Die Belewing van Adolessente met Aandagtekort/Hiperaktiwiteit Versteuring - ’n Kollektiewe Gevallestudie

deur

Anél Engelbrecht

Tesis ingelewer ter gedeeltelike voldoening aan die vereistes vir die graad van Magister in Opvoedkunde (Opvoedkundige Sielkunde)

aan die

Universiteit van Stellenbosch

Departement van Opvoedkundige Sielkunde

Fakulteit Opvoedkunde

Studieleier: M.D. Perold

Desember 2009

VERKLARING

Deur hierdie tesis elektronies in te lewer, verklaar ek dat die geheel van die werk hierin vervat, my eie, oorspronklike werk is, dat ek die outeursregeienaar daarvan is (behalwe tot die mate uitdruklik anders aangedui) en dat ek dit nie vantevore, in die geheel of gedeeltelik, ter verkrying van enige kwalifikasie aangebied het nie.

____

Datum

Kopiereg © 2009 Universiteit van Stellenbosch

Alle regte voorbehou

OPSOMMING

Aandagtekort/Hiperaktiwiteit Versteuring (AT/HV) is een van die algemeenste gedragsversteurings in Suid-Afrika. Ten spyte van die rykdom navorsing oor AT/HV, is studies rakende adolessente se belewing van hulle eie AT/HV in die literatuur beperk. Die doel van hierdie kwalitatiewe studie was om, deur middel van verkennende en beskrywende navorsing, 7 adolessente se belewing van hulle eie AT/HV in ’n spesiale skool te verstaan ten einde ondersteuningstrategieë te identifiseer. Die studie is vanuit ’n interpretivistiese en/of konstruktivistiese navorsingsparadigma benader en daar is van ’n kollektiewe gevallestudie navorsingsontwerp gebruik gemaak. Data is deur middel van waarneming, persoonlike dokumente sowel as semi-gestruktureerde onderhoude ingesamel. Die rou data is getranskribeer en volgens die konstante vergelykende metode van analise verwerk. Volgens die bevindinge blyk dit dat adolessente se belewing van hulle eie AT/HV uniek is en dat dit deur hulle hindernisse tot leer, proses van diagnose, ontwikkeling, AT/HV medikasie en sosiale konteks beïnvloed word. Hierdie adolessente verlang dat ander hulle bemagtig om hulle eie AT/HV te reguleer deur: (1) te probeer verstaan hoe dit vir hulle voel om met AT/HV te lewe; (2) inligting rakende die AT/HV te voorsien; en (3) op hulle sterkpunte of talente te fokus. Implikasies van die bevindinge vir die praktyk sluit persoongesentreerde intervensie, veranderde rolle van opvoedkundiges en ondersteuningspersoneel, geheelskoolontwikkeling, verandering van houdings asook professionele ontwikkeling in. Verdere kwalitatiewe navorsing word voorgestel ten einde adolessente se belewing van hulle eie AT/HV te ondersoek.

ABSTRACT

Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (AD/HD) is one of the most well-known behaviour disorders in South Africa. Limited studies regarding adolescents' experience of their own AD/HD are available despite the extensive research on AD/HD. The purpose of this exploratory and descriptive qualitative study was to understand 7 adolescents' experience of their own AD/HD in a special school in order to identify supportive strategies. This study was approached from an interpretive and/or constructivist research paradigm. A collective case study research design was used. Data was collected by means of observation, personal documents as well as semi-structured interviews. The data was transcribed and analised according to the constant comparative method. According to the results it seems as if the adolescents' experiences of their own AD/HD are unique. However, these unique experiences are influenced by their barriers to learning, the process of diagnosis, development, AD/HD medication and social context. The adolescents seek that others empower them to regulate their own AD/HD by: (1) trying to understand how it feels to live with AD/HD; (2) providing information regarding AD/HD; and (3) focusing on their talents and strengths. The practical implications of the results are individualized intervention, changing roles of educators and support professionals, whole school development, changing attitudes, as well as professional development. Further qualitative research is recommended to investigate adolescents' experiences of their own ADHD.

BEDANKINGS

Graag bedank ek die volgende persone vir hulle unieke bydraes tot die suksesvolle voltooiing van my meestersgraadstudie. Sonder julle waardevolle insette sou ek nie hierdie droom kon verwesenlik nie.

- My man – vir sy onvoorwaardelike liefde, geduld, motivering, volgehoue ondersteuning en geloof in my vermoëns.
- Mariechen Perold – vir haar studieleiding, kundigheid en aanmoediging van kritiese denke.
- My familie en vriende – vir julle volgehoue ondersteuning, gebede en opofferings.
- Die deelnemers – vir julle bereidwilligheid om julle belewing met my te deel sodat ander dié versteuring beter kan verstaan.
- Ernst en Ethel Eriksen Trust – vir die finansiële ondersteuning.
- Die Hemelse Vader – vir my talente en geleenthede. Ek wy my lewe aan die diens van U kinders.

Hierdie navorsingstesis word opgedra aan Wynand Wessels wat weens kanker nie sy studies kon voltooi nie. Jou liefde vir opvoedkundige sielkunde en kinders het my geïnspireer om ons droom te verwesenlik.

INHOUDSOPGAWE

HOOFSTUK 1 1

INLEIDING EN KONTEKSTUALISERING..1

1.1 INLEIDING 1
1.2 PROBLEEMSTELLING 2
1.3 DOEL VAN DIE NAVORSING...4
1.4 NAVORSINGSPARADIGMA..4
1.5 NAVORSINGSONTWERP..5
1.6 METODOLOGIE..5
1.7 KONTEKS EN DEELNEMERS...6
1.8 DIE POSISIE VAN DIE NAVORSER EN KWALITEITSVERSEKERING..................7
1.9 ETIESE OORWEGINGS...7
1.10 OMSKRYWING VAN BEGRIPPE..8
1.11 INDELING VAN DIE NAVORSINGSVERSLAG...8
1.12 SAMEVATTING...9

HOOFSTUK 2 10

LITERATUUROORSIG

2.1 INLEIDING 10
2.2 ADOLESSENSIE..10
2.3 HISTORIESE OORSIG VAN AT/HV 13
2.4 DIE PRIMÊRE SIMPTOME EN DIAGNOSTIESE KRITERIA VAN AT/HV............15
2.4.1 Primêre simptome 15
2.4.2 Diagnostiese kriteria van AT/HV 17
2.5 GEASSOSIEERDE PROBLEME EN KO-MORBIEDE VERSTEURINGS 19
2.5.1 Geassosieerde probleme 19
2.5.2 Ko-morbiede versteurings...21
2.6 DIE VOORKOMSSYFER VAN AT/HV...22
2.7 DIE ONTWIKKELING VAN AT/HV 24
2.8 DIE ETIOLOGIE VAN AT/HV 24
2.8.1 Genetiese faktore...24
2.8.2 Neuroanatomiese en neurochemiese perpektief..25
2.8.3 Swangerskap, geboorte en vroeë ontwikkeling 26
2.8.4 Dieet, Allergieë en Lood...26
2.8.5 Psigososiale faktore 26
2.8.6 Opwekkingsteorieë 27
2.9 DIE ASSESSERING VAN ATHV...28
2.10 INTERVENSIES EN HANTERING VAN AT/HV 29
2.10.1 Behandelingsmodaliteite 29

2.10.1.1 Psigo-opvoedkunde 29
2.10.1.2 Medikasie 30
2.10.1.3 Die hantering van AT/HV in die klaskamer....34
2.10.1.4 Gesinsterapie 35
2.10.1.5 Individuele terapie....36
2.10.2 Die bate-gebaseerde benadering 37
2.11 DIE AT/HV DEBAT 37
2.12 ADOLESSENTE SE BELEWING VAN AT/HV 38
2.13 DIE TEORETIESE ONDERBOU VAN DIE VERANDERDE ONDERWYSSISTEEM IN SUID-AFRIKA 41
2.13.1 Die Veranderde Rolle....41
2.13.2 Geheelskoolontwikkeling....42
2.13.3 Houdings 43
2.13.4 Professionele Ontwikkeling....43
2.14 SAMEVATTING 43

HOOFSTUK 3 45

NAVORSINGSPARADIGMA, NAVORSINGSONTWERP EN METODOLOGIE

3.1 INLEIDING 45
3.2 NAVORSINGSPARADIGMA....45
3.3 NAVORSINGSONTWERP....47
3.4 METODOLOGIE....48
3.4.1 Waarneming 49
3.4.2 Persoonlike dokumente 50
3.4.3 Semi-gestruktureerde individuele onderhoude....51
3.4.4 Fokusgroeponderhoude....53
3.4.5 Data-analise....53
3.5 KONTEKS EN DEELNEMERS....55
3.6 DIE DEELNEMERS....56
3.6.1 Doré....57
3.6.2 Frits 58
3.6.3 Danie 59
3.6.4 Jaco 60
3.6.5 Erik....61
3.6.6 Carl....62
3.6.7 Ben....63
3.7 DIE POSISIE VAN DIE NAVORSER EN KWALITEITSVERSEKERING....64
3.7.1 Interne geldigheid 64
3.7.2 Oordraagbaarheid 66
3.7.3 Betroubaarheid....67
3.7.4 Etiese oorwegings 67
3.8 SAMEVATTING 69

HOOFSTUK 4 70

BEVINDINGE EN BESPREKING

4.1 INLEIDING 70
4.2 HOE BELEEF ADOLESSENTE HULLE EIE AT/HV? 70
4.2.1 Die invloed van hindernisse tot leer op adolessente se belewing van hulle eie AT/HV 70
4.2.2 Die invloed van die proses van diagnose op adolessente se belewing van hulle eie AT/HV 74
4.2.3 Die invloed van ontwikkelng op adolessente se belewing van hulle eie AT/HV 75
4.2.4 Die invloed van AT/HV medikasie op adolessente se belewing van hulle eie AT/HV76
2.4.5. Die invloed van verskillende sosiale kontekste op adolessente se belewing van hulle eie AT/HV 78
4.2.6 Bespreking...80
4.3 WATTER ONDERSTEUNINGSTRATEGIEË KAN AAN ADOLESSENTE MET AT/HV GEBIED WORD? 84
4.3.1 Bespreking...88
4.4 SAMEVATTING...89

HOOFSTUK 5 90

IMPLIKASIES VIR DIE PRAKTYK, BEPERKINGS EN AANBEVELINGS

5.1 INLEIDING 90
5.2 IMPLIKASIES VIR DIE PRAKTYK 90
5.2.1 Persoongesentreerde intervensie 90
5.2.2 SISTEMIESE KWESSIES 91
5.3 BEPERKINGS VAN DIE STUDIE 91
5.4 VOORSTELLE VIR VERDERE NAVORSING...92
5.5 SAMEVATTING...92
5.6 SAMEVATTENDE REFLEKSIE...93

VERWYSINGS...94

LYS VAN TABELLE

Tabel 1: Biografiese gegewens en agtergrondinligting.

LYS VAN BYLAE

Bylae A - DSM-IV-TR DIAGNOSTIESE KRITERIA VIR AT/HV

Bylae B - ONDERHOUDSGIDS – INDIVIDUELE ONDERHOUDE

Bylae C - TRANSKRIPSIE – UITTREKSEL UIT ‘N INDIVIDUELE ONDERHOUD

Bylae D - ONDERHOUDSGIDS – FOKUSGROEPONDERHOUD

Bylae E - TRANSKRIPSIE– UITTREKSEL UIT FOKUSGROEPONDERHOUD

Bylae F - VERWYSINGSVORM

Bylae G – UITTREKSEL UIT MY DAGBOEK

Bylae H - TOESTEMMINGSVORM – SKOOLHOOF

Bylae I - TOESTEMMINGSVORM – WES-KAAP ONDERWYSDEPARTEMENT

Bylae J - TOESTEMMINGSVORM – OUERS

Bylae K - INSTEMMINGSVORM – DEELNEMERS

Bylae L - ETIESE KLARING – UNIVERSITEIT VAN STELLENBOSCH

Bylae M - KODERING

HOOFSTUK 1

INLEIDING EN KONTEKSTUALISERING

1.1 INLEIDING

Aandagtekort/Hiperaktiwiteit Versteuring (AT/HV) is ‘n algemene gedragsversteuring wat gewoonlik tydens die babastadium, kinderjare of adolessensie gediagnoseer word (Bradley & Golden, 2001:907). Dit word gekenmerk deur ‘n volgehoue patroon van onoplettendheid en/of hiperaktiwiteit-impulsiwiteit wat ontoepaslik vir die ouderdomsgroep is (American Psychiatric Association (APA), 2000:85). Ongeveer drie tot sewe persent van alle skoolgaande leerders in die Verenigde State van Amerika word deur AT/HV geaffekteer (APA, 2000:90). Alhoewel die manifestering van AT/HV oor die jare verander, word daar beweer dat ongeveer 68% van alle leerders met AT/HV deurlopende hindernisse regdeur hulle volwasse lewe ervaar (Barlow & Durand, 2005:492; Kessler, Adler, Barkley, Biederman, Conners, Faraone, Greenhill, Jaeger, Secnik, Spencer, Üstün & Zaslavsky, 2005:1442). ‘n Onlangse studie (Meyer, Eilertsen, Sundet, Tshifularo & Sagvolden, 2004:133) het getoon dat die beraamde voorkoms van AT/HV in Suid-Afrika met die internasionale epidemiologie ooreenstem. Die Aandagtekort en Hiperaktiwiteit Ondersteuningsgroep van Suider-Afrika (http://www.adhdsupport.co.za/what.htm) beweer dat ongeveer 8 tot 10% van Suid-Afrikaanse kinders deur dié versteuring beïnvloed word. Vervolgens word AT/HV as een van die algemeenste psigiese versteurings in dié land beskou.

Leerders met AT/HV toon dikwels geassosieerde psigologiese en/of sosiale eienskappe wat hulle, veral in ‘n gestruktureerde klaskameromgewing, kan weerhou om tot hulle volle potensiaal te ontwikkel (Barkley, Shelton, Crosswait, Moorehouse, Fletcher, Barrett, Jenkins & Metevia, 2000:321). Volgens Mash en Wolfe (2005:118-124) sluit die geassosieerde eienskappe onder andere die volgende kategorieë in: (1) kognitiewe agterstande, (2) spraak en taal agterstande, (3) kommer oor mediese en fisiese welsyn asook (4) sosiale probleme. AT/HV word verder gekompliseer deurdat dit dikwels met ander psigiese versteurings soos angsversteurings, gemoedsversteurings asook opposionele uittartingsversteuring en gedragsversteurings, gepaard gaan (APA, 2000:88).

1.2 PROBLEEMSTELLING

Weens AT/HV se hoë voorkoms en die beduidende impak wat dit op leerders se sosiale en akademiese funksionering kan hê, is heelwat navorsing al hieroor gedoen ten einde die versteuring beter te verstaan, te voorkom en te hanteer. Dié navorsing, veral oor die afgelope dekade, handel hoofsaaklik oor die etiologie (Bradley & Golden, 2001); epidemiologie (Schnoes, Reid, Wagner & Marder, 2006; Kessler et al., 2006); manifestering (King, Barkley & Barrett, 1998; Brattberg, 2006); diagnosering (Barkley, 2003; Grodzinsky & Barkley, 1999); assessering (Simonsen & Bullis, 2007; Smith & Corkum, 2007) en hantering (Bussing, Zima & Perwien, 2000; Hazelwood, Bovingdon & Tiemens, 2002; Moline & Frankenberger, 2001) daarvan. Geassosieerde versteurings (Oswald, 2003; Forness, 2003) asook ouers of voogde (Bussing, Zima, Gary, Mason, Leon, Sinha & Garvan, 2003), onderwysers (Kleynhans, 2005) en ander betekenisvolle persone (Louw, 2006) se ervarings, kennis, persepsies en hantering van AT/HV word ook gereeld ondersoek. Ten spyte van die rykdom navorsing oor AT/HV, is studies rakende leerders se belewing met betrekking tot hul eie AT/HV in die literatuur beperk (Kendall, Hatton, Beckett & Leo, 2003:114; Krueger & Kendall, 2001:61).

Met die drastiese toename in die voorkoms van AT/HV oor die afgelope paar jaar het daar twee pole van perspektiewe ontstaan, naamlik AT/HV as ‘n mite en AT/HV as ‘n gedragsversteuring. Kendall et al. (2003) het die bogenoemde debat ondersoek deur 39 kinders en adolessente se belewing van hulle eie AT/HV te bestudeer. In dié studie het al die deelnemers erken dat hulle AT/HV geassosieerde probleme, wat met die "*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*" (DSM-IV-TR) kriteria en vorige literatuur ooreenstem, ervaar. Dit blyk dat dié probleme vir hierdie leerders ‘n realiteit is en dat die manifestering van dié versteuring beduidende gevolge vir die kinders en die samelewing kan inhou. Kendall et al. (2003:127) is van mening dat die klem moet verskuif vanaf óf AT/HV werklik bestaan na die perspektief van die individue wat hierdie werklikheid aktief konstrueer. Daar word voorgestel dat toekomstige navorsing fyn ingestel moet wees op hoe adolessente hul werklikheid binne sosiale konteks ervaar, interpreteer en verstaan asook hoe ons as samelewing die persone kan ondersteun. Met Suid-Afrika se toenemende klem op inklusiewe onderwys moet daar veral gelet word op sistemiese kwessies soos veranderde rolle van ondersteuningspersoneel, geheelskoolontwikkeling, verandering van houdings en professionele ontwikkeling.

Daar is verskeie redes waarom navorsing rakende adolessente se perspektief oor hulle eie AT/HV noodsaaklik is. Met die internasionale en nasionale beweging na inklusiewe onderwys en die daaropvolgende groeiende diverse klaskamers asook die hoë voorkoms van ondergekwalifiseerde onderwysers in Suid-Afrika is die unieke kennis en ervarings van kinders met AT/HV uiters waardevol (Departement van Onderwys, 2001:7). Dikwels beskik onderwysers nie oor die nodige en korrekte kennis om leerders met AT/HV te identifiseer en te ondersteun nie (Kleynhans, 2005). Laasgenoemde kan tot onderwysers se stresvlakke bydra en emosionele uitbranding tot gevolg hê (Sands, Kozleski & French, 2000:122). Deur die adolessente se ervaring van hul eie AT/HV te ondersoek kan die ondersteuningspan van die kind se spesifieke onderwys- en ander behoeftes bewus raak en die nodige empatie ontwikkel om kwaliteit onderwys te verseker.

Daar bestaan baie kontroversie rakende die hantering van AT/HV en vervolgens kan ’n studie oor die belewenis van AT/HV moontlik voorstelle vir meer effektiewe intervensie maak. Barkley (2007:281) is van mening dat AT/HV ook toegeskryf kan word aan ’n tekort aan self-regulering. Self-regulering is ‘n komplekse proses wat op verskeie wyses, afhangende van die onderliggende teoretiese benadering, gedefinieer kan word (Boekaerts & Corno, 2005: 200). Volgens Thompson (aangehaal in Berger, Kofman, Livneh & Henik, 2007:257) kan dit beskou word as:

> ...the ability to monitor and modulate cognition, emotion and behaviour, to accomplish one’s goals and/or adopt to the cognitive and social demands of specific situations. When referring to emotional regulation, one usually refers to intensity and temporal characteristics of the emotional response.

Verskeie studies het al positiewe resultate rakende die effektiwiteit van self-regulerende intervensies vir leerders met AT/HV gevind (Dembo & Eaton, 2000; Gureasko-Moore, DuPaul & White, 2006; Pelco & Reed-Victor, 2007). ’n Beter begrip van hul eie AT/HV mag moontlik die adolessente instaat stel om hierdié versteuring beter te reguleer. Laasgenoemde is veral voordelig in Suid-Afrika waar 77% van die skoolgaande populasie slegs een opvoedkundige sielkundige per 30 000 leerders het (Donald, 1991:38).

1.3 DOEL VAN DIE NAVORSING

Tydens my praktiese opleiding as opvoedkundige sielkundige intern by ’n spesiale skool vir leerders met diverse hindernisse tot leer, het ek deur my waarneming agtergekom dat die meerderheid van die onderwysers ‘n negatiewe houding teenoor leerders met AT/HV openbaar. Dit het geblyk asof die leerders se ervaring van AT/HV geminag word in vergelyking met die invloed wat dit op persone in hulle direkte konteks het. Ek het myself begin afvra: “Hoe voel dit vir die kind wat daarmee gediagnoseer is om elke dag met hierdié versteuring en die gepaardgaande etikette saam te leef?”

Die doel van hierdie studie was om, deur middel van verkennende en beskrywende navorsing, adolessente se belewing van hulle eie AT/HV in ’n spesiale skool te verstaan ten einde ondersteuningstrategieë te identifiseer. Vanuit die navorsingsprobleem en doelstelling het die volgende navorsingsvrae gevloei wat rigting gee aan die ondersoek:

- Hoe beleef adolessente hulle eie AT/HV?
- Watter ondersteuningstrategieë kan aan adolessente met AT/HV gebied word?

1.4 NAVORSINGSPARADIGMA

Hierdie studie was ‘n kwalitatiewe studie wat vanuit ’n interpretivistiese en/of konstruktivistiese navorsingsparadigma benader is. Die primêre doel van kwalitatiewe navorsing is om die aksies, gebeurtenisse en prosesse vanuit die deelnemer se perspektief te verstaan en te beskryf (McMillan & Schumacher, 2001:396). Die kwalitatiewe navorser speel ’n sentrale rol in die navorsingsproses wat gebeurtenisse en handelinge bestudeer soos dit in die natuurlike konteks van die deelnemers geskied (Babbie & Mouton, 2001:270). ’n Verdere kenmerk van kwalitatiewe navorsing is dat informasie op ’n induktiewe en teorie genererende wyse ingesamel word ten einde die volle kompleksiteit en betekenismaking van die proses of ervaring van die individue te verstaan (Merriam, 1998:4). Aangesien dié studie gepoog het om die belewing van AT/HV vanuit die deelnemers se oogpunt te beskryf, was ’n verkennende en beskrywende kwalitatiewe navorsingtradisie ’n geskikte benadering om te volg.

In teenstelling met positivisme, is die interpretivistiese en/of konstruktivistiese navorsingsparadigma ’n metateorie wat kwalitatiewe navorsing onderlê (Merriam, 1998:15). Die doel van die sosiale wetenskappe, volgens die interpretivistiese en/of konstruktivistiese

navorsingsparadigma, is om ‘n individu se eie interpretasies van die realiteit en die betekenis wat hul aan sosiale praktyke heg, te verstaan (Babbie & Mouton, 2001:33). Dit fokus dus op die analisering van die ervarings van verskeie persone ten einde die essensie of basiese struktuur van die verskynsel te identifiseer (Merriam, 1998:15). In die studie is die interpretivistiese en/of konstruktivistiese navorsingsparadigma dus gevolg aangesien dit verband hou met die doel van my studie, naamlik om adolessente se belewing van hulle eie AT/HV te beskryf.

1.5 NAVORSINGSONTWERP

Die navorsingsontwerp verwys na ’n gedetailleerde plan aan die begin van ’n studie waarvolgens navorsing moet geskied ten einde die navorsingsvrae te beantwoord. In dié kwalitatiewe studie het ek van ’n kollektiewe gevallestudie navorsingsontwerp gebruik gemaak. Volgens Babbie en Mouton (2001:281) is ’n gevallestudie ’n intensiewe studie van ’n sosiale eenheid. In my navorsingstudie bestaan die eenheid uit sewe adolessente met AT/HV in ’n skool vir leerders met spesiale behoeftes. Volgens Stake (2005:445) konsentreer gevallestudies op die wisselwerking tussen die eenhede en hul konteks en word veelvuldige bronne van data gebruik ten einde ’n in-diepte beskrywing van die verskynsel te maak en geloofwaardigheid in kwalitatiewe navorsing te verseker.

1.6 METODOLOGIE

Aangesien daar vanuit die interpretivistiese en/of konstruktivistiese paradigma gepoog word om die gebeurtenisse en prosesse vanuit die deelnemer se perspektief te verstaan, moet die metode van ondersoek beskrywings van persone se nie-waarneembare betekenismaking, waardes, oortuigings en self-begrip insluit (Babbie & Mouton, 2001:33). In hierdie studie is data hoofsaaklik deur middel van waarneming en semi-gestruktureerde individuele onderhoude ingesamel. Waarneming van gedrag is ’n metode om eerstehandse kennis oor die verskynsel binne konteks op te doen (Babbie & Mouton, 2001:294). In hierdie studie is die onderhoudsvrae deur die waarneming gerig. Ek het beide die rol as deelnemer en waarnemer vervul. Drie fases van gedragswaarneming is gevolg, naamlik intrede, data-insameling en eindstadium. Gedetailleerde veldnotas is gedurende dié metode van ondersoek geneem. Individuele onderhoude is ook gekies aangesien dit vir my in staat gestel het om die deelnemers se ervarings van hul wêreld ten volle te verstaan en om waarnemings te staaf (Mertens & McLaughlin, 2004:169).

Fokusgroeponderhoude is tydens die navorsing gebruik ten einde die data soos wat deur middel van die individuele onderhoude ingesamel is, te verifieer. ’n Fokusgroep onderhoud verwys na ’n onderhoud met ’n kleingroep waar individue hulle eie standpunte in die konteks van ander kan oorweeg (Patton, 1987:135). Dié voordeel van dié metode van ondersoek word deur Babbie en Mouton (2001:292) bevestig:

> These focus groups are useful because they tend to allow a space in which people may get together and create meaning among themselves, rather than individually.

Die fokusgroeponderhoude het dus vir die deelnemers ’n geleentheid gebied om, na afloop van die individuele onderhoude, addisionele inligting rakende hul eie belewing van AT/HV weer te gee. Die fokusgroeponderhoude is op band opgeneem en getranskribeer. My waarneming wat ek tydens die fokusgroeponderhoude gemaak het is aangeteken ten einde dit vir verifikasie van die data te gebruik.

Persoonlike dokumente van die deelnemers is ook, buiten die individuele- en fokusgroeponderhoude, geraadpleeg. Dié persoonlike lêers het my van essensiële agtergrondsinligting rakende die deelnemers se alledaagse funksionering en situasie voorsien wat nie andersins beskikbaar sou gewees het nie (Mertens & McLaughlin, 2004:104). Die dokumente het my ook gehelp met die identifisering van potensiële deelnemers en die verifiëring van data.

In kwalitatiewe navorsing is data-insameling en data-analise ‘n gelyktydige en deurlopende proses (Merriam, 1998:161). Volgens Merriam (1998:150) verseker deurlopende analise gefokusde data en voorkom dit dat die informasie herhalend en oorweldigend is. Tydens dié studie is die informasie van die onderskeie deelnemers, soos verkry deur die waarneming, individuele en fokusgroeponderhoude, volgens tematiese patrone en temas gekategoriseer. Laasgenoemde staan as die konstante vergelykende (*constant comparative*) metode van analise bekend (Merriam, 1998:159).

1.7 KONTEKS EN DEELNEMERS

Die kwalitatiewe navorsingsbenadering gee erkenning aan die rol van die sosiale konteks op ’n individu se gedrag (McMillan & Schumacher, 2001:416). Die spesifieke skool wat bestudeer is, is ’n parallel medium skool vir leerders met spesiale behoeftes wat geleë is in ’n voorstad van

Kaapstad, Suid-Afrika. In die konteks van die internasionale en nasionale beweging na inklusiwiteit oor die afgelope paar dekades het ek gepoog om deur middel van die studie dié deelnemers se behoeftes te identifiseer en die sisteem daarvolgens in te rig ten einde hul spesifieke hindernisse tot leer te minimaliseer. Die fokus van hierdie studie was op adolessente aangesien daar beperkte navorsing oor die ontwikkelingstadium en AT/HV is (Krueger & Kendall, 2001:61). Op grond van sekere kriteria en die ingeligte toestemming van die betrokke partye is sewe adolessente in graad sewe en agt deur die onderwysers te raadpleeg en deur persoonlike dokumente te bestudeer, vir die betrokke studie geselekteer. Die deelnemers is spesifiek geselekteer ten einde insig rakende die onderwerp te verkry. ’n Doelgerigte steekproef is dus toegepas.

1.8 DIE POSISIE VAN DIE NAVORSER EN KWALITEITSVERSEKERING

Soos reeds gemeld speel die kwalitatiewe navorser ’n sentrale rol in die navorsingsproses (Merriam, 1998:20). Aangesien kwalitatiewe navorsing uitgaan van die standpunt dat sosiale werklikhede individueel gekonstrueer word, was dit noodsaaklik dat ek deurlopend bewus bly van my eie sydigheid ten opsigte van my beskrywing en interpretasie ten einde te verseker dat data wat verkry is nuttig, betroubaar en geldig is. Hierdie proses van kwaliteitsversekering is onder andere deur triangulasie, deelnemer kontrolering en nagaan, langtermyn veldwerk, deelnemers se taal en verbatim weergawes gekontroleer. Ek het ook dagboek van my eie ervarings, gevoelens en insigte van die navorsingsproses gehou ten einde die impak van my eie subjektiwiteit en perspektief te monitor en te evalueer (McMillan & Schumacher, 2001:413).

1.9 ETIESE OORWEGINGS

Indien mense of menslike gedrag ondersoek word is dit noodsaaklik dat sekere riglyne vir etiese aspekte tydens die beplanning, ontwerp, implementering en verslaggewing van die navorsing gehoorsaam word (Mertens 2004:53). Tydens hierdié studie is etiese riglyne insluitende etiese klaring van die navorsingsetiekkomitee van die Universiteit van Stellenbosh (US), ingeligte toestemming, konfidensialiteit asook minimalisering van moontlike risiko’s en ongemaklikheid gevolg ten einde die deelnemers se reg tot menswaardige behandeling te beskerm.

1.10 OMSKRYWING VAN BEGRIPPE

Ten einde te verseker dat eenvormige interpretasies gekoppel word aan die konsepte wat deurlopend in die verslag gebruik word, verdien die volgende begrippe nadere omskrywing:

Adolessensie: In die *Verklarende en Vertalende Sielkundewoordeboek* (Plug, Louw, Gouws & Meyer, 1997:7) word adolessensie beskryf as "die ontwikkelingstadium wat strek van puberteit tot die bereiking van volwassenheid; in ouderdom, ongeveer 12 to 18 jaar vir die vroulike geslag en 13 tot 21 jaar vir die manlike geslag." Die mening van Louw, van Ede en Louw (1998:390) is dat die term adolessensie verwys na 'n stormagtige fase wat gekenmerk word deur ingrypende biologiese, kognitiewe, persoonlikheids- en sosiale ontwikkeling. Binne die konteks van hierdie studie, word die term adolessensie derhalwe benut om te verwys na die omvattende fase van ontwikkeling wat 'n kind in staat stel om te groei tot volwassenheid.

AT/HV: Die definisie van die DSM-IV-TR (APA, 2000:85), naamlik dat AT/HV verwys na 'n psigiese versteuring wat gewoonlik tydens babastadium, kinderjare of adolessensie gediagnoseer word en gekenmerk word deur 'n volgehoue patroon van onoplettenheid en/of hiperaktiwiteit-impulsiwiteit wat ontoepaslik vir die ouderdomsgroep is, word vir die doeleindes van hierdie studie aanvaar en word as sulks binne die konteks van hierdie verslag benut.

Belewing: Reber en Reber (2001:256) definieer die term belewing as 'n subjektiewe verskynsel óf 'n objektiewe werklikheid. Die mening van Langemo, Melland, Hanson, Olson en Hunter (2000:225) is egter dat die term belewing verwys na "...meaning derived from being in the world." Hulle plaas dus klem op belewing as 'n betekenisvolle, persoonlike ervaring. Weens die doel van my studie word die begrip belewing derhalwe benut om te verwys na 'n individu se eie interpretasies van die realiteit en die betekenis wat hy/sy aan sosiale praktyke heg.

1.11 INDELING VAN DIE NAVORSINGSVERSLAG

In hoofstuk 1 is 'n oriëntering rakende die aard van die navorsing wat onderneem is, uiteengesit. Die doel van die hoofstuk was om die studie te kontekstualiseer en om 'n oorsig te bied van hoe die navorsing uitgevoer is.

In hoofstuk 2 word 'n oorsig van AT/HV en die ontwikkelingsfase van adolessensie gebied ten einde my navorsing te rig.

Hoofstuk 3 handel oor die navorsingsparadima en –ontwerp sowel as die metodologie wat in hierdie navorsingstudie gebruik is.

In hoofstuk 4 word die bevindinge in die konteks van bestaande literatuur bespreek ten einde die navorsingsvrae te beantwoord.

In hoofstuk 5 word implikasies wat die bevindinge vir die praktyk inhou en beperkings van die navorsingstudie bespreek. Voorstelle vir verdere navorsing word ook in dié afdeling gemaak.

1.12 SAMEVATTING

In hierdie hoofstuk het ek 'n inleiding tot my navorsingstudie gegee. Daar is aandag geskenk aan die agtergrond tot AT/HV, die navorsingsprobleem en die doel van die studie. Verder het ek kortliks die navorsingsparadigma en navorsingsontwerp, sowel as die metodes van ondersoek, konteks en deelnemers, bespreek. Ten opsigte van kwaliteitsversekering, het ek aandag gegee aan die posisie van die navorser en etiese oorwegings. Laastens is enkele konsepte wat deurlopend in die studie benut word, omskryf. In die volgende hoofstuk word literatuur rakende adolessente en AT/HV in diepte bespreek ten einde my studie te rig en dit binne konteks van bestaande navorsing te plaas.

HOOFSTUK 2

LITERATUUROORSIG

2.1 INLEIDING

Hoofstuk 1 was ’n inleiding tot my navorsingstudie en het die leser voorsien van ’n breë raamwerk ten opsigte van my navorsingsproses. In hierdie afdeling is literatuur oor AT/HV en adolessensie in-diepte bestudeer. Die doel van hoofstuk 2 was om my studie binne konteks van bestaande navorsing te plaas en om my navorsing te rig. Aandag is geskenk aan ’n omskrywing van die adolessensie ontwikkelingsfase sowel as die historiese oorsig van AT/HV. Daarna is die simptome, diagnose, ko-morbiede versteurings, etiologie, voorkomssyfer, ontwikkeling, assessering en hantering van AT/HV in adolessente beskryf. ’n Oorsig ten opsigte van die navorsing rakende adolessente se belewing van hulle eie AT/HV is ook bespreek. Die hoofstuk word afgesluit met ’n kortlikse verwysing na die teoretiese onderbou van die veranderde onderwyssisteem in Suid-Afrika.

2.2 ADOLESSENSIE

Adolessensie word as ‘n stormagtige periode beskryf wat gekenmerk word deur ingrypende liggaamlike, kognitiewe, persoonlikheids- en sosiale ontwikkeling (Louw et al., 1998:390). Die term is afgelei van die Latynse werkwoord *adolescere* wat verwys na om “te groei tot volwassenheid”. Navorsing oor hierdie aparte ontwikkelingsfase tussen kinderjare en volwassenheid is aanvanklik afgeskeep. Dit word in der waarheid eers sedert die 20ste eeu as ‘n betekenisvolle lewenstadium bestudeer, veral nadat G. Stanley Hall (1844-1924) – die “vader van die sielkunde van die adolessent”- sy twee volumes getiteld *Adolescence* gepubliseer het (Louw et al., 1998:388). Alhoewel daar baie problematiek is rondom die ouderdomsgrense vir die afbakening van adolessensie word dit deur talle teoretici en navorsers in drie fases verdeel, naamlik vroeë adolessensie (ongeveer 11 tot 14 jaar), middel adolessensie (ongeveer 14 tot 18 jaar) en laat adolessensie (ongeveer 18 tot 21 jaar). Vervolgens word daar aandag geskenk aan sekere ontwikkelingstake wat gedurende adolessensie bemeester moet word.

Omvattende fisieke ontwikkeling vind tydens adolessensie plaas wat tot liggaamlike en seksuele volwassenheid lei. Die aanvangsouderdom vir die vinnige liggaamlike groei gedurende

adolessensie wissel tussen 12 en 13 jaar vir seuns en 10 en 11 jaar vir meisies (Louw et al., 1998:394). Dié groeiversnelling word gekenmerk deur asinchroniese groei wat dikwels tot lomp en ongekoördineerde bewegings aanleiding gee. Liggaamsmassa en spierontwikkeling begin ook tydens adolessensie toeneem. Seksuele rypwording (d.w.s puberteit) word geïnisieer deur die afskeiding van manlike en vroulike geslagshormone. Dit staan onderskeidelik as androgene en estrogene bekend wat verantwoordelik is vir die ontwikkeling van primêre (ontwikkeling van die voortplantingstelsel) en sekondêre (ontwikkeling van eksterne manlike en vroulike eienskappe) geslagskenmerke. Die aanvaarding van die veranderde liggaamlike voorkoms is ook ‘n noodsaaklike ontwikkelingsfaset tydens adolessensie ten einde tot volwassenheid te kan groei.

Die ontwikkeling van kognitiewe vaardighede en die verwerwing van kennis is ‘n minder opvallende ontwikkelingstaak wat tydens adolessensie beslag neem. Volgens Piaget se stadia van kognitiewe ontwikkeling val die formeel-operasionele periode saam met adolessensie (Cole & Cole, 1996:485-486). Die periode stel die hoogste vlak van kognitiewe ontwikkeling voor wat gekenmerk word deur abstrakte denke, hipoteties-deduktiewe denke, wetenskaplike denke, induktiewe redenering, reflektiewe abstraksie en interproporsionele redenering. Adolessente sukkel gewoonlik om tussen hulle eie en ander se idees, selfs dié wat universeel toepasbaar is, te onderskei. Laasgenoemde kan tot uitermatige selfbewustheid (egosentrisme) en hoë risiko gedrag bydra. ‘n Verbeterde kennisbasis, metageheue en gebruik van geheuestrategieë beïnvloed adolessente se werkgeheue, semantiese geheue en episodiese geheue. Gedurende adolessensie speel ‘n toename in die spoed van inligtingsverwerking asook kognitiewe monitering (die kontrolering, evaluering en aanpassing van kognitiewe vaardighede) ‘n belangrike rol in die uitvoering van vele kognitiewe aktiwiteite (Nielsen, 1996:88-90).

Volgens Erikson (1963) se teorie oor die stadia van die lewensloop is die vorming van ‘n persoonlike identiteit een van die belangrikste persoonlikheidsontwikkelingstake van adolessensie. Identiteit kan gedefinieer word as “die individu se bewustheid van hom- of haarself as onafhanklike, unieke persoon met ‘n bepaalde plek in die samelewing” (Louw et al., 1998:429). Die ingrypende ontwikkeling wat tydens adolessensie plaasvind gee aanleiding tot ‘n identiteitskrisis – ‘n tydelike periode waartydens adolessente hulle eie waardestelsel en lewensfilosofie bevraagteken en met alternatiewe identiteite eksperimenteer. Grasieverlening van die samelewing (psigososiale moratorium) is belangrik waar daar sekere

vryhede aan die adolessent toegestaan word ten einde sekerheid oor sy of haar eienskappe, sosiale identiteit asook waardes en ideale te verkry. Bykomend is adolessente ook geneig om meer emosionele skommelings te toon, insig in hul eie en ander se gevoelens te openbaar asook ‘n tydelike afname in hulle selfagting te ervaar. Die keuse van en voorbereiding vir ‘n loopbaan is ook ‘n belangrike taak tydens die ontwikkelingstadium.

‘n Adolessent se sosiale ontwikkeling word gekenmerk deur betekenisvolle veranderinge in die gesinsverhoudings, toenemende belangstelling in en interaksie met ouderdomsgenote en die ontwikkeling van ‘n persoonlike waardestelsel. Volgens Nielsen (1996:284-339) word die adolessent se ontwikkeling bevorder of gestrem deur ouerskapstyle, die ouers se reaksie op die adolessent se toenemende strewe na onafhanklikheid, die aard van die huwelik, die chronologiese posisie in gesin, gesinsgrootte, hoe aktief betrokke die vader by sy kind se alledaagse lewe is, enkel ouerskap, die sosio-ekonomiese status van die gesin, of die moeder ‘n beroep beoefen of nie en hoe sielkundig goed aangepas die ouers is. Die ontwikkeling van hegte vriendskappe en romantiese verhoudings gedurende dié ontwikkelingsfase help hulle met die: (1) hantering van stressors; (2) ontwikkeling van hulle selfkonsep en identiteit; asook (3) aanleer van sosiale vaardighede (Louw et al., 1998:460-464).

Volgens Kohlberg (1969, 1984, 1987) se stadia-teorie vind morele ontwikkeling op drie vlakke plaas, naamlik die pre-konvensionele vlak, die konvensionele vlak en die postkonvensionele vlak (Louw et al., 1998:380-383). Die pre-konvensionele moraliteit (Vlak I) word gewoonlik gedurende die kinderjare bereik. Gedurende Vlak I sal kinders reëls gehoorsaam om straf te vermy (Stadium 1: Heteronome moraliteit – Straf-en-gehoorsaamheidoriëntasie) en beloning te verkry (Stadium 2: Individualistiese moraliteit – Instrumentele doel en uitruiling). Die meeste adolessente ontwikkel nie verder as konvensionele moraliteit (Vlak II) nie (Louw et al., 1998:467). Die volgende twee stadia word op Vlak II onderskei: Stadium 3: Moraliteit van interpersoonlike verwagtings, verhoudings en konformiteit – Goeie seun/meisie-oriëntasie sowel as Stadium 4: Moraliteit van sosiale sisteme en gewete – Wet-en-orde-oriëntasie”. Persone wat in stadium 3 van morele ontwikkeling verkeer is daarop ingestel om die goedkeuring van vriende, familielede en belangrike ander te behou deur met die verwagtings van ander te konformeer. Diegene wat in die vierde ontwikkelingstadium is, assosieer morele gedrag met die handhawing van die wette of reëls van die samelewing. Min mense bereik postkonvensionele moraliteit (Vlak III). Tydens Vlak III definieer individue morele gedrag met

verwysing na óf kontraktuele ooreenkomste wat die regte van persone beskerm en hul algemene welsyn bevorder (Stadium 5: Moraliteit van sosiale ooreenkomste, bruikbaarheid en individuele regte) óf selfgekose abstrakte beginsels (Stadium 6: Moraliteit van universele etiese beginsels).

Die ingrypende ontwikkeling wat tydens adolessensie plaasvind verg besonderse aanpassing. Bo en behalwe die normale ontwikkelingstake word 'n adolessent met AT/HV ook met die uitdagings van die versteuring gekonfronteer. Volgens Barkley (1998:439) kan die primêre kenmerke en die geassosieerde probleme van AT/HV 'n individu verhinder om sekere ontwikkelingstake te bemeester. Dit mag aanleiding gee tot sosiale isolasie, depressie, konflik en 'n lae selfbeeld. Vervolgens mag adolessente nie gereed wees om verantwoordelikheid te neem vir die toenemende vryheid wat aan hulle toegestaan word nie.

2.3 HISTORIESE OORSIG VAN AT/HV

Oor die afgelope eeu het daar verskeie verduidelikings vir die ooraktiewe en onbeteuelde gedrag van AT/HV ontstaan. Reeds in 1845 het 'n Duitse neuroloog, Heinrich Hoffman, na 'n kind met hiperaktiwiteit verwys in sy gedig oor "Fidgety Phil" (Mash & Wolfe, 2005:111). Krediet word egter gegee aan George Still (1902), wat die eerste wetenskaplike omskrywing van die simptome van AT/HV gemaak het (Mash & Wolfe, 2005:111). Still was van mening dat die simptome van AT/HV hoofsaaklik aan 'n tekort aan "morele beheer" en die inhibisie van die vermoë om keuses te maak toegeskryf kan word.

Met die uitbreek van die internasionale enkefalitis epidemie (1917-1918) het 'n nuwe benadering tot AT/HV ontstaan (Barkley, 1998:5-7). Daar is gevind dat breinontsteking asook ander potensiële oorsake van breinskade (bv. geboortetrauma, hoofbeserings, blootstelling aan gifstowwe) tot "brain injured child syndrome" lei met resultate soos verstandelike gestremdheid en gedragsprobleme. Laasgenoemde sluit eienskappe soos rusteloosheid, kort aandagspan en hiperaktiwiteit in. Vervolgens is daar gedurende die 1940s en 1950s geglo dat alle kinders wat AT/HV simptome openbaar "minimale breinskade" of "minimale brein disfunksie (MBD)" het. Hierdie siening is later verwerp aangesien daar besef is dat die gedragsimptome ook in die afwesigheid van brein patologie kan voorkom.

In die 1950s is AT/HV as die Hiperkinetiese Impulsversteuring beskou (Barkley, 1998:7-10). Volgens die sienswyse is die simptome van AT/HV die gevolg van swak filtrering van stimulasie na die brein. Dit het tot die konsep van die hiperaktiewe kind sindroom aanleiding gegee waar

hiperaktiwiteit as die primêre kenmerk van die versteuring beskou is. Gedurende die tydperk is daar ook geglo dat kinders AT/HV simptome teen die adolessent ontwikkelingstadium ontgroei.

In die 1970s het die werk van Virginia Douglas tot die konseptualisering van AT/HV bygedra (Barkley, 1998:10-20). Buiten hiperaktiwiteit het sy ook agterstande in "volhoubare aandag" en impulsbeheer as beskrywende kenmerke van die versteuring ingesluit. Gedurende die tydperk het die neem van stimulant medikasie aansienlik toegeneem en was daar toenemende klem op die oorsaaklike rol van die omgewing (bv. dieët, tegnologiese ontwikkeling, vinnige kulturele verandering) en die gebruik van gedragsmodifikasie intervensie tegnieke. Die dekade was ook gekenmerk deur belangstelling in die psigofisiologie van hiperaktiwiteit in kinders en die teenwoordigheid van volwasse MBD/hiperaktiwiteit. Aansienlike ontwikkeling op die gebied van ouer en onderwyser beoordelingskale vir die assessering van simptome van hiperaktiwiteit het ook in die era plaasgevind.

Vanaf 1980 tot 1990 is daar gepoog om meer spesifieke diagnostiese kriteria te ontwikkel ten einde die simptome van AT/HV van ander kinderpsigiatriese versteurings te onderskei (Barkley, 1998:21-35). In die vroeë 1980s het Douglas se navorsing 'n betekenisvolle rol gespeel in die herbenaming van die versteuring na Aandagtekort Versteuring (ATV; in die DSM-III). Die DSM III (APA, 1980) is later in die dekade hersien wat tot die herkonseptualisering van ATV tot AT/HV (in die DSM-III-R) gelei het. Gedurende die era het baie kritiek ontstaan rondom die opvatting dat aandagtekort die primêre gedragspatroon in AT/HV is. 'n Moontlike hipotese, naamlik die gebrek aan motivering, is geformuleer ten einde die AT/HV-simptome te verklaar. Ander historiese ontwikkelings gedurende die periode sluit in: (1) ontwikkeling in assessering (bv. *The Child Behaviour Checklist*); (2) ontwikkeling in terapeutiese intervensie (bv. kognitiewe gedragsmodifikasie, oueropleiding, klaskamerbestuur, opleiding in sosiale vaardighede, medikasie); (3) ontwikkeling van publieke bewustheid en (4) ontwikkeling in kennis rakende die aard, etiologie en ontwikkeling van AT/HV.

In die 1990s en 2000s het navorsing tot verdere diagnostiese en terapeutiese insette gelei (Barkley, 1998:35-40). Nuwe diagnostiese kriteria is in die DSM-IV (APA, 1994) en DSM-IV-TR (APA, 2000) uiteengesit en daar was toenemende belangstelling in die rol van neurologiese en genetiese faktore in AT/HV. Daar is besef dat volwasse AT/HV 'n regmatige kliniese versteuring is wat navorsing verg (Barkley, 1998:35-38). Deesdae word swak inhibisie en swak

self-regulering as die primêre agterstande van die versteuring beskou (Barkley, 1998:39; Barkley, 2003:77; Reid, Trout & Schartz, 2005:361). Oor die afgelope 10 tot 15 jaar het navorsing ook uitgewys dat neurobiologiese faktore AT/HV kan veroorsaak (Barkley, 1998:165). Die siening van AT/HV verander met nuwe bevindings en dit sal beslis ons begrip van die aard, diagnose en hantering van die afwyking bevorder (Mash & Wolfe, 2005:112).

2.4 DIE PRIMÊRE SIMPTOME EN DIAGNOSTIESE KRITERIA VAN AT/HV

Oor die geskiedenis heen het daar verskeie definisies vir AT/HV ontstaan wat verskillende diagnostiese kriteria tot gevolg gehad het. Oor die algemeen word AT/HV as 'n langtermyn gedragsversteuring beskou wat gewoonlik tydens babastadium, kinderjare of adolessensie gediagnoseer word (Bradley & Golden, 2001:907; Rief, 1998:5). Dit word gekenmerk deur 'n volgehoue patroon van onoplettendheid en/of hiperaktiwiteit-impulsiwiteit wat ontoepaslik vir die ouderdomsgroep is (APA, 2000:85). Barkley (1998:57) verwys na die drie primêre simptome van AT/HV as die "holy trinity".

Die primêre simptome van AT/HV kan verander soos 'n kind met verskillende ontwikkelingstake gekonfronteer word. Verskeie kontekstuele faktore kan ook dié intensiteit van die simptome beïnvloed (Barkley, 2003:79). Kinders met AT/HV sal beduidend swakker presteer: (1) in veeleisende omgewings waar die take beplanning, organisasie en uitvoerende regulering van gedrag verlang; (2) in bekende omgewings waar die opvoedkundige materiaal nie stimulerend of nuut is nie; (3) wanneer hul moeg is; (4) later in die dag; en (5) wanneer die skedule of omvang van versterking of straf afneem. Navorsing meld ook dat kinders met AT/HV minder ontwrigtend is in die teenwoordigheid van hul vader as hul moeder, in een-tot-een situasies en onder streng supervisie (APA, 2000:87; Barkley, 1998:74-75).

2.4.1 Primêre simptome

- **Aandagtekort**

Aandag is 'n multi-dimensionele en komplekse konstruk wat verskeie interafhanklike komponente (bv. volgehoue aandag, selektiewe aandag, aandagrefleks, gefokusde aandag, konsentrasie, ouditiewe aandag, visuele aandag) inkorporeer (Anderson, Northam, Hendy & Wrennall, 2001:364). Dit verwys na die gereedheid om op relevante inligting uit die omvattende interne en eksterne stimulusomgewing te fokus en te reageer terwyl irrelevante inligting

geïgnoreer word (Santostefano, 1978:498; 1995:13). Volgens Mash en Wolfe (2005:115) vind ‘n leerder met AT/HV dit veral moeilik om volgehoue aandag aan take te skenk. Dit wil voorkom asof die leerders met AT/HV nie luister as daar met hulle gepraat word nie, hul agterlosige foute maak en hul gereeld dinge verloor en vergeet (APA, 2000:85). Die individue is ook maklik afleibaar deur prikkels uit die omgewing en sukkel om instruksies uit te voer en reëls te gehoorsaam (Barkley, 2003:78). Barkley (1998:74,76) meld dat die hindernisse veral opmerkbaar is in situasies waar leerders moet aandag gee aan eentonige, vervelige en komplekse take wat beplanning, organisasie en uitvoerende regulering van gedrag vereis.

- **Hiperaktiwiteit-Impulsiwiteit**

Alhoewel die gedragsimptome van hiperaktiwiteit en impulsiwiteit afsonderlik uiteengesit word in die DSM-IV-TR sal leerders wat die een simptoom openbaar gewoonlik ook die ander simptoom aan die dag lê (Barkley, 1998:61). Dit blyk asof beide hiperaktiwiteit en impulsiwiteit toegeskryf kan word aan swak self-regulering (Mash & Wolfe, 2005:114).

- **Hiperaktiwiteit**

Die tweede primêre simptoom van AT/HV verwys na oormatige, ooraktiewe en intense mondelingse en motoriese aktiwiteit (Barkley, 1998:60). Die energieke gedrag kan regdeur die dag asook gedurende slaaptyd plaasvind. Dit is dikwels doelloos en irrelevant tot die spesifieke situasie (Mash & Wolfe, 2005:114). Hiperaktiwiteit manifisteer verskillend afhangende van die individu se ouderdom en ontwikkelingsvlak (APA, 2000:86). Voorskoolse leerders is altyd ‘aan die gang’ en hul vind dit moeilik om aan sittende groepsaktiwiteite deel te neem. Skoolgaande kinders openbaar soortgelyke gedragsimptome, maar op ‘n minder gereelde basis en op ‘n laer intensiteit. Hul verlaat dikwels hul sitplek in situasies waar dit ontoepaslik is, hul vroetel of kriewel en hul praat buitengewoon baie. Adolessente en volwassenes ervaar gewoonlik gevoelens van rusteloosheid en vind dit moeilik om stil aan ontspanningsaktiwiteite deel te neem. Weens laasgenoemde geniet adolessente en volwassenes met AT/HV onder andere adrenalien of ekstreme aktiwiteite sowel as veranderde omstandighede.

- **Impulsiwiteit**

AT/HV word dikwels met impulsiwiteit of agterstande in inhibeerde gedrag geassosieer. Dit word beskou as ‘n “neiging om spontaan en direk te reageer sonder om die gevolge van die aksie in ag te neem” (Plug et al., 1997:154). Impulsiwiteit is ook multi-dimensioneel van aard en

dit kan vervolgens verskillende vorms in kinders aanneem (Barkley, 2003:78). Laasgenoemde sluit kognitiewe impulsiwiteit en gedragsimpulsiwiteit in (Mash & Wolfe, 2005:115). Leerders met AT/HV vind dit moeilik om hul beurt af te wag, is geneig om ander lastig of in die rede te val en sal baiemaal antwoorde uitblaker alvorens die vrae klaar gestel is (APA, 2000:86). Die individue mag sukkel om onmiddellike versoekings te weerstaan en om tot langtermyn doelwitte en groter belongings te werk (Barkley, 1998:59). Die skielike begeerte om tot ‘n handeling oor te gaan sonder voorafgaande besinning maak die persone ook meer vatbaar vir risiko-neming, ernstige ongelukke en beserings (Mash & Wolfe, 2005:115).

2.4.2 Diagnostiese kriteria van AT/HV

Die primêre simptome en die mees onlangse diagnostiese kriteria vir AT/HV is uiteengesit in die DSM-IV-TR (APA, 2000:87; Bylae A). Volgens Barkley (1998:62) het hierdie diagnostiese kriteria ‘n sterk empiriese basis in vergelyking met die kriteria wat in die verlede vir die diagnosering van die versteuring beskikbaar was. Alhoewel dit hoofsaaklik in die VSA gebruik word, is soortgelyke gedragsimptome al wêreldwyd onder verskeie etniese en kultuurgroepe geïdentifiseer (Barkley, 2003:78). Die DSM-IV-TR se diagnostiese kriteria is soortgelyk aan die kriteria soos uiteengesit in die tiende uitgawe van die ‘*International Classification of Diseases’* (ICD-10; Wêreld Gesondheid Organisasie, 1992). Hierdie klassifikasiestelsel vir siektes word hoofsaaklik in Europa gebruik en beklemtoon die stabiliteit van aandagtekort, hiperaktiwiteit en impulsiwiteit in twee of meer kontekste (Carr, 2006:423).

Om ’n diagnose van AT/HV met behulp van die DSM-IV-TR (APA, 2000:87) te maak moet die primêre simptome reeds voor ‘n sewejarige ouderdom in twee of meer kontekste teenwoordig wees. By beide die aandagtekort en die hiperaktiwiteit-impulsiwiteit lyste moet ses (of meer) uit die nege simptome ontoepaslik vir die ouderdomsgroep wees. Die simptome moet ten minste ses maande duur en ‘n beduidende effek in die kind se sosiale of akademiese funksionering tot gevolg hê. Daar kan tussen drie subtipes op grond van die patroon van simptome onderskei word, naamlik die oorwegend hiperaktief-impulsiewe tipe, die oorwegend onoplettende tipe en die gekombineerde tipe.

Ten spyte van die waarde van die DSM vir diagnostiese doeleindes is kritiek al oor die kriteria geuiter (Barkley, 1998:64-70; Barkley, 2003:79-80):

- Die diagnostiese afsnypunt vir beide simptome lyste (ses uit nege) is hoofsaaklik vir kinders tussen vier en sestien jaar gestandardiseer. Die toepaslikheid vir ander ouderdomsgroepe word bevraagteken, veral aangesien AT/HV gedrag (veral hiperaktiwiteit) geneig is om met ontwikkeling af te neem.
- Die meerderheid van die kinders in die DSM loodstudies was manlik. Verskeie studies het al gevind dat minder van hierdie DSM gedragsimptome met dogters geassosieer kan word. Dit blyk dat die simptome meer toepaslik is vir seuns en dat die moontlik vir geslag aangepas moet word.
- Die DSM loodstudies het geen beduidende verskil tussen die aard en intensiteit van die effek op kinders wat AT/HV simptome op verskillende ouderdomme (voor tien- tot twaalfjarige ouderdom) ontwikkel het, gevind nie. In die lig van bogenoemde kan die aanvangsouderdom van sewejaar nie as ’n geldige kriterium beskou word nie.
- AT/HV word as ’n ontwikkelingsversteuring beskou en dit word in die algemeen aanvaar dat die simptome relatief deurlopend moet voorkom. Geen navorsing is gedoen om die minimum duur van ses maande vas te stel nie. Volgens die literatuur vorm baie van die AT/HV gedragsimptome deel van voorskoolse kinders se normale ontwikkeling (tot en met driejaar) en kan dit drie tot ses maande duur. Daar word voorgestel dat die minimum duur van twaalf maande eerder oorweeg moet word.
- Alhoewel die hiperaktiwiteit-impulsiwiteit diagnostiese kriteria geskik is vir jong kinders word die toepaslikheid van die items bevraagteken vir adolessente en volwassenes.
- Volgens die DSM moet die gedragsimptome in twee of meer kontekste (huis, skool, werk) teenwoordig wees alvorens AT/HV gediagnoseer kan word. Daar is gevind dat die inligtingsbronne (ouer, onderwyser, werkgewer) selde ooreenstem. Daar word aanbeveel dat die aantal simptome in die verskillende kontekste eerder saamgetel moet word ten einde te verseker dat die aantal kinders wat vir die diagnose kwalifiseer nie beperk word nie.
- Soos reeds genoem word AT/HV dikwels met ko-morbiede versteurings asook kognitiewe, psigiatriese, opvoedkundige, emosionele en sosiale probleme geassosieer. Die DSM word gekritiseer aangesien dit beperkte riglyne gee rakende die differensiële diagnose van AT/HV en dié geassosieerde probleme.

2.5 GEASSOSIEERDE PROBLEME EN KO-MORBIEDE VERSTEURINGS

Kinders en adolessente wat met AT/HV gediagnoseer is toon dikwels, buiten die primêre simptome, ook geassosieerde probleme en ko-morbiede versteurings. Volgens Mash en Wolfe (2005:118) sluit die geassosieerde probleme die volgende kategorieë in: kognitiewe agterstande, spraak en taal agterstande, mediese en fisiese probleme asook sosiale probleme. Alle leerders met AT/HV openbaar nie noodwendig al hierdie simptome nie, maar baie toon dit in 'n mate wat groter is as wat by die normgroep verwag word (Barkley, 1998:97).

2.5.1 Geassosieerde probleme

- **Kognitiewe agterstande**

Kinders met AT/HV toon dikwels agterstande ten opsigte van kognitiewe ontwikkeling. Die kognitiewe agterstande sluit die volgende kliniese kenmerke in: kort aandagspan, aandagafleibaarheid, onrealistiese tydsbesef, tree op sonder om die gevolge na te dink, swak beplanning, geheueprobleme en 'n lae selfbeeld (Carr, 2006:426). AT/HV gaan ook baiemaal met leerversteurings gepaard; die belangrikste subtipes is leesversteuring, wiskunde versteuring en versteuring van skriftelike ekspressievermoë. Agterstande ten op sigte van een of meer uitvoerende funksie (bv. kognitiewe, taal, motoriese, emosionele prosesse) kom gereeld voor wat hul vermoë vir self-regulering onderlê. Beduidende laer akademiese funksionering kan ook deel vorm van die kliniese beeld wat gekenmerk word deur onderprestasie, addisionele leerondersteuning, graadherhaling, plasing in 'n spesiale skool, skorsing en staking van studies.

- **Spraak- en taalagterstande**

Volgens Mash en Wolfe (2005:119) toon 30-60% van alle kinders met AT/HV agterstande in spraak- en taalontwikkeling, veral ten opsigte van ekspressiewe taal. Gedurende spontane gesprekke val kinders met die versteuring dikwels 'n ander persoon in die rede, vind hul dit moeilik om aandagtig te luister, praat hul buitengewoon baie, verander hul voortdurend van onderwerp en/of voer hul ontoepaslike gesprekke. Kinders met AT/HV ervaar veral spraakprobleme (bv. onvloeiende spraak) wanneer hulle met spesifieke vereistes gekonfronteer word wat hoër orde kognitiewe prosesse, betrokke by die organisering en monitor van gedrag en denke, vereis.

- **Mediese-/gesondheidsprobleme**

Baie navorsing het gevind dat kinders en adolessente met AT/HV meer probleme met hul algemene gesondheid het as hul portuurgroep (Holmberg & Hjern, 2006:664). AT/HV word veral gekenmerk deur probleme ten opsigte van slaap. Dit sluit onder andere weerstand om te gaan slaap, probleme om aan die slaap te raak, probleme om soggens wakker te raak, minder ure se slaap, gereelde wakker word in die nag en rustelose slaap in (Barkley, 1998:124; Stein, Pat-Horenczyk, Blank, Dagan, Barak & Gumpel, 2002:268). Stein et al. (2002:272) het gevind dat die geassosieerde slaapprobleme ook met ko-morbiede versteurings en/of die gebruik van stimulante verband kan hou.

Ander fisiese en mediese probleme wat moontlik met AT/HV geassosieer kan word is: (1) agterstande in motoriese ontwikkeling (bv. motoriese koördinasie, grof motoriese vaardighede; Mash & Wolfe, 2005:120); (2) geringe fisiese afwykings (bv. hipertelorisme, laag liggende ore; APA, 2000:89); asook (3) tydelike groeivertraging tot en met middel adolessensie (Barkley, 1998:122). Die lewensverwagting van kinders met dié versteuring is laer weens die verwantskap tussen AT/HV en rook (Rohde, Kahler, Lewinsohn & Brown, 2004), substansmisbruik (Barkley, Fischer, Smallish & Fletcher, 2004), risiko-neming (Meaux, 2000), riskante seksuele gedrag (Flory, Molina, Pelham, Gnagy & Smith, 2006), ongeluksvatbaarheid (Clancy, Rucklidge & Owen, 2006) en motor-bestuursrisiko's (Barkley, Murphy & Kwasnik, 1996). Die simptome van AT/HV kom ook dikwels voor by kinders met fetale alkoholsindroom (Kodituwakku, Coriale, Fiorentino, Aragon, Kalberg, Buckley, Gossage, Ceccanti & May, 2006; Lee, Mattson & Riley, 2004).

- **Sosiale probleme**

Adolessente met AT/HV ervaar dikwels sosiale probleme in hul interpersoonlike verhoudings met hul portuurgroep, gesin en onderwysers. In die literatuur word daar menigmaal gemeld dat dié kinders prikkelbaar, onvoorspelbaar, vyandig, teëpraterig, opvlieënd, hinderlik, luidrugtig, onsensitief en/of eiewillig kan wees (Mash & Wolfe, 2005:122, Barkley, 1998:145). Weens hierdié eienskappe word ongeveer 50% van alle adolessente met AT/HV gereeld deur hul portuurgroep verwerp, het hul min of geen hegte vriendskapsbande, vind hul dit moeilik om vriendskappe te bou en sukkel hul met konflikhantering (Dumas & Guevremont, aangehaal in Dumas, 1998:451). AT/HV gedragsimptome en die geassosieerde probleme kan ook die

funksionering van die gesin beïnvloed deurdat dit tot konflik, hoë stresvlakke, huweliksprobleme, hoë vlakke van aggressie by sibbe, depressie in moeders en anti-sosiale gedrag deur vaders (bv. substansmisbruik) kan bydra (Johnston & Mash, 2001:183; Jones, Welsh, Glassmire & Tavegia, 2006:753; Lange, Sheerin, Carr, Dooley, Barton, Marshall, Mulligan, Lawlor, Belton & Doyle, 2005:76; Wymbs, Pelham, Molina & Gnagy, 2008:29). Aangesien kinders met AT/HV dit moeilik vind om reëls van sosiaal aanvaarbare gedrag te gehoorsaam en verbale instruksies korrek uit te voer, is hul baie maal in konflik met hul onderwysers (Carr, 2006:426). Die bogenoemde sosiale probleme van kinders met AT/HV kan moontlik toegeskryf word aan beduidende agterstande ten opsigte van die regulering van emosies, impulsbeheer, frustrasietoleransie, onsensitiewe gedrag en motivering.

2.5.2 Ko-morbiede versteurings

AT/HV word verder gekompliseer deurdat dit dikwels met ander psigiese versteurings gepaard gaan. Naastenby 80% van alle kinders met AT/HV is met 'n ko-morbiede versteuring gediagnoseer (Kadesjö & Gillberg, 2001:490). Dit sluit hoofsaaklik gedrags- en opposionele uittartingsversteurings ("Oppositional Defiant Disorder") asook angs- en gemoedsversteurings in (Mash & Wolfe, 2005:122-124). Soos reeds gemeld, kan kommunikasie- en leerversteurings ook met AT/HV geassossieer word (APA, 2000:88). Volgens van der Walt (2001:131) ontwikkel minder as een persent van alle kinders met AT/HV gewoontetrekkings ("tics").

'n Wesenlike hoeveelheid kinders met AT/HV sal aan die kriteria van opposionele uittartingsversteuring voldoen (APA, 2000:88). Hierdie psigiese versteuring word gekenmerk deur 'n volgehoue patroon van negativistiese, uittartende, ongehoorsame en vyandige gedrag teenoor gesagsfigure. Ongeveer 30-50% van kinders en adolessente met AT/HV ontwikkel die meer ernstige gedragsversteuring (Mash & Wolfe, 2005:122). Leerders met dié psigiese versteuring oortree gewoonlik belangrike gemeenskapsreëls en openbaar 'n gedragspatroon (bv. leuentaal, diefstal, stokkiesdraaiery, dwelmmisbruik) wat die basiese regte van ander skend.

Ongeveer 27-30% van alle kinders met AT/HV voldoen aan die kriteria van 'n angsversteuring (Barkley, 1998:140). Dit kom veral by die oorwegend onoplettende subtipe voor en sluit paniekversteurings, agorafobie, obsessief-kompulsiewe versteuring, posttraumatiese stresversteuring, skeidingsangs en veralgemeende angsversteuring in (Adler, Barkley, Newcorn, Spencer, & Weiss, 2007:452). Volgens Mash en Wolfe (2005: 123) kan dié groep versteurings,

wat primêr deur oormatige angs gekenmerk word, ‘n beduidende impak op ‘n kind se denke en gedrag hê. Dit is moontlik dat die teenwoordigheid van ‘n angsversteuring die impulsiewe gedrag van adolessente met AT/HV kan inhibeer (Barkley, 1998:140).

Tussen 20-30% van kinders met AT/HV ervaar depressie – ‘n toestand van intense neerslagtigheid (Mash & Wolfe, 2005:123). Depressie kan gepaard gaan met onsekerheid, pessimisme oor die toekoms, irritasie, sosiale onttrekking en ‘n lae selfbeeld wat ‘n persoon se slaappatroon, aptyt en denke kan ontwrig. Afgesien van demoralisasie wat kan intree weens AT/HV simptome, kan ‘n ko-morbiede gemoedsversteuring ook weens oormatige stres, ouers se neiging tot gemoedsversteurings en nie-respons tot die gebruik van stimulant medikasie laat ontstaan (Barkley, 1998:140).

2.6 DIE VOORKOMSSYFER VAN AT/HV

Oor die afgelope 10 tot 15 jaar het die voorkomssyfer van AT/HV beduidend toegeneem en kan dit nou as ‘n epidemie beskou word (Stolzer, 2007). Ongeveer 3 tot 7% van die skoolgaande bevolking in die VSA word deur AT/HV geaffekteer (APA, 2000:90). Volgens Stolzer (2007:109) is 8 tot 10 miljoen Amerikaanse leerders dus met die versteuring gediagnoseer. Die Aandagtekort en Hiperaktiwiteit Ondersteuningsgroep van Suider-Afrika (Neurology Channel, 2001) beweer dat ongeveer 8 tot 10% van Suid-Afrikaanse kinders deur dié versteuring beïnvloed word. Vervolgens is AT/HV een van die algemeenste psigiese versteurings in dié land. Daar word egter beweer dat die ware voorkoms aansienlik hoër mag wees aangesien die syfer slegs die kinders verteenwoordig wat formeel deur ’n kundige in geestesgesondheid gediagnoseer is (Bradley & Golden, 2001:907; Rief, 1998:5).

- **Geslagsverskille**

AT/HV kom meer algemeen voor onder seuns as dogters met ‘n ratio wat wissel tussen 2:1 tot 9:1 (APA, 2000:90). Gedurende adolessensie word seuns ongeveer drie maal meer gereeld met die versteuring gediagnoseer (Mash & Wolfe, 2005:124). Daar word beweer dat dogters geneig is om die oorwegend onoplettende tipe te wees en dat hul simptome soos angstigheid, depressie, stres, dagdroom, vergeetagtigheid, lomerigheid en swak verbale vermoëns toon (Mash & Wolfe, 2005:125). Die hoër voorkoms onder seuns kan dus hoofsaaklik toegeskryf word aan die teenwoordigheid van aggressiewe en anti-sosiale gedrag wat met hiperaktiwiteit en impulsiwiteit asook gereelde verwysings na psigiatriese inrigtings geassosieer word (Barkley, 1998:85; Rief,

1998:5). Die toepaslikheid van die DSM-IV-TR diagnostiese kriteria word bevraagteken aangesien die spesifieke simptome meer algemeen in seuns voorkom. Aangesien die meerderheid studies gedurende die afgelope dekades op seuns gefokus het, word navorsing rakende dogters se belewenis van AT/HV verlang ten einde die versteuring beter te verstaan (Barlow & Durand, 2005:493).

- **Sosio-ekonomiese status**

'n Hoër voorkoms van AT/HV word gewoonlik met 'n lae sosio-ekonomiese status (SES) geassosieer (Mash & Wolfe, 2005:125). Faktore soos werkloosheid, beperkte geestelike en fisiese gesondheidsorg, asook 'n hoë voorkoms van substansmisbruik en egskeiding kan stres veroorsaak wat kinders kwesbaar kan maak vir AT/HV (Resnick aangehaal in Louw, 2006:28). Laasgenoemde is veral kommerwekkend in die Suid-Afrikaanse konteks bestaande uit diverse kulturele en sub sosio-ekonomiese groepe. Navorsing (Barkley, 1998:84; Schnoes et al., 2006:491) toon egter dat indien daar vir ander faktore (bv. gedragsversteuring) gekontroleer word daar geen verwantskap tussen AT/HV en sosio-ekonomiese status is nie.

- **Kultuur en etnisiteit**

Wêreldwyd is kinders van verskillende kulturele oorsprong al met AT/HV geïdentifiseer (Barkley, 1998:83). Volgens Crijnen, Achenbach en Verhulst (1999:569) kom daar variasies in die voorkomssyfer van AT/HV oor kulture en sub-kulture voor. Laasgenoemde kan moontlik aan faktore soos religie, sosiale klas, ouers se opvoeding en mislukking op skool toegeskryf word (Meyer et al., 2004:132). Schnoes et al. (2006:492) beweer dat verskillende kulturele groepe se diverse norms, waardes, persepsies en toleransie van AT/HV gedragsimptome die oneweredige voorstelling kan verklaar.

'n Suid-Afrikaanse studie (Meyer et al., 2004:131-132) het getoon dat die beraamde voorkoms van AT/HV simptome en AT/HV subtipes in Suid-Afrika met die voorkomssyfer van ander westerse kulture ooreenstem. Geen betekenisvolle verskil in terme van die voorkomssyfer van AT/HV tussen die Suid-Afrikaanse kultuur- of taalgroepe is in die studie gevind nie. Hierdie resultate dui moontlik daarop dat AT/HV, ten spyte van die verskillende interpretasies en persepsies van die gedragsimptome, in verskeie kulture voorkom.

2.7 DIE ONTWIKKELING VAN AT/HV

AT/HV is ‘n lewenslange versteuring en die manifestering van die simptome verander met ontwikkeling (Rief, 1998:5). Hiperaktiewe-impulsiewe gedragsimptome kan reeds op ‘n 3 tot 4 jarige ouderdom geïdentifiseer word (Barlow & Durand, 2005:492). Simptome van aandagtekort kom gewoonlik tydens die skooljare na vore weens die toenemende eise vir volgehoue aandag en doelgerigte gedrag (Mash & Wolfe, 2005:127). Alhoewel hiperaktiewe (bv. hardloop rond; klouter oormatig rond) en impulsiewe gedrag beduidend afneem gedurende adolessensie sal van die kinders met AT/HV deurlopende hindernisse regdeur hulle volwasse lewe ervaar (Krueger & Kendall, 2001:62; Mahomedy, van der Westhuizen, van der Linde & Coetsee, 2007:97).

2.8 DIE ETIOLOGIE VAN AT/HV

Mash en Wolfe (2005:129) meld dat AT/HV ‘n “komplekse en kroniese versteuring van brein, gedrag en ontwikkeling” is waarvan die etiologie aan die hand van meervoudige teorieë verklaar kan word. Volgens Carr (2006:430) speel biologiese, intrapsigiese en psigososiale invloede ‘n belangrike rol in die ontwikkeling en handhawing van die versteuring. Alhoewel verskeie oorsake AT/HV tot gevolg kan hê het navorsing gevind dat genetiese en neuro-biologiese faktore ‘n sentrale rol in die etiologie speel (Barkley, 1998:164). Vervolgens word van die verskillende teoretiese perspektiewe rakende die etiologie van AT/HV in adolessente kortliks bespreek.

2.8.1 Genetiese faktore

Navorsing dui daarop dat genetiese faktore ‘n beduidende rol in die etiologie van AT/HV speel (Bradley & Golden, 2001:908; Carr, 2006:430). Familiestudies toon dat tussen 10-35% van die biologiese familielede van kinders met AT/HV ook die versteuring het (Barkley, 1998:170). Daar is gevind dat indien ‘n ouer met AT/HV gediagnoseer is die kind ‘n 57% kans het om dit ook te ontwikkel (Biederman, Faraone, Mick, Spencer, Wilens, Kiely, Guite, Ablon, Reed & Warburton, 1995:433). ‘n Hoër voorkomssyfer van psigopatologie - insluitende gemoedsversteurings, substansie- verwante versteurings, anti-sosiale persoonlikheid-versteuring, leerversteurings en angsversteurings - kom in familielede van kinders met AT/HV voor (APA, 2000:90). Laasgenoemde kan op gemeenskaplike genetiese verskille dui (Barlow & Durand, 2005:492).

Alhoewel die fisiologiese model van AT/HV al hoe meer aanvaar word, is die finale woord in hierdie verband nog nie gespreek nie. Volgens Swanson, Sunohara, Kennedy, Regino, Fineberg, Wigal, Lerner, William, LaHoste & Wigal (1998) kan die oorteenwoordigheid van die dopamien reseptor D4 (DRD4) geen met AT/HV geassosieer word. Navorsing waarin sekere eienskappe van aangenome kinders met eienskappe van hulle pleegouers sowel as hul biologiese ouers vergelyk word het gevind dat genetika 'n groot invloed op die ontwikkeling van AT/HV het (Bradley & Golden, 2001:909; Barkley, 1998:170). Die hipoteses oor die rol van genetiese faktore word ook deur die resultate van tweelingstudies ondersteun. Studies in tweelinge het gevind dat AT/HV meer algemeen in monosigotiese tweelinge as disigotiese tweelinge voorkom en dat omgewingsfaktore vir slegs 0-6% van die variansie in AT/HV gedragsimptome verantwoordelik is (Bradley & Golden, 2001:913).

2.8.2 Neuroanatomiese en neurochemiese perpektief

Daar is gevind dat neurologiese faktore, insluitende strukturele en funksionele brein-abnormaliteite, AT/HV kan veroorsaak. Volgens Mash en Wolfe (2005: 132) is abnormaliteite in die frontaal-striatale verbindings primêr verantwoordelik vir die versteuring. Daar word beweer dat kinders met AT/HV oor 'n kleiner en asimmetriese prefrontale korteks en basale ganglia beskik (Carr, 2006: 433; Barkley 1998:168). Die areas van die brein reguleer die volgende funksies: aandag, uitvoerende funksionering, opwekking, uitdrukking van emosies, gedrag, organisasie, afleibaarheid en oordeelsvermoë (Bradley & Golden, 2001: 913).

Neurosielkundige en neurologiese studies het daarop gedui dat ander areas van die brein – soos die subkortikale strukture, verbindingstrukture, temporale lob, pariëtale lob – ook by AT/HV betrokke kan wees (Bradley & Golden, 2001:919-922). Kinders met die versteuring het byvoorbeeld 'n kleiner serebrale volume en serebellum asook minder serebrale bloedvloei (Barkley, 1998:1998:166; Mash & Wolfe, 2005:132). Effektiewe behandeling van AT/HV deur middel van stimulante bevestig die assosiasie tussen dié versteuring en abnormaliteite van die oordragstof funksionering in die prefrontale korteks en basale ganglia; veral die onvoldoende beskikbaarheid van dopamien en norepinefrien (Carr, 2006:434).

2.8.3 Swangerskap, geboorte en vroeë ontwikkeling

AT/HV en ander probleemareas kan veroorsaak word deur spesifieke omgewingsinvloede wat die ontwikkeling van die sentrale senuweestelsel gedurende die swangerskap, geboorte en vroeë ontwikkeling belemmer. Verskeie studies (Bradley & Golden, 2001:911-912; Indredavik, Brubakk, Romundstad & Vik, 2007:377) het getoon dat indien 'n moeder tydens haar swangerskap rook die nikotien via anoksie breinbeskadiging tot gevolg kan hê. Laasgenoemde kan deur middel van AT/HV simptome manifesteer. Ander pre- en perinatale faktore wat ook met die ontwikkeling van AT/HV geassossieer kan word sluit in: lae geboortemassa, seisoen van geboorte, premature geboorte, kindersiektes, hoofbeserings, asook die gebruik van alkohol of medikasie, emosionele stres en komplikasies gedurende swangerskap (Barkley, 1998:169; Carr, 2006:433; Bradley & Golden, 2001:910-913).

2.8.4 Dieet, Allergieë en Lood

Verskeie studies het al die assosiasie tussen AT/HV en dieet, allergieë en lood ondersoek (Arnold, 1999; Gadoth, 2008; Needleman, Schell, Bellinger, Leviton & Alfred, 1990). Alhoewel Feingold (1975) geargumenteer het dat allergiese reaksies tot kunsmatige voedingstowwe AT/HV kan veroorsaak (Barlow & Durand, 2005:493) het die meerderheid navorsing egter die allergie-teorie van die hand gewys (Carr, 2006:434). Egger, Carter, Gumley en Soothhill (aangehaal in Carr 2006:458) het gevind dat die aanpassing van kinders met AT/HV se dieet ten einde die spesifieke substans waarvoor die individu allergies is uit te skakel, wel tot verligting van simptome kan lei. Volgens C. Adnams (persoonlike kommunikasie, 22 Januarie 2009), wat verskeie artikels rakende die waarde van Omega-3 poli-onversadigde vetsure aanvullings vir die behandeling van psigiese versteurings in kinders en adolessente ondersoek het, word die waarde daarvan gesuggereer, maar voldoende bewyse ontbreek nog by sommige toestande Blootstelling aan lood is ook as moontlike oorsaak van AT/HV oorweeg (Mash & Wolfe, 2005:133). Bewyse vir die hipotese is skaars deurdat min kinders met loodvergiftiging AT/HV simptome ontwikkel (Barkley, 1998:173).

2.8.5 Psigososiale faktore

Die familie sisteem en die breër sosiale konteks speel 'n belangrike rol in die etiologie en handhawing van AT/HV (Carr, 2006:437; Barlow & Durand, 2005:493). Lange et al. (2005:84-

91) het gevind dat die volgende aspekte van die gesin met AT/HV geassosieer kan word: (1) hoë stresvlakke in die gesin; (2) beperkte sosiale ondersteuning van eggenoot, vriende, familie, mediese personeel en betekenisvolle ander; (3) laer kwaliteit van lewe; (4) leemtes in huidige funksionering (in terme van kommunikasie, rolle, sensitiwiteit, affektiewe betrokkenheid en gedragsbeheer); (5) outoritêre ouerstyle; (6) laer ouertevredenheid in huidige gesin en gesin van oorsprong sowel as (7) sielkundige gesondheidsprobleme by die ouers. Daar moet egter daarop gelet word dat bogenoemde risikofaktore nie noodwendig AT/HV veroorsaak nie, maar dat dit wel die uitkomste van die versteuring kan beïnvloed. Ander psigososiale faktore buiten die gesinsisteem wat ook met AT/HV geassosieer kan word sluit in: lae sosio-ekonomiese status, gestigsorg sowel as verhoudingsprobleme met portuurgroep en skoolpersoneel (Carr, 2006:437).

2.8.6 Opwekkingsteorieë

Volgens Zentall se optimale stimulasie teorie sal kinders hulle gedragspatrone aanpas indien die interne en eksterne stimulasie of opwekking nie optimaal is nie (Zentall, 2006:50). Opwekking verwys na die "interne prosesse waardeur 'n organisme gereed word om te reageer" (Plug et al., 1997:259). Navorsers in fisiologie het eerste die veronderstelling ondersteun dat individue met AT/HV ondergestimuleerd is en meer stimulasie as hulle portuurgroep vereis (Zentall, 2006:51). Verskeie studies (Mangeot, Miller, McIntosh, McGrath-Clarke, Simon, Hagerman & Goldson, 2001:399; Nicholls & Syvertson) het gevind dat wanneer kinders, wat met AT/HV gediagnoseer is, in 'n omgewing geplaas word wat beperk is aan sensoriese stimulasie hulle opwekking nastreef deur disfunksionele sensoriese gedrag (verlang stimulasie van 'n hoër intensiteit en langer duur), attentheid (aandagtekort, swak impulsbeheer, hiperaktiwiteit) en emosionele reaksies (manie, onvermoë om die intensiteit of duur van hul wisselwerking met ander te reguleer, minag ander). Volgens Zentall (2006:51-53) kan stimulasie verhoog word deur die klaskameromgewing aan te pas (bv. deur vernuwing van alledaagse take) en leerders te onderrig in self-regulerende stimulasie. Inteenstelling het navorsing ook gevind dat individue wat met AT/HV gediagnoseer is somtyds gedragspatrone (bv. vermy sekere kossoorte weens die reuk, tekstuur of smaak daarvan) toon ten einde bespeurde gevaarlike sensoriese stimuli te vermy (Reynolds & Lane, 2008:517).

2.9 DIE ASSESSERING VAN ATHV

Assessering verwys na die proses van identifisering, versameling en interpretering van inligting wat toepaslike besluitneming, intervensie en begrip vir funksionering rig (Engelbrecht, Green, Naicker & Engelbrecht, 1999:99). Die doel van assessering kan in vyf kategorieë verdeel word naamlik klassifikasie, diagnose, intervensie, evaluering en bemagtiging (Engelbrecht, Kriegler & Booysen, 1996:98-102). Volgens Barkley (1998:263-264) stel die assesseringsproses ons in staat om die teenwoordigheid van AT/HV, geassosieerde probleme en/of ko-morbiede versteurings te bepaal (Barkley, 1998:263-264). Persoonlike en kontekstuele predisposisionerende, instandhoudende en beskermende faktore kan ook deur middel van die proses identifiseer word (Carr, 2006:441-446).

Volgens Engelbrecht et al. (1999:103) is ’n multidimensionele, dinamiese en holistiese benadering tot assesering wat gegrond is in die ekosistemiese model en die konstruktivistiese perspektief nodig ten einde betroubare en geldige weergawes van die kind se gedrag in verskillende kontekste te bied. Doeltreffende en insiggewende assesering behels dus die integrasie van informasie van ’n verskeidenheid asseseringstrategieë; aspekte; bronne; kontekste en geleenthede (Foxcroft & Roodt, 2005:6). Aktiewe betrokkenheid, proses eerder as produk en intervensie eerder as etikettering word ook deur dié benadering beklemtoon (Engelbrecht et al., 1996:104). Barkley (1998:283-285) meld dat die assesseringsproses slegs ’n waardevolle rol kan beklee indien dit op ’n regverdige en etiese wyse deur ’n opgeleide persoon toegepas word.

Die raadpleeg van dokumente (bv. skoolrapporte, verslae, geïndividualiseerde onderwysplanne, psigometriese toetsresultate, anamnese) asook ouer en onderwyser gedragskontrolelyste dien as belangrike komponente van die proses om adolessente met AT/HV te assesseer. Laasgenoemde geskied gewoonlik alvorens ’n afspraak met die adolessent en ouers gemaak word. Daaropvolgende kliniese onderhoude met betrokke rolspelers (bv. ouers, adolessent, onderwyser) kan inligting voorsien rakende die rede vir verwysing, demografie, adolessent se psigososiale funksionering, vorige hulpverlening asook die mediese, skolastiese, ontwikkelings- en gesinsagtergrond (Barkley, 1998:267-270). ’n Mediese ondersoek deur ’n pediater is ook essensieel vir die diagnosering van AT/HV en help om die volgende te identifiseer: (1) moontlike mediese oorsaaklike faktore; (2) geassosieerde probleme wat mediese intervensie verlang; en (3) fisieke toestande wat medikasie teen werk.

2.10 INTERVENSIES EN HANTERING VAN AT/HV

Aangesien AT/HV nie aan ‘n enkele oorsaak toegeskryf kan word nie moet die veelheid van vlakke waarop die adolessent funksioneer by die intervensie in ag geneem word. Volgens Lazarus (1985:1) maak multimodale terapie gebruik van ‘n verskeidenheid tegnieke vir die behandeling van probleme in sewe modaliteite – gedrag, affek, sensories, verbeelding, kognisie, interpersoonlike verhoudings en biologiese faktore. Die doel van multimodale terapie is om ’n persoonsgesentreerde intervensieprogram op te stel eerder as om dieselfde terapeutiese benadering op alle kliënte toe te pas (Lazarus, 1985:3). Die behandelingsprogram vir AT/HV sluit onder andere psigo-opvoedkunde, psigo-stimulant medikasie, skolastiese intervensie, gesinsintervensie en individuele berading in (Carr, 2006:446).

Die multidimensionele benadering tot die behandeling van AT/HV geskied gewoonlik oor 10-20 sessies (Barkley, 1998:416). Volgens Mash en Wolfe (2005:134) is ‘n effektiewe terapeutiese program sensitief tot die adolessent se spesifieke ontwikkelingsvlak en behoeftes. Gereelde opvolgbesoeke en die hervat van terapie gedurende die oorgang tussen verskillende ontwikkelingstadiums word sterk vir adolessente en hulle ouers aanbeveel. Dit is ook ‘n intensiewe, deurlopende en omvattende benadering wat gerig is op die individu se probleemgedrag asook die skep van eksterne struktuur. Vervolgens word die verskillende behandelingsmodaliteite van ’n intervensieprogram sowel as ’n voorgestelde benadering tot intervensie (bate-gebaseerde benadering) kortliks bespreek.

2.10.1 Behandelingsmodaliteite

2.10.1.1 Psigo-opvoedkunde

Gedurende die eerste twee terapie sessies word die adolessent en ouers afsonderlik onderrig ten opsigte van AT/HV (Carr, 2006:446). Die doel van psigo-opvoedkunde is om begrip en aanvaarding van die AT/HV diagnose aan te moedig sodat die adolessent en ouers maksimale voordeel uit die multimodale terapie kan trek. Die psigo-opvoedkunde proses bestaan uit vier breë oorvleulende stappe: (1) deurgee van feitelike inligting rakende AT/HV en verskillende behandelingsmodaliteite; (2) luister aktief na hoe die adolessent en die ouers op die voorgenoemde inligting reageer; (3) aanspreek van foutiewe interpretasies en denkprosesse deur middel van kognitiewe herstrukturering; en (4) kollaboreer met die adolessent en ouers ten einde terapeutiese doelwitte op te stel (Barkley, 1998:420). Die gebruik van biblioterapie, videobande

en verwysing na ‘n ondersteuningsgroep of ‘n adolessent met AT/HV wat as positiewe rolmodel kan dien word sterk aanbeveel vir psigo-opvoedkundige doeleindes. Carr (2006:419-420) verwys na verskeie webtuistes wat leesmateriaal vir leke in die gebied beskryf.

2.10.1.2 Medikasie

Gedurende die derde sessie van die intervensieprogram word daar bepaal of medikasie voorgeskryf moet word al dan nie. Dit is belangrik dat medikasie na afloop van ’n volledige mediese ondersoek deur ’n dokter voorgeskryf word. Van der Walt (2001:122) meld dat die dosering nie van die persoon se gewig en ouderdom alleenlik afhanklik is nie, maar dat dit by die individu se respons en behoeftes aangepas moet word. Medikasie word gewoonlik vir ’n proeftydperk (twee weke tot ’n maand) voorgeskryf. Die ouers en die opvoeders word versoek om gestandardiseerde vraelyste (bv. *Conners Parent Rating Scale)* voor en na die proeftydperk in te vul ten einde die kinders se reaksies op die medikasie te monitor. Die mening van Kendall et al. (2003:124) is dat daar ook na die adolessent se belewing van medikasie geluister moet word om die toepaslikheid van die medikasie te evalueer. Om die effektiwiteit van die medikasie te monitor moet ouers op ’n gereelde basis met die onderwyser gesels en moet die kinders gereelde mediese opvolgbesoeke hê.

Navorsing toon dat medikasie slegs tydelike voordele vir die kind inhou en dat die effektiwiteit nie blywend is na die terminering van die medikasie nie (Carr, 2006:449). Barkley (1998:520) meld dat die uitwerking van medikasie van die spesifieke individu en dosis afhanklik is. Daarom hou AT/HV medikasie vir sommige persone meer voordele in as vir ander. Die mening van Borgschatz, Frankenberger en Eder (1999:520) is dat medikasie alleenlik nie genoegsaam is vir die behandeling van kinders met AT/HV nie aangesien dit dikwels gepaardgaan met meervoudige opvoedkundige en sosiale probleme. Die tipes medikasie vir AT/HV kan in 3 hoofgroepe verdeel word, naamlik: (1) stimulante; (2) nie-stimulante en (3) ander (Barkley, 1998:564). Vervolgens word hierdie tipes medikasie vir AT/HV kortliks bespreek.

- **Stimulante**

Sedert die 1930s het die gebruik van stimulante vir die behandeling van AT/HV en geassosieerde probleme beduidend toegeneem. Huidiglik is die gebruik van stimulante die algemeenste metode om die simptome van AT/HV van dag tot dag te bestuur. Volgens Meaux, Hester, Smith en Shoptaw (2006:214) ontvang ongeveer 65% van alle kinders met AT/HV gereeld stimulante. Die

algemeenste tipes sluit in metielfenidaat (bv. Ritalin® en Concerta®), dextroamfetamiene (bv. Dexedrine® en Dextrostat®), amfetamiene (bv. Adderall®) sowel as lisdexamfetamien (bv. Vyvanse®; Swierzewski, 2001). Volgens van der Walt (2001:122) is Ritalin die mees aangewese middel.

Stimulant medikasie kom in verskeie doserings in beide 'n kort- en langwerkende vorm voor (Smith, Cutter & Segal, 2008). Aanvanklik word 'n lae dosis voorgeskryf vanwaar dit dan met opvolgbesoeke aangepas word. Die uitwerking van kortwerkende stimulante is gewoonlik vir drie tot vier ure. Die doserings van die kortwerkende vorm kan, afhangende van die slaaptye en studietye, tot drie maal 'n dag herhaal word. Die langwerkende vorm is vir ongeveer agt tot twaalf ure effektief en word gewoonlik slegs een maal 'n dag geneem. Laasgenoemde hou voordele vir adolessente in deurdat dit verhoed dat hulle gedurende skoolure medikasie moet drink en die sterk emosies wat daarmee gepaardgaan moet hanteer (Meaux et al., 2006:225).

Stimulante verhoog dopamien neuro-oordragstowwe ten einde die aktiwiteitsvlak in die frontale streek van die brein te verhoog (Mash & Wolfe, 2005:136). Die uitwerking van stimulante sluit verbetering ten opsigte van aandagspan, konsentrasie, impulsbeheer, motoriese koördinasie en akademiese produktiwiteit in (Mash & Wolfe, 2005:136). Stimulante kan ook minder aggressiewe en ontwrigtende gedrag tot gevolg hê wat tot die kwaliteit van die sosiale interaksies tussen kinders met AT/HV en hulle portuurgroep, ouers en onderwysers bydra (Moline & Frankenberger, 2001:570).

Kinders met AT/HV wat stimulant medikasie neem ervaar dikwels verbygaande newe effekte soos eetlusverlies, huilerigheid, oorsensitiwiteit, insomnia, angstigheid, irritasie, naarheid, maagpyn, lomerigheid, hoofpyn en buikpyn (Borgschatz et al., 1999:517; Pharma Dynamics 2008:2). Stimulant medikasie kan ook onderliggende motoriese of vokale gewoontetrekkings versterk (van der Walt, 2001:131). Die bogenoemde newe effekte is gewoonlik matig van aard en kan met 'n laer dosis of staking van die farmakologiese middels uitgeskakel word (Mash & Wolfe, 2005:136). Alhoewel navorsing gevind het dat die langtermyn gebruik van stimulante moontlike groeivertraging (bv. gewig en/of lengte) tot gevolg kan hê, hou dit nie met latere substansmisbruik verband nie (Barkley, Fischer, Smallish & Fletcher, 2003:97).

- **Nie-stimulante**

Alhoewel daar bewys is dat stimulante die mees effektiewe behandelingsmodaliteit is, is bykans 30% van die kinders met AT/HV nie-responsief daartoe nie (Barkley, 1998:552). Nie-stimulante word oor die algemeen eers oorweeg wanneer stimulante nie effektief is nie. Atomexetine HCl (Strattera®) is ’n voorbeeld van ‘n nie-stimulant wat beskikbaar is vir volwassenes en kinders (ouer as sesjaar) met AT/HV (Wernicke & Kratohvil, 2002:50).

’n Enkele kapsule van Strattera®, wat vir 24 ure effektief is, moet daagliks geneem word. Die aangewese dosering (10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg en 60 mg) word deur die kind se gewig bepaal en kan met of sonder kos geneem word (Pharma Dynamics, 2008:2-3). ’n Lae dosis word gewoonlik vir die eerste sewe dae voorgeskryf. Na afloop van dié tydperk word die dosering verhoog. Daar moet egter daarop gelet word dat die gewensde uitwerking van Strattera® tot ’n maand kan neem om waargeneem te word.

Strattera® verhoog die aktiwiteit van noradrenalien- ‘n chemiese oordragstof in die brein (Wernicke & Kratochvil, 2002:50). Weens laasgenoemde hou ’n daaglikse dosis van Strattera® dieselfde voordele in as stimulant medikasie deurdat dit ook simptome van AT/HV beheer. Strattera® kan geneem word wanneer geassosieerde toestande (bv. angs, depressie en spiertrekkings) teenwoordig is. Dié nie-stimulant kan ook tot ’n verbetering ten opsigte van ’n persoon se selfagting en sosiale funksionering bydra.

Newe-effekte wat met die neem van Strattera® geassosieer word sluit onder andere allergiese reaksies, influensa sowel as vaskulêre, kardiovaskulêre en psigiese versteurings in (Pharma Dynamics, 2008:3). Volgens Wernicke en Kratohvil (2002:51-54) kan buikpyn, eetlusverlies, naarheid en lomerigheid ook voorkom. Dié newe-effekte is gewoonlik matig van aard en kan met volgehoue behandeling uitgeskakel word.

- **Ander**

Ander medikasie word dikwels aangewend waar stimulante of nie-stimulante nie effektief is nie of wanneer geassosieerde toestande teenwoordig is (Barkley, 1998:552). Laasgenoemde sluit onder andere aggressie; epilepsie asook gedrags-; angs-; gemoeds- en spiertrekkingsversteurings in. Sorg moet egter geneem word met die gebruik van alternatiewe medikasie vir die behandeling van AT/HV aangesien daar beperkte navorsing is rakende die voorskryf en die effektiwiteit daarvan. Die medikasie sluit onder andere antidepressante en alternatiewe opsies in.

Volgens Reber en Reber (2001:41) verhoog antidepressante die vlak van verskeie neuro-oordragstowwe in die brein en kan dit in drie hoof groepe verdeel word, naamlik trisikliese samestellings (bv. Tofranil® en Tryptanol®), mono-amienoksidaseremmers (bv. Aurorix® en Parnate ®) en seretonien-heropnameremmers (bv. Efexor®). Tryptanol® kom in 'n langwerkende vorm voor en word dikwels in kombinasie met stimulante geneem. 'n Daaglikse dosis van dié trisikliese antidepressant kan aan kinders bo 6 jaar gegee word vir die behandeling van depressie en enurese (Pharma Dynamics, 2008:13-14). Newe-effekte met die gebruik van Tryptanol® sluit onder andere bedaardheid, hardlywigheid en onduidelike sig in. Alhoewel daar nie baie navorsing is oor werking van Parnate® vir die behandeling van AT/HV nie, vermy dit baie van die newe effekte wat met Typtanol® geassosieer word. Insomnia, angstigheid en duiseligheid is van die newe-effekte wat met die neem van dié mono-amienoksidaseremmer verband hou (Pharma Dynamics, 2008:14). Efexor® is 'n seretonien-heropnameremmer en word gewoonlik vir die behandeling van depressie sowel as veralgemeende angversteuring en sosiale angsversteuring voorgeskryf (Pharma Dynamics, 2008:24). Newe-effekte van Efexor® sluit borspyn, kragteloosheid en koudkry in.

Alternatiewe medikasie (bv. Biostrath en Eye-Q) kan ook gebruik word vir die behandeling van AT/HV. Biostrath is 'n kruiegis aanvulling wat bestaan uit 62 voedingstowwe (Bio-strath AG, 2008). Dit kom in 'n tablet, stroop of koeldrank vorm voor. Aangesien Biostrath geen kontra-indikasies het nie blyk dit ideaal vir kinders, adolessente en volwassenes met AT/HV. Oor die afgelope paar jaar word Omega-3/6 poli-onversadigde vetsure (POV) vir die behandeling van asma, epilepsie, ekseem en ontwikkelingsversteurings (bv. aadagtekort en konsentrasieprobleme, omvattende ontwikkelingsversteuring sowel as versteuring van motoriese vaardighede) aanbeveel (Gadoth, 2008:309). Omega-3/6 POV word hoofsaaklik van plante en seekos vervaardig. Die aanbevole daaglikse dosis wissel tussen 190-300mg per dag en 1000mg per dag (Clayton, Hanstock, Garg & Hazell, 2007:93). Volgens C. Adnams (persoonlike kommunikasie, 2009) se literatuuroorsig hou omega-3 POV slegs geringe voordele in vir die behandeling van depressie. Aangesien daar op hierdie stadium nie genoegsame bewyse vir effektiewe behandeling van AT/HV met omega-3/6 POV is nie, word verdere navorsing aanbeveel.

2.10.1.3 Die hantering van AT/HV in die klaskamer

Vanaf sessie vier tot sessie nege kan die “Diagnostic Checklist for School Success” gebruik word om die adolessent se hindernisse tot leer te identifiseer. ’n Buigsame geïndividualiseerde onderwysplan kan ook tydens die sessies ontwikkel en geïmplementeer word (Barkley, 1998:427). Laasgenoemde vereis ‘n kollaboratiewe vennootskap tussen verskillende deskundiges afkomstig uit verskillende dissiplines.

Intervensietegnieke kan in die klaskamer toegepas word om onvanpaste gedrag te laat afneem en om leerders te bemagtig om tot hulle volle potensiaal te ontwikkel. Die toepassing van gedragsmodifikasie in die klaskamer stem ooreen met die wenke wat aan ouers verskaf word (sien 2.10.4). Die volgende strategieë kan ook deur die onderwyser gevolg word om ’n leerder met AT/HV in die klaskamer te akkommodeer (Anhalt, McNeil & Bahl, 1998; Mash & Wolfe, 2005:138):

- Prys die leerder onmiddellik na die gewenste gedrag.
- Maak seker dat die leerder die opdrag verstaan. Die kind kan byvoorbeeld gevra word om die opdrag te herhaal nadat die onderwyser dit gegee het.
- Moenie die leerder naby aan ‘n lugversorging, venster, deur, waaier en verwarmer laat sit nie. Plaas eerder die kind naby aan die onderwyser se tafel sodat eksterne stimuli geminimaliseer word.
- Gee een opdrag op ’n keer wat die gewenste gedrag duidelik uitspel.
- Maak seker dat die leerder die huiswerktake volledig en korrek afskryf.
- Maak gereeld van oogkontak of ander nie-verbale tekens gebruik om die kind te herinner om sy aandag by die werk te bepaal. Jy kan byvoorbeeld die kind se gesig na jou draai of in die verbystap aan sy/haar skouer raak.
- Ontwikkel die leerder se self-regulering deur middel van meta-kognitiewe strategieë. Die leerder kan byvoorbeeld ’n elastiese rekkie om sy arm dra en dit skiet as hy sukkel om te konsentreer.
- Moedig akkuraatheid eerder as spoed aan.
- Moedig die klasmaats aan om die klaskamergedrag te monitor en om as hulp op te tree.

- Die opvoeder moet in spanverband saam met die ouers, skoolhoof, leerders, gemeenskapslede en opvoedkundige ondersteuningspersoneel werk.

2.10.1.4 Gesinsterapie

Gesinsterapie is " 'n vorm van groepterapie waarin die hele gesin of minstens verskeie gesinslede betrek word" (Plug et al., 1997:126). Dit geskied gewoonlik vanaf sessie 10 tot sessie 17 (Barkley, 1998:434). Volgens Carr (2006:453) blyk dit dat slegs die helfte van adolessente met AT/HV voordeel uit hierdié tipe intervensie trek. Die doelwit van gesinsterapie is om die individuele lede te help om nuwe vaardighede en houdings te ontwikkel ten einde onderlinge verhoudings te verbeter en wanfunksionering uit te skakel (Mash & Wolfe, 2005:139). Gedurende dié intervensie help die terapeut die gesinslede om duideliker te kommunikeer, om hulle probleme op te los en om onrealistiese oortuigings en verwagtings deur middel van kognitiewe herstrukturering te wysig (Carr, 2006:453-454).

Ouerleiding is 'n belangrike aspek van gesinsterapie waarop aandag gevestig moet word gedurende die hantering van AT/HV. Barkley (1998:382-390) noem tien stappe wat ouers moet volg om 'n kind met AT/HV se gedrag te verbeter en om die emosionele uitdagings verbonde aan die grootmaak van hul kind te hanteer. Die voorgestelde program dien as breë riglyne en moet by die unieke huishouding aangepas word. Dit kan oor 8 tot 12 sessies aan ouers aangebied word. Vervolgens word die tien stappe van die intervensieprogram kortliks bespreek.

- **Stap 1: Psigo-opvoedkunde**

Tydens die stap word ouers van AT/HV geleer sodat die gesin nie die slagoffers van hierdie simptome hoef te bly nie. Wenke vir die hantering van 'n kind met AT/HV word ook vir hul deurgegee. Dié wenke sluit in: (1) konsekwentheid; (2) moenie preek nie – tree op; (3) implementeer beloning voor straf en (4) onmiddellike terugvoering.

- **Stap 2: Gee positiewe aandag aan jou kind**

Gedurende die stap word die ouers aangemoedig om daagliks 'n twintig minute periode met hul kind te spandeer. Die doel van hierdie stap is om hulle verhouding te versterk deur hul kind se positiewe gedrag raak te sien en aan te moedig.

- **Stap 3:Uitbrei van positiewe aandag na situasies buite julle spesiale tyd**

Hierdié stap moedig ouers aan om ook hulle kind te "betrap" wanneer hy/sy positiewe gedrag openbaar buite die spesiale tye (stap 2) ten einde beter samewerking by hul kind te kweek.

- **Stap 4 – 7: Gedragsmodifikasie**

Tydens die stap kan die ouers gedragsverandering teweeggebring word deur versterking of beloning van positiewe gedrag (bv. die gebruik van 'n puntestelsel en skyfies) en die gebruik van negatiewe gevolge vir die toepassing vir wangedrag (bv. "time out", ontneming van voorregte).

- **Stap 8: Skool-huis-gebaseerde beloningsprogram**

Gedurende die fase kan 'n onderwyser gevra word om 'n kind se gedrag binne die klaskamer te monitor, dit op 'n kaart aan te teken en dit aan die ouers deur te stuur. Die ouers kan dan 'n verskeidenheid tegnieke tuis aanwend om klaskamergedrag aan te moedig of te ontmoedig.

- **Stap 9: Die hantering van toekomstige probleme**

Tydens dié stap word ouers gevra om moontlike probleme wat in die toekoms mag voorkom te antisipeer. Die ouers kry dan ook 'n geleentheid om die wyses hoe hulle die toekomstige probleme sal hanteer te bespreek.

- **Stap 10: Opvolgbesoeke**

Na afloop van die ouerleidingsprogram word gereelde opvolgbesoeke gemaak om die intervensieplan te hersien en te verfyn.

2.10.1.5 Individuele terapie

Gedurende die laaste paar sessies word geassosieerde toestande of probleme opgevolg. Aangesien 'n adolessent met AT/HV nie altyd gemaklik voel om sensitiewe sake (bv. selfbeeld, depressie, seksualiteit) in die teenwoordigheid van hulle ouers te bespreek nie, kan daar van individuele kognitiewe gedragsterapie en ondersteuningsterapie gebruik gemaak word (Barkley, 1998:419). Die adolessent kan ook tydens individuele sessies geleer word om sy of haar aggressie te bestuur en om sy of haar eie akademiese asook sosiale gedrag te monitor, te evalueer en te versterk deur hulself te beloon (Carr, 2006:457). Volgens Barkley (2007:280) kan die onderrig in verbale self-regulering strategieë waardevol wees om die instandhouding van die uitkomstes van vorige intervensies te verseker. Egger et al. (1985) beveel ook aan dat kinders met AT/HV na 'n pediater of dieetkundige verwys moet word ten einde voedingstowwe waarvoor

die kind allergies is te identifiseer. Huweliksberading en enige ondersteuningsgroep wat sosiale of emosionele steun aan die ouers kan verskaf word ook aanbeveel in die lig van geassosieerde huweliks- en/of ander persoonlike probleme (Mash & Wolfe, 2005:139).

2.10.2 Die bate-gebaseerde benadering

Die bate-gebaseerde benadering, wat deur Kretzman en McKnight (1993) ontwikkel is, moedig die gebruikmaking van bates in die sosiale konteks aan ten einde diverse interne en eksterne hindernisse tot leer aan te spreek (Bouwer, 2005:51). Die bate-gebaseerde benadering staan ook as die "half vol glas" benadering bekend (McDonald, 1997:115). Volgens dié benadering het elke individu intrinsieke kwaliteite (bv. vaardighede, kennis, persoonlike eienskappe) en ekstrensieke hulpbronne (bv. skool, portuurgroep, plaaslike institute) tot hul beskikking om positiewe verandering te weeg te bring (Bouwer, 2005:51; Eloff, 2003b:33-39). Inteenstelling met die behoefte-gebaseerde benadering wat probleme, tekorte en behoeftes beklemtoon, fokus die bate-gebaseerde benadering op die identifisering, toetreding, en mobilisering van bates ten einde volhoubare intervensie te bied (Eloff, 2003a:16). Die bate-gebaseerde benadering fokus ook op die hede en beskou die kliënt as 'n kundige. Volgens Kretzmann en McKnight (1993:9) beklemtoon die bate-gebaseerde benadering dinamiese verhoudings en is kollaborasie noodsaaklik. Elke keer wat die individu sy of haar bates gebruik word beide die individu sowel as die sisteem waarin die persoon funksioneer versterk of bemagtig (Eloff, 2003a:22).

2.11 DIE AT/HV DEBAT

Met die drastiese toename in die voorkoms van AT/HV oor die afgelope paar jaar het daar twee pole van perspektiewe ontstaan, naamlik AT/HV as 'n mite en AT/HV as 'n gedragsversteuring.

Aan die een kant is navorsers besorgd daaroor dat AT/HV oordiagnoseer word en dat stimulante vervolgens oormatig voorgeskryf word (Mash & Wolfe, 2005:136). In die boek getiteld *The Hyperactivity Hoax* argumenteer Walker (1998:6-7) dat geneeskundiges slegs op die simptome van AT/HV fokus en dat die onderliggende oorsake nie ondersoek word om 'n differensiële diagnose te maak nie. Verskeie webtuistes argumenteer dat AT/HV normale lewenslustige kindergedrag voorstel wat weens die profyt gedrewe en onderdrukkende aard van 'n kapitalistiese samelewing verkeerdelik as 'n versteuring geettiketeer word (Kendall et al., 2003:116). Vanuit

‘n ekonomiese perspektief word daar beweer dat farmaseutiese industrieë die mite van AT/HV laat voortbestaan ten einde stimulante en alternatiewe medikasie te verkoop (Stolzer, 2007:112).

Baughman (1998) meld dat die AT/HV diagnose ‘n “total, 100% fraud” is aangesien kinders met AT/HV geen bespeurbare fisiese abnormaliteite het wat kenmerkend is van die versteuring nie. Stolzer (2007:114) meld dat die manlike geslag oor die geskiedenis heen al AT/HV tipe gedrag toon en dat die gedrag nie aan evolusionêre veranderinge in die neurologiese sisteem toegeskryf kan word nie. Net soos DeGrandpre (1999:32) argumenteer hy dat die epidemie in Amerika moontlik toegeskryf kan word aan die veranderde persepsies van kinderdae en die moderne prestasiegedrewe samelewing wat beperkinge oplê aan beweging, kreatiwiteit, buitemuurse aktiwiteite en ongestruktureerde spel. Hy stem saam met Breggin (2002:126) dat tradisionele metodes van kinders grootmaak met psigotropiese middels vervang is ten einde kinders se ongewenste gedrag te beheer. Met die diagnosering van AT/HV word die blaam dus alleenlik op die kind gewerp en word die normale variasie in temperament asook die invloed van die ouers, onderwysers en kulturele praktyke verontagsaam (Carey, 2002:13).

Die teenargument stel voor dat AT/HV ‘n geldige gedragsversteuring is en dat baie meer kinders voordeel uit stimulante kan trek. Volgens die perspektief het ons onlangse bio-mediese vooruitgang tot beter begrip van die versteuring asook breër diagnostiese kriteria gelei. Met die resente veranderinge in wetgewing en beleide word kwaliteit dienste ook vir leerders met AT/HV aanmoedig. Gevolglik word meer individue met AT/HV gediagnoseer en het die gebruik van stimulante beduidend toegeneem. Barkley (aangehaal in Tait, 2005:395) meld die volgende:

> The science speaks for itself…it’s a real disorder; it’s valid…Many people in the public ask, ‘Where were these kids when I was growing up? I’ve never heard of this before.’ Well…back then we didn’t have a professional label for them. We preferred to think of them in moral terms. They were the lazy kids, the no-good kids, the dropouts, the delinquents, the layabout ne’er-do-wells who were doing nothing with their life. Now we know better. Now we know that it is a real disability, that it is a valid condition…

2.12 ADOLESSENTE SE BELEWING VAN AT/HV

Alhoewel daar ‘n rykdom navorsing rakende adolessente met psigiese versteurings en gesondheidsprobleme bestaan wat vanuit die epidemiologiese paradigma bestudeer word is daar

min kwalitatiewe navorsing wat handel oor hulle subjektiewe ervarings daarvan (Buston, 2002:231; Roen, Scourfield & McDermott, 2008:2089). Die waarde van 'n kwalitatiewe benadering lê daarin dat dit ons instaat stel om persoonlike ervarings en persepsie in diepte te verstaan. Volgens Kendall et al. (2003:127) bied 'n kwalitatiewe studie vir adolessente met AT/HV 'n geleentheid om hul stem te lug ten einde voorstelle vir meer effektiewe intervensie te maak en hulself te reguleer.

Huidiglik word dié kwalitatiewe benadering meer erken in die bestudering van mediese (Abadía-Barrero & LaRusso, 2006; Woodgate, 2005) en psigiese (Woodgate, 2006) versteurings. Mulderij (1996:311) het gevind dat veranderinge in kinders se liggame 'n sentrale rol speel in hoe hul, hulle fisiese gestremdheid ervaar. Bo en behalwe bogenoemde is adolessente met kanker (Woodgate, 2005) en depressie (Woodgate, 2006) ook bewus van die veranderinge wat hul ondergaan ten opsigte van hul selfevaluering en hul wese in die wêreld. Dié studies rakende die belewing van kanker en depressie het ook gevind dat dit belangrik is dat familie, vriende en kundiges in geestesgesondheid hul moet ondersteun_ten einde “a sense of belonging in the world” en “feeling valued as human beings” aan te moedig (Woodgate, 2005:13; Woodgate, 2006:266). In Abadĩa-Barrero en LaRusso (2006:41-42) se fenomologiese studie rakende adolessente se belewing van MIV/VIGS is daar gevind dat hulle oor 'n swak begrip beskik rakende die impak wat die diagnose op hul lewens het. Volgens die studie kan onvoldoende inligting rakende hul diagnose hul psigososiale ontwikkeling strem en hul kwesbaar maak vir risiko-gedrag.

Gedurende dié studie is slegs ses kwalitatiewe studies gevind wat fokus op die belewing van AT/HV. Vanuit laasgenoemde studies het een die wyse waardeur volwassenes AT/HV hanteer nagevors (Toner, O'Donoghue & Houghton, 2006). Die oorblywende studies het kinders en adolessente se ervaring van stimulant medikasie (Meaux et al., 2006; Moline & Frankenberger, 2001) en AT/HV (Kendall et al., 2003; Krueger & Kendall, 2001; Muthukrishna, 2006) bestudeer. Aangesien die doel van die studie is om adolessente se belewing van AT/HV te ondersoek, word die resultate van die relevante studies kortliks bespreek.

Kendall et al. (2003) het 39 kinders en adolessente se belewing van hulle eie AT/HV bestudeer. In dié kwalitatiewe studie is ses kategorieë geïdentifiseer naamlik: probleme, betekenis en identiteit, pille, moeder, oorsake asook etnisiteit/ras/rassisme. Al die deelnemers het erken dat hulle AT/HV geassosieerde probleme met betrekking tot leer en denke, gedrag asook gevoel

(kategorie 1) ondervind, wat met die *DSM-IV-TR* kriteria en vorige literatuur ooreenstem. Dit blyk dat dié probleme vir hierdie leerders 'n realiteit is en dat die manifestering van dié versteuring beduidende gevolge vir die kinders en die samelewing kan inhou. Daar is ook gevind dat die adolessente AT/HV as deel van hul identiteit beskou plus dat hul dit sien as 'n siekte wat hulle laat hiperaktief optree en hulle gereeld in die moeiliheid bring (kategorie 2). Beide positiewe en negatiewe uitwerkings van medikasie was 'n belangrike tema in die studie (kategorie 3). Die bevindinge het ook daarop gedui dat die moeder 'n sentrale rol in die ondersteuning van die kind speel en dat die meerderheid van die deelnemers nie weet wat AT/HV veroorsaak nie (kategorie 5). Alhoewel daar 'n verskil was in data ten opsigte van ras en etnisiteit is daar geen verskil met betrekking tot geslag, ouderdom of inkomste gevind nie (kategorie 6). Daar word voorgestel dat toekomstige navorsing fyn ingestel moet wees op hoe adolessente hul werklikheid binne sosiale konteks ervaar, interpreteer en verstaan asook hoe ons as samelewing die persone kan ondersteun.

Krueger en Kendall (2001) het gevind dat adolessente met AT/HV hulle eie identiteit beskryf in terme van hul AT/HV simptome en dat die reaksies op AT/HV geslagspesifiek is. Die dogters se beskrywings het gefokus op onbevoegdheid terwyl die seuns aggressie en uittartende gedrag beklemtoon het. Hierdie resultate is in sterk kontras met die ervarings van adolessente met siektes of fisiese gestremdhede wat beklemtoon dat hulle ten spyte van veranderings wat daarmee gepaard gaan dieselfde persone bly (Roux, Sawin, Bellin, Buran & Brei, 2007; Woodgate, 2005:13). Die insluiting van intrapsigiese psigoterapie in die multidimensionele benadering tot die behandeling van AT/HV word aanbeveel ten einde die adolessente te bemagtig om verantwoordelikheid en empatie aan te leer.

Muthukrishna (2006) het drie Suid-Afrikaanse adolessente met AT/HV en hulle ouers se belewing van die diagnose, skool en medikasie ondersoek. Uit dié kwalitatiewe studie blyk dit dat onderwysers en professionele persone AT/HV verstaan en diagnoseer in terme van die mediese model en dat die dinamiese wisselwerking tussen die individu en sy/haar sosiale konteks nie in ag geneem word nie. Laasgenoemde het moontlik tot die deelnemers se ervaring van uitsluiting wat stigmatisering, ontoepaslike onderwysmetodes, onvoldoende ondersteuning en negatiewe houdings insluit, bygedra. Die ervarings van dié adolessente en hulle ouers reflekteer egter nie die nasionale beweging na inklusiwiteit met hul oorsprong in die internasionale menseregte beweging nie.

2.13 DIE TEORETIESE ONDERBOU VAN DIE VERANDERDE ONDERWYS-SISTEEM IN SUID-AFRIKA

Net soos in die geval van ander lande beweeg Suid-Afrika ook na ’n inklusiewe onderwyssisteem. Vervolgens gaan ’n paar van die praktiese implikasies van inklusiwiteit op die skool, onderwysers en ander professionele persone bespreek word. Daar gaan veral gelet word op sistemiese kwessies soos veranderde rolle van ondersteuningspersoneel, geheelskoolontwikkeling, verandering van houdings en professionele ontwikkeling. Dié elemente van onderwys transformasie is noodsaaklik vir die implimentering van inklusiwiteit. Alhoewel dit apart bespreek word, is hul in voortdurende wisselwerking met mekaar.

2.13.1 Die Veranderde Rolle

Die vinnige veranderinge in die nasionale en internasionale konteks en die globale beweging na inklusiewe onderwys noodsaak egter die heroorweging van die rol van die opvoedkundige en ander ondersteuningspersoneel. Die verskuiwing vanaf die tradisionele mediese model na ’n bategebaseerde en multi-sistemiese paradigma beklemtoon die ontwikkeling van kollaboratiewe en konsulterende verhoudings tussen die adolessente, ouers, opvoeders, skoolhoofde, gemeenskapslede en opvoedkundige ondersteuningspersoneel (Donald et al., 2002:16; Sands et al., 2000:120).

Kollaborasie word gedefinieer as ‘n dinamiese en deurlopende proses tussen twee of meer gelyke vennote wat vrywillig deelneem aan gesamentlike beplanning, besluitneming en probleemoplossing en gerig is op ‘n gemeenskaplike doel (Engelbrecht & Green, 2001:23; Sands et al., 2000:121). Die kollaboratiewe vennootskap word ook deur gesamentlike verantwoordelikheid asook wedersydse ondersteuning en voordele gekenmerk. Om in spanverband saam met verskillende deskundiges afkomstig uit verskillende dissiplines te werk hou sekere voordele in. Elke rolspeler bring, weens hul diverse opleiding en ervarings, unieke kennis en vaardighede na die groep wat lei tot waardering van diversiteit, aktiewe deelname en die ontwikkeling van eienaarskap van onderwyssake (Donald et al.; 2002:21). Kollaborasie bevorder ook emosionele en tegniese ondersteuning vir mekaar wat tot ‘n afname in stres en emosionele uitbranding kan lei (Sands et al.; 2000:122).

‘n Opvoedkundige en ander ondersteuningspersoneel moet ook die rol van ‘n konsultant vervul. Konsultasie is die proses waartydens ’n opvoedkundige of ondersteuningspersoneellid hul unieke

kennis en vaardighede aan die adolessent wat met AT/HV gediagnoseer is, ouers, onderwysers en ander belangrike persone in die leerder se lewe bied (Donald, 1991:40; Engelbrecht & Green, 2001:25). Dit is ‘n vrywillige en indirekte proses wat poog om die onderhewige hindernis aan te spreek of om meer van ‘n onderwerp te leer (Sands et al., 2000:129-130). Verder word dit ook gekenmerk deur wedersydse respek tussen die konsultant en kliënt en beklemtoon dit die verantwoordelikheid van die kliënt vir die implimentering van die gegewe informasie. Konsultasie bemagtig ook kliënte met sekere onderrig- en probleemoplossingsvaardighede sodat hul toekomstige probleme met meer selfvertroue en kennis kan hanteer.

Onlangse studies (Farrell, 2006:294) toon dat opvoedkundige sielkundiges, ten spyte van die nasionale en internasionale beweging na inklusiewe onderwys, steeds hul tradisionele rol vervul. Die tradisionele opleidingsmodel (Donald, 1991:39) asook opvoedkundiges se vrees van verlies aan professionele identiteit en hul unieke rol kan moontlik as ‘n hindernis tot verandering in hul rol dien. Volgens Sheridan en Gutkin (2000:491-493) moet opvoedkundige sielkundiges verandering aanbring in hoe hul funksioneer en hoe hul hulself sien voordat hul ander se persepsies rakende hul rol kan verander. Die inhoud en die proses van opleiding van opvoedkundige sielkundiges in Suid-Afrika moet ook aangepas word. Suksesvolle rolverandering vereis egter tyd, geduld en deursettingsvermoë (Engelbrecht, 2004:24).

2.13.2 Geheelskoolontwikkeling

Geheelskoolontwikkeling is gebaseer op die sisteem teorie wat die skool as ’n komplekse organisasie of sisteem bestaande uit verskillende elemente naamlik kultuur, identiteit, strategiese beplanning, strukture en prosedures, tegniese ondersteuning, menslike hulpbronne asook leierskap en bestuur beskou (Sterling & Davidoff, 2000:2) Die skool as organisasie is ’n oop sisteem wat in voortdurende interaksie is met die verskillende sisteme van die sosiale konteks (Donald et al., 2002:145). Die onderskeie elemente is interafhanklik en indien een sisteem nie voldoende funksioneer nie gaan dit die skool as geheel beïnvloed. Die doel van geheelskoolontwikkeling is om ‘n inklusiewe kultuur en praktyke in elke aspek van die skool te ontwikkel (Swart & Pettipher, 2005:19). Geheelskoolontwikkeling stel ons dus instaat om diverse probleem- en onderontwikkelde areas, wat moontlik tot hindernisse in leer kan bydra, te identifiseer.

2.13.3 Houdings

Aangesien houdings van alle rolspelers (bv. onderwyspersoneel, mediese en para-mediese professies) met betrekking tot diversiteit, verandering, kollaborasie, AT/HV en geassosieerde probleme die deelnemers se gedrag, praktyk en besluitneming vorm is dit noodsaaklik dat die houdings voortdurig bevraagteken en herstruktureer word (Swart & Pettipher, 2005:20; Engelbrecht & Green, 2001:24). Indien die houdings van betrokke persone nie uitgedaag word nie kan dit as ’n moontlike hindernis dien. Navorsing toon egter dat gedragsverandering en ervaring, tot verandering in houdings kan lei (Swart & Pettipher, 2005:20). In Suid-Afrika word onderwysers in die hoofstroomklaskamers daagliks aan leerders met AT/HV blootgestel.

2.13.4 Professionele Ontwikkeling

Opvoedkundiges en ander ondersteuningspersoneel moet hul kennis en vaardighede verbeter en ontwikkel sodat hulle met ander in kollaborasie kan saamwerk en adolessente met die AT/HV kan akkommodeer en ondersteun. Indiensopleiding in Suid-Afrika het dikwels nie ’n beduidende impak op onderwysers se onderwyspraktyke en denke nie (Engelbrecht, 2006:257). Professionele ontwikkeling kan slegs tot die bevordering van praktyke bydra indien dit gekoppel word aan ontwikkeling van die skool as organisasie en dit die unieke konteks waarin die individu funksioneer in ag neem (Engelbrecht, 2006:258).

2.14 SAMEVATTING

In hoofstuk 2 is ’n oorsig van literatuur rakende die stormagtige ontwikkelingsfase van adolessensie en AT/HV bespreek ten einde my navorsing te rig. Daar is aandag geskenk aan hoe die siening van AT/HV oor die afgelope eeu verander het en hoe die nuwe bevindinge ons begrip van die aard (bv. primêre simptome, geassosieerde probleme, ko-morbiede versteurings), assessering, diagnose en hantering van AT/HV bevorder het. Verder het ek op meervoudige teorieë gefokus wat moontlik dié lewenslange versteuring kan verklaar. Met die drastiese toename in die voorkoms van AT/HV oor die afgelope paar jaar het kontensieuse sieninge van AT/HV ontstaan. Kwalitatiewe studies rakende adolessente se belewing van hul eie AT/HV het egter daarop gedui dat die versteuring vir hul ’n realiteit is en dat toekomstige navorsing fyn ingestel moet wees op hoe die kinders, hul werklikheid binne sosiale konteks konstrueer. Dit wil voorkom asof die veranderde onderwyssisteem in Suid-Afrika spesifieke implikasies vir

ondersteuning inhou. In die volgende hoofstuk word die navorsingsparadigma en –ontwerp asook die metodologie wat in hierdie studie gevolg is bespreek ten einde die deelnemers se belewing van hul eie AT/HV te verstaan en ondersteuningstrategieë te identifiseer.

HOOFSTUK 3

NAVORSINGSPARADIGMA, NAVORSINGSONTWERP EN METODOLOGIE

3.1 INLEIDING

In die eerste twee hoofstukke is ‘n inleidende oriëntering rakende die aard van die beplande navorsing uiteengesit en is daar breedvoering na literatuur rakende verskillende aspekte van AT/HV en die ontwikkelingsfase van adolessensie gaan kyk. Hoofstuk 3 handel oor die navorsingsparadigma en –ontwerp sowel as die metodologie wat in hierdie studie gebruik is om die adolessente se belewing van AT/HV vanuit hul perspektief te verstaan. Vervolgens word die navorsingsparadigma, navorsingsontwerp, metodologie, konteks, die posisie van die navorser, kwaliteitsversekering sowel as etiese oorwegings bespreek.

3.2 NAVORSINGSPARADIGMA

Die navorsingsparadigma is sentraal tot die navorsingsontwerp aangesien dit vir die navorser instaat stel om die aard van die navorsingsvrae en die metodes van ondersoek te definieer (Terre Blanche & Durrheim, 1999:6). Volgens Skrtic (aangehaal in Swart & Pettipher, 2005:4) verwys ’n paradigma na “a shared pattern of basic beliefs and assumptions about the nature of the world and how it works. These assumptions tell us what is real and what is not; they shape our cultural identity and guide and justify our institutional practise.” Hierdie navorsing was ‘n kwalitatiewe studie wat vanuit die interpretivistiese en/of konstruktivistiese paradigmatiese perspektief benader is. Vervolgens word van die eienskappe wat die kwalitatiewe benadering van ’n kwantitatiewe studie onderskei het, bespreek (Babbie & Mouton, 2002:270-274; Merriam, 1998:6-8).

In die kwalitatiewe studie is daar gepoog om die deelnemers se belewing van hulle eie AT/HV op ‘n nie-bedreigende wyse te bestudeer en dit in detail te beskryf ten einde hul sosiale prosesse in terme van hul eie oortuigings, historiese agtergrond en natuurlike konteks te verstaan. Aangesien ek die natuurlike verloop van gebeurtenisse wou beskryf is ‘n induktiewe benadering gevolg. Vervolgens was die klem dus op die verkenning en ontleding van eerstehandse beskrywings van gebeure, asook die ontwikkeling van nuwe hipoteses en teorieë eerder as die toets van

bestaandes. Ek was hoofsaaklik vir die data-insameling en data-analise verantwoordelik. Laasgenoemde het my in staat gestel om die metodes van ondersoek by die dinamiese konteks aan te pas, meer sensitief te wees vir die holistiese skoolkonteks, data onmiddellik te prosesseer en om enige onduidelikhede uit te klaar.

‘n Kwalitatiewe benadering kan vir verskeie redes as waardevol beskou word. Volgens McMillan en Schumacher (2001:399) kan kwalitatiewe navorsing bydra tot die praktyk, die ontwikkeling van teorieë, beleidsvorming en sosiale aksies. Kwalitatiewe navorsing streef dus nie net daarna om ‘n verskynsel in diepte te verstaan nie, maar ook om transformasie en bemagtiging te weeg te bring deur op verskynsels en sosiaal gemarginaliseerde groepe, wat meestal deur navorsers en die literatuur geïgnoreer word, te fokus. Die kwalitatiewe studie bied dus vir die deelnemers met AT/HV ‘n geleentheid om hul stem te lig ten einde voorstelle vir meer effektiewe intervensies te maak en hulself te reguleer.

Die navorsing gaan ook verkennend en beskrywend van aard wees. By verkennende navorsing word daar gepoog om onbekende areas van navorsing deur middel van ‘n oop, buigsame en induktiewe benadering te ondersoek (McMillan & Schumacher, 2001:397). Dit is veral waardevol in dié studie waar daar nog te min oor adolessente se belewing van hulle eie AT/HV bekend is om spesifieke hipoteses te stel en eksperimente te beplan. Volgens Louw et al. (2001:33) stel verkennende navorsing nie die navorser instaat om gevolgtrekking en veralgemenings te maak nie, maar behoort dit tot die ontwikkeling van hipoteses, modelle en teorieë te lei wat later deur navorsingsmetodes gemanipuleer en getoets kan word. Beskrywende kwalitatiewe navorsing kan ook gebruik word om menslike verskynsels akkuraat te beskryf en te verduidelik (McMillan & Schumacher, 2001:397). Beskrywende navorsing hou dus direk verband met die doel van hierdie navorsingsprojek om leerders wat met AT/HV lewe se belewing van dié psigiese versteuring te beskryf en te verstaan.

Die navorsingsparadigma rig die aard van die ondersoek volgens drie dimensies, naamlik ontologie (die aard van die realiteit wat bestudeer word), epistemologie (die aard van die verhouding tussen die navorser en die kennis wat verkrybaar is) en metodologie (die metodes van ondersoek wat die navorser gaan volg om die kennis wat verkrybaar is te bestudeer) (Terre Blanche & Durrheim, 1999:6). Dié eerste twee dimensies van die interpretivistiese en/of

konstruktivistiese navorsingsparardigma -'n kontekstuele en holistiese metateorie (Kriegler, 1989:167) wat kwalitatiewe navorsing onderlê- word soos volg verduidelik:

In teenstelling met die positivistiese perspektief wat glo dat daar een absolute waarheid is wat ontdek moet word, beweer die interpretivistiese en/of konstruktivistiese paradigmatiese perspektief dat realiteit geskep word as gevolg van sosiale konstruksie (Donald, Lazarus & Lolwana, 2002:99). Vervolgens was ek bedag daarop dat daar veelvuldige realiteite bestaan en dat AT/HV 'n sosiale gekonstrueerde verskynsel is wat verskillende betekenisse inhou vir verskillende persone. Die studie het dus gepoog om verskeie deelnemers se subjektiewe interpretasie van hul realiteit, naamlik om te lewe met AT/HV, vanuit hul perspektief te verstaan eerder as om dit te verduidelik. Potter (1996:43) beskryf dié kerneienskap van die interpretivistiese en/of konstruktivistiese paradigma soos volg:

> …[it] is the belief that the object of interest should be examined without any preconceived notions or prior expectations. Researchers attempt to get inside the mind of the actor to understand what the actor sees and believes. It is about … how the world is experienced…

Die interpretivistiese en/of konstruktivistiese paradigmatiese perspektief moedig noue interaksie tussen die navorser en die deelnemers aan ten einde die individue se aksies, besluite, gedrag, praktyke, rituele en so meer vanuit hul perspektief te verstaan (Babbie & Mouton, 2002:271). Aangesien dié paradigmatiese perspektief uitgaan van die standpunt dat sosiale werklikheid individueel gekonstrueer word, het ek die idée van inter-subjektiwiteit, interaksie en empatie ondersteun (Merriam, 1998:6; Mertens & McLaughlin, 2004:100).

3.3 NAVORSINGSONTWERP

Die navorsingsontwerp voorsien 'n navorser van 'n gedetailleerde plan aan die begin van 'n projek wat handel oor die wyse waardeur die navorsingsproses moet geskied ten einde die navorsingsvrae te beantwoord (Terre Blanche & Durrheim, 1999:30). Babbie en Mouton (2002:74) vergelyk die navorsingsontwerp met 'n bloudruk van 'n huis en noem dat die tekening van die argitek verskeie maal kan verander voordat die bouproses, in dié geval die navorsingsproses, kan begin. Aangesien daar verskeie praktiese kwessies gedurende die kwalitatiewe navorser se ondersoek na vore kan kom, word meer oop en buigsame navorsingsontwerpe aangemoedig (Terre Blanche & Durrheim, 1999:31).

Volgens Terre Blanche en Durrheim (1999:33) moet vier beginsels tydens die ontwikkeling van ‘n navorsingsontwerp oorweeg word, naamlik die doel van die navorsing; die paradigmatiese perspektief onderliggend aan die navorsing; die konteks van die studie asook die navorsingsmetodes betrokke by die insameling en analisering van data. Terre Blanche en Durrheim (1999:34) beweer verder dat ‘n goeie navorsingsontwerp verseker kan word deur die samehangendheid van dié bognemoemde vier beginsels. Gedurende die studie het ek vanuit ‘n interpritivistiese en/of konstruktivistiese paradigma gewerk om die deelnemers se belewing van hulle eie AT/HV te bestudeer. Ek het kwalitatiewe data in die natuurlike skoolkonteks van die deelnemers deur middel van waarneming, individuele onderhoude, fokusgroeponderhoude en dokumente ingesamel. Die doel en metodes van die navorsing was dus logies binne die raamwerk van ‘n spesifieke paradigma en konteks ontwikkel.

In die kwalitatiewe studie het ek van ‘n kollektiewe gevallestudie navorsingsontwerp gebruik gemaak. Volgens Stake (2006:4-6) verwys ’n kollektiewe gevallestudie na ’n intensiewe studie van verskeie gevalle ten einde ’n verskynsel, populasie of algemene toestand te ondersoek. In dié studie bestaan die sosiale eenheid uit sewe adolessente, wat met AT/HV gediagnoseer is, wat in ’n skool vir leerders met spesiale onderwysbehoeftes is. Stake (2006:27,33-38) meld dat gevallestudies op die wisselwerking tussen die eenhede en hul konteks konsentreer en dat veelvuldige bronne van data gebruik moet word ten einde ’n in-diepte beskrywing van die verskynsel te maak en geloofwaardigheid in kwalitatiewe navorsing te verseker. Die gevalle word gekies om die spesifieke sosiale eenhede te verstaan en om beter begrip van die groter versameling van gevalle te ontwikkel. Baxter, Hughes en Tight (2001:73) kritiseer gevallestudies aangesien die holistiese aard daarvan ’n rykdom inligting tot gevolg kan hê wat die proses van data-analise kan kompliseer. Ten spyte van laasgenoemde en vele ander kritiek word die wetenskaplike waarde van gevallestudies oor die afgelope twee dekades deur sosiale wetenskaplikes gerespekteer (Babbie & Mouton, 2001:280).

3.4 METODOLOGIE

In hierdie studie is daar van veelvuldige metodes van ondersoek en analise gebruik gemaak om die adolessente se belewing van hulle eie AT/HV te ondersoek. Die metodes sluit waarneming, persoonlike dokumente, semi-gestruktureerde individuele onderhoude, fokusgroeponderhoude en konstante vergelykende data-analise in.

3.4.1 Waarneming

In kwalitatiewe studies word data dikwels deur middel van waarneming van gedrag ingesamel. Waarneming stel die navorser instaat om komplekse gedrag in die natuurlike situasie te bestudeer (Louw et al., 1999:28). ‘n Induktiewe benadering tot navorsing word dus verseker waar die navorser op haar eie kundigheid eerder as haar vorige konseptualisering van die verskynsel fokus. Waarneming het in die algemeen die voordeel dat dit die navorser bewus maak van: (1) aspekte waaroor die deelnemers nie van kennis neem nie; (2) dinge waaroor die deelnemers nie gedurende die onderhoude wil praat nie; en (3) die konteks waarin die aktiwiteite of gedrag geskied. Dié metode van ondersoek is in die studie saam met onderhoude en persoonlike dokumente toegepas om bevindings te verifieer en om die onderhoudsvrae te rig (Merriam, 1998:97-97; Patton, 1987:72).

In dié proses van gedragswaarneming is drie fases naamlik toetrede, data insameling en eindstadium geïdentifiseer (Merriam, 1998:97). Gedurende die eerste fase het ek rapport met die deelnemers deur middel van wedersydse respek, vertroue en samewerking bewerkstellig. Ek het myself ten opsigte van die fisiese omgewing georiënteer en literatuur oor AT/HV en adolessente se belewing daarvan geraadpleeg. Gedurende dié fase is die onderwysers en ouers van die deelnemers ook gevra om gedragskontrolelyste te voltooi ten einde dié data soos ingesamel deur middel van die observasies en dokumente te verifieër en die onderhoude te rig.

Alhoewel daar verskeie gedragskontrolelyste vir kinders bestaan, is daar van die verkorte weergawe van die *Conners' Parent and Teacher Rating Scale* (CRS) gebruik gemaak. Die CRS speel ’n noodsaaklike rol in die assessering en diagnosering van AT/HV en ander gedragsprobleme by kinders en adolessente tussen 3 en 17 jaar (Carr, 2006:439). Dit bestaan uit 28 items en vereis dat die kind se optrede aan die hand van ‘n skaal van 0 (onwaar/nooit/selde/ongereeld) tot 3 (waar/baie gereeld) beoordeel word. Dit stel ’n persoon in staat om omvangryke inligting rakende gedragssimptome in verskillende kontekste in te samel (Barkley, 1998:278). Sattler en Hoge (aangehaal in Smith & Corkum, 2007:167) meld dat die administrasie en nasien daarvan eenvoudig is en dat die kriteriumverwante geldigheid, interne konsekwentheid asook toets-hertoetsbetroubaarheid aanvaarbaar is. Gedragskontrolelyste is egter gebaseer op opinies en moet vir kwaliteitbeheer doeleindes nie in isolasie gebruik word nie (Barkley, 1998:278).

Gedurende die data-insamelingsfase is daar noukeurige omskrywings en konkrete notas van alles wat waargeneem is, geneem (Patton, 1987:92-95). Direkte aanhalings van die deelnemers en my eie gevoelens, reaksies en aanvanklike interpretasies is gemeld (Merriam, 1998:106). Daar is twee maal per week vir vier weke in die klaskamers waargeneem. Die waarnemings het op Dinsdae en Donderdae gedurende die derde periode vanaf 9:15 vm tot 9:45 vm geskied. Daar is spesifiek op die volgende aspekte van die deelnemers gefokus: (1) die fisiese omgewing, (2) die deelnemers, (3) gedrag en interaksies, (4) informele en onbeplande aktiwiteite, (5) simboliek en betekenis wat die deelnemers aan hul woorde heg, (6) nie-verbale kommunikasie, en (7) onopsigtelike metings soos fisiese en nie-verbale leidrade (Merriam, 1998: 96-98; Patton, 1987:82-90). Die deelnemers en personeel het geweet wanneer waarneming plaasvind en hul is ook oor die doel daarvan ingelig. Die fokus van die waarneming is ook deur die doel van die navorsing gerig. Gedurende die waarnemings het ek ‘n passiewe en aktiewe rol vervul. Patton (1987:75) beklemtoon die balans tussen deelname en waarneming en meld die volgende:

> The challenge is to combine participation and observation so as to become capable of understanding the experience as an insider while describing the experience for outsiders.

Soos die veldwerk die eindstadium genader het, is die deelnemers en personeel op terminering van die navorsingsaksies voorberei. Meer aandag is ook aan die integrasie van data-insameling en analise in die derde fase geskenk. Verbale terugvoering aan die individuele deelnemers het daarna op ‘n informele wyse geskied (Patton, 1987:102). Ek was ook sensitief vir die effek wat ek op die waargenome gedrag gehad het, en ek het deurgaans gepoog om die impak in my persoonlike refleksies te identifiseer en tydens interpretasies in ag te neem.

3.4.2 Persoonlike dokumente

Persoonlike dokumente het my in staat gestel om bestaande gedetailleerde inligting oor die individue se agtergrondgeskiedenis en biografiese inligting te raadpleeg (Mertens & McLaughlin, 2004:169). Dit was ook voordelig aangesien daar min sydigheid oor die inligting bestaan. Die persoonlike lêers het onder andere verslae van vorige hulpverlening, skoolrapporte, individuele onderwysplanne en ’n vraelys wat deur ’n ouer of voog ingevul is, bevat. Deur laasgenoemde het ek inligting rakende die deelnemer se biografiese besonderhede, geboorte, algemene mylpaalontwikkeling, gesinsamestelling en -agtergrond, persoonlike kenmerke, skolastiese

agtergrond asook emosionele en sosiale funksionering verkry. Die persoonlike lêers van die deelnemers is ook na afloop van die individuele en fokusgroeponderhoude geraadpleeg ten einde die data te verifieer.

3.4.3 Semi-gestruktureerde individuele onderhoude

Semi-gestruktureerde individuele onderhoude is gebruik ten einde gedetailleerde data rakende die adolessente se belewing van hulle eie AT/HV in te samel. Die in-diepte individuele onderhoud is een van die algemeenste metodes van data-insameling in die kwalitatiewe paradigmatiese perspektief (Babbie & Mouton 2002: 289; McMillan & Schumacher, 2004:443). Die metode van data-insameling verwys na 'n gesprek wat gerig word deur die spesifieke onderwerpe wat deur die deelnemer na vore gebring word (Babbie & Mouton, 2002:289). Mertens en McLaughlin (2004:169) meld dat kwalitatiewe onderhoude veral voordelig is aangesien dit die navorser instaat stel om 'n verhouding met die deelnemers te bou om sodoende hul ervarings te verstaan. Vervolgens word die beplanning en die implimentering van die individuele onderhoude in dié studie kortliks bespreek.

Die eerste stap in die beplanning van die onderhoude was om te besluit watter tipe onderhoude ek graag sal wil voer. McMillan en Schumacher (2001:444) meld dat die keuse van die benadering tot kwalitatiewe onderhoudsvoering met die konteks en doel van die navorsing verband moet hou. Aangesien die studie gepoog het om die adolessente se belewing van hulle eie AT/HV te ondersoek is daar van 'n onderhoudsgids met sleutel oop-einde vrae gebruik gemaak (Bylae B). Volgens Patton (1987:111) verwys 'n onderhoudsgids na 'n raamwerk van relevante onderwerpe wat die navorser instaat stel om in 'n beperkte tydperk soortgelyke inligting van die verskillende deelnemers in te samel. Die bewoording en die volgorde van die onderhoudsvrae was nie vooraf vasgestel nie en die onderhoudsvrae was sodoende deur die spesifieke konteks en deelnemer gerig (Babbie & Mouton, 2002:289). Die kwalitatiewe onderhoude was dus buigsaam, interaktief en deurlopend. Dié benadering is voordelig aangesien dit die interaksie gefokus hou en die geleentheid skep vir individuele perspektiewe en ervarings om na vore te kom (Patton, 1987:111).

Met die opstel van die onderhoudsvrae was dit ook belangrik om die doel van die navorsing, die navorsingsvrae, die teoretiese raamwerk en die steekproefneming in gedagte te hou (McMillan & Schumacher, 2001:445). In die onderhoude is die vrae in die verlede, hede en toekomstige tyd

geformuleer en was dit op die volgende gefokus: (1) ervarings of gedrag, (2) opinies of oortuigings, (3) gevoelens, (4) kennis, (5) sensoriese persepsie, en (6) agtergrondgeskiedenis of demografiese inligting (Patton, 1987:115-120). Daar is voortdurend gepoog om oop-einde vrae te vra wat sensitief, duidelik en verstaanbaar is. Ruimte is ook deur verbale en nie-verbale ondervragings ("probes") vir verdere ondersoek gelaat (Nel, van Dyk, Haasbroek, Schultz, Sono & Werner, 2004:196).

Die oorweging van die logistiese aspekte is ook tydens die beplanning van die individuele onderhoude inag geneem. Laasgenoemde sluit onder andere die volgende in: (1) die duur van die sessies; (2) die aantal individuele onderhoude; (3) die plek of omgewing waar die onderhoude geskied; asook (4) die identiteit van die deelnemers en die aantal wat teenwoordig is by elke sessie (McMillan & Schumacher, 2001:440). Die onderhoude het op 'n plek en tyd wat deur die deelnemers en my onderhandel is, geskied. Ek het gepoog om die moontlike interne (bv. sydigheid, oortuigings, kulturele oriëntasie) en eksterne faktore (bv. geraas, privaatheid, onnodige onderbrekings) wat die geldigheid van die data kon beïnvloed te beperk en dit is ook in my persoonlike refleksies gemeld. 'n Enkele kwalitatiewe oop-einde onderhoud is met elke deelnemer gevoer. Dié sessies het tussen 45 tot 60 minute geduur. Laasgenoemde was afhanklik van die deelnemers se spesifieke vermoëns, motivering en onderwysbehoeftes.

Gedurende die implimentering van die semi-gestruktureerde individuele onderhoude het verbatim weergawes van die inligting in die onderhoudsessies na vore gekom. Gedurende die afsonderlike onderhoude is daar van prosesnotas gebruik gemaak waar ek relevante nie-verbale informasie kon neerskryf ten einde dit wat die deelnemers sê te verifieer. Prosesnotas het ook my instaat gestel om die onderhoudsvrae en ondervragings te herformuleer. Al die onderhoude is op 'n bandopnemer opgeneem en onmiddellik na afloop van die onderhoude woord-vir-woord getranskribeer (Bylae C). Volgens Patton (1987:137) stel 'n bandopnemer die navorser in staat om gedetailleerde rekord van die onderhoud te hou en kommunikeer dit aan die kliënt dat jy dit wat hul sê ernstig opneem. Beide prosesnotas en die bandopnames het data-analise gefasiliteer en voorsien inligting vir betroubaarheidskontrole (McMillan & Schumacher, 2001:450). Ek het ook dagboek gehou gedurende die studie waarin ek oor my rol as navorser, my ervaring van die navorsingsproses en enige addisionele inligting gereflekteer het ten einde geldige data te verseker.

3.4.4 Fokusgroeponderhoude

‘n Fokusgroeponderhoud is na afloop van die individuele onderhoude gehou ten einde die inligting te verifieer. Die doel van fokusgroeponderhoude is om, in ’n redelike kort tydperk, ’n onderwerp deur middel van ’n groepsbespreking in diepte te ondersoek (Mertens & McLaughlin, 2004:170; Patton, 1987:134). Die deelnemers het ook die fokusgroeponderhoude geniet en dit het vir hul die geleentheid gegun om in die konteks van ander hulle opinie en ervarings van AT/HV te vorm en aan te pas (Babbie & Mouton, 2001:292). Aangesien die sosiale ontwikkeling van adolessente gekenmerk word deur toenemende betrokkenheid by die portuurgroep en vriende as ’n belangrike bron van inligting gedurende die ontwikkelingsfase dien (Louw et al., 1999:454), was die metode van ondersoek veral vir dié deelnemers in dié studie geskik.

Na afloop van die inleiding en die stel van groepreëls het ’n soortgelyke werkswyse, soos wat tydens die individuele onderhoude toegepas is, tot die uitvoer van fokusgroeponderhoude gevolg. Vyf van die deelnemers (Frits[1], Danie, Jaco, Erik, Carl) was by die fokusgroeponderhoud teenwoordig. Die fokusgroeponderhoud het 45 minute geduur. ’n Semi-gestruktureerde onderhoudsformaat is gevolg. Daar was ook van ’n onderhoudsgids (Bylae D) gebruik gemaak aangesien dit die onderhoudsvoering met verskillende persone meer sistematies en omvattend maak deur die afbakening van die aspekte wat in die onderhoude bespreek gaan word. Dit het in ’n klaskamer op ‘n tyd wat deur die deelnemers en my onderhandel is, geskied. Ek het die kommunikasie en die groepsproses gefasiliteer deur te verseker dat elkeen ’n geleentheid kry om hul belewing van hulle eie AT/HV met die groep te deel. Ek was ook bedag daarop om ooreenkomste en verskille in deelnemers se belewings aan hulle uit te wys en hulle aan te moedig om daaroor te reflekteer (Kelly, 1999:390). Prosesnotas is geneem om benewens die melding van die nie-verbale gedrag, die spesifieke spreker tydens die transkribering (Bylae E) van die bandopnames te identifiseer (Patton, 1987:136).

3.4.5 Data-analise

Kwalitatiewe data-analise is ’n deurlopende, sistematiese en induktiewe proses wat deel vorm van al die fases van die navorsingsproses (McMillan & Schumacher, 2001:262). Data-analise

---

[1] Skuilname word gebruik om die deelnemers se identiteit te beskerm.

poog om die omvangryke data tot meer hanteerbare hoeveelhede te organiseer om sodoende verduidelikings van die spesifieke verskynsels te sprake te gee.

Merriam (1998:180) meld dat data-analise spesifiek na die skep van kategorieë verwys. Kodering van data stel die navorser in staat om data makliker te ondersoek, om temas tussen kategorieë te identifiseer en om verdere ondersoek in verhouding tot die konteks, betekenisse en omstandighede van hoe dit is om met ATHV te leef, in te stel. Alhoewel die inligting van die studie hoofsaaklik vir data-analise gebruik is, is die navorsingsvrae, onderwerpe of vrae van die onderhoudsgidse, vorige navorsing en bestaande teorieë ook vir die klassifikasiesisteem geraadpleeg (McMillan & Schumacher, 2001:467).

In hierdie studie is daar van die konstante vergelykende metode gebruik gemaak om data van die dokumente, onderhoude en waarnemings te analiseer. Dié metode van data-analise is deur Glaser en Strausse (1967) ontwikkel en dit vorm ’n sentrale deel van die gegronde teorie (*grounded theory;* Merriam, 1998:159). Volgens Merriam (1998:159) poog die konstante vergelykende metode om nuut verworwe data voortdurend met vorige ingesamelde data te vergelyk. Die doel is om kategorieë en subkategorieë te identifiseer wat die navorsing in nuwe vrugbare rigtings kan stuur. Vervolgens word die verskillende stappe van die studie se data-analise proses bespreek.

Gedurende die eerste stap: data-vermindering, het ek deur die eerste stel veldnotas, dokumente en transkripsies gelees en enige idees, opmerkings en onsekerhede in die kantlyn neergeskryf. Die notas is daarna volgens onderwerpe georganiseer en op ’n afsonderlike bladsy gelys. Nadat die ander data stelle op die soortgelyke wyse benader is, is die onderwerpe met mekaar vergelyk. Soortgelyke onderwerpe is toe tot kategorieë en subkategorieë ontwikkel.

Na afloop van data-vermindering is data visueel deur middel van aangehaalde teks, tabelle en diagramme voorgestel. Dit het my in staat gestel om sistematiese patrone en interverwantskappe uit die data af te lei.

Gedurende die laaste stap van data-analise is gevolgtrekkings rakende die betekenis en die implikasies van die geanaliseerde data relatief tot die navorsingsvrae, oorweeg. Verifiering vorm ’n integrale deel van die maak van gevolgtrekkings en verwys na gereelde hersiening van data ten einde die geldigheid van die nuwe bevindinge te kruis kontroleer. Die verifiering van data sal in 3.6 verder omskryf word.

3.5 KONTEKS EN DEELNEMERS

Die kwalitatiewe navorsingsbenadering gee erkenning aan die rol van die sosiale konteks op ’n individu se gedrag (McMillan & Schumacher, 2001:396). Volgens Babbie en Mouton (2001:272) kan gebeurtenisse en prosesse slegs verstaan word indien die konteks en die wyse waarop die konteks betekenis aan die betrokke verskynsel gee, in ag geneem word.

Sedert die eerste demokratiese verkiesing van Suid-Afrika (1994) en met die internasionale beweging na inklusiewe onderwys is die Suid-Afrikaanse onderwyssisteem in ’n proses om die ongelykhede en wanbalanse van die Apartheidsera aan te spreek ten einde tot ’n demokratiese en regverdige samelewing by te dra (Engelbrecht, 2006). Deel van die onderwys transformasie in Suid-Afrika is onderwys beleidsverandering wat waardes soos gelykheid, vryheid, wedersydse respek, sosiale geregtigheid en nie-diskriminasie weerspieël (Swart & Pettipher, 2005:16). In Julie 2001 is die Witskrif 6, Spesiale Behoeftes Onderwys: Ontwikkeling van inklusiewe Onderwys en ’n Opleidingsisteem (Departement van Onderwys, 2001), gepubliseer wat ’n paradigma skuif vanaf die mediese model en positivistiese perspektief na die bio-ekologiese model en konstruktivistiese perspektief reflekteer. Die gevolg hiervan is ’n toenemende klem op verandering van die aard van die sisteem ten einde interne en eksterne hindernisse tot leer te identifiseer en te minimaliseer. In die konteks van die beleidsverandering in Suid-Afrika oor die afgelope dekades poog ek om, deur die adolessente se belewing van AT/HV te ondersoek, die spesifieke behoeftes van die leerders te verstaan en die sisteem daarvolgens in te rig.

Die spesifieke skool wat bestudeer is, is ’n parallel medium skool wat geleë is in ’n voorstad van Kaapstad. Die skool akkommodeer tans 320 kinders met serebrale verlamming, fisiese gestremdhede, leergestremdhede sowel as outisme. Die skoolpopulasie bestaan uit leerders (drie tot 17 jaar) van diverse kulturele oriëntasies en sosio-ekonomiese status. Die Hersiene Nasionale Onderwyskurrikulum word in Graad 1 tot Graad 9 gevolg. Die skool beskik ook oor ’n praktiese fase wat hoofsaaklik op werksvoorbereiding en die aanleer van lewensvaardighede fokus. Al die klasgroepe is klein (ongeveer 12 leerders) om individuele aandag te verseker. Met die hulp van fisio-, arbeids- en spraakterapeute, sielkundiges, leerondersteuners, ’n verpleegkundige en spesiaal opgeleide onderwysers word hierdie leerders individueel geassesseer alvorens spesifieke aanbevelings en/of onderrigmetodes bepaal word. Vervoer met busse wat volgens hulle

behoeftes aangepas is word aan ongeveer 90% van die leerders voorsien. Koshuis fasiliteite is ook beskikbaar.

Die fokus van hierdie studie was op adolessente aangesien daar beperkte navorsing oor die ontwikkelingstadium en AT/HV is (Krueger & Kendall, 2001:61). 'n Doelgerigte steekproef is dus toegepas waar deelname nie net van beskikbaarheid en bereidwilligheid afhanklik is nie, maar waar deelnemers gekies is wat tipies van die teikenpopulasie is (Babbie & Mouton, 2001:166). Aangesien daar gepoog is om adolessente se belewing van hulle eie AT/HV te verstaan is die volgende kriteria vir die insluiting van deelnemers, alvorens daar met veldwerk begin is, opgestel:

- Die adolessente is al vir 'n geruime tydperk (minstens 6 maande) met AT/HV gediagnoseer ten einde hul belewing daarvan te ondersoek.
- Aangesien AT/HV dikwels met ander probleme en psigiese versteurings saamgaan hoef die primêre diagnose nie noodwendig AT/HV te wees nie. Die komorbiede versteurings en probleme moet egter gemeld word.
- Die adolessent (manlik of vroulik) is tussen 11 en 17 jaar oud.
- Die adolessente beskik oor die nodige verbale vaardighede en algemene intellektuele vermoëns om vrylik oor hul ervaring van hulle eie AT/HV te gesels.

Bogenoemde kriteria is aan die hand van 'n verwysingsvorm (Bylae F), wat aan hulle klasonderwysers uitgedeel is, ondersoek ten einde potensiële deelnemers vir die studie te identifiseer. Nadat dié verwysingsvorms terug ontvang is, is die persoonlike dokumente van die geïdentifiseerde leerders geraadpleeg sodat 'n doelgerigte groep deelnemers identifiseer kon word.

3.6 DIE DEELNEMERS

Op grond van bogenoemde kriteria en die ingeligte toestemming van die betrokke partye is 7 adolessente met AT/HV wat in graad 8 en 9 in 'n skool vir leerders met spesiale onderwysbehoeftes is, vir die betrokke studie geselekteer. 'n Doelgerigte steekproef is toegepas ten einde insig rakende dié adolessente se belewing van hulle eie AT/HV te verky. Ter wille van konfidensialiteit is skuilname gebruik om die identiteit van die deelnemers en die skool te beskerm. Vervolgens word die deelnemers se biografiese gegewens en agtergrondinligting, soos

verkry in die persoonlike dokumente (verslae, anamnese), kortliks bespreek ten einde die konteks te skets waarbinne die studie plaasgevind het. Neem in ag dat dié inligting die ouers en professionele persone se siening van die deelnemers weerspieël. Tabel 1 toon die deelnemer se ouderdom, graad sowel as die jaar wat die diagnose gemaak is asook die AT/HV medikasie wat hul huidiglik gebruik.

Tabel 1: Biografiese gegewens en agtergrondinligting

Deelnemer	Ouderdom	Graad	Geslag	Jaar van diagnose	Medikasie
Doré	14	8	Vroulik	2003	Biostrath
Frits	14	8	Manlik	2005	Ritalin 20 mg (langwerkende vorm) & Ritalin 10 mg
Danie	14	8	Manlik	2001	Natuurlike aanvullings
Jaco	13	7	Manlik	2001	Ritalin 20 mg (langwerkende vorm)
Erik	15	7	Manlik	2000	Ritalin 20 mg (langwerkende vorm)
Carl	15	8	Manlik	1999	Ritalin 10 mg
Ben	14	8	Manlik	2001	Concerta 36 mg

Doré = I1[2]; Frits =I2 ; Danie = I3; Jaco=I4; Erik = I5; Carl = I6 ; Ben = I7

3.6.1 Doré

Doré is ‘n 14-jarige blanke Afrikaanssprekende dogter in graad 8. Sy presenteer vanaf die begin van haar formele onderrig met tekens van aandagafleibaarheid en hiperaktiwiteit. Skolastiese agterstande het gevolglik ontstaan. Hierdie agterstande het veroorsaak dat sy graad 1 (2001) moes herhaal en dat sy oorgeplaas is na Graad 4, alhoewel sy nie werklik daarvoor gereed was nie. Na ’n sielkundige assessering (2004) is daar gevind dat sy nie die werklading in die hoofstroom kan hanteer nie en dat sy ’n negatiewe houding teenoor skoolgaan handhaaf. Sy is gevolglik in 2004 na ’n skool vir leerders met spesiale onderwysbehoeftes verwys. Vorige intervensie sluit onder andere ook leerondersteuning, individuele psigoterapie, bandhulp en transkribering in.

[2] I1 staan vir Individuele onderhoud nommer 1. In hoofstuk 4 sal daar van dié kodes gebruik gemaak word wanneer daar na die deelnemers verwys word.

Doré se ouers is geskei toe sy 4 jaar oud was. Sy en haar jonger suster is in die sorg van haar moeder geplaas. Haar vader het hertrou en twee seuns is vanuit die huwelik gebore. Haar moeder het ook twee keer hertrou. Doré besoek haar vader elke tweede naweek. Gesinsverhoudinge blyk goed te wees.

’n Gekompliseerde swangerskap het na ‘n 26 weke gestasie-periode in ’n normale geboorte geëindig. Doré se geboortemassa was slegs 940g. Sy het na geboorte suurstof ontvang aangesien haar longe nie volledig ontwikkel was nie. Doré was vir 2½ maande in die broeikas geplaas. Ontwikkelingsmylpale is binne die verwagte ouderdomgrense bereik. Haar moeder beskryf haar gehoor as goed. Doré dra ’n bril aangesien sy bysiende is. Beide sintuie is formeel getoets. Op 15 Oktober 2003 is haar intellektuele vermoëns deur middel van die *Senior Suid-Afrikaanse Individuele Skaal-Hersien* (SSAIS-R) geassesseer. Volgens die resultate was Doré se prestasie ten aansien van haar intellektuele funksionering gemiddeld. Geen beduidende verskil het tussen die Verbale Skaal (gemiddeld) en Nie-Verbale Skaal (gemiddeld) voorgekom nie. Medikasie (Ritalin 10 mg soggens) is ook in 2003 deur ’n voorligtingsielkundige aanbeveel om AT/HV (onoplettende tipe) en tekens van hiperaktiwiteit aan te spreek. Sedert 2007 drink sy natuurlike aanvullings (Biostrath). Doré se moeder beskryf haar as ‘n liefdevolle, vriendelike dogter wat simpatiek, eerlik, verantwoordelik, betroubaar en aanpasbaar is. Sy meld ook dat haar aandag maklik afgelei word en dat sy aandagsoekend, gespanne, sensitief en onseker voorkom. Volgens haar moeder kom sy goed met haar portuurgroep oor die weg.

3.6.2 Frits

Frits is ’n 14-jarige Afrikaanssprekende blanke seun in graad 8. Vanaf skooltoetrede (2000) het Frits met minimum vereistes geslaag. Nadat hy graad 3 herhaal het, is hy weens probleme ten opsigte van aandaggewing, lees en spelling na ’n skool vir leerders met spesiale onderwysbehoeftes verwys. Frits is ook sedert Januarie 2005 ’n koshuisinwoner van dié skool. Vorige intervensies sluit arbeidsterapie, spraakterapie, leerondersteuning, deelname aan ’n weeklikse taalstimulasie-program in groepverband, bandhulp, transkribering en psigoterapie in. Gedurende ‘n gevallebespreking deur dié skool se transdissiplinêre span in Julie 2008 is daar gemeld dat Frits nie sy huiswerk doen nie en dat hy sosiaal onaanvaarbare gedrag openbaar.

Frits is op ’n ouderdom van 12 dae aangeneem. Sy moeder is ’n weduwee en praktiseer as ’n verpleegkundige. Frits se vader is in 1996 weens nierprobleme oorlede. Hy is die enigste kind.

Die materne grootmoeder, wat by hul aan huis gebly het, was tot haar afsterwe in 2003 gereeld by Frits se opvoeding betrokke.

Geen inligting is beskikbaar rakende die swangerskap en geboorte nie. Volgens Frits se moeder is motoriese mylpaalontwikkeling binne die verwagte ouderdomgrense bereik. Sy moeder beskryf sy gehoor en visie as goed. Beide is formeel getoets. Alhoewel sy moeder sy taalgebruik as gemiddeld beskryf, is spraak- en taalmylpale later as verwagte ouderdomsgrense bereik. Bevuiling het vanaf ‘n 5 jarige ouderdom voorgekom. In Januarie 2005 is ’n daaglikse dosis van Ritalin 10 mg deur ’n pediater voorgeskryf. Op 7 Junie 2005 is sy intellektuele vermoëns deur middel van die SSAIS-R geassesseer. ’n Beduidende verskil het tussen die Verbale Skaal (grensgeval) en Nie-Verbale Skaal (superieur) voorgekom. In 2009 is Ritalin 20 mg (langwerkende vorm) en Ritalin 10 mg voorgeskryf. Frits se moeder beskryf hom as ’n liefdevolle, redelike spontane, vriendelike seun wat simpatiek, eerlik, betroubaar, onafhanklik, entoesiasties en aanpasbaar is. Sy meld ook dat sy aandag maklik afgelei word. Volgens Frits se moeder kom hy goed met sy portuurgroep oor die weg.

3.6.3 Danie

Danie is ‘n 14-jarige blanke Afrikaanssprekende seun in graad 8. In graad 1 (2001) is hy weens aandagafleibaarheid en stadige skolastiese vordering na ’n kliniese sielkundige verwys. Die sielkundige het Danie se algemene intellektuele funksionering deur middel van die *Junior Suid-Afrikaanse Individuele Skaal (*JSAIS) geassesseer. Volgens die resultate was daar ‘n beduidende verskil tussen sy prestasie op die Verbale Skaal (laaggemiddeld) en Nie-Verbale Skaal (bo-gemiddeld). Psigoterapie het gevolg waar emosionele kwessies (bv. lae selfbeeld, negatiewe skolastiese ervarings) aangespreek is. Sedert Mei 2001 is arbeidsterapie vir ’n tydperk van 9 maande aangebied en het hy ook twee maal per week leerondersteuning ontvang. In Augustus 2001 het ’n pediater Ritalin 10mg vir onderliggende aandagafleibaarheid, soos bevestig deur die Conners verslae van beide die moeder en die klasonderwyser, voorgeskryf. Gedurende ’n pediatriese opvolgbesoek in Mei 2002 is aanpassings in sy dosering van Ritalin (bv. 10 mg soggens, 10 mg 10h30, 10 mg smiddae), weens newe effekte (bv. hoofpyn, onderdrukte eetlus), aanbeveel. In Januarie 2003 is hy na dié skool vir leerders met spesiale onderwysbehoeftes verwys waar hy met graad 2 begin het. Vorige intervensie sluit ook deelname aan ‘n weeklikse

taalstimulasie-program in groepverband, ’n ondersoek deur ‘n Oor- Neus- en Keelspesialis, psigoterapie, ouerleiding, arbeidsterapie, leerondersteuning, bandhulp en psigoterapie in.

Hy is die jongste van twee kinders. Sy vader en moeder is getroud en is onderskeidelik ’n werktuigkundige en ’n finansiële klerk. Gesinsverhoudinge blyk goed te wees.

Volgens Danie se ouers was daar geen komplikasies tydens swangerskap en geboorte nie. Motoriese mylpaalontwikkeling is binne die verwagte ouderdomgrense bereik. Sy ouers beskryf sy gehoor en visie as goed. Beide sintuie is formeel getoets. Alhoewel sy ouers sy taalgebruik as gemiddeld beskryf, is spraakmylpale later as verwagte ouderdomsgrense bereik. Spraakprobleme soos omruiling van klanke asook agterstande ten opsigte van die vermoë om stories oor te vertel is in graad 2 gemeld. Volgens sy ouers het hy alle kindersiektes voor die ouderdom van 6 jaar gehad en is sy mangels op 7 jaar verwyder. Op 25 Februarie 2003 is sy intellektuele vermoëns deur middel van die SSAIS-R geassesseer. ’n Beduidende verskil het tussen die Verbale Skaal (gemiddeld) en Nie-Verbale Skaal voorgekom. In Julie 2005 is baie wisselvallige funksionering deur dié skool se transdissiplinêre span gemeld en is medikasie op die ouers se aandrang gestaak. In 2007 is hervatting van medikasie deur sy klasonderwyser aanbeveel aangesien hy hy van mening was dat Danie nie volgens sy optimale vermoëns presteer nie. Sedert Junie 2007 drink hy natuurlike middels. Danie se ouers beskryf hom as ’n liefdevolle, redelike spontane, vriendelike seun wat simpatiek, eerlik, betroubaar en aanpasbaar is. Hulle meld ook dat sy aandag maklik afgelei word en dat hy baie afhanklik en onseker voorkom. Volgens sy ouers kom hy goed met sy portuurgroep oor die weg.

3.6.4 Jaco

Jaco is ‘n 13-jarige blanke Afrikaanssprekende seun in graad 7. Hy is aan die begin van graad R (2000) deur sy onderwyser na ’n arbeidsterapeut verwys wat agterstande ten opsigte van fisiese, sowel as visueel-perseptuele ontwikkeling identifiseer het. Daarna is hy deur ’n sielkundige geassesseer wat tekens van afleibaarheid, aandagtekort en hiperaktiwiteit waargeneem het. In Maart 2000 is hy toegelaat tot ’n skool vir leerders met spesiale onderwysbehoeftes. ‘n Genetikus het Jaco in Mei 2001 met disleksia en konsentrasieprobleme, met geen spesifieke sindromiese etiologie, gediagnoseer. Vorige intervensie sluit onder ander ook spelterapie, leerondersteuning sowel as ondersoeke deur ‘n ortoptis, pediater, diagnostiese radioloog, oftalmoloog, neuroloog en rekenaartomograaf in.

Jaco is die enigste kind. Sy vader en moeder is getroud en werk onderskeidelik as regsbestuurder en ‘n dagmoeder. Sy moeder se seun uit die vorige huwelik het in 2007 selfmoord gepleeg. Jaco se moeder en stiefbroer het ook leerprobleme (bv. disleksie) ondervind. Jaco se moeder het lae bloeddruk tydens swangerskap gehad.

Weens fetale stres en groot geboorte massa is Jaco op voltermyn gestasieduurte deur middel van ’n keisersnit gebore. Op ses weke het hy chirurgie ondergaan vir ’n maagklep verrekking. Motoriese en spraakmylpaalontwikkeling is binne die verwagte ouderdomsgrense bereik. Jaco het op 3-jarige ouderdom buisinplantings gehad. Op 26 Julie 2001 is sy intellektuele vermoëns deur middel van die JSAIS geassesseer. Volgens die resultate was Jaco se prestasie ten aansien van sy intellektuele funksionering beduidend laag-gemiddeld. Geen beduidende verskil het tussen die Verbale Skaal (beduidend laag-gemiddeld) en Nie-Verbale Skaal (beduidend laag-gemiddeld) voorgekom nie. In Augustus 2001 is daar gevind dat hy bysiende is en ’n bril is vervolgens aanbeveel. In Mei 2003 is ’n daaglikse dosis van Ritalin 10 mg voorgeskryf. . Huidiglik drink hy Ritalin 20 mg (langwerkende vorm). Wegraakepisodes (“absences”) is al verskeie maal by Jaco waargeneem. Hy is al verskeie maal vir algemene toniese konvulsies gehospitaliseer. Jaco se ouers beskryf hom as ’n liefdevolle, vriendelike en spontane seun wat leiding kan neem. Hulle meld ook dat sy aandag maklik afgelei word, dat hy ’n dagdromer is en dat hy somtyds aandagsoekend en dominerend voorkom.

3.6.5 Erik

Erik is ‘n 15-jarige Afrikaanssprekende blanke seun in graad 7. Hy is in 1999 (Graad R) op grond van diepgaande motoriese (hipotonie), konsentrasie en perseptuele probleme tot ’n skool vir leerders met spesiale onderwysbehoeftes toegelaat Vorige intervensie sluit arbeidsterapie, fisioterapie, spraakterapie, psigoterapie, leerondersteuning en sielkundige assesserings in. Erik het ook al ’n pediater, ortopeed en oftalmoloog besoek.

Erik is die oudste van twee kinders. Sy vader en moeder is getroud en werk onderskeidelik as ’n polisieman en ’n kraamsuster. Gesinsverhoudinge blyk goed te wees. Erik se moeder het leerprobleme op skool ervaar.

Gedurende die swangerskap het Erik se moeder diabetes gehad. Die normale geboorteproses was problematies aangesien hy ’n groot baba was en sy skouers moeilik verlos is. Motoriese mylpale sowel as spraak- en taalontwikkeling is later as verwagte ouderdomgrense bereik. Volgens sy

ouers het hy op die ouderdom van 3 jaar begin hakkel. Erik se ouers beskryf sy gehoor en visie as goed. Beide sinstuie is formeel getoets. Op 18 maande en 27 maande is daar buisies in sy ore geplaas en hy het op 21 maande waterpokkies gehad. Hy was ook gehospitaliseer vir sirkumsisie (21 maande) sowel as tonsillektomie (27 maande). Erik het ook medikasie (Ditropan) vir Enurese (slegs snags) ontvang. Op 29 Mei 2000 is sy intellektuele vermoëns deur middel van JSAIS geassesseer. Volgens die resultate was Erik se prestasie ten aansien van sy intellektuele funksionering gemiddeld. Geen beduidende verskil het tussen die Verbale Skaal (gemiddeld) en Nie-Verbale Skaal (gemiddeld) voorgekom nie. In Junie 2000 is medikasie (Ritalin 10 mg soggens) deur 'n pediater aanbeveel om AT/HV (oorwegend onoplettende tipe) aan te spreek. Sedert Junie 2004 drink Erik Ritalin 20 mg (langwerkende vorm). Sy moeder beskryf hom as 'n liefdevolle, vriendelike seun wat eerlik, verantwoordelik, betroubaar, entoesiasties en redelik onafhanklik is. Sy meld ook dat sy aandag maklik afgelei word en dat hy somtyds skaam, teruggetrokke en gespanne voorkom. Volgens sy moeder verkies Erik die geselskap van kinders wat jonger as hy is.

3.6.6 Carl

Carl is 'n 15-jarige Afrikaanssprekende blanke seun in graad 8. Op 4-jarige ouderdom is hy, deur sy onderwyser by 'n bewaarskool, na 'n arbeidsterapeut verwys aangesien hy nie sy takies wou uitvoer nie. Gedurende hierdie tydperk het sy ouers ook geskei en is hy deur 'n sielkundige en psigiater gesien. In 1998 het hy weens konsentrasie probleme uitstel van skoolplig gekry. 'n Verwysing na 'n skool vir leerders met spesiale onderwysbehoeftes het uit 'n sielkundige assessering voortgevloei. In Januarie 2000 het hy met sy formele onderrig (graad 1) by dié skool begin. In Junie 2000 is hy met 'n leerversteuring gediagnoseer. Weens stadige skolastiese vordering ten opsigte van lewensvaardighede, syferkundigheid sowel as taal, geletterdheid en kommunikasie is daar aanbeveel dat hy Graad 3 moet herhaal. Vorige intervensie sluit onder andere ook arbeidsterapie, 'n spraakterapie tuisprogram, leerondersteuning, bandhulp en 'n ondersoek deur 'n ortopeed en neuroloog in.

Volgens Carl se moeder was daar geen komplikasies tydens swangerskap en geboorte nie. Carl is die enigste kind. Sy ouers is in 1996 geskei weens sy vader se alkoholmisbruik. Hy is in die sorg van sy moeder, 'n rekenaarklerk, geplaas. Sy vader, wat 'n polisieman was, is in 2003 oorlede. Carl se moeder het hertrou. 'n Seun, uit sy stiefpa se eerste huwelik, besoek gereeld hul gesin.

Die verhouding met sy stiefpa en stiefbroer blyk goed te wees. Carl het ’n spesiale band met sy maternale grootmoeder by wie hy tans woon. Volgens sy moeder is daar ’n familiegeskiedenis van leer- en konsentrasieprobleme. Sy meld ook dat Carl se vader Epilepsie gehad het.

Motoriese mylpaalontwikkeling is binne die verwagte ouderdomgrense bereik. Carl se gehoor en visie blyk goed te wees. Alhoewel hy laat begin praat het, toon hy nie tans spraakprobleme nie. ’n Neuroloog het in Mei 1999 medikasie (Benzodiazepines) vir slaapterreuraanvalle en slaaploop voorgeskryf. Op 18 September 1999 is sy intellektuele vermoëns deur middel van JSAIS geassesseer. Volgens die resultate was Carl se prestasie ten aansien van sy intellektuele funksionering net onder die gemiddeld. Geen beduidende verskil het tussen die Verbale Skaal (gemiddeld) en Nie-Verbale Skaal (laag-gemiddeld) voorgekom nie. ’n Psigiater het in November 1999 vir hom Ritalin voorgeskryf ten einde tekens van AT/HV (oorwegend onoplettende tipe) aan te spreek. Laasgenoemde is egter spoedig gestaak aangesien dit hom humeurig gemaak het. Gedurende Januarie 2000 het die Graad 1 klasonderwyser die ouers versoek om hom terug te plaas op Ritalin medikasie. Sedert Maart 2000 het hy weer begin om Ritalin 10 mg (een tablet 8:00 vm en ’n halwe tablet om 11:15 vm) te drink. Dié dosering van die medikasie het ’n positiewe uitwerking op sy konsentrasievermoëns gehad en geen newe effekte is waargeneem nie. Carl se moeder beskryf hom as ’n liefdevolle, vriendelike seun wat aandagsoekend, senuweeagtig en onseker is. Sy meld ook dat sy aandag maklik afgelei word en dat hy sy naels byt. Sy moeder meld dat hy die geselskap verkies van kinders wat jonger as hy is.

3.6.7 Ben

Ben is ‘n 14-jarige Afrikaanssprekende blanke seun in graad 8. In April 2001 (Graad 2) is tekens van aandagafleibaarheid deur middel van ’n sielkundige assessering geïdentifiseer en is Ritalin 5mg (2 keer per dag) voorgeskryf. Op 10 Maart 2003 is sy intellektuele vermoëns deur middel van SSAIS-R geassesseer. Volgens die resultate was Ben se prestasie ten aansien van sy intellektuele funksionering gemiddeld. Geen beduidende verskil het tussen die Verbale Skaal (gemiddeld) en Nie-Verbale Skaal (gemiddeld) voorgekom nie. Dié sielkundige assessering het ook aangedui dat sy leespeil benede standaard is en dat hy aan die kriteria van AT/HV (oorwegend onoplettende tipe) voldoen. In Julie 2003 het ’n pediater ’n daaglikse dosis van Ritalin 20mg voorgeskryf ten einde newe effekte (bv aggresiewe gedrag) van vorige medikasie aan te spreek. Komorbiede probleme naamlik opposionele gedrag, humeurigheid en probleme

ten opsigte van sosiale vaardighede is ook gedurende dié ondersoek geïdentifiseer. In 2004 is hy weens skolastiese agterstande (wiskunde, lees, spel) en konsentrasieprobleme na 'n skool vir leerders met spesiale onderwysbehoeftes verwys waar hy Graad 4 herhaal het. Vorige intervensie sluit onder andere ook leerondersteuning in.

Ben is die tweede oudste van drie seuns. Sy moeder en vader is getroud en werk onderskeidelik as 'n boukontrakteur en bemarker. Gesinsverhoudinge blyk goed te wees. Ben het 'n spesiale band met sy maternale grootmoeder wat by hulle aan huis woon. Sy nefie ondervind ook soortgelyke leerprobleme, drink medikasie vir AT/HV en woon dieselfde spesiale skool as Ben by.

Volgens Ben se vader was daar geen komplikasies tydens swangerskap en geboorte nie. Motoriese en spraakmylpaalontwikkeling is binne die verwagte ouderdomgrense bereik. Sy vader beskryf sy taalgebruik en sy vermoë om stories oor te vertel as swak. Ben se gehoor blyk goed te wees. Hy dra 'n bril aangesien hy versiende is. Weens deurlopende konsentrasieprobleme het 'n pediater in Julie 2007 'n daaglikse dosis van Concerta 36 mg na Concerta 54 mg verhoog. Sedert 2009 drink hy weer Concerta 36 mg. Sy vader beskryf hom as 'n liefdevolle, onafhanklike seun wat somtyds impulsief en aggressief is. Hy meld ook dat Ben se aandag maklik afgelei word. Volgens Ben se vader kom hy goed met sy portuurgroep oor die weg.

3.7 DIE POSISIE VAN DIE NAVORSER EN KWALITEITSVERSEKERING

Volgens Merriam (1998:20) speel die kwalitatiewe navorser 'n sentrale rol in die navorsingsproses. Aangesien kwalitatiewe navorsing uitgaan van die standpunt dat sosiale werklikheid individueel gekonstrueer word, het ek alles in my mag gedoen om geldige en betroubare kennis op 'n etiese wyse te produseer ten einde geloofwaardige resultate te verseker (Merriam, 1998:198). Vervolgens word verskeie strategieë bespreek wat in die studie gebruik is om interne geldigheid, betroubaarheid, eksterne geldigheid en etiese verantwoordbaarheid te verhoog.

3.7.1 Interne geldigheid

Interne geldigheid is dié eienskap van navorsing wat gereflekteer word deur die mate waarin die bevindinge die realiteit weerspieel (Merriam, 1998:201). In kwalitatiewe navorsing word daar

gefokus op die analisering van die deelnemers se eie interpretasie van die realiteit en die betekenis wat hul aan sosiale praktyke heg (Babbie & Mouton, 2002:33). In die tipe navorsing word die realiteit dus as 'n holistiese, multi-dimensionele en dinamiese konsep beskou. Vervolgens word die vyf strategieë wat in die studie toegepas is om interne geldigheid te verseker, bespreek:

- **Triangulasie:** Dit word beskou as een van die beste maniere om geloofwaardigheid in kwalitatiewe navorsing te verseker (Babbie & Mouton, 2002:277). Triangulasie verwys na die gebruik van veelvoudige bronne van data of metodes van ondersoek (Merriam, 1998:204; Mertens & McLaughlin, 2004:106). Die multi-metodiese strategieë stel die navorser instaat om verskillende insigte oor die onderwerp te verkry en om die opkomende bevindinge te verifieer (McMillan & Schumacher, 2001:408). In hierdie studie is die deelnemers se belewing van hulle eie AT/HV deur middel van waarnemings, individuele onderhoude, dokumente, fokusgroeponderhoude en vraelyste ondersoek. Die deelnemers se ouer(s) of voog(de) sowel as hulle klasonderwysers is vir die doeleindes geraadpleeg.
- **Deelnemer kontrolering en nagaan:** Gedurende die studie het ek gereeld terug gegaan na die persone wat my van inligting voorsien het ten einde data en tentatiewe interpretasies te verifieer (Merriam, 1998:204). Die deelnemers het ook die geleentheid ontvang om die veldnotas en transkripsies na te gaan. Tydens die onderhoude het ek temas herbewoord en verder uitgevra ten einde meer volledige en subtiele betekenisse te verkry (McMillan en Schumacher, 2001:410). Deelnemer kontrolering het ook die navorser instaat gestel om enige foute reg te stel en om addisionele inligting in te win (Babbie & Mouton, 2002:277).
- **Langtermyn veldwerk:** Die insameling van data het oor 'n geruime tyd (vanaf April to Junie 2008) geskied om die geldigheid van data te verseker (McMillan & Schumacher, 2001:408). Mertens en McLaughlin (2004:105) meld dat die navorser in die veld moet bly totdat data 'n versadigheidspeil bereik het. Die langtermyn veldwerk het vir my die geleentheid gebied om die neiging van deelnemers om beplande gedrag te openbaar en om die navorser tevrede te stel te minimaliseer. Deur langtermyn veldwerk kon ek dus vasstel of gedrag tipies of uniek is.
- **Portuurontlonting:** Gedurende die studie het ek gesprekke rakende my bevindinge, gevolgtrekkings en analise met van my kollegas (bv. sielkundiges, verpleegsuster,

onderwysers) in die spesifieke skool en studieleier gehad. Volgens Mertens en McLaughlin (2004:105) help "peer debriefing" om 'n navorser se studie te rig deurdat dit hom/haar instaat stel om nuwe, meer gefokusde vrae te vra en om sy/haar waardes te konfronteer.

- **Deelnemers se taal en verbatim weergawes:** Met die stel van onderhoudsvrae is die deelnemers se agtergrond, sosiale konteks, taal, ontwikkelingsvlak en kulturele oriëntasie in aggeneem. Verbatim weergawes van transkripsies, veldnotas en direkte aanhalings van dokumente is in die studie ingesluit om die deelnemers se belewing van hulle eie AT/HV te illustreer (McMillan & Schumacher, 2001:409).
- **Die navorser se sydigheid en toetrede tot die sisteem:** Aangesien ek deel vorm van die konteks en sosiale verskynsel wat ek poog om te verstaan het ek deurlopend gedurende die navorsingsproses my eie sydigheid ten opsigte van my beskrywing en interpretasie gemonitor (Mertens & McLauglin, 2004:106). Ek het hoofsaaklik van 'n dagboek (Bylae G) gebruik gemaak waarin ek enige veranderinge in my metodologie geregverdig het (McMillan & Schumacher, 2001:413). Die dagboek het ook vir my 'n geleentheid gebied om oor etiese kwessies en sekere persoonlike idees, vrae, besluite en reaksies te reflekteer. Om die moontlike impak van my teenwoordigheid op die deelnemers se gedrag en interaksies te minimaliseer het ek van triangulasie en volgehoue observasie (Mertens & McLaughlin, 2004:105) gebruik gemaak.

3.7.2 Oordraagbaarheid

Oordraagbaarheid staan in kwantitatiewe navorsing as eksterne geldigheid bekend en weerspieël die mate waarin die navorsingsresultate veralgemeenbaar is (Mertens & McLaughlin, 2004:107). Die doel van interpretivistiese navorsing is egter nie om die bevindinge van die navorsing na die breër populasie te veralgemeen nie, maar om die verskynsel binne konteks en vanuit die deelnemers se perspektief te verstaan (Babbie & Mouton, 2002:277). Laasgenoemde word deur Patton (1987:491) gestaaf: " [qualitative research should] provide perspective rather than truth, empirical assessment of local decision makers' theories, and context-bound extrapolations rather than generalizations". In die studie het ek gedetailleerde beskrywing van die sosiale konteks, die verhouding tussen die navorser en die deelnemers, die metodes van data-insameling asook die prosedure van data-analise gegee sodat die leser self die mate van oordraagbaarheid tussen die studie omgewing en die betrokke konteks kan bepaal (McMillan & Schumacher, 2001:415-416).

3.7.3 Betroubaarheid

Betroubaarheid verwys na die mate wat soortgelyke resultate verkry kan word as die studie op 'n identiese wyse in soortgelyke kontekste herhaal word (Babbie & Mouton, 2002:278; Mertens & McLaughlin, 2004:107). Merriam (1998:206) argumenteer egter dat dit onmoontlik is om betroubaarheid in kwalitatiewe navorsing te verseker aangesien daar hoofsaaklik gepoog word om die deelnemers se subjektiewe interpretasies van hul realiteit te verstaan. Volgens Merriam (1998:206) moet daar eerder gefokus word op die konsekwentheid van die bevindinge afgelei uit die data. Triangulasie is gebruik om te verseker dat resultate konsekwent is (Babbie & Mouton, 2002:278).

3.7.4 Etiese oorwegings

Die navorser het sekere riglyne vir etiese aspekte tydens die beplanning, ontwerp, implementering en verslaggewing van die navorsing gehoorsaam. Die doel van laasgenoemde is om professionele etiese gedrag te verseker wat die deelnemers se reg tot menswaardige behandeling beskerm. Vervolgens word klem gelê op etiese kwessies wat in dié studie oorweeg is.

- **Ingeligte toestemming:** Instemmingsbriewe, soos gemeld in Mertens en McLaughlin (2004:152), is gebruik om die betrokke skoolhoof (Bylae H), Wes-Kaap Onderwysdepartement (Bylae I), ouers (Bylae J) en leerders (Bylae K) se ingeligte toestemming te verkry. Die briewe moedig vrywillige deelname aan en verskaf verstaanbare inligting rakende die doel van die navorsing, prosedures, vertroulikheid en die regte van die deelnemers (Babbie & Mouton, 2002:521; McMillan & Schumacher, 2001:421). 'n Deelnemer het onder andere die reg gehad om hom-/haarself van die studie te onttrek sonder enige nadelige gevolge en was toegelaat om te weier om bepaalde vrae te beantwoord. In die instemmingsbriewe is my reg om enige deelnemer van die studie te onttrek indien omstandighede dit noodsaaklik maak , ook gemeld.
- **Konfidensialiteit:** Alvorens daar met die studie begin is het ek die deelnemers oor konfidensialiteit en die beperkings van konfidensialiteit ingelig (skriftelik en mondelings). Die betrokkenes is verseker dat enige inligting wat ingesamel is vertroulik sal bly en slegs met die deelnemer se toestemming bekend gemaak sal word of soos die wet vereis (McMillan & Schumacher, 2001:421). Vertroulikheid van die bandopnames en getranskribeerde data is

deur skuilname en kodes verseker. ‘n Meester sleutel wat kodes aan name koppel is vir wetlike doeleindes gemaak en tesame met die ander opnames agter slot en grendel bewaar (Babbie & Mouton, 2002:524). Enige inligting wat die deelnemer of ander moontlik kan benadeel is aan die betrokke ouers en skoolsielkundiges deurgegee vir verdere ondersoek (Merriam, 1998:214). Die resultate van die studie is na afloop van die navorsing deur ‘n informele gesprek aan elke deelnemer deurgegee.

- **Moontlike risiko’s en ongemaklikheid:** Ek het potensiële risiko’s en ongemaklikheid wat met deelname gepaard mag gaan in die instemmingsbriewe genoem en gepoog om dit te beperk (Babbie & Mouton, 2002:522). Moontlike ongerief is die tyd wat die individuele en fokusgroeponderhoude in beslag geneem het en die kere wat daar in die klaskamers waargeneem is. Volgens McMillan en Schumacher (2001:422) maak sosiale navorsing dikwels die leerders bewus van sekere aspekte van hulself wat hul nie normaalweg oorweeg nie. Laasgenoemde kan ‘n brose selfbeeld beskadig en tot persoonlike verleentheid en verbrokkeling van vertroue aanleiding gee. Vervolgens is al die sensitiewe aspekte van die navorsing met die nodige respek en empatie hanteer. Elke leerder het ook die geleentheid gehad om van die skool se sielkundige dienste gebruik te maak as die behoefte daaraan ontstaan het.

- **Etiese klaring:** Volgens die Nasionale Grondheidswet 61 van 2003 (aangehaal in Universiteit van Stellenbosch, 2008**)** moet alle voorgestelde sosiaal wetenskaplike navorsing wat direk op mense uitgevoer word en van moontlike identifiserende persoonlike rekords gebruik maak, deur ’n geakkrediteerde navorsingetiekkomitee deurgewerk en oorweeg word. Die doel van bogenoemde is om vas te stel of daar enige etiese risiko’s in die gegewe navorsing voorkom. Op 21 Maart 2008 is my navorsingsvoorstel deur die navorsingsetiekkomitee van die US in die lig van die US se Riglyne vir Etiese Aspekte van Wetenskaplike Navorsing (soos goedgekeur deur die Raad op 18 September 1996) goedgekeur (Bylae L). Die etiekkomitee het egter aanbeveel dat die spesifieke deelnemers op ’n diskrete wyse vir die projek aangewys word sodat hulle nie verder van ander leerders en onderwysers gemarganaliseer word nie. Soos versoek is die bewyse van goedkeuring van die betrokke skoolhoof en die Wes-Kaap Onderwysdepartement (WKOD) ook by die Etiekkomitee ingehandig alvorens daar met my studie begin is.

3.8 SAMEVATTING

In hoofstuk 3 is die interpretivistiese en/of konstruktivistiese paradigmatiese perspektief en kollektiewe gevallestudie navorsingsontwerp, wat in hierdié studie gebruik is om adolessente se belewing van hulle eie AT/HV te ondersoek, bespreek. Verder is daar op die veelvuldige metodes van ondersoek en die konstante vergelykende metode van analise gefokus. Die konteks, deelnemers, posisie van die navorser en verskeie strategieë vir kwaliteitversekering is ook aangedui. In hoofstuk 4 word die bevindinge van hierdié navorsingstudie bespreek.

HOOFSTUK 4

BEVINDINGE EN BESPREKING

4.1 INLEIDING

Hoofstuk 3 het gehandel oor die proses van data-insameling en analise wat in die studie gevolg is. In hierdié hoofstuk word die bevindinge in die konteks van bestaande literatuur oor AT/HV bespreek ten einde die navorsingsvrae te beantwoord. Die navorsingsvrae wat dié studie gerig het was: (a) Hoe beleef adolessente hulle eie AT/HV?; en (b) Watter ondersteuningstrategieë kan aan adolessente met AT/HV gebied word? Die doel van hierdié bespreking is om beter begrip van adolessente se belewing van hulle eie AT/HV te ontwikkel.

4.2 HOE BELEEF ADOLESSENTE HULLE EIE AT/HV?

Die volgende is dié hoofkategorieë wat uit die rou data geïdentifiseer is (Bylae M):

- Die invloed van hindernisse tot leer op dié adolessente se belewing van hulle eie AT/HV.
- Die invloed van die proses van diagnose op dié adolessente se belewing van hulle eie AT/HV.
- Die invloed van ontwikkeling op dié adolessente se belewing van hulle eie AT/HV.
- Die invloed van AT/HV medikasie op dié adolessente se belewing van hulle eie AT/HV.
- Die invloed van verskillende kontekste op dié adolessente se belewing van hulle eie AT/HV

4.2.1 Die invloed van hindernisse tot leer op adolessente se belewing van hulle eie AT/HV

Uit die data het dit geblyk dat dié adolessente se belewing van hulle eie AT/HV deur sekere hindernisse tot leer beïnvloed is. Dié hoofkategorie word vervolgens bespreek aan die hand van drie temas: **primêre simptome**, **geasossieerde probleme** en **komorbiede versteurings**. Die geassosieerde probleme en/of ko-morbiede versteurings sluit hoofsaaklik **sosiale probleme**, **mediese-** of **gesondheidsprobleme** , **spraak- en taalagterstande asook kognitiewe agterstande** in.

Al die deelnemers het genoem dat hulle AT/HV beleef in terme van die **primêre simptome-** aandagtekort en/of hiperaktiwiteit-impulsiwiteit. Danie het vertel dat sy ervaring van

aandagtekort hom somtyds soos 'Spider Man' laat voel: "*Het tannie al 'Spider Man I" gekyk? Daar was'n deel hoe hulle wys hoe hy hoor wat almal sê en doen. Dit het so gevoel. Dit het weird gevoel. Dis amper soos de ja vu. Dit is nie reg nie. Dit maak jou bang"* **(I3:704-706[3])**. 'n Ander deelnemer vertel hoe hy sy dagdroom beleef: *"Jy sit gewoonlik stil in die klas en partykeer dan weet die mense nie jy is in 'n ander wêrerld nie"* **(I4:299-300)**. Jaco, Danie en Carl het genoem dat hulle dit geniet om te dagdroom: *"Ja, partykeer geniet ek dit om dit te doen.* [As ek dit doen] *dan hoef ek nie te luister vir die meneer as hy so jap-jap nie* **(FGO[4]:159-160)**.*"* Frits het genoem dat hy te veel energie het om in die klaskamer te sit. Hy beskryf sy ervaring van hiperaktiwiteit soos volg: *"Dit voel vir jou of jy op die speelgronde is"* **(I2:253)**. Gedurende die fokusgroeponderhoud het Erik genoem dat dit vir hom ook so voel aangesien hy te veel energie het. Twee deelnemers **(I2, I7)** het gemeld dat hulle somtyds 'n skielike begeerte het om tot 'n handeling oor te gaan sonder voorafgaande besinning. Die meerderheid van die adolessente **(I2, I5, I6, I7)** het ook gemeld dat hul dit moeilik vind om hul beurt af te wag en geneig is om ander lastig of in die rede te val. Ben vertel: *"Soos as die ander nou grappies vertel...sal ek nou wag totdat hulle so minuut praat dan as hulle nogsteeds aan die gang is dan sal ek aan die ou tik en hom irriteer tot hy met my praat* **(L7:343-345)**.

Die meeste van dié deelnemers **(I1, I2, I6, I7)** het genoem dat hulle **sosiale probleme** ervaar. Doré het gemeld dat sy gereeld deur haar portuurgroep verwerp word en dat sy min hegte vriendskapsbande, veral buite die spesiale skool, het. Sy vertel: "*Partykeer voel ek so dat ek die 'odd one out' is en dan moet ek iets doen om myself daar in te wurm* **(I1:313-314)**. *Wat ek agtergekom het van mense is dat baie mense nie van my hou nie...omdat ek partykeer aansitterig en kinderagtig is* **(I1:443-445)**. Volgens Ben sukkel hy met konflikhantering: *"My aggressie kan ek glad nie inhou nie* **(I7:262)**. *Ja, soos as ouer kinders my spot...dan sal ek uithaak en dan sal ek iets slaan wat ek in die hande kry.* [Ander kinders] *dink nie ek is'n goeie pal nie* **(I7:267-274)**. *Ben het ook genoem dat* hy baie maal in konflik is met sy onderwysers: *"Laasjaar het ek 6 of 7 keer* [detensie gesit]. *Net as ek my potlood optel dan gee sy* [juffrou] *klaar vir my 'n punt...vandat ek binne die skool is toe begin sy nou te dink ek is 'n slegte kind en goeters...Sy het eendag met my baklei, toe baklei ek met haar terug. Toe sit ek en sy vas voor al die kinders in die klas* **(I7:298-309)**. Carl het genoem dat 'n klasmaat met AT/HV hom pla: *"Ek weet* Ben *is baie*

[3] I3:704-706 staan vir Individuele onderhoud nommer 3 lyn 704 tot 706.
[4] FGO: fokusgroeponderhoud

hiperaktief en hy pla baie...kinders in die klas. Ek het al gehoor dat hy hulle pla. Hy pla my ook baie...As hy nou my pla dan weet ek nou nie eintlik of ek ook die ander kinders pla nie **(I6:259-266)**. Die meerderheid van die deelnemers **(I1, I2, I3, I4, I5, I7)** het genoem dat die primêre simptome van AT/HV hul onregverdiglik in die moeilikheid laat kom. Carl het tydens die fokusgroeponderhoud gemeld dat die juffrouens die leerders wat met AT/HV gediagnoseer is anderste hanteer as kinders wat nie dié versteuring het nie. Frikkie beskryf sy sosiale interaksies met ander soos volg:

> *Hulle* [klasmaats] *dink ek is simpel. Hulle sê ek is simpel en 'gay' en so.* [Ek het] *nie eintlik* [vriende in die klas] *nie, want ek pla hul die heeltyd en as hul gesels dan 'chip' ek in...***(I2:305-318)**. *Dit* [AT/HV] *gee vir jou probleme. Dit gee vir jou punte sodat jy moet detensie sit* **(I2:475)**. [My onderwyser sal sê]...*ek is baie stout in die klas"* **(I2:342)**. *Ek kyk rond...dan skel die juffrou my uit...***(I2:.667)**.

Uit die data het dit geblyk dat van die deelnemers weens AT/HV **mediese- of gesondheidsprobleme** ervaar. Vyf deelnemers **(I1, I2, I3, I6, I7)** het genoem dat hulle probleme ten opsigte van slaap beleef. Laasgenoemde het onder ander weerstand om te gaan slaap **(I3)**, probleme om aan die slaap te raak **(I6)** sowel as probleme om soggens wakker te raak **(I1)** ingesluit. 'n Adolessent het vertel: "*...nou voel dit vir my ek wil net gaan slaap. My oë wil net toe val* **(I1:253)**. *Ek weet nie hoekom dit so is nie. Ek slaap lank, maar as ek wakker raak...wil ek weer gaan slaap"* **(I1:708-709)**. Gedurende Doré se gevallebespreking in 2008 (sien persoonlike dokumente) is die volgende inligting deur die transdissiplinêre span aangemeld: "*Sy is dikwels vaak in die klas"*. Frits het genoem dat hy weens stimulant medikasie 'n behoefte het aan meer slaap terwyl Ben genoem het dat AT/HV medikasie tot slapeloosheid bydra. Twee deelnemers **(I2, I3)** het vertel hoe hulle gereeld weens AT/HV risiko's neem en seerkry. Frits het gesê: *"Ek kry partykeer duike in my kop"* **(I2:268)**. *"Op die CSC kamp was daar sulke…jy weet mos daardie brandweergoeters…daai rooi goed wat so teen die muur vassit. Ek was net mal toe hardloop ek teen die boks vas toe lê ek op die grond..."* **(I2:176-178)**. Jaco het ook genoem dat hy gereeld weens epileptiese toevalle gehospitaliseer word. Van die deelnemers (**I3, I4, I5, I7)** het gemeld dat hulle oorsensitief is tot sensoriese stimuli. Danie beskryf sy ervaring van harde geluide soos volg:

> *Na die klok gelui het tuit my ore... Dit duur net so paar minute. ...dit lyk of ek besig is, maar ek wag net dat my ore weer regkom. [Harde klanke]...irriteer my* **(I3:567-575**).

Uit die data het dit voorgekom asof AT/HV met **spraak- en taalagterstand**e geassosieer kan word. Van die deelnemers het gemeld dat hulle buitengewoon baie praat **(I1, I2, I5, I7)** en dat hul gedurende spontane gesprekke ander persone in die rede val **(I1, I2, I5, I6, I7)**. Al dié deelnemers het ook genoem dat hul dit moeilik vind om aandagtig te luister. Hierdie spraak- en taalagterstande beïnvloed veral hul sosiale funksionering. Doré het genoem: *"Ek weet ek het baie gepraat en mense dink ek is 'stupid' en ek is...'weird'...Dit is die ander mense wat in my kerk is of wat in ander skole is, wat in normale skole is, dan is hulle 'like stop going so on'..."* **(I1:184-187)**.

Al die deelnemers is in 'n spesiale skool geplaas weens geassosieerde agterstande ten opsigte van **kognitiewe ontwikkeling**. Beduidende laer akademiese funksionering het deel gevorm van die kliniese beeld wat gekenmerk word deur onderprestasie **(I1, I2, I6, I7)**, addisionele leerondersteuning **(I1-I7)** en graadherhaling **(I1, I2, I6, I7)**. Volgens Danie word sy skoolwerk deur AT/HV beïnvloed: *"Op die ou end van die dag doen ek minder skoolwerk, ek kry swakker punte omdat ek meer iewers anders wil wees as waar ek is. Dis regtig nie reg nie* **(I3:317-318)**. Dié adolessente het genoem dat hul weens 'n kort aandagspan en/of aandagafleibaarheid geheueprobleme het. Doré vertel hoe sy agterstande ten opsigte van 'n uitvoerende funksie (bv. werkgeheue) toon: *"...as ek studeer gaan dit by die een oor in en by die ander oor uit. Dan leer ek weer, weer en weer"* **(I1:484-485)**. Weens geheueprobleme moet inhoud en instruksies vir dié adolessente herhaal word. Van die deelnemers het ook genoem dat hulle weens AT/HV dikwels hul tuiswerk afskeep **(I1, I2, I3, I4, I7)** en take of opdragte nie inhandig of voltooi word nie **(I1, I2, I3, I4, I7)**. Vier deelnemers **(L2, L3, L5, L7)** het genoem dat hulle werkspoed deur AT/HV geaffekteer word. 'n Deelnemer vertel: *"Ek kry nie my werk sommer klaar nie. As 'n kind 'n opmerking maak in die klas dan is my konsentrasie weg...meestal sit ek in pouses in en werk. Dan is dit stil om my"* **(I3:318-322)**. Van die deelnemers **(I2, I3, I6, I7)** het gemeld dat hulle AT/HV met leerversteurings gepaard gaan en dat dit 'n beduidende impak op hul lewens het. Die bogenoemde data is deur die onderwysers se kommentaar in die skolastiese vorderingsverslae, spanbesprekings, '*Conners' Parent and Teacher Rating Scale'*, my waarnemings, die fokusgroeponderhoud sowel as ander persoonlike dokumente bevestig. Vier deelnemers **(I2, I3,**

I4, I5) het ook genoem dat hulle hindernisse tot leer hul houding teenoor hul skool beïnvloed. Danie het genoem: *"Ek hou net nie daarvan om te werk nie. "Ek is nie lief vir skool nie. Dit is nie vir my lekker nie,* [want] *...ek sukkel met goed. My probleme is te veel in die pad* **(I3:531-533)**. Ben beskryf sy ervaring van sy leerversteuring soos volg:

> *Ek sal vir hom* [vriend] *sê dit* [AT/HV] *is nie ietsie wat lekker is nie. ...jy sukkel om te lees... . Die gevoel is eintlik nie lekker nie, want jy kry skaam en goeters as jy nie kan lees nie. Dis die probleem. So jy kry eintlik meestal skaam as jy soos moet kerk toe gaan en terwyl die dominie daar voor vir kinders lees en jy sukkel om te lees. ...terwyl jy lees dan sal daar ander kinders wees wat praat of iets* [en dan] *sal jou aandag afgetrek word...* **(I7:163-172)**.

Alhoewel Danie gereeld weens sy leerversteuring in die moeilikheid kom, voel hy dat dit een van sy sterkpunte is:

> *Toe ek in graad 1 was het ek spieëlbeeld geskryf. Ek is nou nog goed daarin. My juffrou het my al uitgeskel. Sy kan nie lees wat in my boek staan nie. Toe kom ek agter, maar ek kan dan lees wat hier staan. Ja, hulle skryf vir my, maar ek het altyd...'design stickers'...soos die ambulans stickers... geteken, want ek het net die prent van die spieël in my kop en dan skryf ek dit. Ek ruil nog partykeer my [e] en [f] om...(***I3:605-615)**.

4.2.2 Die invloed van die proses van diagnose op adolessente se belewing van hulle eie AT/HV

Hierdie afdeling handel oor dié adolessente se ervarings van die proses van diagnose. Dié hoofkategorie word bespreek aan die hand van die volgende tema: **onkunde**.

Vyf adolessente **(I2, I3, I5, I6, I7)** het genoem dat hul nie voldoende kennis gehad het oor AT/HV toe hul daarmee gediagnoseer is nie. Volgens dié leerders het deskundiges (bv. pediater, onderwyser) hul slegs ingelig dat AT/HV deel van hul lewe is en is geen verdere verduidelikings deur hulle gegee oor die aard, impak en hantering van dié versteuring nie. Hierdie **onkunde** het aanleiding gegee tot verskeie emosies soos onsekerheid, frustrasie en verbystering. Een deelnemer **(I6)** het gemeld dat hy aanvanklik gedink het dat AT/HV 'n siekte is. Hy het verder vertel: "*Dit voel asof jy heeltemal anderste is as as ander kinders en dat dit nie deel van 'n*

gewone kind se lewe kan wees nie" **(I6:146-147)**. Volgens Ben moes sy vader en sy onderwyser AT/HV en die neem van medikasie aan hom verduidelik het aangesien die pediater dit nie wou doen nie. Danie beskryf sy ervaring van die proses van diagnose soos volg:

> *Dit was nogal snaaks vir my, want ek het nie geweet wat dit is nie. My ma en die kinders by die skool het daai woorde gebruik, want hulle is al langer in die skool as ek en hulle weet wat dit is. Ek het nie geweet waaroor hulle praat nie. Ek kon iets oor myself sê, maar ek het nie geweet waaroor dit gaan nie. Ek het nie kwaad geraak nie. Ek wou net weet wat dit is. Ek het vir almal gevra en hulle het vir my gesê ek moet gaan uitvind. Dan vra ek vir die onderwysers wat dit is en dan sê hulle ek moet vir die skoolhoof gaan vra. Toe gaan vra ek vir my ma en sy het dit vir my verduidelik. Toe verstaan ek wat dit is. Toe maak als sin* **(I3:211-232)**.

Een deelnemer **(I3)** het genoem dat hy elke dag hoor dat AT/HV deel van sy lewe is. Ten spyte van laasgenoemde het hy en al die ander deelnemers gemeld dat hul nie seker is waar dié versteuring vandaan kom nie. Volgens Danie en Jaco het hulle nog nooit daaraan gedink nie. Beide Carl en Ben het genoem dat niemand dit al aan hul verduidelik het nie. Twee deelnemers het genoem dat hulle graag sal wil weet wat AT/HV veroorsaak. Ben beskryf sy ervaring soos volg: *"*Ek weet glad nie [waar AT/HV vandaan kom nie]. ...nog niemand het vir my gesê nie. Ek het al daaroor gedink" **(I7:176-178)**.

4.2.3 Die invloed van ontwikkelng op adolessente se belewing van hulle eie AT/HV

In hierdie kategorie word die invloed van ontwikkeling op adolessente se belewing van hulle eie AT/HV bespreek. Die volgende tema is uit die rou data geïdentfiseer: **hantering** en **normaal**.

Sommige van die deelnemers **(I1, I3, I6)** het gemeld dat hulle met die ontwikkeling van AT/HV geleer het om die primêre simptome van dié versteuring en geassosieerde probleme te **hanteer**. Volgens Danie het inligting oor AT/HV en hulp van ander hom gehelp om die invloed van dié versteuring op sy lewe vanaf 10/10 tot 2/10 te verlaag. Hy vertel: *"Nee,* [dit beïnvloed] *nie eintlik* [my lewe] *nie. Ek het nou geleer hoe om met dit te werk. Dit maak nie meer vir my so baie saak nie. Ek leer ook hoe om dit minder te doen* **(I3:296-297)**. *Ek doen nou meer goed op my eie. Dit het stadig afgegaan. Dit is 'n prestasie. Ek is trots daarop"* **(I3:711-714)**. Carl het sy gevoelens soos volg beskryf: *"Toe ek jonk was het ek gevra of dit 'n siekte is of ietsie, maar nou pla dit my nie eintlik nie"* **(I6:145)**.

Alhoewel die adolessente gemeld het dat hulle verandering ten opsigte van hulself waargeneem het, het die meeste van die deelnemers **(I1, I3, I6, I7)** gevoel dat AT/HV normale gedrag weerspieël en dat dit vir hulle **normaal** voel. Carl het genoem: *Ek kom dit nie eintlik agter nie* **(FGO:265)**. Drie deelnemers **(I1, I4, I6)** het genoem dat AT/HV deel vorm van hulle identiteit: Doré het vertel:*"...dit is soos ek is* **(I1:187)**. "*Dit voel normaal. Jy kom dit 'actually' nie agter nie"* **(I1:685)**. Alhoewel Jaco en Carl dieselfde persepsie van hulself handhaaf het hulle ook gemeld dat die probleem nie in hulself gesetel nie: "*Daar is niks fout met mense wat AT/HV het nie. Baie mense het dit. Hulle moet net nie dink hulle is anderste nie"* **(I6:529-530)**. In teenstelling het Erik gevoel dat AT/HV nie deel vorm van sy identiteit nie: *"Dit is nie deel van my nie. Ek dink dit is soos 'n tipe siekte wat 'n mens het"* **(FGO:175)**. 'n Ander deelnemer was van mening dat AT/HV-tipe gedrag 'n eksterne probleem is wat deur alle persone openbaar word:

> *Dis nie 'actually' my probleem nie, maar my aandagafleibaarheid is die kind in my klas* **(I3:138)**. *Mense wat baie inkom, praat en raas...wat nie stilbly as mens moet konsentreer nie* [veroorsaak AT/HV] **(I3:283-284)**. *Almal het mos aandagafleibaarheid. Almal sal mos opkyk as iemand byvoorbeeld by die klas inkom* **(I3:715)**.

4.2.4 Die invloed van AT/HV medikasie op adolessente se belewing van hulle eie AT/HV

In hierdie afdeling word dié adolessente se uiteenlopende belewing van AT/HV medikasie bespreek. Temas wat met die neem van AT/HV medikasie verband hou is **newe-effekte**, **voordele** sowel as dié adolessente se **houdings** teenoor die neem van AT/HV medikasie.

Die meerderheid van die deelnemers **(I1, I2, I3, I5, I6, I7)** het genoem dat hulle **newe-effekte** ervaar het tydens die neem van AT/HV medikasie. Dié newe effekte wat dié adolessente beleef het stem ooreen met vorige navorsing van AT/HV medikasie en sluit onder andere hoofpyn, angstigheid, eetlusverlies en insomnia in. Frits het genoem dat hy sy AT/HV medikasie skelmpies wegsteek en dit nie drink nie aangesien die neem daarvan met lomerigheid en naarheid gepaard gaan. Een deelnemer vertel: "*Ek hou nie daarvan om medisyne te drink nie, want ek ken die nadele van medisyne*" **(I3:438-439)**.

Alhoewel sommige van die adolessente newe-effekte ervaar het, was al die deelnemers van mening dat AT/HV medikasie sekere **voordele** vir persone met dié versteuring kan inhou. Dié voordele van AT/HV medikasie wat die deelnemers genoem het, het hoofsaaklik met die afname

in die voorkoms van die primêre simptome van AT/HV verband gehou. Van die deelnemers **(I1, I2, I5, I6, I7)** het ook gemeld dat die uitwerking van AT/HV medikasie verbetering tot akademiese produktiwiteit kan hê. Een deelnemer het genoem: "*Ja, dit het my baie gehelp. Behalwe vir die naarheid, het dit gehelp. My ma het gesê ek het my werk beter verstaan, ek kon beter konsentreer in die klas en ek kon my huiswerk beter doen* **(I1:266-268)**. Volgens Ben en Erik kan AT/HV medikasie ook minder aggressiewe en ontwrigtende gedrag tot gevolg hê. Afgesien van die voordele wat AT/HV medikasie vir hulself kan inhou het Jaco ook genoem dat hy agtergekom het dat 'n klasmaat minder gesels as hy sy medikasie gedrink het.

Die adolessente se **houdings** teenoor die neem van AT/HV medikasie was uiteenlopend. Afgesien van die voordele van AT/HV medikasie, was van dié deelnemers **(I1, I2, I3)** van mening dat hulle nie medikasie nodig het om die simptome van AT/HV te hanteer nie. Een deelnemer het genoem: "*Ek is nie lus* [om AT/HV medikasie te drink] *nie, want ek voel ek het dit nie nodig nie...As ek Biostrath drink dan is ek soos 'n zombie wat konsentreer. As ek dit nie drink nie dan het ek ook 'fun'. Ek kan konsentreer* **(I1:559-561)**. Ander adolessente **(I1,I2, I7)** het genoem dat hul nie AT/HV medikasie wil neem nie, aangesien dit hul persoonlikheidseienskappe verander. Ben het vertel: "*...ek hou net nie daarvan nie, want ek hou nie daarvan om meestal stil te sit en goed nie. Dit voel vir my 'boring'* **(I7:388-389***)...As ek Ritalin drink dan raak ek so skaam om met mense te praat. Toe ek jonk was,...was ek glad nie bang om met mense te praat ni*e" **(I7:406-408)**. 'n Ander deelnemer het dieselfde ervaring gedeel: *"...as ek nie die goed drink nie is ek altyd 'happy go lucky' en doen my werk* **(I1:565)***...Ek doen nog steeds my huiswerk* [as ek dit nie drink nie] *en als is volledig en klaar...Ek dink as ek Biostrath drink het die pil meer beheer oor my as wat ek het* **(I1:567-569)**. Jaco het genoem dat hy nie medikasie sal drink nie aangesien hy sy "*stukkie dagdroom*" **(I4:327)** deur die dag geniet. In teenstelling met bogenoemde ervarings het Erik vertel dat hy nie sonder AT/HV medikasie kan funksioneer nie: "*As ek nie my Ritalin drink nie dan voel ek, ek kan myself nie beheer nie* **(I5:180)***...Ek drink dit sewe dae 'n week. Ek kan nie sonder dit nie. Ek het al probeer* **(I5:303)**. *Dit help my konsentreer en dit laat my stilsit* **(I5:397)**. Twee deelnemers **(I2, I3)** het ten spyte van hul ouers se positiewe houding teenoor AT/HV medikasie, besluit om dit op te hou drink. Carl het genoem dat sy ervaring van AT/HV medikasie positief is, maar dat hy dit moontlik sal staak weens ander persone se siening van dit. Jaco, Carl en Danie het gesê dat AT/HV medikasie 'n dwelm is

waaraan hul verslaaf kan raak. Die volgende aanhaling beskryf Carl se ervaring van AT/HV medikasie:

> *Ek het al baie gehoor op 'Cart Blanche' dat mense dink dit is soos 'n 'drug'* **(I6:339)**. *Ek weet nie eintlik nie, maar ek hou net nie daarvan om die pil te drink nie. Partykeer dan praat die mense oor die pille. Hulle sê dit is mos soos 'n 'drug' of ietsie. Ek wonder wat moet hulle nou van jou dink as jy dit nou moet drink. Baie mense weet nie hoekom 'n mens Ritalin drink nie. Mense dink jy is mal of iets as jy dit drink. Dit is maar een van daai dinge in die lewe. Ek moet maar gewoond raak daaraan* **(I6:352-360)**. Ja, *ek sal miskien ophou [om Ritalin te drink]. Ek het al gesien dit help nogals as ek nou werk doen en alleste. So, ek sal dit nou net vat as ek belangrike goed moet doen sodat ek meer kan konsentreer* **(I6:393-395)**.

2.4.5. Die invloed van verskillende sosiale kontekste op adolessente se belewing van hulle eie AT/HV

Uit die data blyk dit dat die deelnemers se belewing van hulle eie AT/HV beïnvloed word deur die konteks waarin hul hulself bevind. In hierdie afdeling word dié adolessente se ervarings van hul eie AT/HV binne die **hoofstoomskool** en **spesiale skool** bespreek. Daarna sal daar aandag geskenk word aan die invloed van **ander kontekstuele faktore** op die deelnemers se belewing van hulle eie AT/HV.

'n Paar adolessente **(I1, I3, I7)** het genoem dat hulle nie voldoende ondersteuning in die **hoofstroomskole** ontvang het om die primêre simptome van AT/HV en geassosieerde probleme te hanteer nie. Ben beskryf sy ervaring van die ondersteuningsdienste in die hoofstoomskool soos volg: "*Ek het leerprobleme gehad en by die ander skole wil hulle my glad nie gehelp het nie. Soos wanneer ek toetse geskryf het wou hulle glad nie vir my die vrae gelees het nie"* **(I7:76-77)**. 'n Ander deelnemer het vertel dat beperkte ondersteuningsdienste in die hoofstroomskool tot 'n gevoel van verwerping bygedra het: "*Toe ek in die ou skool was het dit gevoel asof hulle my afskeep en nie vir my omgee nie. Dis voordat ek geweet het wat dit is. Ek was gefrustreerd daarmee"* **(I3:706-708)**. Frits het gesê: *"Ek het in...graad 5 eers hiernatoe gekom. Dit is baie erger* [daar]. [By die ou skool is daar] *...baie meer kinders en dan gee die juffrou net jou boek en sê wat se opdrag jy moet doen. Dit is al wat hulle doen* **(FGO:251-253)**".

Volgens Doré kon sy glad nie aan die akademiese eise van die hoofstroom voldoen nie en het sy uitgesluit gevoel aangesien die ander leerders nie dié versteuring verstaan nie:

> *...dit was te veel vir my om te 'handle'. Ek het in die aande tot laat nog my huiswerk gedoen . In die klas het ek begin huil as ek nie die werk verstaan het nie...Ja, dit is soos jy sit 'n model in 'n 'garage' en jy sê vir haar sy moet 'n kar regmaak* **(I1:98-102)**...Ja, as hulle [leerders wat met AT/HV gediagnoseer is] *in 'n ander skool, 'n normale skool, gewees het, sou hulle die 'odd one out' gewees het, want nie een van die kinders het dit nie en hulle verstaan nie* **(I1:461-462)**.

Die meerderheid van dié deelnemers **(I1, I2, I3, I5, I6)** het die oorgang van 'n hoofstroomskool na 'n **spesiale skool** as positief ervaar. Frits, Jaco en Doré het genoem dat hulle makliker aan die akademiese eise van die skool vir leerders met spesiale onderwysbehoeftes kon voldoen het aangesien daar min kinders in die klas was en die onderwyser instaat was om meer individuele aandag aan hulle te gee. Frits beskryf sy ervaring van die spesiale skool soos volg: *"Hier verduidelik hulle vir jou wat jy moet doen. Die juffrouens het minder kinders waarna sy moet kyk...* **(FGO:253-254)**.*"* *Al* die deelnemers het ook genoem dat hulle ondersteuningsdienste ontvang het om die primêre simptome van AT/HV en geassosieerde probleme te hanteer.

Uit die data het dit geblyk dat adolessente se belewing van hulle eie AT/HV in 'n spesiale skool deur die mede-leerders beïnvloed word. Van dié adolessente **(I1, I3)** was van mening dat die leerders in die spesiale skool beter begrip het van hoe dit vir 'n adolessent is om met AT/HV te lewe aangesien baie van hulle self met dié versteuring gediagnoseer is. Doré vertel: *"...meeste van die kinders hier het dit* **(I1:459)**. *Ek dink hulle verstaan beter waardeur ek gaan omdat hulle almal dit het en ons almal omtrent dieselfde ouderdom is* **(I1:742-743)**. Twee deelnemers **(I3, I4)** het genoem dat AT/HV nie 'n beduidende invloed op hulle lewe het nie aangesien al die leerders in 'n spesiale skool hindernisse tot leer ervaar. Laasgenoemde het vir Danie en Jaco laat besef dat hulle waardevol is en dat hulle, ten spyte van hul hindernisse tot leer, 'n belangrike rol kan vervul. Danie beskryf sy ervaring van AT/HV in 'n spesiale skool soos volg:

> *Toe ek in die skool kom toe leer ek niemand is hier perfek nie. Ja, toe ek hier instap in graad 2, toe besef ek dit maak nie saak hoe groot jou probleme is nie; die ander ou het ook 'n probleem. Hy soek weer jou bene en jy soek weer hierdie 'cool' rolstoel wat jy net die knoppie druk en dan ry dit. Ek is nie baie goed in wiskunde nie,*

> *maar...my meisie kan weer gladnie wiskunde doen nie. Sy sukkel. So, ons help mekaar* **(I3:353-360)**.

Afgesien van die feit dat leerders in 'n spesiale skool meer begrip vir die versteuring mag hê het Ben genoem dat AT/HV 'n unieke ervaring is. Dié deelnemer het sy ervaring soos volg beskryf: *"[klasmaat wat met AT/HV gediagnoseer is] weet wat dit is, maar hy verstaan nogsteeds nie hoe dit voel en goeters nie. Hy het dit self, maar hy weet nie hoe voel dit vir ander kinders nie"* **(I7:224-226)**. Van die deelnemers **(I1, I2, I3, I7)** het ook genoem dat ander persone die versteuring nie ten volle kan verstaan nie. Doré het genoem dat AT/HV haar 'top secret' is:

> *Ek dink wat in my lewe aangaan gaan ook in ander mense se lewe aan, maar dit is my lewe en ek kan daarmee doen wat ek wil. Dit is hoekom ek dit 'top secret' noem, want dit is niemand anders se lewe behalwe myne nie. So, net ek weet daarvan en die mense soos my familie en vriende. Die ander mense wat ek nie ken nie weet niks daarvan nie...Moenie met my praat oor goed waarvan jy nie weet nie"* **(I1:170-177)**.

Dit wil voorkom asof verskeie **kontekstuele faktore** die intensiteit van die AT/HV simptome kan beïnvloed. Ses deelnemers **(I1, I2, I4, I5, I6, I7)** het gemeld dat hulle gedrag beter kan reguleer wanneer die onderwyser hulle aktief by hul eie leer betrek en die opvoedkunde materiaal stimulerend is. Erik vertel: "*As ek besig gehou word kan ek dit help, maar as ek nie besig gehou word nie kan ek dit nie help nie"* **(I5:235-236)**. Doré het verder vertel dat dit vir haar veral moeilik is om haar primêre simptome van AT/HV te hanteer wanneer sy moeg is. 'n Ander deelnemer **(I6)** het genoem dat hy later in die dag meer AT/HV simptome openbaar. Dit wil voorkom asof adolessente met AT/HV beduidend swakker presteer in veeleisende omgewings waar die take beplanning, organisasie en uitvoerende regulering van gedrag verlang. Danie het genoem dat AT/HV glad nie sy verhoudings met sy gesin beïnvloed nie en dat sy ouers nie sy gedrag tuis as 'n probleem ervaar nie: *"Ons het nie 'actually' 'n probleem daarmee by die huis nie, want ons werk nie eintlik nie. Ons doen iets saam. Dis net nie dieselfde nie. Ons kan nie die huis en die skool vergelyk nie"* **(I3:649-651)**.

4.2.6 Bespreking

Uit die data was dit duidelik dat dié adolessente met AT/HV sekere hindernisse tot leer ervaar het. Hierdie hindernisse sluit onder andere primêre kenmerke, geassosieerde probleme en komorbiede versteurings in, wat ooreen stem met die DSM-IV-TR kriteria en bestaande

wetenskaplike literatuur. Alhoewel dié meerderheid van dié deelnemers nie geweet het waar die hindernisse tot leer vandaan kom nie, was dit vir hul duidelik dat die primêre kenmerke van AT/HV en geassosieerde probleme hul verhinder om sekere ontwikkelingstake (bv. sosiale, liggaamlike, persoonlikheids- en kognitiewe ontwikkelingtake) te bemeester. Die data ondersteun Kendall et al. (2003:126-127) se bevindinge dat die hindernisse tot leer vir adolessente, wat met AT/HV gediagnoseer is, 'n realtiteit is en dat die klem moet verskuif vanaf óf AT/HV werklik bestaan na die perspektief van die individue wat hierdie werklikheid aktief konstrueer.

Bevindinge van dié navorsingstudie het aangedui dat die meerderheid van die adolessente nie genoegsaam oor AT/HV ingelig is toe hulle met die versteuring gediagnoseer is nie en dat die onkunde sterk emosies by hulle uitgelok het. Hierdie emosionele effek van AT/HV op adolessente stem ooreen met Kendall et al. (2003:121) se bevindinge. Volgens Abadĩa-Barrero en LaRusso (2006:41) kan onkunde by kinders met MIV/VIGS tot emosionele ongelukkigheid en kommer bydra wat hul psigososiale ontwikkeling kan strem en risiko-gedrag kan uitlok. Volgens laasgenoemde studie moet ouderdomtoepaslike inligting aan kinders en adolessente met MIV/VIGS deurgegee word. In Woodgate (2006:267) se studie oor adolessente se belewing van hulle eie depressie het deelnemers gemeld dat dit vir hulle belangrik is dat die ondersteuningspersoneel hulle waardeer deur: (1) op die individu en nie die versteuring te fokus; (2) buigsaam te wees in hul benadering tot intervensie; en (3) nie moed verloor vir die adolessent nie. Uit die bevindinge van my navorsingstudie wil dit voorkom asof die deelnemers 'n behoefte daaraan het dat die ondersteuningspersoneel: (1) na hulle belewing van die proses van diagnose luister; (2) inligting rakende AT/HV aan hul deurgee; en (3) vir hul 'n geleentheid bied om vrae te vra ten einde onsekerhede uit die pad te ruim.

Volgens dié adolessente is hulle na ondersteuningspersoneel verwys wat op diagnosering, behandeling en plasing in 'n spesiale skool eerder as die bevordering van welsyn en voorkoming gefokus het. Die rol van die deskundiges reflekteer die positivistiese perspektief en mediese model wat deur 'n reduksionistiese denkwyse gekenmerk word. Volgens Donald et al. (2002:99) verwys reduksionisme na enige beskouing waar 'n komplekse saak as geheel verklaar kan word aan die hand van sy eenvoudige elemente. Dit mag wees dat sommige van die professionele persone die komplekse versteuring aan enkele lineêre oorsaaklike faktore eerder as die wisselwerking tussen veelvoudige faktore toeskryf. Die vinnige veranderinge in die nasionale en

internasionale konteks en die globale beweging na inklusiewe onderwys noodsaak egter verskuiwing vanaf die tradisionele mediese model na ’n ekologiese en multi-sistemiese paradigma wat die ontwikkeling van kollaboratiewe en konsulterende verhoudings tussen vakkundiges, onderwysers, ouers en kinders beklemtoon.

Oor die afgelope dekades het verskeie navorsingstudies (Blum & Bearinger, 1990:289; Hardoff, Tamir & Palti, 1999:35; Herbert, Crittenden & Dalrymple, 2004:371) gevind dat opvoedkundige ondersteuningspersoneel nie genoegsame kennis het rakende adolessente se geestesgesondheidstoestande nie. Volgens Kleynhans (2005:68) beskik laerskool onderwysers in die Wes-Kaap oor ‘n beperkte kennisbasis ten opsigte van AT/HV. Louw (2006:113) het dieselfde bevindinge onder die algemene praktisyne in Suid-Afrika gevind. Sy skryf laasgenoemde toe aan beperkte voorgraadse opleiding met betrekking tot psigopatologiese toestande. Die volgende is onder andere deur Louw (2006:116-122) aanbeveel: (1) die opleidingsmodelle moet aangepas word; (2) geleenthede moet geskep word vir verdere professionele opleiding; (3) die rol van die opvoedkundige sielkundige as gelyke vennoot in die transdissiplinêre span moet aangemoedig word. Alhoewel daar geen afleidings oor die betrokke huisdokters se kennis rakende AT/HV uit my studie gemaak kan word nie, rus die onus op die ondersteuningspersoneel om genoegsame kennis rakende dié ontwikkelingsfase en dié versteuring te verkry, ten einde die kinders optimaal te ondersteun.

Uit die data is dit duidelik dat AT/HV ’n ontwikkelingsversteuring is. Alhoewel daar aanvaar word dat die simptome relatief deurlopend moet voorkom het dié navorsingstudie gevind dat die manifestering van die AT/HV simptome met ontwikkeling verander. Laasgenoemde bevestig Rief (1998:5) asook Abadĩa-Barrero en LaRusso (2006:42) se bevindinge. Volgens laasgenoemde studie leer kinders met MIV/VIGS geleidelik oor hulle eie MIV/VIGS soos hul ontwikkel en verander die betekenis wat hul daaraan heg oor tyd. Ouderdomtoepaslike inligting moet dus aan kinders, wat met AT/HV gediagnoseer is, voorsien word soos hulle deur die verskillende lewensfases ontwikkel.

Bevindinge van dié studie ondersteun vorige navorsing (Kendall et al., 2003:122) wat aandui dat die meerderheid van die adolessente wat met AT/HV gediagnoseer is “normaal voel” ten spyte van die veranderinge wat met die versteuring gepaard gaan. Woodgate (2005:12-13) het gevind dat alhoewel adolessente met kanker somtyds “abnormaal” of “anders” voel, hul meestal soos

"dieselfde persoon" voel. Dié adolessente in die studie wat met AT/HV gediagnoseer is versoek, soos kinders met 'n kroniese siekte, dat ander hulle soos "normale" kinders moet hanteer.

Die vorming van 'n persoonlike identiteit is 'n belangrike ontwikkelingstaak gedurende adolessensie. Twee studies (Krueger & Kendall, 2001; Meaux et al., 2006:224) het gevind dat adolessente wat met AT/HV gediagnoseer is hul identiteit definieër in terme van hulle eie versteuring. Die bevindinge word deur die adolessente in hierdié studie ondersteun deurdat hulle hul belewing van AT/HV en AT/HV medikasie onderskeidelik beskryf as "dit is wie ek is" of "dit verander wie ek is". Dit wil voorkom asof dié adolessente nie besef dat AT/HV 'n komplekse versteuring is wat tot hulle hindernisse tot leer bydra nie. Dit blyk dat die deelnemers in dié studie stigma en stereotipes van AT/HV integreer en verdedig asof dit deel vorm van hulle "core being". Hierdie bevindinge is egter in sterk kontras met wat ek gevind het toe ek gedurende my internskapopleiding met adolessente met fisiese gestremdhede gewerk het. Dié adolessente, wat hulself beskryf het as persone met fisiese gestremdhede, het hul definisie van hulself van hul diagnose onderskei.

Die bevindinge van dié studie het daarop gedui dat die neem van AT/HV medikasie adolessente se belewing van hulle eie AT/HV kan beïnvloed. Soos gemeld in vorige literatuur (Kendall et al., 2003:123-124; Meaux et al., 2006:219-221; Muthukrishna, 2006:105-106) het die adolessente die medikasie beide positief en negatief ervaar. Ten spyte van die menigte voordele wat AT/HV medikasie vir hulle ingehou het, het die meerderheid gemeld dat hul weens die newe effekte sowel as die breër gemeenskap en media se negatiewe houdings teenoor dié medikasie, dit wil staak. Hierdie bevindinge stem ooreen met Doherty, Frankenberger, Fuhrer en Snider (2000) se resultate waar meer as die helfte van die steekproef óf hulle medikasie wou staak óf neutraal was ten opsigte van die voordele daarvan. Dit wil voorkom asof die deelnemers se belewing van hulle eie AT/HV medikasie die stigma en negatiewe diskoerse in die samelewing reflekteer. Dit was vir my opvallend dat geen van die persoonlike dokumente inligting rakende adolessente se belewing van hulle eie AT/HV medikasie bevat nie.

Uit die narratiewes was die mag en die beheer van die onderwysers en deskundiges oor die adolessent baie duidelik. Die deelnemers is aanvanklik na 'n deskundige verwys wat medikasie voorgeskryf het om AT/HV te hanteer. Met die opvolgbesoeke word slegs ouers en onderwysers se verslaggewing aangevra om die geskiktheid van die dosering te bepaal. Die adolessente se

ervaring van hulle eie AT/HV medikasie word egter selde na geluister. Volgens Hill en Castro (aangehaal in Muthikhrisna, 2006:105) voldoen so ‘n benadering slegs aan die behoeftes van die volwassenes en word die kompleksiteit van die omvattende versteuring nie in ag geneem nie. Dit wil voorkom asof daar ’n algemene oortuiging heers dat adolessente se hindernisse tot leer slegs deur eksterne hulpmiddels (bv. kundigheid, medikasie) hanteer kan word en dat geen verdere ondersteuning nodig is nie. Hierdie benadering reflekteer die mediese model of behoefte-gebaseerde benadering wat daarop gemik is om die probleem in die kind op te los, eerder as die bio-ekologiese model of bate-gebaseerde benadering. Armoede, lae sosio-ekonomiese status, geweld en ander sosio-politiese en ekonomiese faktore, wat moontlik tot hindernisse kan bydra, word in die mediese model geïgnoreer. Eloff (2003a:18-19) beweer dat die behoefte-gebaseerdebenadering selde betekenisvolle ontwikkeling of verandering te weeg bring en dat dit tot hopeloosheid, afhanklikheid en ontmagtiging kan bydra.

In hierdié navorsingstudie is daar gevind dat die adolessente se belewing van hulle eie AT/HV deur die konteks beïnvloed is. Die vertellings in dié studie bevestig Muthukrishna (2006:106) se bevindinge dat adolessente hulle eie AT/HV meer positief ervaar en beter hanteer in kontekste (hetsy ’n hoofstroomskool, spesiale skool of ander omgewings) wat waardes soos gelykheid, vryheid, wedersydse respek, sosiale geregtigheid en nie-diskriminasie weerspieël. ’n Konteks wat gekenmerk word deur opvoedkundige ondersteuning, ’n buigsame kurrikulum, aktiewe betrokkenheid, optimale stimulasie en ’n individuele aandag het ook hul belewing van hulle eie AT/HV en skoolgaan beïnvloed. Volgens die Witskrif 6 (Departement van Onderwys, 2001:16) vorm bogenoemde waardes en beginsels die basis van die raamwerk waarvolgens ’n inklusiewe onderwys- en opleidingsisteem in Suid-Afrika ontwikkel moet word.

4.3 WATTER ONDERSTEUNINGSTRATEGIEË KAN AAN ADOLESSENTE MET AT/HV GEBIED WORD?

Verskeie ondersteuningstrategieë wat aan adolessente met AT/HV gebied kan word is deur die deelnemers aanbeveel. Die volgende temas is geïdentifiseer. **probeer verstaan**, **self-regulering**, **inligting en kennis**, **fokus op sterkpunte** of **talente** sowel as **ander bronne van ondersteuning**.

Vyf van die deelnemers **(I1, I2, I3, I4, I6, I7)** het gemeld dat niemand verstaan hoe dit vir ’n adolessent voel om met AT/HV gediagnoseer te wees nie. Ben het genoem: *“Ek sal soos wil hê*

hulle moet dit ook hê. Dit is al wat ek sal wens. Hulle moet dit ook hê om te voel hoe dit voel. Hulle kan nie verstaan hoe dit voel nie" **(I7:607-608)**. Danie het genoem dat bogenoemde hom kwaad en gefrustreerd maak terwyl Doré vertel het: "*...dit laat my net...klein bietjie 'butterflies' in my 'tummy' voel*" **(I1:341-342)**. Vir dié deelnemers is dit belangrik dat ander persone **probeer verstaan** hoe dit vir hom of haar is om met AT/HV te lewe. Een deelnemer het gesê: *"Jy moet net verstaan. Ek sal hoeveel keer vir iemand verduidelik wat ek bedoel, maar hy moet net verstaan. Al lê al my derms op die vloer...ek sal nogsteeds aangaan totdat hy verstaan wat ek bedoel"* **(I3:671-673).** Ben noem dat sy ouma hom die meeste help aangesien sy die meeste begrip het vir sy hindernisse: *My ouma help my die meeste, want sy verstaan die meeste"* **(I7:568-570)**. Beide Carl en Danie was van mening dat ander slegs voldoende kennis van AT/HV moet hê om dit te verstaan en dat hul nie spesiale hantering verlang nie: *"Ek het dit, maar die ou op straat het dit nie. Hy weet ook nie wat dit beteken nie, maar hy spot daaroor. Hy moet weet wat dit is en dan moet hy sy mond hou en aan gaan* **(FGO:377-378)**". In teenstelling was Jaco skepties oor te veel kennis oor AT/HV: "*As jy meer uitvind daaroor en daar is ietsie baie sleg aan wat dit is dan gaan jy vir die res van jou lewe met dit moet lewe* **(FGO:366-367)**". Volgens Doré kan ander haar slegs verstaan en ondersteun indien hul haar met die nodige respek hanteer en haar unieke behoeftes in ag neem. Sy het ook genoem dat ander persone geduldig, empaties en regverdig moet wees teenoor adolessente met AT/HV. Drie deelnemers **(l2, l3, l4)** het aanbeveel dat ander hulle nie oor AT/HV moet spot of in die verleentheid bring nie. Doré het haar ervaring van ondersteuning soos volg beskryf:

> *Ek wil hê dat ander mense moet ophou om my so onregverdig te hanteer... Ek het ondersteuning...ek het amper soos 'n tweeling nodig* **(I1:757)**. *Hulle moet ook geduldig wees en hulle moet verstaan en hulle moet respekvol wees. 'They have to be careful of other people's needs'. Ja, hulle moet in my 'footsteps' probeer sit en kyk hoe ek vir 'n slag voel en nie net aan hulself dink nie* **(I1:765-769)**.

Twee van dié deelnemers **(I3, I4)** het gevoel dat geen persoon 'n adolessent wat met AT/HV gediagnoseer is, kan ondersteun nie. Jaco het genoem: *"...eintlik niemand* [kan my help met die hantering van aandagafleibaarheid] *nie. Ek doen dit op my eie"* **(I4:413)**. Volgens Doré, Danie en Carl het hulle oor die jare geleer hoe om hulle gedrag **self te reguleer**. Danie het vertel: *"Ek hou my kop vas* **(I3: 640)**. *Ek herinner myself...moenie, moenie, moenie. Dit gaan heeltyd deur my kop. Ek herhaal dit vir myself. Ek sê vir myself moenie opkyk nie..."* **(I3:643-644)**. 'n

Deelnemer het genoem dat sy tegnieke vir self-regulering deur ’n televisie program aangeleer het: *“Ek knyp myself byvoorbeeld daar* [wys na gedeelte tussen duim en wysvinger]. *Dan is dit ‘like’ fokus nou net op daai ding. Ek het dit op ‘Smallville’ gesien. Toe probeer ek dit. Toe werk dit”* **(I1:783-788)**. Doré het ook gesê dat sy somtyds met haarself praat of diep asemhaal ten einde beter te konsentreer. Carl het geleer om take dadelik uit te voer voordat hy daarvan vergeet: *“Ek kyk altyd in my tas elke aand of ek alleste het, want ek kan nooit iets uithaal en dan net daarso sit en dan later vannaand dit insit nie. Ek moet dit dadelik in my tas insit”* **(I6:246-248)**. Gedurende die fokusgroeponderhoud het Carl ook genoem dat hy omtrent nooit meer van sy tuiswerk vergeet nie aangesien hy dit in sy huiswerk boek opskryf. Beide Erik en Doré het die belang van ’n gesonde dieët beklemtoon. Erik vertel: *“Veral as ek in die oggende voor skool ‘chocolates’ en goed eet...dan werk my Ritalin partykeer nie lekker nie. Dan is ek baie woelig daai dag”* **(I5:787-790)**. Ben en Carl het genoem dat hulle nie bewus is van enige maniere waardeur hulself AT/HV kan hanteer nie: Ben vertel: *“Dit is die probleem. Ek weet nie hoe nie”* **(I7:624)**.

Drie deelnemers **(I1, I6, I7)** het genoem dat **inligting en kennis** rakende AT/HV hul gehelp het om dié versteuring beter te hanteer. Beide Carl en Ben het vertel dat onderwysers en ’n ouer hul ingelig het oor AT/HV en dat kennis rakende dit hul instaat gestel het om dit beter te verstaan en dit as deel van hul lewe te aanvaar. Carl stel die volgende voor: *“Baie mense weet mos nie wat dit* [AT/HV] *is nie. Hulle moet vir hulle ma en pa vra oor wat dit is* **(I6:530)**. *Hulle moet meer uitvind daaroor.”* **(I6:533)**. *Dit was ’n groot woord vir my, maar die onderwysers het vir my verduidelik* [wat AT/HV is] *en dit het my gehelp* **(FGO:146-147)**. Doré stel voor dat ouderdomstoepaslike inligting aan persone deurgegee moet word sodat ander dit beter kan verstaan en hulle adolessente met AT/HV kan ondersteun:

> *Maak dit* [inligting rakende AT/HV] *meer interessant...sodat ‘teenagers’ dit beter kan verstaan. Soos, kry ’n prent van Tom Cruise waar hy like op die banke spring...***(I1:665-666)**. *Maak ’n liedjie of poster daarvan of iets. Hulle moet dit ‘like’ kan verduidelik sodat die mense kan verstaan wat dit is. Hulle kan ook ‘n ‘movie’ daarvan maak. Hulle kan vir Tom Cruise* [daarop] *wys en vir al die ander mense wat AT/HV het* **(I1:672-678)**.

Van dié deelnemers **(I2, I3, I4, I6)** het gevoel dat daar meer op hulle **sterkpunte of talente gefokus** moet word ten einde hulle te ondersteun met die hantering van AT/HV. Jaco het vertel: *"Ja, partykeer lei skool jou op 'n verkeerde pad. Dit lei jou op vir goed waarvoor jy nie eintlik gemaak is nie* **(FGO:211-212)***."* Danie meld dat hy dieselfde ervaring deel: *"Die skool gaan jou nie eintlik leer om met jou hande te werk nie. Al wat jy hier leer is dink* **(FGO:214-215)**. *Hoe gaan jy 'n 'mecanic' word as jy in die klas sit* **(FGO:214-215)***?"* Danie stel verder voor dat skole vir leerders meer geleenthede moet skep om te doen waarvan hulle hou en waarin hulle goed is.

Afgesien daarvan dat adolessente gevoel het dat hul instaat is om hulle eie gedrag te reguleer, het dié deelnemers genoem dat daar **ander bronne van ondersteuning** beskikbaar was wat hulle gehelp het om AT/HV te hanteer. Doré vertel dat sy veral die ondersteuning van haar vriende waardeer: *"...daar is 'n paar vriende in my groep wat ek baie 'close' is mee, want hulle is soos broers vir my. Ek kan oor baie goed met hulle praat en hulle praat oor baie goed met my..."* **(I1:423-425)**. Die meerderheid **(I2, I3, I4, I5, I6, I7)** van die deelnemers het gemeld dat hulle onderwysers 'n belangrike bron van ondersteuning is. Volgens dié deelnemers help onderwysers se individuele aandag en verbale CUES hulle veral om beter te konsentreer. Ben het die volgende voorgestel: "*Juffrouens kan my naam roep of iets om my weer terug te kry"* **(I7:595-597)**. Twee deelnemers **(I2, I6)** het gemeld dat onderwysers hul onderwysmetodes moet aanpas ten einde die materiaal meer interessant aan te bied. Frits het genoem dat hy iemand of iets nodig het om te keer dat hy nie onregverdig in die moeilikheid kom nie: "[Ek het nodig] *dat daar net iemand in die klas bly, soos 'n onderwyser, of iets soos 'n 'tape' of kamera dat dit net alles kan 'record' "* **(I2:629-630)**. Vier van dié deelnemers **(I2, I3, I5, I6)** het gemeld dat oefeninge (bv. fietsry, boks en stoei) hul help om hul hiperaktiwiteit en negatiewe emosies wat met AT/HV gepaard gaan te hanteer. Carl het vertel: *"Dit* [fietsry] *help my om ontslae te raak van my energie"* **(I6:409)**. Frits het genoem dat musiek hom help om te leer terwyl Carl vertel het dat musiek hom rustiger maak wanneer hy wil gaan slaap. Vir Jaco het sy verhouding met God vir hom genoegsame ondersteuning gebied: *"Jy moet maar net vir Liewe Jesus vra, want net Hy sal weet* [hoe 'n persoon AT/HV kan hanteer]" **(I4:419)**. Van dié adolessente (**I2, I6, I7**) het ook genoem dat intervensie deur ander ondersteuningspersoneel hul gehelp het met die hantering van AT/HV.

4.3.1 Bespreking

In dié studie het die deelnemers verskeie ondersteuningstrategieë identifiseer wat aan adolessente met AT/HV gebied kan word. Vir die adolessente in dié studie is dit belangrik dat hulle portuurgroep, gesin en ander probeer verstaan hoe dit vir hulle is om met AT/HV te lewe. Volgens Woodgate (2006:266) het die blote wete dat ander probeer verstaan hoe dit vir adolessente voel om met depressie te lewe tot ‘n “sense of belonging” bygedra wat hulle instaat gestel het om die daarmee gepaardgaande vrese te konfronteer. Die deelnemers in my studie het gemeld dat ander beter begrip van dié versteuring aan hulle kan kommunikeer indien hulle, hulle unieke behoeftes in ag neem en hulle met die nodige respek, empatie, regverdigheid asook geduld hanteer. Soos gevind in Woodgate (2005:13) is dit egter vir hierdie adolessente belangrik dat ander hulle nie weens beter begrip anders as hulle portuurgroep beskou of spesiaal hanteer nie.

In dié studie het die deelnemers gemeld dat hulle intrinsieke kwaliteite tot hul beskikking het om volhoubare ondersteuning te bied. Volgens die adolessente was die ondersteuning van ander (bv. ouers, portuurgroep, onderwysers) by tye waardevol, maar is dit noodsaaklik dat hulle verantwoordelikheid vir hulle eie welwees aanvaar. Hierdie bevindinge stem ooreen met vorige navorsing rakende adolessente se belewing van hulle eie depressie (Woodgate, 2006:265) en AT/HV (Krueger & Kendall, 2001:67). Dit blyk egter dat dié adolessente nie altyd oor voldoende kennis en inligting rakende AT/HV, geassosieerde probleme en self-regulerende strategieë beskik om hulle eie versteuring te bestuur nie. Meaux et al. (2006:224) het gemeld dat adolessente weens hulle toenemende strewe na onafhanklikheid dikwels hulle voorgeskrewe AT/HV medikasie staak, ten spyte van ander se aanmoediging om dit te drink, om sodoende beheer te neem van hulle eie AT/HV. Volgens laasgenoemde studie word sulke besluite geneem sonder dat adolessente genoegsaam bemagtig word ten opsigte van self-regulerende strategieë. Zentall (2006:221) is van mening dat dit belangrik is om vir kinders wat met AT/HV gediagnoseer is te leer om hulle eie gedrag en terugvoering aan hulself te monitor en te assesseer aangesien dit tot hul deursettingsvermoë, produktiwiteit en akkuraatheid kan bydra.

Uit die adolessente se narratiewe wil dit voorkom asof die behoefte-gebaseerde benadering steeds diep in ons samelewing gegrond is aangesien ander steeds op hulle behoeftes, hindernisse en tekortkominge eerder as hulle intrinsieke kwaliteite en ekstrensieke hulpbronne fokus. Aangesien adolessente wat met AT/HV gediagnoseer is oorgevoelig is tot kritiek en dikwels oor

‘n lae selfbeeld beskik is dit belangrik dat ander hul bemagtig om hul intrinsieke beheer, mag en kreatiwiteit te ontdek en te ontwikkel om sodoende positiewe verandering te weeg te bring.

4.4 SAMEVATTING

In hierdie hoofstuk is die bevindinge aan die hand van bestaande AT/HV literatuur bespreek ten einde adolessente se belewing van hulle eie AT/HV te verstaan. Uit die bevindinge blyk dit dat AT/HV vir hierdie adolessente ’n werklikheid is en dat hulle unieke belewing van hulle eie AT/HV deur hul hindernisse tot leer, proses van diagnose, ontwikkeling, AT/HV medikasie en konteks beïnvloed is. Ondersteuningstrategieë, wat aan adolessente met AT/HV gebied kan word, is ook in hierdie afdeling bespreek. In hoofstuk 5 is daar aandag geskenk aan die implikasies van die bevindinge vir die praktyk, beperkings van die navorsingstudie en navorsingsmoontlikhede.

HOOFSTUK 5

IMPLIKASIES VIR DIE PRAKTYK, BEPERKINGS EN AANBEVELINGS

5.1 INLEIDING

In hoofstuk 4 is die bevindinge van hierdie studie beskryf en in die konteks van bestaande literatuur bespreek. Die doel van laasgenoemde was om die navorsingsvrae wat die studie gerig het te beantwoord. Die navorsingsvrae was: (1) Hoe beleef adolessente hulle eie AT/HV? en (2) Watter ondersteuningstrategieë kan aan adolessente met AT/HV gebied word? Hierdie hoofstuk handel oor die implikasies wat die bevindinge vir die praktyk inhou, beperkings van die studie en voorstelle vir verdere navorsing.

5.2 IMPLIKASIES VIR DIE PRAKTYK

Vervolgens gaan ’n paar van die praktiese implikasies van die bevindinge op die praktyk kortliks bespreek word. Daar is veral gelet op persoongesentreerde intervensie sowel as sistemiese kwessies soos veranderde rolle van opvoedkundiges en ondersteuningspersoneel, geheelskoolontwikkeling, verandering van houdings asook professionele ontwikkeling.

5.2.1 Persoongesentreerde intervensie

Dit blyk dat dié deelnemers se belewing van hulle eie AT/HV ’n unieke ervaring is wat moontlik deur hul spesifieke hindernisse, AT/HV medikasie, ontwikkeling oor tyd en sosiale konteks beïnvloed word. Aangesien AT/HV vir hulle ’n realiteit is, is dit noodsaaklik dat opvoedkundiges en ondersteuningpersoneel adolessente aktief moet betrek en na hulle unieke ervarings van hulle eie AT/HV moet luister ten einde ondersteuningstrategieë te identifiseer om hul individuele behoeftes aan te spreek. Dit wil voorkom asof daar van multimodale terapie gebruik gemaak moet word om ’n persoongesentreerde intervensieprogram op te stel wat die individu se intrinsieke sterkpunte en ekstrensieke bronne raadpleeg ten einde volhoubare ondersteuning te verseker. Volgens Swart en Pettipher (2005:19) is ondersteuning belangrik vir die suksesvolle implimentering van inklusiewe onderwys.

5.2.2 Sistemiese kwessies

Uit die narratiewe is verskeie sistemiese kwessies wat aan adolessente met AT/HV gebied kan word om hul te ondersteun, geïdentifiseer. Dit wil voorkom asof dié adolessente 'n behoefte het aan die ontwikkeling van kollaboratiewe en konsulterende verhoudings met die ondersteuningspersoneel. Aangesien dit blyk dat dit wat die adolessente se belewing van hulle eie AT/HV beïnvloed nie net hulself is nie, maar ander se belewing van die diagnose is professionele ontwikkeling wat gekoppel is aan ontwikkeling van die skool as organisasie en die unieke konteks van die individu noodsaaklik. Dit is ook belangrik dat die houdings van die opvoedkundiges en ander professionele persone voortdurend bevraagteken en herstruktureer word. Bogenoemde stem ooreen met die implikasies van inklusiwiteit soos bespreek in 2.13.

5.3 BEPERKINGS VAN DIE STUDIE

Aangesien ek van 'n doelgerigte steekproef gebruik gemaak het waar die deelnemers spesifiek geselekteer is ten einde insig rakende die onderwerp te verkry, is die bevindinge van die navorsingstudie nie breed veralgemeenbaar nie. In hierdie studie is daar slegs gefokus op sewe blanke Afrikaanssprekende kinders in die vroeë of middel adolessensie wat 'n skool vir spesiale onderwysbehoeftes bywoon. Weens die klein doelgerigte steekproef kan daar nie gevolgtrekkings gemaak word oor potensiële verskille in die belewing van AT/HV tussen verskillende geslagte, kontekste, kulturele agtergronde en fases van adolessensie nie. Babbie en Mouton (2002:277) meld egter dat die doel van interpretivistiese navorsing nie is om die bevindinge van die navorsing na die breër populasie te veralgemeen nie, maar om die verskynsel binne konteks en vanuit die deelnemers se perspektief te verstaan.

Aangesien kwalitatiewe navorsing uitgaan van die standpunt dat sosiale werklikhede individueel gekonstrueer word, is my beskrywings en interpretasies van die data moontlik deur my eie my agtergrond, waardes en vooroordele beïnvloed. Die verskil tussen my en die deelnemers se ervaringswêreld het beslis 'n invloed gehad op die mate waartoe ek instaat was om hulle konteks en belewing van hulle eie AT/HV te verstaan.

'n Verdere leemte in dié studie was dat die deelnemers nie instaat was om in-diepte oor hulle belewing van hulle eie AT/HV te reflekteer nie. Volgens Louw et al. (1998:418-420) ontwikkel nie alle persone formeel-operasionele denke, wat deur reflektiewe abstraksie gekenmerk word,

nie. Dit blyk dat aanleg en vaardighede, sosiale interaksie asook kultuur moontlike redes is waarom alle persone nie hierdie vlak van denke bereik nie.

5.4 VOORSTELLE VIR VERDERE NAVORSING

Aangesien daar beperkte kwalitatiewe navorsing oor die adolessensie ontwikkelingsfase en AT/HV is word verdere beskrywende en verkennende navorsing voorgestel wat vanuit 'n interpretivistiese en/of konstruktivistiese navorsingsparadigma benader word ten einde die adolessente se belewing van hulle eie AT/HV te verstaan en ondersteuningstrategieë te identifiseer.

Die volgende navorsingsmoontlikhede kan ook aanbeveel word:

- Hoe beleef die verskillende geslagte hulle eie AT/HV?
- Hoe beleef individue vanuit verskillende kulturele agtergronde hulle eie AT/HV?
- Hoe beleef individue hulle eie AT/HV medikasie?
- Hoe beleef individue hulle eie AT/HV in 'n hoofstroomskool?
- Hoe beleef individue hulle eie AT/HV oor tyd?
- Hoe sien individue wat met AT/HV gediagnoseer is hulself?
- Tot watter mate word die ondersteuningsbehoeftes van individue wat met AT/HV gediagnoseer is, deur die ondersteuningspan aangespreek?
- Wat is die rol van die verskillende lede van die ondersteuningspan in die ondersteuning van individue met AT/HV?

5.5 SAMEVATTING

Die doel van hierdie studie was om deur middel van verkennende en beskrywende navorsing, adolessente se belewing van hulle eie AT/HV in 'n spesiale skool te verstaan ten einde ondersteuningstrategieë te identifiseer. Uit die bevindinge blyk dit dat die deelnemers se ervarings uniek is. Dit wil voorkom asof dié individue se belewing van hulle eie versteuring deur hulle hindernisse tot leer, ontwikkeling oor tyd, AT/HV medikasie en die sosiale konteks beïnvloed word. Alhoewel die adolessente van mening is dat hulle hul eie AT/HV kan reguleer is verskeie ondersteuningstrategieë deur hulle narratiewe identifiseer. In hoofstuk 5 is aanbevelings vir die praktyk en toekomstige navorsing op grond van die bevindinge aangedui.

5.6 SAMEVATTENDE REFLEKSIE

My navorsingstudie rakende adolessente se belewing van hulle eie AT/HV in ’n spesiale skool het my bewus gemaak van die waarde van verkennende en beskrywende kwalitatiewe navorsing. Aangesien AT/HV vir dié adolessente ’n werklikheid is rus die onus op die opvoedkundiges, ouers en ander professionele persone om adolessente se ervaring van hulle eie AT/HV te verstaan ten einde van hulle spesifieke hindernisse tot leer, behoeftes, sterkpunte sowel as bronne bewus te raak en ondersteuningstrategieë te identifiseer. Deur laasgenoemde kan ons adolessente, wat met AT/HV gediagnoseer is, bemagtig om hul eie gedrag te reguleer en tot hulle volle potensiaal te ontwikkel.

VERWYSINGS

Aandagtekort en Hiperaktiwiteit Ondersteuningsgroep van Suider-Afrika (datum onbekend). Afgelaai op Januarie 2008 vanaf http://www.adhdsupport.co.za/what.htm.

Abadía-Barrero, C.E., & LaRusso, M. (2006). The Disclosure Model Versus a Developmental Illness Experience Model for Children and Adolescents Living with HIV/AIDS in São Paulo, Brazil. *Aids Patient Care and STDs,* 20(1), 36-43.

Adler, L.A., Barkley, R.A., Newcorn, J.H., Spencer, T.J. & Weiss, M.D. (2007). Managing ADHD in Children, Adolescents, and Adults with Comorbid Anxiety. *Junior Clinical Psychology.* 68 (3), 451-462.

American Psychiatric Association (APA). (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,* (3rd Edition). Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (APA). (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,* (4th Edition). Washington, DC: American Psychiatric Association

American Psychiatric Association (APA). (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,* (4th Edition, Text Revision). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Anderson, V., Northam, E., Hendy, J. & Wrennall, J. (2001). *Developmental Neuropsychology. A Clinical Approach*. Psychology Press Ltd, East Sussex, UK.

Anhalt, K., McNeil, C.B. & Bahl, A.B. (1998). The ADHD Classroom Kit: A Whole-Classroom Approach for Managing Disruptive Behavior. *Psychology in the Schools,* 35(1), 67-79.

Arnold, L.E. (1999). Treatment Alternative for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *Journal of Attention Disorders*, 3, 975-984.

Babbie, E. & Mouton, J. (2001). *The Practice of Social Research*. Kaapstad: Oxford University Press.

Barkley, R.A. (1998). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment* (2nd Edition). New York: The Guilford Press.

Barkley, R.A. (2003). Issues in the Diagnosis of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children. *Brain and development,* 25, 77-83.

Barkley, R. A. (2007). School Interventions for Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Where to From Here? *School Psychology Review*, 36(2), 279-286.

Barkley, R.A., Fischer, M., Smallish, L. & Fletcher, K. (2003). Does the Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder With Stimulants Contribute to Drug Use /Abuse? A 13-Year Prospective Study. *Pediatrics,* 111 (1), 97-109.

Barkley, R.A., Fischer, M., Smallish, L. & Fletcher, K. (2004). Young Adult Follow-up of Hyperactivity Children: Antisocial Activities and Drug Use. *Journal of Child Psychology and Psychiatry,* 45(2), 195-211.

Barkley, R.A.. Murphy, K.R. & Kwasnik, D. (1996). Motor Vehicle Driving Competencies and Risks in Teens and Young Adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Pediatrics,* 98(6), 1089-1095.

Barkley, R.A., Shelton, T.L., Crosswait, C., Moorehouse, M., Fletcher, K., Barrett, S., Jenkins, L. & Metevia, L. (2000). Multi-Method Psycho-Educational Intervention for Preschool Children with Disruptive Behavior: Prelimary Results at Post-Treatment. *Journal of Child Psychiatry,* 41(3), 319-332.

Barlow, D.H. & Durand, V.M. (2005). *Abnormal Psychology: An Integrative Approach.* Belmont, CA: Thomson Wadsworth.

Baughman, F.A., Jr. (1998). *The Totality of the ADD/ADHD Fraud.* Onttrek 29 Januarie 2009 van: http://www.adhdfraud.com.

Baxter, L., Hughes, C. & Tight, M. (2002). *How to Research* (2nd Edition). Milton Keynes: Open University Press.

Berger, A., Kofman, O., Livneh, U. & Henik, A. (2007). Multidisciplinary Perspectives on Attention and the Development of Self-Regulation. *Progress in Neurobiology*, 82, 256-286.

Biederman, J., Faraone, S.V., Mick, E., Spencer, T., Wilens, T., Kiely, K., Guite, J., Ablon, J.S., Reed, E., Warburton, R. (1995). High risk for attention deficit hyperactivity disorder

among children of parents with childhood onset of the disorder: A pilot study. *American Journal of Psychiatry,* 152:431-435.

Blum, R.W. & Bearinger, L.H. (1990). Knowledge and attitudes of Health Professionals Toward Adolescent Health Care. *Journal of Adolescent Health Care,* 11(4), 289-294.

Boekaerts, M. & Corno, L. (2005). Self-Regulation in the Classroom: A Perspective on Assessment and Intervention. *International Association for Applied Psychology,* 54(2), 199-231.

Borgschartz, H., Frankenberger, W. & Eder, R. (1999). Effects of Information on Perceptions of Stimulant Medication Efficiacy for Treatment of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Psychology in the Schools,* 36(6), 515-522.

Bouwer, C. (2005). Identification and Assessment of Barriers to Learning. In Landsberg, E., Krüger, D. & Nel, N. (Eds.). *Adressing Barriers to Learning: A South African Perspective.* Pretoria: Van Schaiks.

Bradley, J.D.D. & Golden, C.J. (2001). Biological Contributions to the Presentation and Understanding of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Review. *Clinical Psychology Review,* 21(6), 907-929.

Brattberg, G. (2006). PTSD and ADHD: Underlying Factors in Many Cases of Burnout. *Stress and Health,* 22, 305-313.

Breggin, P.R. (2002). *The Stimulant Fact Book.* Cambridge, MA: Perseus Books.

Bussing, R., Zima, B.T., Gary, F. A., Mason, D.M., Leon, C.E., Sinha, K., Garvan, C.W. (2003). Social Networks, Caregiver Strain, and Utilization of Mental Health Services Among Elementary School Students at High Risk for ADHD. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry,* 42(7), 842-850.

Bussing, R., Zima, B.T. & Perwien, A.R. (2000). Self-Esteem in Special Education Children with ADHD: Relationship to Disorder Characteristics and Medication Use. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry,* 39(10), 1260-1269.

Buston, K. (2002). Adolescents with Mental Health Problems: What Do They Say About Health Services? *Journal of Adolescence,* 25(2), 231-242.

Carey, W.B. (2002). 'Is ADHD a valid disorder?' In Jensen, P.S. & Cooper, J.R. (eds.). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: State of the Science. Best Practices.* Kingston, NJ: Civic Research Institute.

Carr, A. (2006). *The Handbook of Child and Adolescent Clinical Psychology: A Contextual Approach* (2nd Edition). London: Routledge.

Clancy, T.A., Rucklidge, J.J & Owen, D. (2006). Road-Crossing Safety in Virtual Reality: A Comparison of Adolescents With and Without ADHD. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 35(2), 203-215.*

Clayton, E.H., Hanstock, T.L., Garg, M.L. & Hazell, P.L. (2007). Long Chain Omega-3 Polyunsaturated Acids in the Treatment of Psychiatric Illness in Children and Adolescents. *Acta Neuropschologica,* 19, 92-103.

Cole, M. & Cole, S. (1996). *The Development of Children.* New York: Freeman.

Crijnen, A.A., Achenbach, T.M. & Verhulst, F.C. (1999). Problems Reported by Parents of Children in Multiple Cultures: The Child Behavior Checklist Syndrome Constructs. *American Journal of Psychiatry,* 156(4), 569-574.

DeGrandpre, R. (1999). *Ritalin Nation: Rapid-Free Culture and the Transformation of Human Consciousness.* New York and London: W.W. Norton and Company.

Dembo, M.H. & Eaton, M.J. (2000). Self-Regulation of Academic Learning in Middle-Level Schools. *The Elementary School Journal,* 100(5), 473-490.

Departement van Onderwys. (2001). Education White Paper 6: Special Needs Education. Building an Inclusive Education and Training System. Pretoria: Departement van Onderwys.

Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva: Wêreld Gesondheid Organisasie**.**

Donald, D.R. (1991). Training Needs in Educational Psychology for South African Social and Educational Conditions. *South African Journal of Psychology,* 21(1), 38-44.

Donald, D., Lazarus, S. & Lolwana, P. (2002). *Educational Psychology in Social Context. Challenges of Development, Social Issues, & Special Needs in Southern Africa*. Cape Town: Oxford.

Dumas, M.C. (1998). The Risk of Social Interaction Problems Among Adolescents with ADHD. *Education and Treatment of Children,* 21(4), 447-460.

Egger, J., Carter, C., Graham, P., Gumley, D. & Soothill, J. (1985). Controlled Trail of Oligoantigenic Treatment in the Hyperkinetic Syndrome. *Lanet,* 540-545.

Eloff, I. (2003a). Introduction to the Asset-Based Approach to Intervention. In Ebersöhn, L. & Eloff, I. Life Skills and Assets. Pretoria: Van Schaik.

Eloff, I. (2003b). Understanding the Asset-Based Approach. In Ebersöhn, L. & Eloff, I. Life Skills and Assets. Pretoria: Van Schaik.

Engelbrecht, P. (2004). Changing Roles for Educational Psychologists Within Inclusive Education in South Africa. *School Psychology International*, 25(1), 20 – 29.

Engelbrecht, P. (2006). The Implementation of Inclusive Education in South Africa After Ten Years of Democracy. *European Journal of Psychology of Education*, 21(3), 253-264.

Engelbrecht, P., & Green, L. (Eds.). (2001). *Promoting learner development. Preventing and working with barriers to learning*. Pretoria: Van Schaiks.

Engelbrecht, P., Green, L., Naicker, S. & Engelbrecht, L. (1999). *Inclusive Education in Action in South Africa*. Pretoria: Van Schaik Uitgewers.

Engelbrecht, P., Kriegler, S. & Booysen, M. (1996). *Perspectives on Learning Difficulties: International Concerns and South African Realities*. Pretoria: Van Schaik Uitgewers.

Farrell, P. (2006). Developing Inclusive Practices Among Educational Psychologists: Problems and Possibilities. *European Journal of Psychology of Education.* 21(3), 293-304.

Feingold, B. (1975). Hyperkinesis and Learning Difficulties Linked to Artificial Food Flavours and Colours. *American Journal of Nursing.* 75, 797-803.

Flory, K., Molina, B.S.G., Pelham, W.E., Gnagy, E. & Smith, B. (2006). Childhood ADHD Predicts Risky Sexual Behavior in Young Adulthood. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology,* 35(4), 571-577.

Forness, S.R. (2003). Parting Reflections on Education of Children with Emotional or Behavioral Disorders. *Behavioral Disorders.* 28(3), 198-201.

Foxcroft, C. & Roodt, G. (2005). *An Introduction to Psychological Assessment in the South African Context.* Cape Town: Oxford University Press.

Gadoth, N. (2008). On Fish Oil and Omega-3 Supplementation in Children: The Role of Such Supplementation on Attention and Cognitive Dysfunction. *Brain & Development,* 30, 309-312.

Grodzinsky, G.M. & Barkley, R.A. (1999). Predictive Power of Frontal Lobe Tests in the Diagnosis of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *The Clinical Neuropsychologist,* 13(1), 12-21.

Gureasko-Moore, S., DuPaul, G. J. & White, G. P. (2006). The Effects of Self-Management in General Education Classrooms on the Organizational Skills of Adolescents with ADHD. *Behavior Modification*, 30(2), 159-183.

Hazelwood, E., Bovingdon, T. & Tiemens, K. (2002). The Meaning of a Multimodal Approach for Children with ADHD: Experiences of Service Professionals. *Child: Care, Health & Development,* 28(4), 301-307.

Hardoff, D., Tamir, A. & Palti, H. (1999). Attitudes and Practices of Israeli Physicians Toward Adolescent Health Care. *Journal of Adolescent Health,* 25(1), 35-39.

Herbert, J.D., Crittenden, K. & Dalrymple, K.L. (2004). Knowledge of Social Anxiety Disorder Relative to Attention Deficit Hyperactivity Among Educational Professionals. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology,* 33(2), 366-372.

Holmberg, K. & Hjern, A. (2006). Health Complaints in Children With Attention-deficit/Hyperactivity Disorder. *Acta Paediatrica*, 95, 664-670.

Indredavik, M.S., Brubakk, A, Romundstad, P. & Vik, T. (2007). Prenatal Smoking exposure and Psychiatric Symptoms in Adolescence. *Acta Paediatrica,* 96, 377-382.

Johnston, C. & Mash, E.J. (2001). Families of Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Review and Recommendations for Future Research. *Clinical Child & Family Psychology Review,* 4(3), 183-207.

Jones, K.B., Welsh, R.K., Glassmire, D.M. & Tavegia, B.D. (2006). Psychological Functioning in Siblings of Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Child & Family Studies,* 15(6), 753-759.

Kadesjö, B. & Gillberg, C. (2001). The Comorbidity of ADHD in the General Population of Swedish School-age Children. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines,* 42(4), 487-492.

Kelly, K. (1999). From Encounter tot Text: Collecting Qualitative Data for Interpretive Research. In: Terblanche, M. & Durheim, K. (red). *Research in Practice. Applied Methods for the Social Sciences*. Kaapstad: University of Cape Town Press.

Kendall, J., Hatton, D., Beckett, A. & Leo, M. (2003). Children's Accounts of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Advances in Nursing Science,* 26(2), 114-130.

Kessler, R.C., Adler, L.A., Barkley, R., Biederman, J., Conners, C.K., Faraone, S.V., Greenhill, L.L., Jaeger, S., Secnik, K., Spencer, T., Üstün, T.B. & Zaslavsky, A.M. (2005). Patterns and Predictors of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Persistence into Adulthood: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry,* 57, 1442-1451.

King, J.A., Barkley, R.A. & Barrett, S. (1998). Attention-Deficit Hyperactivity Disorder and the Stress Response. *Society of Biological Psychiatry,* 44, 72-74.

Kleynhans, S.E. (2005). *Primary School Teachers' Knowledge and Misperceptions of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD).* Magister Tesis. Universiteit van Stellenbosch, Stellenbosch, Suid-Afrika.

Kodituwakku, P., Coriale, G., Fiorentino, D., Aragon, A.S., Kalberg, W.O., Buckley, D., Gossage, J.P., Ceccanti, M. & May, P.A. (2006). Neurobehavioral Characteristics of Children with Fetal Alcohol Spectrum Disorders in Communities from Italy: Preliminary Results. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research,* 30(9), 1551-1561.

Kretzmann, J.P. & McKnight, J.L. (1993). *Building Communities From the Inside Out: A Path Towards Finding and Mobilising a Community's Assets*. Chicago: Acta Publications.

Kriegler, S. (1989). The Learning Disabilities Paradigm: Is it Relevant in the South African Context. *International Journal of Special Education,* 4(2), 165-171.

Krueger, M. & Kendall, J. (2001). Descriptions of Self: An Exploratory Study of Adolescents with ADHD. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing,* 14(2), 61-72.

Lange, G., Sheerin, D., Carr, A., Dooley, B., Barton, V., Marshall, D., Mulligan, A., Lawlor, M., Belton, M. & Doyle, M. (2005). Family Factors Associated with Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Emotional Disorders in Children. *Journal of Family Therapy,* 27(1), 76-96.

Langemo, D.K, Melland, H., Hanson, D., Olson, B. & Hunter, S. (2000). The Lived Experience of Having a Pressure Ulcer: A Qualitative Analysis. *Advances in Skin & Wound Care*, 13(5), 225-235.

Lazarus, A.A. (1985). *Casebook of Multimodal Therapy.* New York and London: The Guilford Press.

Lee, K.T., Mattson, S.N. & Riley, E.P. (2004). Classifying Children with Heavy Prenatal Alcohol Exposures Using Measures of Attention. *Journal of the International Neuropsychological Society.,* 10(2), 271-277.

Louw, C. (2006). *General Practitioners' Familiarity, Attitudes and Practices with Regard to Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children and Adults.* Magister Tesis. Universiteit van Stellenbosch, Stellenbosch, Suid-Afrika.

Louw, D.A., van Ede, D.M. & Louw, A.E. (1998). *Menslike Ontwikkeling* (3^{de} Uitgawe). Pretoria: Kagiso Tersiêr.

Mahomedy, Z., van der Merwe, D., van der Linde, M.J. & Coetsee, J. (2007). Persistence of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder into Adulthood: A Study Conducted on Parents of Children Diagnosed With Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *South African Psychiatry Review*, 10, 93-98.

Mangeot, S.H., Miller, L.J., McIntosh, D.N., McGrath-Clarke, J., Simon, J., Hagerman, R.J. & Goldson, E. (2001). Sensory Modulation Dysfuntion in Children with Attention-Deficit-Hyperactivity Disorder. *Developmental Medicine & Child Neurology,* 43(6), 399-406.

Mash, E.J. & Wolfe, D.A. (2005). *Abnormal Child Psychology* (3^{rd} Edition). Belmont, CA: Thomson Wadsworth.

McDonald, L. (1997). Building on the Strengths and Assets of Families and Communities. *Famlies in Society,* 78(2), 115-116.

McMillan, J.H. & Schumacher, S. (2001). *Research in Education: A Conceptual Introduction* (5th Edition). New York: Addison Wesley Longman.

Meaux, J.B. (2000). Stop, Look and Listen: The Challenge for Children with ADHD. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing,* 23, 1-13.

Meaux, J.B., Hester, C., Smith, B. & Shoptaw, A. (2006). Stimulant Medications: A Trade-Off? The Lived Experience of Adolescents with ADHD. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing,* 11(4), 214-226.

Merriam, S.B. (1998). *Qualitative Research and Case Study Applications in Education*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Mertens, D. (2004). *Research and Evaluation in Educational Psychology: Integrating Diversity with Quantitative, Qualitative and Mixed Methods.* California: Sage Publications.

Mertens, D.M. & McLaughlin, J.A. (2004). Research and Evaluation Methods in Special Education. Thousand Oaks, California: Corwin Press.

Meyer, A., Eilertsen, D., Sundet, J.M., Tshifularo, J. & Sagvolden, T. (2004). Cross Cultural Similarities in ADHD-Like Behaviour Amongst South African Primary School Children. *Psychological Society of South Africa,* 34(1), 122-138.

Moline, S. & Frankenberger, W. (2001). Use of Stimulant Medication for Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Survey of Middle and High School Students' Attitudes. *Psychology in the Schools,* 38(6), 569-584.

Mulderij, K. (1996). Research Into the Life World of Physically Disabled Children. *Child: Care, Health and Development,* 22(5), 311-322.

Muthuckrisna, N. (2006). Inclusion and Exclusion in School: Experiences of Children Labelled 'ADHD' in South Africa. In Lloyd, G, Stead, J. & Cohen, D. (Eds.). *Critical New Perspectives on ADHD.* New York: Routledge.

Needleman, H.L., Schell, A., Bellinger, D.C., Levinton, L., Alfred, E.D. (1990). The Long-Term Effects of Exposure to Low doses of Lead in Childhood: An 11-year Follow Up Report. *New England Journal of Medicine.* 322, 83-88.

Nel, P.S., van Dyk, P.S., Haasbroek, G.D., Schultz, H.B., Sono, T. & Werner, A. (2004). *Human Resources Management*. Oxford Southern Africa: Oxford University Press.

Nicholls, D. & Syvertson, M.A. (datum onbekend). Sensory Integration, Attention and Learning. Onttrek 12 Maart 2009 van: http://www.newhorizons.org/spneeds/edhd/nicholls.htm.

Nielsen, L. (1996). *Adolescence: A Contemporary View*. London: Harcourt, Brace.

Oswald, D. (2003). Response to Forness: Parting Reflections on Education of Children with Emotional or Behavioral Disorders. *Bahavioral Disorders,* 28(3), 202-204.

Patton, M.Q (1987). How to Use Qualitative Methods in Evaluation. Newbury Park, California: Sage Publications.

Pelco, L.E. & Reed-Victor, E. (2007). Self-Regulation and Learning-Related Social Skills: Intervention Ideas for Elementary School Students. *Preventing School Failure,* 51(3), 36-42.

Pharma Dynamics. (2008). *Monthly Index of Medical Specialities* (MIMS), 48(2), Tokai, Suid-Afrika: Pharma Dynamics.

Plug, C., Louw, D.A.P., Gouws, L.A. & Meyer, W.F. (1997). *Verklarende en Vertalende Sielkundewoordeboek.* Johannesburg: Heinemann.

Potter, J. (1996). *Representing Reality: Discourse, Rhetoric and Socail Construction*. London: Sage Publishers.

Reber, A.S. & Reber, E.S. (2001). *The Pengion Dictionary of Psychology (3rd Edition).* London: Penguin Books.

Reid, R., Trout, A.L. & Schartz, M. (2005). Self-Regulation Interventions for Children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Exceptional Children,* 71(4), 361-377.

Reynolds, S. & Lane, J. (2008). Diagnostic Validity of Sensory Over-Responsiveness: A Review of the Literature and Case Reports. *Journal of Autism and Developmental Disorders,* 38, 516-529.

Rief, S.F. (1998). *The ADD/ADHD Checklist*: *A Practical Reference for Parents and Teachers* (2nd Edition). San Francisco: Jossey-Bass.

Roen, K., Scourfield, J. & McDermott, E. (2008). Making Sense of Suicide: A Discourse Analysis of Young People's Talk About Suicidal Subjecthood. *Social Sciences & Medicine,* 67(2), 2089-2097.

Rohde, P., Kahler, C.W., Lewinsohn, P.M. Brown, R.A. (2004). Psychiatric Disorders, Familial Factors, and Cigarette Smoking: II. Associations with Progression to Daily Smoking. *Nicotine & Tobacco Research,* 6(1), 119-132.

Sands, D.J., Kozleski, E.B. & French, N.K. (2000). *Inclusive Education for the 21st Century*. Belmont, CA: Thomson Wadsworth.

Santostefano, S. (1978). *A Bio-Developmental Approach to Clinical Child Psychology: Cognitive Controls and Cognitive Control Therapy.* New York: John Wiley & Sons.

Santostefano, S. (1995). *Integrative Psychotherapy for Children and Adolescents With ADHD*. Northvale, New Jersey, Jason Aronson.

Schnoes, C., Reid, R., Wagner, M. & Marder, C. (2006). ADHD Among Students Receiving Special Education Services: A National Survey. *Council for Exceptional Children,* 72(4), 483-496.

Sheridan, S.M. & Gutkin, T.B. (2000). The Ecology of School Psychology: Examining and Changing our Paradigm for the 21st Century. *School Psychology Review.* 29(4), 485-496.

Simonsen, B. & Bullis, M. (2007). The Effectiveness of Using a Multiple Gating Approach to Discriminate Among ADHD Subtypes. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders,* 15(4), 223-236.

Smith, K.G. & Corkum, P. (2007). Systematic Review of Measures Used to Diagnose Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Research on Preschool Children. *Topics in Early Childhood Special Education,* 27(3), 164-173.

Smith, M., Cutter, D. & Segal, J. (2008). Medication for ADD & ADHD: What you need to know. Onttrek 12 Maart 2009 van: http://www.helpguide.org/mental/adhd_medications.htm

Stake, R.E. (2005). Qualitative Case Studies. In Denzin, N.K. & Lincoln, Y.S. (Eds.). *The Sage Handbook of Qualitative Research* (3rd Edition). Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publicatinos.

Stake, R.E. (2006). *Multiple Case Study Analysis.* New York: The Guilford Press.

Stein, D., Pat-Horenczyk, R., Blank, S., Dagan, Y., Barak, Y & Gumpel, T.P. (2002). Sleep Disturbances in Adolescents with Symptoms of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Learning Disabilities,* 35(3), 268-273.

Sterling, L. & Davidoff, S. (2000). *The Courage to Lead: A Whole School Development Approach*. Cape Town: Juta.

Stolzer, J.M. (2007). The ADHD Epidemic in America. *Ethical Human Psychology and Psychiatry,* 9(2), 109-116.

Swanson, J.M., Sunohara, G.A., Kennedy, J.L., Regino, R., Fineberg, E., Wigal, T., Lerner, M, William, L., LaHoste, G.J. & Wigal, S. (1998). Association of the Dopamine Receptor D4 (DRD4) Gene with a Refined Phenotype of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): A family-based approach. *Molecular Psychiatry*, 3(1), 38-41.

Swart, E. & Pettipher, R. (2005). A framework for understanding inclusion. In Landsberg, E., Krüger, D. & Nel, N. (Eds.). *Addressing barriers to learning. A South African perspective.* Pretoria: Van Schaiks.

Swierzewski, S.J. (2001). Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): ADHD Medications – Stimulants. Onttrek 12 Maart 2009 van: http://www.mentalhealthchannel.net/adhd/medication.shtml.

Tait, G. (2005). The ADHD Debate and the Philosophy of Truth. *International Journal of Inclusive Education,* 9(1), 17-38.

Terre Blanche, M. & Durrheim, K. (1999). *Research in Practice: Applied Methods for the Social Sciences*. Kaapstad: University of Cape Town Press.

Terre Blanche, M., Durrheim, K. & Painter, D. (2006). *Research in Practice: Applied Methods for the Social Sciences.* Kaapstad: University of Cape Town Press.

The effect of a food supplement on the behaviour of children with attention deficit disorders (ADD/ADHD). (2006) Onttrek 12 Maart 2009 van: http://www.bio-strath.ch/index.php?id=226

Toner, M. (2006). Living in Chaos and Striving for Control: How Adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder Deal with their Disorder. *International Journal of Disability, Development and Education,* 53(2), 247-261.

Universiteit van Stellenbosch. (2008). *Raamwerkbeleid vir die Versekering en Bevordering van Eties-Verantwoordbare Navorsing aan die Universiteit Stellenbosch*. Onttrek 13 Februarie 2008 van: http://www.sun.ac.za/if/Exco/20081027AFR%20SU%20Research%20Ethics%20Policy_Sept_final.pdf.

Van der Walt, A. (2001). 'n Mediese Perspektief op Aandagafleibaarheid/Hiperaktiwiteit Sindroom (AA/HS). In Bester, H. (2000). *Help, My Kind Veroorsaak Chaos. Hiperaktief? Kreatief? 'n Praktiese Gids vir die Uitkenning en Hantering van AA/HS (ADHD) vir Ouers, Onderwysers en Terapeute*. (red). Kaapstad: Human & Rousseau.

Walker, S. III. (1998). *The Hyperactivity Hoax: How to Stop Drugging Your Child and Find Real Medical Help.* New York: St. Martin's Books.

Wêreld Gesondheid Organisasie. (1993). *International Classification of Diseases 10th Revision (ICD-10)*. Geneva, World Health Organization.

Wernicke, J.F. & Kratochvil, C.J. (2002). Safety Profile of Atomoxetine in the Treatment of Children and Adolescents with ADHD. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63(12), 50-55.

Woodgate, R.L. (2005). A Different Way of Being: Adolescents' Experiences With Cancer. *Cancer Nursing,* 28(1), 8-15.

Woodgate, R.L. (2006). Living in the Shadow of Fear: Adolescents' Lived Experience of Depression. *Journal of Advanced Nursing*, 56(3). 261-269.

Wymbs, B.T., Pelham, W.E., Molina, B.S.G. & Gnagy, E. M. (2008). Mother and Adolescent Reports of Interpersonal Discord Among Parents of Adolescents With and Without

Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Emotional & Behavioral Disorders,* 16(1), 29-41.

Zentall, S.S. (2006). *ADHD and Education: Foundations, Characteristics, Methods, and Collaboration.* New Jersey: Pearson Education Inc.

BYLAE A

DSM-IV-TR DIAGNOSTIESE KRITERIA VIR AT/HV

A: I of II

I. Ses (of meer) van die volgende simptome van **aandagtekort** moet ten minste vir 6 maande al voorkom en ontoepaslik vir die ontwikkelingsfase wees:

Aandagtekort

- (a) Gee nie noukeurige aandag aan detail nie of maak agterlosige foute wat skoolwerk en ander aktiwiteite betref
- (b) Ervaar probleme om volgehoue aandag aan take en speelaktiwiteite te gee
- (c) Kom voor asof hy/sy nie luister as direk met hom/haar gepraat word nie
- (d) Voer nie instruksies uit nie, voltooi nie skoolwerk, take of pligte in die skool nie (nie as gevolg van vrywilligheid of gebrek aan begrip van die instruksies nie)
- (e) Ervaar probleme om take of aktiwiteite te organiseer
- (f) Vermy, hou nie van, of is ongewillig om betrokke te raak by take wat volgehoue verstandelike inspanning vereis (soos skoolwerk of tuiswerk)
- (g) Verloor items/dinge wat noodsaaklik is vir die uitvoer van take of aktiwiteite (bv. speelgoed, skoolopdragte, potlode, boeke of gereedskap)
- (h) Maklik afleibaar deur prikkels uit die omgewing
- (i) Vergeetagtig in daaglikse aktiwiteite

II. Ses (of meer) van die volgende **hiperaktief-impulsiewe** simptome moet ten minste vir 6 maande al voorkom en ontoepaslik vir die ontwikkelingsfase wees:

Hyperaktiwiteit

- (a) Vroetel met hande of voete, of kriewel in sitplek
- (b) Verlaat sitplek in die klaskamer of in ander situasies waar verwag word dat leerling sal bly sit
- (c) Hardloop rond of klouter oormatig rond in situasies waar dit ontoepaslik is (bv. by adolessente of volwassenes kan dit beperk wees tot subjektiewe gevoelens of rusteloosheid)
- (d) Ervaar probleme om stil en rustig deel te neem aan speletjies en ander ontspanningsaktiwiteite

(e) Is altyd “aan die gang” of tree op as of “voortedryf” word

(f) Praat buitengewoon baie

Impulsiwiteit

(a) Blaker antwoorde uit voordat vrae behoorlik gestel is

(b) Ervaar probleme of beurt af te wag

(c) Onderbreek, of maak inbreuk op ander (bv. val gesprekke in die rede, ontwrig ander se spel)

B Van die hiperaktief-impulsiewe of aandagtekort simptome was alreeds voor ‘n sewejarige ouderdom teenwoordig.

C: Van die gedragsimptome is in twee of meer kontekste (bv. by die skool en by die huis) teenwoordig

D: Daar is bewyse dat die simptome ’n beduidende nadelige effek in die persoon se sosiale, akademiese en beroepsfunksionering tot gevolg het.

E: Die simptome kom nie uitsluitlik voor gedurende die verloop van ’n Omvattende ontwikkelingsversteuring, Skisofrenie of ander Psigotiese Versteurings nie en word nie beter deur ander psigiese versteurings (bv. Gemoedsversteurings, Angsversteurings, Dissosiatiewe Versteurings of ’n Persoonlikheidsversteuring) verklaar nie.

Kode gebaseer op tipe:

314.01 Aandagtekort-/hiperaktiwiteit-versteuring, Gekombineerde Tipe

As daar aan beide Kriteria A1 en A2 vir die afgelope 6 maande voldoen is

314.00 Aandagtekort-/hiperaktiwiteit-versteuring, Oorwegend Onoplettende Tipe

As daar aan Kriteria A1, maar nie aan Kriteria A2 voldoen is vir die afgelope 6 maande.

314.01 Aandagtekort-/hiperaktiwiteit-versteuring, Oorwegend Hiperaktief-Impulsiewe Tipe

As daar aan Kriteria A2, maar nie aan Kriteria A1 voldoen is vir die afgelope 6 maande

Kodering nota: Indien individue (veral adolessente en volwassenes) simptome toon wat nie meer aan die kriteria voldoen nie, kan die volgende spesifiseerder aangeteken word: “In Gedeeltelike Remissie”.

BYLAE B

ONDERHOUDSGIDS – INDIVIDUELE ONDERHOUDE

---

1. Vertel my van jouself?
- Wat is jou naam?
- Hoe oud is jy?
- In watter graad is jy?
- Wanneer het jy na hierdie skool gekom? Hoekom?
- Waar bly jy?
- Wat is jou belangstellings?
- Van watter sport hou jy?
- Aan watter sport neem jy deel?
- Wie bly almal saam met jou?

2. Wat noem jy hierdie ding waaroor ons vandag gesels?

3. Hoe weet jy dat dit deel van jou lewe is?
- Wanneer het jy vir die eerste keer gehoor daarvan?
- Wie het vir jou gesê daarvan?
- Hoe het jy toe gevoel en wat het jy gedink daaroor?

4. As jy vir ’n vriend/vriendin/”pal” moet vertel oor AT/HV wat sal jy vir hom/haar sê?

5. Waar kom dit vandaan?

6. Hoe beïnvloed AT/HV jou lewe?
- Hoe beïnvloed AT/HV jou skoolwerk?
- Hoe beïnvloed AT/HV jou vriendskappe?
- Hoe dink jy voel jou klasmaats oor kinders met ATHV?
- Hoe beïnvloed AT/HV jou verhoudings met jou gesin?
- Hoe beïnvloed AT/HV die manier wat jy praat en taal verstaan?
- Hoe laat AT/HV jou oor jouself voel?

- Hoe beïnvloed AT/HV jou gesondheid?
    - Maak dit dat jy pille drink?
    - Wat is jou opinie oor die neem van medisyne/pille vir AT/HV?
    - Hoe voel jou ouers oor die neem van medisyne/pille vir ATHV?
    - Watter effek het die pille op jou?
    - As jy kan besluit, sal jy ophou om die medisyne/pille te drink? Hoekom sê jy so?

7. As jy jou klasonderwyser was, wat sal jy vir ander mense oor (die naam van leerder) vertel het?

8. As ek jou kan volg deur ’n skooldag wat sal ek jou sien doen?

9. Wat sal ek jou sien doen by die huis of koshuis?
- Wat sal ek jou sien doen as jy huiswerk doen?
- Wat sal ek jou sien eet?
- Wat sal ek jou sien doen gedurende ander tye?

10. Hoe laat AT/HV jou voel?

11. Wat sal jy die ander leerders in jou klaskamer hoor sê oor AT/HV?

12. Wat sal jy jou ouers hoor sê oor AT/HV?

13. Wat doen jy en hoe voel jy as iemand jou wil vashou of ’n drukkie wil gee?

14. Is daar sekere klere (kledingstukke) wat vir jou sleg is om te dra?
- Hoe voel dit vir jou om ’n polo-nek te dra?
- Is dit vir jou sleg om klere oor jou kop te trek?
- Hou jy meer daarvan om lang moue en lang broeke te dra as kort moue en kort broeke?
- Pla jou klere se etiket/vlaggie jou?

15. Wat doen jy as jy in die klaskamer is en die ander kinders raas baie?

16. Is daar sekere kosse (bv. jellie, krakerige kos of sagte kos) wat jy glad nie eet nie?

17. Maak jy partykeer jou letters agstervoor of op hul sye?

18. Het jy probleme met jou oë?
- Dra jy kontaklense of 'n bril?
- Sukkel jy om ver te sien of naby te sien?
- Hoe voel jy as lig deur bome op jou flikker?

19. Wat sal jy graag vir ander mense oor AT/HV wil leer?

20. Wie of wat help jou die meeste met die hantering van AT/HV?
- Hoe help dit of hulle jou?

21. Watter ondersteuning het jy ook nodig om jou te help met AT/HV?

22. Wat kan jy self doen om AT/HV te hanteer?

23. Het ek enige iets uitgelaat? Is daar enige iets anders wat ek oor AT/HV moes gevra het?

24. Baie dankie dat jy my gehelp het om beter te vertstaan hoe dit vir jou voel om met AT/HV te lewe. Dit word baie waardeer. Kan ek weer met jou kom gesels as ek nog iets oor AT/HV wil weet?

BYLAE C

TRANSKRIPSIE– UITTREKSEL UIT ‘N INDIVIDUELE ONDERHOUD

AE: Hoe het dit toe vir jou gevoel toe hulle vir jou sê aandagafleibaarheid is deel van jou lewe?

L3: Ek het nie geweet wat dit is nie.

AE: Wat het jy gedink daaroor?

L3: Dit is nogals snaaks, want ek het nie geweet wat dit is nie en my ma en die kinders by die skool het daai woorde gebruik want hul is al langer in die skool as ek en hul weet wat dit is. Dit was nogals snaaks vir my.

AE: Snaaks. Wat bedoel jy daarmee?

L3: Dis net soos as iemand daaroor praat...ek weet nie eintlik waaroor hul praat nie. Ek kan iets oor myself sê, maar ek weet nie eintlik waaroor dit gaan nie.

AE: So jy het nie eintlik verstaan wat hul daarmee bedoel nie. Hoe het dit vir jou gevoel as hul vir jou sê jy het die aandagafleibaarheid maar jy weet nie regtig wat dit beteken nie?

L3: Ek het nie kwaad geraak nie. Ek wou net weet wat dit is. Ek het vir almal gevra wat dit is en hulle het vir my gesê ek moet gaan uitvind. Dan vra ek vir die onderwysers wat dit is dan sê hulle ek moet vir die skoolhoof gaan vra.

AE: En?

L3: Toe vra ek nie vir die skoolhoof nie. Toe gaan vra ek vir my ma en sy het dit vir my verduidelik.

BYLAE D

ONDERHOUDSGIDS – FOKUSGROEPONDERHOUD

A: Hoe beleef adolessente hulle eie AT/HV?

- Die invloed van hindernisse tot leer op dié adolessente se belewing van hulle eie AT/HV.
    - Primêre simptome
    - Geassosieerde probleme
    - Komorbiede versteurings
- Die invloed van die proses van diagnose op dié adolessente se belewing van hulle eie AT/HV.
    - Onkunde
- Die invloed van die ontwikkeling op dié adolessente se belewing van hulle eie AT/HV.
    - Hantering
    - Normaal
- Die invloed van AT/HV medikasie op dié adolessente se belewing van hulle eie AT/HV.
    - Newe effekte
    - Voordele
    - Houdings
- Die invloed van verskillende kontekste op dié adolessente se belewing van hulle eie AT/HV
    - Hoofstoomskool
    - Spesiale skool
    - Ander kontekstuele faktore

B. Watter ondersteuningstrategieë kan aan adolessente met AT/HV gebied word?

- Ondersteuning
    - Probeer verstaan
    - Self-regulering

- Inligting en kennis
- Fokus op sterkpunte of talente
- Ander bronne van ondersteuning.

BYLAE E

TRANSKRIPSIE – UITTREKSEL UIT FOKUSGROEPONDERHOUD

AE: Die meerderheid het gesê toe julle aanvanklik gehoor het dat dit deel van julle lewens is het julle nie geweet wat dit beteken nie, wat dit is nie.

Almal: Nee [antwoord gelyk]

A: Dit het nogal vir julle bang, gefrusstreerd, kwaad en al daai emosies laat voel, nê? Almal praat van hierdie ding en jy het geen idee waaroor dit gaan nie.

L3: Ja

AE: Carl, jy knik jou kop.

L6: Ek sê ja. Dit het aan die begin...toe ek nou baie kleiner was...die woord het vir my nou baie snaaks geklink. Dit was ’n groot woord vir my, maar die onderwysers het vir my verduidelik en dit het vir my gehelp

L2: Toe my ma dit vir my vertel het, het ek nie regtig geweet wat dit is nie. Toe weet ek nie wat dit beteken nie. ’n Paar jaar terug toe kom ek eers agter wat dit is.

AE: Hoe het jy gevoel toe jy aanvanklik nie geweet het wat dit is nie?

L2: Dit het vir my verkeerd gevoel, want ek weet nie wat dit is nie. Ek weet nie presies wat dit is nie.

AE: En vir jou Jaco?

L4: Ek het nie geweet ek het dit nie. Ek het dit eers na die tyd agtergekom.

BYLAE F

VERWYSINGSVORM

Beste Opvoeder

Ek wil graag 'n navorsingstudie in u klas loots ten einde beter te verstaan hoe adolessente hulle eie Aandagtekort-Hiperaktiwiteit Versteuring beleef (AT/HV). Ek wil vir u vra om my asseblief hiermee te help deur potensiële deelnemers te identifiseer en die volgende vrae rakende elke individu te beantwoord. Die inligting sal vertroulik bly.

Naam van leerder : ______________________
Geboortedatum : ______________________
Geslag : Manlik / Vroulik
Graad : ______________________
Medium van onderrig : Afrikaans / Engels
Huistaal : Afrikaans / Engels
Diagnose : ______________________

Geassosieerde probleme:

☐ **Skolasties:** Algemeen / Studie / Vermoëns / Skielike verswakking / Herhaal / Ongemotiveerd / Ongeletterd / Geheue
☐ **Wisk.:** Getalsbegrip / Vaslegging / Basiese begrippe / Angs
☐ **Lees:** Leesbegrip / Disleksie / Onbevredigend (beide tale/slegs A/E) / Onvlot / Hou nie van lees nie / lees stadig
☐ **Spelling:** Beide tale / Slegs A/E / Foneties / Omkerings / Nie klanke bemeester nie
☐ **Konsentrasie/Aandagafl.:** Algemeen / Skool: Voltooi nie take nie/ Steurnis in klaskamer / Hiperaktief
☐ **Emosie:** Gedrag/Depres / Sensitief / Rebels / Woede / Aggres / Spanning / Angs / Aanpas / Onseker / Enurese (dag/snags)/ Selfbeeld gebrekkige / Oormatige selfvertroue / Huil maklik
☐ **Taal en Spraak:** Sinskonstruksie / Taalverwarring / Hakkel / Mutisme / Woordeskat

Vorige Intervensie

☐ "Time out"	☐ Kontak met ouers	☐ Gesprek met leerder
☐ Kletskamer	☐ Sielkundige	☐ Maatskaplike Werker

☐ Ander (spesifiseer) ______________________

Uitkoms van intervensie ______________________

____

Ontvang die leerder enige medikasie (bv. Ritalin, anti-epileptiese medikasie, ens.)? Ja / Nee
Indien wel, verstrek besonderhede? ______________________

____

By voorbaat dankie - Anel Engelbrecht

BYLAE G

UITTREKSEL UIT MY DAGBOEK

---

10 Junie 2008

Gedurende my onderhoud met Frits vandag het hy genoem dat hy sy AT/HV medikasie in sy koshuiskas wegsteek aangesien hy dit nie wil drink nie. Ek was nie seker wat my etiese verantwoordelik rakende die ontsluiting van die inligting is nie. Aangesien dit vir hom kan benadeel het ek hom aan die beperkings van konfidensialiteit herinner. Nadat Frits my van sy ervaring van AT/HV medikasie vertel het, het ek sy toestemming verkry om dit deur te gee aan die skoolsielkundige vir verdere ondersoek. Dit het geblyk dat Frits 'n behoefte daaraan het om oor sy ervaring van AT/HV medikasie te gesels. Hierdie situasie het vir my die waarde van navorsing rakende adolessente se belewing van hul eie AT/HV beklemtoon.

BYLAE H

TOESTEMMINGSVORM – SKOOLHOOF

Geagte Skoolhoof

Insake: Toestemming vir navorsing in u skool

Hiermee wil ek u toestemming vra om 'n navorsingstudie vanaf 14 April 2008 tot 27 Junie 2008 in u skool te loots. Die algemene doel van die navorsing is om adolessente (N=5; 3 manlik en 2 vroulik) in graad 7 en 8 se belewing en persepsie van aandagtekort-hiperaktiwiteit-versteuring te ondersoek ten einde riglyne vir programontwikkeling daar te stel wat hulle spesifieke ondersteuningsbehoeftes effektief kan aanspreek.

Die volgende word van elke deelnemer versoek:

- Deelname aan 'n individuele onderhoud van ongeveer 45 - 60 minute op 'n plek en tyd wat onderhandelbaar is. 'n Bandopnemer sal gebruik word.
- Deelname aan 'n groepsbesprekings van ongeveer 45 - 60 minute op 'n plek en tyd wat onderhandelbaar is. 'n Bandopnemer sal gebruik word.
- Waarneming van die deelnemer se gedrag in klasverband (ongeveer 6 periodes).
- Raadpleeg van die deelnemers se persoonlike dokumente.

Ek wil graag hê dat u van die volgende moet bewus wees:

- Ingeligte geskrewe toestemming word van die WKOD, deelnemers asook ouer of voogde verlang.
- Geen vergoeding is betrokke by die deelname aan die navorsing nie.
- Enige inligting wat deur die navorsing ingesamel word sal vertroulik bly en slegs met die deelnemer se toestemming bekend gemaak word of soos deur die wet vereis. Die deelnemer kan na afloop van die onderhoude na die bandopnames luister. Hierdie bandopnames sal getranskribeer word en skoongevee word nadat die navorsing gepubliseer word. Ek gaan ook skuilname vir die deelnemers gebruik om seker te maak dat dit wat hy/sy vir my sê, tussen ons bly.
- Die deelnemer het die reg om hom-/haarself van die studie te onttrek sonder enige nadelige gevolge.
- Die deelnemer kan weier om van my vrae te antwoord.
- Ek kan 'n deelnemer van die studie onttrek indien omstandighede dit noodsaaklik maak.
- Die bevindinge sal na afloop van die studie deur 'n informele gesprek aan die deelnemers deurgegee word.

As u bereid is om toestemming vir die studie te verleen, vul asseblief die aangehegte vorm in.

Baie dankie

____

Anél Engelbrecht

Opvoedkundige Sielkunde Intern

....

Hiermee gee ek, ________________________, toestemming dat Anel Engelbrecht 'n navorsingstudie rakende graad 7 en 8 se belewenis en persepsies van aandagtekort-hiperaktiwiteit-versteuring vanaf 14 April 2008 tot 27 Junie 2008 in die skool kan loots. Ek weet dat die deelname vrywillig is. Inligting rakende vertroulikheid en die regte van die deelnemers is ook aan my deurgegee.

Handtekening:______________________________

Datum:______________________________

BYLAE I

TOESTEMMINGSVORM – WES-KAAP ONDERWYSDEPARTEMENT

Navrae
Enquiries
IMibuzo — **Dr RS Cornelissen**

Telefoon
Telephone
IFoni — **(021) 467-2286**

Faks
Fax
IFeksi — **(021) 425-7445**

Verwysing
Reference
ISalathiso — **20080519-0063**

Wes-Kaap Onderwysdepartement

Western Cape Education Department

ISebe leMfundo leNtshona Koloni

Mej Anel Engelbrecht
Sultanweg 9
Die Boord
STELLENBOSCH
7600

Geagte Mej A. Engelbrecht

NAVORSINGSVOORSTEL: ADOLESSENTE SE BELEWENIS EN PERSEPSIE VAN AANDAGTEKORT-HIPERAKTIWITEIT-VERSTEURING.

U aansoek om bogenoemde navorsing in skole in die Wes-Kaap te onderneem, is toegestaan onderhewig aan die volgende voorwaardes:

1. Prinsipale, opvoeders en leerders is onder geen verpligting om u in u ondersoek by te staan nie.
2. Prinsipale, opvoeders, leerders en skole mag nie op enige manier herkenbaar wees uit die uitslag van die ondersoek nie.
3. U moet al die reëlings met betrekking tot u ondersoek self tref.
4. Opvoeders se programme mag nie onderbreek word nie.
5. Die ondersoek moet onderneem word vanaf **14 Junie 2008 tot 27 Junie 2008**.
6. Geen navorsing mag gedurende die vierde kwartaal onderneem word nie omdat skole leerders op die eksamen (Oktober tot Desember) voorberei.
7. Indien u die tydperk van u ondersoek wil verleng, moet u asb met dr R Cornelissen in verbinding tree by die nommer soos hierbo aangedui, en die verwysingsnommer aanhaal.
8. 'n Fotostaat van hierdie brief sal oorhandig word aan die prinsipaal van die inrigting waar die beoogde navorsing sal plaasvind.
9. U navorsing sal beperk wees tot die volgende skool
10. 'n Kort opsomming van die inhoud, bevindinge en aanbevelings van u navorsing moet voorsien word aan die Direkteur: Onderwysnavorsing.
11. 'n Afskrif van die voltooide navorsingsdokument moet ingedien word by:
    Die Direkteur: Onderwysnavorsing
    Wes-Kaap Onderwysdepartement
    Privaatsak X9114
    KAAPSTAD
    8000

Ons wens u sukses toe met u navorsing.

Die uwe

Geteken: Ronald S Cornelissen
vir: **HOOF: ONDERWYS**
DATUM: 23 Mei 2008

MELD ASSEBLIEF VERWYSINGSNOMMERS IN ALLE KORRESPONDENSIE / PLEASE QUOTE REFERENCE NUMBERS IN ALL CORRESPONDENCE / NCEDA UBHALE IINOMBOLO ZESALATHISO KUYO YONKE IMBALELWANO

GRAND CENTRAL TOWERS, LAER-PARLEMENTSTRAAT, PRIVAATSAK X9114, KAAPSTAD 8000
GRAND CENTRAL TOWERS, LOWER PARLIAMENT STREET, PRIVATE BAG X9114, CAPE TOWN 8000

WEB: http://wced.wcape.gov.za

INBELSENTRUM /CALL CENTRE
INDIENSNEMING- EN SALARISNAVRAE/EMPLOYMENT AND SALARY QUERIES ☎0861 92 33 22
VEILIGE SKOLE/SAFE SCHOOLS ☎ 0800 45 46 47

BYLAE J
TOESTEMMINGSVORM – OUERS

Beste Ouer

U kind, ________________________, word gevra om deel te neem aan ‘n navorsingstudie. Ek probeer om beter te verstaan hoe hy/sy Aandagtekort/Hiperaktiwiteit-Versteuring ervaar ten einde bewus te raak van hoe ons hom/haar beter kan ondersteun. Ek wil vir u vra om my hiermee te help deur toestemming te verleen dat u kind aan my studie kan deelneem.

Indien u inwillig om toestemming te gee sodat u kind aan die studie kan deelneem, word die volgende van u seun/dogter versoek:

- Deelname aan ‘n individuele onderhoud van ongeveer 45 - 60 minute op ‘n plek en tyd wat onderhandelbaar is. ‘n Bandopnemer sal gebruik word.
- Deelname aan ‘n groepsbesprekings van ongeveer 45 - 60 minute op ‘n plek en tyd wat onderhandelbaar is. ‘n Bandopnemer sal gebruik word.
- Waarneming van u kind se gedrag in klasverband (ongeveer 6 periodes).
- Raadpleeg van u kind se persoonlike dokumente.

Ek wil graag hê dat u en u kind van die volgende moet bewus wees:

- Geen vergoeding is betrokke by die deelname aan die navorsing nie.
- Enige inligting wat deur die navorsing ingesamel word sal vertroulik bly en slegs met u kind se toestemming bekend gemaak word of soos deur die wet vereis. U kind kan na afloop van die onderhoude na die bandopnames luister. Hierdie bandopnames sal getranskribeer word en skoongevee word nadat die navorsing gepubliseer word. Ek gaan ook ‘n ander naam vir u kind gebruik om seker te maak dat dit wat hy/sy vir my sê, tussen ons bly. Indien die navorser van enige inligting bewus raak wat die deelnemer of ander kan benadeel sal dit aan die betrokke ouers en skoolsielkundige deurgegee word vir verdere ondersoek.
- U kind het die reg om hom-/haarself van die studie te onttrek sonder enige nadelige gevolge.
- U kind kan weier om van my vrae te antwoord.
- Ek kan u kind van die studie onttrek indien omstandighede dit noodsaaklik maak.
- Die bevindinge sal na afloop van die studie deur ’n informele gesprek aan u kind deurgegee word.
- U kind sal die geleentheid kry om van die skool se sielkundige dienste gebruik te maak indien die behoefte daaraan ontstaan.

As u bereid is om my te help, vul asseblief die aangehegte vorm in.

Baie dankie
Anél Engelbrecht

………………………………………………………………………………….................................

Hiermee gee ek, ________________________, toestemming dat my kind, ________________________________, aan die studie mag deelneem. Ek weet dat my kind se deelname vrywillig is. Inligting rakende vertroulikheid en die regte van die deelnemer is ook aan my deurgegee. Ek het ’n afskrif van die vorm ontvang.

____________________________	____________________	_________________________
Handtekening van ouer/voog	Datum	Telefoonnommer

BYLAE K

INSTEMMINGSVORM – DEELNEMERS

Beste leerder

Jy word gevra om deel te neem aan 'n navorsingstaak. Ek probeer om beter te verstaan hoe jy Aandagtekort/Hiperaktiwiteit- Versteuring (AT/HV) ervaar om agter te kom hoe ons jou kan help.

As jy bereid is om deel te neem, wil ek die volgende van jou vra:
- Deelname aan 'n gesprek (net tussen jou en my) van ongeveer 45 – 60 minute op 'n plek en tyd wat vir jou pas. 'n Bandopnemer sal gebruik word.
- Deelname aan 'n gesprek met klasmaat van ongeveer 45 – 60 minute op 'n plek en tyd wat vir julle pas. 'n Bandopnemer sal gebruik word.
- Waarneming van jou gedrag in die klaskamer (ongeveer 6 periodes).
- Kyk na jou rapporte, verslae en ander persoonlike inligting.

Ek wil graag hê dat jy van die volgende moet bewus wees:
- Geen vergoeding (bv. lekkers) is betrokke by die deelname aan die taak nie.
- Enige inligting wat ingesamel word sal vertroulik bly en slegs met toestemming bekend gemaak word of wanneer dit teen die wet is. Die bandopnames sal neergeskryf word en skoongevee word nadat die navorsing gepubliseer word. Ek gaan ook 'n ander naam vir jou gebruik om seker te maak dat dit wat jy vir my sê, tussen ons bly. Indien ek van enige inligting bewus raak wat jou of ander kan benadeel of seermaak sal dit aan jou ouers/voogde en skoolsielkundige deurgegee word vir verdere ondersoek.
- Jy het die reg om jouself vna die studie te onttrek sonder enige nadelige gevolge.
- Jy kan weier om van my vrae te antwoord.
- Ek kan jou van die studie onttrek indien ek dink dit is nodig.
- Na afloop van die studie sal ek met jou gesels oor jou ervaring en persepsies van AT/HV.
- Jy mag die skoolsielkundige sien indien dit waaroor ons gesels jou ongemaklik laat voel.

As jy bereid is om my te help, vul asseblief die aangehegte vorm in.

Baie dankie
Anel Engelbrecht

……………………………………………………………………………………...................................

Hiermee willig ek, _______________________ (naam en van), vrywillig in om deel te neem aan die studie oor my ervaring van AT/HV. Inligting rakende vertroulikheid en my regte is ook aan my deurgegee. Ek het 'n afskrif van die vorm ontvang.

_________________________	___________________	________________________
Handtekening van leerder	Datum	Naam van klasonderwyser

BYLAE L

ETIESE KLARING – UNIVERSITEIT VAN STELLENBOSCH

UNIVERSITEIT·STELLENBOSCH·UNIVERSITY
jou kennisvennoot • your knowledge partner

Tel.: 808-4623
Navrae: Maryke Hunter-Hüsselmann

03 Junie 2008

Verwysingsnommer: 85/2008

Me Anel Engelbrecht
Departement Opvoedkundige Sielkunde
Universiteit van Stellenbosch
STELLENBOSCH
7602

Geagte me Engelbrecht

AANSOEK VIR ETIESE BEOORDELING

Met verwysing na u aansoek in bovermelde verband, is dit vir my aangenaam om u mee te deel dat u projek *Adolessente se belewenis en persepsie van aandagtekort-hiperaktiwiteit-versteuring* deur Subkomitee A goedgekeur is met dien verstande dat:

1. Die navorser binne die prosedures en protokolle wat in die voorstel aangedui word, sal bly;
2. Die navorsing weer vir etiese klaring voorgelê sal word indien daar substantief van die bestaande voorstel afgewyk word
3. Die navorser binne die grense van enige toepaslike nasionale wetgewing, institusionele riglyne en die toepaslike standaarde van wetenskaplikheid wat binne hierdie veld van navorsing geld, sal bly.

Sterkte word u toegewens met u verdere navorsingsaktiwiteite.

(ME.) ME. M. HUNTER-HüSSELMANN
ns. SENIOR DIREKTEUR: NAVORSING (GEESTES- EN SOSIALE WETENSKAPPE)

G:\NAVORS\POEL\ANO-dokumente\GW koörd doks\Subkomitee A\Etiek\Briewe\2008

Afdeling Navorsingsontwikkeling • Division of Research Development
Privaat Sak/Private Bag X1 • 7602 Stellenbosch • Suid-Afrika/South Africa
Tel +27 21 808 9111 • Faks/Fax: +27 21 808 4537

BYLAE M

KODERING

Tabel 4.1: Kodering van rou data

KATEGORIE	TEMA		I1	I2	I3	I4	I5	I6	I7
HINDERNISSE TOT LEER	Primêre simptome		*	*	*	*	*	*	*
	Geassosieerde probleme en komorbiede versteurings	Sosiale probleme	*	*	*	*	*	*	*
		Mediese of gesondheids-probleme	*	*	*	*	*	*	*
		Spraak en taalagterstande	*	*			*	*	*
		Kognitiewe ontwikkeling	*	*	*	*	*	*	*
PROSES VAN DIAGNOSE	Onkunde			*	*		*	*	*
ONTWIKKELING	Hantering		*		*			*	
	Normaal		*		*	*		*	*
MEDIKASIE	Newe effekte		*	*	*		*	*	*
	Voordele		*	*	*	*	*	*	*
	Houdings		*	*	*	*	*	*	*
SOSIALE KONTEKSTE	Hoofstroomskool		*	*	*				*
	Spesiale skool		*	*	*		*	*	
	Ander kontekstuele faktore	Aktiewe betrokkenheid	*	*		*	*	*	*
		Tuis			*				
ONDERSTEUNING	Probeer verstaan		*	*	*	*		*	*
	Self-regulering		*		*	*	*	*	*
	Inligting en kennis		*					*	*
	Sterkpunte en talente			*	*	*		*	
	Ander bronne van ondersteuning	Vriende	*						
		Onderwyser		*	*	*	*	*	*
		Oefeninge	*	*			*	*	
		God				*			
		Terapeute		*				*	*

I1 = Doré; I2 = Frits; I3 = Danie; I4 = Jaco; I5 = Erik; I6 = Carl; I7 = Ben