: Ja</p>

3.7.2 Datatoonstelling

In hierdie studie word die data op die volgende manier vertoon:

- Temas word in tabelle opgeskryf
- Rou teks van elke tema word as voorbeeld opgeskryf

Tabel 3.2: Voorbeeld van 'n tema met rou datateks

Beewing van gestremdheid	"Jy weet my gestremdheid sukkel baie met my"
	"My gestremdheid werk op my sussie sy weet nie hoe om dit te hanteer nie"
	"Hy raak baie ongeduldig en geïrriteerd en hy het 'n groot begeerte om te loop". (Onderwyseres)
	"Ek kan nêrens heen gaan nie en ek voel vasgedruk in die huis"
	"Ek weet ek is baie meer as die rolstoel"
	"Aanhouer wen, as ek val dan klim ek net weer op"
	"Ek het al vrede gemaak met die rolstoel"
	"My sussie kan nou vir eens en vir altyd nie my gestremdheid aanvaar nie sy 'like' dit nie"
	"My ouers het nou vir my gesê hulle het nie vir ouer terapie gegaan nie ek dink dis nodig om te gaan"
	"Ek het al aanvaar dat ek in die rolstoel is en dat ek nie kan loop nie"
	"My ma-hulle het gesukkel om te aanvaar"
	"Ek kan niks self doen nie ek sal altyd afhanklik bly van my ouers"

3.7.3 Datasamevatting

Die data in hierdie studie is in Hoofstuk 4 in diepte opgeskryf en saamgevat.

Bogenoemde stappe is ook deur 'n onafhanklike kodeerder gevolg om temas en subtemas te identifiseer. Hierdie temas is vergelyk met die temas wat die navorser self geïdentifiseer het en ook met die temas wat uit die literatuurstudie na vore gekom het.

3.8 GELDIGHEID EN BETROUBAARHEID VAN NAVORSING

3.8.1 Geldigheid van die studie

Geldigheid van 'n studie is belangrik omdat dit bevestig dat die navorsing wel fokus op wat dit veronderstel is om te fokus (Goodwin 2002:115). Geldigheid fokus op die akkuraatheid en die gepastheid van die wetenskaplike bevindings (Wicks-Nelson & Israel 1997:71). Dit is baie belangrik dat kwalitatiewe navorsing beoordeel word volgens kriteria wat van toepassing is op die paradigma. Die volgende aspekte kan in ag geneem word:

- **Interne kohesie:** Was die resultate wat die navorser verkry het bevestig deur die data wat voorgelê was?
- **Voorstelling van bewyse:** 'n Goeie kwalitatiewe navorsingverslag behoort genoeg van die rou data aan te haal sodat die leser die interpretasie kan ondersoek.
- **Onafhanklike oudit:** Die data behoort so gestoor te word dat iemand anders die bewyse kan volg wat lei tot die finale verslag.
- **Triangulering:** In die verband poog die navorser om 'n ryker beskrywing van die aannames te maak om dit te versterk (Richardson 1996:191).

In die studie het die navorser gepoog om aan al bogenoemde aspekte naamlik interne kohesie, voorstelling van bewyse, onafhanklike oudit en triangulering aandag te skenk om sodoende geldigheid te verseker.

3.8.2 Betroubaarheid van die studie

Betroubaarheid verwys daarna dat indien 'n ander navorser die navorsing op 'n ander tydstip sou doen en die resultate ooreenstem, die navorsing betroubaar geag word. Indien nie, word die studie as onbetroubaar beskou (Wicks-Nelson & Israel 1997:71). Drie aspekte wat van toepassing is op die betroubaarheid van 'n kwalitatiewe studie is eerstens die waarde van die bevindings, tweedens die konsekwentheid van die bevindings, en derdens die neutraliteit van die ondersoeker (Louw 1997:34). Die navorser het verseker dat bogenoemde

aspekte in hierdie studie inaggeneem is om betroubaarheid te verhoog. Die Narratiewe Terapeutiese proses wat gevolg is het die betroubaarheid verhoog omrede die respondent self die aspekte van sy beleving geëksternaliseer en benoem het.

3.9 METODOLOGIESE BEPERKINGE TOT DIE STUDIE

Die metodologiese beperkinge tot die studie word in die hoofstuk ingesluit, maar sal in meer diepte in Hoofstuk 5 bespreek word met inagnome van beperkinge soos gedurende die proses geïdentifiseer. Die erkende metodologiese beperkinge sluit die klein steekproef in. Hoewel 'n tipiese steekproef gebruik is, is die geval slegs tipies tot die kliënt wat tot dusver hierdie proses ervaar het en nie die algemene populasie van adolessente met serebrale gestremdheid nie. Ten spyte van die beperkinge kan die bevindinge egter steeds van waarde wees in die praktyk.

3.10 ETIESE MAATREËLS

Etiese maatreëls word sekerlik as die belangrikste aspek van die navorsing beskou. Dit is belangrik dat die respondent nie net as 'n objek in die studie beskou word nie maar eerder as 'n respondent waarop die navorser staatmaak vir waardevolle inligting. Aangesien hierdie navorsing sensitief van aard is moes etiese maatreëls deurentyd en konsekwent toegepas word. Die toepassing van die maatreëls het beslis ook bygedra tot die daarstel van 'n vertrouensverhouding tussen die navorser en die betrokke adolessent, asook sy ouers en onderwyser wat aan die navorsing deelgeneem het.

Die eerste stap in etiese navorsing is om te verseker dat die respondent nie skade aangedoen sal word nie. Die respondent se regte moet te alle tye beskerm word, derhalwe moet die proses goed deurdink word sodat die respondent nie onnodige skade lei nie (Davitz & Davitz 1996:14).

Die volgende etiese maatreëls is in die studie toegepas, naamlik toestemming, anonimiteit, en die vryheid om te onttrek. Voor die navorsing begin moet die navorser en die respondent ooreenkom oor die aard van die navorsing en die verantwoordelikhede van al die partye (Goodwin 2002:43). Respondente kan slegs betrokke wees by die navorsing as hulle toestemming gegee het om deel te neem, dit is slegs moontlik om so besluit te neem as die voormalige respondent alle nodige inligting verkry het oor die voormalige navorsing (Drummond 1996:21). Die respondent was goed ingelig oor die verloop en doel van die navorsing voordat toestemming verkry was vir die navorsing.

Die respondent het die reg om anoniem te bly. Dit is die navorser se plig en verantwoordelikheid om die identiteit van die respondent te beskerm (Drummond 1996:19). 'n Skuilnaam is gebruik om die respondent se identiteit te beskerm en die ouers, onderwyseres en skool se name word nie in die studie genoem nie.

Die respondent het die reg om enige tyd en stadium van die navorsing te onttrek sonder vooroordeel (Drummond 1996:20). Die navorser was egter in die gelukkige posisie dat dit nie gebeur het nie. Die aanvanklike respondent wat gekies is vir die studie asook sy ouers en onderwyseres het die studie deurloop en voltooi.

Die respondent is ingelig oor die navorsingsproses en die terapisessie en hoe die video opnames gebruik sou word (Dowrick & Biggs 1983:23). Die navorser het slegs gefokus op die navorsingsvrae en alle inligting wat ingewin was hou verband met die studie (Drummond 1996:20).

Sekerlik die belangrikste aspek van hierdie bepaalde studie was die refleksie na afloop van die studie met die adolessent en sy gesin. Die navorser het 'n onderhoud met die respondent asook sy ouers en suster gereël. Tydens die onderhoud kon die respondent en die terapeut reflekteer oor die respondent se belewing van serebrale gestremdheid. Dit het vir die respondent die geleentheid

gebied om sy storie aan sy gesin te vertel. Al die betrokke partye het die onderhoud as baie insiggewend beskou.

3.11 SAMEVATTING

In hierdie hoofstuk is die verkose navorsingsbenadering, navorsingsontwerp en metodes van data-insameling en data-analise breedvoerig bespreek. Die keuse en gebruik van kwalitatiewe navorsingsbenadering is bespreek en die navorsingontwerp geïllustreer. Die seleksie van 'n deelnemer en die gebruik van gevallestudies is bespreek. Daaropvolgend is aandag aan die metodes van data-insameling en -analise geskenk. Ten laaste het die navorser die geldigheid, betroubaarheid en toepaslike etiese maatreëls bespreek soos op hierdie studie van toepassing. Vervolgens in Hoofstuk 4 word die data-analise uiteengesit en 'n sewentienjarige adolessent se beleving van serebrale gestremdheid beskryf.



HOOFSTUK 4 DATA-ANALISE EN LITERATUURKONTROLE

4.1 INLEIDING

In hierdie hoofstuk word die bespreking van die analise uiteengesit. Uit die rou data wat ingewin was deur onderhoude met ouers en die onderwyser, sewe Narratiewe terapisessies en vier terapeutiese briewe is drie temas met verskeie subtemas onder elk geïdentifiseer. Die terapeutiese proses word ook kortliks bespreek.

4.2 DATA-ANALISE

Data is as volg ingesamel:

Twee onderhoude met die respondent se ouers is geskeduleer, asook 'n gesins-onderhoud, waarby die respondent se suster ook betrokke was. Twee individuele onderhoude is gevoer met die respondent se klasonderwyseres. Al die voormelde onderhoude is op band opgeneem. Daarna is geen verdere onderhoude gevoer nie. 'n Narratiewe terapeutiese proses bestaande uit sewe Narratiewe terapisessies is op video geneem. Vier terapeutiese briewe is aan die respondent deur 'n terapeut geskryf.

Geen verdere sessies is na die sewende sessie geskeduleer nie aangesien die data 'n versadigingspunt bereik het en die respondent gereed was om sy terapie te termineer.

Die bande van die onderhoude sowel as die sewe terapisessies is getranskribeer en ontleed. Die navorser en 'n onafhanklike kodeerder het die data bestudeer. Herhalende woorde en temas is geïdentifiseer, waaruit die temas en subtemas benoem is.

Tabel 4.1 bied 'n uiteensetting van die temas en subtemas wat uit die data geïdentifiseer is. Die navorser en die onafhanklike kodeerder het hierdie temas en subtemas met mekaar vergelyk en konsensus bereik.

Tabel 4.1: Samevatting van geïdentifiseerde temas en subtemas

TEMA	SUBTEMA
1. Andries se beleving van serebrale gestremdheid	1.1 <i>Verstaan Nie</i> 1.2 <i>Frustrasie</i> 1.3 <i>Afhanklikheid</i> 1.4 <i>Die Gestremdheid</i>
2. Andries se beleving van sy gesin en serebraale lgestremdheid	2.1 Gesin se aanvaarding van serebrale gestremdheid 2.2 Oorbekerming van die gesin 2.3 <i>Verstaan Nie</i>
3. Andries se beleving van die gemeenskap se houding jeens die gestremdheid	3.1 <i>Die Pla-monster</i> 3.2 <i>Verstaan Nie</i>
4. Innerlike hulpbronne van 'n adolessent met serebrale gestremdheid	4.1 Geloof in self-selfvullende profesie 4.2 Praat met self 4.3 God se hulp 4.4 Sy solo "My pa is die Koning" 4.5 Sy deursettingsvermoë

4.3 BESPREKING VAN DATA-ANALISE EN LITERATUURKONTROLE

Die temas en subtemas soos uit die data blootgelê, asook 'n vergelyking van die resultate met relevante literatuur word vervolgens bespreek.

4.3.1 Tema 1: Andries se beleving van serebrale gestremdheid

Tydens Andries se storie van sy beleving van serebrale gestremdheid het hy vier faktore geëksternaliseer naamlik: *die Gestremdheid*, *Frustrasie*, *Afhanklikheid* en *Verstaan Nie*. Hoewel hy die konsep van eksternalisering verstaan, het hy tog op sekere tye die eienskap vir homself toe geëien en gesê "...ek voel

gefrustreerd...". Hier moes die terapeut hom help en wys dat *Frustrasie* op daardie oomblik by hom kom kuier het. Die kognitiewe gestremdheid het veroorsaak dat die terapeut hom moes bystaan; sekere kwessies moes verduidelik en vereenvoudig en dikwels herhaal word. Tog kan Andries hierdie vier faktore gemaklik eksternaliseer in sy belewing van die gestremdheid.

4.3.1.1 Subtema 1.1: Die Alleenheid

Uit Andries se storie van sy belewing van serebrale gestremdheid het die subtema van *die Alleenheid* duidelik na vore gekom. Andries stel: "Ek is baie alleen, ek is nie gewoond om maats by die huis te hê nie, ek is gewoonlik net by die huis". Hy beskryf *die Alleenheid* verder met die volgende stelling: "Ek het alleen groot geword".

Volgens Arbuckle (in Venter 1993:106) is die adolessent met 'n gestremdheid dikwels 'n alleenloper omdat hul nie toereikend kan sosialiseer nie en is dikwels ook nie selfgeldend nie. *Die Alleenheid* word verder bevestig wanneer Andries sê: "Ek gaan kuier nie baie nie; my sussie is die een wat baie gaan kuier...".

Weiss (in Venter 1993:102) beweer dat die verskille tussen broers en susters en die kind met 'n gestremdheid nie so opvallend is as hulle klein is nie, maar wanneer adolessensie en vroeë volwassenheid bereik word vergroot die gaping en die adolessent met 'n gestremdheid word agter gelaat. Broers en susters kan 'n beroep beoefen (in die geval het sy suster 'n B.Com.-graad behaal), hulle kry nooiens en kêrels, gaan uit, trou en het hul eie gesinne. Dit is vir die adolessent met serebrale gestremdheid baie moeilik om hierdie veranderinge te aanvaar. Andries beaam die literatuur met die volgende stelling: "Hoekom moet my lewe so 'boring' wees, ek kuier nie baie nie en ek is net die heeldag daar by die huis."

Coller (1995:23) beweer dat sosiale isolasie tot kontakverlies en vereensaming aanleiding gee wat tot angs, onrus, onsekerheid en vertwyfeling by die

adolessent lei. Die adolessent lewe dus met 'n gevoel van hopeloosheid en daar is voortdurend 'n onvermoë om hul ongelukkigheid uit te druk.

In die terapiessessies verwys Andries telkemale na hoe hy probeer het om *die Alleenheid* te oorwin. Hy stel dit soos volg: "...ek speel speletjies en kyk video's...". Hy gaan verder en sê: "Daar was al 'n paar keer dat ek gedink het selfmoord is die antwoord". *Die Alleenheid* oorweldig hom so dat hy die volgende stelling maak: "My kop hak gereeld uit en ek het al daaraan gedink om pille te drink...".

Coller (1995:23) beweer tereg dat die moderne adolessent krampagtige pogings aanwend om die alleenheid te ontvlug deur alkohol, video's ens. Deur sulke pogings word die innerlike leegheid slegs tydelik verlig.

4.3.1.2 Subtema 1.2: Frustrasie

Andries beleef die gestremdheid met uiterste frustrasie. Die gestremdheid verhoed hom om alledaagse takies uit te voer en dit is dan wanneer *Frustrasie* kom kuier. Sy onderwyseres bevestig die *Frustrasie* in haar stelling: "Andries raak baie ongeduldig en geïrriteerd, hy het 'n groot begeerte om te loop" . Andries verduidelik *Frustrasie* verder as hy die volgende stelling by die skool maak: "Ek kan nêrens heen gaan nie ek voel vasgedruk...".

Versteurings in motoriese en perseptuele ontwikkeling lei na ontevredenheid met die self en herhaalde mislukking gee aanleiding tot frustrasie (Lerner 1993:519). Andries is aangewese op sy rolstoel vir beweeglikheid. Hy kan homself beswaarlik stoot en is dus afhanklik van ander. As hy iewers wil heen gaan of iets wil doen is hy deeglik bewus van die *Frustrasie*, byvoorbeeld wanneer 'n stoel in die pad staan of 'n badkamer wat nie toeganklik is nie. Probleme met beweeglikheid skep frustrasie by die adolessent met serebrale gestremdheid (Louw 1997:16). Frustrasie kry soms die oorhand dit blyk uit die volgende: "Ek slaan my vuiste stukkend teen die muur".

“A common thing all of us living with cerebral palsy share is knowing how difficult and frustrating it can be sometimes just to do the little things, or having to accept things that are out of our control...” (Living with Cerebral Palsy 2000:1).

4.3.1.3 Subtema 1.3: Afhanklikheid

Nog ‘n subtema wat duidelik na voorskyn gekom het in Andries se beskrywing van sy belewing van serebrale gestremdheid is dat Afhanklik altyd deel sal wees van sy lewe. Andries stel: "...ek kan niks self doen nie ek sal altyd afhanklik bly van my ouers". Afhanklikheid is vir hom ‘n groot bekommernis en hy noem; "...as my pa weggaan, wie gaan my hanteer my ma en my sussie kan my nie optel nie, dit maak my bang."

Volgens Dovey en Graffan (in Louw 1997:18), sluit die toekomsdrome van adolessente met serebrale gestremdheid, net soos die van nie-gestremdes, gewoonlik drie elemente van ‘n eie gesin, ‘n eie werk en ‘n eie woonplek in, selfs in gevalle waar dit onwaarskynlik is dat die drome bewaarheid sal word. Andries besef dat Afhanklikheid sy ouers en sussie beïnvloed.

4.3.1.4 Subtema 1.4: Die Gestremdheid

Andries het sy belewing van die gestremdheid bloot as *die Gestremdheid* geëksternaliseer. Uit die data toon hy dat hy soms *die Gestremdheid* aanvaar en dan weer op ander tye opstandig daarteen raak. Dit is dus ‘n wisselvallige proses. Hy stel die volgende in die verband "*Die Gestremdheid* sukkel baie met my". Later noem hy "...ek moes dit aanvaar maar, ek vra nou nog hoekom straf God my so?". Andries se wisselvallige aanvaardingsproses word die duidelikste gestel as hy sê: "...vir my was dit die moeilikste om te aanvaar en ek het dit die maklikste aanvaar. Ek het probeer om dit vir my ma-hulle makliker te maak".

‘n Persoon met serebrale gestremdheid het die volgende stelling gemaak “The most frustrating part I have found is accepting the things you can and cannot do because of the disability” (CP Connection 2000:2).

4.3.2 Tema 2: ‘n Adollesent se beewing van sy gesin en serebrale gestremdheid

Drie subtemas is geïdentifiseer en word vervolgens beskryf. Dit is belangrik om in ag te neem dat dit Andries se eie beewing is; dit is hoe hy sy gesin se beewing van serebrale gestremdheid ervaar. Hoewel daar ekosistemiese inligting oor Andries ingewin is, is die fokus van hierdie studie sy beewing van die gestremdheid.

4.3.2.1 Subtema 2.1: Die gesin se aanvaarding van serebrale gestremdheid

Volgens Andries was en is aanvaarding van serebrale gestremdheid ‘n baie moeilike proses vir sy gesin: "My ma-hulle het gesukkel om te aanvaar". Die aanvaardingsproses van ouers met ‘n kind met ‘n gestremdheid sluit in skok, ontkenning, opstand, skuldgevoelens en neerslagtigheid (Louw 1997:22). Dit blyk dat die rouproses nie eenmalig is nie, maar telkens herhaal word wanneer die kind met serebrale gestremdheid ‘n nuwe fase in hul lewens toetree (Louw 1997:46).

Andries stel ook die volgende; "My sussie kan nou vir eens en vir altyd nie die gestremdheid aanvaar nie sy 'like' dit nie". Andries se moeder het die volgende opmerking gemaak “Dit hang af van my gemoedstoestand, eendag kan iemand vra vrae oor Andries en ek kan dit koel en kalm beantwoord en die volgende dag maak dit my ongemaklik en hartseer”.

4.3.2.2 Subtema 2.2: Oorbekerming deur die gesin

Oorbekerming is vir Andries ‘n groot bekommernis en hy sê: "...my pa wil nie hê ek moet groot word nie". Verder noem hy: "My sussie is baie baasspelerig sy sê

wat ek mag doen en nie mag doen nie, sy *Verstaan Nie* dat ek groot is nie". Kinders met serebrale gestremdheid word nie die geleentheid gegun om verantwoordelikheid te neem vir iets of iemand nie en mag hulle dit moeilik vind om sin aan die lewe te gee (Louw 1997:17).

Verder beweer Greengross (in Venter 1993:101) dat ouers en familie vergeet dat kinders leer deur blootgestel te word aan seerkry. As enige kind beskerm word teen pyn, tranes en verwerping, mis hy uit op 'n belangrike deel van die grootwordproses; meer nog, hy mis die bevrediging van die wete dat hy kan seerkry hanteer en heel anders uitkom. Deur oorbeskerming van kinders met serebrale gestremdheid het kinders 'n nog skraler kans om 'n onafhanklike lewe te lei, nie net fisies nie maar ook emosioneel (Venter 1993:102).

4.3.2.3 Subtema 2.3: *Verstaan Nie*

Andries het beleef dat *Verstaan Nie* ook by sy gesin en familie kom kuier. Hy stel die volgende: "My ma se familie *Verstaan Nie* hoe ek voel nie, hulle sukkel om te *Verstaan*". Hy toon 'n mate van moedeloosheid aangaande *Verstaan Nie* wat duidelik in die volgende weerspieël word: "My sussie *Verstaan Nie* en sal nooit *Verstaan Nie*, ek verwag dit ook nie van haar om te *Verstaan Nie*".

Met die verloop van die terapisessies is daar tog sprake van verandering wat duidelik blyk uit die volgende stelling: "My pa begin *verstaan* ek word nou groter" en ook "Ek weet ek is *verstaanbaar* mense moet net harder probeer om te *verstaan*". Dit was duidelik dat Andries wou hê *Verstaan Nie* moet ophou om sy gesin te manipuleer.

4.3.3 Tema 3: 'n Adollesent met serebrale gestremdheid se belewing van die gemeenskap

Uit die data het die volgende subtemas sterk na vore gekom met betrekking tot Andries se persepsie oor die gemeenskap se houding jeens gestremdheid.

4.3.3.1 Subtema 3.1: Die Pla-monster

Andries beleef dat die *Pla-monster* hom en ander besoek dit kom duidelik uit die volgende stelling: "...ek weet ek pla mense, hulle sê ek pla nie maar ek weet wat gaan in hul koppe aangaan. Ek weet net ek pla mense... hulle spel dit vir my uit. "Volgens Venter (1993:106) mag skaamte oor hul voorkoms, hulpmiddele wat gedra word of permanent aangewese op ander se hulp, bydra tot onttrekking van sosiale geleenthede. In Andries se geval is dit wel waar as hy sê "... ek sit eerder in my kamer". Hy sê ook vir sy gesin en familie hy wil nie saam gaan as hulle iewers heen gaan nie wat glad nie die geval is nie, hy wil hulle net die moeite spaar. Die *Pla-monster* beïnvloed dus Andries se persepsie oor ander.

4.3.3.2 Subtema 3.2: Verstaan Nie

Verstaan Nie besoek ook die gemeenskap. Uit die data toon dit dat Andries beleef dat die gemeenskap nie die gestremdheid *Verstaan Nie*. Hy stel dit so: "...hulle weet nie hoe om met 'n gestremde persoon te werk nie". Hy is egter van mening dat mense verskil, wanneer hy sê: "...party mense verstaan moeilik en ander verstaan maklik", en verder: "...mense *Verstaan Nie* want hulle luister nie". Sy beleving van *Verstaan Nie* het egter 'n groot invloed op hom as mens: "Partykeer voel ek alleen as mense nie *Verstaan Nie*".

Uit die data blyk dit dat Andries die handdoek in gegooi het en sy geloof in die gemeenskap verloor het. Hy stel die volgende: "Ek maak nie maklik oop nie want ander sal nie *Verstaan Nie*". Sestig persent van adolessente met serebrale gestremdheid beleef dat *Verstaan Nie* hul lewens beïnvloed (Venter 1993:155).

4.3.4 Tema 4: Innerlike hulpbronne van 'n adolessent met serebrale gestremdheid

4.3.4.1 Subtema 4.1: Geloof in self (selfvervullende profesie)

Andries het ook telkemale verwys na sy interne hulpbronne as deel van sy belewing van sy gestremdheid. Hy stel dit as volg; "... dit voel nie altyd of ek sterk is nie, maar ek weet ek is...". Hy bevestig dit later deur die volgende te noem: "My sussie is nie so sterk soos ek nie". Andries se ouers het ook melding gemaak daarvan dat sy naam 'sterk een' beteken en hulle het van geboorte af besef dat dit letterlik en figuurlik waar is van hom. Sy pa beskryf hom as 'n aanhouer in die oueronderhoud.

4.3.4.2 Subtema 4.2: Praat met self

Die vraag is aan hom gestel wat motiveer hom as *Alleenheid* of *Frustrasie* teenwoordig is, en sy antwoord was duidelik en met baie selfvertrou die volgende: "...ekself, ek sê vir myself ek kan". Een van sy gunsteling uitdrukkings is die volgende: "Aanhouer wen!". Andries se interne dialoog is dus 'n positiewe sterk hulpbron vir hom.

UNIVERSITY
OF
JOHANNESBURG

4.3.4.3 Subtema 4.3: God se hulp

Andries het telkens melding gemaak van sy geloof in God en dat hy bewus is daarvan dat God hom dra as dinge vir hom te veel word. Hy stel die volgende: "Ek weet God help my". In sy se slotopmerkings gedurende die laaste terapisessie sê hy: "Ek weet God het 'n doel met my lewe". Dit is dan ook die wete wat sin en betekenis aan sy lewe gee. Hy draai na Sy God as *Frustrasie* en *Alleenheid* hul verskyning maak, en vra dan: "Hoekom straf God my so?". Hy korrigeer homself egter weer deur die versekering wat hy het dat God hom sal ondersteun: "Ek weet God hoor as ek bid".

Gedurende die terapisessies gebruik Andries telkemale die woorde: "Ek weet nie, ek sal daarvoor moet gaan dink". Tog is dit baie opvallend dat wanneer hy na

God verwys, daar sekerheid in sy gemoed is. Hy weet God is daar vir hom. Sy voorkeurmusiek as *Frustrasie* of *Alleenheid* kom kuier is dan ook geestelik.

4.3.4.4 Subtema 4.4: Sy sangsolo “My pa is die Koning”

Andries is deel van ‘n geestelike sanggroep wat elke tweede Sondag optree, waar hy ‘n soloutvoering van die lied “My Pa is die Koning” lewer. Dit is duidelik dat hy elke dag elke woord van die lied uitleef. Deur aan die sanggroep te behoort gee vir hom sin en betekenis in sy lewe en dit laat hom voel dat hy ‘n bydrae maak. Volgens sy ouers moes alle kennise, vriende en familie al sy solovertoning bywoon. Hy stel dan ook die volgende: “[Ek lewe vir die sanggroep en my lied](#)”.

4.3.4.5 Subtema 4.5: Sy deursettingsvermoë

Andries se deursettingsvermoë was vir my as terapeut merkwaardig. In alle aspekte van sy lewe is daar sprake daarvan: eerstens as klein babatjie wat moes veg vir sy lewe, en later in die skool waar hy ook beloon is met ‘n toekening daarvoor. Sy deursettingsvermoë dien ook vir sy ouers en onderwyseres as inspirasie. Dit is merkwaardig hoe hard hy werk en hoe baie inspanning dit van hom verg om alle daagse take uit te voer. Hy is besonder trots op sy prestasie om telefoonnommers te memoriseer. Hy merk trots op: “[Ek ken almal se telefoon nommers](#)”. Hy het ook op sewentienjarige ouderdom besluit hy wil lees. Hy oefen daaglik om hierdie vaardigheid te bemeester en stel met trots “[Ek kan lees!](#)”. Tans lees hy net drieletter-woordjies, maar as terapeut glo ek dat hy kan verbeter, gewoon omdat hy so hard daaraan werk.

4.4 SAMEVATTING

In die hoofstuk was die ontleding van die data bespreek. Die geïdentifiseerde temas en subtemas was met relevante literatuur vergelyk. Andries se belewing van serebrale gestremdheid word volgens die data in vier hooftemas verdeel naamlik: Tema 1: Sy belewing van serebrale gestremdheid; Tema 2: Sy belewing

van sy gesin en serebrale gestremdheid; Tema 3: Sy belewing van die gemeenskap se houding jeens serebrale gestremdheid; en Tema 4: Innerlike hulpbronne. Elk van die temas is ook in subtemas verdeel en bespreek. Die terapeutiese proses is ook kortlik bespreek. In die volgende en laaste hoofstuk word die vernaamste bevindinge van die studie saamgevat en gevolgtrekkings gemaak. Hierna word die beperkinge en leemtes van die studie uitgewys. Aanbevelings oor verdere navorsing en veral die terapeutiese proses psigoterapie met leerders met gestremdhede word gedoen.



HOOFSTUK 5

BEVINDINGS EN AANBEVELINGS

5.1 INLEIDING

In hierdie hoofstuk word bepaal of die aanvanklike doelwitte van die navorsing bereik is. Gevolgtrekkings word gemaak uit die inligting wat die data-analise opgelewer het. Tekortkominge van die navorsing word aangetoon. Aanbevelings word deur die terapeut gemaak en die terapeut se persoonlike gewaarwording en refleksie word kortliks bespreek.

5.2 BEVINDINGS VAN DIE DATA

Die doel van hierdie studie was eerstens om 'n adolessent se beleving van serebrale gestremdheid te verken, tweedens om innerlike hulpbronne te identifiseer en laastens om aanbevelings aangaande terapie met adolessente met gestremdhede te maak. Uit die data het die navorser vier hooftemas onderskei wat Andries se beleving van serebrale gestremdheid beskryf:

Tema 1: Andries se beleving van serebrale gestremdheid

Tema 2: Andries se beleving van sy gesin en serebrale gestremdheid

Tema 3: Andries se beleving van die gemeenskap se houding jeens serebrale gestremdheid

Tema 4: Innerlike hulpbronne

5.3 BESPREKING VAN DIE DATA

Tema 1: Andries se beleving van serebrale gestremdheid

In die studie is daar gefokus op Andries se beleving van serebrale gestremdheid. Die volgende was herhaaldelik in die data bevestig: Andries beleef *die Gestremdheid* as 'n intense Alleenheid. Dit word gevolg deur *Frustrasie* as gevolg van afhanklikheid en ontoeganklikheid. Die *Gestremdheid*

word ook gekenmerk deur 'n wisselvallige aanvaarding. Sommige dae is beter as ander en soms vra hy hoekom God hom so straf.

Tema 2: Andries se beleving van sy gesin en serebrale gestremdheid

Andries se gesin is alles is sy lewe en hulle welstand is vir hom van besondere belang. Hy probeer om die gevolge van die *Gestremdheid* vir hulle so maklik as moontlik te maak. Hy beleef egter dat *Verstaan Nie* by sy ouers en veral sy sussie kom kuier. Hulle sukkel om te aanvaar dat hy groot word.

Tema 3: Andries se beleving van die gemeenskap se houding jeens serebrale gestremdheid

Andries is aanvanklik baie negatief oor die gemeenskap omdat hy beleef dat *Verstaan Nie* ook by hulle kom kuier en dat hy in hul oë kan sien dat die Plamonsster teenwoordig is. Hy probeer kontak met vreemdes so ver as moontlik vermy.



Tema 4: Innerlike hulpbronne

Andries se innerlike hulpbronne was besonder kenmerkend, hy glo in homself en huiwer nie om vir homself te sê: “Aanhouer wen” of “Ek kan, ek is sterk...”. Sy naam dien ook vir hom as 'n selfvervullende profesie wat ‘sterk een’ beteken. Kenmerkend in Andries se lewe is sy geloof en vertroue in God. Hy leef dan ook sy geloof uit deur 'n solo te sing “My Pa is die Koning”. Andries dien as inspirasie vir sy ouers en onderwysers deur sy ongelooflike deursettingsvermoë. Hy is werklik merkwaardig en as terapeut het ek baie by hom geleer.

5.4 AANBEVELINGS

Soos reeds genoem in die probleemstelling van die studie is daar 'n leemte vir psigoterapie met leerders met gestremdhede. Dit is 'n veld wat ook tot dusver nie genoegsaam nagevors is nie. Leerders met gestremdhede het dieselfde behoeftes as nie-gestremde leerders. Leerders met gestremdhede het die reg om ook die ervaring/voordele van psigoterapie te kan beleef.

Op grond van die terapeut se ervaring tydens die terapeutiese proses word die volgende aanbevelings gemaak:

- Werk op die kliënt se kognitiewe ontwikkelingsvlak tydens terapiessessies.
- Fokus die kliënt se aandag voortdurend op die saak; korter sessies word aanbeveel.
- Vermy of elimineer enige agtergrond geluide en steurnisse.
- Gee die kliënt die geleentheid om voor die sessie vir 'n paar minute lief en leed te bespreek.
- Werk baie konkreet, gebruik die adolessent se sintuie om hom so aktief moontlik betrokke te kry.
- Indien tekeninge gebruik word, skryf kernwoorde in eenvoudige taal by.
- Fokus op wat die adolessent reeds vermag het en werk net 'n vlak bo dit sodat dit vir die kliënt kognitief 'n uitdaging is en sy selfbeeld in die proses gebou kan word.
- Betrek so veel as moontlik vriende, familielede en onderwysers.
- Dit is raadsaam om na die kliënt se taal te let. Die terapeut gebruik soms abstrakte terme of woorde in 'n register wat die kliënt nie verstaan nie, byvoorbeeld 'volwasse' in plaas van 'groot', 'insig' in plaas van 'verstaan'. Die kliënt het ook nie altyd die vrymoedigheid om te vra wat word bedoel nie.
- Deur die begrip eksternalisering aan die kliënt te verduidelik kan die terapeut agterkom of die kliënt dit verstaan. Dit is egter belangrik dat die kliënt gemotiveer sal word om self die probleem te eksternaliseer as hy na die probleem verwys.
- Geniet die kliënt met sy unieke kognitiewe vermoë en sêgoed.
- Wend 'n aktiewe poging aan om die kliënt aktief te betrek by die terapeutiese proses.
- Poog om 'ja-' en 'ek weet nie'-antwoorde te vermy deur oop vrae te vra.
- Wees fisies op die kliënt se vlak – verkieslik op die mat as die kliënt klein is. Indien hy in 'n rolstoel sit kan hy uitgetel word. (Wees versigtig en moet

dit liefies nie alleen aanpak nie. Vra hulp en raad by die versorgers.) Soms kan hy egter self uitklim.

- Maak seker dat die kliënt gemaklik sit, bring kussings of kry 'n sagte mat.
- Maak die kliënt 'n aktiewe deelnemer in die terapeutiese proses. Lig hom in oor die proses. Maak hom 'n mede-terapeut om nog beter resultate te verkry.
- Skenk baie aandag aan die verhouding tussen terapeut en kliënt.
- Hou die kliënt op hoogte van die terapeutiese proses.
- Geestelike selfsorg is uiters belangrik wanneer met 'n adolessent met serebraal gestremdheid gewerk word. Die terapeut kan soms ook nie Verstaan dat sulke hartseer in die wêreld is nie. Spirituele krag is noodsaaklik om emosies in bedwang te hou in die terapiekamer. Fokus op die mooi in die kliënt, en op sy sterkpunte en innerlike hulpbronne, eerder as op die negatiewe hartseer van die situasie.
- Die sleutel tot sukses is genot en humor!

5.5 TEKORTKOMINGE VAN DIE STUDIE

Die volgende leemtes of tekortkominge was in die studie blootgelê:

- Die beperkte omvang van die studie het tot gevolg gehad dat slegs 'n oorsig van die navorsingsprobleem onderneem kon word, wat min ruimte vir 'n dieptestudie van die onderwerp gelaat het.
- Daar is slegs een adolessent met serebrale gestremdheid en sy ouers en onderwyseres in die studie betrek. Die gevallestudie is dus betreklik klein en daarom kan die bevindings nie vry veralgemeen word nie.
- Die onderwerp van die navorsing is moontlik ook te wyd. Te veel verskillende aspekte was waarskynlik in die terapie gedek.
- Die terapeutiese proses het oor slegs sewe ontmoetings gestrek.

5.6 REFLEKSIE EN PERSOONLIKE BELEWING VAN DIE STUDIE

As beide navorser en terapeut was dit 'n besondere ervaring om saam met Andries sy belewing van serebrale en kognitiewe gestremdheid te eksplorieer en te dokumenteer. Hy het verrassende insig getoon en dit het opnuut bevestig dat die individu die kundige in sy eie lewe is. Ten spyte daarvan dat hy 'n adolessent met kognitiewe gestremdheid is, kon hy die invloed van die gestremdheid op sy lewe met my deel. Andries het besonder maklik sy storie aan my vertel en het dit geniet om 'n gehoor te hê. Hoewel hy nie altyd self in ekternaliserende taal gepraat het nie het hy die begrip verstaan. Hy was gemaklik daarmee dat *Verstaan Nie* die probleem is, en nie hy nie.

Andries het tot 'n groot mate sy belewing van die *Gestremdheid* vir homself gehou en sy ouers was onbewus van hoe hy dit beleef. Dit het vir hulle baie beteken om beter te kan verstaan. Die groei en ontwikkeling in Andries sowel as sy gesin was duidelik wat betref hulle begrip van die *Gestremdheid*.

As navorser voel ek tevrede met die navorsingsresultate. Dit het my begrip van 'n adolessent se belewing van serebrale gestremdheid baie verbreed en my met ander oë na die persoon agter die gestremdheid laat kyk.

5.7 SLOT

In hierdie studie is 'n stem gegee vir 'n adolessente leerder met serebrale gestremdheid. Hy het vir die eerste keer in sy lewe kennis gemaak met die terapeutiese proses en ook met die nuwe taal wat deur Narratiewe terapeute gebruik word. In hierdie taal en proses word probleme geëksternaliseer om 'n eie identiteit te kry.

In hierdie geval het Narratiewe Terapie geslaag. Dit het Andries in staat gestel om sy belewing van die *Gestremdheid* en die invloed daarvan te verwoord. Die aanname word afgelei uit die observasie van Andries deur die terapeutiese proses. Hy het 'n beter begrip van die *Gestremdheid*, die *Alleenheid* en veral

Verstaan Nie bekom. Hy het deur die terapeutiese proses tot so mate ontwikkel en gegroei dat hy sy storie met sy gesin kon deel.

Die navorsingsresultate blyk suksesvol te wees en die doel van die studie is bereik. Dit het bygedra tot 'n beter begrip van die *Gestremdheid* en aspekte wat daarmee gepaard gaan.

Dit is egter 'n veld wat oop is vir verdere navorsing. Baie navorsing in die verband is nog nodig om te bepaal of ander terapeutiese benaderings suksesvol kan wees met leerders met gestremdhede. Die sleutel tot sukses bly egter om op die kliënt se ontwikkelingsvlak te werk en taal te gebruik wat die kliënt verstaan.

Ten slotte Andries se eie woorde oor sy beleving van serebrale gestremdheid:
“*Mense Verstaan Nie die Gestremdheid nie, want hulle luister nie*”.



BRONNELYS

Anderson, H. en Goolishian, H. (1988) Human systems as linguistic systems. *Family Process*, 27(4), Desember 1988:371-393.

Anderson, W. (1990) *Reality isn't what it used to be*. San Francisco: Harper & Row.

Baker, C.; Pistrang, N. en Elliott, R. (1994) *Research methods in clinical and counselling psychology*. England: Wiley.

Baumberger, J.P. en Harper, R.E. (1999) *Assisting Students with disabilities. What School Counselors can and must do*. California: Corwin Press, Inc.

Blaauw, H.J. (2002) *Serebrale gestremdheid in hoër onderwys: 'n Outobiografiese narratief*. Johannesburg: Randse Afrikaanse Universiteit (ongepubliseerde Magister verhandeling).

Blau, G.M. en Bullotta, T.P. (1996) *Adolescent Dysfunctional Behavior*. London: Sage Publisher.

Blow, A.J. (2002) Helping clients develop a network of significant social relationships. *Journal of Systemic Therapies*. Summer 2002,21(2):67.

Breakwell, G.M., Hammond, S. en Fife-Schaw, C. (1995) *Research methods in psychology*. London: SAGE Publications.

Onbekend. *Living with cerebral palsy*. [aanlyn] Beskikbaar by: <http://cpconnection.com/ShareStory/> [toegang verkry Maart 2004].

Coller, A.J. (1995) *Die eietydse jeugproblematiek*. Pretoria: OKP.

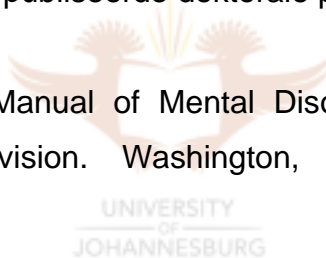
Creal, L.D. (1994) *The 'Disability of thinking' the 'disabled' body*. Toronto, Canada: York University.

Cresswell, J.W. (1994) *Research design: Qualitative and Quantitative Approaches*. London: Sage.

Davitz, J.R. en Davitz, L.L. (1996) *Evaluating research proposals*. New Jersey: Prentice Hall.

De Jager, J.J. (1994) *Lokus van kontrole as 'n aspek van leerderlike verantwoordelikheid by die serebraal gestremde leerder*. Johannesburg: Randse Afrikaanse Universiteit (ongepubliseerde doktorske proefskrif).

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR) (2000) Fourth Edition. Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association.



Donald, D.; Lazarus, S. en Lolwana, P. (1997) *Educational psychology in social context*. Cape Town: Oxford University Press.

Drummond, A. (1996) *Research methods for therapists*. London: Chapman & Hall.

Du Plessis, J.M. (1991) *Die belewingswêreld van oudleerlinge van skole vir serebraal gestremdes*. Stellenbosch: Universiteit van Stellenbosch (ongepubliseerde doktorske proefskrif).

Eloff, I. en Ebersöhn, L. (2004) *Keys to Educational Psychology*. Cape Town: UCT Press.

Els, L. (2000) *The co-construction of a preferred therapist self of the educational psychology student*. Randse Afrikaanse Universiteit (ongepubliseerde doktorsproefskrif).

Els, L. (2003) *Compassionate training. Exploring a narrative approach to our work*. Werkswinkel gehou by RAU: Johannesburg 22-24 July 2003.

Engelbrecht, P.; Kriegler, S.M. en Booyen, M.I. (1996) *Perspectives on learning difficulties. International concerns and South African realities*. Western Cape: JL Van Schaik Publishers.

Engelbrecht, P. en Green, L. (2001) *Promoting learner development*. Western Cape: JL Van Schaik Publishers.

Flick, U. (1998) *An introduction to qualitative research*. London: Sage Publications.

Furlonger, B.E. (1999) Narrative Therapy and children with hearing impairments. *Children & youth psychology* 144(4).

Goodwin, C.J. (2002) *Research in Psychology methods and design*. Third edition. USA: John Wiley & Sons, Inc.

Gergen, K.J. (1992) Towards a postmodern psychology. (In: Kwale, S ed. 1992: *Psychology and postmodernism*. London: Sage.

Grimbeek, M.E. (1998) *Korttermyn terapie met getraumatiseerde kleuters*. Johannesburg: Randse Afrikaanse Universiteit (ongepubliseerde Magister verhandeling).

Halliday, P. (1989) *Special needs in ordinary schools*. Great Brittan: Cassell.

Hawkins-Shepard, C. (1994) Mental Retardation. *ERIC Digest E528*. [aanlyn] Beskikbaar by: <http://ericae.net/db/digs/ed372593.htm> [toegang verkry Februarie 2004].

Hersen, M. en Hasselt, V.B. (1990) *Psychological Aspects of developmental and physical disabilities*. London: SAGE Publications.

Hickson, L.; Blackman, L.S. en Reis, E.M. (1995) *Mental Retardation foundations of educational programming*. Boston: Allyn & Bacon.

Hurley, A.D. (1998) *Two cases of suicide attempt by Patients with Down's Syndrome*. [aanlyn] Beskikbaar by: <http://ps.psychiatryonline.org/cgi/content/full/49/12/1618> [toegang verkry Maart 2004].

Jackson, S.L. (2003) *Research methods and statistics. A critical thinking approach*. Australia: Thomson Wadsworth.

Kapp, J.A. (1990) *Kinders met probleme*. Pretoria: JL van Schaik (Edms) BPK.

Koman, L.A.; Smith, B.P. en Shilt, J.S. (2004) Cerebral palsy. *The Lancet*. (363)May 15. [aanlyn] Beskikbaar by www.thelancet.com [toegang verkry Maart 2004].

Kruger, D. (1996) *Spesiale Onderwysbehoefte: Leerders met spesiale onderwysbehoefte*. Verdere Diploma in Onderwys handleiding. Pretoria: Universiteit van Suid-Afrika.

Lerner, J.W. (1993) *Learning disabilities. Theories, Diagnosis and Teaching Strategies*, Sixth Edition. Boston : Houghton Mifflin Company .

Lobovits, D., Epston, D & Freeman, J (2000:1). [aanlyn] Beskikbaar by:
www.narrativeapproaches.com/tensecintro.htm [toegang verkry Junie 2004].

Louw, D.A. (1990) *Menslike ontwikkeling*. Tweede uitgawe. Pretoria: HAUM.

Louw, I.S. (1997) *Riglyne vir opvoedkundige sielkundiges vir ouerbegeleiding aan ouers van serebraal-gestemde leerders*. Johannesburg: Randse Afrikaanse Universiteit. (ongepubliseerde Magister verhandeling).

Matheson, J. (2004) *Labels we give children are not the whole story*. [aanlyn] Beskikbaar by: <http://www.eastbaytherspist.org/news/index.html>. [toegang verkry Maart 2004].

Mbeki, T.M. (1997) *White paper on an Integrated National Disability Strategy*. Office of the deputy President. Western Cape: Rustica Press.

Merriam, S.B. (1998) *Qualitative research and case study applications in Education*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Morgan, A. (2000) *What is narrative therapy?* Australia: Dulwich Centre Publications.

Mouton, J. en Marais, H.C. (1990) *Basic Concepts in the methodology of the social sciences*. Pretoria: Penrose Book Printers.

Onbekend (2000) *News in the disability community*. [aanlyn] Beskikbaar by:
<http://www.cpconnection.com/sharestory.htm> [toegang verkry Augustus 2004].

Ratanawangsa, B. (2001) [aanlyn] Beskikbaar by:
<http://www.emedicine.com/neuro/topic533.htm> [toegang verkry Februarie 2004].

Rich, R. (2001) *Narrative Therapy*. [aanlyn] Beskikbaar by:
<http://www.hotkey.net.au/~bobrich/psych/index.html> [toegang verkry Junie 2004].

Richardson, J.T.E. (1996) *Handbook of qualitative research for psychology and methods the social sciences*. Australië: BPS Blackwell.

Rubin R.B., Rubin A.M., en Piele L.J. (1990) *Communication Research: Strategies and Sources*. Second Edition. Belmont: Wadsworth.

SA Federation for Mental Health (outeur onbekend) (1998) *Mental Handicap and employment*. Pamflet. Johannesburg: Information and Resource Centre.

SA Federation for Mental Health (outeur onbekend) (2000) *Mental Handicap. How the family can cope*. Pamflet. Johannesburg: Information and Resource Centre.

Schweigert, W.A. (1998) *Research methods in Psychology*. Boston : Brooks/Cole Publishing Company.



Selekman, M.D. (1997) *Solution-Focused Therapy with Children*. New York: The Guilford Press.

Seligman, M. (1991) *The family with a handicapped child*. Second Edition. Boston: Allyn and Bacon.

Smith, C. en Nylund, D. (1997) *Narrative therapies with children and adolescents*. New York: The Guilford Press.

Stangor, C. (1998) *Research methods for the behavioral sciences*. Boston: Houghton Mifflin Company.

Tomasulo, D.J., Keller, E. en Pfadt, A. (1995) *The healing crowd: Process, content and techniques issues in group counseling for people with mental retardation*. [aanlyn] Beskikbaar by: <http://thearc.org/faqs/group.html>. [toegang verkry Maart 2004].

Venter, R.D. (1993) *Die seksualiteitsbeleving van 'n groep serebraalgestremde adolessente*. Pretoria: Universiteit van Pretoria. (ongepubliseerde Magister verhandeling).

Westling, D.L. (2001) *Teaching students with Severe Disabilities*. New Jersey: Merrill an imprint of Prentice Hall.

White, M. (1998) *Narrative therapy*. Adelaide: Dulwich Centre Publications.

White, M. (2000) *Narrative Therapy*. [aanlyn] Beskikbaar by: <http://www.massey.ac.nz/~i75202/lectla/goingon.htm> [toegang verkry Junie 2004].

White, M. (2002) *Commonly asked questions about narrative therapy*. [aanlyn] Beskikbaar by: <http://www.dulwichcentre.com.au> [toegang verkry Junie 2004].

White, M. en Epston, D. (1990) *Narrative means to therapeutic ends*. New York: W.W. Norton & Company.

Wicks-Nelson, R. en Israel, A.C. (1997) *Behavior disorders of childhood*. Third Edition. New-Yersey: Prentice Hall.

Winslade, J.M. en Monk, G. (1998) *Narrative Counseling in Schools*. New York: Wiley, John & Sons.

BYLAAG 1

Voorbeeld van toestemmingsvorm deur ouers

Volle naam:

Adres:

.....

Hiermee word toestemming verleen aan die Randse Afrikaanse
Universiteit om:

- Inligting te bekom in verband met
.....
(adolesent se naam) van ander persone en instansies, of om
die inligting en informasie oor te dra aan ander persone en
instansies.
- Gebruik te maak van voorsiene data (wat anoniem en streng
konfidensieel sal bly) vir navorsing en publikasie doeleindes.
- Video- en bandopnames te maak gedurende die onderhoude
en terapie- sessies. Die opnames sal streng konfidensieel en
anoniem behandel word.

Geteken te op die dag van

.....

die jaar

HANDTEKENING VAN KLIËNT/OUER/VOOG

BYLAAG 2

VOOROPGESTELDE VRAELYS AAN DIE OUERS

Inneem - vorm

Kind			
Naam:		Noem naam:	
Geboorte datum:		Huis taal:	
Woon adres:		Ouderdom:	

Biografiese Inligting			
Huwelik staat:		Verhouding:	
Vader			
Geboorte datum:		Geloof:	
Kwalifikasie:		Beroep:	
Telefoon: (Werk)		(Tuis)	
Woon adres:			
Moeder			
Geboorte datum:		Geloof:	
Kwalifikasie:		Beroep:	
Telefoon: (Werk)		(Tuis)	
Woon adres:			
In geval van egskeiding			
Wettige toesig:		Alby ouers toestemming:	
By wie woon kind:		Verantwoordelik vir rekening:	
Broers & Susters			
Naam:		Ouderdom & Gr.	
Naam:		Ouderdom & Gr.	
Naam:		Ouderdom & Gr.	
Naam:		Ouderdom & Gr.	

Skolasiese Besonderhede			
Skool:		Onderwyseres:	
Graad:		Telefoon nommer:	
Buitemuurs:		Vriende:	
Gedruip:		Tramatiese erv.	
Beste vak:		Swakste vak:	
Gedragprobleme:			

Aanmelding	
Verwys deur:	
Rede vir verwysing:	
Stem u saam met verwysing:	
Is daar iets anders wat aandag moet geniet:	
Watter veranderinge sal u graag wil sien:	
Watter inligting sal u graag wil bekom:	

BYLAAG 3

VOORBEELD VAN GETRANSKRIBEERDE VIDEO-OPNAME VAN TERAPIESESSIES

Terapiesessie 3

T: Lees Prof. Jacqui se brief.

A: Ja, daar is so paar goed wat ons oor kan praat, ek sal bietjie gaan dink wat dit is.

T: Ons het laas keer vir *Verstaan Nie* geteken, kan ons hom vandag by die deur uitgooi.

A: Ja.

(Haal papier uit)

T: Ek en jy gaan vandag verstaan.

A: Kan jy my teken?

T: Jy gaan my help. Vandag is die dag wat ons gaan verstaan, is die papier lank genoeg.

T: Ek wil *Verstaan Nie* by die deur uitgooi, dat ons vandag kan verstaan waar kom Andries vandaan, is jy reg?

A: Ja

T: *Verstaan Nie* kom kuier by baie mense en partykeer by jou ook.

T: Waar gaan jy lê, is jy gereed?

(Trek Andries op papier af)

T: Hoe gaan jy lê dat ons die mooiste kan teken, kom mnr. wil daai been niks weet nie, arms plat, is jy reg kan ek jou trek. Een vinger, 2,3,4,5 het jy 'n kop en bene soos hulle hier lê. 'Move'! (Andries lag)

T: Wie is dit, is jy Andries?

A: Ja, die papier is sterk.

T: Kan ons vir jou 'n belt teken?

A: Ja.

T: (Lag)

A: [Jy kan goed teken.](#)

T: Lyk dit soos jy?

A: [Ja.](#)

T: Ons moet die papier nou vol maak van jou.

T: Vandag gaan ons verstaan wie is jy en waar kom jy vandaan.

T: As jy iets sien wat jou aan jousef laat dink sê my dan sny ons dit uit en plak dit op die papier.

A: [Sigarette.](#)

T: Waar pas dit in, rook jy?

T: [Nee.](#)

T: Wie rook?

A: [Groot mense.](#)

T: Waar plak ons dit?

A: [In my hand.](#)

T: So sigarette sê jy is groot.

A: [Ja.](#)

T: En weet jy wat ek dink, jy maak goeie keuses.

A: [Tussen reg en verkeerd.](#)

T: Sien jy, jy weet, wat beteken dit.

A: [Ja.](#)

A: [Ek is slim.](#)

T: Jy is slim genoeg om te weet sigarette is goed of sleg vir jou, jy moet sê as jy iets sien wat jou aan jousef dink.

(Wys na man wat glimlag)

T: Het dit iets met jou te doen?

A: [Ja partykeer en partykeer nie.](#)

T: Moet ek een soek wat nie "smile" nie?

A: [Ja.](#)

T: Jy moet soek vir goed.



A: Ja.

(Praat oor ouers onbenullige inligting)

T: Ek wil verstaan waar kom jy vandaan Andries.

(Blaai boek deur, sien man wat lyk of hy diep dink)

A: Ek dink baie.

T: Waar plak ons hom?

A: Op my kop.

T: Wat dink jy?

A: Hoekom moet my lewe so boring wees, ek kuier nie baie nie ek is net die heeldag daar by die huis.

T: Wat nog?

A: Hoekom kry my ma sulke uitbarstings?

T: So *Verstaan Nie* kom kuier by jou ook?

A: Ja

A: Selfoon.

T: Is dit belangrik vir jou?

A: Ja.

T: Help dit jou om kontak te maak met mense.

A: Ja.

T: Kan jy met 'n selfoon werk?

A: Ja.



BYLAAG 4

VOORBEELD VAN GETRANSKRIBEERDE BANDOPNAME VAN ONDERHOUD MET OUERS

- Vader: Die atmosfeer in die huis is baie belangrik vir hom, omdat hy so 'n pyn is. Hy is baie fyn.
- Moeder: Ek kan net bietjie stil wees die dag dan wil hy weet wat is verkeerd.
- Vader: Maar weet jy Andries het 'n ongelooflike sterk wilskrag.
- Moeder: O, verskriklik.
- Vader: As hy sy kop op 'n ding gesit het, hy is 'n voorbeeld vir ons.
- Moeder: Ja nee almal in die familie praat daaroor.
- Vader: As hy sy kop op 'n ding gesit het en hy wil daardie ding doen, moet hom nie probeer ontmoedig nie. Hy wil dit self doen. Baie keer as hy nou regtig vasbrand, hy het 'n manier om sy mond op 'n punt te trek dan moet jy nou weet jy moet kom help.
- Moeder: Ons kan so lag vir hom.
- (almal lag)

