

# **DIE BELEWING EN DIE VERGESTALTING VAN VEERKRAGTIGHEID VAN OUERS VAN KINDERS MET AANDAGTEKORT- EN HIPERAKTIWITEITSVERSTEURING IN HUL MIDDELKINDERJARE**

deur

**Susan du Toit**

**Proefskrif ingelewer vir die graad**

**Doktor in Opvoedkunde**

**in die Fakulteit Opvoedkunde**

aan

**Universiteit Stellenbosch**

**Promotor: Prof. E. Swart  
Departement Opvoedkundige Sielkunde**

**Desember 2017**

## VERKLARING

Deur hierdie proefskrif elektronies in te lewer, verklaar ek dat die geheel van die werk hierin vervat, my eie, oorspronklike werk is, dat ek die alleenouteur daarvan is (behalwe in die mate uitdruklik anders aangedui), dat reproduksie en publikasie daarvan deur die Universiteit Stellenbosch nie derdepartyregte sal skend nie en dat ek dit nie vantevore, in die geheel of gedeeltelik, ter verkryging van enige kwalifikasie aangebied het nie.

.....  
**NAAM**

.....  
**DATUM**

*Kopiereg © 2017 Universiteit Stellenbosch  
Alle regte voorbehou*

## DANKBETUIGINGS

Die konsep van veerkragtigheid is deur 'n navorser as *adding flock to 'fight and flight'* omskryf. My onmiddellike gewaarwording in die raaklees hiervan, was dat dit ook 'n baie akkurate beskrywing met betrekking tot die skryf van hierdie tesis was. Daarom betoon ek graag my opregte dank aan die volgende partye wat my die geleentheid tot 'n *flock* gebied om hierdie navorsingsprojek te kon voltooi.

- Arrie. Hierdie proefskrif dra ek aan jou op.
- My man, Erhard vir sy onvoorwaardelike en volgehoue ondersteuning.
- My familie, skoonfamilie en vriende vir liefde, ondersteuning en begrip.
- Professor Estelle Swart vir haar kundigheid, waardevolle insette en geduld. Ek het die grootste respek vir Prof.
- Elke deelnemer aan hierdie studie wat bereid was om hul storie met my te deel. Ek het innige waardering daarvoor.
- Me. Connie Park vir die tegniese versorging en me. Frances Strooh vir die taalversorging van hierdie proefskrif.
- Die Suid-Afrikaanse Akademie vir Wetenskap en Kuns vir finansiële ondersteuning.
- Vir genade van Bo. Elke tree van die pad.

## OPSOMMING

Aandagtekort- en Hiperaktiwiteitsversteuring (ATHV) word gekenmerk deur 'n aanhoudende patroon van onoplettendheid en/of hiperaktiwiteit-impulsiwiteit wat 'n negatiewe invloed op daaglikse funksionering en ontwikkeling het. Statistiek dui daarop dat al hoe meer kinders daardeur geraak word. Kinders met ATHV in die middelkinderjare het eiesoortige ondersteuning nodig in die bemeesting van verskeie ontwikkelingsstake eie aan hierdie fase. Dit plaas, bo en behalwe die gewone eise van ouerskap, eiesoortige druk en stres op ouers. Juis daarom behoort die ouers van kinders met hierdie toestand te baat by kennis van ander ouers in soortgelyke posisies. Sodoende kan dit hulle help om moontlike hanteringstrategieë en prosesse in plek te stel vir die hantering van die uitdagings op hierdie pad. Dienooreenkomstig kan opvoedkundige sielkundiges en ander rolspelers in die gemeenskap die betrokke navorsingstudie as 'n kennisbasis gebruik om meer effektiewe ondersteuning aan hierdie ouers te bied. Om dit te kan doen, word daar egter kennis aangaande (1) die algemene beleving van ouers van kinders met ATHV in hul middelkinderjare, asook (2) die bepalers van veerkragtige ouerskap binne hierdie verband, benodig.

Die doel van hierdie studie was om insigte omtrent die betrokke fenomeen te bekom ten einde 'n diagrammatiese voorstelling van die beleving en die vergestaltung van veerkrag by die ouers van kinders met ATHV in hul middelkinderjare, te ontwikkel. 'n Kwalitatiewe benadering tot die navorsing is toegepas en 'n verkennende narratiewe gevallestudie is as navorsingsontwerp gekies om hierdie interpretatiewe navorsing te rig. Data is deur semigestruktureerde onderhoude gegenereer en is aangevul deur fyn waarneming, die maak van veldnotas tydens onderhoude, dagboekinskrywings van deelnemers, asook reflektiewe joernaalinskrywings. Data is verwerk deur die tematiese analise en intravergelykings van temas. Indiepte beskrywings van die beleving van ouers van kinders met ATHV in hul middelkinderjare, asook die vergestaltung van veerkragtige ouerskap binne hierdie konteks het gevolg.

Hierdie insigte is in 'n diagrammatiese voorstelling saamgevat wat enkele bepalers en hindernisse tot veerkragtigheid, asook die oorsake, gevolge, verhoudings en prosesse wat hiermee verband hou, illustreer. In die lig hiervan is die onkunde van die samelewing bevind as die grootste hindernis tot die vergestaltung van veerkragtige ouerskap. Dit word beskou as die hooforsaak van (1) mense se kritiek en oordeel aangaande ATHV, (2) die uitsluiting van kinders met ATHV in hoofstroomskole, (3) en die stigma wat aan die gebruik van medikasie

vir ATHV, asook die plasing van kinders met hierdie toestand in spesiale skole, kleef. Die bepalers van veerkragtigheid wat uitgelig is, sluit in: (1) 'n positiewe ingesteldheid en 'n streng roetine by die huis, (2) tyd en ervaring om by hierdie toestand aan te pas, en (3) die ondersteuning wat deur familie, die personeel van spesiale skole en ander ouers van kinders met ATHV in hul middelkinderjare, gebied word.

## ABSTRACT

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is characterised by an ongoing pattern of inattention and/or hyperactivity-impulsivity that interferes with daily functioning and development. Statistics indicate that an increasing number of children are affected by this condition. Children with ADHD in their middle childhood years require special support with the mastering of various developmental tasks inherent in this phase. This may place extra pressure and stress on parents, in addition to the normal demands of parenthood. It could be beneficial for parents of children with ADHD to learn from the shared knowledge of other parents in similar situations. This enables them to acquire coping mechanisms and implement other processes to better handle the challenges along this path. In the same vein, educational psychologists and other key members of the community can use this research as a knowledge base from which to offer these parents more effective support. If we were to further pursue this strategy, it would be valuable to gather more information regarding (1) the experiences of parents of children with ADHD in their middle childhood years, as well as (2) the determiners of resilient parenthood in such circumstances.

The goal of this study is to gain insight into the concerned phenomenon in order to develop a diagrammatical representation of the experience of parents of children with ADHD in their middle childhood years, as well as the actualisation of resilient parenthood in this context. A qualitative approach was used in this study and an exploratory narrative case study was chosen as a research plan to direct the interpretative research. The data was generated through semi-structured interviews and supplemented with close observations, field notes during interviews, participants' diary entries, as well as reflective journal entries. The data was processed using thematic analysis and the intra-comparison of themes. This was followed by in-depth descriptions of the experiences of parents who have children with ADHD in their middle childhood years, as well as the actualisation of resilient parenthood in this context.

These insights were summarized by a diagrammatical representation that illustrated some of the determiners and obstacles to resilience, as well as the causes, consequences, relationships and processes that were related therein. In this light, society's ignorance is found to be the biggest obstacle to the actualisation of resilient parenthood. It is seen as the main cause of (1) people's critique and prejudice against ADHD, (2) the exclusion of children with ADHD, as experienced in mainstream schools, and (3) the stigma associated with the use of medication for ADHD, as well as the placement of children with this condition in

special needs schools. The determiners of resilience identified in this research, include: (1) a positive attitude and a strict routine at home, (2) time and experience in adapting to this condition, and (3) the support provided by family, the staff of special needs schools and other parents of children with ADHD in their middle childhood.

# INHOUDSOPGAWE

VERKLARING.....	I
DANKBETUIGINGS.....	II
OPSOMMING.....	III
ABSTRACT.....	V
INHOUDSOPGAWE.....	VII
LYS VAN TABELLE, DIAGRAMME EN FIGURE.....	XI
<b>HOOFSTUK 1.....</b>	<b>1</b>
KONSEPTUALISERING VAN DIE STUDIE.....	1
1.1 Inleiding en rasionaal van die studie.....	1
1.2 Motivering vir die navorsing.....	2
1.2.1 Veerkrachtigheid.....	3
1.2.2 ATHV.....	6
1.3 Probleemstelling van die navorsing.....	12
1.4 Doelstelling en beoogde bydrae van die navorsing.....	14
1.5 Navorsingsontwerp en -metodologie.....	15
1.6 Program van die studie.....	16
<b>HOOFSTUK 2.....</b>	<b>18</b>
VEERKRACHTIGHEID EN ATHV.....	18
2.1 Veerkrachtigheid.....	18
2.1.1 Konseptualisering.....	18
2.1.2 Definisies van veerkrachtigheid.....	19
2.1.3 Individuele bepalers van veerkrachtigheid.....	20
2.1.4 Interpersoonlike bepalers van veerkrachtigheid.....	22
2.1.5 Kulturele en gemeenskapsbepalers van veerkrachtigheid.....	24
2.1.6 Gesinsmodelle van veerkrachtigheid.....	28
2.2 ATHV.....	33
2.2.1 Historiese oorsig.....	33
2.2.2 Diagnostiese kriteria en simptome van ATHV.....	35
2.2.3 Geassosieerde probleme en komorbiede verstourings.....	39
2.2.4 Etiologie.....	40
2.2.5 Intervensies en behandeling van ATHV.....	44
2.2.6 ATHV binne Suid-Afrikaanse konteks.....	49
2.2.7 ATHV as 'n gestremdheidstudie.....	50
2.3 Samevatting.....	53
<b>HOOFSTUK 3.....</b>	<b>55</b>
MIDDELKINDERJARE EN OUERSKAP.....	55
3.1 Inleiding.....	55
3.2 Middelkinderjare as ontwikkelingstadium.....	55
3.2.1 Gestalt-benadering.....	56
3.2.2 Sigmund Freud se klassieke psigoanalitiese teorie.....	57
3.2.3 Albert Bandura se sosiale leerteorie.....	58
3.2.4 Kognitiewe ontwikkeling.....	58
3.2.5 Psigososiale teorie.....	62



3.2.6	Morele ontwikkeling.....	64
2.2.7	Ontwikkelingstaakteorie .....	66
3.3	Ouerskap .....	69
3.3.1	Die beewing van die diagnose van 'n kind met ATHV.....	71
3.3.2	Die impak van die diagnose op die ouer.....	75
3.3.3	Ondersteuning en hanteringstrategieë van ouers .....	81
3.4	Samevatting.....	83
<b>HOOFSTUK 4</b>	.....	<b>85</b>
NAVORSINGSONTWERP EN -METODOLOGIE.....		85
4.1	Inleiding .....	85
4.2	Navorsingsparadigma .....	87
4.2.1	Teoretiese paradigma .....	87
4.2.2	Metodologiese paradigma .....	92
4.3	Navorsingsontwerp .....	96
4.3.1	Gevallestudie .....	98
4.3.2	Narratiewe werkswyse .....	101
4.3.3	Deelnemers.....	105
4.3.4	Datagenerering .....	109
4.3.5	Dataverwerking .....	117
4.4	Rol as navorser .....	125
4.5	Gehalteversekering.....	126
4.5.1	Toepaslikheid.....	127
4.5.2	Geloofwaardigheid .....	127
4.5.3	Geldigheid.....	128
4.5.4	Betroubaarheid.....	131
4.6	Etiese maatreëls.....	133
4.6.1	Beginsel van respek en outonomie.....	133
4.6.2	Beginsel van nie-kwaadwilligheid .....	136
4.6.3	Beginsel van welmenendheid (beste belang van die deelnemers).....	136
4.6.4	Beginsel van geregtigheid .....	137
4.7	Reflektiewe nadenke .....	138
4.8	Samevatting.....	138
<b>HOOFSTUK 5</b>	.....	<b>140</b>
'N OORSIG VAN DIE DEELNEMERS SE NARRATIEWE .....		140
5.1	Inleiding .....	140
5.2	Die deelnemers se narratiewe .....	140
5.2.1	Antas ('n Worsteling met die stigma van 'n spesiale skool) .....	141
5.2.2	Casper (Die samelewing en stereotipering).....	142
5.2.3	Cindy ('n Aanvanklike onaangename ervaring met medikasie).....	143
5.2.4	Elaine (My kind verskil van haar sussies).....	144
5.2.5	Elize (Jou ingesteldheid bepaal jou lewe).....	145
5.2.6	Ester (ATHV, beperkte bronne en worries).....	146
5.2.7	Heleen (Gevoelens van verwerping) .....	148
5.2.8	Jan en Nanje (Die stres op 'n huwelik) .....	149
5.2.9	Janine ('n Reis na aanvaarding).....	150
5.2.10	Kara (Die lewe van 'n enkelouer en ATHV).....	150
5.2.11	Leandi ('n Alleenpad).....	151

5.2.12	Liezel ('n Behoefte aan bewusmaking) .....	152
5.2.13	Lizelle (Die soeke na heling) .....	153
5.2.14	Lorraine (Ubuntu) .....	154
5.2.15	Marcia ('n Ma wat self die pad van ATHV ken) .....	155
5.2.16	Maria (Ander ma's se stryd is haar behoud).....	156
5.2.17	Nerine ('n Geloofstryd).....	157
5.2.18	Shandré ('n Verhaal van opofferinge) .....	158
5.2.19	Sonja ('n Ouerpaar se spanpoging) .....	159
5.2.20	Tania (Helpende hande uit die gemeenskap) .....	160
5.4	Samevatting.....	161
<b>HOOFSTUK 6</b>	.....	<b>162</b>
INTRAVERGELYKINGS VAN NARRATIEWE	.....	162
6.1	Inleiding .....	162
6.2	Intravergelykings van tematiese analise .....	162
6.2.1	Die proses van diagnose en behandeling.....	163
6.2.2	Ouers se algemene ervaring en emosies .....	168
6.2.3	Die invloed van ATHV op die gesinsdinamika .....	173
6.2.4	Die invloed van die skoolsisteem .....	177
6.2.5	Die waarde van 'n ondersteuningstelsel .....	180
6.2.6	Die samelewing se persepsie.....	183
6.3	Samevatting.....	185
<b>HOOFSTUK 7</b>	.....	<b>187</b>
INTERPRETASIE VAN NAVORSINGSBEVINDINGE	.....	187
7.1	Inleiding .....	187
7.2	Die interpretasie van die data .....	188
7.2.1	Die proses van diagnose en behandeling.....	192
7.2.2	Ouers se algemene ervaring en emosies .....	204
7.2.3	Die invloed van ATHV op die gesinsdinamika .....	211
7.2.4	Die invloed van die skoolstelsel.....	217
7.2.5	Die waarde van 'n ondersteuningstelsel .....	223
7.2.6	Die samelewing se persepsie .....	229
7.3	Samevatting.....	232
<b>HOOFSTUK 8</b>	.....	<b>233</b>
SAMEVATTING EN AANBEVELINGS	.....	233
8.1	Inleiding .....	233
8.2	'n Diagrammatiese voorstelling as samevatting van die navorsingsbevindinge	233
8.3	Bepalers van die vergestaltung van veerkragtige ouerskap .....	236
8.4	Hindernisse tot die vergestaltung van veerkragtige ouerskap .....	239
8.5	Aanbevelings vir die vergestaltung van veerkragtige ouerskap .....	241
8.5.1	Die proses van diagnose en behandeling.....	241
8.5.2	Ouers se algemene belewing en emosies .....	242
8.5.3	Die invloed van ATHV op die gesinsdinamika .....	243
8.5.4	Die invloed van die skoolstelsel.....	243
8.5.5	Die waarde van 'n ondersteuningstelsel .....	244
8.5.6	Die samelewing se persepsie.....	245
8.6	Sterkpunte en bydraes van die navorsingstudie.....	246

8.7	Beperkings van die navorsingstudie.....	249
8.8	Aanbevelings vir verdere navorsing .....	249
8.9	Nadenke .....	251
8.10	Samevatting.....	252
	BRONNELYS.....	254
	BYLAAG 1 .....	291
	BYLAAG 2 .....	294
	BYLAAG 3 .....	295
	BYLAAG 4 .....	298
	BYLAAG 5 .....	301
	BYLAAG 6 .....	302

## LYS VAN TABELLE, DIAGRAMME EN FIGURE

TABEL 4.1:	VOORSTELLING VAN METODOLOGIESE OORWEGINGS.....	87
TABEL 4.2:	ONDERSKEID TUSSEN SOSIAAL-KONSTRUKSIONISME EN SOSIAAL-KONSTRUKTIVISME .....	89
TABEL 4.3:	DIE OORWEGINGS TEN OPSIGTE VAN METODOLOGIESE INTEGRITEIT EN DIE OOREENKOMSTIGE TOEPASSING DAARVAN.....	94
TABEL 4.4:	VOORSTELLING VAN DIE TEORETIESE RAAMWERK .....	102
TABEL 4.5:	AGTERGRONDINLIGTING VAN DEELNEMERS.....	109
TABEL 4.6:	SAMEVATTING VAN DIE DATAGENERERINGSMETODES .....	110
TABEL 4.7:	SAMEVATTING VAN DIE METODES WAT GEBRUIK IS OM GELDIGHEID TE VERSEKER.....	129
DIAGRAM 1.1:	DIE PROGRAM EN VERLOOP VAN DIE BETROKKE NAVORSING .....	16
DIAGRAM 8.1:	DIAGRAMMATIESE VOORSTELLING AANGAANDE DIE BELEWING VAN 'N KIND MET ATHV EN DIE VERGESTALTING VAN VEERKRAGTIGE OUESKAP .....	236
FIGUUR 2.1:	VOORSTELLING VAN DIE ABCX-MODEL VAN GESINSVEERKRAGTIGHEID (McCUBBIN & PATTERSON, 1983) .....	29
FIGUUR 4.1:	VOORSTELLING VAN DIE NAVORSINGSONTWERP EN -METODOLOGIE.....	86
FIGUUR 4.2:	VOORSTELLING VAN DIE NAVORSINGSONTWERP VAN DIE STUDIE (AANGEPAS UIT DURRHEIM, 1999, P. 37).....	97
FIGUUR 4.3:	VOORSTELLING VAN DIE SNEEUBALEFFEK TYDENS DIE DATAGENERERING .....	106
FIGUUR 4.4:	PROSES VAN DATAVERWERKING EN -ANALISE .....	117
FIGUUR 7.1:	TEMAS WAT UIT DIE DATA GEÏDENTIFISEER IS .....	189

## Hoofstuk 1

# KONSEPTUALISERING VAN DIE STUDIE

### 1.1 INLEIDING EN RASIONAAL VAN DIE STUDIE

Navorsing oor mense se beleving van gestremdhede, en dus ook studies oor ATHV, is in die verlede meestal vanuit 'n risikoperspektief ondersoek en onder 'n analitiese lens geplaas. Dit impliseer 'n benadering wat hoofsaaklik gerig is op die negatiewe invloed van gestremdheid op die individu se welwees (Porcelli, Ungar, Liebenberg & Trépanier, 2014). Daarom word studies oor mense met gestremdhede toenemend vanuit 'n sterkteperspektief benader. Dit impliseer dat 'n meer sterktegebaseerde benadering gevolg word om persoonlike hulpbronne, sowel as geleenthede vir mense wat deur gestremdhede beïnvloed word, uit te lig. Wanneer die beleving van ouers van kinders met ATHV vanuit 'n sterkteperspektief beter verstaan word, kan dit moontlik van waarde wees vir ander ouers van kinders met hierdie toestand. Gevolglik is dit belangrik om bepalers en prosesse te ondersoek wat bevorderlik vir die vergestaltung van veerkrachtigheid van ouers van kinders met ATHV in die middelkinderjare kan wees.

In hierdie studie word daar spesifiek ondersoek ingestel na die beleving van ouers van kinders met aandagtekort- en hiperaktiwiteitsversteuring (voorts ATHV) in hul middelkinderjare, asook die vergestaltung van veerkrachtigheid binne hierdie konteks. Alhoewel daar verskeie definisies en sienswyses oor veerkrachtigheid bestaan, word dit vir die doeleindes van hierdie navorsing vanuit 'n sosiaal-konstruksionistiese<sup>1</sup> interpretasie omskryf as die beleving van welwees, wat te midde van teenspoed, bewerkstellig word deur interaksie met die omgewing in die verkryging van die nodige hulpbronne hiertoe (Ungar, 2004, 2012). Vir die doeleindes van die betrokke studie, sluit die konsep "ouers" ook pleegouers, versorgers en voogde in. 'n Definisie van ouerskap soos dit in die Kinderwet (Wet 38 van 2005) en Suid-Afrikaanse Skolewet (Wet 84 van 1996) uiteengesit is, word in hoofstuk 3 (afdeling 3.3.) omskryf. Middelkinderjare, soos dit ook in hoofstuk 3 (afdeling 3.2) bespreek word, verwys na die ontwikkelingsfase tussen die vroeë kinderjare en adolessensie en dit omvat die ouderdomme vanaf ses tot twaalf jaar (Newman & Newman, 2015).

---

<sup>1</sup> 'n Teorie aangaande kennis wat die ontwikkeling van die gesamentlike konstruering van die verstaan van die wêreld ondersoek (Burr, 2006, p.1).

Dit is ook belangrik om ATHV as konsep te definieer ten einde die vertrekpunt en die noodsaaklikheid van hierdie studie te verstaan. Margaret Weiss (2015, p.42) omskryf ATHV, soos dit tot in fyner besonderhede in hoofstuk 2 (afdeling 2.2) bespreek sal word, as 'n toestand wat deur een of meer van die volgende hoofsimptome gekenmerk word: onaanagtigheid, hiperaktiwiteit en impulsiwiteit. Simptome moet tot so 'n mate teenwoordig wees dat daaglikse funksionering daardeur beïnvloed word. Daar word beraam dat ongeveer 8% tot 10% van Suid-Afrikaanse kinders deur ATHV geaffekteer word (Engelbrecht, 2009). Dit impliseer noodwendig dat tussen 8% en 10% van ouers in Suid-Afrika ook daaglik die realiteit van hierdie toestand in die gesig staar.

Daar is egter met elke gestremdheid, en ook met ATHV, die vermoë om sukses te beleef (Weiss, 2015). My argument vanuit hierdie perspektief is dat laasgenoemde ook van toepassing is op mense, soos ouers van kinders met ATHV, wat deur 'n gestremdheid geraak word. Hiermee aanvaar ek dat ouers die kapasiteit tot veerkragtigheid het en wil ek met hierdie studie onder andere vasstel hoe dit vergestalt. Daarom beskou ek dit as my as navorser se verantwoordelikheid om die bepalers en prosesse van die vergestaltung van veerkragtigheid vas te stel. Om by enige antwoord rakende hierdie oogmerk uit te kom, is dit egter eers nodig om ondersoek in te stel aangaande ouers se algemene belewing rondom 'n kind met ATHV. In hierdie hoofstuk sal daar voorts 'n bondige konseptualisering van die betrokke studie verskaf word, waarin daar onder andere 'n motivering aangaande die belangrikheid van hierdie ondersoek sal volg.

## **1.2 MOTIVERING VIR DIE NAVORSING**

Op 'n persoonlike vlak is hierdie studie geïnspireer deur 'n ouerondersteuningsgroep vir ouers wat ek bygewoon het. Hierdie groep is gestig ter ondersteuning van ouers met kinders wat ATHV het. Ek het dit bygewoon omdat ek uit die aard van my werk as Opvoedkundige Sielkundige dikwels met ouers van kinders met ATHV werk en daarom meer insig in hul belewing aangaande hierdie toestand wou bekom. Die samestelling van die spesifieke groep het hoofsaaklik uit ouers van kinders met ATHV in hul middelkinderjare bestaan. Uit die bywoning van hierdie samekomste, het dit voorgekom asof ouers daarby baat om hul stories en uitdagings met mekaar te deel. Dit is egter die indrukwekkende invloed van die positiewe stories, sterktes, bates, oorwinnings en raad wat hulle met mekaar gedeel het, wat my elke keer geraak het. Vandaar die motivering vir hierdie studie vanuit 'n veerkragtigheidsperspektief vir 'n noodsaaklike begrip van die belewing van ouers met kinders wat ATHV het.

Die gevolgtrekking vanuit die bogenoemde betoog is dat navorsing rakende die beleving van ouers van kinders met ATHV in hul middelkinderjare, asook hul ervaring van die vergestaltung van veerkragtigheid binne hierdie konteks, noodsaaklik is om bepalers van veerkrag in hierdie opsig te identifiseer. Wanneer deelnemers se eiesoortige ondervindinge van die vergestaltung van veerkragtigheid ondersoek word, kan ooreenkomstige patrone in hul ervaringe geïdentifiseer word. Sodoende kan aanbevelings wat teen hierdie agtergrond gemaak is, moontlik daartoe bydra dat ander ouers van kinders met ATHV daarmee kan identifiseer. Op hierdie wyse kan ander ouers insig bekom in die bepalers van veerkragtigheid en dít wat relevant en van toepassing is, ook tot hul eie voordeel aanwend. In die lig hiervan is dit duidelik dat hierdie studie die konsep van veerkragtigheid onderskryf. Dit is daarom belangrik om die breë omvang van die konsep te begryp, alvorens dit binne die konteks van hierdie studie verstaan kan word.

### 1.2.1 Veerkragtigheid

Die afgelope dekade het Suid-Afrika 'n ontploffing van navorsing rakende veerkragtigheid beleef. Teen die agtergrond van my soektog na studies oor veerkragtigheid, is dit belangrik om te meld dat die konsep van ouerskap noodwendig verweef is met die konsep van 'n gesin. Daarom is dit ook belangrik om die definisie van 'n gesin te omskryf. Die Witskrif van families, oftewel gesinne, in Suid-Afrika definieer dit soos volg:

*“a societal group that is related by blood (kinship), adoption, foster care or the ties of marriage (civil, customary or religious), civil union or cohabitation, and go beyond a particular physical residence”* (Departement van Sosiale Ontwikkeling, 2012, p.11).

Hierdie beleidsdokument gee ook erkenning dat menigte studies in hul analise, gesinne in dieselfde lig as 'n huishouding oorweeg. Daar word egter ook melding gemaak dat alhoewel die term huishouding wel dikwels sinoniem met die omskrywing van 'n gesin is, dit nie altyd die geval is nie.

In die lig van bogenoemde het my soektog na veerkragtigheid ook verskeie studies oor gesinsveerkragtigheid opgelewer. Navorsing het daarop gedui dat gesinne, en dus ook ouers, in stresvolle omstandighede kan oorleef en selfs floreer (Walsh, 2003). 'n Literatuursoektog aangaande die veerkragtigheid van ouers toon dat daar onlangse studies bestaan oor ouers van kinders met visuele gestremdhede (De Klerk & Greeff, 2011), ouers wat geskei is (Bannister, 2007), gesinne met kinders met diabetes (Koegelenberg, 2013), ontwikkelingsagterstande (Nolting, 2010), outisme (Van der Walt, 2006), leergestremdhede (Van Vuuren, 2012), fisiese gestremdhede (Greeff,

Vansteenwegen & Gillard, 2015; Porcelli et al., 2014), Fragiele X-sindroom (Fourie, 2014), gesinne met kinders wat MIV-positief is (Eiman, 2006), asook gesinne waar 'n kind die slagoffer van boeliegedrag is (Roodt, 2011).

Daar is ook ondersoek ingestel na die hulp en ondersteuning wat aan gesinne met 'n kind met intellektuele beperkinge verleen word (Zupanick, 2015) en navorsing is gedoen oor gesinne met gesinslede met geestesversteurings (Jonker, 2006) en demensie (Deist, 2013). Suid-Afrikaanse studies het ook verdere lig gewerp op gesinsveerkragtigheid in terme van gesinslede met demensie (Bishop & Greeff, 2015) en skisofrenie (Bishop, 2014; Bishop & Greeff, 2015). Onlangse navorsing oor gesinsveerkragtigheid het gefokus op die beleving van die gesin wanneer 'n kind sy of haar homoseksuele status bekend gemaak het (De Villiers, 2016), asook gesinne wat gekonfronteer is met die seksuele misbruik van 'n kind in die gesin (Vermeulen & Greeff, 2015).

Hierdie studies het aan die lig gebring dat positiewe kommunikasie in die gesin, oortuigings, gesinsroetines, ondersteuning uit die gemeenskap, asook die mobilisasie van gemeenskapsbronne alles gemeenskaplike faktore is wat positief met gesinsaanpassing korreleer. Fourie (2014) se studie het spesifiek uitgelig dat portuurondersteuning van ander mense met soortgelyke situasies vir deelnemers van groot waarde was, terwyl Eiman (2006) se deelnemers aangedui het dat ondersteuningsgroepe vir hulle baie beteken het. Verder het Zupanick (2015) ook die waarde van sosiale ondersteuning en ondersteuningsgroepe uitgelig. In 'n volgende studie het De Klerk en Greeff (2011) die belang van 'n inklusiewe ingesteldheid in die gemeenskap beklemtoon. Greeff et al. (2015) het gevind dat die positiewe herdefinisie van 'n stresvolle situasie en die opvoedingsvlak of kwalifikasie van die ouers veerkragtigheid kan bevorder.

Dit is belangrik om daarop te let dat, met die uitsondering van Porcelli et al. (2014), Fourie (2014), asook Vermeulen en Greeff (2015) se studies wat kwalitatief van aard is, al die vermeldde navorsingstudies gemengde datagenereringbenaderings en ook die gesinsmodelle van veerkragtigheid (afdeling 2.1.6) as teoretiese raamwerk vir hul navorsing gebruik het. Dit versterk dus die bydrae wat hierdie veerkragtigheidsstudie in terme van die rykheid van data wat genereer word, asook die bekwaamheidsteorie as vertrekpunt vir die studie, kan lewer. Ten spyte van vele ooreenkomste en unieke bydraes in hierdie studies, kon daar ook geen spesifieke navorsing gevind word oor die beleving en veerkragtigheid van die ouers van kinders met ATHV nie. Die implikasie is dat daar definitief 'n leemte vir navorsing rakende hierdie onderwerp bestaan, wat ook 'n verdere leemte in die praktyk tot gevolg het.



Die onontbeerlike bydrae wat hierdie studie kan lewer tot die ontwikkeling van 'n diagrammatiese voorstelling van die beleving van ouers met kinders wat ATHV in hul middelkinderjare het, asook die vergestaltung van veerkragtige ouerskap binne hierdie konteks, is dus baie duidelik. Binne hierdie konteks is veerkragtigheidsstudies veral belangrik en van belang. Soos met ATHV, is daar al navorsing aangaande veerkragtigheid in verskeie velde, bv. sielkunde, geneeskunde, sosiologie, en neurowetenskap (Herrman, Steward, Diaz-Granados, Berger, Jackson & Yuen, 2011) gedoen. Hierdie multidissiplinêre studies het egter gelei tot 'n gebrek aan konsensus oor die definisie van veerkragtigheid. Ten spyte van hierdie verskille, bestaan daar tog ook eenparigheid dat veerkragtigheid 'n multidimensionele konstruk is (Benjamin, 2014).

Vroeër studies oor veerkragtigheid het hoofsaaklik gefokus op individuele faktore wat veerkragtigheid bevorder. Vanuit hierdie individualistiese perspektief kan die woord veerkrag omskryf word as weerstandsvermoë. Dit het sy oorsprong in die Latynse term *resilere* wat beteken “om terug te bons” (Devenson, 2003, p.24). Die Verklarende Handwoordeboek van die Afrikaanse Taal (Odendal & Gouws, 2000, p.1234) verklaar die figuurlike vorm van hierdie term as die wilskrag of die vermoë tot herstel.

Die konsep van veerkragtigheid is onder andere geanker in die sentrale argument van Positiewe Sielkunde wat aanvoer dat daar eensydige klem geplaas word op tekortkominge, soos die verlies aan hulpbronne in gesinne met kinders wat met ATHV gediagnoseer word, en dat daar eerder op positiewe potensiaal gefokus moet word. Positiewe Sielkunde voorsien 'n sambreel waaronder vorige perspektiewe van probleme geplaas kan word ten einde nuwe insigte te bekom (Peterson, 2009; Kagee, 2014). Dié nuwe blik op kwessies rig die fokus op geluk, talente, karaktervastheid en bevrediging regdeur die lewenspan.

Daar bestaan egter sterk kritiek teen hierdie benadering. Volgens Kagee (2014) kan die uitgangspunt van Positiewe Sielkunde misleidend wees vir mense wat negatief deur uitdagende omstandighede beïnvloed word. Hy verduidelik dat iemand wat byvoorbeeld deur 'n gesondheidstoestand geaffekteer word, dus ook die ouers van kinders met ATHV, dit nie kan wegwens met positiewe denke nie. Sy verdere argument is dat dit ook mense se verdraagsaamheid vir mekaar se swaarkry beperk, aangesien die verwagting geskep word dat die individu se ingesteldheid, te midde van teenspoed, steeds oorheersend positief moet wees. Binne hierdie konteks is Barbara Held (2007) se uitlating relevant: *“First you feel bad about whatever’s getting you down, then you feel guilty or defective if you can’t smile and look on the bright side. And I’m not even sure there always is a bright side to look on.”*

In die lig van hierdie studie is dit daarom belangrik om te meld dat Positiewe Sielkunde nie die hindernisse van ouers van kinders met ATHV ontken nie, maar dat die fokus slegs doelbewus op die bewusmaking, versterking en ontwikkeling van hulle sterktes en hulpbronne geplaas word, ten einde die vergestaltung van veerkragtigheid beter te verstaan en uiteindelik te bevorder. Dit is ook waarom daar in hierdie studie spesifieke ondersoek ingestel word na die algemene beleving van ouers met 'n kind wat ATHV het.

Dit moet egter in gedagte gehou word dat daar vanuit die hoofstroomsielkunde ook verdere kritiek, wat in hoofstuk 2 bespreek sal word, teen die uitsluitlike klem op individuele sterktes bestaan (Ungar, 2012). Ungar (2012) se uitgangspunt is byvoorbeeld dat omgewingsfaktore groter gewig in die bepaling van veerkragtigheid moet dra. Binne hierdie konteks plaas hy die klem op die vergestaltung van veerkragtigheid as 'n produk van die interaktiewe proses tussen individuele en omgewingsfaktore. Met betrekking hiertoe, sal daar voorts na ATHV as konsep gekyk word om te verstaan hoe dit beide 'n individuele en sosiale invloed op ouers van kinders met ATHV uitoefen.

### **1.2.2 ATHV**

ATHV word gekenmerk deur 'n aanhoudende patroon van onoplettendheid en/of hiperaktiwiteit-impulsiwiteit wat inmeng met daaglikse funksionering en ontwikkeling (American Psychiatric Association, 2013, p.59). Volgens internasionale opnames affekteer hierdie versteuring ongeveer 5% van alle kinders in meeste kulture (American Psychiatric Association, 2013, p.61). 'n Studie waarna daar in die *National Mental Health Policy Framework and Strategic Plan* (Department of Health, 2013, p.12) verwys word, het bevind dat die voorkomssyfer vir ATHV 5% in die Wes-Kaap, waar hierdie studie onderneem is, is.

Na aanleiding van 'n persoonlike soektog na studies oor ATHV, het ek gevind dat daar 'n rykdom navorsing vanuit verskillende oogpunte gedoen is om hierdie konsep beter te verstaan. Daar is onder andere studies gepubliseer oor die etiologie (Graumann, 2007; Thapar, Cooper, Eyre & Langley, 2013), epidemiologie (Skogli & Teicher, 2013; Huang, Chu Cheng & Weng, 2014; Polanczyk, Willcutt, Salum, Kieling & Rohde, 2014), assessering (Munkvold, Manger & Lundervold, 2014), diagnosering (Posserud, Ullébo, Plessen, Stormark, Gillberg & Lundervold, 2014; Russell & Ford, 2014) en behandeling (Govender, 2011; Van Schalkwyk & Schronen, 2011; Van Wyk, 2012) van ATHV.

Die diagnosering en behandeling van ATHV word ook vanuit verskillende verwysingsraamwerke ondersoek. Die mediese, arbeidsterapeutiese en sielkundige

raamwerke plaas byvoorbeeld elkeen 'n ander blik op hierdie fenomeen. Hoewel hierdie studie gefokus is op kinders met 'n primêre diagnose van ATHV, word geassosieerde diagnoses (Kleynhans, 2008; Siwelani, 2011; Steijn, Oerlemans, Aken, Buitelaar & Rommelse, 2014; Pazvantoglu, Akbas, Sarisoy, Baykal, Korkmaz, Karabekiroglu & Boke, 2014) gereeld onder die navorsingslens geplaas.

In die lig van die bogenoemde bestaan daar byvoorbeeld verskeie studies oor die verskil tussen meisies en seuns met ATHV (Babinskim, Sibley & Ross, 2013; Rommelse, Altink, Alejandro, Buschgens, Fliers, Faraone, Buitelaar, Sergeant, Oosterlaan, & Barbara, 2008). Ouers se beleving en kennis van hierdie versteuring (Naidoo, 2012; Smith, 2013), asook kinders (Engelbrecht, 2009) en spesifiek meisies (Jacobs, 2014) se beleving van hul eie diagnose is ondersoek. Navorsing plaas veral ook die klem op onderwysers se beleving en hantering van leerders met ATHV (Lopes, 2009; Kendall, 2010; Lawrence, 2013).

Binne die konteks van Onderwyswitskrif 6, 'n beleidsdokument vir die ontwikkeling van 'n inklusiewe onderwys- en opleidingstelsel in Suid-Afrika (Departement van Onderwys, 2001), is daar ook talryke navorsing oor die insluiting van leerders met ATHV in die hoofstroomonderwys gedoen (Stewart, 2009). In verband met ouers se beleving van 'n kind met ATHV, is daar 'n studie gemaak van moeders se persepsie van die ondersteuning wat deur 'n Opvoedkundige Sielkundige aan hul kind met ATHV verleen word (Mohangi & Archer, 2015), asook ouers en onderwysers se persepsie van die invloed van joga op die konsentrasie en gedrag van hul kinders met ATHV (Beart & Lessing, 2013). Ten spyte van die magdom navorsing oor ATHV, is daar 'n leemte in die navorsing rakende die beleving van ouers van kinders met ATHV in hul middelkinderjare, sowel as die vergestaltung van veerkragtigheid binne hierdie konteks. Die studies wat wel hiermee verband hou en in die literatuur gevind word, is verouderd (Dealt, 2010; Roberta & Russell, 2010).

Dit impliseer noodwendig ook 'n leemte in die literatuur vir belanghebbendes, soos ouers van kinders met ATHV in hierdie lewensfase, wat meer te wete wil kom oor ander ouers se beleving in soortgelyke situasies. Wanneer ouers byvoorbeeld die literatuur kan raadpleeg oor dit wat vir die deelnemers van hierdie studie bepalend tot die vergestaltung van veerkragtigheid is, kan hul moontlik ook daarmee identifiseer en die aanbevelings tot hul eie voordeel aanwend. Dit is op 'n soortgelyke wyse ook relevant vir die veld van Opvoedkundige Sielkunde. My oortuiging is dat indien professionele rolspelers meer insig omtrent hierdie fenomeen kan bekom, hulle meer bekwaam sal wees om ander ouers van kinders met ATHV in die middelkinderjare te ondersteun.

Met betrekking tot die middelkinderjare, verduidelik Weiss (2015) dat elke fase regdeur die lewenspan ontwikkelingsoorgange vereis. Een van die eienskappe van ATHV is dat die uitdagings van hierdie toestand in elke nuwe lewensfase uniek is. In die laerskool word daar byvoorbeeld van kinders verwag om te kan stilsit. In die hoërskool moet hul versoekings, wat byvoorbeeld deur groepsdruk veroorsaak word, kan beoordeel en vermy indien nodig. Naskoolse onderwys en opleiding vereis van studente om onafhanklik te kan studeer en tydens volwassenheid moet individue die nodige vaardighede kan bestuur en toepas (Weiss, 2015). In dieselfde trant hou die middelkinderjare ook unieke uitdagings in en is dit daarom belangrik om 'n oorsig aangaande die impak van hierdie fase op ouerskap te bied.

### **1.2.2.1 Die impak op middelkinderjare en ouerskap**

Binne die konteks van hierdie studie het ATHV ook 'n spesifieke en beduidende invloed op kinders gedurende die middelkinderjare. Die middelkinderjare verwys na die ouderdom tussen ses jaar en twaalf jaar — 'n fase waartydens hulle konstante aandag en versekering van hul ouers se liefde nodig het (Newman & Newman, 2015). Hoewel hierdie studie op die beleving van ouers van kinders met ATHV in die middelkinderjare gerig is, is dit belangrik om in ag te neem dat die ervaring gedurende hierdie lewensfase nie staties is nie, maar dat ouers se beleving van hul kind se toestand regdeur die lewenspan ook 'n invloed daarop uitoefen.

Volgens Wait (2004, p.131) word die ontwikkelingstake gedurende die middelkinderjare, soos dit ook in hoofstuk 2 (afdeling 2.2.7) bespreek word, geken aan konkrete kognitiewe operasies, die vestiging van hegte vriendskappe, belangstelling in en ontwikkeling van spanspel (kompetisie), asook die vermoë om selfevaluasie te beoefen (Wait, 2004, p.131). ATHV het egter 'n direkte impak op hierdie ontwikkelingstake. Dit beperk eerstens sosiale vaardighede (Marques, Oliveira, Goulardins, Nascimento, Lima & Casella, 2013) omdat hul byvoorbeeld impulsief en daarom soms sosiaal- en ouderdomsontoepaslik optree. Dit belemmer ook verhoudings en vriendskappe met hul portuur (Becker, Fite, Luebbe, Stoppelbein & Greening, 2013), omdat hul ouderdomsgroep nie altyd hierdie gedrag verstaan nie.

'n Studie van kinders met ATHV in hul middelkinderjare het daarop gedui dat hul eie, sowel as hul ouers se persepsies van die simptome van ATHV nie net aandagafleibaarheid, hiperaktiwiteit en impulsiewe gedrag insluit nie, maar dat dit ook algemene persoonlike welwees, sosialisering, selfbeeld, aanvaarbare gedrag, funksionering in die gesin, akademiese vaardighede en skoolastiese vaardighede negatief

beïnvloed (Marques et al., 2013). Navorsing bevestig dat die belemmering van skolastiese vordering en akademiese prestasie een van die grootste funksionele gevolge van ATHV is (American Psychiatric Association, 2013, p.63). Dit kan, onder andere, toegeskryf word aan die feit dat kinders met hierdie toestand nie genoegsaam in die klas kan konsentreer om optimaal in die onderrigsituasie te leer nie. Belemmerde konsentrasie kan byvoorbeeld ook kinders se vermoë om effektief en op hul eie te studeer, beïnvloed. In die lig hiervan kan ATHV dus as 'n beduidende leerhindernis beskou word.

Volgens Danino en Schechtman (2012) is dit noodsaaklik om ouers van kinders met leerhindernisse te ondersteun, aangesien hierdie kinders weens akademiese, sosiale, emosionele en gedragshindernisse, daaglikse uitdagings tot hul ouers rig (Tumbull, Hart & Lapkin, 2003). Sommige ouers kan hul kind se leerhindernis as geweldig stresvol beleef (Adelizzi & Goss, 2001; Al-Yagon, 2007) en dit kan hul selfs hulpeloos en depressief laat voel (Bandura, Barbaranelli, Caprara & Pastorelli, 1996). Gevolglik beïnvloed dit hul vermoë om hul rol as ouers suksesvol te vervul (Stone, 1997) en is ondersteuning aan hierdie ouers noodsaaklik vir hul eie, maar ook vir die kinders, se onthalwe (Marques et al., 2013).

Kargin (2004) beklemtoon dat ondersteuning en intervensie so spoedig moontlik na die identifisering van 'n kind se leerhindernis moet plaasvind. In Suid-Afrika word hierdie dienste egter belemmer deur personeeltekorte, gebrekkige dienslewering weens 'n tekort aan fasiliteite, asook beperkte toegang tot gesondheidsdienste (Department of Social Development, 2009). Binne hierdie konteks is dit moontlik dat 'n tekort aan hulpbronne en dienste, veral in die lig van Ungar (2012) se klem op die interaksie met omgewingsfaktore, 'n invloed op die vergestaltung van veerkragtigheid van die ouers van kinders met hierdie toestand kan uitoefen.

### **1.2.2.2 ATHV as 'n gestremdheid**

In die lig van die akademiese, sosiale, emosionele en gedragshindernisse, en dus ook die uitdagings wat ATHV by ouers teweegbring (Tumbull, Hart & Lapkin, 2003), is dit onmoontlik om die beleving van ATHV van dié van 'n gestremdheid te skei. Volgens die nasionale sensusopnames in Suid-Afrika was daar in 2011, 4,1% en in 2016, 3,0% van kinders tussen 10 en 14 jaar, en dus in hul middelkinderjare, wat gestremdhede het (Statistics South Africa, 2016, p.34). Gestremdheid is 'n komplekse begrip wat aan die hand van verskeie modelle, perspektiewe en teorieë omskryf kan word. Die feit dat mense met gestremdhede nie 'n homogene groep is nie, dra verder by tot hierdie kompleksiteit. Daar word dus 'n groot verskeidenheid definisies en omskrywings van gestremdheid in die

literatuur aangetref. Die World Health Organisation (WHO, 1980) het hul definisie van gestremdheid in die *International Classification of Impairment, Disability and Handicaps* (ICIDH) uiteengesit. Dit onderskei tussen inperkings, gestremdhede en gebreke.

- Inperking (*impairment*): enige verlies of abnormaliteit van sielkundige, fisiologiese of anatomiese struktuur of funksie.
- Gestremdheid (*disability*): enige beperking of gebrek aan vermoë (as gevolg van 'n inperking) om 'n aktiwiteit uit te voer, op 'n manier of binne 'n sekere bestek wat as normaal vir mense beskou word.
- Gebrek (*handicap*): 'n benadeling wat deur 'n gegewe individu ervaar word, as gevolg van 'n inperking of gestremdheid, wat die verwesenliking van 'n rol wat normaal is, afhange van ouderdom, geslag, sosiale en kulturele faktore, vir daardie individu beperk.

Hieruit kan daar afgelei word dat die fokus nie net op die fisiese of sielkundige benadeling is nie, maar ook op die ongelyke deelname aan alledaagse aktiwiteite wat mense met gestremdhede ervaar. In die lig hiervan is dit duidelik dat individue met ATHV ook binne hierdie omskrywing geklassifiseer kan word. Dit is egter belangrik om daarop te let dat hierdie definisie in die raamwerk van die mediese model saamgestel is, wat hoofsaaklik na gestremdheid as 'n fenomeen binne die individu verwys. Daar was intussen 'n paradigmaterskuiwing na 'n sosiale model van gestremdheid wat as 'n meer gepaste perspektief aanvaar word.

Die sosiale model van gestremdheid se beredenering is dat gestremdheid veroorsaak word deur die samelewing wat die behoeftes van mense met gestremdhede verontagsaam. Die sienswyse is dus dat dit nie noodwendig 'n individu se persoonlike inperking is wat stremmend is nie (Riddell, Tinklin & Wilson, 2005). Tog ontken die sosiale model nie die individuele faktore wat 'n rol speel in gestremdheid nie. Stephen, Ruddick en Holland (2015, p.194) stel egter steeds 'n meer geïntegreerde beskouing van die mediese en sosiale modelle voor: “*We formulate an emplaced model of disability wherein bodies, social expectations and built form intersect in embodied experiences in specific environments to increase or decrease the capacity of disabled children to act in those environments.*”

In hul kritiek teen “óf die een óf die ander”, aanvaar hulle dus 'n omvattende model van gestremdheid wat die beleving van persoonlike, sowel as die biologiese faktore, binne die omgewingsfaktore erken. In ooreenstemming met die perspektief dat mense met gestremdhede die invloed van omgewingshindernisse deur middel van hul liggame beleef,

word daar geargumenteer dat daar ten minste 'n gedeeltelike begrip van omgewingsfaktore bekom moet word (Stephen, Ruddick & Holland, 2015, p.194). Met hierdie uitgangspunt sal die bekwaamheidsteorie (*capability theory*), soos dit in hoofstuk 2 (afdeling 2.2.7) uiteengesit word, as raamwerk vir hierdie studie gebruik word. Die motivering is dat dit ooreenkomstig met die geïntegreerde benadering, die invloed van beide die sosiale en persoonlike aspekte van gestremdheid, en dus ook van ATHV, erken (Mitra, 2006; Ungar, 2012). Hierdie benadering fokus ook op sterktes soos persoonlike kapasiteit, omgewingsgeleenthede en hulpbronne. Daarom ondersteun dit ook die veerkragtigheidsperspektief in hierdie studie (Porcelli et al., 2014).

'n Sterkteperspektief impliseer egter nie die ontkenning van uitdagings nie. Navorsing deur Mohangi en Archer (2015) het aan die lig gebring dat ouers van kinders met ATHV 'n behoefte aan emosionele ondersteuning ten opsigte van die normalisering van hul gevoelens nodig het. Hulle wil graag hoor dat dit wat hul in terme van hul kind se toestand beleef, nie noodwendig 'n unieke en uitsonderlike ervaring is nie. Ouers van kinders met ATHV soek ook leiding ten opsigte van wat om te verwag van 'n lewe met 'n kind met ATHV. 'n Ander groep ouers het 'n definitiewe behoefte aan 'n ondersteuningsgroep uitgespreek. Die grootste behoefte was egter dat 'n Opvoedkundige Sielkundige onderwysers bemagtig met kennis aangaande ATHV om sodoende 'n ingesteldheid vir 'n inklusiewe skoolomgewing te kweek (Mohangi & Archer, 2015). Hierdie bevindinge versterk nie net die rasionaal vir die betrokke studie nie, maar beklemtoon ook die belang van inklusiewe onderwys binne hierdie konteks.

In ooreenstemming met die bogenoemde was die *Education for All (EFA)*-inisiatief wat in 1990 geloods is, en 'n internasionale beweging in die rigting van kwaliteitsonderwys vir alle kinders en volwassenes tot gevolg gehad het, 'n belangrike keerpunt vir inklusiewe onderwys in Suid-Afrika (*United Nations Educational, Scientific, and Cultural Organization [UNESCO]*, 1990). Suid-Afrika was een van 189 lande wat in 2000 tot die doelwitte van hierdie inisiatief verbind is deur die ondertekening van die *Millennium Development Goals (UNESCO, 2000)*. Witskrif 6 (Departement van Onderwys 2001, p.10) is gevolglik opgestel as die Suid-Afrikaanse beleid aangaande 'n onverdeelde onderwysstelsel vir alle kinders, so ook kinders met ATHV. Hierdie Witskrif het onder andere ten doel om Suid-Afrika se onderwysstelsel as 'n geïntegreerde stelsel toeganklik te maak vir alle leerders; 'n kurrikulum daar te stel wat meer buigsaam ooreenkomstig kinders se behoeftes is; en om distriksgebaseerde ondersteuningspanne beskikbaar te stel om sistematiese ondersteuning aan onderwysers vir die hantering van kinders se diverse behoeftes en die gevolglike uitdagings.

Hierdie beweging na inklusiewe onderwys impliseer egter ook die heroorweging van ondersteuningsrolspelers. Die verskuiwing van 'n oorwegend mediese model na 'n meer sterktegebaseerde perspektief, impliseer en beklemtoon die ontwikkeling van kollaboratiewe verhoudings tussen professionele rolspelers, onderwysers, ouers en kinders (Donald, Lazarus & Moolla, 2014; Sands, Kozleski & French, 2000). In die lig hiervan benadruk Conner en Cavendish (2017) dat die onus op professionele rolspelers in die skoolomgewing rus om ouerbetrokkenheid en hul gelyke posisionering as vennote in hul kind se ondersteuningsproses te erken en aan te moedig. Studies dui egter daarop dat professionele rolspelers, soos Opvoedkundige Sielkundiges, ten spyte van die beweging na 'n inklusiewe onderwysstelsel, steeds binne die tradisionele raamwerk van 'n meer asimmetriese magverhouding werk (Farrell, 2006). Binne die konteks van hierdie studie is die afleiding dat ouers van kinders met ATHV ook moontlik steeds deur 'n meer tradisionele benadering tot die ondersteuning van hul kinders geraak word en daarom is dit ook belangrik om laasgenoemde in ag te neem.

### **1.3 PROBLEEMSTELLING VAN DIE NAVORSING**

Uit die motivering vir hierdie navorsing word die aanname gemaak dat kinders met ATHV in die middelkinderjare eiesoortige ondersteuning nodig het in die bemeestering van verskeie ontwikkelingsstake eie aan hierdie fase. Dit plaas, bo en behalwe die gewone eise van ouerskap, eiesoortige druk en stres op ouers (Al-Yagon, 2007). Dit strook met navorsing deur Hsiao (2017) wat staaf dat ouers van kinders met gestremdhede hoër vlakke van stres as ander ouers ervaar. Raphael, Zhang, Liu en Giardino (2010) verwys na hierdie spesifieke stres van ouers as 'n oneweredige balans tussen die eise van ouerskap en die beskikbare hulpbronne daartoe. Hul betoog is dat die vermelde stres effektiewe ouerskap kan belemmer. Dit kan daartoe lei dat ouers oorreageer op hul kinders se gedrag en ook dat hul hanteringstrategieë minder effektief toepas. Gevolglik kan dit 'n negatiewe uitwerking of hul kinders se welwees hê (Ben-Sasson, Soto, Martinez-Pedraza & Carter, 2013). Juis daarom is my oortuiging dat wanneer daar ondersoek ingestel word aangaande die belewing van ouers van kinders met ATHV in die middelkinderjare, asook die bepalers tot die vergestaltung van veerkragtige ouerskap binne hierdie konteks, dit moontlik ook van waarde vir ander ouers in soortgelyke situasies kan wees.

Vanweë die hoë voorkomssyfer van ATHV, en die beduidende impak wat dit op die kind en ouers het, is daar al heelwat navorsing gedoen ten einde hierdie toestand beter te verstaan. Soos daar reeds in afdeling 1.2 verduidelik is, kon daar egter geen spesifieke navorsing gevind word oor die belewing van ouers van kinders met ATHV in hul



middelkinderjare, asook die vergestaltung van veerkragtige ouerskap binne hierdie konteks nie. Dit is juis hierdie leemte in die navorsing wat die onontbeerlikheid van hierdie studie beklemtoon.

Die uitgangspunt is dat wanneer daar insig en kennis aangaande die belewing en veerkragtigheid van ouers van kinders met ATHV bekom word, dit nie alleenlik ouers kan help om hanteringstrategieë in plek te stel om die vergestaltung van veerkragtigheid te bevorder nie, maar dit ook die gemeenskap en ander professionele rolspelers kan mobiliseer om ouers ten opsigte van die bevordering van veerkragtigheid te ondersteun. Hierdie betoog dien dan ook as 'n vertrekpunt vir die volgende navorsingsvrae:

- (1) *Wat is die belewing van ouers van kinders met ATHV in hul middelkinderjare?* en
- (2) *Wat is die bepalers vir die vergestaltung van veerkragtige ouerskap in terme van kinders met ATHV in hul middelkinderjare?*

In ag geneem die bekwaamheidsteorie (*capability theory*) wat in hoofstuk 2 (afdeling 2.2.7) bespreek word, kan die deelnemers se (1) persoonlike karaktereienskappe (bv. inperking, ouderdom, geslag), (2) hulpbronne, en (3) omgewing (fisies, sosiaal, ekonomies, polities), asook die interaksie tussen hierdie faktore ondersoek word. Op so 'n wyse kan daar vasgestel word watter prosesse bydra om stres en kwesbaarheid van ouers van kinders met ATHV gedurende krisissituasies te verminder, groei te bewerkstellig en gesinne in staat te stel om teenspoed te hanteer. Gevolglik kan dit as vertrekpunt gebruik word om ouers se belewing met 'n kind met ATHV in die middelkinderjare, asook die bepalers tot die vergestaltung van veerkragtigheid van die deelnemers van hierdie studie te identifiseer en beskryf.

Die aanname is dat wanneer die bepalers tot die vergestaltung van veerkragtigheid van ouers van kinders met ATHV in die middelkinderjare in hierdie studie geïdentifiseer word, dit gebruik kan word in die ontwikkeling van 'n diagrammatiese voorstelling om te teoretiseer oor die belewing van ouers van kinders met hierdie toestand, sowel as die bepalers tot die vergestaltung van veerkragtige ouerskap binne hierdie konteks voor te stel. Nie net kan so 'n voorstelling 'n essensiële bydrae in hierdie verband lewer nie, maar kan dit ook waarde toevoeg by die voortbouing van die bestaande kennisbasis aangaande die veerkragtigheidsteorie, asook by die verryking van die Opvoedkundige Sielkundepraktyk ten opsigte van ouers van kinders met ATHV.

## 1.4 DOELSTELLING EN BEOOGDE BYDRAE VAN DIE NAVORSING

Die navorsingsdoelstelling van 'n studie gee 'n breë aanduiding van wat met die navorsing bereik wil word (Mouton, 2001). In die lig van hierdie leemte in die literatuur omtrent die beleving en die veerkragtigheid van spesifiek die ouers van kinders met ATHV, gaan hierdie navorsing van die veronderstelling uit om 'n studie te onderneem waarvoor daar beperkte navorsingskennis bestaan. Die breë algemene oogmerk van sodanige navorsingsdoelstellings in hierdie studie is daarom om nuwe insigte omtrent die betrokke fenomeen te verken ten einde 'n diagrammatiese voorstelling (diagram 8.1) te kan ontwikkel rakende die beleving van ouers van kinders met ATHV in hul middelkinderjare en die vergestaltung van veerkragtigheid binne hierdie konteks. Ten einde hierdie doelwit te bereik is die subdoelwitte om:

- die bepalers wat die vergestaltung van veerkragtigheid by ouers van kinders met ATHV in hul middelkinderjare bevorder te identifiseer en te omskryf;
- die ouers se algemene beleving van veerkragtigheid te beskryf;
- die subjektiewe beleving van die dimensies van hierdie fenomeen te analiseer en beskryf;
- aanbevelings te maak rakende die bevordering van veerkragtigheid van ouers van kinders met ATHV in hul middelkinderjare.

Op grond hiervan is die beoogde bydraes wat ek poog om met hierdie navorsing te maak, om:

- op 'n teoretiese vlak waarde toe te voeg ten opsigte van die uitbreiding en ondersoek van bestaande literatuur rakende die fenomeen;
- op 'n praktyksvlak die kennis omtrent die beleving van ouers van kinders met ATHV in hul middelkinderjare, asook die bepalers tot die vergestaltung van veerkragtige ouerskap binne hierdie konteks uit te brei, sodat Opvoedkundige Sielkundiges dit as grondlegging vir ondersteuning binne hierdie konteks kan gebruik;
- op beleidsvlak aanbevelings te kan maak, sodat beleid en riglyne in plek gestel of belyn kan word ter bevordering van die vergestaltung van veerkragtigheid van ouers van kinders met ATHV in hul middelkinderjare.

In my poging om die voorafgaande doelwitte met die uitvoer van hierdie studie te bereik, is die ouers van kinders met ATHV in hul middelkinderjare as meesterkenners in hierdie proses betrek. Die navorsingsontwerp en -metodologie van hierdie ondersoek sal

vervolgens bondig bespreek word ten einde 'n oorsig te bied van die wyse waarop die studie uitgevoer is.

## 1.5 NAVORSINGSONTWERP EN -METODOLOGIE

Aangesien ek poog om die subjektiewe beleving van deelnemers as ouers van kinders met ATHV in hul middelkinderjare te beskryf, is hierdie studie vanuit 'n interpretatiewe staanspoor benader. Ek het 'n kwalitatiewe en narratiewe ondersoekbenadering gebruik om hul subjektiewe wêreldbeskouing te verken en te beskryf. Daar is besluit om 'n narratiewe gevallestudie as navorsingsontwerp te gebruik, aangesien dit my as navorser die geleentheid gebied het om aandag aan die unieke aard van elke geval te skenk. Een-en-twintig ouers van leerders met ATHV is doelbewus vir datagenerering gekies.

Die kriteria waarvolgens deelnemers geselekteer is, sluit Afrikaans of Engelse ouers van kinders in hul middelkinderjare met ATHV as primêre diagnose in. Daar is aanvanklik besluit om vrywillige deelname te verseker deur plaaslike skole se nuusbriewe te gebruik om ouers uit te nooi om deel te neem aan die studie. Ouers wat van die navorsing te hore gekom het, het egter die nuus op 'n informele wyse na ander ouers by 'n ondersteuningsgroep, wat nie aan 'n spesifieke skool verbonde is nie, versprei. Op so 'n wyse het dit 'n sneebaleffek tot gevolg gehad en het al die deelnemers, soos dit in hoofstuk 4 (afdeling 4.4.3) bespreek word, op 'n spontane wyse as vrywilligers by die studie aangemeld. Ek het ook belangstellendes persoonlik ontmoet, die omvang van die navorsing aan hul verduidelik en die vrywillige aard van die deelname beklemtoon. Daar is egter verseker dat deelnemers steeds aan die seleksiekriteria voldoen het.

Semi-gestruktureerde narratiewe onderhoude, waarneming en die maak van veldnotas in die onderhoude, dagboekinskrywings van die deelnemers, asook reflektiewe joernaalinskrywings is as metodes van datagenerering aangewend. Dit is gedoen om volledige en vergelykbare data te genereer omtrent ouers van kinders met ATHV se beleving aangaande hierdie toestand, asook hul spesifieke ervaring rakende die vergestaltung van veerkragtige ouerskap in terme hiervan (Clandinin & Connelly, 2000). Alle onderhoude is met 'n informele gesprek ingelei ten einde rapport met die deelnemers te bou en 'n vertrouensverhouding te vestig wat bygedra het tot die generering van ryk en deeglike data.

Na afloop van die narratiewe gesprekke is elke onderhoud persoonlik en so spoedig moontlik as primêre datatipe getranskribeer. Data is met aantekeninge van my waarnemings gedurende onderhoude, die deelnemers se dagboekinskrywings, asook

reflektiewe joernaalinskrywings aangevul. Nadat die data volledig uiteengesit en gesorteer is, is daar nuwe narratiewe gevorm wat teen die navorsingsvrae afgegrens is (Cohen, Monion & Morrison, 2000). Data is daarna eers per deelnemer en volgens temas geanaliseer en dit is gevolg deur intravergetylykings van die temas. Dit het binne die raamwerk van 'n beskrywende veelvuldige gevallestudie plaasgevind, aangesien elke deelnemer se beleving en situasie uniek is. Die data is na afloop van die analise geïnterpreteer ten einde 'n diagrammatiese voorstelling te ontwikkel rakende die beleving van ouers van kinders met ATHV in hul middekinderjare, asook die vergestaltung van veerkragtige ouerskap binne hierdie konteks.

Daar is deurgaans verseker dat hierdie navorsing voldoen aan die professionele etiek van 'n Opvoedkundige Sielkundige, soos dit deur die *Health Professional Council of South Africa (HPCSA)* uiteengesit is. Etiese riglyne, soos goedgekeur deur die Navorsingsetiesekomitee van Mensnavorsing (NEK) (nie-gesondheid) by Stellenbosch Universiteit, is deurgaans gevolg ten einde deelnemers se reg tot menswaardige behandeling te beskerm. Alle inligting wat gegenereer is, is vertroulik en anoniem hanteer, terwyl data veilig gestoor is soos dit in fynere besonderhede in hoofstuk 4 (afdeling 4.6) beskryf word.

## 1.6 PROGRAM VAN DIE STUDIE

<b>Literatuur-oorsig as teoretiese grondlegging</b> Hoofstuk 2: Veerkragtigheid en ATHV	<b>Doelstelling van studie</b> Hoofstuk 1: Konseptualisering van studie		<b>Beantwoording van doelwitte</b> ↑
	<b>Hoofstuk 4: Navorsingsontwerp en -metodologie</b>	<b>Dataverwerking</b> Hoofstuk 5: Beskrywing van data Hoofstuk 6: Interpretatiewe analise van data	
	<b>Navorsingsbevindinge</b> Hoofstuk 7: Interpretasie van navorsingsbevindinge Hoofstuk 8: Samevatting en aanbevelings		

### Diagram 1.1: Die program en verloop van die betrokke navorsing

Hierdie hoofstuk het 'n konseptualisering van die betrokke studie gebied. Hoofstuk 2 sal 'n teoretiese grondslag vir die navorsing aan die hand van die relevante aspekte en teorieë van veerkragtigheid bied. Daar sal ook meer aandag aan ATHV as konsep geskenk word. Hoofstuk 3 bied 'n literaturoorsig aangaande middelkinderjare as ontwikkelingsfase, asook die beleving van ouerskap van kinders met ATHV in hierdie fase van hul lewens.

Hoofstuk 4 sal fokus op die navorsingsontwerp en -metodologie, terwyl hoofstuk 5 die beskrywing van data sal saamvat. Hoofstuk 6 bied 'n interpretatiewe analise van die data en in hoofstuk 7 sal 'n interpretasie van die navorsingsbevindinge volg. Hoofstuk 8 bestaan uit 'n samevatting van die betrokke studie, asook aanbevelings wat op grond van hierdie navorsing gemaak is. 'n Visuele samevatting van die program en verloop van hierdie studie is in diagram 1.1 uiteengesit.

## Hoofstuk 2

# VEERKRAGTIGHEID EN ATHV

'n Literatuurstudie het ten doel om konsepte en konstrukte relevant tot die navorsing te verduidelik. 'n Omvattende begrip van veerkrag, ATHV, middelkinderjare, sowel as ouerskap, is krities in die ondersoek na die beleving van ouers van kinders met ATHV, sowel as die verstaan van die vergestaltung van veerkragtige ouerskap binne hierdie konteks. Die fokus van die volgende twee hoofstukke is daarom om 'n konseptualisering van die vermelde konsepte te bied, wat ek as 'n kennisbasis vir my navorsing kan gebruik.

Die verdere doel met die literatuuoroorsig is om die argument van die betrokke navorsing te versterk. Daarom bied ek ook 'n oorsig van vorige navorsing waarteen ek die voornemende navorsing kan meet en uitvoer. Dit verskaf dus leiding om die gevolgtrekkings en bevindinge van my navorsing te verstaan en om vas te stel of dit met vorige en soortgelyke navorsing ooreenstem of nie (Boote & Beile, 2005). Binne hierdie konteks, en op grond van bestaande literatuur, argumenteer ek eerstens dat ATHV 'n beduidende invloed op die lewe van ouers van kinders met hierdie toestand uitoefen, en tweedens dat veerkragtigheid 'n sosiale konstruk is wat kan bydra tot ouers se hantering van die simptome en invloede van ATHV.

Voorts bied hoofstuk 2 eers 'n literatuuoroorsig van veerkragtigheid as konsep wat, onder andere, as 'n teoretiese vertrekpunt vir hierdie studie sal dien. Daarna sal 'n bespreking van ATHV volg met besondere aandag aan die historiese oorsig van ATHV, die diagnostiese kriteria en simptome van ATHV, geassosieerde probleme en komorbiede versteurings, etiologie, intervensies en behandeling van ATHV, ATHV binne Suid-Afrikaanse konteks en ATHV en gestremdheidstudies.

## 2.1 VEERKRAGTIGHEID

### 2.1.1 Konseptualisering

Hierdie afdeling poog om 'n konseptualisering van veerkragtigheid as fenomeen te bied. Met die oog op die navorsingsdoelstelling van die betrokke studie, fokus hierdie afdeling hoofsaaklik op 'n literatuuoroorsig van die wyse waarop individuele, interpersoonlike, asook kulturele en gemeenskapsfaktore, ouers se beleving van veerkragtigheid kan beïnvloed. Ek sit daarna verskillende modelle van gesinsveerkragtigheid uiteen, aangesien dit binne

die konteks van hierdie studie belangrik is om te verstaan hoe veerkragtigheid in ouers van kinders met ATHV moontlik beïnvloed en bewerkstellig kan word.

Die oorsprong van veerkragtnavorsing lê diep in die geskiedenis van geneeskunde, sielkunde en opvoedkunde gewortel. Volgens Masten en Coatsworth (1998, p.205) het die aanvanklike, en op daardie stadium hoofsaaklik individualistiese, perspektief van veerkragtigheidsnavorsing reeds in die 1970's ontstaan toe pioniernavorsers (Anthony, 1974; Garnezy, 1974; Murphy & Moriarty, 1976; Rutter, 1979; Wemer & Smith, 1982) in 'n studie oor die negatiewe effek van ongunstige toestande, tekens van aanpasbaarheid in kinders in hoë risiko-omstandighede bespeur het. Na aanleiding hiervan het hul fokus na die kinders se stresweerstand verskuif en is daar ondersoek ingestel na die bepalers wat hierdie kinders teen wanaanpassing beskerm het (Theron, 2010).

Binne hierdie konteks is daar sedert die 1990's 'n bepaalde verskuiwing in navorsing vanaf die oorwegend patogene paradigma na 'n salutogene paradigma (Smith, 1999). Antonovsky, wat as die uitvinder van hierdie term beskou kan word, het egter reeds in 1979 in sy boek *Health, stress and coping* verskeie invloede beskryf wat 'n katalisator was vir vrae oor hoe mense, selfs te midde van stresvolle lewenservarings, oorleef en aanpas (Antonovsky, 1979). Antonovsky se benadering strook dus met die fokus van veerkragtigheid wat gerig is op kenmerke wat tot gesonde funksionering bydra, eerder as op faktore wat met tekortkominge verbind word (Hawley & DeHaan, 1996).

### **2.1.2 Definisies van veerkragtigheid**

Veerkragtigheid word in die navorsingsliteratuur op verskeie wyses verklaar. Dit word deur menige navorsers beskou as die vermoë om terug te bons, oftewel suksesvol aan te pas, na blootstelling aan 'n stresvolle lewensgebeurtenis (Hawley, 2000, p.102). Garnezy (1993, p.129) beskryf dit as funksionering na die afloop van teenspoed, terwyl Hawley en De Haan (1996) dit aan die hand van drie temas definieer. Eerstens word dit gedefinieer as volharding ten spyte van swaarkry. Tweedens verwys dit na die aanpassingsproses en derdens word dit in terme van welwees, eerder as patologie, beskryf. Dus word die verskuiwing na 'n salutogene paradigma weereens beklemtoon.

In lyn met die bogenoemde definisies konseptualiseer Smith (2006) veerkragtigheid as die vermoë om van teenspoed te herstel. Hy omskryf dit as 'n proses wat gedefinieer kan word as fases wat beweging, herstel en groei ten spyte van terugslae en teenspoed, impliseer. Dit behels byvoorbeeld die vermoë om uit te styg, aan te beweeg en terug te bons (Smith, 2006). Snyder en Lopez (2007) se kritiek is egter dat die begripsverklaring

van veerkrag, “om terug te bons”, versigtig geïnterpreteer moet word, aangesien navorsers nog nie eenstemmigheid bereik het rakende die antwoorde op “bounced back to what?” nie. Terwyl sommige navorsers fokus op die terugkeer na normale funksionering (Zautra, Arewasikporn & Davis, 2010), is ander se oortuiging dat veerkrag eerder verstaan moet word as die verandering of transformasie na iets nuut, eerder as ’n terugkeer na die vorige toestand (Kirmayer, Sehdev, Whitley, Dandaneau & Issac, 2009).

Ungar (2004) omskryf die konsep van veerkragtigheid as ’n diskoers vanuit die sosiale konstruksionisme. Binne hierdie konteks word dit beskou as ’n konstruksie wat uit interaksie met ander ontstaan en ontwikkel. Samevattend verduidelik hy dit as ’n komplekse proses, wat te midde van teenspoed, deur interaksie met die omgewing bevorderlik vir welwees is. Hy verwys na hierdie proses as multidimensioneel, en na die verhouding tussen die bepalers daarvan as kompleks, relatief en kontekstueel (2004, p.344).

Ten spyte van die kritiek teen spesifiek die uitkomst van veerkragtigheid, bestaan daar ook vanuit vele ander perspektiewe kritiek teen veerkragtigheid as konsep. My persoonlike oortuiging is dat die belangrikste kritiek waarskynlik die aanname is dat veerkrag na ’n hindernisvrye toestand verwys. Daarom ondersteun ek Greeff en Human (2004) se betoog teen die mite dat veerkragtigheid na ’n probleemvrye konsep rakende ouers van kinders met leerhindernisse verwys. Hulle voer aan dat dit eerder op die ouers se vermoë tot herstrukturering en hernuwing, ten spyte van die teenwoordigheid van teenspoed en uitdagings, gefokus is. Terwyl internasionale navorsing eenstemmig is dat veerkragtigheid slegs in die teenwoordigheid van risikofaktore of teenspoed kan voorkom, heers daar ook ’n beduidende debat rakende die beskermingsfaktore wat as ’n boublok van hierdie konsep dien (Harvey & Delfabbro, 2004, p.3). Te midde van hierdie debat bestaan daar wel uitgebreide navorsing oor die boublokke van veerkragtigheid en vervolgens word relevante individuele bepalers as boublokke van veerkragtigheid bespreek.

### **2.1.3 Individuele bepalers van veerkragtigheid**

Theron (2010, p.1) lys voorbeelde van boublokke as individuele bepalers van die vergestaltung van veerkragtigheid as persoonlikheidstrekke (bv. optimisme, buigbaarheid en selfgeding), ingesteldheid (bv. positiewe denke, temperament en selfstandigheid), asook biologiese faktore (bv. intelligensie en goeie gesondheid). Benjamin (2014) se studie verduidelik dat optimisme (Sien ook Galatzer-Levy & Bonanno, 2012), interne lokus van beheer (Sien ook Herrman, Stewart, Diaz-Granados, Berger, Jackson & Yean, 2011), ’n goeie selfbeeld en die vermoë om stresvolle lewensgebeurtenisse op ’n positiewe wyse



te interpreteer alles bydra tot die kweek van veerkragtigheid (Sien ook Frankl, 2006; McRae, Ciesielski en Gross, 2012). Daarmee saam word intellek, kognitiewe buigzaamheid, emosionele regulering, spiritualiteit en aanpasbaarheid ook positief met veerkragtige individue verbind (Benjamin, 2014, p.46).

Finzi-Dotton, Triwitz en Golubchik (2011) het 'n studie onderneem om die voorspellers van groei, oftewel veerkragtigheid in ouers van kinders met ATHV vas te stel. Daar is bevind dat emosionele intelligensie, wat 'n samestelling van verskeie individuele eienskappe is, bydra tot die kapasiteit van hierdie ouers om uitdagings te hanteer. Tedeschi en Calhoun (2004) het in hul studie ouers van kinders met ATHV se kognitiewe prosessering geassesseer om die invloed daarvan op hul vermoë tot streshantering te bepaal. Hul bevinding was dat emosionele intelligensie as individuele eienskappe dien wat die bestuur en hantering van stresvolle situasies bevorder. Dit hou ook verband met Martinez-Marti en Willibald (2017) se bevinding dat 'n sterk karakter positief korreleer met die vergestaltung van veerkragtigheid in individue.

Onlangse navorsing rakende die biologiese faktore wat die individu se kapasiteit tot veerkragtigheid beïnvloed, dui daarop dat stressors in 'n omgewing die stresresponsstelsel, en daarom ook die neurologiese ontwikkeling, van die individu kan beïnvloed (Benjamin, 2014; Wu, Feder, Cohen, Kim, Calderon, Charney & Mathé, 2013). Gevolglik kan dit lei tot 'n afname in die kapasiteit vir veerkragtigheid, aangesien hierdie biologiese faktore kwesbaarheid in die regulering van emosies kan veroorsaak. Benjamin (2014) se argument is dat die teenoorgestelde ook waar moet wees en dat 'n ondersteunende omgewing en verhoudings waarin hegte bande gevorm is, dus kan bydra tot 'n individu se kapasiteit tot veerkragtigheid.

Hoewel navorsing reeds bygedra het tot 'n uitgebreide lys van beskermingsfaktore, oftewel individuele bepalers van veerkragtigheid, word die effektiwiteit waarmee dit positiewe uitkomst kan oplewer, asook die konsekwentheid waarmee hierdie faktore verskillende individue kan beskerm, bevraagteken. Gesamentlik hiermee, speel veranderlikheid ook 'n belangrike rol in hoe en waar individue van spesifieke hulpbronne gebruik maak wanneer hulle met risiko's of met moeilike omstandighede gekonfronteer word. Volgens Harvey en Delbabbro (2004) word hierdie aspek egter dikwels in studies buite rekening gelaat. Die kritiek teen individuele bepalers as bloublokke vir veerkragtigheid sluit in dat dit aanvanklik slegs aan die individu toegeskryf is, terwyl daar verskeie interpersoonlike aspekte is wat as bepalers van veerkragtigheid dien. Dit hou ook verband met Ungar (2004) se argument dat veerkragtigheid deur die interaksie met ander gekonstrueer word wat vervolgens bespreek word.

#### 2.1.4 Interpersoonlike bepalers van veerkragtigheid

Vanuit 'n sosiaal-konstruksionistiese perspektief kan veerkragtigheid deur interaksie met ander mense en die omgewing bewerkstellig word (Masten & Powell, 2003; Ungar 2004). In die lig van hierdie benadering is die uitsluitlike fokus op die individu in veerkragtigheidsstudies mettertyd vervang met 'n groeiende begrip van veerkragtigheid wat ook 'n interaktiewe proses van die beskermende faktore binne die individu, saam met beskermende faktore in gesinne (bv. gesonde gesinsroetines, ondersteunende ouers en uitgebreide gesinsondersteuning), sowel as in gemeenskappe (bv. toegang tot goeie skole, asook mentorskap deur ander volwassenes) erken. Hieruit is dit duidelik dat die inagneming van konteks, eerder as die uitsluitlike fokus op individuele aspekte, belangrik is in die verstaan van veerkragtigheid as konsep.

Volgens Wagner (2009) kan sosiale ondersteuning 'n beduidende bydrae tot die veerkragtigheid van 'n individu lewer. Benjamin (2014) verduidelik dat dit gewoonlik binne 'n geborge gesinsomgewing begin (Wagner, 2009). Daar kan dus aangevoer word dat 'n stabiele en ondersteunende gesin, waarbinne daar hegte bande bestaan, voordelig vir die veerkragtigheid van ouers van kinders met ATHV is (Christiansen & Evans, 2005; Herrman et al., 2011). Dit is egter belangrik om daarop te let dat dit nie net van toepassing op 'n kerngesin is nie, maar ook op enige ander tipe gesinne of definisie van ouerskap soos dit in hoofstuk 3.3 bespreek sal word.

Waldinger (2015) se navorsing sluit hierby aan met sy uitgangspunt dat verhoudings 'n belangrike bepaler van veerkragtigheid is. Waldinger is die direkteur van 'n studie oor ontwikkeling van die volwassene wat al 75 jaar lank duur. Die navorsing, wat in 1938 begin het, sluit twee groepe deelnemers in, naamlik (1) studente van Harvard Universiteit wat tydens die Tweede Wêreldoorlog gegradeer het en daarna oorlog toe is; en (2) 'n groep seuns wat in Boston, Amerika se armste woonbuurte grootgeword het. Die studie het aan die lig gebring dat mense wat goeie sosiale verhoudings met ander het, nie net gelukkiger is nie, maar fisies gesonder is en ook langer leef. Daar word egter klem gelê op die feit dat dit nie die hoeveelheid verhoudings is wat belangrik is nie, maar eerder die gehalte wat die verskil in die veerkragtigheid van mense bewerkstellig.

Navorsing deur Linda Liebenberg en Michael Ungar (2008) dui daarop dat ondersteuning in die gemeenskap en gesonde vriendskappe positief korreleer met die veerkragtigheid van mense wat aan voortdurende stresvolle lewensgebeurtenisse blootgestel word (Utsey, Bolden, Williams, Lee & Lanier, 2007). Liesel Ebersöhn (2012) se kollektivistiese siening rakende veerkragtigheid sluit hierby aan. Haar betoog is dat verhoudinge bydra tot die

mobilisasie van toegang tot hulpbronne en sodoende ondersteuning aan individue bied om positiewe aanpassing in stresvolle toestande te bewerkstellig.

In haar onlangse navorsing oor 'n veerkragtigheid- en welweesbenadering tot onderwys en armoede, benadruk sy die belangrikheid daarvan om “connectedness” te mobiliseer vir intervensies in die bevordering van welwees (Ebersöhn, 2017a). In die volgende artikel verduidelik Ebersöhn (2017b) die belangrikheid van sosiale ondersteuning in die veerkragtigheid van skole. Haar bevinding is dat onderwysers van veerkragtige skole nie 'n staanspoor van veg of vlug inneem nie, maar dat hulle eerder saamstaan om simbiotiese voordeel uit mekaar se hulpbronne te put: *“Teachers in these schools don't go into 'fight or flight' mode in response to the sorts of shocks I've described. They flock together. They tap into each other's relationships to access and use available resources.”* Hierdie benadering beklemtoon veerkrag as sosiale konstruk en onderstreep die belangrike rol wat die gemeenskap in hierdie verband speel. So 'n gemeenskap kan ook ouers van kinders met ATHV wees wat mekaar ondersteun.

Navorsing het bevind dat die veerkragtigheid van 'n individu baie sterk verband hou met die veerkragtigheid van hul gesinne en gemeenskappe (Liebenberg & Ungar, 2008, p.4). Die afleiding is dat die vergestaltung van veerkragtigheid van ouers van kinders met ATHV ook daarom deur die veerkragtigheid van die gemeenskap bepaal kan word. Binne hierdie konteks het Russell (2003) 'n studie oor die verwagting van ouers met kinders met gestremdhede gedoen. Die bevinding was dat interaksie met die sosiale omgewing selfs 'n invloed kan uitoefen op die persoonlike oortuigings waarop ouers die verwagting van hul kinders skoei.

Ten spyte van verskeie studies op hierdie gebied, het veerkragtigheidsnavorsers egter steeds nie eenstemmigheid aangaande die sosiaal-konstruksionistiese benadering tot die vergestaltung van veerkragtigheid nie, aangesien kultuur as belangrike element in die konseptualisering van veerkragtigheid dikwels geïgnoreer word (Snyders & Lopez, 2007, p.103). Hierdie betoog word deur Yrgö Engeström (2009) se perspektief oor *Cultural Historical Activity Theory* gesteun wat, onder andere, aanvoer dat kultuur as 'n belangrike element in die verstaan van menslike funksionering erken moet word.

Engeström (2009) se teorie strook met Harry Daniels (2004) se siening dat elke individu se kultuur, geskiedenis en ander sosiale faktore, sy of haar optrede, ontwikkeling, houdings en waardes op 'n unieke manier beïnvloed. Hy vergelyk hierdie perspektief met sy navorsing aangaande plantgenetika waar hy bevind het dat dieselfde genotipes (sade) soms verskillend in verskillende omgewings groei. Hy bring dit ook in verband met Lev

Vygotsky (1987) se bevinding dat die samelewing se eise 'n individu se prestasie beïnvloed, maar ook daardeur beïnvloed word. Die implikasie vir die betrokke studie is dat hierdie ondersoek nie slegs die ouers van kinders met ATHV se persoonsfaktore in aanmerking kan neem nie, maar dat ek as navorser ook moet invra oor gesins-, omgewings-, en kulturele faktore.

### **2.1.5 Kulturele en gemeenskapsbepalers van veerkrachtigheid**

Harvey (2007) voer aan dat die vergestaltung van veerkrachtigheid van mense grootendeels deur hul sosiale omstandighede en omgewing bepaal word en dat dit beurtelings deur die breër stelsel waarvan hul deel is, beïnvloed word. Daarom is sy betoog dat kulturele faktore ook in navorsing rakende veerkrachtigheid in ag geneem moet word, aangesien verskillende mense se interpretasies van stresvolle gebeurtenisse verskillende kulturele betekenis kan hê.

Kozleski en Waitoller (2010) verduidelik dat kulturele verskille in geskiedenis en praktyke ook byvoorbeeld as 'n hindernis tot 'n inklusiewe samelewing kan dien, aangesien dit aanleiding kan gee tot verskillende interpretasies en aannames rakende waardes, oortuigings, rolspelers, ensovoorts. Die voorbeeld word gebruik van ouers van kinders met leerhindernisse met 'n ander kulturele agtergrond as dié van die onderwyser. Op grond hiervan kan die afleiding gemaak word dat kultuurverskille ook as hindernis vir die bevordering en vergestaltung van veerkrachtigheid kan dien.

In die lig van bogenoemde, het die werk van navorsers soos Rutter (1987), Daniels (2004) en ook Lerner (2006) belangrike ontwikkeling gefasiliteer in die fokusverskuiwing van 'n individualistiese na 'n ekologiese en sosiale perspektief van veerkrachtigheid wat ook kultuur in ag neem. Vandag geniet kultuur as konstruk van veerkrachtigheid beduidende aandag en beklemtoon Linda Theron, Linda Liebenberg en Michael Ungar (2015) ook die belangrikheid van hierdie konstruk in hul boek "*Youth Resilience and Culture. Commonalities and Complexities*". 'n Paar jaar terug was die kritiek egter nog dat die meeste navorsing aangaande kultuur en veerkrachtigheid op daardie stadium hoofsaaklik op Europese bevolkings gefokus was. Dit het nie net wêreldwye kritiek veroorsaak nie, maar ook die belangrikheid van Suid-Afrikaanse navorsing op hierdie gebied gestaaf (Theron, 2012).

Hierdie argument is reeds in 2010 beklemtoon toe Theron (2010) 'n studie gedoen het waarin sy navorsingsartikels, wat uit 1990 tot 2008 dateer, rakende die veerkrachtigheid van die Suid-Afrikaanse jeug bestudeer het. Nadat sy dit met soortgelyke internasionale

studies vergelyk het, het sy die noodsaaklikheid van verdere navorsing aangaande veerkrachtigheid as fenomeen – wat die kulturele en kontekstuele wortels wat eiesoortig is aan Suid-Afrika in ag neem – bepleit.

Theron (2010) se betoog was dat Suid-Afrikaanse studies oor veerkrachtigheid tot op hede nagelaat het om die kulturele en kontekstuele aspekte van veerkrachtigheid te beskryf. Na aanleiding hiervan het sy Suid-Afrikaanse navorsers gemaak om faktore en prosesse eie aan die Suid-Afrikaanse konteks wat veerkrachtigheid kweek, in ag te neem. Die implikasie vir hierdie studie is dat ouers se belewing van hul kind se ATHV kan verskil na gelang van die kultuur, konteks en gemeenskap waaruit hul kom. Daarom moet deelnemers die geleentheid gebied word om hierdie aspekte wat eiesoortig aan hul Suid-Afrikaanse konteks, of selfs gemeenskap is, te kan uitlig. In afdeling 2.2.6 word ATHV ook spesifiek binne die Suid-Afrikaanse konteks beskryf.

In die lig van die bogenoemde, en binne Suid-Afrikaanse konteks, word groot dele van die bevolking aan veelvuldige uitdagings (armoede, MIV en VIGS, egskeidings, gestremdhede en leerhindernisse, ens.) blootgestel (Theron, 2012). Dit het noodwendig gevolge vir die gesin of familie as konsep in Suid-Afrika. Tradisioneel gesproke word 'n gesin of familie gedefinieer soos dit op grond van die wet in 'n sekere land, kultuur of geloof omskryf word (MacLellan, 2005, pp.xxi). In die lig van die veelvuldige uitdagings binne die Suid-Afrikaanse konteks word daar in hierdie studie eerder na 'n familie of gesin in terme van die samestelling van sy sosiale interpretasie en lede verwys. 'n Familie of gesin kan dus omskryf word as volwassenes en/of kinders wat as 'n eenheid saamwoon en 'n huishouding deel, ongeag of hul biologies verbind is of nie (Unisa, 2008, pp.37–38). Die onderskeie definisies van 'n ouer/pleegouer/versorger/voog soos dit in die Kinderwet en Suid-Afrikaanse Skolewet uiteengesit is, word in fyner besonderhede in hoofstuk 3 (afdeling 3.3) beskryf.

Die wisselwerking tussen die uitdagings vir Suid-Afrikaanse gesinne soos dit deur Theron (2012) omskryf word, is meestal langtermyn en dit is daarom noodsaaklik dat daar meer te wete gekom word oor hoe en waarom mense hierdie uitdagings onverhoop hanteer. Hierdie kennis kan ouers, skole, gemeenskappe, leiers, professionele diensverskaffers en, binne die konteks van hierdie studie, die ouers van kinders met ATHV help om positiewe aanpassings te bewerkstellig (Theron, 2012).

Die werk van Prilleltensky (2010) is relevant vir 'n navorsingstudie oor die veerkrachtigheid van ouers van kinders met ATHV binne 'n Suid-Afrikaanse konteks. Hy voer aan dat alle individue se welwees beïnvloed word deur die samelewing waarvan hul deel vorm. Hy

verduidelik dit aan die hand van 'n studie wat onderskeidelik in België en Denemarke onderneem is oor die mate waartoe mense gelukkig en tevrede met die lewe is. Vanaf 1973 tot 1998 was daar 'n beduidende toename in Denemarke en afname in België in mense se beleving van hul persoonlike welwees. Dit het direk korreleer met die verbetering in en agteruitgang van maatskaplike omstandighede in die onderskeie lande. In 'n navorsingsondersoek in Suid-Afrika, waar mense verskeie maatskaplike uitdagings ervaar, is dit dus belangrik om Prilleltensky se perspektief in ag te neem.

Prilleltensky (2010) onderskei drie faktore wat met die welstand van 'n gemeenskap, en gevolglik met die welstand van die individu verband hou, naamlik: die stand van maatskaplike omstandighede, individue se betrokkenheid by 'n gemeenskap, en die mate van ongelukheid van hulpbronverdelings. Benjamin (2014) se navorsing binne Suid-Afrikaanse konteks het gevind dat toegang tot gemeenskapsbronne soos skole, basiese dienste, kulturele en geloofsgebaseerde aktiwiteite kan bydra tot die veerkragtigheid in 'n gemeenskap. Sy het ook verduidelik dat 'n gevoel van geborgenheid en trots in die gemeenskap bevorderend vir die vergestaltung van veerkragtigheid is. Dit is dus ook moontlik dat hierdie tipe geborgenheid, asook toegang tot gemeenskapsbronne, 'n invloed op die vergestaltung van veerkragtigheid van ouers van kinders met ATHV kan hê.

Dit sluit aan by Ungar (2006, 2008) se navorsing aangaande veerkragtigheid wat lig gewerp het op faktore soos die konteks en die omgewing van gemarginaliseerde populasies en die rol wat hierdie sosio-ekologiese faktore gespeel het in die bevordering en vergestaltung van veerkragtigheid. Soos reeds vermeld, beskou Ungar (2004) veerkrag as 'n sosiale konstruk. Hierdie sienswyse is gegrond op Kurt Lewin (1951) se siening dat gedrag 'n funksie van 'n individu se interaksie met die omgewing is. Ungar (2012) verwys hierna as kollektiewe medekonstruksie wat impliseer dat veerkragtigheid verstaan moet word in die lig van komplekse interaktiewe prosesse wat gesetel is in sosiale en fisiese ekosisteme. Op grond hiervan het sy latere bevindinge daarop gedui dat die omgewing 'n meer beduidende rol as individuele faktore in die ontwikkeling van veerkragtige individue, families en gemeenskappe kan speel (Ungar, 2012).

Binne hierdie konteks het Ungar in sy vroeër werk veerkragtigheid aan die hand van twee prosesse verduidelik soos dit oorspronklik deur Gillian (1999) voorgestel is. Ungar het onderskei tussen navigasie ("navigation") en onderhandeling ("negotiation"). Die uitgangspunt is dat die individu persoonlike aanspreeklikheid (*personal agency*) moet aanvaar om hulpbronne, soos positiewe verhoudings, ervarings wat bevorderlik is vir die selfbeeld, onderwys, en deelname binne die gemeenskap en gesin, vir hulself bekombaar te maak. Daarenteen moet die gemeenskap en gesin ook beskikbaar en toeganklik wees

indien hulpbronne verlang word. Daarom word 'n onderhandelingsproses vereis om te verseker dat die hulpbronne wat gebied word betekenisvol is vir diegene wat ondersteuning benodig (Ungar, Liebenberg, Boothroyd, Kwong, Lee, Leblanc, Duque & Makhnash, 2008, p.168). Hierdie benadering lê dus klem op die rol van die individu en die gemeenskap, sowel as die interaksieproses, in die vergestaltung van veerkragtigheid.

Dit hou ook verband met Masten (2014) en Ungar (2011) se uitgangspunt dat indien hulpbronne nie as bepaler tot veerkrag aangewend word nie, die beskikbaarheid van daardie hulpbron as't ware nutteloos is. Daar word verder aangevoer dat individue se behoeftes na gelang van ontwikkelingsfase en kultuur verskil en dat hulpbronne daarom nie dieselfde waarde vir verskillende individue het nie. Vanuit hierdie benadering, en veral binne 'n Suid-Afrikaanse konteks en vir die doeleindes van die betrokke studie, is dit duidelik dat die aanvanklike individualistiese perspektief rakende veerkragtigheid, verskuif het na 'n interaktiewe en sosiaal-gekonstrueerde benadering. Dit strook met Prilleltensky (2010) se gevolgtrekking dat die fokus op gemeenskapsverandering, die bevordering en vergestaltung van veerkragtigheid kan bewerkstellig. Daarmee word 'n aansporing tot aksie deur die samelewing geïmpliseer om 'n meer gunstige omgewing en gemeenskap vir mense wat hindernisse ervaar, te skep.

Prilleltensky en Prilleltensky (2009) verduidelik na aanleiding van die bogenoemde betoog dat die uitdaging van ongeregtighede deur gemeenskapswerkers, 'n beduidende bydrae in die bevordering en vergestaltung van veerkragtigheid kan maak. Professionele rolspelers in die lewe van 'n ouer van 'n kind met ATHV kan dus nie terugstaan in die verwagting dat persoonlike veerkragtigheid uitsluitlik vanuit terapeutiese intervensie sal ontwikkel nie. Ongeag persoonlike en sielkundige verandering, is verandering in die gemeenskap en in die politieke klimaat, asook sosiale geregtigheid alles belangrike aksies wat kan bydra tot die bevordering en vergestaltung van veerkragtigheid (Prilleltensky & Prilleltensky, 2009).

In die lig van die voorafgaande het veerkragtigheid as navorsingskonsep ontwikkel tot 'n dinamiese konteksgebaseerde transaksie waarin die fokus verskuif het van 'n lys van beskermende hulpbronne na meganismes wat konteks- en kultuurspesifiek is. Die huidige fokuspeunte van veerkragtigheidsnavorsing kan dus beskou word as prosesse, eerder as veranderlikes, wat veerkragtigheid binne konteks en kultuur bewerkstellig. Teen hierdie agtergrond verduidelik Theron (2014) dit as 'n sinergistiese proses wat 'n beskermende vennootskap tussen individue (ouers) en hul sosio-ekonomiese ekologie behels. Hierdie vennootskap bewerkstellig en gee aanleiding tot positiewe groei en aanpassing.

Binne hierdie konteks van veerkragtigheidsnavorsing en vir die doeleindes van hierdie studie sal daar voorts lig gewerp word op die onderskeie modelle van gesinsveerkragtigheid. Hoewel hierdie studie nie spesifiek op die veerkragtigheid van gesinne gefokus is nie, maar wel op die vergestaltung van veerkragtigheid van ouers van kinders met ATHV, moet daar in ag geneem word dat ouerskap nie van die gesin se funksionering geskei kan word nie (Hoppmann & Klumb, 2012). 'n Oorsig van die verskillende modelle van gesinsveerkragtigheid kan dus 'n belangrike bydrae lewer tot die konseptualisering van die vergestaltung van veerkragtigheid van ouers van kinders met ATHV. Dit is ook belangrik om daarop te let dat die samestelling van die gesin binne Suid-Afrikaanse konteks in ag geneem moet word.

### **2.1.6 Gesinsmodelle van veerkragtigheid**

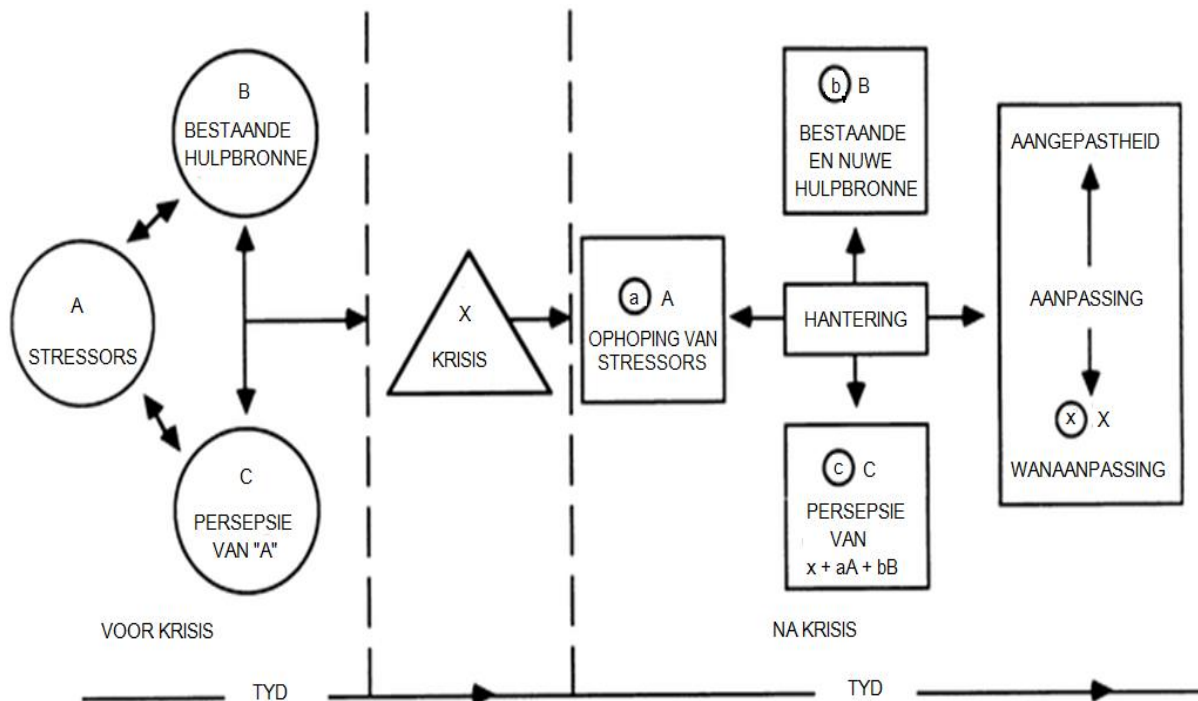
Die heterogeniteit van die Suid-Afrikaanse gemeenskap word in die verskillende gesinsvorme, gesinsstrukture en tipes gesinslewe weerspieël. Tradisies, waardes, politieke gebeure, ekonomiese ontwikkelinge, modernisering en globalisering dra op 'n komplekse manier tot voortdurend veranderende gesinsvorme en gesinsverhoudings by. Vir sommige groepe het groter ekonomiese onafhanklikheid tot meer kerngesinne bygedra, terwyl armoede ander groepe gesinne weer dwing om saam te staan ten einde ekonomies en emosioneel te oorleef. Al hierdie ontwikkelinge en invloede het tot die verwante en oorvleuelende konsepte van die biologiese gesin, kerngesin, enkelouergesin, hersaamgesteldegesin en uitgebreide gesin aanleiding gegee (Greeff, 2011). Aangesien elke deelnemer aan hierdie studie ook op welke manier as ouer (sien afdeling 3.3) deel vorm van 'n gesin, is die modelle van gesinsveerkragtigheid wat vervolgens bespreek word, ook relevant tot ouers van kinders met ATHV in hul middelkinderjare.

#### **2.1.6.1 Die ABCX-model van gesinsveerkragtigheid**

Die ABCX-model van gesinsveerkragtigheid is tydens 'n oorlogsituasie in 1949 deur Hill ontwikkel om te bepaal waarom gesinne wat met soortgelyke stressors gekonfronteer word, verskil in hul aanpassingsvermoë (Hill, 1949). Hierdie model is later deur McCubbin en Patterson (1983) aangepas om die dubbele ABCX-model te vorm wat aanpassing na die belewing van 'n krisis ondersoek. Dit neem ook ander lewensgebeure en faktore in ag wat 'n invloed op die gesin se hulpbronne het. Hierdie addisionele stressors word ophoopstressors genoem (A-stressors) en is deurlopend in wisselwerking met die gesin se aanpassingsvermoë.



Die B in die model verwys na al die faktore wat die gesin se vermoë om aan te pas beïnvloed, soos materiële, sielkundige en ander hulpbronne. Die C-faktor behels die gesin se persepsie van die stressor – en dus ook die invloed van ATHV op die ouer – terwyl X die aanpassingsvlak en die gevolglike krisisuitskoms van die gesin verteenwoordig (Van der Merwe, 2001). Die dubbele ABCX-model hou die voordeel in dat dit funksionering binne die gesinskonteks, asook die wisselwerking tussen prosesse en uitdagings, beskryf. Die model plaas ook die gesin in verhouding tot sy eie unieke samestelling.



**Figuur 2.1: Voorstelling van die ABCX-model van gesinsveerkragtigheid (McCubbin & Patterson, 1983)**

'n Verdere uitbreiding van die ABCX-model is die *Family Adjustment (verstelling) and Adaptation (aanpassing) Response Model (FAAR)*. Hierdie model het as 'n spontane uitbreiding van die dubbele ABCX-model ontwikkel met spesifieke klem op die beskrywing van die prosesse wat betrokke is by 'n gesin se poging om 'n balans te vind tussen (1) die eise wat aan hul gestel word en (2) die bronne tot hul beskikking (McCubbin, Thompson & McCubbin, 1996). Die FAAR-model het ook verdere klem geplaas op die belangrikheid van tipologieë as gevestigde funksioneringspatrone tydens gesinsaanpassing. Dit het op die beurt gelei tot die ontwikkeling van die *Typology Model of Family Adjustment and Adaptation* soos vervolgens bespreek sal word.

### **2.1.6.2 *Typology Model of Family Adjustment and Adaptation***

Die *Typology Model of Family Adjustment and Adaptation* is 'n volgende gesinsveerkragtigheidsmodel wat ontwikkel is om die belangrikheid van die gesin se gevestigde patrone van funksionering (tipologieë) as buffers teen gesinsdisfunksie te beklemtoon (McCubbin & McCubbin, 1996). Hoofaspekte van hierdie model het aanleiding gegee tot die verdere ontwikkeling van die *Resiliency Model of Family Stress, Adjustment and Adaptation*. Hierdie aspekte verwys onder andere na die feit dat die verhouding tussen ondersteuningsbronne en die eise van die gesin nie as enkelfaktor die gesin se aanpassing kan verklaar nie, dat kommunikasie wat die interpersoonlike klimaat in die gesin bepaal as 'n belangrike deel van veerkragtigheid geag moet word, en dat gesinspatrone (tipologieë) in funksionering krities is vir die veerkragtigheidsperspektief oor aanpassing (Van Vuuren, 2012). In die lig hiervan is dit dus ook in hierdie studie relevant of gevestigde patrone, byvoorbeeld gesinstruktuur en -roetine, bydra tot die ouers van kinders met ATHV se belewing van veerkragtigheid.

### **2.1.6.3 *Walsh se gesinsveerkragtigheidsraamwerk***

'n Verdere ontwikkeling in die gesinsveerkragtigheidsmodelle, is Walsh (2003) se gesinsveerkragtigheidsraamwerk. Die doel van hierdie raamwerk is om sleutelgesinsprosesse te identifiseer wat bydra tot die vermindering van stres en kwesbaarheid gedurende krisissituasies, groei bewerkstellig en gesinne in staat te stel om teenspoed te oorbrug. Hierdie gesinsveerkragtigheidsraamwerk bestaan uit drie sleuteldomeine wat gesinsfunksionering beïnvloed, naamlik gesinsoortuigingsstelsels, -organisasionele patrone en -kommunikasieprosesse. Hierdie sleuteldomeine is moontlik ook relevant in terme van ouers van kinders met ATHV se belewing van veerkragtigheid.

Die eerste domein is gegrond op die gesin se oortuigingsstelsels. Hierdie stelsels speel 'n beduidende rol in gesinne se persepsie van krisissituasies, asook die keuses wat hul maak om krisisse te hanteer (Walsh, 2003). Hiermee saam organiseer die gesinsoortuigingsstelsels die gesinsprosesse, sowel as die gesin se benadering om die situasie te hanteer. Oortuigingsstelsels dra ook by tot 'n koherensiebesef (Walsh, 2003) wat gesinne help om krisissituasies beter te hanteer.

'n Koherensiebesef stel die gesin in staat om die situasie as hanteerbaar, sinvol en verstaanbaar te herdefinieer. Dit help hul ook vervolgens om die situasie, soos 'n kind met ATHV, te normaliseer en te kontekstualiseer. Volgens McCubbin en McCubbin (1996), fasiliteer die gesinsoortuigingsstelsels ook die gesin se bestaande gesinskema.

Gesinskema sluit die gedeelde gesinswaardes, -oortuigings en -verwagtinge in, wat die gesin help om sin te maak van die situasie (McCubbin & McCubbin, 1996).

'n Verdere komponent van die oortuigingsisteme van gesinsveerkragtigheid is die gesin se vermoë om krisisse as 'n gedeelde uitdaging te beskou (Walsh, 2003). Sinergie in die gesin versterk dus individuele potensiaal om teenspoed te oorbrug. Gesinslede word op so 'n wyse aangemoedig om aktiewe deelnemers in die soeke na oplossings in krisissituasies te word en bevorder sodoende die bevoegdheid van die gesin (Van Vuuren, 2012).

Kulturele en godsdienstradisies vorm deel van oortuigingsisteme wat deur middel van spirituele bronne en religieuse affiliasies bydra tot gesinsveerkragtigheid (Walsh, 2003). In die lig van hierdie studie het Greeff en Van der Walt (2011) bevind dat spirituele oortuigings ondersteuning bied en as 'n veerkragtigheidsfaktor beskou kan word binne gesinne met 'n kind met 'n gestremdheid en daarom ook 'n kind in sy of haar middelkinderjare met ATHV.

Die tweede domein van gesinsprosesse wat bydra tot die vergestaltung van die veerkragtigheid van gesinne, en dus ook van ouers van kinders met ATHV, is organisatoriese faktore, naamlik buigsaamheid, kohesie en sosiale en ekonomiese bronne (Walsh, 2003). Volgens Walsh (2003, p.411) word buigsaamheid as 'n fundamentele proses in die vergestaltung van veerkragtigheid beskou. Hierdie aksie word deur die aanpassing by die stressor, asook die herorganisering van die gesin se interaksiepatrone bereik. Gesamentlik hiermee word gesinskohesie as 'n belangrike komponent van veerkragtigheid onderskei, wat deur middel van wedersydse ondersteuning, samewerking en toewyding tot effektiewe gesinsfunksionering bydra (Walsh, 2003; Thiel, 2005). Sosiale en ekonomiese bronne is ook belangrike bydraende bronne, wat veral relevant is wanneer stressors langdurig van aard is, soos in die geval van 'n kind met ATHV. Hierdie bronne verwys onder andere na ondersteuningsnetwerke en gemeenskapsgroepe en -aktiwiteite (Walsh, 2003).

Die derde domein wat gesinsfunksionering beïnvloed is kommunikasieprosesse wat meer spesifiek verwys na duidelikheid, openlike emosionele uitdrukking, asook deelnemende probleemoplossing (Walsh, 2003). Wanneer gesinslede belangrike inligting rakende krisissituasies met mekaar deel en uitklaar, stel dit die gesin in staat om betekenis aan die situasie te gee, openlik en eerlik met mekaar om te gaan en ingeligte besluite te neem. Kommunikasie binne 'n gesin van ouers van kinders met ATHV kan dus ook op 'n soortgelyke wyse bydra tot die vergestaltung van veerkragtige ouerskap.

Van Vuuren (2012) verduidelik dat gesinne voortdurend daarna moet streef om 'n toeganklike omgewing vir kommunikasie te skep waar wedersydse vertrou, empatie en verdraagsaamheid vir individuele verskille kan heers. Sodoende word nuwe moontlikhede geskep om krisisse te oorkom, asook groei en heling te bevorder (Walsh, 2003). Freeman, Dieterich en Rak (2002) beskryf kommunikasieprosesse as die ruggraat van die gesin, aangesien dit verband hou met die uitdrukking van gevoelens. Laasgenoemde bemiddel die hantering van langdurige stres, soos die opvoeding van 'n kind met ATHV.

Volgens Thiel (2005) bevorder kommunikasie nuwe kanale waardeur probleemoplossing gefasiliteer kan word. Deelnemende en samewerkende probleemoplossing en kreatiewe dinkskrumms bied nuwe moontlikhede om 'n krisis te oorbrug en laat die gesin toe om proaktief, in plaas van reaktief, op te tree (Taanila, Syrjälä, Kokkonen & Järvelin, 2002; Walsh, 2003). Daarteenoor kan die vermyding van probleme lei tot onopgeloste kwessies wat langtermyn gesinsontwrigting mag meebring (Van Vuuren, 2012, p.36).

Uit die oorsig van al die voorafgaande modelle is dit duidelik dat veerkrag nie uit enkele boublokke bestaan nie, maar dat die modelle telkens na patrone en prosesse verwys en dat daar ook erkenning aan die interpersoonlike klimaat daarvan gegee word. Hierdie uitgangspunt strook met Ungar (2012) se sienswyse van veerkragtigheid as 'n kollektiewe medekonstruksie wat verstaan moet word in die lig van komplekse interaktiewe prosesse wat gesetel is in sosiale en fisiese ekosisteme (afdeling 2.1.5). Die voorafgaande oorsig van die veerkragtigheidsmodelle word dus ook in hierdie studie in ag geneem.

Dit is belangrik om daarop te let dat veerkragtigheid nie impliseer dat die gesin sonder enige letsels van die krisis herstel nie. Alhoewel die gesin se struktuur en funksionering inderdaad mag verander, verwys die veerkragtigheidsproses eintlik daarna om effektief deur 'n krisis te werk, daaruit te leer en die ervaring in die gesin se lewensverhaal te integreer. Vandaar die metafoer vir veerkragtigheid om "vorentoe te bons" in plaas van "terugbons" (Van Vuuren, 2012).

Hoewel nie een van die voorafgaande modelle noodwendig as 'n teoretiese raamwerk vir hierdie studie gebruik gaan word nie, kan hierdie ondersoek deurlopend teen die agtergrond daarvan beskou word, aangesien dit moontlik relevant kan wees rakende die wyse waarop ouers van kinders met ATHV veerkragtigheid beleef. Soos reeds genoem kan dit ook 'n bydrae lewer tot die konseptualisering van die vergestaltung van veerkragtigheid van die ouers van kinders met ATHV. Dit is egter belangrik om ATHV as konsep te verstaan, alvorens die noodsaaklikheid van veerkragtigheid in hierdie konteks,

en dus die noodsaaklikheid van die vergestaltung van veerkragtigheid van die ouers van kinders met ATHV, begryp kan word.

## 2.2 ATHV

ATHV word gekenmerk deur die aanhoudende patroon van onoplettendheid en/of hiperaktiwiteit-impulsiwiteit wat inmeng met daaglikse funksionering en ontwikkeling (American Psychiatric Association, 2013, p.59). Volgens internasionale opnames affekteer hierdie versteuring ongeveer tussen 5% en 9% van alle kinders in die meeste kulture (American Psychiatric Association, 2013, p.61; Adler, Shaw, Kovacs & Alperin, 2015). Dit strook met navorsing wat op 'n 5%-voorkoms van ATHV in die Wes-Kaap, Suid-Afrika dui (Department of Health, 2013, p.12). Tog blyk daar egter ook uiteenlopende menings aangaande die voorkoms van hierdie toestand te wees.

Carr (2010, p.429) se oorsig van epidemiologiese studies van ATHV berig dat die algehele persentasie van die voorkoms van ATHV wissel van 1% tot 20%, afhangende van hoe streng die diagnostiese kriteria toegepas is, watter datagenereringsmetodes gebruik is, asook die demografiese kenmerke van die populasie wat bestudeer is. 'n Voorkomssyfer van 5% tot 10% is gevind in studies wat die DSM-kriteria minder streng toegepas het en gestruktureerde onderhoude gebruik het. Daarteenoor is 'n voorkomssyfer van 10% tot 20% gevind in studies waar gedragkontrolelyste gebruik is.

Verdere statistiek dui daarop dat tussen 8% en 12% van kinders tussen die ouderdomme van ses tot twaalf jaar geaffekteer word (Grizenko, Bhat, Schwartz, Ter-Sepanian & Joober, 2006). Volgens die Attention Deficit and Hyperactivity Support Group of Southern Africa (ADHASA) word 10% van die totale bevolking deur ATHV geraak. Ongeag die presiese persentasie van die voorkoms van ATHV, is die afleiding dat dit 'n diagnose is wat internasionale kommer veroorsaak. Daar sal voorts in hierdie afdeling 'n breedvoerige historiese oorsig van die diagnose van hierdie toestand gebied word.

### 2.2.1 Historiese oorsig

*"If you mention the term 'ADHD' or 'Ritalin' at a dinner party, you are bound to provoke a lively debate. Try it. You would have much less fun with, say, diabetes and insulin, or asthma and inhalers"* (Belsham, 2012, p.ix).

Vir baie ouers is ATHV 'n verdagte diagnose, vir sommige is dit 'n gier en ander bevraagteken die voorskryf van medikasie vir 'n toestand wat nie "bestaan" het toe hulle kinders was nie. Alhoewel die geskiedenis nie die laaste aantyging met die naam van 'n

diagnose kan regverdig nie, is die konsep van hiperaktiwiteit reeds in die 18e eeu in die mediese literatuur beskryf.

Dr. Brendan Belsham, 'n kinderpsigiater van Johannesburg vat die geskiedenis van die ontwikkeling van die diagnose van ATHV in sy boek *What's the fuss about ADHD?* saam. Volgens Belsham (2012) se oorsig het dr. Alexander Crichton, 'n Skotse mediese dokter, reeds in 1798 'n geestestoestand soortgelyk aan ATHV opgeteken. Crichton het hierdie toestand beskryf as “die kiewels” en die onvermoë om met die nodige konsentrasie, en vir die nodige tydperk, aan enige voorwerp of taak aandag te skenk. Crichton het ook verskeie ander raakbeskrywings soortgelyk aan ATHV geïdentifiseer en daarom word hy ook vandag as die pionier van die navorsing oor ATHV beskou.

Volgens Barkley en Peters (2012) is daar egter 'n hoofstuk in 'n mediese handboek ontdek wat in 1775 deur 'n Duitse dokter, Melchior Adam Weikard, geskryf is en in 1790 gepubliseer is. Hierdie handboek getiteld *Der Philosophische Arzt* het 'n hoofstuk bevat oor aandagafleibaarheid (*attentio volubilis*) wat deel was van 'n groter afdeling oor “Sicknesses of the Spirit” (*Geisteskrankheiten*). Die oortuiging is dat dit moontlik die heel eerste mediese verwysing na ATHV is.

In 1846 het 'n ander Duitser, dr. Heinrich Hoffman, 'n reeks geïllustreerde gedigte genaamd *Der Struwwelpeter* gepubliseer. Hierdie reeks moraliteitsvertellings is spesifiek vir kinders geskryf en dit handel onder andere oor karakters wat almal op een of ander wyse na aanleiding van onaanvaarbare gedrag hul verdiende loon kry. *Fidgety Phil* word beskryf as een van die hoofkarakters wat verwoesting aan die etenstafel saai en gevolglik baie hinderlik vir sy ouers voorkom. Hoffman se beskrywing van Philip toon opvallende ooreenkomste met die hedendaagse ATHV. Binne die konteks van hierdie beskrywings is dit belangrik om daarop te let dat die terminologie van die destydse beskrywings, soos “stout”, “onbeskof” en “skande” meestal veroordelend van aard was, teenoor die moderne sienswyse waar ATHV as 'n neurobiologiese toestand, eerder as 'n karakterafwyking, beskou word.

In 1902 het die Vader van Britse pediatrie, dr. George Frederick Still 'n groep kinders, wat vandag aan die kriteria van ATHV sou voldoen, in sy *Goulstonian*-lesings beskryf. Hierdie lesings, wat ook later gepubliseer is, het egter nes Hoffman hierdie kinders se optrede aan swak dissipline toegeskryf en dit as 'n morele probleem afgemaak. Daar is later ook verskeie ander etikette, soos Minimale Breindisfunksie (MBD), Hiperkinetiese Reaksie en Hiperkinetiese Verstoring aan ATHV toegeskryf (Conners, 2015). In die lig hiervan het Conners (2015) ook ander faktore geïdentifiseer wat bygedra het tot 'n wetenskaplike

verstaan van ATHV, naamlik die negentiende eeuse voorwetenskaplike tydperk van Zeitgeist, enkefalitis en vroeë psigofarmakologie, asook die paradigmaverskuiwing van die etiologiese benadering na 'n diagnose soos dit uiteengesit is in die *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM III). Ten spyte daarvan dat die kliniese beskrywings van hierdie toestand oor die jare heen relatief eenders gebly het, is daar eers in 1987 na die diagnose as Aandagtekort-, (oftewel aandagafleibaarheid) en Hiperaktiwiteitsversteuring verwys.

### **2.2.2 Diagnostiese kriteria en simptome van ATHV**

ATHV word na aanleiding van 'n lys simptome en kriteria wat in die *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) uiteengesit word, gediagnoseer. Terwyl die DSM-5 kriteria bied waarmee kinders met ATHV gediagnoseer kan word, verskaf die ICD-10 'n beskrywing van die toestand waarvolgens dokters kinders met ATHV op grond van 'n simptomepatroon klassifiseer. Die ICD-10 is die tiende hersiene weergawe van die *Internasionale Statistiese Klassifikasie van Siektes en Verwante Gesondheidsprobleme*, wat as 'n handleiding van siektes van die Wêreldgesondheidsorganisasie dien (Sonuga-Barke & Taylor, 2011, p.739).

Die *International Classification of Functioning, Disability and Health for Children and Youth* (ICF-CY) is die internasionale handleiding wat die World Health Organization (2001) beskikbaar gestel het om onder andere gestremdhede te klassifiseer. Die ICF sluit spesifiek ook omgewingsfaktore by hul kriteria in, aangesien dit belangrik is om die funksionering van die individu binne konteks te beskou. Verskeie vraelyste, soos die *Conners*-vraelyste en die *Brown Attention Deficit Scale*, word saam met die DSM-5 gebruik om 'n diagnose vir ATHV te maak (Wodrich, 2000). Hierdie vraelyste word gewoonlik deur die ouers, sowel as die kind se onderwyser voltooi. Volgens Tancred (2011) behoort 'n kind slegs met ATHV gediagnoseer te word nadat inligting vanuit verskeie bronne soos vraelyste, waarnemings en onderhoude verkry is.

Sonuga-Barke en Taylor (2011) beklemtoon byvoorbeeld die waarde van onderwysers se insette in die diagnose van ATHV. Daar word verduidelik dat ontwikkelingsgepaste simptome in ag geneem moet word in terme van die relevansie tot verskillende fases van ontwikkeling. So kan hiperaktiwiteit as 'n storm in die voorskoolse tydperk, as kriewelrigheid in adolessensie en rusteloosheid in volwassenheid presenteer. Aangesien onderwysers meestal vertrouwd is met die verskillende ontwikkelingsfases en dit wat ouderdomsgepas is vir aandagafleibaarheid en hiperaktiwiteit, kan hulle 'n unieke en onmisbare bydrae in die diagnoseproses lewer. Tog moet daar ook gewaak word teen

onderwysers wat soms oorhaastige en ontoepaslike “diagnoses” maak. Binne hierdie konteks waarsku Newmark (2015, 28 Julie) teen oordiagnosering weens onvoldoende evaluering.

Daar bestaan tot op hede nog geen bloedtoets of ander kliniese ondersoek soos ’n breinskandering of elektroënkefalogram (EEG) wat diagnosties ten opsigte van ATHV aangewend kan word nie. Volgens Bester (2014) toon databasisse van instansies soos die *Brain Resource Centre* in Australië se navorsing egter duidelik dat die bringolfaktiwiteit van mense met ATHV afwyk van die norm. In die lig hiervan verduidelik sy dat sommige klinici aanvoer dat gevorderde skanderings soos die SPECT (*single-photon emission computed tomography*) en PIT (*photo image tomography*) wel verskillende uitwys (Bester, 2014, p.42). Op hierdie stadium word daar egter steeds uitsluitlik op die kriteria, soos dit in die DSM-5 uiteengesit is, staatgemaak om ATHV te diagnoseer.

Die kriteria vir ATHV, soos dit in die DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013, p.59) uiteengesit word, is soos volg:

## 1 Aandagafleibaarheid

- a. Die persoon skenk nie aandag aan fyn besonderhede nie en begaan ook nalatige foute in skoolwerk, werk of ander aktiwiteite.
- b. Die persoon ervaar probleme met volgehoue aandag tydens take en spel in die geval van kinders.
- c. Dit blyk dikwels of die persoon nie ’n gesprek volg nie, selfs al word daar direk met hom of haar gepraat.
- d. Dit is vir die persoon moeilik om take af te handel of te voltooi.
- e. Dit is vir die persoon moeilik om take te beplan of om aktiwiteite te organiseer.
- f. Die persoon sal dikwels take vermy wat volgehoue aandag vereis.
- g. Die persoon verloor dikwels dinge wat vir take benodig word.
- h. Die persoon se aandag word maklik deur eksterne stimuli afgelei.
- i. Die persoon is vergeetagtig wat alledaagse aktiwiteite betref.

## 2 Hiperaktiwiteit en impulsiwiteit

- a. Die persoon vroetel gedurig of is kiewelrig terwyl hy of sy moet stilsit.
- b. Die persoon staan dikwels uit ’n sitplek op terwyl daar van hom of haar verwag word om stil te sit.
- c. Die persoon hardloop of klouter dikwels rond in onvanpaste situasies.
- d. Die persoon vind dit moeilik om rustig te speel of om vrye tyd rustig te deur te bring.



- e. Die persoon beweeg gedurig rond asof hy of sy motories aangedryf word.
- f. Die persoon praat dikwels oormatig.
- g. Die persoon blaker dikwels antwoorde uit nog voordat die vraag klaar gevra is.
- h. Dit is vir die persoon moeilik om sy of haar beurt af te wag.
- i. Die persoon sal maklik iemand anders se gesprek onderbreek of hulle lastig val.

Die *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5* dui ook spesifieke voorwaardes vir die diagnose van ATHV aan. Dit word soos volg deur Bester (2014, p.46) uiteengesit:

- Die simptome moet minstens vir ses maande lank ononderbroke teenwoordig wees.
- Die simptome moet strydig wees met die ontwikkelingsvlak van die persoon.
- Verskeie simptome moes voor twaalfjarige ouderdom begin het.
- Die simptome moet 'n negatiewe uitwerking op die persoon se sosiale, akademiese of werksprestasie hê, of inmeng met sy of haar funksionering op hierdie gebiede.
- Die simptome mag nie die gevolg van skisofrenie of 'n ander psigiatriese toestand wees nie. Dit moet ook nie beter verklaar kan word deur die diagnose van 'n gemoedsversteuring of substansgebruik of onttrekkingsimptome nie.
- Die simptome moet in minstens twee omgewings aanwesig wees, byvoorbeeld by die skool, by die huis of tussen vriende.
- Minstens ses simptome onder nommer een of ses simptome onder nommer twee moet by kinders jonger as sewentien jaar teenwoordig wees.
- Die simptome moet nie uitsluitlik die gevolg wees van opposisionele gedrag, 'n gedragsteurnis, vyandiggesindheid of 'n onvermoë om opdragte uit te voer of om instruksies te verstaan nie.

Volgens die *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5* kan daar tussen drie groepe ATHV onderskei word. Eerstens word daar na die gekombineerde tipe verwys waar 'n persoon oorheersend probleme met beide aandagtekort en hiperaktiewe-impulsiewe gedrag ondervind. By hierdie groep moet daar minstens ses simptome onder nommer een, asook minstens ses simptome onder nommer twee by kinders teenwoordig wees. Dit is die grootste groep.

Tweedens kan 'n persoon oorheersend met aandagafleibaarheid presenteer. By hierdie groep is daar by kinders jonger as sewentien jaar minstens ses simptome onder nommer een van die DSM-5-beoordelingskriteria teenwoordig, maar minder as van die ses simptome is by nommer twee teenwoordig. Derdens word 'n groep met oorheersend hiperaktiewe-impulsiewe gedrag identifiseer. By hierdie groep is daar by kinders minder

as ses simptome onder nommer een teenwoordig, maar wel ses of meer onder nommer twee (American Psychiatric Association, 2013, p.61).

Ouers is dikwels bekommerd as hul kleuter baie woelig is en oormatig en gedurig aan die beweeg is. Tog is dit moeilik om simptome voor die ouderdom van vier te onderskei van die norm wat hoogs veranderlik is. ATHV word meestal eers vanaf grondslagfase geïdentifiseer. Die meeste individue met ATHV se hiperaktiewe gedrag neem af met adolessensie, maar probleme met rusteloosheid, aandagafleibaarheid, swak beplanning en impulsiwiteit duur voort. 'n Aansienlike gedeelte van al die kinders met ATHV bly tot en met volwassenheid relatief beïnvloed deur die simptome van ATHV (American Psychiatric Association, 2013, p.61).

By kinders wat nog in die voorskoolse fase is, is hiperaktiwiteit gewoonlik die primêre manifestasie, terwyl aandagafleibaarheid meer prominent in die grondslagfase word. Gedurende adolessensie word die tekens van hiperaktiwiteit (bv. hardloop en klim) egter minder en kan dit beperk word tot vroetel en 'n innerlike gevoel van rusteloosheid of ongeduld. Ten spyte van die afname in hiperaktiwiteit gedurende volwassenheid, bly impulsiwiteit saam met aandagafleibaarheid en rusteloosheid uiters problematies vir mense wat aan hierdie toestand ly (American Psychiatric Association, 2013, p.62).

Funksionele gevolge van ATHV by kinders word met 'n verlaagde skolastiese prestasie en sosiale verwerping geassosieer (Frazier, Youngstrom, Glutting & Watkins, 2007; Weiss, 2015). Kinders met ATHV is byvoorbeeld beduidend meer geneig om 'n gedragsversteuring tydens adolessensie te ontwikkel. Hul het 'n verhoogde waarskynlikheid tot middelmisbruik en 'n groter risiko vir ernstige beserings as hul ouderdomsgelykes, en dit is ook meer waarskynlik dat hul obesiteit sal ontwikkel. Hul gebrekkige uitvoer van take wat volgehoue aandag vereis word ook dikwels deur ander geïnterpreteer as luiheid, onverantwoordelikheid of 'n gebrek aan samewerking. Verhoudings in die familie word dikwels geken aan meningsverskille en negatiewe interaksies (American Psychiatric Association, 2013, p.63).

Kinders met ATHV behaal gewoonlik laer intellektellings as hul ouderdomsgelykes (American Psychiatric Association, 2013, p.63), terwyl ongeveer 80% van kinders met ATHV onderpresteer (DuPaul & Stoner, 2003). Hierdie kinders presenteer dan met hoër vlakke van akademiese mislukking, graadherhaling, en skoolverlating soos hul adolessensie en jong volwassenheid bereik (Barkley, Fischer, Edelbrock & Smallish, 1990). Die leerhindernisse van die kinders met ATHV is egter nie net tot die klaskamer beperk nie. Huiswerkprobleme, insluitend onbetrokkenheid, lae produktiwiteit, vermyding,

nienakoming, swak tydsbestuur en swak organisasievermoëns kom dikwels voor (Rogers, Wiener, Marton & Tannock, 2009). In die ergste graad van hierdie toestand belemmer en affekteer dit die sosiale, familiële en skolasiese funksionering van hierdie kinders (American Psychiatric Association, 2013, p.63).

Volgens die literatuur kom ATHV meer gereeld onder mans as onder vrouens voor, met 'n verhouding van ongeveer 2 tot 1 onder kinders en 1.6 tot 1 onder volwassenes (American Psychiatric Association, 2013, p.63). Vroue/meisies is meer geneig as mans/seuns om primêr met aandagafleibare kenmerke te presenteer. Volgens Jarvis (2015) presenteer meisies se hiperaktiewe gedrag in die vorm van oormatige geselsery. Gevolglik kom hul nie ooglopend as hiperaktiewe kinders voor nie. Dit lei daartoe dat hul dikwels op 'n hoër ouderdom as seuns gediagnoseer word (Jacobs, 2014). Behandeling begin dus ook later en dit dra op die beurt daartoe by dat hul skolasiese vordering swaarder daaronder ly as seuns met ATHV.

### **2.2.3 Geassosieerde probleme en komorbiede versteurings**

Volgens Mash en Barkley (2006) sal 87% van alle kinders met ATHV met minstens een ander versteuring en 67% met minstens twee ander versteurings presenteer. In die algemene bevolking kom opposisionele uitdagende versteuring (*oppositional defiant disorder*) saam met ATHV in ongeveer die helfte van die kinders met die gekombineerde tipe, en in ongeveer 'n kwart van kinders wat met oorwegend aandagafleibaarheid presenteer, voor. Gedragsteurnis (*conduct disorder*) kom in ongeveer 'n kwart van die kinders of adolessente met die gekombineerde tipe saam met ATHV voor, afhangende van die ouderdom en konteks (American Psychiatric Association, 2013, p.65).

Spesifieke leerhindernisse kom ook algemeen saam met ATHV voor (American Psychiatric Association, 2013, p.65). Volgens Wodrich (2000) het sowat 35% van kinders met ATHV ook leerprobleme van een of ander aard. In die lig hiervan berig Barkley (1998) dat kinders met ATHV dikwels probleme met hul werkende geheue, linguïstiese en fonologiese prosessering, asook hul handskrif ervaar (Taylor et al., 2004). Angsversteuring en major depressiewe versteuring (*major depressive disorder*) kom in die minderheid van individue met ATHV voor, maar steeds meer gereeld as in die algemene populasie. Ander toestande wat saam met ATHV mag voorkom, sluit obsessiewe kompulsiewe versteuring, senuweetrekkings (*tic disorder*) en outismespektrumversteuring in (American Psychiatric Association, 2013, p.65).

## 2.2.4 Etiologie

ATHV is 'n komplekse en kroniese versteuring van die brein, gedrag en ontwikkeling waarvan die etiologie aan die hand van meervoudige teorieë verklaar kan word (Mash & Wolfe, 2005, p.129). Professor André Venter, hoof van die departement van pediatrie en kindergesondheid aan die Universiteit van die Vrystaat, het op 22 Maart 2015 in 'n werkwinkel in Kaapstad verduidelik dat daar hoofsaaklik vier teoretiese perspektiewe is wat 'n rol in die etiologie van ATHV speel. Daar sal vervolgens breedvoerig na die verskillende perspektiewe rakende die etiologie van ATHV gekyk word.

### 2.2.4.1 *Neurochemiese faktore*

Eerstens verwys Venter (2015) na die neurochemiese faktore as oorsaak van ATHV. Volgens Bester (2014) stem die meeste navorsers saam dat daar 'n biochemiese wanbalans in die brein van mense met ATHV is. Die biochemiese wanbalans veroorsaak gebrekkige stimulasie in die dele van die brein wat die mens se konsentrasievermoë en impulsbeheer reguleer. Volgens Taylor (1997) onderproduseer die brein van iemand met ATHV die neuro-oordragstof dopamien (wat wakkerheid en motivering beheer), noradrenalin (wat verantwoordelik is vir konsentrasie en geheue) en serotonien (die gevoelstof) wat 'n gevolglike tekort aan hierdie stowwe in die brein veroorsaak.

In die lig van die bogenoemde is dit veral die tekort aan dopamien wat die afgelope paar jaar aandag geniet. Die literatuur dui daarop dat die dopamienstruktuur in die prefrontale korteks nie na wense funksioneer by mense met ATHV nie en dat stimulantmedikasie soos Ritalin® juis daarop gemik is om die vrystelling van dopamien aan te help. Die gevolg is dat kinders met ATHV soms stimulantsoekende gedrag toon omdat die opwinding 'n uitwerking op die dopamienoordrag in die brein het. Dit verklaar waarom kinders met ATHV soms vir ure lank rekenaarspeletjies kan speel, maar nie gefokus kan bly om 'n boek te lees nie. Die aksie van die rekenaarspeletjie blyk 'n effek op die dopamienoordrag in die brein te hê (Bester, 2014; Koeppe, Gunn, Lawrence, Cunningham, Dagher, Jones, Brooks, Bench & Grasby, 1998).

Neuro-oordragstowwe speel 'n noodsaaklike rol in die oordrag van inligting van een senuweesel na 'n volgende. Hierdie chemiese stowwe word in die ruimte tussen twee senuweeselle afgeskei en gedeeltelik deur die volgende sel opgeneem. Die oortollige molekules word deur ensieme vernietig sodat die neurone nie aanhou om die ander stimulant te beïnvloed nie (Bester, 2014).

### **2.2.4.2 Neuroanatomiese faktore**

Tweedens kan neuroanatomiese faktore, asook skade aan die sentrale senuweestelsel 'n oorsaak van ATHV wees. Navorsing dui byvoorbeeld daarop dat MIV, meningitis, hersingskudding, enkefalitis, meningitis, asook 'n tekort aan suurstof by geboorte, die voorkoms van ATHV kan bevorder (Venter, 2015). Volgens Venter (2015) blyk dit dat die prefrontale korteks die sleutelarea is wat die voorkoms van ATHV beïnvloed. Hierdie deel van die brein is verantwoordelik vir die regulering van funksies soos aandag skenk, uitvoerende funksionering, opwekking, die uitdrukking van emosies, gedrag, organisasie, afleibaarheid en oordeelsvermoë (Bradley & Golden, 2001). Studies wat met sjimpansees en ander primate uitgevoer is, het daarop gedui dat met 'n besering aan die frontale deel van hul brein, hul gedrag getoon het wat met die simptome van ATHV ooreenstem. Die diere het hiperaktiewe gedrag, asook aandagafleibaarheid en lae impulsbeheer getoon (Barkley, 1995).

Talle ander studies is ook gedoen wat strook met die bogenoemde bevindinge (Venter, 2015; Mash & Wolfe, 2005). Volgens Mash en Barkley (2006) dui moderne kliniese navorsing met behulp van magnetiese resonansie-afbeeldingstudies (MRI) daarop dat die brein van 'n persoon met ATHV, 'n frontale lobdisfunksie het. Dit het onder andere 'n invloed op die “werkende geheue” van die brein en veroorsaak byvoorbeeld 'n versteurde sin van tyd. Elektroënkefalogramstudies dui op die beurt op konsekwente, stadige bringolfpatrone in veral die frontale lob, asook 'n toename in beta-aktiwiteit wat beide dui op lae wekkingsvlakke en laer reaktiwiteitsvlakke in die brein (Mash & Barkley, 2006). Navorsing met *SPECT* (*Single Photon Emission Computerised Tomography*) en *PIT* (*Photo Image Tomography*) toon ook beduidende verskille tussen die breinwerking van 'n persoon met ATHV en 'n tipiese brein (Bester, 2006).

### **2.2.4.3 Genetiese faktore**

Derdens is ATHV dikwels geneties oorgeërf. Volgens Venter (2015) is 80% van die gevalle oorgeërf. Verskeie studies beklemtoon en bevestig ook die sterk genetiese verband wat in families voorkom (Plizka, 2007). In die lig van die genetiese verband is daar 'n 35% kans dat 'n onmiddellike familielid en 'n 32% kans dat 'n broer of suster ook die toestand sal hê. Die kans is ook 57% dat 'n kind met ATHV gediagnoseer sal word, wanneer 'n ouer die toestand het (Mash & Barkley, 2006).

Tancred (2011) het na aanleiding van Mash en Barkley (2006) se navorsing berig dat daar 'n sterk bewering is dat die DRD4-geen in die meeste kinders met ATHV gevind word. Hierdie geen word geassosieer met postsinaptiese sensitiwiteit in die frontale korteks van

die brein. Volgens Venter (2015) is navorsing ook tans besig om die moontlikheid van chromosoom 16 as draer van ATHV, outisme en allergieë te ondersoek. Ten spyte van navorsing op hierdie gebied, is daar egter nog nie laboratoriumtoetse wat dit bevestig nie.

'n Navorsingstudie waarin spesifieke eienskappe van aangenome kinders vergelyk is met dieselfde eienskappe van hul pleegouers, asook biologiese ouers, is daar bevind dat genetica 'n groot invloed op die ontwikkeling van ATHV het (Bradley & Golden, 2001; Barkley, 1998). Volgens Engelbrecht (2009) word die hipotese aangaande die rol van genetiese faktore deur die resultate van tweelingstudies ondersteun. Bradley en Golden (2001) verduidelik op grond van tweelingstudies dat ATHV meer algemeen in monosigotiese tweeling as disigotiese tweeling voorkom en dat omgewingsfaktore slegs vir 0-6% van die variansie in ATHV-gedragsimptome verantwoordelik is.

In die lig van die rol van genetiese faktore op ATHV het 'n Nikolas, Klump en Burt (2015) in hul studie oor die interaksie tussen genetiese en omgewingsfaktore bevind dat 'n kind wel 'n genetiese predisposisie tot omgewingsinvloede ten opsigte van ATHV kan hê. Hierdie bevinding word gesteun deur Sonuga-Barke en Taylor (2011) wat aanvoer dat genetiese faktore beide die blootstelling aan die risiko's tot ATHV binne die omgewing, asook die individu se vatbaarheid daarvoor, kan beïnvloed.

In die breë kan omgewingsinvloede dus dien as óf 'n bydraende faktor tot die spesifieke genetiese en biologiese meganismes van ATHV, óf as 'n inperking/verswakking daarvan (Nikolas et al., 2015). Hierdie gevolgtrekking is veral relevant tot die navorsing aangaande die vergestaltung van veerkragtigheid van ouers van kinders met ATHV, aangesien Nikolas et al. (2015) se ondersoek spesifiek aandag gee aan die rol van positiewe ouerskap in die vermindering van genetiese invloede op ATHV. Op grond hiervan is daar gevind dat die genetiese effek op AHTV deur die voorkoms van groter ouerbetrokkenheid verhoog is, terwyl ouerbetrokkenheid 'n verlaagde invloed op omgewingsfaktore gehad het.

#### **2.2.4.4 Omgewingsfaktore**

Vierdens kan omgewingsfaktore 'n groot rol speel in die etiologie van ATHV. Venter (2015) beklemtoon byvoorbeeld die verband tussen stres tydens swangerskap en ATHV. Hy verduidelik dat daar 'n hoër voorkoms is van ATHV onder kinders wat tydens oorloë gebore is, aangesien die stresvlakke van swanger vrouens dan hoër is. In die moderne samelewing gebeur dit dikwels dat vrouens tot so kort moontlik voor hul kind se geboorte nog werk. Sodoende kan hul kraamverlof spaar om eerder na die geboorte langer by hul baba te kan bly. Dit veroorsaak egter dat vrouens tot laat in hul swangerskap dikwels onder geweldige werkstres verkeer. Dit het op die beurt 'n hoër vlak van die streshormoon

kortisol in die bloed van die toekomstige moeder tot gevolg, wat daartoe lei dat die ontwikkeling van die baba se frontale lobbe van die brein beïnvloed word. Die invloed van stres tydens swangerskap op die voorkoms van ATHV is ook deur verskeie ander navorsers ondersoek en bevestig (Class, Abel, Khashan, Rickert, Dalman, Larsson, Hultman, Langström, Lichtenstein & D'Onofrio, 2014; Ronald, Pennell & Whitehouse, 2011).

Die gebruik van alkohol, nikotien, en kokaïene – wat soortgelyk is aan die gebruik van tik (metamfetamien) in Suid-Afrika – tydens swangerskap is ook beduidende omgewingsfaktore wat bydra tot die latere ontwikkeling van ATHV in die kind (Bradley & Golden, 2001; Indredavik, Brubakk, Romundstad & Vik, 2007; Venter, 2015). Daar is ook faktore wat na die baba se geboorte 'n invloed op die ontwikkeling van ATHV kan hê. Babas wat byvoorbeeld na geboorte verwaarloos word, skei as gevolg van die trauma 'n oormaat kortisol af wat verband hou met die ontwikkeling van ATHV (Venter, 2015).

Die verband tussen ATHV, dieet, allergieë en lood is ook al verskeie kere ondersoek (Engelbrecht, 2009). Volgens Barlow en Durand (2005) was Feingold (1975) se argument dat ATHV deur allergiese reaksies op kunsmatige voedingstowwe veroorsaak kan word. Hierdie betoog aangaande die allergieteorie is egter deur die meerderheid navorsing van die hand gewys. Daar is wel gevind dat die aanpassing van kinders se dieet om die oorsaak van die allergie uit te sny, tot die verligting van die simptome van ATHV kan lei (Belsham, 2012; Carr, 2010).

Engelbrecht (2009) het in haar studie oor adolessente se belewing van ATHV aangedui dat die waarde van Omega-3 poli-onversadigde vetsure deur verskeie studies gesuggereer word, maar dat voldoende bewyse steeds ontbreek. 'n Volgende navorsingsargument is dat lood as moontlike oorsaak vir ATHV oorweeg kan word, maar die bewyse hiervoor is ook nog nie beduidend nie, aangesien min kinders met loodvergiftiging tot op hede ATHV-simptome ontwikkel het (Barkley, 2015; Mash & Wolf, 2005).

Volgens Sonuga-Barke en Taylor (2011) het kennis rakende die invloed van omgewingsfaktore op ATHV gevorder tot 'n punt waar ouers bevry kan word van die samelewing se uitgangspunt dat ATHV alleenlik aan mislukte ouerskap toegeskryf kan word. Die betrokke navorsers verduidelik hoe belangrik dit is dat ouers die oortuiging vermy dat genetika noodwendig 'n onveranderbare invloed op die kind en ouers se lewe het. Hoewel daar nie altyd beheer oor die ontwikkeling van ATHV is nie, is daar wel intervensiestrategieë en behandelinge wat toegepas kan word om die simptome van

ATHV aan te spreek. Daar sal in die volgende afdeling spesifieke aandag geskenk word hieraan.

## **2.2.5 Intervensies en behandeling van ATHV**

Farmakologiese medikasie, sielkundige terapie, gedragsmodifikasie- en ouerleidingsprogramme, asook 'n gesonde dieet en oefening word vir die behandeling van ATHV aanbeveel. Dit is egter belangrik om elke aspek van hierdie intervensie in die behandelingspakket van ATHV in te sluit, aangesien medikasie nie hierdie toestand kan genees nie, maar slegs sleutelsimptome soos onoplettendheid, hiperaktiwiteit en impulsiwiteit kan verbeter (Taylor, Dodfner, Sergeant, Asherson, Banaschewski & Buitelaar, 2004). Verskeie studies in die VSA het gevind dat die uitsluitlike gebruik van medikasie nie die optimale uitkoms tot gevolg het nie, maar dat dit deur gestruktureerde klaskamerbestuur, asook adviesprogramme en ouerleiding, ondersteun moet word (Tancred, 2011). Vervolgens word 'n keuse van enkele intervensies, naamlik psigo-opvoedkunde en ouerleiding, medikasie, asook klaskamerbestuur, kortliks bespreek.

### **2.2.5.1 Psigo-opvoedkunde en ouerleiding**

Psigo-opvoedkunde het ten doel om die begrip en aanvaarding van die diagnose van ATHV aan te moedig, sodat ouers optimale voordeel uit multimodale terapie kan verkry (Barkley, 2015). Volgens Carr (2010) blameer ouers dikwels hulself vir hierdie toestand. Dit is daarom belangrik dat hul ingelig word rakende alle aspekte van ATHV, sodat beide die ouers en die kind die nodige uitdagings daar rondom kan hanteer en die ontwikkeling van sekondêre emosionele en gedragsprobleme voorkom kan word. Daar word aanbeveel dat ouers van leesmateriaal voorsien word wat spesifiek gerig is op 'n leke-gehoor van hierdie toestand. Dit is ook raadsaam dat ouers by 'n ondersteuningsgroep aansluit wat deur 'n sielkundige gefasiliteer word. Hier moet ouers onder andere ingelig word oor hul kind se regte tot onderrig en ander opvoedkundige bronne (Carr, 2010).

Alhoewel hierdie studie oor die beleving van spesifiek die ouers van 'n kind met ATHV handel, kan ouerskap binne hierdie konteks nie van die familie, oftewel gesin, geskei word nie. Daarom is intervensie waarby die gesin as geheel betrokke is, voorts na verwys as gesinsterapie, ook belangrik. Volgens Eisler en Lask (2011) het daar reeds in die 1980's 'n skuif gekom vanaf die siening dat gesinslede slegs waarnemers van die intervensieproses is, na 'n nuwe perspektief waarin die gesin erken word as die belangrikste rolspeler in die proses. Hierdie skuif het vandag 'n groot impak op gesinsterapie, omdat daar beweeg is van die behandeling "van" gesinne na behandeling



“saam met” gesinne. Hierdie perspektief beskou gesinne dus as ’n ondersteuningsbron en bate wat hul kind kan help, eerder as ’n bron van disfunksionering.

Barkley (2013) stel voor dat ’n gesinsintervensieprogram gevolg word vir kinders met ATHV in hul middelkinderjare, waarin die volgende aspekte saam met families aangeraak word: ’n model van ouer-kindkonflik; die beginsels van die bestuur van gedrag; die oplei van ouers om positief te reageer op sosiaal gepaste gedrag; die gebruik van ’n beloningstelsel; strafmaatreëls en die korrekte en positiewe wyse om dissipline toe te pas; die hantering van gedragsprobleme in die openbaar; en riglyne om op die aangewese manier kollaboratief saam met al die nodige rolspelers in die kind se lewe te werk ten einde optimale hantering van die toestand te verseker (Carr, 2010). Sodoende kan daar ook professionele opinies gevorm word oor verdere intervensie, soos die gebruik van medikasie. Die verskillende opsies rakende die gebruik van medikasie vir die behandeling van ATHV sal vervolgens bespreek word.

#### **2.2.5.2 Medikasie**

Volgens Engelbrecht (2009) is dit noodsaaklik dat medikasie slegs na die afloop van ’n volledige mediese ondersoek deur ’n dokter voorgeskryf kan word. Dit is ideaal dat dit vir ’n proeftydperk voorgeskryf word, aangesien die dosering nie slegs van die kind se gewig en ouderdom afhang nie, maar ook by die kind se individuele respons en behoeftes aangepas moet word. Ouers en onderwysers vul na afloop van die proeftydperk gestandaardiseerde vraelyste in ten einde die kind se reaksie op die medikasie te monitor. Dit is belangrik om die kind se mening hieromtrent in ag te neem ten einde optimale uitkomst van die evaluering te bewerkstellig (Kendall, Hatton, Beckett & Leo, 2003).

Singh (2005) beklemtoon dat kinders toenemend oor die effek van hul medikasie ingelig moet word sodat hul “intelligente verbruikers” van hul behandeling kan word. Soos hul ouer word, kan hul byvoorbeeld begin worstel met die vraag of hul “ware self” die persoon met ATHV is, en of dit eerder verwys na die persoon met die ATHV wat deur medikasie beheer word. Die gevolg is dat sommige kinders begin twyfel in hul keuse om medikasie te gebruik of nie. Binne hierdie konteks, beskou sommige ouer kinders met ATHV dit van onskatbare waarde om met ’n professionele persoon te gesels oor hul worstelstryd om balans te vind tussen die oorwinning van voortdurende uitdagings en die aanvaarding van die beperkinge wat dit meebring.

In die lig van die bogenoemde word die belang van deurlopende en voorgesette evaluering ten opsigte van medikasie deur gereelde opvolgbesoeke aan die mediese dokters, terapeute en samesprekings met die kind se klasonderwyser, beklemtoon

(Kendall, Hatton, Beckett & Leo, 2003). Die drie hoofgroepe medikasie vir ATHV, naamlik stimulantmedikasie, nie-stimulantmedikasie, en ander medikasie, sal in die volgende afdeling bondig bespreek word.

#### 2.2.5.2.1 *Stimulantmedikasie*

Die gebruik van stimulant is tans die algemeenste metode om die simptome van ATHV te bestuur en ongeveer 65% van alle kinders met ATHV ontvang gereeld stimulantmedikasie (Engelbrecht, 2009, p.30). In Suid-Afrika is Metielfenidaat en Atomoksetien as stimulantmedikasie vir ATHV gelisensieer (Snyman & Truter, 2007). Daar het egter baie water in die see geloop voordat hierdie punt bereik is. In 1937 het die Amerikaanse pediater, Charles Bradley, benzedrine ('n amfetamien) voorgeskryf vir die behandeling van kinders se hoofpyne. Die verpleegkundiges en opvoeders het opgelet dat die kinders wat hierdie behandeling ontvang het, beter gedrag, asook akademiese prestasie, getoon het. Hierdie medikasie was egter nie dadelik bekend as behandeling vir kinders met konsentrasie- en gedragsprobleme nie.

In 1944 het die chemikus, Leandro Panizzon, wat op daardie stadium 'n werknemer van die Switserse farmaseutiese maatskappy Ciba Geigy (vandag Novartis) was, 'n molekule genaamd metielfenidaat in 'n laboratorium vervaardig. Dit was aanvanklik vir die behandeling van kroniese moegheid, ligte depressiewe episodes, asook narkolepsie bedoel (Belsham, 2012). Panizzon se vrou het dit dikwels as stimulant voor tenniswedstryde geneem, omdat sy aan lae bloeddruk gely het. Daar is vinnig agtergekom dat dit 'n beduidende positiewe invloed gehad het op haar vermoë om te fokus en te konsentreer. Panizzon het na hierdie vonds die medikasie wat vandag steeds as Ritalin® bekend staan, na sy vrou, Rita vernoem. Dit was egter eers in 1963 dat dit die eerste keer vir die gebruik van kinders bemark is (Belsham, 2012, p.6). Tans is Ritalin® die mees aangewese middel in Suid-Afrika vir die behandeling van ATHV (Van der Walt, 2001).

Daar bestaan egter baie verwarring en vrese oor die gebruik van Ritalin®. Dokters word daagliks gekonfronteer met ouers wat weier om toestemming te gee dat hul kinders Ritalin® gebruik. In dieselfde asem is daar ouers en onderwysers wat daarop aandring dat die dokter hul van 'n voorskrif moet voorsien, selfs wanneer sy of haar professionele opinie nie noodwendig in lyn is daarmee nie. Die inligting wat in hierdie studie aangaande Ritalin® voorsien word, is gebaseer op onlangse navorsing.

Doyle (2006, p.139) bespreek opsommend die gebruik van Ritalin® en ander medikasie vir ATHV in sy boek, *Understanding And Treating Adults With Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. Daar word tussen drie variasies van Ritalin® onderskei:

(1) “gewone” Ritalin® wat 10 mg metielfenidaat bevat en ’n werkingsduur van ongeveer vier uur het; (2) Ritalin® LA (*long acting*), die langwerkende soort, waar die helfte van die metielfenidaat van die Ritalin® LA-kapsule onmiddellik opgeneem word en die ander helfte ongeveer vier uur later – volgens voorskrif hou hierdie opsie die voordeel in dat kinders dit nie gedurende skoolure hoef te drink nie en sodoende word hul ook nie by die skool blootgestel aan die sterk emosie wat soms daarmee saam beleef word nie (Engelbrecht, 2009); en (3) Ritalin® SR (*slow release*) is nie meer in Suid-Afrika beskikbaar nie.

Engelbrecht (2009) berig dat ouers dikwels oor die nuwe-effekte van Ritalin® bekommerd is. Volgens haar bron sluit dit senuweeagtigheid, slapeloosheid, huilerigheid, insomnie, angstigheid, irritasie, naarheid, maagpyn, hoofpyn en ’n verminderde eetlus by kinders in (Pharma Dynamics, 2008, p.2). Die verhoogde gevaar vir latere dwelmafhanglikheid by kinders wat Ritalin® gebruik is ook ’n debat wat baie aandag geniet. Pedraza en Newcom (2015, p.260) lewer betoog dat navorsing die misbruik van stimulantmedikasie, veral onder hoërskoolleerders en studente, bewys het. Hy beskryf hierdie voorkoms as kommerwekkend en beklemtoon daarom die noodsaaklikheid van die identifikasie van ’n alternatiewe effektiewe behandeling vir ATHV wat nie die gevaar van misbruik inhou nie. Venter (2015) stel ouers egter gerus dat hierdie aanname slegs ’n mite is. Hy verduidelik dat daar ’n laer voorkoms van dwelm- en alkoholmisbruik is by mense met ATHV wat Ritalin® in hul kinderjare gebruik het, teenoor diegene wat dit nie gebruik het nie.

Concerta® word as ’n alternatiewe stimulantmedikasie in die plek van Ritalin® gebruik en is sedert 2005 in Suid-Afrika beskikbaar. Die verskil tussen Ritalin® en Concerta® is dat laasgenoemde ’n verlengde vrystelling van metielfenidaat het. Die plasmakonsentrasie neem vinnig na die toediening van die medikasie toe en bereik binne een tot twee uur ’n aanvanklike spitsyd. Daarna neem dit geleidelik toe totdat die spitsplasmakonsentrasie na ses tot agt uur bereik word en ’n geleidelike afname begin (Bester, 2014). Stimulantmedikasie soos Ritalin® en Concerta® verhoog dopamien neuro-oordragstowwe wat ’n verhoging in die aktiwiteitsvlak in die frontale deel van die brein tot gevolg het. Dit bewerkstellig op die beurt ’n verbetering in aandagspan, konsentrasie en impulsbeheer (Mash & Wolfe, 2005).

#### 2.2.5.2.2 Nie-stimulantmedikasie

Nie-stimulante word oor die algemeen eers deur mediese dokters oorweeg wanneer stimulant nie effektief as behandeling vir ’n kind gewerk het nie (Engelbrecht, 2009). Strattera® (Atomoxetine HCl) word as alternatiewe en nie-stimulant vir die behandeling van

ATHV gebruik en dit word farmakologies as 'n psigo-analeptika geklassifiseer. Dit is in 2002 goedgekeur as behandeling vir ATHV en dit was ook die eerste nie-stimulantmedikasie wat vir hierdie doeleindes goedgekeur is (Upadhyaya, Desaiyah, Schuh, Bymaster, Kallman, Clarke, Durell, Trzepacz, Calligaro, Nisenbaum, Emmerson, Schuh, Bickel & Allen, 2013).

Strattera® bevat atomoksetien-hidrochloried wat 'n inhibeerder van die presinaptiese norepiendraer is en dus nie 'n direkte invloed op die serotonien- en dopamiendraers het nie (Pedraza & Newcom, 2015, p.260). Engelbrecht (2009) verduidelik dat 'n enkele kapsule van Strattera®, wat vir 24 uur effektief is, daaglik geneem moet word. Volgens haar navorsingsbron verhoog Strattera® die aktiwiteit van noradrenalin wat 'n chemiese stof in die brein is (Wernicke & Kratochvil, 2002). Daarom hou 'n daaglikse dosis van Strattera® dieselfde voordele as stimulantmedikasie in, aangesien dit ook die simptome van ATHV beheer. Dit is egter belangrik om in ag te neem dat die uitsluitlike gebruik van medikasie soos Strattera® nie genoeg is nie, en dat ander intervensiestrategieë soos klaskamerbestuur noodwendig in plek gestel moet word.

### **2.2.5.3 Klaskamerbestuur**

Weiss (2015) verduidelik dat ATHV geassosieer word met swak skolastiese vordering en dat dit ook lei tot swak resultate in gestandaardiseerde lees- en wiskundetoetse. Met die gevolg dat hierdie leerders ook verhoogde skoolondersteuningsdienste benodig. Alhoewel medikasie geassosieer word met 'n afname in die belangrikste simptome van ATHV, sowel as verhoogde akademiese produktiwiteit, kon navorsing nie 'n verband tussen medikasie en die verhoging van resultate in gestandaardiseerde toetse bevind nie. Juis om hierdie rede is dit belangrik om gepaste klaskamerbestuur toe te pas ten einde leerders met ATHV en die uitdagings wat daarmee gepaard gaan, in die klaskamer te akkommodeer.

Die doel van klaskamerintervensie is om die kind met ATHV te voorsien van 'n gepaste vlak van onderwyserkontak, asook 'n gebeurlikheidsplan vir moontlike gedragsprobleme (Carr, 2010). Dit stem ooreen met die *SIAS*-dokument wat verwys na 'n beleid van die departement van basiese onderwys aangaande die sifting, identifisering, assessering en ondersteuning van die kinders met leerhindernisse in die klaskamer (Department of Basic Education, 2014). Volgens hierdie dokument moet onderwysers aanpassings in die klaskamer maak om kinders ooreenkomstig hul individuele behoeftes te ondersteun.

Volgens Carr (2010) is dit die taak van die sielkundige om die kind met ATHV se spesifieke hindernisse te assesser en dan al die betrokke onderwysers te betrek om

aanpassings in die klaskamer te maak. Navorsing het getoon dat kinders met ATHV ten opsigte van akademiese prestasie en gepaste gedrag gemotiveer kan word deur die gebruik van skool-tuisprogramme. Dit beteken dat die tipes intervensies tuis en by die skool gekoördineer word sodat dit konsekwent toegepas word ten einde optimale resultate te verseker. Die onderwyser, kind, ouer en sielkundiges moet gesamentlike doele stel en daaraan werk (Wells, 2004).

Bester (2014) beveel aan dat onderwysers kinders met ATHV help deur hanteringstrategieë en intervensietegnieke in die klaskamer in plek te stel. Die volgende riglyne kan deur die onderwyser gevolg word om 'n kind met ATHV in die klaskamer te akkommodeer (Bester, 2014). Daar moet gelet word op die plasing van die leerders in die klas. Dit is wys om die leerder naby die onderwyser te laat sit sodat eksterne stimuli geminimaliseer word. 'n Reëling aangaande die leerder se huiswerk kan getref word. 'n Maat kan aangewys word om seker te maak dat die leerder met ATHV sy of haar huiswerk volledig en korrek afskryf. 'n Tydtoestel soos 'n wekker, kan gebruik word om duidelike tydsgrense vir spesifieke take te stel.

Verdere riglyne is dat opdragte kort en eenvoudig gehou moet word en dat die kind genoegsame pouses moet ontvang. Die kind moet presies weet wat van hom of haar verwag word, en daarom is duidelike struktuur in die klas baie belangrik. Dit is ook noodsaaklik om 'n emosionele band met die kind te vorm. 'n Positiewe ingesteldheid, gereelde erkenning, asook gereelde emosionele kontak kan wondere verrig. Laastens moet onderwysers verseker dat hulle ook self ondersteuning kry. Die realiteit in Suid-Afrika is dat klaskamers groot en oorvol is. Dit stel unieke uitdagings aan die Suid-Afrikaanse onderwyser om die leerders met ATHV in hul klaskamer te akkommodeer (Bester, 2014).

### **2.2.6 ATHV binne die Suid-Afrikaanse konteks**

In Suid-Afrika, net soos in die res van die wêreld, is die voorkoms van ATHV soortgelyk aan die Amerikaanse Psigiatriese Vereniging (*American Psychological Association*)(APA) se skatting (Tancred, 2011). Weingartner (1999) verduidelik dat dit egter onmoontlik is om die presiese aantal kinders wat hierdie toestand het, vas te stel. Volgens Louw, Oswald en Perold (2009) is dit verbasend baie professionele persone, soos mediese dokters, pediater, psigiaters en sielkundiges, se aanname dat hierdie toestand bloot 'n fase is waarin kinders hiperaktief en impulsief optree.

Hierdie soort wanpersepsie versterk mites rondom ATHV en dra gevolglik by tot verwarring en stres by ouers. In Louw (2006) se ondersoek aangaande algemene praktisyns se praktyke en kennis rakende ATHV was Suid-Afrikaanse praktisyns erkentlik dat hul opleiding, kennis en vermoë om hierdie toestand suksesvol te diagnoseer, ver tekort skiet. Die gevolg, volgens Venter (2015), is dat slegs 'n beraamde derde van die totale bevolking van mense met ATHV in Suid-Afrika effektief gediagnoseer en behandel word.

'n Volgende hindernis is die tekort aan hulpbronne binne die Suid-Afrikaanse konteks. Binne die staatstelsel in die Wes-Kaap word 'n gemiddeld van 35 skole deur een opvoedkundige sielkundige bedien. Hierdie skole is veral in die landelike gebiede en ver van mekaar af geleë. Die gevolg is 'n oorweldigende werkslading vir die opvoedkundige sielkundige wat gehalte dienslewering ontmoontlik maak. Laasgenoemde lei tot 'n sneeubaleffek wat die diagnose en behandeling van die kind met ATHV negatief beïnvloed (J. Wium, persoonlike kommunikasie, 6 Mei, 2015).

Volgens dr. Marilize Kunneke, Pediater by Worcester Hospitaal, behels die protokol, soos dit deur die departement van gesondheid en onderwys uiteengesit is, dat 'n onderwyser die betrokke opvoedkundige sielkundige moet kontak indien hul vermoed dat 'n kind die simptome van ATHV toon. Die opvoedkundige sielkundige ondersoek dan die moontlikheid en maak 'n afspraak by die hospitaal indien dit nodig sou wees. Ongelukkig, vanweë 'n tekort aan opvoedkundige sielkundiges in die departement van onderwys, word hierdie stap dikwels nie gevolg nie. Ouers daag daagliksonder 'n verwysing by die hospitaal op omdat die kind al drie jaar lank "aangeskuif" word, nie kan lees en skryf nie, en soos die ouers sê, "niemand wil help nie" (M. Kunneke, persoonlike kommunikasie, 6 Mei 2015). Sodoende word kinders met ATHV deur die sisteem gefaal.

Binne die konteks van die oormag sosio-ekonomiese probleme in Suid-Afrika, insluitend misdaad, ongeletterdheid, en leerders wat nie hul skoolloopbaan voltooi nie, is dit van kardinale belang dat die "verlore bevolking" van kinders wat deur die sisteem gefaal word, gediagnoseer word en die nodige hulp ontvang (Tancred, 2011). Dit is ook belangrik dat hierdie kinders, net soos kinders met ander gestremdhede, hul reg gegun word om as gelyke burgers in die samelewing en onderwyssisteem ingesluit word.

### **2.2.7 ATHV as 'n gestremdheidstudie**

Soos daar uit die voorafbespreking, asook die verduideliking in hoofstuk 1, afgelei kan word, is dit onmoontlik om hierdie navorsing aangaande kinders met ATHV van

gestremdheidstudies te skei. Die simptome van ATHV belemmer op verskeie maniere die funksionering van die leerder in sy of haar middelkinderjare. Dit is egter uitsluitlik 'n perspektief wat eie aan die sienswyse van die mediese model is. Die mediese model binne die mediese diskoers van gestremdheid word in terme van die diagnose en behandeling van probleme gedefinieer en is meer spesifiek gefokus op patologie en siekte (Swart & Pettipher, 2011). Die mediese model verwys dus uitsluitlik na ATHV as inherente hindernis vir die kind.

Breedweg plaas die mediese model die oorsprong van probleme in die persoon self, eerder as binne die sisteem en samelewing waarbinne die persoon funksioneer. Binne die onderwysstelsel is kinders met ATHV byvoorbeeld in die verlede op grond van 'n diagnose in 'n spesiale skool geplaas. Dit is gedoen ongeag hul vermoë om moontlik in 'n hoofstroomskool te funksioneer – indien die onderwysstelsel inskiklik sou wees deur aanpassings te maak om hierdie kinders te akkomodeer. Oliver (1996) se betoog teen die mediese model is dat daar eerder 'n benadering gevolg moet word wat diversiteit vier, as om definisies te gebruik wat die klem op “normale lewe” plaas.

Die Union of Physically Impaired Against Segregation (UPIAS) (in Tinklin & Hall, 1999) het na aanleiding van die bogenoemde debat en baie ander kritiek teen die mediese diskoers, met 'n radikale definisie van gestremdheid reageer. Hulle uitgangspunt is dat gestremdheid nie as 'n uitsluitlike fisiese eienskap, maar eerder as 'n sosiale konstruk, beskou moet word. Hul samevatting was soos volg: “*Disability is the disadvantage or restriction of activity caused by a contemporary social organization which takes no or little account of people who have physical impairments and thus excludes them from the mainstream of social activities.*” Hierdie beskouing steun dus die beweging weg van die mediese model, wat hoofsaaklik na die oorsaak van gestremdheid binne die individu verwys, na die sosiale model van gestremdheid.

Die sosiale model van gestremdheid se redenasie is dat gestremdheid veroorsaak word deur die samelewing wat die behoeftes van mense met gestremdhede verontagsaam. Dit behels die siening dat 'n persoonlike inperking nie noodwendig stremmend is nie, maar dat aspekte van die sosiale, ekonomiese, kulturele en fisiese omgewing 'n sleutelrol speel in die bepaling van die mate waartoe 'n benadeling tot sosiale uitsluiting lei (Riddell, Tinklin & Wilson, 2005). Omdat hulle 'n omgewing moet navigeer wat nie vir hulle ontwerp is nie, ervaar mense met gestremdhede, en dus ook kinders met ATHV, volgens hierdie beskouing hindernisse.

In die lig van die bogenoemde is die implikasie vir mense met gestremdhede, oftewel kinders met ATHV, dat wanneer hulle gelyke toegang tot sisteme soos die onderwysstelsel wil geniet, die tekortkoming in hul omgewing eers oorbrug moet word (Koch, 2010). Die sosiale model beklemtoon daarom die feit dat die omgewing moet verander na 'n meer toeganklike milieu vir mense met gestremdhede, eerder as wat mense met gestremdhede by hul omgewing moet aanpas. Die implikasie is dat opvoeders hul klaskamers en wyses van onderrig moet aanpas om die leerder met ATHV te kan akkommodeer.

Reindal (2008) het na aanleiding van hierdie beskouing van die sosiale model 'n uitgebreide benadering, naamlik die sosiale verhoudingsmodel (*social relational model*), ontwikkel. Die belangrikste bydrae van hierdie model is die onderskeid tussen die oorsaaklikheid van die ervarings van sosiale inperking in terme van (1) 'n persoonlike verlaagde funksionering in 'n sosiale omgewing, teenoor (2) sosiale beperkings in 'n sosiale omgewing. Persoonlike en sosiale invloed ten opsigte van ingeperkte funksionering word dus beide in ag geneem. Dit sluit aan by Stephan et al. (2015) se navorsing wat 'n omvattende model van gestremdheid voorstel wat persoons-, sowel as die biologiese faktore binne die omgewingsfaktore erken, soos dit in hoofstuk 1 bespreek is.

Binne die raamwerk van die sosiale verhoudingsmodel is dit moontlik dat “sosiale gevolge” 'n breër betekenis as bloot sosiale hindernisse kry. Daar kan verwys word na sosiale beperkinge as gevolg van 'n verlaagde persoonlike funksioneringvlak, maar daarbenewens kan dit ook toegeskryf word aan daargestelde sosiale, kulturele, omgewings- en religieuse faktore wat die individu beperk. Hierdie beskouing stel onder andere die navorser in staat om die daargestelde sosiale hindernisse, wat beperkinge vir die persoon met 'n gestremdheid tot gevolg het, vas te stel. Die sosiale verhoudingsmodel maak dit verder vir die navorser moontlik om die persoonlike ervaring van die lewe met verminderde funksionering te ondersoek – beide sosiaal en individueel – sonder om 'n uitsluitlike individualistiese benadering te aanvaar (Reindal, 2008).

In die lig van die bogenoemde verduideliking hou die sosiale verhoudingsmodel ook verband met die uitgangspunte van Amartya Sen se bekwaamheidsteorie (*capability theory*) wat voorts as 'n teoretiese uitgangspunt vir hierdie navorsing gebruik sal word. Hoewel hierdie teorie hoofsaaklik daarop gerig is om onderskeid te tref tussen die bekwaamheidsvlak en die funksioneringsvlak van mense met gestremdhede, is dit ook bruikbaar om die moontlike oorsake van gestremdhede te verstaan.



Hierdie raamwerk koppel die oorsaaklikheid van gestremdheid aan drie faktore, naamlik (1) die individu se persoonlike karaktereenskappe (bv. inperking, ouderdom, geslag), (2) die individu se hulpbronne, en (3) die individu se omgewing (fisies, sosiaal, ekonomies, polities). Die invloed van beide sosiale en persoonlike aspekte, ooreenstemmend met die sosiale verhoudingsmodel, word dus erken. Vanuit die perspektief van die sosiale verhoudingsmodel, beklemtoon die bekwaamheidsteorie egter ook die invloed van 'n vierde element, naamlik die (4) interaksie tussen die oorsaaklikheidsfaktore (Mitra, 2006, p.236).

Binne hierdie konteks kan die bekwaamheidsteorie met Theron (2010) se beskouing van veerkragtigheid as 'n interaktiewe proses, wat gegrond is op individuele, sowel as sosiale faktore, in verband gebring word. Porcelli, Ungar, Liebenberg en Trépanier (2014) steun ook hierdie benadering tot menslike funksionering as 'n kombinasie van persoonlike kapasiteit, sowel as omgewingsgeleenthede. Hul spesifieke fokus behels 'n stel hulpbronne wat as die grondlegging van mense met gestremdhede se identiteit dien. Binne hierdie perspektief ondersteun hul die bekwaamheidsteorie (Morris, 2009) en propageer hul 'n "regstellende model" wat weier om gestremdheid as 'n persoonlike tragedie te teoretiseer (Swain & French, 2000).

Aangesien die bekwaamheidsteorie, soos dit ook deur Porcelli et al. (2014) gesteun word, individuele en sosiale bepalers van veerkragtigheid in ag neem, sal hierdie teorie binne die betrokke studie ook as teoretiese raamwerk gebruik word om die bepalers van die vergestaltung van veerkragtige ouerskap binne die konteks van ouers van kinders met ATHV te ondersoek en af te grens. Daarom sal die bekwaamheidsteorie voorts in hierdie navorsing in gedagte gehou word om deurlopend tydens die datagenerering, en -verwerking die betrokke (1) individuele bepalers, (2) hulpbronne, (3) sosiale bepalers, asook (4) oorsaaklikheidsfaktore van veerkragtigheid te identifiseer in die beantwoording van my navorsingsvrae.

## **2.3 SAMEVATTING**

Hoofstuk 2 bied 'n konseptualisering en oorsig van die literatuur aangaande veerkragtigheid. Daar is spesifieke aandag geskenk aan die onderskeie bepalers van die vergestaltung van veerkragtigheid, asook gesinsmodelle rakende hierdie fenomeen. Verder het 'n bespreking van ATHV gevolg ten einde hierdie navorsing te rig. 'n Historiese oorsig, diagnostiese kriteria en simptome, geassosieerde probleme en komorbiede versteurings, die etiologie, asook intervensies en die behandeling van ATHV is breedvoerig bespreek. Hierdie onderafdelings is teen die agtergrond van die Suid-

Afrikaanse konteks, asook ATHV as gestremdheid, afgegrens. 'n Literatuuroorsig aangaande middelkinderjare en die beleving van ouerskap ten opsigte van kinders met ATHV in hierdie ontwikkelingsfase, sal in hoofstuk 3 volg.

## Hoofstuk 3

# MIDDELKINDERJARE EN OUERSKAP

### 3.1 INLEIDING

In hierdie hoofstuk word die middelkinderjare as ontwikkelingsfase bespreek en daar sal spesifieke aandag gegee word aan die verskeie ontwikkelingsteorieë aangaande hierdie lewensfase. Hoewel die betrokke navorsing toegespits is op die middelkinderjare, is dit egter belangrik om daarop te let dat die ervaring van ouers van kinders met ATHV nie 'n statiese belewing tydens hierdie lewensfase is nie. Die betoog is eerder dat ouers se ervaring regdeur die verloop van die lewenspan 'n invloed op hierdie spesifieke fase uitoefen en daarom as geheel in ag geneem moet word. Net so is die ontwikkeling van individue ook nie altyd dieselfde in onderskeie lewensfases nie en is daar verskeie veranderlikes, soos persoonlike eienskappe en kultuur, wat in hierdie verband 'n rol speel en dus ook as belangrike oorwegings beskou moet word.

Na die bespreking van die middelkinderjare as lewensfase, sal daar 'n oorsig aangaande die invloed van ATHV op ouerskap volg. Dit is belangrik om in ag te neem dat die gebruik van die term "ouer" binne die konteks van hierdie studie, ook verwys na die wettige versorger, voog, pleegouer of aanneemouer van 'n kind. Die definisie van ouerskap soos dit in die Kinderwet en die Suid-Afrikaanse Skolewet uiteengesit is, sal daarom breedvoerig in hierdie hoofstuk omskryf word. 'n Bespreking rakende ouers se belewing van die diagnose van 'n kind met ATHV sal volg en spesifieke onderskeid sal getref word tussen die belewing van die pa's en die ma's van kinders met ATHV. Die ondersteuning en hanteringsstrategieë van ouers van kinders met ATHV sal ook aandag geniet. Na afloop van die bespreking behoort die leser oor 'n beter begrip aangaande die belewing van ouers van kinders met ATHV in die middelkinderjare, asook die vergestaltung van veerkragtige ouerskap binne hierdie konteks, te beskik.

### 3.2 MIDDELKINDERJARE AS ONTWIKKELINGSTADIUM

Keenan en Evans (2010, p.4) definieer menslike ontwikkeling as patrone van verandering oor 'n tydperk wat begin by bevrugting en strek tot aan die einde van die lewenspan. Ontwikkeling geskied deur middel van veranderinge in die biologiese (fisiese verandering), sosiale (sosiale verhoudings), emosionele (emosionele en morele ervaringe en kennis) en kognitiewe (denkwyses) areas van die mens se lewe (Keenan, 2005, p.2). In hierdie

studie volg ek Elder en Giele (2009) se uitgangspunt aangaande die “lewensverloop” (*life course*) van die mens. Hul onderskei tussen twee perspektiewe, naamlik lewensverloop (*life course*) en lewenspan (*life span*). Terwyl die lewensspanperspektief dikwels op die tipiese verloop van die mens se lewe fokus, erken die lewensverlopperspektief die verskeie en veelvuldige roetes van die verloop van individue en gesinne se lewens (Elder & Giele, 2009; Grossman & Magana, 2016). Die lewensverlopperspektief stel my dus in staat om die beleving van ouers in terme van ontwikkelingsprosesse en -fases te ondersoek, terwyl ontwikkeling as ’n aanhoudende en dinamiese proses erken en in ag geneem kan word.

Die middelkinderjare is die ontwikkelingsfase tussen die vroeë kinderjare en adolessensie en dit omvat die ouderdomme vanaf ses tot twaalf jaar (Newman & Newman, 2015). Oliver (2008) beskryf dit breedweg as die ouderdom vanaf ongeveer sewe jaar tot en met die aanvangs van adolessensie. Die bekwaamhede wat kinders gedurende hul middelkinderjare bemeester, hou met sosiale en werksverwante vaardighede verband. Namate kinders vertrou in vaardighede ontwikkel, ontwikkel hul ’n meer realistiese beeld van hulself, asook hul sosiale waarde. Sodoende leer kinders waardevolle lesse rakende hul verhouding met ander en word hulle bemagtig en voorberei vir die uitdagings van adolessensie (Wait, 2003). Verskeie ontwikkelingsteorieë aangaande middelkinderjare is oor die jare deur navorsers ondersoek. Daar sal voorts kortliks na die literatuur oor sommige van hierdie teorieë gekyk word. Alhoewel nie al die teorieë direkte relevansie tot die navorsingsondersoek het nie, volg ’n bespreking aangaande die belangrikste ontwikkelingsteorieë in ’n poging om die leser van deeglike agtergrondkennis rakende middelkinderjare as ontwikkelingsfase te voorsien.

### **3.2.1 Gestalt-benadering**

Gestaltsielkunde is ’n denkskool wat reeds in 1910 deur die Duitser, Max Wertheimer, bekendgestel is. Kritici is egter van mening dat Gestalt-teorie ’n meer komplekse ontstaan het en dat dit gegrond is in ’n holistiese benadering tot die denke rondom sielkunde wat duisende jare terug dateer (Wertheimer, 2014). Die Duitse woord “Gestalt”, wat “geheel” of “vorm” beteken, is die basis van Gestalt-sielkunde. Gestalt-sielkundiges het die strukturaliste se poging om die bewussyn af te breek tot kleiner elemente om dit te bestudeer, verwerp. Hulle uitgangspunt is dat mense patrone sien en dat hierdie patrone hulle help om voorwerpe uit die agtergrond te identifiseer. Gestaltterapie lê byvoorbeeld klem op die belangrikheid daarvan om die dualisme van denke, gedrag en gevoelens te versoen, sodat mense hulself as ’n geheel kan ervaar (Train, Ahmed, Bandawe,

Cockcroft, Crafford, Crous, Greenop, Seedat, Stacey, Tomlinson, Tommyn & Dale-Jones, 2007, p.17).

Volgens die Gestalt-benadering word die ontwikkeling van kinders nie in stappe of stadiums beskou nie, maar eerder as die ontwikkeling van die totale veld (Woldt & Toman, 2005). Binne hierdie konteks verwys veld na die omgewing waarbinne die kind optree. In die lig hiervan, is die uitgangspunt dat daar slegs na die kind se ontwikkeling gekyk kan word binne die betrokke kind se konteks. By implikasie ontwikkel kinders dus nie in isolasie in die veld nie, maar die veld ontwikkel as 'n geheel saam met die kind. Dit beteken onder andere dat ouers, en dus ook die ouers van kinders met ATHV, saam met hul kinders ontwikkel. Dit is hoofsaaklik die gevolg van gedwonge aanpassings wat ouers maak om by hul kinders se veranderende behoeftes te pas, namate hulle ouer word (Smith, 2012). Binne die konteks van hierdie studie sal dit ook die verandering en groei impliseer wat ouers ondergaan om by hul kind met ATHV se behoeftes aan te pas.

### **3.2.2 Sigmund Freud se klassieke psigoanalitiese teorie**

Freud se psigoanalitiese teorie het denke oor ontwikkelende kinders verander. Hy was van mening dat seksualiteit 'n diepgaande invloed op die geestesaktiwiteit van die mens het. Sy betoog was dat, hoewel kinders nie tot voortplanting in staat is nie, hulle nietemin sterk seksuele drange het (Newman & Newman, 1995).

Volgens Freud geskied ontwikkeling in vyf psigoseksuele stadia (Loxton, 2003). Die orale stadium vind plaas vanaf geboorte tot en met die eerste lewensjaar, waartydens die mond die sentrum van plesier en sensuele stimulering word. Die anale stadium strek vanaf een tot vier jaar oud. Die fokus van plesier verskuif dan vanaf die mond na die genitale area. Die ouderdom vanaf vier tot ses jaar staan bekend as die falliese stadium. Die geslagsdele word nou die erogene sone. Dit is ook die stadium waarin sekere persoonlikheidseienskappe ontwikkel wat verband hou met verhoudings en seksualiteit, soos byvoorbeeld trots, nederigheid, ekstroversie en introversie (Loxton, 2003).

Freud verwys na die middelkinderjare as die latente fase waartydens die aggressiewe impulse en seksuele belangstelling van die falliese stadium onderdruk en verskuif word na plaasvervangeraktiwiteit soos sport en leer (St. Clair & Wigren, 1995; Loxton, 2003). Dit word gevolg deur die genitale stadium, waartydens puberteit begin en seksuele drange op die voorgrond tree (Loxton, 2003). Volgens die psigososiale teorie kan kindertydervarings, en dus ook ontwikkeling in die middelkinderjare, 'n baie belangrike invloed op volwasse gedrag hê. Binne die raamwerk van hierdie teorie word die gesin, en daarom ook die

ouers, as die belangrikste konteks geïdentifiseer waarbinne die konflikte wat op sosialisering en seksuele impulse betrekking het, opgelos word (Loxton, 2003).

### **3.2.3 Albert Bandura se sosiale leerteorie**

Sosiale leerteoretici het die omvang van leerteorie vergroot deur die verduideliking van komplekse sosiale patrone daarby in te sluit. Bandura se navorsing het gefokus op die identifisering van toestande waarin 'n kind 'n model sou naboots. Daar is gevind dat kinders heel waarskynlik modelle sou naboots wat invloedryk is, beheer het oor bronne, of self beloon word (Bandura, in Newman & Newman, 1995).

Loxton (2003) verduidelik in die lig van Bandura se teorie dat kinders dophou wat met 'n model gebeur en waarskynlik gedrag wat beloon word, sal naboots. Daarteenoor sal hul gedrag wat gestraf word, waarskynlik vermy. Waarnemingsleer moedig dus selfregulering, die internalisering van sekere standaarde vir vermyding, asook die bekragtiging van sekere gedrag aan (Loxton, 2003).

### **3.2.4 Kognitiewe ontwikkeling**

#### **3.2.4.1 Jean Piaget se teorie van kognitiewe ontwikkeling**

Volgens Louw, Schoeman, Van Ede en Wait (1990) verwys Piaget na die tydperk tussen sewe en elf jaar as die konkreet-operasionele periode, omdat die kind wel oor operasionele denke beskik, maar dat dit nog konkreet van aard is. Denke word “konkreet” genoem, omdat die operasies wat uitgevoer word in verband staan met voorwerpe, en nie met hipoteses wat verbaal en abstrak gestel is nie. Operasionele denke beteken dat operasies (wat 'n spesifieke soort kognitiewe skema is) in denke gebruik word. Swanepoel (2009) verduidelik dat dit juis tydens die middelkinderjare is wat die belangrikste kognitiewe ontwikkeling plaasvind en dat dit patrone en gewoontes gedurende adolessensie en volwassenheid beïnvloed (Bee & Boyd, 2006).

Op grond van Piaget se teorie (Ansell, 2005; Wait, 2003; Newman & Newman, 2015) word kognitiewe ontwikkeling in vier fases verdeel, naamlik die sensoriese fase (0–1½ jaar), pre-operasionele fase (2–7 jaar), konkrete operasionalisering (7–11 jaar), en die fase van formele operandi (12–15 jaar). Die bemeestering van elkeen van hierdie fases dien as voorvereiste om na die volgende fase aan te beweeg. Binne die konteks van die betrokke studie word daar vervolgens spesifiek na die fase van konkrete operasionalisering (7–11 jaar) verwys.

Volgens Piaget is die konkreet-operasionele fase van kinderontwikkeling die invloedrykste en belangrikste tyd in 'n kind se lewe (Newman & Newman, 2015). Tydens hierdie periode ontwikkel die kind se denkpatrone na 'n meer volwasse gedagtegang. Hul ontwikkel die vermoë om logiese en buigsame redenasies te vorm en kan aksies uitvoer wat bepaalde ingewikkelde kognitiewe vaardighede, soos die herorganisering, kombinerings en ontleding van elemente, vereis. Die kognitiewe denkproses is egter steeds tot 'n mate konkreet, aangesien dit afhanklik is van en uitgevoer word op grond van alledaagse konkrete geleenthede (Cole, Cole & Lightfoot, 2005).

Piaget se teorie behels dat alle psigologiese aspekte van funksionering tydens hierdie fase verander. Kinders beleef die lewe as meer voorspelbaar, aangesien hulle begin begryp dat sekere fisiese aspekte van voorwerpe, soos lengte, breedte en hoogte onveranderd bly, terwyl ander aspekte van dieselfde objek kan verander. Hul denke word meer buigsam en gevolglik kan hul byvoorbeeld op verskeie oplossings van 'n probleem fokus, in plaas daarvan om soos voorheen, slegs op die probleem self te fokus (Cole et al., 2005).

Daar is ook verskeie konseptuele vermoëns wat hul tydens hierdie fase ontwikkel. Dit sluit onder meer die term konservasie of bewaring in, wat verwys na die kind se vermoë om te verstaan dat 'n spesifieke mate van 'n fisiese objek, bv. 'n vloeistof, onveranderd bly, ongeag die formaat waarin dit aangebied word (Karpov, 2005). Klassifikasie verwys weer na die vermoë om dinge te klassifiseer en in kategorieë te kan rangskik (Wait et al., 2004). Hiermee saam leer die kind om kombinasievaardighede toe te pas. Dit beteken dat die kind in die middelkinderjare die vermoë om getalle te manipuleer, met ander woorde, optel, aftrek, vermenigvuldig en deel, ontwikkel (Wait, 2003).

Swanepoel (2009) verduidelik in die lig van die voorafgaande, dat kognitiewe ontwikkeling plaasvind aan die hand van die uitbreiding van die kind se verstandelike vermoëns en kennis, asook gedurende die blootstelling aan die eksterne omgewing waarin die kind hom- of haarself bevind. Die kind is deurlopend besig om inligting vanuit die eksterne omgewing by sy of haar bestaande skema te integreer. Indien hierdie proses nie effektief plaasvind nie, word daar 'n sogenaamde disekwilibrium ontwikkel. Hierdie toestand dien dan egter as dryfveer vir die kind om sy of haar kennis by die omgewing aan te pas, wat op die beurt tot verdere kognitiewe ontwikkeling lei. Volgens hierdie benadering is die kind hoofsaaklik in beheer van sy of haar eie kognitiewe ontwikkeling (Karpov, 2005).

Daar bestaan ook 'n menigte kritiek teen Piaget se teorie (Cherry, 2016; Lourenco & Machado, 1996). Dit sluit die feit dat die deelnemers aan sy navorsing sy eie kinders,

sowel as die kinders van ander professionele beroepslui van hoë ekonomiese status was, in. Die betoog is dat navorsing wat op 'n nie-verteenwoordigende populasie gegrond is se bevindinge nie tot die algemene bevolking toegepas kan word nie. Met verwysing hierna beklemtoon Santrock (2016) die invloed van sosio-ekonomiese status op ontwikkeling regdeur die lewenspan. Hiermee verwys hy na die invloed van 'n persoon se posisie in die samelewing wat gegrond is op sy of haar beheer en/of toegang tot hulpbronne en geleenthede. Teen hierdie agtergrond, en veral binne Suid-Afrikaanse konteks, word daar dus omsigtig na die relevansie van Piaget se teorie gekyk.

### **3.2.4.2 Lev Vygotsky se teorie van kognitiewe ontwikkeling**

'n Alternatiewe model van kognitiewe ontwikkeling word deur die Russiese sielkundige, Lev Vygotsky voorgestel (Keenan, 2005). Vygotsky se mening is dat 'n kind aktief deel is van 'n sosiale opset. Daarteenoor is Piaget se uitgangspunt dat 'n kind hoofsaaklik in sy of haar sosiale omgewing ontwikkel (Ansell, 2005). Terwyl Piaget kinderontwikkeling as 'n proses van beweging vanaf die interne na die eksterne omgewing beskou het, verduidelik Donald, Lazarus en Moolla (2014) dat Vygotsky die teenoorgestelde benadering as dié teorie aangevoer het. Vygotsky se betoog was dat kinderontwikkeling nie uitsluitlik teen die agtergrond van die sosiale omgewing plaasvind nie, maar dat ontwikkeling beduidend deur die opvoeding van die ouers beïnvloed word (Karpov, 2005). Die implikasie dus, is dat die kind se ontwikkeling afhanklik is van sekere vaardighede en inhoude wat deur ouers gemodelleer word.

Soos Harwood, Miller en Vasta (2008) verduidelik, vind kognitiewe ontwikkeling plaas deur 'n proses van ontdekking van die eksterne omgewing en dit word gerugsteun deur die sosiale interaksie tussen die kind en 'n meer ervare persoon, soos die ouer. In die lig hiervan, beweer Vygotsky dat ouers sekere sielkundige vaardighede aan hul kinders modelleer en dat dit gevolglik deur die kind geïnternaliseer word. Hierdie proses bepaal en dra by tot die aanpassings- en ontwikkelingsvaardighede van die kind (Karpov, 2005). Die ouer speel derhalwe 'n beduidende en betekenisvolle rol in die kognitiewe ontwikkeling van die kind.

Binne die konteks van die betrokke studie is dit belangrik om bewus te wees van die bogenoemde benadering. Dit beklemtoon ook onder andere hoe belangrik die vergestaltung van veerkragtigheid by die ouer van 'n kind met ATHV is. Wanneer die ouers nie daartoe in staat is om 'n voorbeeld te wees nie en die sosiale interaksie tussen die ouers en kind belemmer word as gevolg van die simptome van ATHV, kan dit binne die



raamwerk van Vygotsky se teorie dus 'n negatiewe invloed op, onder andere, die kognitiewe ontwikkeling van die kind hê.

Aangesien die ouer ook deel uitmaak van 'n groter kulturele opset, word die reëls en beginsels van daardie spesifieke konteks vir die kind voorgehou (Swanepoel, 2009). Dit hou verband met Theron (2010) se betoog dat kultuur en sosiale interaksie 'n beduidende rol in die vorming van veerkragtigheid speel. Daar kan dus aangevoer word dat die vergestaltung van veerkragtigheid van die ouer van 'n kind met ATHV, sowel as die kognitiewe ontwikkeling van die kind, 'n verteenwoordiging is van die spesifieke kultuur waarbinne hulle hulself bevind. Swanepoel (2009) se redenasie is egter dat optimale ontwikkeling slegs kan plaasvind wanneer die sosiale konteks (gesin en kulturele omgewing) die nodige ondersteuning daarvoor bied.

Vygotsky (Donald et al., 2014) se volgende uitgangspunt is dat 'n kind tydens ontwikkeling deur die sone van proksimale ontwikkeling beweeg waartydens optimale ontwikkeling plaasvind. Hierdie sone dui op die spanning tussen die kind se werklike ontwikkelingsvlak en die vlak van sy of haar potensiële ontwikkeling. Die ideaal is dat 'n kind tydens ontwikkeling, met hulp vanuit die eksterne omgewing, na sy of haar eie optimale kognitiewe vermoëns sal beweeg. Hierdie sogenaamde hulp verwys na dit wat deur die stimuli vanuit die eksterne omgewing, byvoorbeeld 'n meer 'n bekwame ouderdomsgelyke, ouer of onderwyser, bemiddel word. Enige stimulus wat ontwikkeling vanaf een vlak na 'n volgende fasiliteer, kan daarom as 'n bemiddelaar beskou word (Keenan, 2005).

Vir die doeleindes van hierdie studie is die ontwikkeling van die kind in sy of haar middelkinderjare belangrik. Swanepoel (2009) se aanname is dat die meeste ontwikkeling by kinders binne die formele onderwysomgewing bewerkstellig word. Volgens Vygotsky bevorder onderrig in die skool nie net akademiese kennis nie, maar bied dit ook die geleentheid om sosiale interaksies te bevorder (Karpov, 2005). Dit is daarom noodsaaklik dat kinders binne die skoolomgewing die geleentheid gebied moet word om hul potensiële vermoëns optimaal te ontwikkel. Wanneer die omgewingstimuli, soos 'n onderwyser of ouer wat nie die behoeftes van 'n kind met ATHV akkommodeer nie, egter ongunstig blyk te wees, belemmer dit optimale kognitiewe ontwikkeling en ontstaan daar sodoende 'n verskil tussen die kind se werklike en potensiële vermoëns.

Optimale kognitiewe ontwikkeling van die kind in sy of haar middelkinderjare kan dus deur 'n ongunstige omgewing en negatiewe interaksies benadeel word. Daarom het die ouers 'n verantwoordelikheid teenoor die kind met ATHV in sy of haar middelkinderjare om 'n positiewe, ondersteunende invloed op die kind se ontwikkeling uit te oefen. Dit is egter

slegs moontlik indien die ouers oor die veerkragtigheid beskik om dit in die praktyk uit te voer. In die lig hiervan, en ter wille van die kind se ontwikkeling, word die belang van die bevordering van ouers se veerkragtigheid benadruk. Dit beklemtoon ook verder die noodsaaklikheid van hierdie studie om, onder andere, 'n teoretiese voorstelling te ontwikkel aangaande die algemene beleving van ouers van kinders met ATHV, asook die vergestaltung van veerkragtige ouerskap binne hierdie konteks. My uitgangspunt is dat wanneer daar uit hierdie navorsing patrone aangaande die fenomeen van die ondersoek geïdentifiseer kan word, dit ouers wat hulself in soortgelyke situasies bevind, kan help om hierdie patrone in hul eie situasie te herken en moontlik daarmee te assosieer.

### **3.2.5 Psigososiale teorie**

#### **3.2.5.1 Erik Erikson se psigososiale teorie**

Op grond van Erikson se fases van psigososiale ontwikkeling dien die vroeëre fases in 'n kind se lewe as grondslag vir latere fases. Sodanige beweging van een fase na 'n volgende behels dat 'n kind as voorvereiste sekere kennis en vaardighede moet bemeester, alvorens hy of sy die volgende ontwikkelingsvlak kan bereik (Santrock, 1992). Indien 'n kind sekere van hierdie ontwikkelingsuitdagings nie suksesvol bemeester nie, kan sodanige tekort aan vaardighede die kwaliteit van sy of haar vordering in 'n volgende ontwikkelingsfase negatief beïnvloed. Louw en Louw (2007) voorspel byvoorbeeld dat 'n kind wat nie vroeg in sy of haar lewe vertrou bemeester nie, later as volwassene moontlik probleme sal ervaar met die kweek van goeie verhoudings.

Tog word die empiriese geldigheid van die psigososiale kwessies, soos dit deur Erikson aan die spesifieke lewensfases gekoppel is, egter krities bevraagteken. Hierdie kritiek het reeds in 1971 ontstaan toe Ciacco (1971) 'n ondersoek geloods het om vas te stel tot watter mate die ontwikkelingsuitdagings wat Erikson voorgestel het, tydens sekere ouderdomsgroepe of lewensfases teenwoordig is. Hoewel daar bevind is dat die psigososiale sterktes wel ooreenkomstig Erikson se teorie tydens die onderskeie fases ontwikkel, kon die ontwikkelingsuitdagings wat deur Erikson voorgestel is, nie bevestig word nie. Waterman en Whitbourne (1981) het 'n dekade later verdere kritiek gelewer op die voorgestelde ouderdomsgroepe wat Erikson aan ontwikkeling gekoppel het. Hul betoog was dat die ontwikkeling van elke individu uniek is en dat elke persoon daarom kan verskil van een ouderdomsgroep of -fase na 'n volgende. Hulle het dit toegeskryf aan die invloed van kultuur en ander historiese invloede (Kroger, 2003). Hierdie uitgangspunt kan ook in verband gebring word met Elder en Giele (2009) se perspektief aangaande die lewensverloop van die mens soos dit in afdeling 3.2 genoem is.

Volgens Erikson se teorie is daar vier fases wat 'n kind tot en met die middelkinderjare moet bemeester. Die eerste fase wat 'n kind vanaf geboorte tot en met een jaar oud moet baasraak is dié van basiese vertrouwe teenoor wantroue. Tydens hierdie fase moet 'n kind leer dat die wêreld 'n veilige en goeie plek is. Dit word gevolg deur die tweede fase, naamlik outonomie teenoor skaamte, en dit vind tussen die ouderdom van een en drie jaar plaas. Die kind kom nou tot die besef dat hy of sy 'n individu is wat op sy of haar eie besluite kan neem. Die derde fase, wat strek vanaf drie tot ses jaar, behels inisiatief teenoor skuld. Dit is die tydperk wanneer 'n kind die bereidwilligheid ontwikkel om nuwe dinge op die proef te stel en die risiko van mislukking te waag en te hanteer (Louw & Louw, 2007; Wait, Meyer & Loxton, 2004).

Die vierde fase is dié van werksaamheid teenoor minderwaardigheid en dit is relevant tot die middelkinderjare. Gedurende hierdie fase word daar van die kind verwag om meer ingewikkelde vaardighede te bemeester wat in die meer volwasse fase benodig gaan word. Hierdie betrokke vaardighede behels die deelname aan verskillende sportaktiwiteite ten einde addisionele fisieke vaardighede te ontwikkel en te beproef. Die kweek van gesonde sosiale verhoudings met vriende, die gesin, onderwysers en ander rolspelers is nodig om selfontwikkeling te vergelyk en te stimuleer. Die bogenoemde, sowel as ander uitdagings en prestasies, dien as aansporing tot die ontwikkeling van Erikson se werksaamheid (Louw, Van Ede & Louw, 1998; Pressley & McCormick, 2007).

Tydens die middelkinderjare ontwikkel kinders 'n begrip van emosies soos trots en skaamte wat geïnternaliseer word om tot 'n besef van persoonlike verantwoordelikheid te lei. Dit hou verband met kinders se strewe na sukses wat meestal teen die einde van middelkinderjare as deel van hul selfkonsep geïntegreer is (Newman & Newman, 2015). Hierdie strewe na sukses van kinders in die middelkinderjare kan vir menige kind 'n krisis te weeg bring. Kinders het byvoorbeeld die behoefte om intellektuele en sosiale uitdagings te bemeester, maar in die lig van die fase van werksaamheid teenoor minderwaardigheid, kan die mislukking daarvan dikwels tot gevoelens van onbekwaamheid lei (Keenan & Evans, 2010).

Daar word druk uitgeoefen op kinders om in die skool te presteer. Kinders met ATHV ervaar dikwels dat die simptome van hul toestand 'n hindernis vir skolastiese prestasie is en dat dit selfs hul sosiale vaardighede inperk. Wait (2004) voer aan dat die volgehoue ervaring van mislukking tot die ontwikkeling van aangeleerde hulpeloosheid lei. Hierdie gevoelens van teleurstelling en mislukking kan meebring dat kinders, en veral kinders met ATHV wat impulsief van aard is, in hierdie fase van hulle lewe erkenning en aanvaarding gaan soek by oorde wat nie hul ouers se goedkeuring wegdra nie (Wait, 2004). Hierdie

sneeubal van negatiewe ervarings kan dan as deel van 'n negatiewe selfkonsep na die kind se volgende lewensfase (adolessensie) oorgedra word.

### **3.2.6 Morele ontwikkeling**

#### **3.2.6.1 Lawrence Kohlberg se teorie van morele ontwikkeling**

Volgens Kohlberg (Gibbs, 2003) behels die individu se morele ontwikkeling 'n stelselmatige proses vanaf morele kennis, waardes en uiteindelijke gewetensvorming. Dit vind ook plaas na aanleiding van verskillende fases waar die bemeestering van 'n betrokke fase vereis word alvorens daar aanbeweeg kan word na die volgende fase. Daar is egter baie kritiek teen Kohlberg se teorie. Ashford en LeCroy (2010, p.435) verduidelik opsommend dat die gehalte van Kohlberg se navorsing vir die ontwikkeling van sy teorie bevraagteken word. Die kritiek verwys spesifiek na die maatstaf wat hy vir die meet van morele ontwikkeling gebruik het. Daar word verdere kritiek uitgespreek omdat die meeste deelnemers in sy navorsing mans was en die ontwikkeling van sy teorie daarom nie op geslagsgelykheid gebaseer is nie. Vrae word ook gevra rakende die verband wat hy tussen morele redenering en gedrag trek, aangesien navorsing tot op hede nie konsekwente bevindinge kon lewer nie.

In die lig van sy teorie verwys Kohlberg na drie fases van morele ontwikkeling, naamlik die prekonvensionele, konvensionele en postkonvensionele vlakke (Louw & Louw, 2007). Binne die konteks van die betrokke studie is die prekonvensionele ontwikkelingsvlak van toepassing op kinders in hul middelkinderjare. Daar sal vervolgens 'n kort omskrywing van Kohlberg se verskillende vlakke van ontwikkeling verskaf word.

##### *3.2.6.1.1 Prekonvensionele vlak (Fase 1 en 2: ongeveer 5 tot 9 jaar)*

Gedurende die prekonvensionele vlak van morele ontwikkeling tree die kind reaktief op wat kultuurreëls betref en word besluite ook gemaak gebaseer op die hedonistiese gevolge van 'n handeling (Harwood, Miller & Vasta, 2008). Dit beteken dat die kind se besluite uitsluitlik in terme van 'n egoïstiese gewin geneem word. Onderskeid word getref tussen twee stadiums van die prekonvensionele vlak, naamlik (1) straf- en gehoorsaamheidsoriëntasie en 'n (2) naïewe en instrumentele oriëntasie.

##### **(1) Fase 1: Straf- en gehoorsaamheidsoriëntasie**

Die kind is nog nie in die prekonvensionele vlak in staat om objektief te wees en om hom- of haarself te distansieer in sy of haar optrede nie. Gedrag word derhalwe slegs op grond van die gevolge daarvan bepaal. Die implikasie is dat gehoorsame gedrag deur die

vermyding van straf gedryf word en dat die kind se beweegredes nie in aanmerking geneem word nie. Die kind se morele besluite word in hierdie fase dus suiwer gegrond op die vermyding van straf en die volg van reëls vind uitsluitlik plaas om nadelige gevolge te vermy en nie omdat dit verstaan, aanvaar of geïnternaliseer word nie (Swanepoel, 2009). My uitgangspunt is dat hierdie teoretiese beginsel positief aangewend kan word in terme van 'n beloningstelsel om goeie of gepaste gedrag te versterk.

## (2) Fase 2: Naïewe en instrumentele oriëntasie

Volgens Harwood, Miller en Vasta (2008) ontwikkel die kind tydens hierdie ontwikkelingsfase 'n gevoel vir opportunisme en kan die geleentheid vir optrede vir eie gewin binne situasies geïdentifiseer en nagestreef word. Die kind begin egter ook stelselmatig ander se sieninge en perspektiewe ontdek en in ag neem. Gehoorsaamheid word nou verbind aan die inagneming van ander se belange, maar dit vind egter steeds plaas binne die raamwerk van 'n egoïstiese perspektief. Die implikasie is dat wanneer die kind se optrede tot voordeel van 'n ander persoon strek, die kind self ook daarby sal baat, aangesien die primêre doel was dat dit gunstige optrede vir hom- of haarself sal inhou. Opsommend word gedrag dus gedryf deur beloning van goeie gedrag of om guns te bekom (Kohlberg, 1976).

### 3.2.6.1.2 *Konvensionele vlak (Fase 3 en 4: ongeveer 9 tot 15 jaar)*

Tydens hierdie fase word die kind se gehoorsaamheid gerig deur die produk van sy of haar gedrag, ongeag die onmiddellike gevolge daarvan. Die kind ontwikkel stelselmatig 'n lojaliteit teenoor sy of haar portuurgroep, gesin of gemeenskap en teenoor die self. Die gevolg is dat bepaalde norme en waardes deur innerlike oortuigings ondersteun en regverdig word. Die kind sal dus nou bepaalde norme en waardes volg op grond van, en omdat ander mense sekere verwagtinge van hom of haar het (Kohlberg, 1976).

#### (a) Fase 3: Interpersoonlike ooreenkoms

Tydens hierdie fase word die goedkeuring van belangrike persone in die kind se lewe, asook die vermyding van kritiek, die motivering vir gedrag wat tot die voordeel van ander mense strek. Die kind word nou bemoeid met en ingestel op die persepsie wat ander mense van hom of haar het. Daar word deurlopend gepoog om deur gehoorsame gedrag 'n positiewe beeld by ander te skep (Kohlberg, 1976).

(b) Fase 4: Die regverdigheidsoriëntasie (wet en orde)

Die kind openbaar korrekte gedrag op grond van sy of haar respek vir gesag of sosiale beginsels. Daar word 'n begrip gevorm dat spesifieke norme en waardes ter wille van die voortbestaan van die samelewing belangrik is, en dat reëls daarom nagekom moet word (Kohlberg, 1976).

*3.2.6.1.3 Post-konvensionele vlak (Fase 5 en 6: ongeveer 16 jaar tot volwassenheid)*

Aangesien die postkonvensionele vlak nie van toepassing is op die middelkinderjare nie, sal daar slegs baie kortliks daarna verwys word. Swanepoel (2009, p.60) beskryf hierdie vlak van ontwikkeling as die moraliteit van selfaanvaarde of outonome morele beginsels. Die individu onderskei tydens hierdie fase tussen universele morele waardes en norme wat in groepe geldig en toepaslik is.

## **2.2.7 Ontwikkelingstaakteorie**

Havighurst (Keenan & Evans, 2010) se teorie is dat kinders in die middelkinderjare sekere ontwikkelingsstake moet bemeester. Dit sluit in die vaardighede wat vir spel benodig word, gesonde sosiale omgang met maats van hul ouderdom, 'n gesonde verhouding met hulself, asook persoonlike onafhanklikheid. Wait (2003) beskryf hierdie ontwikkelingsstake as konkrete kognitiewe operasies, die vestiging van hegte vriendskappe, die belangstelling in en ontwikkeling van spanspel (kompetisie), en die vermoë om selfevaluasie toe te pas.

### **3.2.7.1 Konkrete kognitiewe operasies**

Volgens Wait (2003) beskik kinders tussen die ouderdom van vier en sewe jaar, wanneer hul nog in die intuïtiewe fase van intellektuele ontwikkeling verkeer, nog nie oor die vermoë om kognitiewe operasies uit te voer nie. In die middelkinderjare ontwikkel hulle egter die vermoë om desentrasie en omkeerbaarheid toe te pas. Laasgenoemde verwys na die vermoë om 'n handeling ongedaan te maak of om dit te ontken, terwyl desentrasie die vermoë is om gelyktydig op meer as een aspek van 'n probleem te konsentreer. Met betrekking tot hierdie studie, is dit egter belangrik om te let op die invloed van ATHV op hierdie ontwikkelingsstake. Vir 'n kind met ATHV is dit onmoontlik om tegelykertyd sy of haar aandag op meer as een aspek van 'n kwessie te fokus (Belsham, 2012).

In die lig van Piaget se teorie, soos daar reeds bespreek is, betree kinders tydens die middelkinderjare 'n belangrike nuwe fase in hul kognitiewe ontwikkeling, naamlik konkrete operasies. Tydens hierdie fase word kinders minder egosentriek en kan hul kognitiewe

operasies of denke gebruik om konkrete probleme op te los (Wait, 2003). Volgens Shaffer (2002) is kognitiewe operasies 'n interne, verstandelike aktiwiteit wat die kind in staat stel om beelde en simbole te wysig en herorganiseer, ten einde 'n logiese gevolgtrekking te bereik. Hul denke word nog meer buigbaar en georganiseer wanneer dit toegepas word op konkrete inligting en probleme. Die bemeestering is egter nie moeiteloos vir kinders met ATHV nie, aangesien die toestand dit vir hul moeilik maak om hul denke in terme van take en aktiwiteite te organiseer (Carr, 2010)

### **3.2.7.2 Die vestiging van hegte vriendskappe**

Kinders begin reeds vroeg om met ander kinders te speel en teen formele skooltoetreding het hul reeds verskeie sosiale mylpale bemeester. Volgens Wait (2003) ontwikkel kinders in die middelkinderjare die vermoë en behoefte om meer intieme vriendskappe aan te knoop. Kinders verwys na hierdie intieme vriend as hul "beste maat" en die vriendskap lewer 'n belangrike bydrae tot 'n jong kind se emosionele en sosiale ontwikkeling.

Hierdie vriendskap is nie so noodsaaklik soos bindingsverhoudinge nie, maar is steeds voordelig vir persoonlike ontwikkeling. Lewenslesse word speel-speel en gesels-gesels geleer en 'n kind leer dit nie so maklik indien hierdie bande nie bestaan nie (Wait, 2003). Nie net skep dit 'n platform vir die oefen van sosiale vaardighede, soos probleemoplossing en konflikhantering nie, maar dit leer hul ook belangrike lesse aangaande gedragsnorme, die bied van sosiale en emosionele ondersteuning, en die kweek en instandhouding van intieme verhoudings (Louw & Louw, 2007).

Smith (2012) meld egter dat kinders met ATHV moeiliker maats maak, omdat dit vir hul problematies is om die gedrag en emosies van ander kinders te ontleed. Daarby keur ander kinders soms hul tipies ontoepaslike gedrag af, wat daartoe lei dat hul dikwels sosiaal uitgesluit word. Volgens Louw en Louw (2007) word kinders met ATHV ook dikwels gespot en verontreg omdat hul gedrag soms vreemd is. Die gevolg is dat hul selfbeeld en gedrag verder negatief beïnvloed word. In die lig hiervan is dit belangrik vir ouers van kinders met ATHV om kinders te help om gesonde vriendskappe te kweek en te behou (Doherty & Hughes, 2009).

### **3.2.7.3 Belangstelling in en ontwikkeling van spanspel**

Volgens Wait (2003) begin kinders gedurende die middelkinderjare 'n waardering vir groepskohesie, saamwees en saam wen, ontwikkel. Die speletjies wat kinders op hierdie ouderdom speel, word geken aan al hoe meer reëls en rolspelers. Daar word verduidelik dat kinders dus moet leer om meer aanpasbaar te wees, om beurtelings van rolle te

verwissel en om rolle te bemeester. Spanspel leer hul dat die geheel beter is as die som van die dele. Hulle leer ook dat elkeen se deelname 'n bydrae tot die geheel maak en dat die groep onvolledig sou wees sonder die teenwoordigheid van al die individue (Wait, 2003).

Newman en Newman (2003) verduidelik dat die samelewing onderskeid tref tussen die my-groep en die hulle-groep. Die individu voel meer samehorig en ondersteunend teenoor sy "eie" groep en dit ontlok dikwels houdings en gedrag wat tot die groep se voordeel strek. 'n Kind in die middelkinderjare leer verskeie lewensingesteldhede uit spanervarings. Om deel te wees van 'n groep of 'n span kan 'n kind byvoorbeeld leer om waarde te voeg en by te dra tot spandoelwitte; om eie doelwitte ondergeskik aan spandoelwitte te stel; dat dit belangrik en nodig is om terugvoering en hulp vanaf spanlede te ontvang; en dat interafhanklikheid bestaan (Newman & Newman, 2003). Binne hierdie konteks is dit ook belangrik dat 'n kind hom- of haarself ten opsigte van hierdie take en ingesteldhede eerlik moet kan evalueer. Dit wek ook dan die vermoë tot selfevaluasie wat vervolgens bespreek sal word.

#### **3.2.7.4 Die vermoë tot selfevaluasie**

Volgens Wait (2004) plaas toetrede tot die skoolomgewing die klem op die aanleer van vaardighede, asook akademiese en sportprestasies. Dit gee tydens die middelkinderjare noodsaaklik aanleiding tot die ontwikkeling van selfevaluasie. Kinders in hierdie lewensfase is gedurig besig om hulself met die objekte of mense in hul omgewing te vergelyk. Dit dien gevolglik as 'n normatiewe maatstaf waaraan die kind sy of haar eie vermoëns of persoonlikheid meet.

In die lig hiervan kan bemeestering bekom word wanneer liefdevolle aandag en ondersteuning van betekenisvolle rolspelers ontvang word. Volgens Albert Bandura (1982) se sosiale leerteorie, kan self-evaluering bydra tot die ontwikkeling van selfdoeltreffendheid, wat op die beurt tot selfvertroue en hanteringsvaardighede lei (Wait, 2004). Daarteenoor, en in die lig van Erikson se psigososiale teorie aangaande werksaamheid teenoor minderwaardigheid, kan negatiewe terugvoer vanaf hierdie mense tot 'n intense minderwaardigheidsbeleving bydra (Swanepoel, 2009). Binne hierdie konteks is kinders met ATHV in hul middelkinderjare dus kwesbare teikens, aangesien hul vanweë hul impulsiewe optrede gedurig aan kritiek van ouers en onderwysers blootgestel word (Bester, 2014).

Persoonlike kritiek teen die vermelde teorieë van ontwikkelingstadië, is dat kulturele diversiteit nie in ag geneem is nie. Hierin ondersteun ek Grossman en Magana (2016) se



argument dat ontwikkelingsfases ooreenkomstig met die gebruik en veranderlikes in kulture en kontekste kan verskil. Voorbeelde sluit in dat kinders in sommige kulture gemiddeld tot op 'n later ouderdom geborsvoed word (Hvatum & Glavin, 2016). Hierdie voorbeeld kan in verband gebring word met die lewensverlopperspektief, soos dit in afdeling 3.2 bespreek is, asook sogenaamde postkoloniale sienswyses<sup>2</sup>. Binne hierdie konteks verduidelik Gulerce (1996) dat menslike ontwikkeling vanuit 'n transformerende oogpunt nie as 'n lineêre- of "eenrigtingpad" beskou moet word nie, maar eerder as 'n volgehoue transformasie van beide die individu en sy of haar konteks gekonseptualiseer moet word.

Hiermee volg ek die uitgangspunte van Gulerce (1996) wat aanvoer dat kulturele konteks in ag geneem moet word om bepaalde westerse teorieë aangaande menslike ontwikkeling regdeur die lewenspan uit te daag, asook Johnston (2015) wat 'n transformasionele raamwerk vir sielkundeperspektiewe aangaande diversiteit en multikulturalisme binne die Suid-Afrikaanse konteks voorstel. Dit is veral belangrik, aangesien die betrokke studie die beleving van ouers van kinders met ATHV, sowel as die vergestaltung van veerkragtige ouerskap binne 'n Suid-Afrikaanse, en dus Afrika-konteks ondersoek.

Ten spyte van 'n menigte uiteenlopende teorieë oor die middelkinderjare, stem navorsers eenparig saam dat hierdie lewensfase 'n belangrike en unieke ontwikkelingsstadium is wat veral gekenmerk word deur 'n kind se sosiale, kognitiewe en emosionele ontwikkeling (Smith, 2012). Hoewel die skool en maats se rol tydens hierdie fase al hoe groter word, bly die rol van die ouers steeds uiters belangrik (Steinberg, Bornstein, Vandell & Rook, 2011). In hierdie lig is die belang van die vergestaltung van veerkragtigheid van ouers van kinders met ATHV voor die hand liggend ten einde die ontwikkeling van die kind in die middelkinderjare te verseker. Vervolgens sal die rol en beleving van die ouers van kinders met ATHV bespreek word.

### **3.3 OUERSKAP**

Met betrekking tot hierdie studie is dit onontbeerlik om die invloed van ATHV op 'n ouer te verduidelik. Dit is noodsaaklik om die beleving van ouers van kinders met ATHV te verstaan ten einde die belangrikheid van die vergestaltung van veerkragtigheid binne hierdie konteks te begryp. Binne hierdie verband word die noodsaaklikheid van die welwees van die ouers en ander primêre versorgers van kinders beklemtoon. Volgens 'n oorsig van Suid-Afrikaanse jeug (*South African Early Childhood Review*) in 'n publikasie

---

<sup>2</sup> Postkolonialisme handel oor die gevolge van die eksterne beheer en ekonomiese uitbuiting van inheemse mense en hulle land.

van die Kinderinstituut (*Children's Institute*) (2016) is baie versorgers in Suid-Afrika se omstandighede uiters stresvol en benodig hul daarom ondersteuning, wat ouerleiding, sowel as toegang tot sielkundige en maatskaplike dienste insluit, om hul welwees en dus ook veerkragtigheid te bevorder.

Dit is egter eers belangrik om die onderskeie definisies van 'n ouer/pleegouer/versorger/voog, soos dit in die Kinderwet en Suid-Afrikaanse Skolewet uiteengesit is, te voorsien alvorens die bespreking van ouerskap binne die konteks van hierdie studie volg. In die Suid-Afrikaanse Skolewet, Wet 84 van 1996, word 'n ouer gedefinieer as:

- (1) die biologiese of aanneemouer of wettige voog van 'n leerder;
- (2) die persoon wat wetlik geregtig is op toesig oor 'n leerder;
- (3) die persoon wat onderneem om die pligte van die persoon waarna daar in (1) en (2) verwys is, na te kom rakende die kind se onderrig in die skool.

Die Kinderwet, Wet 38 van 2005, verskaf 'n ander definisie van ouerskap en onderskei tussen 'n ouer, 'n aanneemouer en 'n pleegouer. 'n Aanneemouer verwys na 'n persoon wat 'n kind wettig aangeneem het. 'n Pleegouer is 'n persoon wat op grond van 'n bevel van die kinderhof pleegsorg oor 'n kind verkry. Dit kan ook verwys na 'n aktiewe lid van 'n organisasie, wat funksioneer as 'n pleegsorgskema, aan wie die verantwoordelikheid van pleegsorg oor die kind toegeken is. 'n Voog verwys na iemand wat voogdyskap oor 'n kind het, soos dit omskryf is in Artikel 18 van die Kinderwet. Dit behels in wese die verantwoordelikhede van die ouer, pleegouer en aanneemouer, en dit is dus per definisie iemand wat die wettige reg het om die kind te versorg.

Die Kinderwet stipuleer dat die volgende verwantskap met 'n kind nie voldoen aan die kriteria vir ouerskap nie:

- (a) die biologiese vader van 'n kind wat verwek is deur die verkragting van, of deur bloedskande met daardie kind se moeder;
- (b) enige persoon wat biologies alleenlik as gameetskenker, of vir die doeleindes van kunsmatige bevrugting, aan 'n kind verwant is;
- (c) 'n ouer wie se ouerlike regte en verantwoordelikhede ten opsigte van 'n kind wettig beëindig is.

As daar dus binne die konteks van hierdie studie na die ouers van kinders met ATHV verwys word, sluit dit ook die wettige versorger, voog, pleegouer of aanneemouer van 'n kind in. Geen ouer van 'n kind met ATHV, of enige ander leerhindernisse, se daaglikse

funksionering kan daardeur onaangeraak gelaat word nie. Hierdie ouers word lewenslank emosioneel, fisies, sowel as sosiaal deur 'n leerhindernis, gestremdheid of spesifiek ATHV geaffekteer. Genetiese oordrag speel egter 'n rol in 'n groot persentasie van gevalle.

### **3.3.1 Die beleving van die diagnose van 'n kind met ATHV**

Vir die doeleindes van hierdie studie is dit belangrik om kennis te dra van ouers se beleving van 'n kind met ATHV. Binne hierdie konteks, het navorsers egter uiteenlopende standpunte. Die een perspektief is dat die diagnose van ATHV as 'n verlies ervaar word en dat ouers van 'n kind met 'n gestremdheid, net soos met ATHV, chroniese rou beleef omdat hul 'n "perfekte" kind verloor het (Fitzpatrick & Dowling, 2007). Die teenargument is dat daar te veel klem gelê word op die analise van die ervaring van gestremdheid vanuit 'n risiko-perspektief in terme van negatiewe gevolge, en dat 'n sterktegebaseerde benadering eerder gevolg moet word (Porcelli, Ungar, Liebenberg & Trépanier, 2014). Dit impliseer dat ouers van kinders met ATHV se ervaring ook met die laasgenoemde benadering kan strook en dat dit daarom nie noodwendig 'n uitsluitlike beleving van verlies is nie.

Vanuit Fitzpatrick en Dowling (2007) se perspektief, kan die beleving van 'n kind met 'n gestremdheid – en in hierdie studie, 'n kind met ATHV – vergelyk word met die gevoelens wat 'n mens na enige ander groot verlies, byvoorbeeld, egskeiding, werksverlies of die dood van 'n geliefde, ervaar (Logsdon, 2013). Logsdon (2013) verduidelik dat ouers voorspelbare fases van stres ervaar namate hul by die eise van 'n kind met 'n leerhindernis of gestremdheid moet aanpas. Dit is soortgelyk aan Kübler-Ross se model van die fases van rou (1969) wat postuleer dat 'n mens ideaal gesproke na aanleiding van die dood van 'n geliefde of na die diagnose van 'n kind se gestremdheid deur vyf fases, naamlik ontkenning, woede, onderhandeling, depressie en aanvaarding, sal gaan. Mense beweeg nie noodwendig in dieselfde volgorde deur hierdie fases nie.

Die eerste fase van die proses om hierdie verlies te verwerk gaan hoofsaaklik met ontkenning gepaard, waartydens dit makliker vir ouers is om te ontken dat 'n betrokke toestand voortaan deel van hul kind se lewe gaan wees. 'n Tipiese patroon in hierdie fase is om na ander oorsake as verklaring vir hul kind se probleem te soek. As alternatief kan ouers selfs die kind vir swak skoolprestasie blameer wanneer hul dit aan swak werksetiek toeskryf. Addisionele uitdagings, soos wanneer ouers oor die kind se toestand en benaderings daartoe verskil, verhoog die stres van hierdie fase (Barnett, Clements, Kaplan-Estrin & Fialka, 2003).

Barnett et al. (2003) beskryf die volgende fase as dié van woede. Tydens hierdie fase kan ouers strygerig, veeleisend en verbaal aggressief raak wanneer hul voor hul kind se afname in prestasie te staan kom. Hulle kan selfs in dié stadium hul woede op die onderwyser, hul huweliksmaat of ander kinders projekteer. Dit gebeur ook dat ouers soms vir hulself kwaad is omdat hul nie hul kind se probleem kan “oplos” nie (Rust, 2014). Hierdie fase word ook soms met verwyte geassosieer. Verskeie persone word geblameer vir hul kind se toestand ten einde die verwerkingsproses vir die ouers te vergemaklik. Die ouers glo byvoorbeeld dalk dat die kind sukkel omdat die onderwyser se werk nie op standaard is nie, of omdat die kind lui is, of omdat die skoolstelsel nie goed genoeg is nie (Logsdon, 2013).

Onderhandeling is die derde fase van rou. Ray, Pewitt-Kinder en George (2009) verduidelik dat dit 'n tipiese reaksie op hulpeloosheid is om beheer te probeer terugwen. Ouers sal byvoorbeeld in die lig van hul spesifieke geloofsoortuiging met 'n hoër mag probeer onderhandel om dinge vir hulle te vergemaklik. Hierdie fase wat deel uitmaak van 'n beskermingsmeganisme word dikwels gevolg deur 'n episode van depressie wat gepaardgaan met intense hartseer en bekommernis. Hierdie ouers van kinders met gestremdhede lê dan wakker oor legio bekommernisse. Hulle is gewoonlik hoofsaaklik bekommerd dat hul kind vir die res van sy of haar lewe sal sukkel (Rust, 2014). Die deurwerk van hierdie fase en bekommernisse is egter ook belangrik om 'n plek van aanvaarding van hul kind se toestand te bereik (Ray et al., 2009).

Hierdie vyffasemodel van Kübler-Ross (1969) word al vir dekades gebruik om ouers se reaksie op 'n diagnose van hul kind se gestremdheid te beskryf. Die model is egter gewortel in die mediese model van spesiale onderwys – wat 'n aanvaarde perspektief vanaf die 1920's tot die 1980's was. Hierdie benadering was verweef met die beskouing dat gestremdheid 'n tekortkoming is (Ferguson, 2002) en dat dit noodwendige disfunksie in 'n familie tot gevolg het. In die lig hiervan berig Roll-Pettersson (2001) dat die literatuur rakende spesiale onderwys oor die afgelope 100 jaar die ouers van kinders met gestremdhede as neuroties, disfunksioneel en magteloos geskets het. Binne hierdie konteks is die geboorte van 'n kind met 'n gestremdheid dus as 'n tragedie beskou (Wehmeyer, 2013).

Daar is drie faktore wat die toepaslikheid van die tradisionele Kübler-Ross model in die lig van ouers se reaksie op hul kinders met gestremdhede uitdaag (Allred, 2015). Eerstens het daar 'n sterk beweging vir die regte van mense met gestremdhede ontstaan wat onder andere betoog het dat Kübler-Ross se model die ouers van kinders met gestremdhede verneder omdat dit hulle as die slagoffers van 'n tragedie posisioneer (Powers, 1995;

Snow, 2001). Tweedens het daar 'n herkonseptualisering van gestremdheid as 'n sisteemkwessie plaasgevind, in plaas van die beskouing daarvan as uitsluitlike inherente defek van die individu in die samelewing (Buntinx, 2013; Wehmeyer, 2013). Hierdie sienswyse hou nou verband met die sosiale model van gestremdheidstudies. Derdens het die benadering vanuit die Positiewe Sielkunde, 'n groot invloed gehad op die heroorweging van die toepaslikheid van Kübler-Ross se model in hierdie konteks (Naidoo, 2006).

Die gevaar van Kübler-Ross se model is die aanname dat alle ouers hul kind se gestremdheid volgens hierdie fases beleef. Professionele rolspelers gebruik dan dikwels hierdie model as lens waardeur die ouers se ervaring beskou word (Allred & Hancock, 2012). In die lig van hierdie beskouing is die oortuiging dan dat die onafwendbare reaksie van ouers dié van hartseer en rou oor die tragedie van hul kind moet wees. Gevolglik word die ouers bejammer en as emosioneel behoeftig beskou, eerder as om hulle as gelyke vennoot in die opvoeding van hul kind te hanteer. Ferguson en Ferguson (2006) verwys na hierdie dinamika as die patologisering van die ouer deur professionele rolspelers.

Soos deur Ferguson en Ferguson (2006) verduidelik is, bepleit hedendaagse literatuur 'n meer sterktegebaseerde model rakende die konseptualisering van ouers se reaksie op die diagnose van 'n kind met 'n gestremdheid (Allred & Hancock, 2012; Buntinx, 2013). Binne hierdie benadering word intrinsieke hulpbronne geïdentifiseer wat as ondersteuningsbron vir ouers kan dien. Die rasionaal is dat wanneer intrinsieke hulpbronne geïdentifiseer is, dit kan bydra tot positiewe langtermyn-uitkomst vir die ouers én die kind. Vanuit hierdie perspektief sal die ouer se oortuiging van die potensiaal tot ontwikkeling van sy of haar kind die fokuspunt wees. Daarteenoor sal Kübler-Ross se model hierdie siening as ontkenning van 'n kind se gestremdheid klassifiseer, eerder as ouers wat bloot kies om in positiewe uitkomst te glo en daaraan vas te hou (Allred, 2015).

Die sterktegebaseerde benadering sluit aan by die perspektief van Positiewe Sielkunde soos dit reeds in hoofstuk 1 (afdeling 1.2.1) bespreek is. Vanuit hierdie perspektief sal die veronderstelling wees dat die ouers van kinders met gestremdhede eerstens 'n ingebore vermoë het om beduidende krisisse te bowe te kom, en dat hul tweedens mettertyd 'n beter begrip van hul rolle as ouers sal hê wat op die beurt tot persoonlike groei kan aanleiding gee (Allred & Hancock, 2012).

Soos Scorgie, Wilgosh en Sobsey (2004) tereg berig, is dit nie noodwendig 'n gegewe dat ouers die fases van die roumodel beleef terwyl hulle met vroeë worstel nie. Positiewe

transformasie is wel te midde van stres, pyn en probleme moontlik en die feit dat dit onder moeilike omstandighede gebeur, maak dit nie noodwendig pynlik nie. Die aanname dat ouers hierdie rouproses beleef, kan egter beduidende skade aanrig. So kan professionele rolspelers soms byvoorbeeld die eensydige negatiewe perspektief aanvaar dat ouers van kinders met gestremdhede die fases van die roumodel beleef, en daarom dan hierdie ouers so jammerhartig hanteer dat dit tot selfvervullende negatiewe profesieë lei (Allred & Hancock, 2012).

Aan die hand van die bogenoemde voorbeelde is dit duidelik dat daar meriete in die kritiek teen Kübler-Ross (1969) se model is en dat 'n sterktegebaseerde sienswyse in sekere opsigte as 'n meer toepaslike sienswyse beskou kan word. Dit is egter ook baie belangrik om steeds in ag te neem dat die ontluikende alternatiewe benadering nie ontken dat die ouers van kinders met gestremdhede stres, pyn en probleme ervaar nie (Allred & Hancock, 2012; Klein, 1984). Die geboorte van 'n kind met 'n gestremdheid bly 'n diepgaande, lewensveranderende ervaring wat dalk nooit ten volle verstaan sal word deur diegene wat nie self so 'n ervaring beleef het nie (Snow, 2001). Binne hierdie konteks blyk daar altyd ouers te wees wat met Kübler-Ross (1969) se benadering assosieer en dit daarom ook gewig gee.

Wanneer daar spesifiek na die diagnose van ATHV gekyk word, is dit duidelik dat dit 'n lewenslange invloed op die lewe van 'n ouer het. Volgens Johnston en Mash (2001) het die gedrag van 'n kind met ATHV 'n definitiewe impak op die gehalte van ouerskap. Ouers van kinders met ATHV wat deelgeneem het aan Finzi-Dotton, Triwitz en Golubchik (2011) se studie berig dat hul hoër stresvlakke ervaar, dat hul laer vlakke van bekwaamheid teëkom en dat hulle ouerskap as 'n bedreiging, eerder as 'n uitdaging ervaar.

Volgens Thapar, Pine, Leckman, Scott, Snowling en Taylor (2015) is die algemene implikasie van die diagnose van 'n toestand soos ATHV, 'n vergrote invloed op die gesinsdinamika, sowel as 'n inhibering van die gesin se aanpassingsvaardighede. Namate so 'n toestand stelselmatig 'n sentrale rol in die gesinslewe begin speel, begin alledaagse variasies van gesinsfunksionering nuwe betekenis aanneem. So kan kommer oor 'n kind byvoorbeeld vir 'n ouer na oorbeskerming begin voel, terwyl pogings om onafhanklikheid te bevorder, soos 'n gebrek aan sorg kan voorkom.

'n Studie deur Tancred (2011) het aan die lig gebring dat ouers van kinders met ATHV meer stres beleef en minder selfvertroue in hul eie ouerskapvaardighede het (Wymbs, Pelham, Molina, Gnagy, Wilson & Greenhouse, 2010). Dit lei ook daartoe dat ouers soms 'n verlies aan beheer beleef en gevolglik soms van fisiese dissiplinêre metodes gebruik

maak. Hierdie handeling het 'n invloed op die band tussen die ouer en die kind (Alizadeh, Applequist & Coolidge, 2007; Mano & Uno, 2007). Dit is duidelik dat die diagnose van ATHV 'n beduidende impak op die ouers het. In die lig hiervan sal daar vervolgens aandag gegee word aan die emosionele, fisiese en sosiale maniere waarop hierdie ouers se lewens onherroeplik geraak word.

### **3.3.2 Die impak van die diagnose op die ouer**

#### **3.3.2.1 Emosionele impak**

Volgens Russell (2003) beleef ouers reeds emosionele stres met die assessering van hul kind wanneer die moontlike diagnose van ATHV vermoed word. Beduidende vlakke van angs word ervaar wanneer ouers na hulp soek en probeer om inligting te verstaan. Wanneer diensverskaffers nie gekoördineerd saamwerk nie, kan dit aanleiding gee tot die verhoging van angs. Hierdie beleving kan ouers emosioneel verlam en in plaas daarvan dat hul dan proaktiewe vennote word van die professionele rolspelers wat in hul kind se versorging en opvoeding betrokke is, raak hul afhanklik en passief en ervaar hulle 'n verlies aan beheer om selfs hul eie behoeftes te bevredig. Die proses van assessering en identifisering van hul kind se behoeftes kan dus gevoelens van isolasie en onsekerheid skep en sodoende hul algemene welwees skaad (Russell, 2003).

Die aanvanklike diagnose van 'n kind met 'n gestremdheid kan die ouers se verwagting van hul kind onmiddellik vernietig (Russell, 2003). Du Plessis (2012) verduidelik dat ouers hul kwel dat die betrokke toestand 'n lewenslange invloed op hul kind se lewe sal hê. Elke lewensfase van hul kind se lewe hou unieke en nuwe uitdagings in. Namate die kind ouer word, beleef ouers soms nuwe hartseer wanneer hul kind nie sekere mylpale in ooreenstemming met hul ouderdomsgelykes bemeester nie. Dit hou lewenslange en nimmereindigende bekommernisse in. Ouers is byvoorbeeld besorg oor die impak op hul kind se selfbeeld, sy of haar prestasie in die skool, en of hy of sy na skool sal kan studeer en 'n suksesvolle loopbaan sal kan volg. Hul is ook vroeg reeds bekommerd oor of hul kind die noodsaaklike lewensvaardighede sal ontwikkel om byvoorbeeld 'n gesin te kan hê en 'n "normale" volwasse lewe te lei (Logsdon, 2013).

Du Plessis (2011) het in haar studie oor ouers se beleving van hul kinders met leerhindernisse bevind dat die reaksie op 'n aanvanklike ontdekking van so 'n toestand ambivalente gevoelens vir ouers tot gevolg het. Aan die een kant is dit vir sommige ouers 'n uiters emosionele belewenis wat gepaard gaan met gevoelens van frustrasie, skok, onsekerheid, weerstand, hartseer, woede, vrees en angs. Aan die ander kant is dit vir

sommige ouers gerusstelend omdat hul nou uiteindelik weet waar om hulp te soek. Bevindinge uit Hanekom (2012) se navorsing oor ouers se belewing van hul kind met outisme sluit hierby aan. Uit haar studie het dit duidelik geblyk dat 'n diagnose vir baie ouers gemoedsrus bring, eerder as wat dit as 'n sogenaamde emosionele “doodsvonniss” ervaar word.

Na die diagnoseproses is daar 'n nuwe en unieke reis wat op ouers wag. McKee, Harvey, Danforth, Ulaszek en Friedman (2004) verduidelik dat ouers hul kinders met ATHV se gedrag as uiters stresvol ervaar en dat dit daartoe lei dat hul soms met onvanpaste ouerskapstyle daarop reageer. Die verlies van beheer oor hul kinders se gedrag veroorsaak dat ouers soms oorkompenseer met 'n outoritêre ouerskapstyl. Emosionele reaksies op kinders se gedrag gee onder andere aanleiding tot impulsiewe uitgesprokenheid, kritiek en teregwyings teenoor negatiewe gedrag. Daar is ook bevind dat emosionele moegheid kan veroorsaak dat ouers hul kinders minder beloon en dat hul afgestomp raak teen goeie gedrag.

'n Studie oor stresverwante groei in ouers van kinders met ATHV het bevind dat stresfaktore, soos die feit dat hierdie kinders dit moeilik vind om instruksies te volg, 'n negatiewe impak op ouerskap het (Finzi-Dotton, Triwitz & Golubchik, 2011). Volgens Finzi-Dotton, Triwitz en Golubchik se navorsing beleef ouers dikwels 'n verlaging in hul selfbeeld en 'n afname in bevrediging rakende hul ouerskap. Dit kweek 'n persepsie van onbevoegdheid in hul eie ouerskapvaardighede en dit verhoog die verwagting dat hul nie hul kinders met sukses kan dissiplineer nie. Dit lei ook meestal tot onenigheid tussen ouers wat op sy beurt weer 'n emosionele impak op die huwelik kan hê. Ongeag die emosionele impak wat 'n kind met 'n spesifieke toestand op 'n ouer het, verduidelik Rust (2014) dat hierdie ouers se lewenstyl ook geraak word.

### **3.3.2.2 Lewenstyl impak**

Die eise wat spesifiek op 'n fisiese vlak aan die ouers van kinders met ATHV gestel word, is langdurig van aard. Hoewel dit wissel van gesin tot gesin en na gelang van hul kind se behoeftes, is addisionele finansiële uitgawes 'n gemeenskaplike stressor. Uitgawes sluit opvoedkundige en gesondheidsdienste in (Rust, 2014). Harpin (2005) lys spesifieke gesondheidsuitgawes as medikasie, die behandeling van beserings en ongelukke en, in uiterste gevalle, ook die behandeling en rehabilitasie van middelmisbruik.

Volgens Miron (2012) speel tyd en finansiële hulpbronne 'n groot rol in ouers se besluite, keuses en handeling. In Du Plessis (2011) se studie oor leerders met leerhindernisse, wat ook 'n gepaardgaande toestand van ATHV insluit, het ouers berig dat baie tyd in



beslag geneem word deur kinders met leerhindernisse met huiswerk te help. Huiswerk veroorsaak ook ekstra stres vir ouers wat soms fisies in hoof-, maag-, en spierpyne manifesteer (Hutchison, 2012). Volgens Bailey, Barton en Vignola (1999) se studie lei die uitdagings van 'n kind met ATHV tot fisiese uitputting en verg dit ekstra tyd en inspanning.

'n Kind met 'n leerhindernis in die huis het ook soms 'n beduidende invloed op die gesinsdinamika en dus ook die ouer. Du Toit (2008) het in haar studie oor die emosionele ondersteuning van moeders met kinders met kogleêre inplantings gevind dat een ouer dikwels moet ophou werk om die nodige tyd en ondersteuning aan hul kind te kan bied. Dit impliseer nie alleenlik die verlies aan 'n loopbaandroom nie, maar dit het ook soms groot finansiële implikasies. Die alternatief is dat kinders met leerhindernisse soms in koshuise geplaas moet word, omdat daar nie die nodige spesiale skole naby hul ouerhuis is nie (Du Toit, 2011). Dit op sigself kan bydra tot beide finansiële en emosionele stres.

Bishop (2012) werp lig op die impak wat kinders met outisme op hul broers en susters het. Wanneer 'n kind met hierdie toestand ekstra tyd van die ouers vereis en in beslag neem, ontstaan daar 'n asimmetriese verdeling van aandag tussen kinders en dit het 'n groot impak op die emosionele ervaring van die res van die gesin. Die algemene leefstyl van die hele gesin word beïnvloed en selfs die ontspanningsaktiwiteite word noodwendig ingeperk. In uiterste gevalle gee ouers hul drome en planne vir die toekoms prys en word sosiale rolle versteur omdat daar nie genoeg tyd, geld of energie is om daaraan aandag te skenk nie (Rust, 2014).

### **3.3.2.3 Sosiale impak**

Ouers van kinders met leerhindernisse word ook op 'n sosiale vlak geaffekteer. Rust (2014) het in haar studie oor ouers se belewing van hul kind met dispraksie bevind dat 'n gesin dikwels die ondersteuning van hul kind in twee groepe verdeel. Sy onderskei tussen die versorger wat na die kind se fisiese behoeftes omsien en die party wat vir die finansiële bydrae en versorging van die gesin verantwoordelik is. Bester (2014) verduidelik dat die ma van kinders met ATHV dikwels die rol van die primêre versorger inneem. Haar verklaring hiervoor is dat die pa's waarskynlik gekondisioneer is om die rol van die broodwinner in te neem. Hierdie werksdruk lei dan daartoe dat die pa minder by die kind se versorging betrokke is (Tan & Goldberg, 2009). Volgens Taub (2006) kan hierdie patroon tot toenemende konflik en spanning in die huwelik lei.

Bester (2014) bepleit juis daarom 'n gebalanseerde benadering tot die gesinslewe van ouers met kinders met ATHV, aangesien gesonde ontspanning as gesin en verhoudinge onder die voortdurende eise van die toestand kan ly. Hanekom (2012) beaam hierdie

stelling in haar mededeling dat sy en haar eggenoot na die geboorte van hul seun met outisme nie meer oor naweke hul voorliefde vir die buitelewe kon uitleef nie. Dit is 'n sprekende voorbeeld van hoe sosiale inperking en soms selfs vereensaming 'n noodwendige implikasie van ouers van 'n kind met ATHV en ander leerhindernisse kan wees.

Rust (2014) verduidelik dat ouers byvoorbeeld nie meer kuiergaste sal nooi nie, omdat hul kind dalk steurend kan wees. In die lig hiervan verduidelik Staikova, Gomes, Tartter, McCabe en Halperin (2013) dat kinders met ATHV byvoorbeeld gedurig ander mense se gesprekke sal onderbreek. Dit het 'n negatiewe invloed op verhoudings en veral op die sosiale interaksie met hul ouderdomgelykes. Ouers se beleving is ook dat vriende soms van hulle onttrek, omdat hul kinders nie met mekaar oor die weg kom nie. Ouers van kinders met ATHV ervaar dus nie net die invloed van hul kind se toestand op 'n emosionele vlak nie, maar ook die invloed wat dit op hul interaksie met ander mense het.

#### **3.3.2.4 Die spesifieke beleving van pa's**

Al die stressors wat met ATHV gepaard gaan, kan die verhouding tussen die ouers en die kind negatief beïnvloed (Bibhuti, 2000). Rogers, Wiener, Marton en Tannock (2009) het spesifiek ondersoek ingestel na die invloed op die pa-kindverhouding wanneer pa's hul eie ATHV-gedrag in hul kinders herken. Volgens die DMS 5 kom ATHV twee keer meer onder seuns as onder dogters voor (APA, 2013) en tydens adolessensie word hierdie toestand ongeveer drie maal meer gereeld by seuns gediagnoseer (Mash & Wolfe, 2005, p.124).

Bester (2014), asook Rogers et al. (2009), ondersteun Psychogiou, Daley, Thompson en Sonuga-Barke (2007) se bevinding dat dit vir pa's moeilik is om te aanvaar dat hul kinders se toestand moontlik van hul oorgeërf is. en dit kan addisionele stres op hul verhouding plaas. Sy verduidelik dat 'n pa soms sy kind met ATHV se gedrag afkeur, omdat hy self dieselfde probleme moes oorkom. Daar was vir hom geen keuse nie — daar was geen versagtende omstandighede en “fênsie woorde” wat sy “stoutigheid” verskoon het nie. Die gevolg is dat indien die pa wel die geen dra — en indien die kind die ATHV by die pa geërf het — die pa met reg kan kwaad wees dat daar nie begrip vir hom was toe hy op skool was nie (Bester, 2014).

Die keersy is dat pa's soms in ontkenning oor hul seuns se toestand is. Volgens Singh (2003) word die “boys will be boys”-betoog dikwels gebruik om hul kinders se gedrag te regverdig. 'n Ander groep pa's redeneer dat hul kind se gedrag 'n manifestasie van hul ma's se swak hand oor hul is. In die lig van hierdie ontkenning, het Singh (2003) se studie bevind dat die meerderheid pa's dikwels met die diagnoseproses, doktersafsprake,

ondersteuningsgroepe, skoolbetrokkendheid of die blote opvoeding van hul seun met ATHV afwesig is. Alhoewel dit hoofsaaklik toegeskryf word aan stereotipiese geslagsrolle, werk- en reisskedules en egskeiding, is daar bevind dat daar ook 'n sielkundige en emosionele komponent aan hierdie afwesigheid mag wees (Singh, 2003).

Pa's se huiwering om by die mediese proses betrokke te wees, mag moontlik deel vorm van 'n verdedigende posisie om hul eie opinie oor hul seuns se ATHV ("boys will be boys") te laat seëvier oor die opinie van ander gesinslede. Singh (2003) verduidelik dat die diagnose van hul seuns se ATHV kan bydra tot gevoelens van persoonlike mislukking en swakheid, asook teleurstelling in hulself en hul kind. Dit, saam met hul vrouens se moontlike vermoede oor die man se eie moontlike patologie, oefen 'n beduidende invloed op die pa se selfbeeld, huwelik en verhouding met die kind uit (Singh, 2003).

Navorsing het bevind dat dit soms vir pa's moeilik is om hul kind se diagnose met vriende en uitgebreide familie te bespreek, aangesien status en outoriteit in 'n groep, belangrike aspekte van seuns en mans se sosialiseringproses is en dit ook 'n invloed op selfpersepsie en selfbeeld uitoefen. Hierdie weersin lei egter daartoe dat pa's dikwels die geleentheid ontsien om hul laste en bekommernisse oor hul kind met ander te deel (Singh, 2003). Binne hierdie konteks mag pa's se beleving van hul kinders se diagnose 'n sprekende voorbeeld wees dat omgewingsfaktore 'n beduidende rol speel in die manier waarop die gedrag van kinders met ATHV beskou word, gemeet word en geëtiketeer word.

### **3.3.2.5 Die spesifieke beleving van ma's**

Navorsingbevindinge dui daarop dat die ma van 'n kind met ATHV se beleving op 'n soortgelyke wyse as die pa s'n deur die omgewing en ander faktore negatief beïnvloed kan word. Tog kan hanteringstrategieë wat in plek is, die samewerking van die kind se pa, die ondersteuning van die res van die familie, asook finansiële hulpbronne wat die nodige professionele hulp toelaat, die ma se beleving ook positief beïnvloed (Segal, 2001).

Singh (2003) se studie het aan die lig gebring dat ma's se beleving in sekere opsigte van dié van pa's se ervaring verskil. Anders as pa's, is die meeste ma's reeds vroeg in die diagnoseproses oortuig van 'n mediese verduideliking vir hul kind se toestand. Die meerderheid ma's is ook meer ontvanklik as pa's vir die gebruik van medikasie. Podolski en Nigg (2001) se navorsing het daarop gedui dat pa's en ma's selfs dinge soos die komponente van ATHV as bron van spanning verskillend kan beleef. Vir ma's was hul kinders se aandagafleibare gedrag 'n groter bron van stres as hul hiperaktiewe gedrag. Vir die pa's daarenteen het hul kinders se opponerende en aggressiewe gedrag, eerder as

die graad van ATHV, die meeste stres veroorsaak. Hierdie verskille, asook pa's se aanname dat toegeeflike moederskapstyle verantwoordelik is vir hul kind se gedrag, plaas geweldige stres op die ma's van kinders met ATHV.

Buiten die stres wat ATHV op 'n huwelik plaas, is daar ook hoër vlakke van konflik tussen ma's en kinders met ATHV. Volgens McKee, Harvey, Danforth, Ulaszek en Friedman (2004) se navorsing is ma's van kinders met ATHV meer rigied, negatief en sukkel hulle om konsekwent te wees in die uitvoer van dissipline. Hulle ervaar probleme met die toepassing van hanteringstrategieë en toon hoër vlakke van depressie as ander ma's. Hierdie ouerskapstyl word egter toegeskryf aan 'n verwante reaksie op langdurige stres, eerder as wat dit 'n doelbewuste poging in die bestuur van hul kind se gedrag is (McKee, Harvey, Danforth, Ulaszek & Friedman, 2004).

Segal (2001) verduidelik dat ma's van kinders met ATHV hulself moet dwing om 'n streng en rigiede roetine in die grootmaak van hul kinders toe te pas en dat hulle nie kan konformeer tot die empatiese reaksies wat intuïtief is met die grootmaak van ander kinders nie. Dit lei dikwels tot skuldgevoelens, asook 'n oorsensitiwiteit vir die opinies van ander oor die grootmaak van hul kinders. Volgens Bester (2014) word die ma's van kinders met ATHV dikwels blootgestel aan die opmerkings van familie, skoonfamilie en vriende oor die dissiplinerings van hul kind. Dit laat hul onseker en ondoeltreffend in hul rol as versorger voel. Hierdie beeld kan ook deur mediavorstellings versterk word en die ma's van kinders met ATHV gemarginaliseer laat voel (Peters & Jackson, 2008). Mediavorstellings van die toestand dra onder andere by tot die mites wat ouers verwar wanneer dit by diagnoses en behandelingskeuses kom en gee sodoende aanleiding tot addisionele stres.

Peters en Jackson (2008) het navorsing oor die ma's van kinders met ATHV se ervaring van ouerskap gedoen. Kernstellings wat tydens hierdie studie gemaak is, het uiters hoër vlakke van stres weerspieël: "dis al tien jaar op die rand van ineenstorting"; "oorweldig deur die verantwoordelikheid"; "gestigmatiseer en gekritiseer"; "hoekom het ek so 'n kind"; "skuldgevoelens en selfblaaam". Dit strook met 'n ma se persoonlike mededeling tydens Segal (2001) se studie: "*The child pulls everything out of you ... constantly demanding all this attention, all this love, all this reassurance. And you just have to keep giving*" (Segal, 2001, p.263). Hierdie bekentnisse spreek van langdurige spanning en uitputting en vandaar die noodsaaklikheid van die ondersteuning van ouers van kinders met ATHV.

### 3.3.3 Ondersteuning en hanteringstrategieë van ouers

Du Toit (2008) verduidelik dat perspektiewe in die literatuur oor die ouers van kinders met gestremdhede in die afgelope dekades verander het. Ouers is eens as die oorsaak van hul kind se gestremdheid beskou. Sy berig in haar studie dat 'n koue ouerskapstyl byvoorbeeld as die oorsaak van outisme beskou is. Kinders is dan geïnstitusioneel sodat daar meer beheer oor hulle versorging sou wees.

In die lig hiervan berig Thompson (2016) in 'n onderhoud oor haar boek, *The boy from hell. Life with a child with ADHD*, dat onderwysers vyftien jaar terug aan haar vertel het dat haar kind oor geen probleme beskik nie, maar dat swak ouerskap wel die probleem mag wees. In dieselfde asem vertel sy dat sy onder die indruk was dat onderwysers nie van 'n toestand soos ATHV bewus was nie en ook nie opgelei is om 'n kind met ATHV te help nie. Sy kon ook geen ouerondersteuningsgroep vir ouers van kinders met ATHV vind waarby sy kon inskakel nie.

Vandag lyk die prentjie egter anders. Navorsing beklemtoon intendeel die belangrikheid van die ondersteuning van die ouers van kinders met leerhindernisse (Danino & Schechtman, 2012). Hierdie ouers het 'n behoefte aan spesifieke ondersteuning, bv. inligting rakende hul kind se toestand en hoe om dit te hanteer, praktiese hulp en raad, asook 'n behoefte om deel te wees van die assessering en identifisering van hul kind se leerhindernis (Russell, 2003).

Mohangi en Archer (2015) se studie oor ma's se persepsie van die rol van 'n opvoedkundige sielkundige in die ondersteuning van hul kind met ATHV het aan die lig gebring dat ouers 'n behoefte aan emosionele en akademiese ondersteuning het. Hoewel al die deelnemers saamgestem het dat ondersteuning deur 'n opvoedkundige sielkundige hul stresvlakke verminder het, was hul ook eenparig dat die sielkundiges hoofsaaklik op die diagnoseproses gefokus het en dat ondersteuning in terme van riglyne met die hantering van hul kinders se simptome van groot waarde kon wees. Die behoefte is ook uitgespreek vir die opvoedkundige sielkundige om leiding aan onderwysers te bied ten einde 'n inklusiewe skoolklimaat vir hul kinders te ontwikkel.

Die ouers se behoefte aan ondersteuning in terme van 'n inklusiewe skoolklimaat is toegespits op die hulp van 'n opvoedkundige sielkundige wat ander rolspelers kollaboratief kan betrek om optimale ondersteuning te bewerkstellig. Ondersteuning in die lig van kollaboratiewe werksyfes is egter nie altyd 'n positiewe beleving nie, aangesien ouers voel dat hul dikwels nie as 'n gelyke rolspeler in die proses hanteer word nie (Haley,

Hammon, Ingalls & Marin, 2013). Ouers se belewing is dat hul insette binne spanverband onwelkom is en ontmoedig word (Fish, 2006; Hammond, Ingalls & Trussel, 2008).

Die teenoorgestelde is ook waar. 'n Studie deur Finzi-Dottan, Triwitz en Golubchik (2011) het bevind dat 'n kollaboratiewe werkwyse waarby ouers betrek word, kan dien as sosiale ondersteuning wat 'n waardevolle manier is om die stres wat deur ouers met kinders met ATHV ervaar word, te verminder. Hierdie ondersteuning verwys onder andere na ouerleiding wat die bestuur van hul kind se daaglikse take, die implementering van roetine, effektiewe dissiplinepraktyke, asook intervensiestrategieë ten opsigte van tuiswerk, betref. Bo en behalwe die aanleer van hierdie ouerskapstrategieë, word ondersteuning aan ouers ten opsigte van hul selfvertroue as 'n essensiële komponent in ouerondersteuning beklemtoon (Dealt, 2009; Finzi-Dottan et al., 2011; Van de Wiel, Mattys, Cohen-Kettenis & Van Engeland, 2002).

Finzi-Dutton et al. (2011) berig dat omgewingsinvloede die kanse vir groei na die afloop van 'n stresvolle gebeurtenis, soos die diagnose van ATHV by 'n kind, kan verhoog. Hierdie omgewingsinvloede kan byvoorbeeld verwys na die vlak van emosionele ondersteuning binne ouers se sosiale netwerk. Russell (2003) verduidelik dat 'n belangrike komponent van die ondersteuning van ouers van kinders met ATHV is om hul verwagting van hul kind te ondersoek en te hersien. Dit word beskryf as 'n noodsaaklike proses in die verstaan van 'n nuwe situasie, soos die diagnose van gestremdheid by 'n kind. Dit is 'n proses wat ouers help om hul kind en die implikasies van hul gestremdheid, naamlik ATHV binne die konteks van hierdie studie, te verstaan.

Navorsing dui aan dat kennis en begrip van 'n situasie help om 'n meer positiewe raamwerk in die beskouing daarvan te gebruik (Cunningham, 2007). Volgens Podolski en Nigg (2001) geniet ouers wat 'n positiewe blik aanwend om ouerskap as 'n oorkombare uitdaging te beskou, hoër vlakke van emosionele tevredenheid. Segal (2001) verduidelik dat hierdie positiewe ingesteldheid ook die intensiteit van die belewing van 'n kind se ATHV kan versag. In die lig hiervan kan die aanwend van 'n meer positiewe benadering tot die uitdagings van 'n kind met ATHV as effektiewe hanteringstrategie beskou word.

Tedeschi en Calhoun (2004) het bevind dat wanneer ouers hul kognitiewe prosesse hersien en byvoorbeeld ouerskap as 'n uitdaging in plaas van 'n bedreiging herfraseer, dit hulle help om meer kognitiewe beheer oor hul omstandighede te verkry. Hul navorsing het ook daarop gedui dat hanteringstrategieë soos sosiale ondersteuning (omgewingsfaktore), ouers se selfdoeltreffendheid, asook emosionele intelligensie (individuele eienskappe), as voorspellers van persoonlike groei beskou kan word (Tedeschi & Calhoun, 2004).

Finzi-Dotton, Triwitz en Golubchik (2011) het in hul studie sekere aspekte van emosionele intelligensie as raamwerk gebruik om te verduidelik hoe dit bydra tot ouers van kinders met ATHV se hantering van stresvolle situasies. Hierdie persoonlikheidstrekke en strategieë verwys spesifiek na intellek, beslistheid, buigbaarheid, emosionele stabiliteit, optimisme en ontvanklikheid vir die hulp en ondersteuning van ander. Hierdie bevindinge strook ook met ander studies wat emosionele intelligensie as voorvereiste vir persoonlike groei na trauma beklemtoon (Joseph, 2009).

Salovey, Mayer, Caruso en Lopes (2003) verdeel emosionele intelligensie in vier komponente. Dit word beskryf as die vermoë om (1) emosies in jouself en in ander te identifiseer; (2) emosies te gebruik om denke wat benodig word om gevoelens te kommunikeer, te bepaal en te bestuur; (3) emosies se betekenis in terme van verhoudings te verstaan; en (4) emosies te beheer en te reguleer. Emosionele intelligensie word ook deur sommige navorsers as 'n persoonlikheidstrek beskou wat hanteringstrategieë in stresvolle situasies kan voorspel. Volgens Petrides, Perez-Gonzalez en Furnham (2007) dra dit by tot die bevordering van empatie teenoor ander; die reaksie op en inagneming van ander se gevoelens; selfregulasie, asook die hantering van konfliktsituasies. Hieruit kan afgelei word dat die teenwoordigheid van emosionele intelligensie waardevolle gereedskap kan wees vir ouers met 'n kind met ATHV.

Tedeschi en Calhoun (2004) het emosionele intelligensie uitgesonder as 'n karaktereienskap wat die bestuur van stresvolle situasies en hanteringsvaardighede bevorder. Dit was deel van hul bevindinge in 'n studie waar daar aangevoer is dat individuele karaktereenskappe, die bestuur van stresvolle situasies en sosiale ondersteuning 'n belangrike rol in persoonlike groei na 'n stresvolle gebeurtenis speel. Hul navorsing se betoog was dat emosionele intelligensie en sosiale ondersteuning die kognitiewe prosesse van ouers van kinders met ATHV beïnvloed en sodoende bydra tot die vergestaltung van veerkragtigheid wat hierdie ouers help om die nodige hanteringstrategieë te ontwikkel.

### **3.4 SAMEVATTING**

In hoofstuk 3 is 'n oorsig van die literatuur rakende die ontwikkelingsfase van die middelkinderjare en die beleving van ouerskap van 'n kind met ATHV in die middelkinderjare bespreek, ten einde hierdie navorsing te rig. Daar is op meervoudige teorieë aangaande die middelkinderjare as ontwikkelingsfase gefokus om by te dra tot die verstaan van ouerskap van kinders met ATHV in hierdie fase.

Die gevolgtrekking uit die vermelde teorieë is die belangrike rol wat kultuur in die postulering daarvan speel. Die verdere afleiding uit die literatuuroorsig is dat die ervaring van ouers van kinders met ATHV 'n komplekse beleving is. Hoewel verskeie navorsers hierdie beleving as 'n verlies postuleer, is daar ook kritici wat vanuit 'n sterktegebaseerde benadering aanvoer dat dit nie alle ouers se ervaring van 'n kind met ATHV is nie.

In die volgende hoofstuk word die navorsingsontwerp en -metodologie van hierdie studie bespreek. Die navorsingsontwerp en -metodologie is daarop gemik om deelnemers die geleentheid te bied om hul algemene beleving, asook hul spesifieke beleving aangaande die vergestaltung van veerkragtigheid as ouers van kinders met ATHV in hul middelkinderjare, te kan deel.



## Hoofstuk 4

# NAVORSINGSONTWERP EN -METODOLOGIE

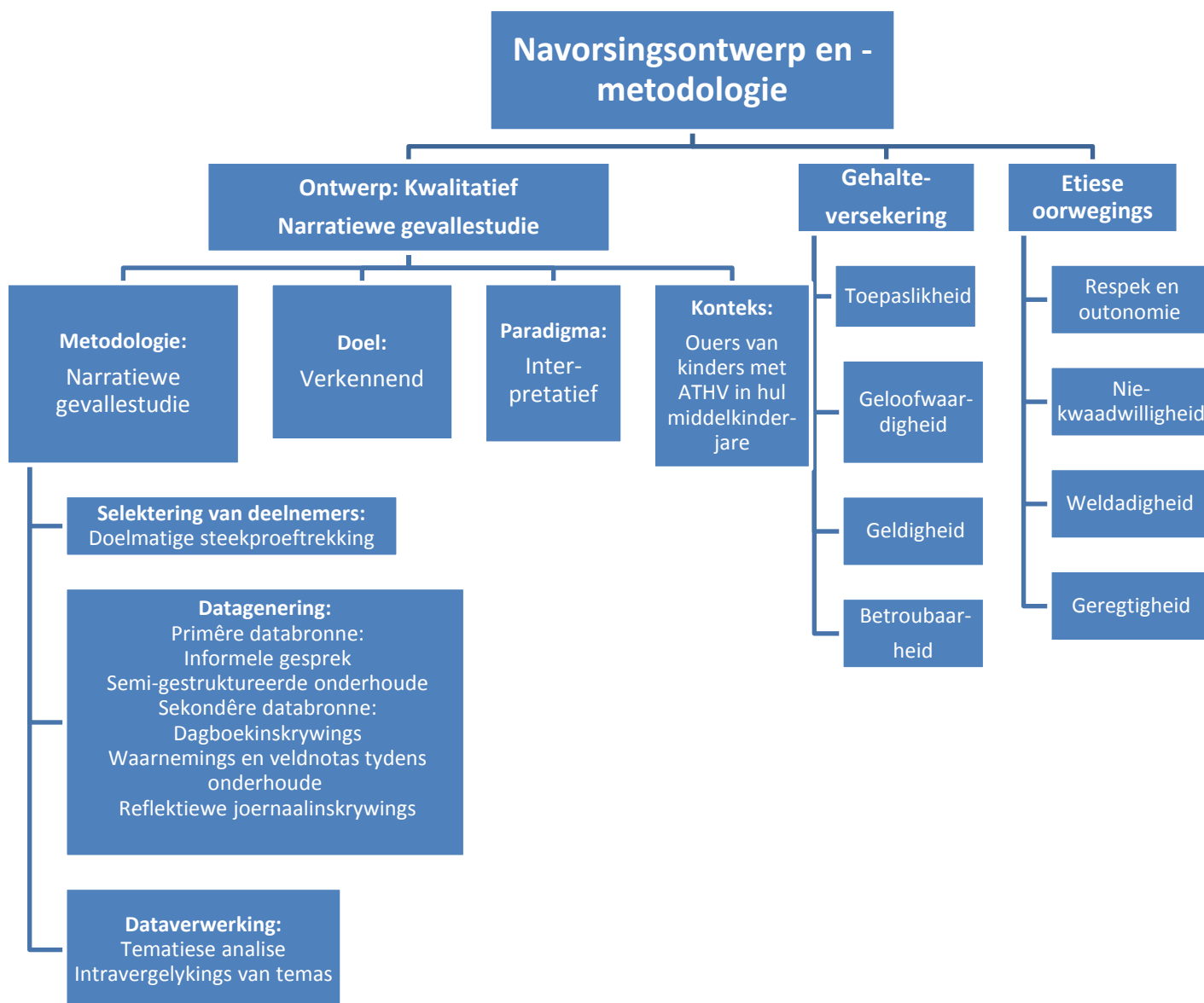
### 4.1 INLEIDING

Die doel van hierdie studie is om nuwe insigte omtrent die betrokke fenomeen te verkry. Die ondersoek is geloods ten einde 'n indiepte verkennend en beskrywende studie te kon doen aangaande die belewing van ouers van kinders met ATHV in hul middelkinderjare, asook die vergestaltung van veerkragtige ouerskap binne hierdie konteks. Tot dusver het hoofstuk 1 'n oorsigtelike konseptualisering aangaande hierdie studie gebied. Hoofstuk 2 het 'n bespreking van ATHV, asook 'n kritiese literatuuroorsig bevat, ten einde die sosiale konstruksionistiese interpretasie van die fenomeen van veerkrag te konstrueer. Daarna het hoofstuk 3 'n omvattende beskrywing van die middelkinderjare as ontwikkelingsfase, asook ouerskap binne die konteks van 'n kind met ATHV, gebied.

Hoofstuk 4 omvat vervolgens 'n bespreking van die metodologie van die ondersoek om op 'n sistematiese manier die navorsingsvrae van die betrokke studie te beantwoord. Die navorsingsvrae is soos volg:

- (1) *Wat is die belewing van ouers van kinders met ATHV in hul middelkinderjare? en*
- (2) *Wat is die bepalers vir die vergestaltung van veerkragtige ouerskap in terme van kinders met ATHV in hul middelkinderjare?*

Figuur 4.1 bied 'n opsommende samevatting van die navorsingsontwerp en -metodologie wat in hierdie proses gevolg is.



**Figuur 4.1: Voorstelling van die navorsingsontwerp en -metodologie**

Met die oog op die metodologie van hierdie ondersoek sal daar voorts spesifieke aandag gegee word aan die paradigma waarbinne die navorsingsontwerp, asook die metodes van datagenerering, -analise en -interpretasie, plaasgevind het. Daarna sal die rol van die navorser, die gehalteversekering van die studie en die nodige etiese maatreëls bespreek word. Vervolgens word 'n voorstelling van die metodologiese oorwegings van die hierdie studie in Tabel 4.1 verskaf, alvorens 'n oorsig gebied word aangaande die navorsingsparadigma wat hierdie navorsing rig.

**Tabel 4.1: Voorstelling van die metodologiese oorwegings**

Interpretatiewe paradigma				
Teoretiese raamwerk: Sosiaal-konstruksionistiese teorie Bekwaamheidsteorie ( <i>Capability theory</i> ) (Mitra, 2006)				
Ontologie	Epistemologie	Metodologie	Datagenerering	Dataverwerking en -analise
Die werklikheid is afhanklik van die subjektiewe konstruksie daarvan.	Kennis word sosiaal gekonstrueer. Taal dien as 'n bousteen vir bepaalde weergawes van die werklikheid.	Kwalitatiewe narratiewe ondersoek	Informele gesprekke; Semi-gestruktureerde onderhoude; Waarneming en veldnotas; Dagboekinskrywings; Reflektiewe joernaalinskrywings.	Beskrywend: Narratiewe analise; Interpretatief: Tematiese analise

## 4.2 NAVORSINGSPARADIGMA

Krauss (2005) verwys na 'n navorsingsparadigma as die basiese oortuigingstelsel of wêreldbeskouing wat navorsing rig. Dit sluit die sisteem van interafhanklike ontologiese, epistemologiese en metodologiese aannames, soos dit in hierdie afdeling bespreek sal word, in. Die navorsingsparadigma vorm dus kohesie tussen dit wat bestudeer word en die manier waarop dit bestudeer word (Denzin & Lincoln, 2011). Op grond hiervan sal daar voorts breedvoerig 'n blik op die teoretiese, asook die metodologiese paradigma van hierdie studie verskaf word.

### 4.2.1 Teoretiese paradigma

Die doel van 'n spesifieke teorie is om te verduidelik waarom dinge gebeur soos dit gebeur. Dit kan dus beskou word as 'n verklaring van hoe dinge by mekaar pas en met mekaar verband hou (Henning, Van Rensburg & Smit, 2004). Volgens Henning et al. (2004) word teorieë gekonstrueer deur die sistematiese ontwikkeling van veralgemenings ten einde die verhouding tussen dinge te verklaar. Dit word verder omskryf as menslike konstruksies wat deur middel van ervaringe genereer word.

Aangesien mense die wêreld vanuit verskillende sienswyses benader, neem individue ook verskillende posisies, oftewel teoretiese perspektiewe as wêreldbeskouings in (Henning et al., 2004). In die lig hiervan behoort 'n navorser se navorsingsvraag of navorsingsvrae, selfs al word dit as die kern van 'n studie beskou, nie die beginpunt van 'n studie te wees nie. Dit moet eerder voorafgegaan word deur 'n indiepte studie rakende die bestaande kennis omtrent die betrokke onderwerp. Sodoende kan daar vasgestel word wat die

verskillende teorieë aangaande die konstruering van kennis van die betrokke terrein is (Macfarlane, Kisely, Loi, Looi, Merry, Parker, Power, Siskind, Smith & Macfarlane, 2015).

Reiser (2003) verwys na hierdie breë teoretiese oriëntasie as die stel beginsels waaruit die ontologiese, epistemologiese en metodologiese veronderstellings saamgestel word. Die ontologie van 'n studie kan omskryf word as die navorser se poging om die deelnemer se werklikheid te verstaan (Terre Blanche & Durrheim, 2006). Binne die kwalitatiewe navorsingsparadigma is hierdie studie spesifiek gerig op die sosiale konstruksie van mense se werklikheid. Die implikasie vir die betrokke navorsing is dat die werklikheid afhanklik is van die onderskeie deelnemers se subjektiewe konstruksie daarvan.

Terwyl ontologie na die aard van die werklikheid verwys, kan die epistemologie of kennisbeskouing omskryf word as die siening oor wat kennis is (Nieuwenhuis, 2010). Henning et al. (2004, p.15) beskryf epistemologie as die filosofie van kennis, asook die verhouding tussen die navorser en die kennis wat nog ontsluit moet word. In die lig hiervan is kwalitatiewe navorsers se uitgangspunt dat kennis 'n samestelling van mense se aannames, intensies, houdings en waardes is.

Die afleiding is dat kennis gekonstrueer word deur deelnemers se belewenis van 'n bepaalde verskynsel te ondersoek. Daarom erken die kwalitatiewe navorser die interaktiewe verhouding tussen die navorser en deelnemers, maar ook tussen die deelnemer en sy of haar eie ervaring (Nieuwenhuis, 2010, p.55). In die lig hiervan het 'n kritiese refleksie aangaande die ontologie en epistemologie van hierdie studie my gelei om die mees geskikte navorsingsmetodologie vir navorsing rakende die belewing en die vergestaltung van veerkragtigheid van ouers van kinders met ATHV in hul middelkinderjare te konstrueer.

Silverman (2009, p.110) definieer die navorsingsmetodologie van 'n studie as die metode wat die navorser volg ten einde meer omtrent die werklikheid uit te vind. Die belyning van die navorsingsmetodologie, ontologie en epistemologie is van uiterste belang wanneer 'n navorser sy of haar persoonlike paradigmatische perspektief definieer (Denzin & Lincoln, 2011). Volgens Denzin en Lincoln (2011) bepaal ons ontologie, en dus ons denke oor die bestaan en samestelling van die sosiale wêreld, ons opvatting van hoe ons meer oor hierdie sosiale wêreld te wete kan kom. Daarteenoor beteken dit ook dat die manier waarop ons na kennis kyk, en dus die epistemologie en metodes wat gebruik word, as rigtingwyser dien aangaande dit wat ons moontlik in die sosiale wêreld kan sien. In hierdie studie was dit dus ook bepalend in dit wat ek aangaande die belewing van ouers van

kinders met ATHV, sowel as die vergestaltung van veerkrag binne hierdie konteks, uitgevind het.

In die lig van die bogenoemde moes ek daarom my denkproses rakende epistemologiese en ontologiese uitgangspunte bely met 'n deeglik begronde, strategiese en praktiese oorweging van die metodes wat in my studie gebruik is (Denzin & Lincoln, 2011). In die praktyk is die implikasie dat hierdie navorsingstudie 'n uitvloeisel van my denke aangaande die beleving en die vergestaltung van veerkragtigheid van ouers van kinders met ATHV in hul middelkinderjare is. In wese is dit daarom deel van wie ek is en kan ek myself daarom nie daarvan losmaak nie. Dit wat in hierdie studie ondersoek, analiseer en verwerk word, is noodwendig deur my persoonlike ontologiese en epistemologiese oortuigings, asook die bestaande literatuur rakende hierdie fenomeen beïnvloed. Dit het op die beurt 'n noodwendige impak op die ontwerp en die metodologie van die betrokke studie.

Ontologies is die betrokke studie vanuit 'n sosiaal-konstruksionistiese wêreldbeskouing benader. Dit is egter belangrik om as vertrekpunt tussen die terme (1) sosiaal-konstruksionisme en (2) sosiaal-konstruktivisme te onderskei (soos dit in tabel 4.2 illustreer word) ten einde verwarring aangaande hierdie konsepte, asook die relevansie daarvan in die betrokke studie voorkom.

**Tabel 4.2: Onderskeid tussen sosiaal-konstruksionisme en sosiaal-konstruktivisme**

Sosiaal-konstruksionisme	Sosiaal-konstruksionisme, oftewel die sosiale konstruksie van die werklikheid, ondersoek die ontwikkeling van die gesamentlike konstruering van die verstaan van die wêreld wat die grondslag vorm vir gedeelde aannames oor die werklikheid. Die teorie se vertrekpunt is dat die mens hul ervaring rasionaliseer deur modelle van die sosiale wêreld te skep en dan hierdie modelle deur middel van taal vir hulself werklik maak en met ander mense deel (Burr, 2006, p.1).
Sosiaal-konstruktivisme	Sosiaal-konstruktivisme is 'n teorie waarvolgens menslike ontwikkeling sosiaal van aard is en kennis rakende die werklikheid gekonstrueer word deur gedeelde interaksie met ander (Conoley & Conoley, 2009, p.9).
Onderskeid tussen sosiaal-konstruksionisme en sosiaal-konstruktivisme	Saamgevat is die vertrekpunt van sosiaal-konstruktivisme, net soos in die geval van sosiaal-konstruksionisme, dat mense saamwerk om artefakte te bou. Terwyl die fokus van sosiaal-konstruksionisme egter gerig is op die artefakte wat geskep word deur die sosiale interaksie met ander, plaas sosiaal-konstruktivisme die klem op wat die individu, vanweë sy of haar interaksie met ander, van die werklikheid leer.

Die sosiaal-konstruksionistiese beskouing waaruit hierdie ondersoek benader word, sluit aan by Theron (2010, 2014) se uitgangspunt dat veerkragtigheid 'n gesamentlike gekonstrueerde verstaan van die wêreld behels, en dat dit daarom onder andere ook 'n sosiaal-gekonstrueerde fenomeen is. Belangrike sosiale konstruksies en beginsels van

hierdie benadering sluit onder andere in: (1) die realiteit konstruksie en subjektiwiteit daarvan, (2) die verteenwoordiging van taal, (3) gemeenskappe in mede-konstruksie, (d) asook 'n ko-gekonstrueerde diskoers soos dit vervolgens bespreek sal word (Gergen, 2009).

Wat realiteitskonstruksie betref, word daar aan die hand van sosiaal-konstruksionisme verduidelik dat kennis nie 'n direkte persepsie van die werklikheid is nie, maar dat elke individu eerder sy of haar eie weergawe van die werklikheid as deel van die interaksie met 'n gemeenskap of 'n kultuur konstrueer (Ungar, 2012). So sal elke deelnemer binne die interaksie met sy of haar sosiale konteks ook 'n eiesoortige en unieke belewing van die realiteit rakende 'n kind met ATHV, asook die vergestaltung van veerkragtige ouerskap binne hierdie konteks, hê. Daar kan dus aangevoer word dat daar in sosiaal-konstruksionisme, wat ook as 'n teoretiese raamwerk vir hierdie studie beskou kan word, geen objektiewe feite bestaan nie en dat die wetenskap van hierdie benadering radikaal verskil van die meer tradisionele wetenskappe waar daar na sodanige “waarhede” gesoek word (Burr, 2015).

Binne die konteks van die betrokke narratiewe studie is die verteenwoordiging van taal as sosiale konstruksie veral relevant. Volgens Burr (2015) word die manier waarop die mens dink deur konsepte en raamwerke wat deur taal gevorm word, bepaal. Daar kan dus aangevoer word dat taal as voorvereiste vir denke dien. Burr (1998) verduidelik dat taal binne die konteks van sosiaal konstruksionisme as 'n vorm van sosiale aksie beskou kan word. Dit impliseer dat betekenis deur middel van gesprekvoering gestalte kan kry (Castor, 2007; Gergen, 2009).

Gesprekvoering sluit noodwendig die interaksie binne gemeenskappe, wat as belangrike sosiale konstruksie dien, in. Volgens Stricker (2001) konstrueer gemeenskappe teks op 'n manier wat vir hulle verstaanbaar en betekenisvol is vir die spesifieke doel waarvoor die teks gebruik word. Hy brei verder hierop uit aan die hand van Gergen (2009, pp.48–49) se aannames aangaande konstruksionisme:

- (a) “From the constructionist standpoint we are not locked within any conversation of understanding” (p.48).
- (b) “Our modes of description, explanation and representation are derived from relationships” (p.48).
- (c) “Constructionism offers a bold invitation to transform social life, to build new futures” (p.49).

Gergen (2009) se verklaring vir hierdie transformasie is die verskeie wyses waarop daar oor aspekte van die menslike bestaan geskryf en gepraat word. Dit kan ook in verband gebring word met generatiewe diskoers. Dit verwys na die maniere van skryf en praat waardeur tradisies in twyfel getrek word en nuwe moontlikhede oorweeg word (Stricker, 2001). Dit gee aanleiding tot die volgende aspek van sosiaal-konstruksionisme, naamlik 'n ko-gekonstrueerde diskoers.

In die lig van die bogenoemde is sosiaal-konstruksionisme met die proses van sosiale interaksie eerder as met strukture bemoei (Burr, 2015). So word kennis byvoorbeeld beskou as iets wat mense saamdoen, eerder as iets wat mense besit. Stricker (2001, p.44) verduidelik dat die sosiaal-konstruksionisme se fokus op taal en die wyse waarop die mens terselfdertyd daardeur gekonstrueer word, maar ook die manipuleerders daarvan is, in die studie van diskoerse saamgevat word (Burr, 2015). Taal word volgens sosiaal-konstruksionisme gekonstrueer in 'n aantal diskoerse waarin die betekenis van 'n woord of objek afhang van die konteks waarin dit gebruik word (Burr, 2015).

Parker (2014) verwys na 'n diskoers as 'n sisteem van aannames wat 'n objek konstrueer. Stricker (2001, p.44) haal Burr (2015) se definisie van 'n diskoers aan as 'n stel betekenis, metafore, verteenwoordigings, beelde, stories en verklarings wat op een of ander wyse 'n sekere weergawe van gebeure verteenwoordig. Daar kan derhalwe binne die konteks van sosiaal-konstruksionisme verskeie diskoerse rakende een onderwerp bestaan, aangesien daar in die samelewing 'n verskeidenheid weergawes van taal gebruik word om gebeurtenisse te beskryf. Dit is daarom ook waar in die geval van hierdie navorsing. Die implikasie is dat daar in die betrokke studie ook verskillende diskoerse aangaande die beleving en die vergestaltung van veerkrachtigheid van ouers van kinders met ATHV in hul middelkinderjare, kan bestaan.

Aangesien my fokus in hierdie studie op die verstaan van die subjektiewe werklikheid van ouers van kinders met ATHV gelê het, is die ondersoek vanuit 'n interpretatiewe paradigma benader. Die vertrekpunt was dat realiteit, soos dit met die sosiaal-konstruksionistiese benadering strook, veelvuldig is en dat elkeen van die deelnemers aan hierdie studie se beleefde ervaring daarom uniek is (Henning et al., 2004; Merriam, 2009). Vanweë die aard en ontwerp van hierdie studie, is daar nie deur die betrokke navorsing gepoog om bevindinge te veralgemeen nie, maar eerder om elke deelnemer se eiesoortige beleving van die vergestaltung van veerkrachtigheid afsonderlik te ondersoek en patrone wat ooreenstem, maar ook verskil, te identifiseer.

Die interpretatiewe paradigmatische benadering moedig noue en interaktiewe samewerking tussen die navorser en deelnemers in terme van datagenerering aan. Op hierdie wyse bied dit aan my as navorser die geleentheid om individue se aksies, besluite, gedrag, praktyke, ensovoorts, vanuit hul perspektief te verstaan (Babbie, 2014). Dit lei ook daartoe dat kennis ko-konstrueer kan word. Daar word egter gewaarsku dat hierdie noue samewerking gekompliseer en beïnvloed kan word deur die navorser se eie sienswyses rakende persoonlike realiteite. In die lig hiervan was dit belangrik om daarop bedag te wees dat die doel van die interpretatiewe benadering is om die deelnemers aan hierdie studie se gedrag te verstaan, eerder as om dit te voorspel (Henning et al., 2004). Die weergawe van die betekenis en beskrywings in hierdie studie is dus my verstaan van die deelnemers se werklikheid.

Potter (1996, p.43) stem saam met hierdie kerneienskap en omskryf dit 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 afleiding is egter nie dat die navorser se bydrae gelyk is aan dié van die deelnemers nie. Die deelnemer bly die meesterkenner van sy of haar eie belewing en die verstaan daarvan kan slegs moontlik gemaak word deur die versigtige, eerbiedige en sistematiese verkenning van die perspektiewe, betekenis, optredes en gebeure van hul leefwêreld (Denzin & Lincoln, 2011). Die algemene belewing van ouers van kinders met ATHV in hul middelkinderjare, asook die vergestaltung van veerkragtige ouerskap binne hierdie konteks, word dus in Hoofstuk 5 vanuit die ouers se eie subjektiewe posisie vertel, soos dit deur my as navorser verstaan is en vervolgens met die deelnemers geverifieer is.

Volgens Henning et al. (2004) moet 'n interpretivistiese navorser op verskillende plekke en na verskillende dinge kyk ten einde die betrokke fenomeen te kan verstaan. Hierdie navorsers (Henning et al., 2004, p.20) is van verdere mening dat 'n fenomeen slegs verstaan kan word deur 'n proses van interpretasie wat op die beurt beïnvloed word deur, en in wisselwerking is met die sosiale konteks. My invalshoek tot die metodologie van hierdie navorsing is daarom net so belangrik soos die teoretiese vertrekpunt waaruit dit benader word.

#### **4.2.2 Metodologiese paradigma**

Vanuit die teoretiese paradigma van hierdie navorsing is dit duidelik dat die betrokke studie hom tot 'n kwalitatiewe ondersoekbenadering leen. Volgens Denzin en Lincoln



(2011) het die kwalitatiewe navorser ten doel om 'n betrokke fenomeen, in hierdie geval die belewing van ouers van kinders met ATHV en die vergestaltung van veerkragtige ouerskap, beter te verstaan in terme van die betekenis wat die deelnemer daaraan koppel. Dit is egter 'n komplekse proses, aangesien die fenomeen van ondersoek uit verskeie dimensies en lae bestaan. Daar moet derhalwe deur die navorser gepoog word om die sosiale situasie in veelfasettige vorm weer te gee (Leedy & Ormrod, 2005). Juis daarom was die navorsingsmetodologie van my ondersoekbenadering 'n belangrike oorweging.

Met die bogenoemde in aanmerking geneem, het ek as navorser gekies om die beginsel van metodologiese integriteit in hierdie studie toe te pas. Die doel daarvan was om 'n raamwerk te bied waarvolgens ek deurlopend die navorsingsmetodologie van die studie kon evalueer in terme van twee konsepte, naamlik die (1) getrouheidsversekering (*fidelity*) en (2) navorsingsgereedskap (*utility*). Hierdie konsepte word binne die betrokke konteks soos volg gedefinieer (Levitt, Motulsky, Wertz, Morrow & Ponterotto, 2017, p.2):

- Getrouheidsversekering: Die proses waardeur die navorser, ooreenkomstig met die aanvanklike ondersoekbenadering, getrou bly tot die fenomeen wat ondersoek word.
- Navorsingsgereedskap: Die prosedures wat gevolg word om insiggewende bevindinge te genereer ten einde die navorsingsvrae te beantwoord.

Volgens Levitt et al. (2017, p.6) word metodologiese integriteit gevestig wanneer die navorsingsontwerp, sowel as die uitvoer van die navorsingsmetodologie (1) die navorsingsdoelwitte ondersteun, (2) ooreenkomstig met die ondersoekbenadering geloods word, en (3) na gelang van die fenomeen wat ondersoek word, aangepas word. Hierdie praktyk van metodologiese integriteit is juis belangrik vanweë die jare lange kritiek teen sielkundenavorsingspraktyke. Bakan het reeds in 1967 navorsers beskuldig daarvan dat hul navorsingstudies in lyn met vasgestelde metodes aangepas word. Hy het daarna verwys as *methodolatry* en sy betoog is dat sielkundiges hul navorsingsbevindinge “beperk” deur hierdie praktyk. Sy voorstel is dat navorsingsmetodes eerder by die aard en uniekheid van die betrokke navorsing aangepas moet word (Bakan, 1967).

Deur die deurlopende toepassing van die konsep van metodologiese integriteit as raamwerk vir die evaluering van my metodologiese proses, kon ek verseker dat die metodologiese oorwegings van my navorsing 'n bydrae tot die betroubaarheid van die studie lewer. Levitt et al. (2017, p.11) stel die toepassing van verskeie oorwegings voor ten einde die metodologiese integriteit van 'n studie te verhoog, soos dit voorts in Tabel

4.3 voorgestel word. Die samevatting van die beginsels van hierdie oorwegings is aangevul met 'n uiteensetting van my toepassing daarvan in die betrokke studie.

**Tabel 4.3: Die oorwegings ten opsigte van metodologiese integriteit en die ooreenkomstige toepassing daarvan**

Getrouheidsversekering ten opsigte van die fenomeen van ondersoek		Navorsingsgereedskap in die bereik van navorsingsdoelwitte
<p><b>Genoegsame data:</b></p> <p>Getrouheidsversekering word verhoog wanneer data genereer word vanuit diverse bronne wat lig kan werp op variasies van die fenomeen soos dit relevant is ten opsigte van die navorsingsdoelwitte.</p> <p><b>Toepassing in hierdie studie:</b></p> <p>Ek het 'n verskeidenheid data geïnkorporeer deur die generering van data uit veelvuldige bronne (bv. deelnemers van verskillende sosio-ekonomiese agtergronde), bronne wat 'n gevestigde en jare lange verstaan van die fenomeen het (bv. ouers wie al jare lank met die diagnose van ATHV bekend is, asook ouers van meer as een kind met ATHV), en bronne wat hul storie vanuit verskillende verwysingsraamwerke vertel (bv. ouers van kinders met ATHV in hoofstroomskole teenoor kinders met ATHV in spesiale skole).</p>	<b>Datagenerering</b>	<p><b>Kontekstualisering:</b></p> <p>Die gebruik van die mees geskikte navorsingsgereedskap word bevorder deur die oorweging van bevindinge binne die gepaste konteks.</p> <p><b>Toepassing in hierdie studie:</b></p> <p>Ek het genoegsame agtergrondkennis rakende die deelnemers beskryf, sodat die leser bedag kan wees op onderskeie kontekste wat 'n moontlike invloed op die bevindinge kan hê.</p>
<p><b>Perspektiefbestuur:</b></p> <p>Getrouheidsversekering word bevorder wanneer navorsers die invloed van hul eie perspektiewe in die datagenerering erken, deursigtigheid toepas, en ook op 'n gepaste wyse die invloed daarvan beperk ten einde 'n duideliker vergestaltung van die fenomeen te verkry.</p> <p><b>Toepassing tydens hierdie studie:</b></p> <p>Ek was bedag daarop om nie deelnemers te lei na response wat bloot my eie perspektiewe as navorser kon bevestig nie. Daarom is reflektiewe joernaalinskrywings gebruik om my eie perspektiewe te ondersoek. Dit het my gehelp om moontlike aannames, asook die manier waarop dit my data kon beïnvloed, te identifiseer. Tydens die onderhoude het ek daarop gelet om nie leidende taal te gebruik wanneer vrae gevra is nie.</p>		<p><b>Katalisator vir insig:</b></p> <p>Die gebruik van die mees geskikte navorsingsgereedskap word bevorder wanneer die generering van data ryk en beskrywend is en sodoende 'n basis vir 'n insiggewende analise bied.</p> <p><b>Toepassing in hierdie studie:</b></p> <p>Ek het krities te werk gegaan in die selektering van die metodologie vir hierdie studie ten einde die beste metode te kies om data te genereer 'n wat insiggewende analise kan ondersteun. Dit het tot die voordeel van die navorsing gestrek om semi-gestruktureerde onderhoude te gebruik, aangesien dit ryk en digte data opgelewer het. Boonop het ek ook in my opleiding as opvoedkundige sielkundige vaardighede rakende onderhoudsvoering geleer wat na my mening die generering van ryk en digte data bevorder het.</p>

Getrouheidsversekering ten opsigte van die fenomeen van ondersoek		Navorsingsgereedskap in die bereik van navorsingsdoelwitte
<p><b>Perspektiefbestuur:</b></p> <p>Getrouheidsversekering word verhoog wanneer die navorsers sensitief is vir hoe hul subjektiewe perspektiewe die analise kan beïnvloed of lei ten einde hul eie waarneming in die analise te bevorder.</p> <p><b>Toepassing in hierdie studie:</b></p> <p>Ek het doelbewus die spesifieke “navorsingsgereedskap” in hierdie studie gekies om my eie vooropgestelde idees aangaande die betrokke fenomeen uit te daag. Dit verwys na die toepassing van kritiese selfrefleksie, sowel as die verifiëring van my interpretasie van die data met deelnemers. Die gebruik van ’n teoretiese raamwerk het ook as ’n kritiese lens vir die analise van die data gedien.</p>	<b>Data-analise</b>	<p><b>Betekenisvolle bydraes:</b></p> <p>Die gebruik van die mees geskikte navorsingsgereedskap word bevorder deur die toepassing van metodes wat betekenisvolle bydraes ten opsigte van die navorsingsdoelwitte lewer.</p> <p><b>Toepassing in hierdie studie:</b></p> <p>Tydens die beplanning van die metodologie van die studie, het ek vrae gevra ten einde die huidige verteenwoordiging van die fenomeen in die literatuur te ondersoek. Ek het ’n kritiese evaluering gedoen om vas te stel of die betekenis van die bevindinge wat gegenerer is, koherent met die navorsingsdoelwitte is.</p>
<p><b>“Groundedness”:</b></p> <p>Getrouheidsversekering word bevorder wanneer bevindinge gebaseer word op data wat die verstaan daarvan ondersteun.</p> <p><b>Toepassing in hierdie studie:</b></p> <p>Die bevindinge van die navorsing is aan ’n groep van die deelnemers gekommunikeer ten einde die betekenis daarvan te verifieer.</p>		<p><b>Koherensie:</b></p> <p>Koherensie in die navorsingsbevindinge word bevorder deur ondersoek in te stel oor die verskille in die onderskeie bevindinge en te verduidelik hoe hulle met mekaar verband hou.</p> <p><b>Toepassing tydens hierdie studie:</b></p> <p>Ek het deur middel van ’n diagrammatiese voorstelling geïllustreer hoe bevindinge met mekaar verband hou. Wanneer bevindinge teenstrydig met mekaar was, het ek dit uitgewys en dit binne konteks verduidelik of gepoog om ’n alternatiewe betekenis daarvoor te soek.</p>

Teen die agtergrond van die vermelde metodologiese integriteit, asook die konteks van hierdie studie, was ek daarop ingestel om die spesifieke fenomeen, genaamd die belewing van ouers van kinders met ATHV in hul middelkinderjare, sowel as die vergestaltung van veerkrachtige ouerskap binne hierdie konteks, indiepte te ondersoek en my metodologiese oorwegings daarvolgens te rig. In die lig hiervan was my ondersoekbenadering daarop gefokus om beskrywende data op te lewer. Dit sluit, onder andere, mense se eie geskrewe en gesproke woorde of stories, asook die waarneming van hulle gedrag tydens onderhoud, in (McMillan & Schumacher, 2001).

In die geval van hierdie studie bring die induktiewe en beskrywende aard van ’n kwalitatiewe benadering ’n fyner nuanse van betekenisgewing mee, wat spesifiek van waarde is wanneer daar later interpretasies van die data aan die hand van spesifieke teorieë gemaak word (Henning et al., 2004). Hierdie ryk beskrywing van data sou egter

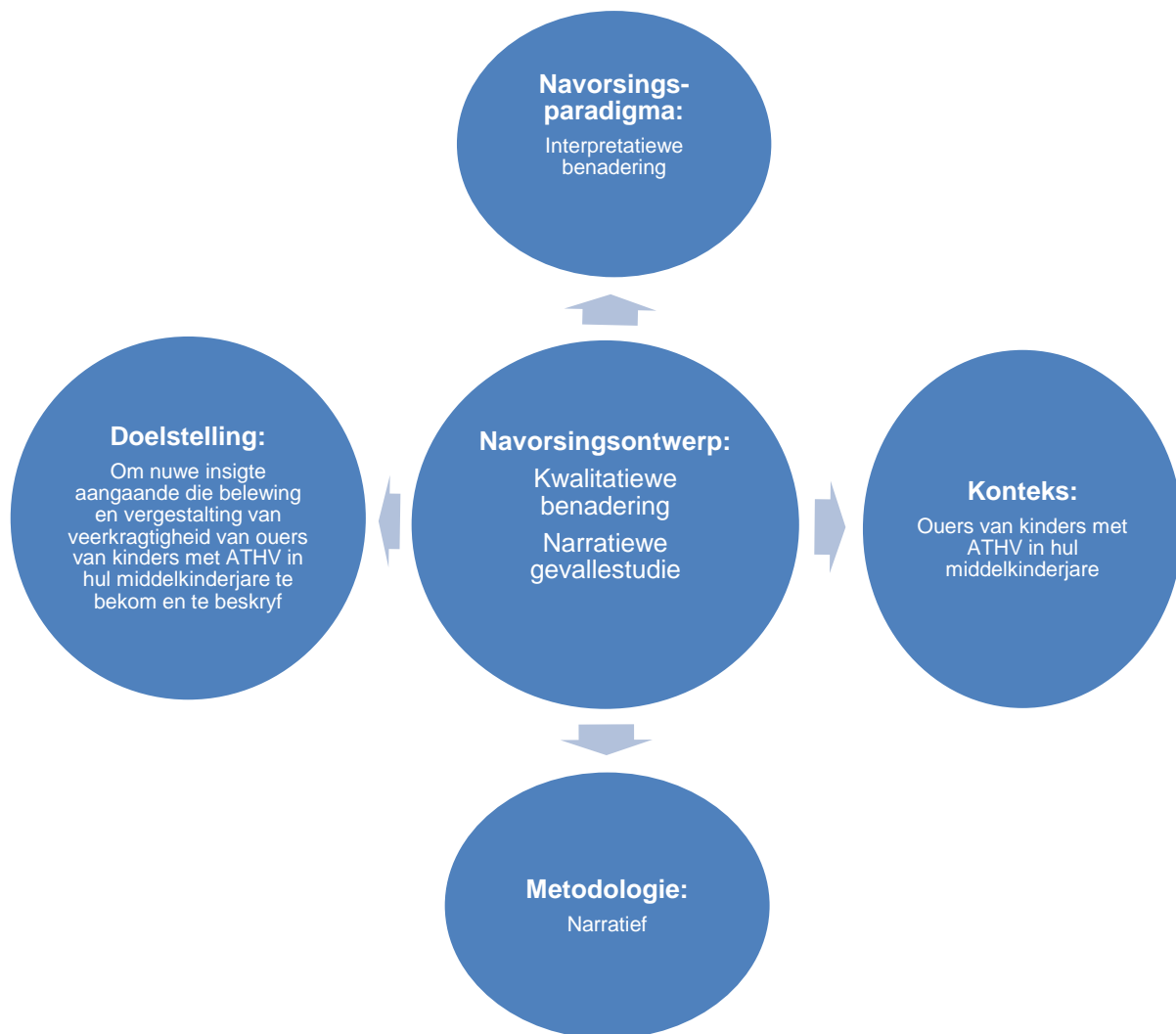
nie moontlik gewees het indien daar byvoorbeeld van geslote, gestruktureerde vraelyste vir die generering van data gebruik gemaak is nie. Soos daar uit die voorafgaande hoofstukke afgelei kan word, is die ervaring van ouers van kinders met ATHV kompleks en kan hul beleving derhalwe nie verminder word tot eenvoudige verduidelikings en enkelvoudige interpretasies nie (McMillan & Schumacher, 2001).

In die lig van hierdie interaktiewe, interpreterende en kwalitatiewe metodologiese strategieë is dit duidelik dat dit newegeskik is aan die ontologiese en epistemologiese raamwerk van die betrokke studie. Vanuit die ontologie van sosiale konstruksionisme dien elke deelnemer se subjektiewe en unieke belewenis as 'n boublok van die betekenis en interpretasie van die beleving van ouers van kinders met ATHV, sowel as die vergestaltung van veerkragtige ouerskap binne hierdie konteks.

Vanuit hierdie sosiaal-konstruksionistiese benadering was my oortuiging dat deelnemers se belewenisse die beste verstaan kan word deur middel van sosiale interaksie en ook wanneer daar na hulle geluister word. Die implikasie is dat die kern van my metodologiese perspektief bestaan het uit die luister na hul stories in die poging om antwoorde op die navorsingsvrae te genereer. In die beantwoording van die navorsingsvrae van hierdie studie was dit egter ook belangrik dat die mees geskikte navorsingsontwerp gevolg moes word ten einde die geldigheid en ook die metodologiese integriteit van die studie te verseker. Daar sal voorts spesifieke aandag aan die verduideliking hiervan gegee word.

### **4.3 NAVORSINGSONTWERP**

Die navorsingsontwerp van 'n studie word omskryf as die navorser se beoogde strategie vir die uitvoer van die navorsing. Hierdie strategie is belyn met die doel van die navorsing, die navorsingsparadigma, die konteks waarin die navorsing uitgevoer word, die generering van data, asook die data-analise (Babbie, 2014, p.74; Marshall & Rossman, 2011; Durrheim, 2006). Die logiese afleiding is dat die navorsingsontwerp deurlopend met die doel, konteks, paradigma, asook tegnieke moet strook ten einde optimale geldigheid van die studie te verseker (Denzin & Lincoln, 2011). Voorts sal daar in Figuur 4.2 'n grafiese voorstelling van die navorsingsontwerp van die betrokke studie verskaf word.



**Figuur 4.2: Voorstelling van die navorsingsontwerp van die studie (Aangepas uit Durrheim, 1999, p. 37)**

Soos dit ook in Figuur 4.2 uiteengesit is, is 'n narratiewe gevallestudie as kwalitatiewe navorsingsontwerp in hierdie studie aangewend. Ek het hierdie ontwerp gekies omdat dit my in staat stel om komplekse sosiale vraagstukke, soos in die geval van my navorsingsvrae, te ondersoek. Aangesien gevallestudies ryk en holistiese beskrywings van die fenomeen oplewer, bied dit nuwe insigte en betekenis aan die leser se ervaring van die vraagstukke wat ondersoek word. Vanweë die vermelde sterkpunte van 'n gevallestudie, blyk dit die mees geskikte ontwerp te wees vir die doel van hierdie studie, naamlik die ondersoek van die beleving van ouers van kinders met ATHV in hul middelkinderjare, asook die vergestaltung van veerkragtige ouerskap binne hierdie konteks.

Met betrekking tot die fenomeen wat ondersoek word, is hierdie navorsing binne die konteks van die ouers van skoolgaande kinders in hul middelkinderjare uitgevoer. Dit is

beskou vanuit 'n interpretatiewe paradigma (Denzin & Lincoln, 2011) en 'n sosiaal-konstruksionistiese benadering wat as ondersoeklens gebruik is om die deelnemers se ervarings beter te verstaan. Ek het spesifiek die interpretatiewe paradigma as ondersoeklens vir my navorsing gekies, omdat die betrokke paradigma 'n naturalistiese ("*real life*") aanslag tot die ondersoek bied en dit ook gegrond is in natuurlike vorms van menslike kommunikasie.

'n Volgende sterkpunt van die vermelde benadering is dat dit poog om 'n verstaan van die kompleksiteit van die sosiale wêreld te kweek. Juis daarom laat dit my toe om die komplekse fenomeen van die vergestaltung van veerkrachtigheid in ouers van kinders met ATHV in hul middelkinderjare te ondersoek. Aangesien hierdie paradigma se benadering deelnemend en inklusief is, akkommodeer dit ook menslike verandering met verloop van tyd (Cohen, Manion & Morrison, 2011). Dit maak dit dus ideaal om ouers van kinders met ATHV se belewing, oftewel hul verhale aangaande 'n kind met ATHV, te ondersoek. Daarmee verwys ek na die feit dat ouers se belewing nie staties in die middelkinderjare is nie, maar dat dit vir die meeste ouers reeds oor 'n paar jaar strek. Vervolgens sal daar lig gewerp word op die gevallestudie as navorsingsontwerp van hierdie studie.

#### **4.3.1 Gevallestudie**

Die narratiewe ondersoekbenadering verleen hom tot 'n gevallestudie as navorsingsontwerp. Volgens Babbie en Mouton (2014) is 'n gevallestudie 'n intensiewe studie van 'n sosiale eenheid. Stake (2006) se omskrywing is dat 'n gevallestudie op die wisselwerking tussen hierdie sosiale eenhede en hul konteks fokus. Baxter, Hughes en Tight (2001) lewer egter kritiek teen gevallestudies. Hul uitgangspunt is dat die holistiese aard daarvan meestal ryk data oplewer wat die data-analise kan kompliseer. My teenargument is dat ryk en digte data eerder bydra tot die getrouheidsversekering en metodologiese integriteit van hierdie studie en daarom tot voordeel van die navorsingstudie strek.

Verdere kritiek is dat kwalitatiewe gevallestudies beperk kan word deur die sensitiwiteit van die navorser. Aangesien die navorser as die primêre instrument in die navorsingsproses beskou kan word, kan dit negatiewe gevolge hê wanneer die navorser se spesifieke opleiding in waarneming en onderhoudsvoering ontbreek. Die navorser is dus dikwels uitgelewer om op sy of haar eie vaardighede staat te maak (Flyvberg, 2006). In die lig hiervan het ek in my studies as opvoedkundige sielkundige spesifieke opleiding rakende fyn waarneming en onderhoudsvoering ontvang. My uitgangspunt daarom is dat my vaardighede ten opsigte van onderhoudsvoering juis hierdie studie bevoordeel het. So

byvoorbeeld kon deeglike onderhoudsvoering tot insiggewende data-analise lei en sodoende ook die metodologiese integriteit van die studie verhoog.

Ten spyte van die kritiek teen gevallestudies as navorsingsontwerp, word die wetenskaplike waarde van hierdie ontwerp deur sosiale wetenskaplikes gerespekteer (Babbie & Mouton, 2014). Binne hierdie konteks is 'n gevallestudie om verskeie redes die mees geskikte ontwerp vir die betrokke studie en hou dit verskeie voordele vir die tersaaklike navorsing in. So is 'n gevallestudie byvoorbeeld een van die mees geskikte ontwerpe wanneer sosiale vraagstukke in die konteks van die werklike lewe ondersoek word, aangesien die kollig op die uniekheid van elke geval gewerp word (Fouche & Delport, 2011). Die voordeel van 'n gevallestudie is dat dit my die geleentheid gebied het om binne 'n narratiewe ondersoek die ervaring van deelnemers wat in stories vertel word, te verstaan en in 'n narratief weer te gee (Creswell, 2015, p.525). Volgens Josselsen, Lieblich en McAdams (2003, p.8) reflekteer individue se narratiewe nie slegs hul eie betekenisgewing nie, maar ook die temas van die gemeenskap en samelewing waarby hulle betrokke is.

'n Gevallestudie is ideaal as narratiewe navorsingsontwerp, aangesien dit 'n gedetailleerde beskrywing van die hoe, waar, wanneer en waarom in 'n spesifieke situasie bied (Flyvbjerg, 2011, p.301; Merriam, 2009). Die beskrywende aard van die gevallestudie het my in staat gestel om data met die betrokke literatuur in verband te bring deurdat ek in Hoofstuk 5 ryk beskrywings van komplekse situasies kan weergee. Dit het my die verdere geleentheid gebied om beskrywende besonderhede van ouers van kinders met ATHV in hul middelkinderjare se belewing daarvan, asook hul ervaring van die vergestaltung van veerkrachtigheid binne hierdie konteks, te kon genereer (Babbie, 2014).

Brink (2003, p.110) se mening is dat 'n gevallestudie juis van waarde is in omstandighede waar die navorser min of geen beheer oor die fenomeen van ondersoek het nie. Dit kan in verband gebring word met Stake (2005) se uitgangspunt dat 'n interpretatiewe paradigma, soos dit in hierdie studie toegepas word, klem plaas op die verstaan van die subjektiewe belewing van elke deelnemer soos dit onderskeidelik in sy of haar subjektiewe wêreld gekonstrueer is. In die lig hiervan word daar in die volgende hoofstuk gepoog om hierdie subjektiewe verstaan van die deelnemers in 'n beskrywende wyse weer te gee.

'n Beskrywende gevallestudie verleen hom ook tot 'n gepaste ontwerp binne die narratiewe ondersoekbenadering. Merriam (1998) verduidelik dat 'n kwalitatiewe gevallestudie deur die grootte van 'n geval, asook die doel van die data onderskei word. Daar word op grond van die doel van die ondersoek onderskeidelik verwys na

(1) beskrywende gevallestudies waar 'n fenomeen in 'n narratief weergegee word, soos in hierdie studie; of na (2) interpretatiewe gevallestudies waar 'n konseptuele kategorie ontwikkel word om 'n teoretiese aanname te illustreer, te ondersteun, of om dit uit te daag; of na (3) evaluerende gevallestudies wat 'n spesifieke fenomeen verduidelik en beoordeel.

Daar word verder onderskeid getref tussen 'n enkelinstrumentele gevallestudie, 'n kollektiewe, oftewel veelvuldige gevallestudie, en 'n intrinsieke gevallestudie (Stake, 2005, p.245). In die geval van 'n enkel instrumentele gevallestudie word die ondersoek gerig op een spesifieke geval ten einde insig ten opsigte van een betrokke fenomeen te verkry. Daarteenoor ondersoek die veelvuldige gevallestudie ook een fenomeen, maar word veelvuldige gevalle by die studie ingesluit om die fenomeen te illustreer. Die ondersoek van 'n intrinsieke gevallestudie word primêr onderneem omdat 'n spesifieke geval van belang is en omdat daar 'n behoefte bestaan om die betrokke geval beter te verstaan.

Die betrokke studie is gerig op die ondersoek van 'n veelvuldige gevallestudie. Die voordeel van hierdie ontwerp is dat dit my as navorser die geleentheid bied om die konteks van meer as een ouer van kinders met ATHV in hul middelkinderjare elk as 'n unieke geval te ondersoek. Dit kan ook in verband gebring word met Amartya Sen se bekwaamheidsteorie (*capability theory*) wat in hoofstuk 2 (afdeling 2.2.7) bespreek is en as raamwerk van hierdie ondersoek dien. Hierdie benadering het my toegelaat om binne die veelvuldige gevallestudie-ontwerp op die individuele, sowel as sosiale faktore, van die deelnemers te fokus (Mitra, 2006). Die betrokke raamwerk is dus kontekstueel gebonde en die veelvuldige gevallestudie is daarom 'n gepaste ontwerp om die interaksie tussen die sosiale konteks en persoonlike bepalers van die vergestaltung van veerkragtigheid van die deelnemers te analiseer.

'n Volgende voordeel vir hierdie studie is dat 'n gevallestudie as toepaslike ontwerp dien om gedetailleerde inligting aangaande 'n fenomeen deur middel van verskeie strategieë en oor 'n bepaalde tydperk te genereer (Creswell, 2013). Teen die agtergrond hiervan verduidelik Willig (2008) in haar studie dat die veelvuldige gevallestudie-ontwerp die navorser toelaat om die gedetailleerde inligting te gebruik om vergelykings tussen gevalle te tref. Ayres, Kavanaugh en Knalf (2003) verwys hierna as *across-case analysis*. Op hierdie wyse is ek as die navorser in staat gestel om nuwe teorieë op 'n induktiewe wyse te genereer en te verfyn na aanleiding van die vergelykende analise van die verskillende gevallestudies (Willig, 2008).

'n Gevallestudie as navorsingsontwerp hou egter ook uitdagings in waarop navorsers bedag moet wees. Jensen en Rogers (2001) se argument is dat gedetailleerde



beskrywings van min waarde is, aangesien bevindinge nie noodwendig veralgemeen kan word tot ander “gevalle” in die studie wat ondersoek word nie. Binne die konteks van die betrokke studie was dit egter nie die doel om resultate te veralgemeen nie. Elke deelnemer se belewing van ATHV en ervaring van die vergestaltung van veerkrachtigheid is binne ’n unieke konteks ondersoek en daarom was elke deelnemer se data ook uniek en word dit in fyn besonderhede in hoofstuk 5 beskryf. Creswell (2015) is oortuig dat dit juis die deeglike en gedetailleerde beskrywings van elke gevallestudie is wat dit moontlik maak vir navorsers om sekere bevindinge wel na soortgelyke situasies oor te dra. Daarom kon ek as navorser wel patrone uit die deelnemers se data identifiseer wat daartoe bydra om ouers van kinders met ATHV in hul middelkinderjare beter te verstaan.

Aangesien ek as interpretatiewe navorser ouers van kinders met ATHV se subjektiewe belewing van die vergestaltung van veerkrachtigheid ondersoek het, het ek ’n narratiewe werkswyse as datagenereringsmetode gekies. Terwyl die gevallestudie as navorsingsontwerp verwys na die deeglike en ryk beskrywings van die data van die fenomeen wat ondersoek word, is die narratiewe werkswyse ’n aanduiding van die formaat van die beskrywings. Voorts sal die relevante aspekte van die narratiewe werkswyse met betrekking tot hierdie studie bespreek word.

#### **4.3.2 Narratiewe werkswyse**



Lawrence, Buckley, Cueva, Giordani, Ramdeholl en Simpson (2006) voer aan dat stories, oftewel narratiewe, deur navorsers én deelnemers gebruik word om begrip te bevorder, hoop te vind en gevoelens te deel. Die rasionaal daaragter is dat elke mens se lewe, en dus ook elke ouer van ’n kind met ATHV se belewing, as ’n storie omskryf kan word (Speedy, 2008). In die lig hiervan is Andrew, Squire en Tambokou (2008) se beskouing dat die mens kennis en insig aangaande sy eie lewe kan genereer deur die vertel van lewenstories en dat hy of sy op so ’n wyse selfs waarde tot ’n individu se lewe kan toevoeg (Atkinson, 2007).

Narratiewe navorsing stel die navorser in staat om deelnemers se ervarings te verstaan deur ’n interaktiewe verhouding tussen die navorser, die deelnemer en die omgewing te kweek (Clandinin & Connelly, 2000). McLeod (2001, p.98) omskryf ’n narratief as ’n storie oor gebeure en belewenisse wat vertel word ten einde sin te maak van die gebeure en ervaringe. Hierdie stories word hoofsaaklik aan ander gekommunikeer sodat die verteller sy of haar eie verstaan daarvan kan bewerkstellig deur die aanhoor van die storie wanneer dit geverbaliseer word.

Daar kan aangevoer word dat 'n persoon se ervarings persoonlik begrens bly indien daar nie die geleentheid is om sy of haar gedagtes te artikuleer nie. In die lig hiervan verduidelik Creswell (2015) dat die individu met die artikulering en die vertel van stories duidelikheid oor sy of haar denke kan kry. 'n Vertelling kan dus beskou word as 'n handeling waar die betrokke ervaring betekenis vir die verteller, sowel as die toehoorder, kry. Die afleiding hieruit is dat die deelnemers deur hul deelname aan hierdie studie ook die geleentheid gehad het om sin te maak van, en moontlik nuwe betekenis te vind in hul beleving van 'n kind met ATHV.

In die betrokke ondersoek het ek gepoog om die beleving en die vergestaltung van veerkragtigheid van ouers van kinders met ATHV in hul middelkinderjare te ondersoek deur die deelnemers se ervarings te probeer verstaan en te onderskei. Aangesien 'n narratiewe ondersoek grootliks in die denkskool van sosiale konstruksionisme (sien afdeling 4.2.1) ingebou is (Morkel, 2009), dra hierdie teorie saam met die bekwaamheidsteorie (*capability theory*) (sien afdeling 2.2.7) gedeeltelik by tot die teoretiese lens waardeur die navorsing gekonseptualiseer is. Tabel 4.4 bied 'n voorstelling van die teoretiese lense waaruit hierdie narratiewe werkswyse benader word.

**Tabel 4.4: Voorstelling van die teoretiese raamwerk van die betrokke studie**

Teoretiese lense	
Sosiaal-konstruksionisme 	Bekwaamheidsteorie (Capability theory) 
Fenomeen	
Die beleving van ouers van kinders met ATHV in hul middelkinderjare, asook die vergestaltung van veerkragtige ouerskap binne hierdie konteks.	

In die lig van die sosiaal-konstruksionistiese benadering as teoretiese lens, verduidelik Miller (2009) dat stories nie slegs 'n sosiokulturele verteenwoordiging is nie, maar op sigself eerder as 'n sosiokulturele praktyk beskou kan word. In beginsel strook hierdie benadering ook met Theron (2014) se beskouing dat veerkragtigheid 'n sosiaal gekonstrueerde konsep is.

Na aanleiding van die narratiewe ondersoekbenadering wat in die betrokke studie gevolg word, is die inhoud van deelnemers se stories, sowel as die daad van storievertelling belangrik. Dit is daarom noodsaaklik dat ek in my rol as navorser nie net sou ag slaan op dit wat gesê en aangeteken is nie, maar dat ek ook fyn daarop ingestel moes wees om waar te neem, te luister en die handeling van die vertellings te dokumenteer soos dit in Afdeling 4.3.4.3 verduidelik sal word.

In die lig van die bogenoemde beskryf Gubrium en Holstein (2009) stories as 'n weerspieëling van die deelnemers se persoonlike ervaring, asook die sosiale wêreld waarvan hulle deel is. Dit impliseer dat die samelewing op sy eie manier tot die vorming van stories bydra, dit soms herstruktureer en dit ook beïnvloed. Deelnemers se stories, sowel as die konteks waarbinne dit vertel word, is dus in hierdie ondersoek van belang.

Chase (2005) beskryf 'n narratief as 'n diskoers wat bydra tot die verstaan van menslike ervaring. Die hoofbeginsel van die narratiewe ondersoekbenadering is dat kwalitatiewe navorsers die verstaan van sosiale groepe kan herkonstrueer deur die voortbrenging en analise van grepe van mense se lewensverhale wat vertel word (Pinnegar & Daynes, 2007). Daarom is die doel van hierdie benadering nie om die waarheid te veralgemeen nie, maar eerder om dit te belyn met die filosofie van die sosiaal-konstruksionistiese benadering wat die sosiaal gekonstrueerde realiteit van deelnemers in terme van hul ervaring, konteks en interaksie met ander, ondersoek (Pinnegar & Daynes, 2007).

Volgens Smith en Sparkes (2008) is 'n narratiewe ondersoekbenadering besig om al hoe meer relevant in navorsing aangaande gestremdheidstudies, soos byvoorbeeld die betrokke studie, te word. Dit word toegeskryf aan die veronderstelling van hierdie benadering dat 'n ondersoek aangaande komplekse ervarings, soos dié van ouers van kinders met ATHV, asook die vergestaltung van veerkragtige ouerskap binne hierdie konteks, vanuit veelvuldige perspektiewe geloods moet word. Daar word verder verduidelik dat stories 'n platform kan bied om moontlike sosiale, sowel as individuele transformasie te bewerkstellig. Die betoog is dat indien die stories wat mense as rigtingwyser vir hul lewens gebruik kan verander, dit ook verandering in die individue, sowel as die samelewing te weeg kan bring (Smith & Sparkes, 2008). In die lig hiervan word daar gepoog om by deelnemers, sowel as die lesers van hierdie navorsing, 'n bewustheid te vorm rakende die vergestaltung van veerkragtigheid wat in die betrokke stories ontvou en na vore kom en gevolglik ook 'n vertrekpunt vir moontlike nuwe stories kan word.

Bogenoemde hou verband met Crossley (2000) se narratiewe rekonstruksie wat deur Papathomas, Smith en Lavalley (2015) aan die hand van narratiewe en gesondheidsprobleme verduidelik word. Dit sou dus binne die konteks van hierdie studie en kinders met ATHV ook relevant wees. Papathomas et al. (2015) se argument is dat wanneer gesondheidsprobleme veroorsaak dat die individu se verwagte lewenspaadjie die koers kwytraak, dit die samehang van daardie persoon se lewensverhaal, die betekenis wat hy of sy aan die lewe heg, asook hul identiteit kan beïnvloed of selfs stroop. Ten einde aan te pas by hierdie verandering, wat dikwels as traumaties beskou word, word 'n

proses van narratiewe rekonstruksie geïmpliseer wat beteken dat nuwe stories geskep moet word ten einde nuwe betekenis aan 'n situasie te gee.

Frank (2005) onderskei in sy werk *The Wounded Storyteller* breedweg drie narratiewe tipes wat die basis van persoonlike stories van gesondheidsprobleme, en dus ook van ATHV, kan vorm. Hy verwys na narratiewe aan die hand van drie fases, naamlik (1) herstel (*restitution*), (2) chaos, en (3) soeke (*quest*). Volgens Frank (2005) is die herstel-narratief die mees dominante tipe en behels die basiese storielyn "gister was ek gesond, vandag is ek siek, môre sal ek weer gesond wees" (p.77). Daarenteen is die chaos-narratief se uitgangspunt "ek mag dalk nooit weer gesond word nie" (p.97). Dit is met ander woorde gewortel in die afwesigheid van 'n narratief om 'n verklaring of verduideliking vir gesondheidsprobleme te bied. Die soeke-narratief impliseer 'n reis wat die vorm van 'n soektog aanneem waarin die individu van die oortuiging is dat die ervaring van gesondheidsprobleme ook voordeel kan inhou (p.115).

Papathomas et al. (2015) postuleer dat hierdie narratiewe gestalte aan ervaring kan gee. Dit beteken byvoorbeeld dat 'n persoon wat 'n storielyn van 'n herstel-narratief uitleef, sal streef na, hoop vir en waarskynlik 'n verwagting van herstel sal hê. Dit hou direk verband met positiewe sielkunde soos dit in Hoofstuk 1 (afdeling 1.2.1) bespreek is, asook die konsep van veerkragtigheid wat in 'n salutogene uitgangspunt gegrond is en waarna daar in Hoofstuk 2 (afdeling 2.1.1) verwys is (Theron, 2010). Volgens Frank (2005) verkies individue herstelstories wat die belofte van beterskap inhou, eerder as chaos narratiewe wat ongemak veroorsaak.

'n Narratiewe werkswyse bied een van die suiwerste kanale waardeur ek 'n verstaan van die deelnemers se beleving van hul herstelstories kon bekom. Volgens Lieblich, Tuvan-Maschiach en Zilber (1998) verskaf deelnemers se verbale mededelings van hoe hul die realiteit beleef, toegang tot hul beleving en identiteit. Op grond hiervan het ek gepoog om die narratiewe van die deelnemers as data te genereer ten einde 'n beter begrip van die beleving en die vergestaltung van veerkragtigheid van hierdie deelnemers te bekom. Alhoewel my fokus op die persoonlike en subjektiewe beleving van deelnemers gerig was, het ek deurlopend in gedagte gehou dat narratiewe nie slegs 'n aanduiding van persoonlike betekenisgewing is nie, maar ook die aspekte van hul betrokke gemeenskap en kultuur reflekteer (Chase, 2005).

In 'n poging om die ouers van kinders met ATHV se persoonlike storie as 'n integrasie met hul sosiale storie te verstaan, het ek die uitgangspunt van Kenyon en Randall (1997, p.16) gevolg wat postuleer dat die mens nie lewensverhale *het* nie, maar eerder dat hul

lewenstories is. Hulle verduidelik op grond hiervan dat stories eerstens kognitief van aard is, omdat dit idees bevat; dat dit tweedens affektief van aard is, omdat daar emosies by betrokke is; en dat dit derdens ook wilshandeling bevat, omdat daar gedrag by betrokke is. Voorts sal daar aandag gegee word aan die selektering van deelnemers ten einde hierdie aspekte van die ouers van kinders met ATHV in hul middelkinderjare te ondersoek.

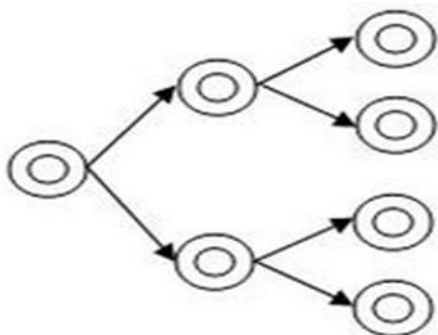
### 4.3.3 Deelnemers

Volgens Williams (2002) berus die keuring van deelnemers hoofsaaklik op die doelstelling van die betrokke ondersoek, aangesien die deelnemers as bron van 'n indiepte en beskrywende persepsie van die fenomeen wat ondersoek word, dien. Tydens hierdie ondersoek het ek gebruik gemaak van 'n doelmatige steekproeftrekking wat spesifieke seleksiekriteria insluit (Cohen, Monion & Morrison, 2011). Ek het besluit om 20 deelnemers by my studie in te sluit. My keuse was gegrond op Hagaman en Wutich (2016) se uitgangspunt dat 20 tot 40 deelnemers ideaal vir navorsingsonderhoude is. Aangesien die doel van die studie nie was om bevindinge te veralgemeen nie, maar eerder om individuele ervaringe van deelnemers te genereer, het ek 20 ouers van kinders met ATHV as 'n voldoende seleksiegroep van deelnemers bestempel. Een-en-twintig ouers (twee deelnemers het gesamentlik as ouerpaar aan die navorsing deelgeneem) van kinders met ATHV in hul middelkinderjare het as vrywillige deelnemers aan die navorsing deelgeneem, aangesien hul ervaring, kennis en insig aangaande die navorsingsontwerp 'n waardevolle bydrae in die beantwoording van die studie se navorsingsvrae kon lewer.

Daar is aanvanklik besluit om briewe wat die omvang van die navorsing verduidelik en waarin ouers uitgenooi word om vrywillig by die studie betrokke te word, by skole in 'n nabygeleë dorp te versprei. Al die deelnemers het egter op 'n spontane wyse hulself vrywillig vir deelname aan die studie aangemeld. Dit het gebeur in reaksie op die eerste deelnemers wat van die navorsing te hore gekom het. Die nuus is aanvanklik onder ouers by 'n ondersteuningsgroep wat nie verbonde aan 'n spesifieke skool is nie, versprei. Die boodskap is verder op 'n informele wyse deur ouers by skole aan mekaar deurgegee.

Hoewel 'n soortgelyke sneebaleffek (sien figuur 4.3) tydens navorsing gewoonlik as 'n amptelike datagenereringsmetode gebruik word wanneer dit uitdagend is om genoeg deelnemers te vind, het dit tydens hierdie navorsing spontaan uit die proses van die datagenerering gespruit. Die betrokke datagenereringsmetode van 'n sneebaleffek verwys na wanneer 'n primêre bron van data ander potensiële deelnemers nomineer om by die navorsing betrokke te raak (Dudovskiy, 2016). Die voordeel van die spontane sneebaleffek wat tydens hierdie navorsing ingetree het, is dat 'n "versteekte" populasie

deelnemers die geleentheid tot deelname aan die studie verkry het. Die feit dat hulle vrywillig aangemeld het vir deelname aan die studie het impliseer dat hulle graag hul verhaal rakende hul kind met ATHV wou deel. Gevolglik het dit ook bygedra tot die generering van ryk data.



**Figuur 4.3: Voorstelling van die sneeubaleffek tydens my datagenerering.**

Die ouers se vrywillige aanmelding by die navorsing het dus op sigself belangrike kwalitatiewe inligting gebied aangaande ouers van kinders met ATHV se behoefte om hul stories te deel. Dit was gevolglik nie meer nodig om briewe by skole uit te stuur nie. Inligtingsbriewe (aangeheg as Bylaag 1) is in reaksie op hul kommunikasie aan my by die plek van hul keuse afgegee. Daar is herhaaldelik klem gelê op die vrywillige aard van die deelname. Dit is gedoen ten einde te verseker dat deelnemers se belewing nie was dat 'n ander deelnemer dalk subtiele druk op hul geplaas het, of hul probeer oorreed het om aan die studie deel te neem nie.

Daar is egter streng by die seleksiekriteria van die studie gehou en daarom kan die primêre metode waarop deelnemers by die studie betrek is, steeds as doelmatige steekproeftrekking beskou word. Slegs deelnemers wat aan hierdie kriteria voldoen het, is gekies om voort te gaan met hul deelname aan die navorsing. Die seleksiekriteria vir die doeleindes van hierdie studie was soos volg:

Ouers van kinders met ATHV,

1. as primêre diagnose;
2. in hul middelkinderjare, aangesien kinders in hierdie fase besonder afhanklik van hul ouers se konstante aandag is en dit 'n groot verantwoordelikheid op ouers plaas (Newman & Newman, 2015). Die diagnose van ATHV vind ook dikwels in hierdie lewensfase plaas;
3. ongeag of hul deel uitmaak van twee-ouergesinne, enkelouergesinne, dieselfdegeslaggesinne, en of hul pleegouer(s) of bloot primêre versorgers is.

Wanneer ouers uit meer as een tipe gesin geselekteer word, skep dit die geleentheid tot moontlike addisionele gevolgtrekkings van die studie wat op so 'n wyse die navorsing kan verryk;

4. wat in die Wes-Kaap woonagtig is om geografiese toeganklikheid van die deelnemers te bevorder;
5. wat Afrikaans- of Engelssprekend is om kommunikasie tussen die navorser en die deelnemer moontlik te maak;
6. wat aan al die bogenoemde kriteria voldoen, en wie vrywillig reageer op die uitnodiging om aan die studie deel te neem.

Ek het deelname aan die studie oopgestel vir beide die ouers van kinders met ATHV sodat elkeen individueel aan die navorsing kon deelneem, aangesien die onderskeie ouers se beleving van mekaar kan verskil. Daar was egter slegs een geval waar beide ouers van 'n kind met ATHV elkeen die individuele storie van hul beleving gedeel het.

Ek moes wel ook in gedagte hou dat alle ouers wat hulself vrywillig tot deelname aangemeld het, nie fisies ewe bereikbaar was nie. Ek moes dus maatreëls in plek stel om daarby aan te pas. Theron (2016) waarsku dat potensiële deelnemers wat meestal onbereikbaar is, veral omdat hulle nie telefone of enige ander kontaknommers het nie, dikwels as deelnemers aan 'n studie uitgesluit word. Hiermee word daar spesifiek verwys na potensiële deelnemers wat, soos in hierdie studie, in die platteland woonagtig is en oor beperkte hulpbronne beskik.

Met verwysing tot die bogenoemde, het verskeie deelnemers wat hulself via telefoniese kommunikasie vrywillig tot hierdie studie aangemeld het, vanweë laer sosio-ekonomiese toestande nie toegang tot e-posse gehad nie. Ek kon dus nie vooraf aan hulle 'n oorsig van die navorsing stuur nie. Een van die ouers wat haarself deur middel van 'n boodskap aan 'n ander ouer tot deelname aangemeld het, het ook geen kontaknommer gehad waarby ek haar telefonies kon bereik nie. Ek het daarom verskeie kere na die betrokke deelnemer se huis gery om met haar afsprake te maak of om inligting aan haar te kommunikeer wat ek telefonies of per e-pos met ander deelnemers gedeel het. Op hierdie wyse het ek seker gemaak dat geen potensiële deelnemers vanweë beperkte hulpbronne of onbereikbaarheid uitgelaat word nie.

Uit die vermelde inligting kan daar afgelei word dat 'n persentasie van die deelnemers aan hierdie studie aan 'n laer sosio-ekonomiese groep behoort. Dit was vir my belangrik om genoegsame en soortgelyke inligting aan die leser te verskaf, ten einde die leser die geleentheid te bied om die konteks van die deelnemers te verstaan. Sodoende kon ek 'n

grondlegging vir die kontekstualisering van die data-analise skep en kon dit ook bydra tot die metodologiese integriteit (afdeling 4.2.2) van die studie.

Aangesien die deelnemers geografies in en rondom dieselfde plattelandse dorp woonagtig is, moes ek egter sensitief wees om inligting te ontsluit wat moontlik tot die herkenning van deelnemers se identiteit kon lei. Ek het daarom slegs beperkte agtergrondinligting ooreenkomstig elke deelnemer se naam (skuilnaam) in Tabel 4.5 uiteengesit en die res van die agtergrondinligting word vervolgens eerder breedvoerig aan die leser verskaf.

Binne die konteks van die bogenoemde was daar in die samestelling van 21 deelnemers, 'n verskeidenheid rassegroepe en verskillende sosio-ekonomiese statusse verteenwoordig. Hierdie diverse samestelling van deelnemers het tot die voordeel van die navorsingsproses gestrek, aangesien dit 'n beduidende bydrae gelewer het tot 'n beter begrip van die belewing van hierdie ouers vanuit verskillende kultuurgroepe, geloofsoortuigings en ook sosio-ekonomiese omstandighede. Op hierdie wyse het dit ook bygedra tot die rykheid van die data wat genereer is.

In die lig van die vrywillige aanmelding tot deelname aan hierdie studie, is dit interessant dat die aantal seuns teenoor die aantal dogters van die betrokke ouers of deelnemers ooreenkomstig is met die literatuur, wat verwys na 'n hoër voorkoms van ATHV onder seuns as onder meisies (American Psychiatric Association, 2013, p.63). Tabel 4.5 bied 'n opsomming van die deelnemers se verbintenis met hul kinders, sowel as hul kinders se geslagte, ouderdomme, grade, skole en 'n aanduiding van of hulle gebruik maak van medikasie. Pseudonieme is voortaan in hierdie teks gebruik.



**Tabel 4.5: Agtergrondinligting van deelnemers**

	Deelnemer	Verbintenis met kind	Kind se geslag	Kind se ouderdom	Kind se graad	Skool	Medikasie
1	Antas	Moeder	Seun	11	5	Hoofstroomskool	Ja
2	Casper	Vader	Seun	11	5	Spesiale skool	Ja
3	Cindy	Moeder	Seun	11	5	Spesiale skool	Ja
4	Elaine	Moeder	Meisie	12	6	Spesiale skool	Ja
5	Elize	Moeder	Seun	11	5	Spesiale skool	Nee
6	Ester	Moeder	Seun	12	6	Spesiale skool	Ja
7	Heleen	Moeder	Seun	11	5	Spesiale skool	Ja
8	Jan	Vader	Seun	10	4	Spesiale skool	Ja
9	Janine	Moeder	Seun	11	4	Spesiale skool	Ja
10	Kara	Moeder	Seun	10	4	Spesiale skool	Ja
11	Leandi	Moeder	Seun	10	4	Spesiale skool	Ja
12	Liezel	Moeder	Meisie	12	6	Spesiale skool	Ja
13	Lizelle	Moeder	Seun	9	3	Spesiale skool	Ja
14	Lorraine	Ouma of Voog	Seun	10	4	Spesiale skool	Ja
15	Marcia	Moeder	Meisie	10	4	Hoofstroomskool	Ja
16	Maria	Moeder	Seun	10	4	Hoofstroomskool	Ja
17	Nerine	Moeder	Seun	9	3	Spesiale skool	Ja
18	Shandré	Moeder	Seun	12	6	Spesiale skool	Ja
19	Sonja	Moeder	Seun	11	5	Hoofstroomskool	Ja
20	Tania	Pleegouer	Seun	12	5	Spesiale skool	Ja
21	Nanje	Moeder	Seun	10	4	Spesiale skool	Ja

Dit is belangrik om daarop te let dat hierdie deelnemers slegs 'n teoretiese populasie verteenwoordig en dat data wat genereer is dus nie tot die breë populasie van ouers van kinders met ATHV in hul middelkinderjare veralgemeen kan word nie. Op grond hiervan word die uniekheid van elke ouer se belewing benadruk en het 'n narratiewe werkswyse my die geleentheid tot ryk en indiepte datagenerering gebied soos daar vervolgens bespreek sal word.

#### 4.3.4 Datagenerering

In hierdie studie is data genereer deur 'n oorsig van bestaande en toepaslike literatuur as basis te gebruik. Ek het gekies om semi-gestruktureerde individuele onderhoude (wat met 'n informele gesprek ingelei is), te gebruik om op 'n induktiewe wyse ondersoek in te stel na die belewing van ouers van kinders met ATHV in hul middelkinderjare, asook die vergestaltung van veerkragtige ouerskap binne hierdie konteks. Deelnemers se

beskrywings tydens hierdie onderhoude is as hoofbron gebruik om data te genereer. Daarmee kon ek die navorsingslens op beide die perspektief van die deelnemers se ervaring, sowel as die konteks van hul ervaringswêreld plaas (Merriam, 2009, p.87). Datagenerering is aangevul met fyn waarneming en die maak van veldnotas tydens die onderhoude, sowel as deelnemers se dagboekinskrywings en my eie reflektiewe joernaalinskrywings. Tabel 4.6 bied 'n samevatting van die datagenereringmetodes, asook die databronne en wyses waarop data aangevul en verryk is.

**Tabel 4.6: Samevatting van die datagenereringsmetodes**

Datagenereringsmetode		Databron en verryking van data
Primêre databronne	Informele gesprekke	Transkripsies van onderhoude
	Semi-gestruktureerde onderhoude	
Sekondêre databronne	Dagboekinskrywings	Deelnemers se dagboekinskrywings
	Waarnemings en veldnotas tydens onderhoude	Aantekeninge in navorser se joernaal
	Reflektiewe joernaalinskrywings	

#### 4.3.4.1 *Informele gesprekke*

My ervaring as opvoedkundige sielkundige het my geleer hoe belangrik die eerste ontmoeting, en veral die eerste paar minute in die bou van rapport met 'n persoon is. Hierdie tydgleuf is dikwels bepalend in terme van die verhouding wat met die deelnemer gevestig word, asook die mate waartoe 'n veilige omgewing vir die deelnemer geskep word om sy of haar ervarings te deel (Mertens & McLaughlin, 2004). My oortuiging is dus dat 'n informele gesprek met die aanvang van die navorsingsonderhoud van groot waarde in die vestiging van 'n vertrouensverhouding met deelnemers kan wees.

Volgens Creswell (2013) word die navorser as die primêre instrument in die datagenereringsproses van kwalitatiewe navorsing beskou. Ek is as "navorsingsinstrument" dus in die posisie om die vaardighede wat ek in die praktyk as opvoedkundige sielkundige geleer het, te gebruik om 'n omgewing vir deelnemers te skep waarin optimale rapport gevestig kan word. Die implikasie is dat 'n informele gesprek as belangrike en ondersteunende datagenereringstegniek aangewend moes word, aangesien 'n beter verstandhouding moontlik verhoogde datagenerering tot gevolg gehad het. Hierin het ek Morse en Richards (2002) se argument ondersteun dat 'n informele atmosfeer die moontlikheid vir outentieke data in die datagenereringsproses kan verhoog, met die wete dat die betrokke datagenerering nie 'n terapeutiese onderhoud behels nie.

Dit was belangrik dat die informele gesprekvoering in 'n proses oorgaan het waar die inligtingsdokument (Bylaag 1) saam met die deelnemer deurgegaan is en al die etiese

aspekte aan die deelnemer verduidelik is voordat die instemming- en toestemmingsvorme (Bylaag 2) skriftelik geteken is. Die formaat van die onderhoud is vervolgens aan die deelnemer verduidelik en daar was geleentheid vir die deelnemer om vrae oor enige moontlike onsekerhede rakende die navorsingsproses te vra. Hierdie gesprek het onder andere gedien as belangrike aanknopingspunt vir die narratiewe onderhoude wat vervolgens bespreek word.

#### **4.3.4.2 Semi-gestruktureerde onderhoude**

Squire (2008) verduidelik dat datagenering op 'n kontinuum van 'n uiters gestruktureerde tot 'n hoogs ongestruktureerde proses kan voorkom. Soos reeds vermeld, het ek gekies om in hierdie navorsing data deur semi-gestruktureerde narratiewe onderhoude in die vorm van vertellings, oftewel stories oor persoonlike ervarings, te genereer. Die doel van 'n kwalitatiewe onderhoud is om ryk en beskrywende data te genereer wat kan lei tot 'n beter begrip van die deelnemer se belewenisse (Nieuwenhuis, 2010). Die voordeel daarvan vir hierdie navorsing is dat dit my as navorser die geleentheid gebied het om ryk en beskrywende data aangaande die betrokke fenomeen te genereer en op so 'n wyse ook by te dra tot die metodologiese integriteit (afdeling 4.2.2) van hierdie studie. Onderhoude as datagenereringsmetode hou ook vele ander voordele in, soos dit voorts deur Kumar (2005) uiteengesit is:

- Die onderhoud is 'n geskikte medium vir die bestudering van sensitiewe kwessies, aangesien dit die navorser die geleentheid bied om deelnemers op sekere vrae voor te berei en ook om oor komplekse vrae uit te brei. Dit maak dit dus ook geskik vir hierdie studie, aangesien die beleving van ouerskap met 'n kind met ATHV moontlik vir sommige deelnemers 'n sensitiewe kwessie mag wees.
- Die onderhoud dien as medium om diepgaande inligting in te win, aangesien dit die navorser die geleentheid bied om indringende vrae op 'n sensitiewe wyse te benader en dit op 'n taktvolle manier aan die deelnemer te verduidelik.
- Onderhoude bied die navorser die geleentheid, soos dit ook in hierdie studie toegepas is, om met fyn waarneming en veldnotas addisionele inligting uit die deelnemers se nie-verbale response te genereer.
- Die navorser het die geleentheid om die data met die deelnemer te verifieer en om vrae te herformuleer indien daar vermoed word dat die deelnemers 'n vraag verkeerd geïnterpreteer het.

Die onderhoude was daarop gefokus om die navorsingsvrae, naamlik

- (1) *Wat is die beleving van ouers van kinders met ATHV in hul middelkinderjare? en*
- (2) *Wat is die bepalers vir die vergestaltung van veerkragtige ouerskap in terme van kinders met ATHV in hul middelkinderjare?*

te beantwoord. 'n Onderhoudgids (Bylaag 3) wat uit semi-gestruktureerde vrae bestaan, is as riglyn gebruik om hierdie proses te rig. Merriam (2009) definieer 'n onderhoudgids as 'n lys vrae of onderwerpe wat die navorser beplan om aan die deelnemers te voor te lê. Die formaat van my onderhoudgids was semi-gestruktureerd. Dit impliseer dat dit uit 'n samestelling van vrae bestaan het wat tot 'n mindere of meerdere mate gestruktureerd is.

Hierdie vrae was spesifiek gefokus op die beleving van deelnemers aangaande hul kinders se diagnose, die behandeling van ATHV, die impak daarvan op die gesin en die gesin se interaksie met die gemeenskap, asook hul algemene ervaring van ouerskap. Aangesien die konsep van veerkragtigheid nie die ontkenning van hindernisse en uitdagings impliseer nie (Peterson, 2009), is daar ook nie van deelnemers verwag om noodwendig en uitsluitlik na suksesstories te verwys nie, maar eerder na die omvang van stories van hul algemene beleving as ouers van kinders met ATHV in hul middelkinderjare.

Elke individuele onderhoud met die een-en-twintig deelnemers is op die tyd en plek van hul keuse uitgevoer. Dit was 'n belangrike oorweging in die skep van 'n gemaklike en informele atmosfeer, omdat die deelnemers veilig en gemaklik moes voel met die omgewing waarin die onderhoud plaasgevind het. Ek het aan elke deelnemer 'n bondige verduideliking van die omvang van die studie gegee en die onderhoudgids met die deelnemer deurgegaan. Daar is aan die deelnemers verduidelik dat die onderhoudgids se vrae slegs as riglyne vir raakpunte in hul storie dien. In die meeste gevalle was dit nie nodig dat ek enige verdere vrae hoef te gevra het nie, aangesien die momentum van hul stories tot die uitbreiding van inligting gelei het wat in die meeste gevalle aan al die punte op die onderhoudgids geraak het.

Die duur van elke onderhoud was ongeveer tussen 60 en 90 minute gewees. Ek het aan die einde van elke onderhoud die deelnemer herinner aan die vrywillige dagboekinskrywings en aan elkeen 'n skoon dagboek vir die doeleindes daarvan oorhandig. Die meeste van die deelnemers het dit egter dadelik van die hand gewys, aangesien hul tyd reeds baie beperk is. Slegs twee deelnemers het 'n maand na die onderhoude hul dagboeke as verdere data tot die studie beskikbaar gestel. Ek kon hierdie weiering egter as belangrike kwalitatiewe data in my veldnotas aanteken.

Henning et al. (2004) verduidelik dat die deelnemer as't ware as 'n sosiale bewerker in sy of haar interaksie met die navorser handel, maar terselfdertyd betrokke is by die beredenering van sy of haar eie storie. Op grond hiervan is daar gestalte aan die onderhoude gegee deur semi-gestruktureerde, asook by tye ongestruktureerde en oop vrae, om verdere inligting te bekom. Sodoende is die datagenerering ook in lyn met die sosiaal gekonstrueerde benadering wat hierdie navorsing konseptualiseer.

Deur die bogenoemde benadering het ek gepoog om 'n beter begrip te kry van hoe ouers van kinders met ATHV hul ervarings beskryf en sodoende ook om insig te verkry in die aspekte wat die belewing en die vergestaltung van veerkragtigheid van hierdie deelnemers beïnvloed. Onderhoude is opgevolg wanneer daar verdere inligting verlang is of waar daar onsekerhede was oor grepe uit die deelnemers se stories. Volledige transkripsies van die data wat genereer is, is meestal binne 24 uur na die gesprek met die deelnemer uitgevoer, sodat ek dit met kwalitatiewe notas kon aanvul terwyl dit steeds vars in my geheue was. 'n Gedeelte van 'n getranskribeerde onderhoud word as Bylaag 4 aangeheg.

As navorser het ek ook 'n verantwoordelikheid gehad om as 'n aktiewe en empatiese luisteraar op te tree ten einde die subjektiewe betekenisgewing van die deelnemers se interpretasie van hul belewing en die vergestaltung van veerkragtigheid optimaal te verken. Egan (2014, p.80) definieer die vaardigheid om empaties te luister as die onderhoudvoerder se teenwoordigheid by die deelnemers ten einde 'n begrip vir sy of haar subjektiewe realiteit te ontwikkel. Op grond hiervan was my uitgangspunt dat 'n vasgestelde en gestruktureerde onderhoudgids die vloei van die deelnemers se stories moontlik negatief kon beïnvloed.

Hollingworth en Dybdahl (2007, in Smith-Chandler, 2011, p.61) stel agt sleutelbeginsels voor in die fasilitering van 'n omgewing vir storievertelling. Hul verwys na die onderhoudvoerder se vermoë om (1) 'n vertrouensverhouding te vestig en nie-veroordelende luistervaardighede toe te pas, (2) struktuur en leiding in die gesprekke te bied, (3) gesprekke aan te moedig wat dalk omstrede en moeilik mag wees, (4) toe te laat dat die gesprek nuwe rigtings inslaan, (5) waarde te heg aan nuwe diskoerse wat mag ontwikkel, (6) enige leer te verwoord wat tydens die gesprek mag plaasvind, (7) aannames verder te ondersoek, en (8) aandag te skenk aan kwessies aangaande mag in verhoudings.

Deur die toepassing van die bogenoemde beginsels het ek gepoog om optimale insig in die belewing van ouers van kinders met ATHV in hul middelkinderjare, sowel as die vergestaltung van veerkragtige ouerskap binne hierdie konteks, te verkry. Ek moes egter

ook deurlopend bewus wees van die nadele en moontlike risiko's van onderhoude as datagenereringsmetode. Merriam en Tisdell (2015, p.121) waarsku teen sekere vrae, soos veelvuldige vrae binne een spreekbeurt, vrae wat die deelnemers na spesifieke antwoorde lei, asook geslote vrae tydens onderhoude. Die kritiek is dat hierdie vrae die terugvoer van die huiwerige, skaam en minder verbale deelnemers kan beperk. Daarom word daar aanbeveel dat die navorser die vooropgestelde vrae van die onderhoud hersien en dit toets deur dit eers self te probeer beantwoord. Ek het dit ook so in hierdie studie toegepas. 'n Volgende aanbeveling is dat daar eers 'n proefonderhoud met 'n objektiewe persoon gevoer word. My ervaring van die toepassing van hierdie praktyk is dat dit help om vrae uit te skakel wat moontlik die antwoorde van deelnemers kan beperk.

Soos reeds genoem, is daar ook van verdere metodes, soos dagboekinskrywings van die deelnemers, doelbewuste waarneming en die maak van veldnotas tydens die onderhoude, asook reflektiewe joernaalinskrywings, gebruik gemaak om die data wat uit die onderhoude voortgespruit het, aan te vul en te verryk. Daar sal voorts 'n bespreking van hierdie addisionele datagenereringsmetodes volg.

#### **4.3.4.3 *Dagboekinskrywings***

Alhoewel daar van deelnemers gevra is om vir 'n maand lank dagboekinskrywings te maak aangaande hul belewing van hul kind met ATHV, het slegs twee deelnemers hiertoe ingestem. Soos daar reeds bespreek is, het die meeste deelnemers beperkte tyd as rede hiervoor voorgehou. Ek beskou die feit dat die meeste deelnemers dit van die hand gewys het egter as belangrike ondersteunende inligting vir die data van hierdie studie. Die onderhoude was steeds die primêre metode van datagenerering en daarom het die dagboekinskrywings, die doelbewuste waarneming en die maak van veldnotas tydens die onderhoude, asook reflektiewe joernaalinskrywings slegs as ondersteunende metodes gedien om die data te verryk. Vervolgens sal daar lig gewerp word op hoe die proses van waarneming en die maak van veldnotas bygedra het tot die aanvulling van hierdie studie se data.

#### **4.3.4.4 *Waarneming en veldnotas***

Volgens Henning et al. (2004) is dit belangrik dat 'n navorser as bekwame waarnemer tydens onderhoudvoering optree. Patton (2015, p.261) omskryf 'n bevoegde waarnemer as 'n navorser (1) wat daarop ingestel is om te sien wat gesien moet word en om te hoor wat gehoor moet word; (2) wat op 'n beskrywende wyse verslag kan lewer en veldnotas kan aanteken oor wat waargeneem is; (3) wat kan onderskei tussen toepaslike en onbeduidende inligting; (4) wat metodes kan implementeer om waarnemings met

deelnemers te bevestig; en (5) wat oor die nodige selfkennis beskik om te kan nadink oor persoonlike perspektiewe en die impak daarvan op die navorsing.

Binne hierdie konteks verwys Patton (2015) spesifiek na die lees van nie-verbale boodskappe. Dit sluit aan by sy uitgangspunt dat nie-verbale gedrag en kommunikasie 'n waardevolle faktor tydens onderhoudvoering is. As navorser moes ek daarom fyn ingestel wees op die nie-verbale interaksie tussen my en die deelnemers. Tog moes ek ook in gedagte hou dat nie-verbale gedrag dikwels interkultureel verkeerd geïnterpreteer kan word en daarom was dit noodsaaklik dat ek my interpretasie van nie-verbale gedrag met die deelnemers verifieer (Patton, 2015). Die verdere voordeel van die verifiëring van data was dat dit bygedra het tot die metodologiese integriteit van my navorsing, soos dit ook in afdeling 4.2.2 genoem is.

Patton (1987) stel voor dat daar tydens die onderhoudvoering noukeurige omskrywings en konkrete veldnotas van alle waarnemings gemaak moet word. Hy maak spesifiek melding van die simboliek en betekenis wat deelnemers aan hul woorde heg. Ek het daarom veldnotas rakende my waarnemings gemaak en dit saam met my eie nadenke in 'n joernaal neergeskryf. So het ek byvoorbeeld aangeteken dat die onderhoude vir die meerderheid van die deelnemers 'n emosionele ervaring was. Die afleiding is daarom dat hul kind se toestand moontlik vir hul 'n baie sensitiewe onderwerp is om oor te gesels. Op grond hiervan, is deelnemers telkens herinner aan die gratis diens van 'n sielkundige wat aan hul beskikbaar gestel is en hulle is aangemoedig om daarvan gebruik te maak. Afgesien van die veldnotas van my waarnemings tydens die onderhoude, is daar ook ander veldnotas rakende die navorsingsproses gemaak. Dit word as belangrike ondersteunende data vir die studie aangaande die deelnemers se algemene belewing van 'n kind met ATHV beskou.

In die lig van die bogenoemde het ek byvoorbeeld aangeteken dat die betrokke ondersoek selde pa's as deelnemers opgelewer het. Die grootste rede hiervoor was werksverpligtinge wat hul tyd in beslag geneem het. Ander pa's (mans van vroulike deelnemers) het bloot nie kans gesien daarvoor om oor hul belewing te praat nie. Ek het ook 'n nota gemaak van die feit dat baie onderhoude 'n paar keer uitgestel is, omdat ouers se programme vol is met hul kinders se buitemuurse aktiwiteite en huiswerkskedules. Verskeie onderhoude is ook kortgeknip, omdat ouers nog ander huishoudelike verpligtinge gehad het en dus nie noodwendig omdat hulle nie verder belang gestel het daarin om hul belewing te deel nie. Dit was egter ook nodig dat ek my eie gevoelens, reaksies en interpretasies tydens die onderhoude dokumenteer (Merriam, 1998). Dit sluit aan by reflektiewe joernaalinskrywings as verdere metode vir data-aanvulling, maar dit was ook 'n

manier om my eie subjektiewe posisie teenoor die deelnemers se realiteit te bestudeer (Patton, 2015).

#### **4.3.4.5 Reflektiewe joernaalinskrywings**

Hatch (2002) se argument is dat reflektiwiteit nie van kwalitatiewe navorsing geskei kan word nie, aangesien hierdie term die belangrikheid van selfbewustheid, kulturele bewustheid, asook eienaarskap van die navorser se eie perspektiewe beklemtoon. Op grond hiervan kan 'n reflektiewe joernaal as belangrike navorsingsgereedskap dien. Die voordeel daarvan is dat dit 'n ruimte bied waar daar spontaan oor die bekommernisse, vrese, frustrasie, maar ook suksesse binne die navorsingsproses nagedink kan word (Hatch, 2002).

Die gebruik van 'n reflektiewe joernaal het my as navorser die geleentheid gebied om my eie vrae, konseptualisering, besluite en veranderinge aan besluite aan te teken. Dit het my ook gehelp om 'n bewustheid van moontlike invloede op my subjektiewe posisie binne die navorsingsproses te vorm (Sparkes & Smith, 2012). Patton (2015) stem saam dat die navorser deurlopend kritiese selfrefleksie moet toepas, ten einde vas te stel of dit wat gehoor, gesien en verstaan word nie die navorsing beïnvloed nie. Dit moet gedoen word, aangesien die subjektiwiteit as navorser altyd deel van die navorsingsproses bly.

In die lig hiervan was dit belangrik dat my joernaalinskrywings nie slegs aantekeninge aangaande die deelnemers se vertellings bevat nie, maar ook die waarnemings van my eie gevoelens en ervarings van wat vertel is (Patton, 2015). Ek het daarom gepoog om na elke onderhoud 'n nadenking aangaande my gevoelens en belewenis van die onderhoud neer te skryf. Ek moes ook kritiese selfrefleksie toepas aangaande die navorsingsontwerp van my navorsing, asook die mate waartoe en wyse waarop my bevindinge die navorsingsvrae beïnvloed. Op hierdie wyse het dit ook bygedra tot die metodologiese integriteit van die betrokke navorsing soos daar in afdeling 4.2.2. na verwys word.

'n Oorsig van enkele voorbeelde van my algemene nadenke word in Hoofstuk 8 (afdeling 8.9) verskaf, waarna daar 'n holistiese refleksie oor die betrokke navorsingstudie volg. Binne die konteks van die gebruik van hierdie refleksies om my data aan te vul, kon dit as 'n ondersteunende hulpmiddel dien om die konteks van dit wat tydens die onderhoude gedeel is, te verstaan. In die lig hiervan was die gebruik van 'n reflektiewe joernaal dus 'n belangrike bydrae in die geldigheid van die dataverwerking en -analise van hierdie studie.

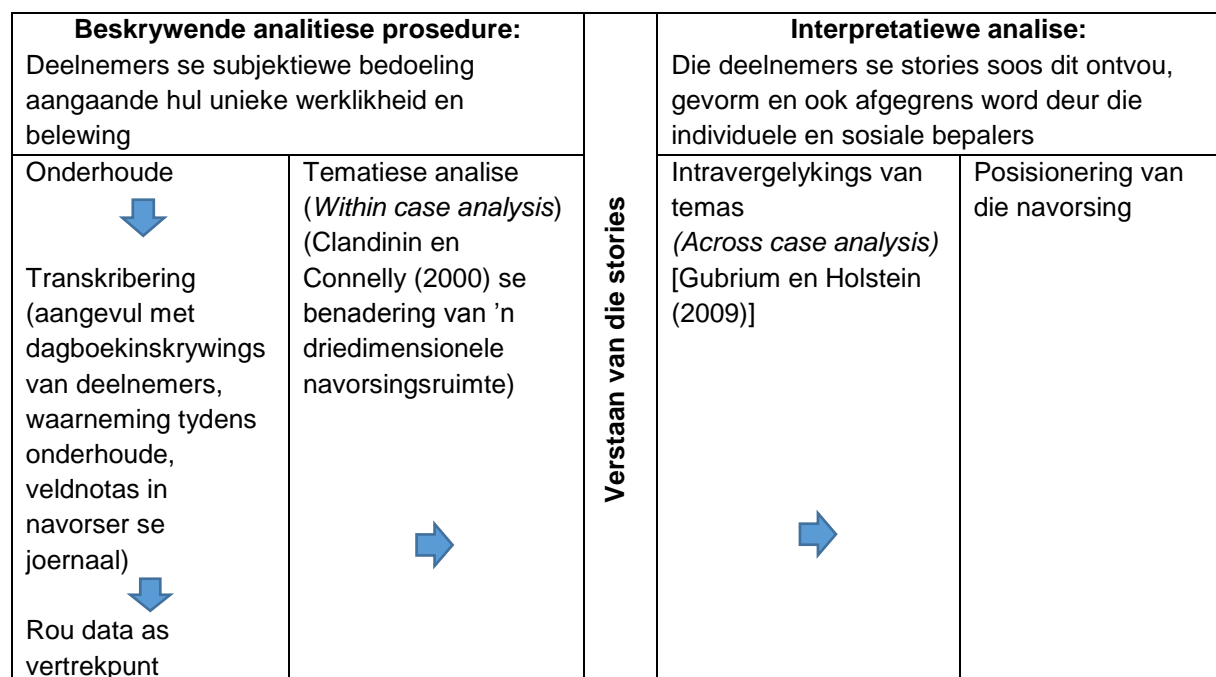


### 4.3.5 Dataverwerking

Narratiewe analise is dikwels 'n komplekse proses wat met die betekenis en doelstelling van die ondersoek in gedagte moet plaasvind. Daarom was dit belangrik dat ek as navorser deurlopend in ag neem vir wie die navorsing opgeskryf word, wat die navorsing poog om oor te dra, sowel as die persoonlike en teoretiese konteks wat betekenis aan die ondersoek gee. Binne hierdie konteks vind die dataverwerking dus deurlopend plaas teen die agtergrond van die navorsingsvrae, naamlik:

- (1) *Wat is die beleving van ouers van kinders met ATHV in hul middelkinderjare? en*
- (2) *Wat is die bepalers vir die vergestaltung van veerkragtige ouerskap in terme van kinders met ATHV in hul middelkinderjare?*

Binne die teoretiese konteks en die kwalitatiewe aard van hierdie navorsing is die dataverwerkingsproses noodwendig interpretatief (Cohen et al., 2011). In die toepassing van die betrokke studie aanvaar 'n interpretatiewe benadering dat die deelnemers se ervarings werklik is (ontologie) en dat deelnemers se ervarings deur middel van 'n interaktiewe proses verstaan kan word deur na die deelnemers se vertellings te luister (epistemologie). Daarom is my oortuiging dat kwalitatiewe navorsingstegnieke geskik is vir hierdie ondersoek (Cohen et al., 2011). Figuur 4.4 verskaf 'n samevatting van die proses van dataverwerking wat in hierdie studie gevolg word.



**Figuur 4.4: Proses van dataverwerking**

Clandinin en Connelly (2000) verwys na interpretatiewe dataverwerking as 'n geïntegreerde en krities realistiese en tematiese analisemetode. Die algemene analisemetode van 'n narratiewe gevallestudie sluit egter ook 'n beskrywende analitiese prosedure in. Die beskrywende analitiese proses poog om deelnemers se lewensstories binne Clandinin en Connelly (2000) se raamwerk van 'n driedimensionele narratiewe ruimte te dekonstrueer. Aangesien die deelnemers eers op 'n volwasse stadium in hul lewensverhale te vertel nie, sou dit egter nie relevant wees om van hul te vra om hul lewensverhale te vertel nie. Daar is eerder van hul gevra om hul spesifieke stories aangaande hul persoonlike ervarings van ouerskap met 'n kind met ATHV met my te deel.

Hierdie stories, oftewel narratiewe, omvat 'n begin, middel en einde wat onder andere voorspellings, worstelinge, intriges, oplossings en karakters insluit (Creswell, 2015). Die dataverwerking in hierdie studie verwys na 'n intensiewe en stap-vir-stap bestudering van die betrokke teks. Dit kon slegs gebeur nadat die deelnemers se vertellings logies georganiseer is soos dit deur Riesman (2008) voorgestel word. Ek moes daarom eers die narratiewe logies uiteensit, alvorens daar deur middel van 'n interpreteringsproses betekenis daaraan geheg kon word.

Met betrekking tot die bogenoemde is dit belangrik om daarop te let dat daar slegs 'n opsomming van elke deelnemer se narratief in Hoofstuk 5 uiteengesit word. Dit is gedoen om die leser 'n geleentheid te bied om 'n oorsig van die belangrikste aspekte van die deelnemers se narratiewe te kry. Dit dra ook by tot die kontekstualisering van die data en is sodoende bevorderlik vir die metodologiese integriteit (afdeling 4.2.2) van die studie. Daar is wel veel dieper in hul narratiewe gedelf, ten einde die intravergelykings te maak en betekenis daaraan te gee, soos dit in Hoofstuk 6 uiteengesit word.

Die bogenoemde proses verwys na data-analise binne 'n spesifieke gevallestudie (*within-case analysis*). Ayres et al. (2003) verduidelik dat dit ook nodig is om 'n benadering te volg waar die temas van die verskillende gevallestudies (*across-case analysis*) met mekaar vergelyk word. Dit moet gedoen word sodat daar ook onderskeid getref kan word tussen (1) inligting wat relevant is tot alle deelnemers en (2) aspekte van ervarings wat slegs van toepassing is op spesifieke deelnemers. Hierdie benadering strook met Stake (2005) se standpunt dat individuele gevalle nie net vir kwalitatiewe navorsers van belang is vir hul uniekheid nie, maar ook hul gemeenskaplikheid. Ek was deurentyd ook oop vir onverwagte gevalle of die sogenaamde uitskieters.

Binne die raamwerk van die bogenoemde proses het ek begin deur die onderhoude te transkribeer ten einde 'n geskrewe basis van die rou data as 'n vertrekpunt te vorm. Die

transkripsies is met die veldnotas wat ek gemaak het, die deelnemers se dagboekinskrywings, sowel as die aantekeninge uit my reflektiewe joernaal aangevul voordat dit verder aangepas is om 'n samevattende opsomming van elke deelnemer se storie te vorm. Die data is daarna teen die agtergrond van die navorsingsvrae georganiseer ten einde nuwe narratiewe te vorm. 'n Uittreksel hiervan word in Voorbeeld 4.2 verskaf. In die lig van hierdie proses, was dit belangrik om deurlopend te poog om so ver moontlik die verteller se eie formulering en verklaring van die stories te behou (Riesman, 2008).

Die dataverwerkingsproses het in twee fases plaasgevind. Eerstens het daar 'n tematiese analise van elke deelnemer se narratief plaasgevind. Tweedens is daar intravergelykings van die temas en metafore van die verskillende deelnemers se narratiewe gemaak om dit teen die konteks van die beleving van ouers met kinders met ATHV, asook die vergestaltung van veerkragtige ouerskap binne hierdie konteks, af te grens (Gubrium & Holstein, 2009). Tydens die eerste fase is temas geïdentifiseer in terme van karakterisering, die plot van stories, die verloop van gebeure en ander tekstuele faktore (Clandinin & Connelly, 2000; Gubrium & Holstein, 2009). Ek het dit gedoen deur aantekeninge op die transkripsies van die onderhoude te maak, soos dit ook later in voorbeeld 4.2 wat in hierdie afdeling verskaf word, gesien kan word. Binne hierdie proses was dit belangrik om in gedagte te hou dat narratiewe navorsing as 'n driedimensionele narratiewe navorsingsruimte beskou kan word.

In die lig van die bogenoemde onderskei Clandinin en Connelly (2000, p.49) tussen hierdie dimensies as (1) die temporale tydraamwerk (kontinuiteit tussen die verlede, hede en toekoms), (2) persoonlike en sosiale interaksie, asook (3) fisiese plekke en verskillende kontekste. Ek moes daarom in my tematiese analise deurlopend al drie hierdie dimensies, asook hul interaksie met mekaar, in gedagte hou. Daar word voorts verduidelik dat narratiewe navorsing die voorstelling van individuele ervarings binne 'n spesifieke konteks of plek, met 'n inwaartse en uitwaartse, asook voorwaartse en terugwaartse beweging, binne die persoonlike narratief is (Clandinin & Connelly, 2000, p.50). Binne hierdie konteks word daar verwys na 'n inwaartse beweging as 'n verteenwoordiging van emosies, hoop, etiese oortuigings, asook morele disposisie; en na 'n uitwaartse beweging as die eksistensiële en sosiale omgewing.

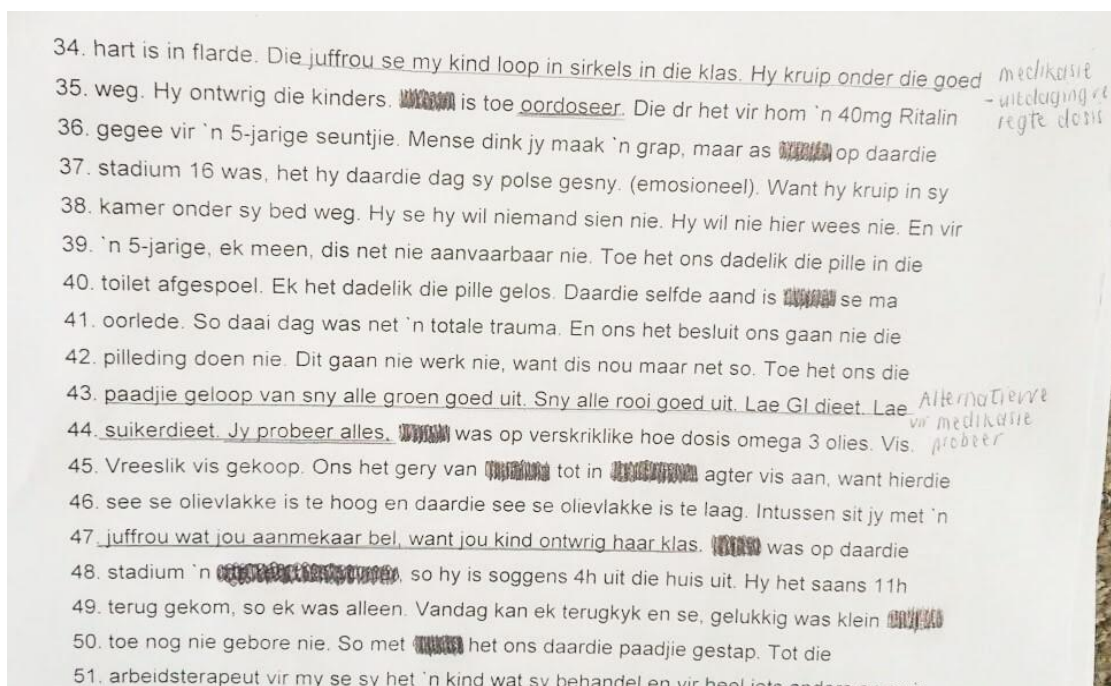
Soos reeds verduidelik, behels die tweede fase van die dataverwerking die intravergelykings van die geïdentifiseerde temas van verskillende deelnemers se narratiewe (Gubrium & Holstein, 2009). Dit het plaasgevind deur die geïdentifiseerde temas van die betrokke deelnemers se narratiewe teen die konteks van elkeen se unieke

beleving as ouer van 'n kind met ATHV af te grens en te vergelyk. Die interpretasie van data is daarom ook in terme van die subjektiewe bedoelings van die onderskeie deelnemers beskryf.

Hierdie dataverwerkingsmetode het my in staat gestel om die verskillende perspektiewe van verskillende deelnemers, soos dit manifesteer in hul eie oortuiging van dit wat ondersoek word, te beskryf (Henning et al., 2004). Dit beteken dat ek derhalwe deelnemers se eiesoortige beleving aangaande hul ervaring van ouerskap en veerkrag kon weergee. Ek kon ook hul belewenisse met mekaar in verband bring deur die temas wat na vore gekom het, te vergelyk. Die stappe wat ek op grond van die voorafgaande verduidelikings van die onderskeie fases in die dataverwerkingsproses gevolg het, is soos volg:

1. Die onderhoude, soos dit oorspronklik vertel is, is getranskribeer om die rou data van die ondersoek te vorm. Daar is reeds tydens hierdie proses begin om inligting vir voorlopige temas te identifiseer deur belangrike response te onderstreep en kantnotas te maak.

#### Voorbeeld 4.1:



2. Daar is vervolgens nuwe narratiewe van elke deelnemer se verhaal gevorm. Hierdie narratiewe word in die vorm van 'n samevatting in die volgende hoofstuk uiteengesit ten einde die leser 'n oorsig van die belangrikste aspekte van die deelnemers se

stories te bied. 'n *Within case*-analise het gevolg waarin daar spesifieke aandag aan die driedimensionele narratiewe navorsingsruimte gegee is.

In die onderstaande voorbeeld van 'n aangepaste narratief, wat saamgestel is uit 'n transkripsie en aangevul is met veldnotas van my waarnemings en reflektiewe joernaalinskrywings, asook deelnemers se dagboekinskrywings, is daar byvoorbeeld 'n tydraamwerk geïdentifiseer wat verwys na die deelnemer se aanvanklike negatiewe beleving van medikasie (verlede) teenoor die huidige positiewe ervaring daarvan (hede). Daar is ook gekyk na fisiese plekke en kontekste in terme van die deelnemer se beleving rakende 'n hoofstroomskool teenoor 'n spesiale skool. Die spesiale skool se ouerkorps is byvoorbeeld geïdentifiseer as sosiale interaksie wat as 'n bron van ondersteuning vir die deelnemer dien.

#### Voorbeeld 4.2:

Die konsep van medikasie vir ATHV was aanvanklik vir hul vreemd en hul was skepties. Hul het 'n hele vakansie lank die potjie pille saam met hulle in die motor rondgery en het nie kans gesien om dit vir hul seuntjie te gee nie. Groot was die teleurstelling toe hul teen die einde ten laaste die moed bymekaar geskraap het en dit hul seuntjie uiters angstig gemaak het. Hy was oordoseer. Vir die gesin was dit 'n traumatiese beleving en hul het die medikasie in die toilet afgespoel. Cindy en haar man het daarna elke raad in die boek gevolg. Sy dieet is aangepas en hul het elke natuurlike middel op die rak probeer. Einde ten laaste was hul terug by die pediater vir medikasie. Hierdie keer was hul aangenaam verras. Hul seuntjie se gedrag het handomkeer verander.

tydraam: Aanvanklik skepties } medikasie  
vs  
neg. beleving }  
nuu → pos. beleving }

Konteks

→ beleving: HS vs SS

Die hoofstroomskool waarin hul seuntjie was, was egter nie ontvanklik vir die gebruik van medikasie nie. Cindy moes self pouses haar seuntjie se pilletjie vir hom gaan gee het. Kinders het gewonder waarom hy elke pouses sy ma by die skoolhek moes kry. Hulle het vrae gevra en die seuntjie se enigste beleving was een van uitsluiting. Na vele uitdagings in 'n sisteem wat nie by sy behoeftes kon aanpas nie, het Cindy en haar man besluit om hom na 'n spesiale skool te skuif. Die beste besluit wat hul ten opsigte van hul kind kon neem. Nie net het hy aangepas en floreer in die kleiner klasse en individuele aandag nie, maar die ouerkorps het ook vir Cindy en haar man 'n ondersteuningsnetwerk gevorm.

→ sos. interaksie as bron van ondersteuning

3. Daar is vervolgens 'n opsomming van die geïdentifiseerde temas gemaak wat met die intravergelykings van die verskillende deelnemers geïntegreer is. Intravergelykings (*across case analysis*) van die temas van die verskillende deelnemers se narratiewe is teen die agtergrond van die navorsingsvrae gedoen. Voorbeeld 4.3 is 'n samevatting van al die deelnemers se insette rakende hul beleving van medikasie vir

hul kind se toestand. Die beleving van medikasie is as 'n tema geïdentifiseer en die deelnemers se response rakende hierdie beleving is almal saam gegroep. Die temas is in verdere subtemas verdeel en gegroep.

Voorbeeld 4.3:

*Wagting*  
*opdragings*  
*beleving v med*  
*dink*  
*pene-effekte*  
*finansiele-implikasie*  
*mediasie-beleving*  
*ye wanneer dink*

117 Medikasie groeiende verbruik - hul van verhoging toe sien toe goed di werk 278)  
Kan aan rapport sien hoe regte keuse gebruik in medikasie 154)  
Kind nou meer adreksioon: staan nou op vr homa 42,44,46)  
Geen jou kind die medikasie wel ty nodig her - dit help vir hom en vr jou 41, 67)

Medikasie het geploep om kind se sport te verbeter omdat nou kan korrasioer - Aan nou saam met ander skolewe 130)

**Dink**  
39)  
Uitlooiing om goed teg te kry. Emosie gevoel van outoswee 37,39)  
Sryd om te dink van die medikasie teg te kry 35-38, 56)  
daarmee saamgaan - velus 35-38, 56)  
Worske om regte dink te kry 20-23)  
Vreeslike rene effekts met dink verhoging van medikasie 27,28)  
Trail & error om regte medikasie (Ritalin vs Concerta) en dink te kry 16)

**Nieuw-effekte**  
Nieuw-effekte - Leaning outis - entus outosku 54,57)  
Enge gewoentes (10g) agt medikasie 54)  
Dink - komposier met gewoentes dink sy nie moet eet 54-55)  
Al die new-effekte wat daarmee saamgaan - velus 35-38, 56)

Nieuw-effekte - dink ty entus, dink vreeslike hoger skolewe 67)  
Nieuw-effekte - barmoes vreeslike sy entus 25)  
Nieuw-effekte - Nour en koppp 37)

Ekstra mevle om new-effekte te vermindre - probien ontby 38)  
New-effekte - tis daarom toe medikasie, later weet terug op medikasie omdat nodig was 34-38)  
Vreeslike new-effekte met elke verhoging van medikasie 27,28)  
Gakart leen medikasie, want bring vir die new-effekte - voral depressie 31,32,33)  
Digter in die medikasie gebruik nie - new-effekte 5-7)  
Ma moet dogter altyd (sation wagt) om medikasie te dink 32)  
Frustrasie - vee gaan met ruk van new-effekte wat my kind van medikasie het 135)

**Finansiële implikasie**

158-159) Was emosioneel pod tot keuse 158-159)  
Mevle keuse? Wie is oerpart bala emosioen om medikasie te dink (158-159)  
Melek om te dinkse - moes ethen en answar my kind het medikasie nodig 35-36)  
n Ouer se versioel oor ADHD en Ritalin 84-85)  
Gewenslike oor die medikasie - Dit is heel laaie vrasie gebou 107)  
Medikasie was heel laaie opsie - wu weet het as gebruik om op n ander manier te het 57-58)  
Med laaie opsie. Een outoswike midpods as alternatief probier 44)  
Medikasie was laaie opsie. Eers ander alternatiewe probier. Forner nou op medikasie 50-51)  
Bale alternatiewe tot medikasie probier 43-45)  
Het een alle ander opsies probier 44-45)

Neuropsigramaerwerk - Ouder verskeid gevegroses met ADHD en medikasie onnodig voorgeskryf 12,14)  
Belewing dat lid kind net wil lede om ADHD as verhoging vir medikasie te gebruik, wat net met hom sukkel nie 4)  
Ritalin word te maklik voorgeskryf 183)  
More by medikasie batus ter wille van my kind 71)  
Nog se belang kom by jou mening oor medikasie 160)

Beleek moet widdorling en goed nagevors wees 163)  
Oop vir medikasie - werr gaan oor beste vr hom toe ons perskopsa 62,63)  
**Uitwerking/beleving van medikasie**  
Amswettik skesies, toe positiewe belewing.  
Wie amswettik skesies, maar kind het by medikasie 74, 164)  
Als dit n sryd, help die medikasie 114)  
Medikasie was laaie uitweg - Probien, werr was maklop, toe tog positiewe belewing 34-36)  
Positief oor medikasie nadat amswettik bala skesies - nie sryt daaroor nie 38)  
Medikasie was laaie opsie. Eers ander alternatiewe probier. Forner nou op medikasie 50-51)  
Lynop dinkbaar dat medikasie gekies het, maar was emosionele pod tot keuse 158-159)  
Medikasie werk bala goed (skoolwerk) na amswettikse loppod en bala tione 10,53,54)

Stigma: Internel gte negatiewe beeld oor medikasie 10)  
Sosiale medie gte warmsba van medikasie 35)  
Sryng oor medikasie - bring vr juglatur 36-37)  
Neuropsigramaerwerk - Het net negatiewe sryng van Ritalin 32-33)  
Stigma - Ritalin is n vloekwoord Dit is gte, 'Niet outoswag 36-38)  
Saudig - dit kind op medikasie is, gee vr jou kind gte 126-127)  
Boodskap van sameleiing - By weg van medikasie - dink gte 10)  
Dogter wil nie meer al dink nie - ander kinders se sameselings. Opnekingste nake meer toe nouer hul werr 24)  
Omringing oor voorpart van medikasie omuit vreeslike stories van Ritalin hoor 14-15)  
Afskrik van jul om medikasie te gee - Jul nie outoswike daarvoor 36-44)  
Oorsteel medikasie omdat omringing is 96-101)  
Familie teen gebruik van medikasie by my kind dit god toe answar nie. Moet teen familie se wil outoswe 96-104)  
Kan nie vr kinders in hoelstroom as dat Ritalin gebouk nie 71)

**Tye wanneer dink skielik**  
Suggestie in uitlooiing op medikasie nog te ingeskep het nie 122-123)  
Medikasie as medikasie nog te suggereer egelekop het nie - moet heeslyd moleswe 123,127)  
Konflik en tione waaroor medikasie sryng na suggereer werrk nie 131)

Moet besoen dat ty sy medikasie dink 85)  
Konstant werrn om medikasie te dink 132)  
Medikasie gte answering tot konflik in hua omste kind of te wil dink 138)

Stigma beeld oor medikasie  
Genotswaer met negatiewe goot oor medikasie 30)  
Sosiale medie prodigier sigel beeld van medikasie 96-10)  
Word tog employment beleving deur swaile medie se regatiewe beeld van medikasie 107-109)  
Internel gte sigel beeld van ADHD en Ritalin 85)

Die volgende insettel is 'n voorbeeld van 'n onderafdeling of subtema wat geïdentifiseer is en saam met verskillende deelnemers se onderhoude gegroep is.

**Voorbeeld 4.4:**

**Uitwerking/belewing van medikasie:**

Aanvanklik skepties, toe positiewe belewing:

Was aanvanklik skepties, maar kind baat by medikasie (██████████: 74, 164)

Al is dit 'n stryd, help die medikasie (██████████: 114)

Medikasie was laaste uitweg. Probeer, want was raadop. Toe tog positiewe belewing (██████████: 34-36)

Positief oor medikasie nadat aanvanklik baie skepties – nie spyt daaroor nie (██████████: 38)

Medikasie was laaste opsie. Eers ander alternatiewe probeer. Floereer nou op medikasie (██████████: 50-51)

Vandag dankbaar dat medikasie gekies het, maar was emosionele pad tot keuse (██████████: 158-159)

Medikasie werk baie goed (skoolwerk) na aanvanklike langpad en baie tranes (██████████: 52-53,56)

Asof ek vir my kind drugs gee, want ek glo nie aan pille nie; Sien dat pilletjie tog werk (██████████: 14;22)

Van begin af ontvanklik vir medikasie – het dramatiese positiewe verskil gemaak (██████████: 14-17)

Positiewe belewing:

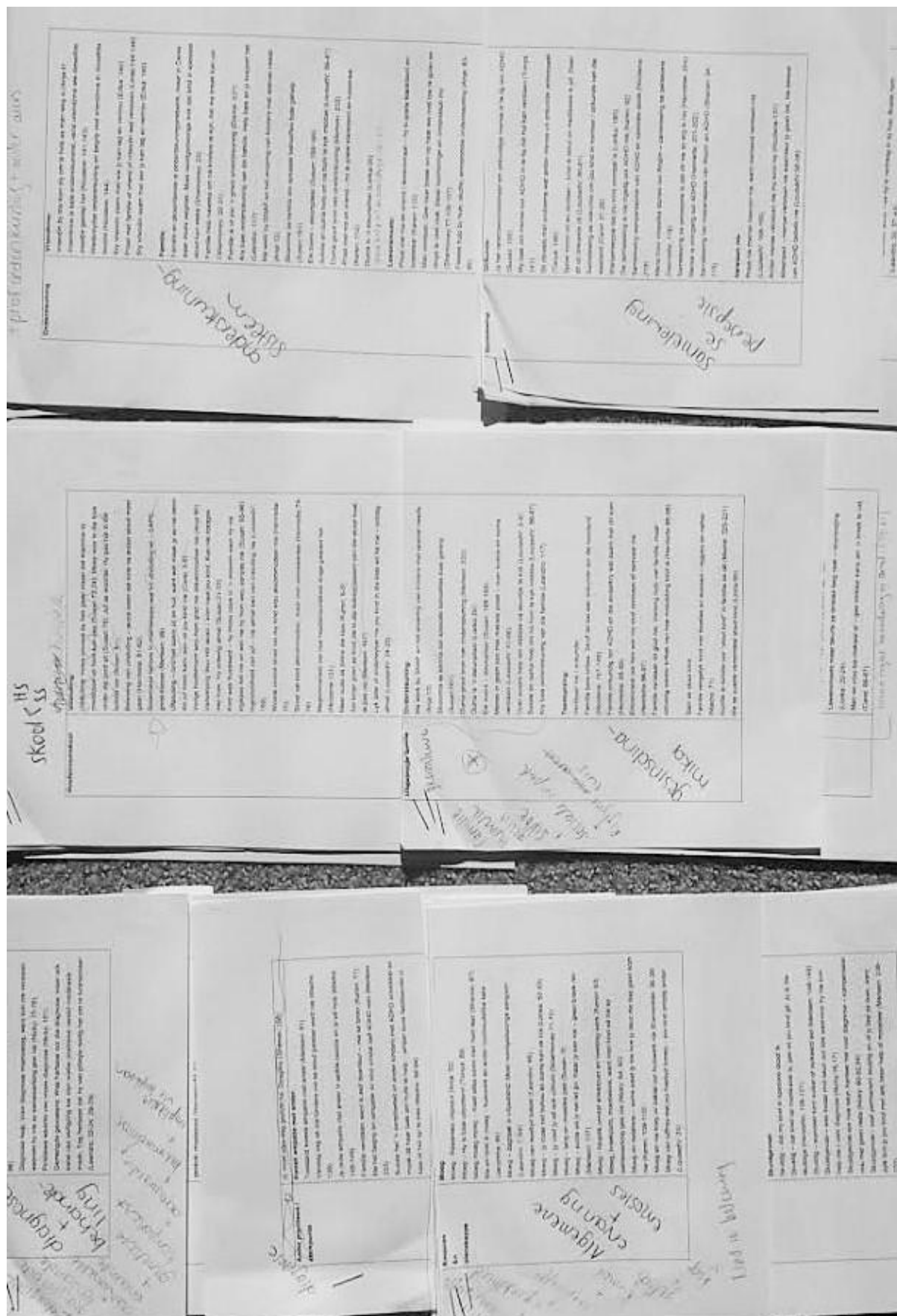
Beleef medikasie as positiewe intervensie. Tog ook hartseer dat hy dit nodig het om te kan funksioneer (██████████: 23-25; 28-29)

Positiewe invloed: Dit werk vir my kind en ek hou daarby (██████████: 64)

Behoud – weet nie waar ek vandag sou wees as dit nie vir daardie pilletjies was nie (██████████: 95)

Die temas, soos dit uit die verskillende deelnemers se data gegenerer is, is vervolgens met die navorsingsvrae vergelyk en gegroepeer om hoof temas vir die doeleindes van die bespreking van die studie te vorm. Op hierdie wyse is van die inligting geëlimineer ten einde slegs die belangrikste temas te behou met die oog op die beantwoording van die navorsingsvrae. Die volgende insetsel is 'n voorbeeld van die groepering van die temas. Hierdie temas, soos dit ook in Hoofstuk 6 bespreek word, verwys na die proses van die diagnose en behandeling van ATHV, 'n ouer se algemene ervaring en emosies, die invloed van ATHV op die gesinsdinamika, die invloed van 'n skoolstelsel, die waarde van 'n ondersteuningstelsel en die samelewing se persepsie rakende hierdie toestand. Hoewel die temas op Voorbeeld 4.5 nie leesbaar is nie, is dit egter nie die doel van hierdie voorbeeld nie. Daar word eerder gepoog om vir die leser 'n aanduiding te gee van die proses wat gevolg is om die data te sorteer en temas te identifiseer.

Voorbeeld 4.5:





Nadat die proses van dataverwerking afgehandel is, is daar begin deur eers 'n opsomming van elke deelnemer se narratief in Hoofstuk 5 uiteen te sit. Dit is gedoen teen die agtergrond van Clandinin en Connelly (2000) se driedimensionele narratiewe navorsingsruimte (afdeling 4.3.5), sowel as Amartya Sen se bekwaamheidsteorie (*capability theory*) soos dit in Hoofstuk 2 (afdeling 2.2.7) beskryf is (Reindal, 2008, p.144). Daarna volg 'n geïntegreerde uiteensetting van die temas in hoofstuk 6, soos dit uit die deelnemers se narratiewe geïdentifiseer is. Gedurende hierdie beskrywing en aanbieding van die data was dit belangrik dat ek deurlopend my rol as navorser in gedagte moes hou. 'n Breër oorsig van hierdie rol sal in die volgende afdeling gebied word.

#### **4.4 ROL AS NAVORSER**

Volgens Merriam (1998) is die kwalitatiewe navorser die primêre instrument vir die generering en verwerking van data. Die implikasie is dat die navorser binne hierdie rol dus ook oor sekere eienskappe moet beskik. Die kwalitatiewe navorser moet byvoorbeeld buigzaam wees om by onvoorsiene omstandighede te kan aanpas. Dit vereis ook dat die navorser se intuïsie sterk ontwikkel moet wees. Sodoende kan die navorser op die mees geskikte tye stiltes toelaat, meer uitvra, of die rigting van die onderhoud verander. Dit hou nou verband met die vaardigheid om goed te kan kommunikeer. Laasgenoemde verwys na die vermoë om goeie verhoudings te bou, goeie vrae te vra, met aandag te luister en om empatie te toon (Merriam, 1998).

Soos reeds genoem, het ek as 'n geregistreerde opvoedkundige sielkundige die bogenoemde vaardighede aangeleer. Buigzaamheid, om 'n sensitiwiteit tydens onderhoude te ontwikkel, asook die vermoë om goeie verhoudings te stig, is noodsaaklike vaardighede waarvoor 'n sielkundige moet beskik. Binne die konteks van hierdie navorsing het ek egter nie hierdie vaardighede in 'n terapeutiese hoedanigheid aangewend nie, maar eerder om ryk en indiepte data as navorser te kon genereer.

In die lig hiervan is Henning et al. (2004) van mening dat die kwalitatiewe navorsingstudie net so goed is soos die navorser wat die studie uitvoer. Aan die hand hiervan vergelyk Ebersöhn (2011) die navorser met 'n legkaart wat uit verskillende dele bestaan, maar wat slegs 'n geheel vorm as al die dele op 'n spesifieke manier inmeekaangepas word. Die onderskeie legkaartdele kan beskou word as die verskillende rolle wat ek vertolk het om hierdie studie uit te voer. Hierdie rolle verwys na my rol as navorser, terapeut, reflekteerder en as kenner van die vakgebied waarin ek hierdie studie uitgevoer het.

As opvoedkundige sielkundige kon ek die vaardighede wat ek in die praktyk as terapeut gebruik, optimaal in die navorsingsituasie aanwend. Dit het my onder andere in staat gestel om 'n nie-bedreigende en empatiese posisie in te neem en sodoende deelnemers se emosionele belewings te akkommodeer. My ervaring as terapeut het dus tot die voordeel van die navorsingsproses gestrek. Polkinghorne (2005) ondersteun hierdie siening met die mening dat die rolle as 'n terapeut en navorser deur narratiewe navorsing versoen word. Sy vertrekpunt hiervoor is dat die vertelling van 'n storie op sigself terapeutiese waarde het, selfs al was die doel van die navorsing nie terapie nie.

Volgens Polkinghorne (2005) impliseer narratiewe navorsing ook 'n spesifieke begrip van wat kennis beteken ten einde die verstaan van menslike gedrag te verdiep, te verryk en te verhelder. In die lig hiervan moes ek voortdurend gefokus wees op spesifieke inligting wat my begrip van die beleving van ouers van kinders met ATHV in hul middelkinderjare, asook die vergestaltung van veerkragtige ouerskap binne hierdie konteks, kon bevorder. Dit het deurlopende selfrefleksie vereis, aangesien die generering en konstruering van kennis grotendeels afgehang het van die vrae wat ek gevra het en die manier waarop ek op response reageer het. Daarom is my oortuiging dat konstante refleksie my moontlik gehelp het om te fokus op die deelnemers se response en nie om die gesprek te manipuleer sodat ek my eie agenda kon akkommodeer nie.

Hiermee in gedagte beklemtoon McMillan en Schumacher (2001) die belang van 'n gedissiplineerde en voortdurende bewustheid van subjektiewe gevoelens of vooroordele wat die navorsingsproses kan beïnvloed. Daarmee word my eie kennis nie ontken en buite rekening gelaat nie, maar stel ek dit eerder slegs as raamwerk vir nuwe inligting wat gegenereer word. Binne hierdie konteks moes ek verseker dat ek nie vir bevestiging van my eie opinies en aannames soek nie, maar eerder ontvanklik is vir die opinies en ervarings van die deelnemers. 'n Reflektiewe navorsingsjoernaal, asook insette van my promotor het bygedra tot die evaluasie van my persepsies, gevoelens en opinies aangaande die deelnemers se insette. Dit was 'n noodsaaklike praktyk, aangesien dit bygedra het tot die metodologiese integriteit met betrekking tot perspektiefbestuur (afdeling 4.2.2) en ook die gehalteversekering van hierdie navorsing. Daarom is die volgende gehalteversekeringskriteria gedurende die betrokke studie toegepas.

#### **4.5 GEHALTEVERSEKERING**

Die doel van 'n kwalitatiewe studie is om 'n begrip van die wêreld waarbinne 'n deelnemer leef, te vorm en sodoende nuwe inligting vanuit hul verwysingsraamwerk te interpreteer. Binne die konteks van 'n kwalitatiewe studie kan sodanige inligting wat genereer word as

geloofwaardig beskou word, aangesien deelnemers self hul ervarings en waarnemings definieer en verduidelik (Niemann, Niemann, Brazelle, Van Staden & De Wet, 2000, p.285). Dit is egter steeds noodsaaklik om die gehalte van data te verseker, ten einde die toepaslikheid, geloofwaardigheid, geldigheid, asook betroubaarheid van 'n studie te bevorder. Daar sal vervolgens kortliks na elkeen van hierdie vier aspekte as gehalteversekeringskriteria gekyk word.

#### **4.5.1 Toepaslikheid**

Volgens McMillan en Schumacher (2001) bestudeer kwalitatiewe navorsing 'n verskynsel in sy unieke en natuurlike konteks. Die uniekheid van elke geval wat bestudeer word, gee dus daartoe aanleiding dat resultate nie veralgemeen kan word nie. Daarom word daar in kwalitatiewe navorsing eerder na die toepaslikheid van die bevindinge verwys. Toepaslikheid verwys na die mate waartoe 'n spesifieke ondersoek binne 'n vergelykbare konteks relevant is tot individue met soortgelyke situasies wat nie deel is van die studie nie (McMillan & Schumacher, 2001).

Binne die konteks van hierdie studie was die doel nie om bevindinge te veralgemeen nie, maar om verskillende perspektiewe en belewenisse weer te gee. Dit is gedoen deur ryk en indiepte databeskrywings. Merriam en Tisdell (2015) verduidelik dat deeglike beskrywings wat 'n studie konseptualiseer, die leser in staat stel om te bepaal tot watter mate sy of haar eie situasie verband hou met die nagevorsde inhoud of die resultate van die studie (McMillan & Schumacher, 2001, p.166). 'n Indiepte studie aangaande die beleving van ouers van kinders met ATHV in hul middelkinderjare, asook die vergestaltung van veerkragtige ouerskap binne hierdie konteks, kan dus daartoe bydra dat ander ouers se soortgelyke situasie beter verstaan word en dat hul ondersteuning bevorder word.

#### **4.5.2 Geloofwaardigheid**

Lincoln en Guba (2000) verduidelik dat geloofwaardigheid binne kwalitatiewe navorsing die wetenskaplikheid van 'n studie demonstreer. Dit verwys dus na die mate waartoe die navorsingsontwerp en die data wat genereer word, die navorser in staat stel om akkurate gevolgtrekkings oor 'n spesifieke verskynsel te maak (Fields & Brown, 2015). Volgens McMillan en Schumacher (2001) word geloofwaardigheid getoets deur te kyk na die ooreenkoms tussen die manier waarop die deelnemers die betrokke sosiale fenomeen waargeneem het, asook die wyse waarop die navorser die bevindinge weergee.

Op grond van die bogenoemde omskrywing lê geloofwaardigheid dus in die vertroue wat die leser op grond van die navorser se akkuraatheid, in die bevindinge van 'n studie kan

hê. Die implikasie is dat die betrokke ondersoek op so 'n wyse uitgevoer moes word dat ek die fenomeen van die belewing en die vergestaltung van veerkragtigheid van ouers van kinders met ATHV in hul middelkinderjare akkuraat uit die data kon identifiseer en beskryf het.

Aangesien ek as navorser die primêre datagenereringsinstrument in hierdie studie was, moes ek deurlopend daarteen waak om subjektief in my waarnemings en sydig in die interpretasies van die data te wees. Moontlike waarnemingsydigheid moes daarom doelbewus geminimaliseer word deur gebruik te maak van veelvuldige datagenereringstrategieë. Verder moes ek deurlopend die inhoud van die deelnemers se response teen die teoretiese begronding van hierdie studie opweeg (Henning et al., 2004).

'n Belangrike oorweging is die “navorser-effek” waarteen Breakwell, Hamman en Fife-Schaw (2006) waarsku. Dit behels die invloed wat die navorser se eienskappe, soos ouderdom, geslag of beroepstatus, op die deelnemers se response kan uitoefen. Die implikasie is dat deelnemers byvoorbeeld hul response kan aanpas ten einde die navorser te beïndruk of selfs hul gedrag kan verander omdat hul self graag sekere response vir die bevinding van die studie wil manipuleer. Ek moes daarom deurentyd poog om sensitief te wees vir enige veranderinge in deelnemers se gedrag en daarvoor was kritiese refleksie deurentyd nodig.

Benjamin (2014) waarsku dat 'n navorser se voorkennis rakende 'n fenomeen nie noodwendig vanuit dieselfde perspektief as die deelnemers s'n ontwikkel is nie. Dit beklemtoon die beginsels van perspektiefbestuur in metodologiese integriteit soos dit in Afdeling 4.2.2 bespreek is. Binne hierdie konteks moes ek dus deurlopend duidelikheid kry rakende die betekenis van deelnemers se bydraes en kon ek nie my korrekte interpretasie daarvan as vanselfsprekend aanvaar nie (Sikes & Potts, 2008). Dit impliseer dat ek gereeld met die deelnemers moes verifieer of ek hul reg verstaan het. In die lig hiervan was die doel dus om die ervaring van ouers van kinders met ATHV in hul middelkinderjare so outentiek en akkuraat moontlik te beskryf en weer te gee sodat dit die geloofwaardigheid van my studie kon verhoog en dit sodoende ook die geldigheid daarvan, soos vervolgens bespreek sal word, kon bevorder.

### **4.5.3 Geldigheid**

Dit is in enige studie belangrik om geldige kennis vanuit die betrokke navorsing te genereer. Geldigheid in 'n kwalitatiewe studie verwys na die mate waartoe waarnemings en bevindinge die relevante fenomeen reflekteer (Gay, Mills & Airasian, 2011). Merriam

(2009) onderskei tussen die interne en die eksterne geldigheid van 'n navorsingstudie. Tabel 4.7 verskaf 'n samevatting van die metodes wat gebruik is om die geldigheid van hierdie navorsingstudie te verseker.

**Tabel 4.7: Samevatting van die metodes wat gebruik is om geldigheid te verseker**

Interne geldigheid	Metodologiese geldigheid: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Onderhoudsvoering (byvoorbeeld taalgebruik) is aangepas volgens die behoeftes van die deelnemers.</li> <li>• Teoretiese raamwerk is in oorleg met die inhoud van die studie gekies ten einde as gepaste raamwerk te dien om bevindinge te verduidelik.</li> </ul>
	Interpretatiewe geldigheid: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gereelde eksaminering deur die promotor van die navorsing</li> <li>• Kristallisering</li> <li>• Reflektiewe navorsingspraktyk</li> </ul>
Eksterne geldigheid	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ryk en digte beskrywings van die ontwerp, navorsingsproses, keuse van deelnemers, data en bevindinge</li> <li>• Veelvuldige onderhoudstranskripsies</li> </ul>

Die interne geldigheid van 'n studie verwys na hoe kongruent die bevindinge van die navorsing met die werklikheid is. Dit dui dus op die mate waartoe die bevindinge van 'n studie die werklikheid weerspieël. Die interne geldigheid van 'n kwalitatiewe studie is afhanklik van beide die (1) metodologiese en die (2) interpretatiewe geldigheid van die navorsing. Metodologiese geldigheid verwys na die toepaslikheid van die metodes en navorsingsvrae van die betrokke studie (Merriam, 2009). Dit beteken dat die konseptuele raamwerk, die doel, die navorsingsvrae, asook die metodes van die studie, samevallend moet wees. Die navorsingsvrae van hierdie studie moes daarom deurdag en baie spesifiek aan die hand van die navorsingsdoel geformuleer word.

In my poging om die metodologiese geldigheid van hierdie studie te verseker, moes ek die narratiewe onderhoudsvoering ooreenkomstig die deelnemers se behoeftes aanpas. Dit was onder andere nodig om die metodologiese integriteit, soos dit in afdeling 4.2.2 bespreek is, te verseker. In die toepassing van hierdie praktyk moes ek byvoorbeeld let op taalgebruik tydens onderhoude en seker maak dat deelnemers al die terme wat in die vrae voorkom, verstaan. Dit was verder belangrik om die teoretiese en konseptuele raamwerk in ooreenstemming met die inhoud van die studie te kies, sodat dit as relevante en gepaste raamwerk kon dien om die bevindinge mee te verduidelik.

Ek moes toesien dat ek maatreëls in plek stel om die interpretatiewe geldigheid van die studie te verhoog. Interpretatiewe geldigheid verwys na die gehalte van die navorser se analise en interpretasie van die data aan die hand van die navorsingsontwerp (Bloomberg & Volpe, 2008). In die lig hiervan was dit belangrik om deurlopend die gegeneerde inligting, dataverwerking, asook interpretasies, te hersien om sodoende die geldigheid van nuwe bevindinge te kruiskontroleer. Die interpretatiewe geldigheid van die betrokke navorsingstudie is bevorder deur die toepassing van metodes soos die gereelde eksaminering van die proses deur my promotor, kristallisering, asook 'n reflektiewe navorsingspraktyk. Hierdie metodes sal vervolgens oorsigtelik bespreek word.

Merriam en Tisdell (2015, p.259), asook Flick (2016, p.9), se aanbeveling is dat gereelde gesprekke met 'n eksterne persoon, wat as 'n kenner van kwalitatiewe navorsing beskou kan word, aangaande die navorsingsproses van 'n studie plaasvind. Hierdie gesprekke gee so 'n persoon die geleentheid om die proses van die ondersoek, die kongruensie van bevindinge wat daaruit voortspruit, asook die moontlike interpretasies daarvan, te kontroleer. In die lig hiervan het ek deurgaans met my promotor kontak gemaak en telkens nuwe ontwikkelinge, oftewel uitbreidings in die navorsing aan haar voorgelê. Sodoende kon ek die geldigheid van nuwe bevindinge, en ook die betekenisgewing daarvan, verhoog.

Nieuwenhuis (2007) vergelyk betekenisgewing met die proses van kristallisering wanneer hy verduidelik dat die konstruksie van betekenis nie 'n presiese, meetbare bevinding is nie, maar dat die werklikheid eerder blootgelê word deur die beskrywing en analise daarvan. In die lig van die bogenoemde is die afleiding dat die deelnemers se werklikheid gekenmerk word deur veelvuldige dimensies, interpretasies en betekenis. In hierdie studie het die sistematiese generering en verwerking van data deur middel van 'n literatuuroorsig, transkripsies van die data, narratiewe onderhoude, waarnemings, asook die betekenisgewing van stories, bygedra tot die sigbaarwording van die realiteit van ouers van kinders met ATHV in hul middelkinderjare. Die bevindinge wat hieruit gekristalliseer is, is dus 'n besinning van my eie begrip van dit wat ondersoek is.

'n Volgende metode om die geldigheid van 'n studie te verhoog, is die toepassing van reflektiewe navorsingspraktyke. Volgens Kathy Charmaz (2016) is dit raadsaam dat die navorser 'n reflektiewe houding inneem wat hom of haar in staat stel om data, aksies en ontluikende ontledings na te gaan. Sy verwys hierna as 'n metodologiese selfbewustheid. Lichtman (2010) verduidelik dat hierdie metodologiese selfbewustheid, oftewel refleksiewe benadering tot die navorsingsproses die navorser ook toelaat om enige moontlike subjektiewe vooroordele te identifiseer en uit te skakel. Die implikasie is dat ek as

navorser, soos alreeds verduidelik is, deurlopend my eie ontologiese aannames en teoretiese staanspoor moes uitklaar. Grepe uit my reflektiewe navorsingsjoernaal word in Hoofstuk 8 (Afdeling 8.9) as deel van my nadenking oor hierdie navorsing aangehaal. Die toepassing hiervan, asook die versekering van interpretatiewe geldigheid, is noodsaaklik om die eksterne geldigheid van die betrokke studie te verhoog.

Eksterne geldigheid hou verband met die betroubaarheid van navorsing en verwys na die mate waartoe bevindinge van 'n studie tot ander situasies veralgemeen kan word (Sánchez-Jankowski, 2002, p.157). Dit impliseer egter nie dat hierdie navorsing universele waarhede deur byvoorbeeld statistiese veralgemenings moet verkry nie, maar eerder dat spesifieke bevindinge moontlik op soortgelyke situasies van toepassing kan wees (Merriam, 2009). Die eksterne geldigheid van die betrokke studie is verhoog deur gebruik te maak van ryk en digte beskrywings, asook veelvoudige onderhoudstranskripsies.

Volgens Merriam (2009) bepaal die leser van 'n studie self of die bevindinge van die betrokke navorsing oordraagbaar is na 'n soortgelyke situasie of nie. Ten einde die leser die geleentheid te bied om dit te doen, is dit nodig om ryk en digte beskrywings van die ontwerp, navorsingsproses, keuse van die deelnemers, die data, asook die bevindinge te verskaf. Noukeurige en indiepte beskrywings van die belewing van ouers van kinders met ATHV in hul middelkinderjare, asook die vergestaltung van veerkragtige ouerskap binne hierdie konteks, kan byvoorbeeld maak dat ander ouers of belanghebbendes wat dit lees hul met die deelnemers se situasie vereenselwig. Veelvuldige onderhoudstranskripsies laat ook toe dat patrone vorendag kom (Merriam, 2009). Laasgenoemde in ag geneem en aangesien daar slegs 21 deelnemers was, is die bevindinge van hierdie studie dus nie geprojekteer op alle ouers van kinders met ATHV nie.

#### **4.5.4 Betroubaarheid**

Binne kwantitatiewe navorsing verwys betroubaarheid na die mate waartoe resultate in 'n soortgelyke steekproef herhaalbaar sal wees. Daarteenoor is konsekwentheid van "resultate" in kwalitatiewe navorsing byna onmoontlik, aangesien menslike gedrag dinamies is en gedurig deur die deelnemers se omstandighede beïnvloed word (Riessman, 2002, p.219). Binne hierdie konteks word daar voorts gepostuleer dat die replisering van 'n spesifieke kwalitatiewe studie vanweë soveel verskillende subjektiewe interpretasies dus nie moontlik kan wees nie (Riessman, 2002).

In die lig van die bogenoemde hou die betroubaarheid van 'n kwalitatiewe studie daarom eerder verband met of die kwessies of bevindinge wat deur verskillende navorsers verkry

is, op verskillende tye gereproduseer kan word, eerder as gerepliseer (Kvale, 2010). Die belangrikste vraag vir die kwalitatiewe navorser is dus eerder of die bevindinge van 'n spesifieke studie konsekwent is met die data wat tydens die betrokke studie genereer is.

Volgens teoretici kan veelvuldige datagenereringsmetodes bydra tot die betroubaarheid van navorsing (Nieuwenhuis, 2010). Hierdie benadering is in die betrokke studie toegepas deur die gebruik van narratiewe onderhoude, waarneming en die maak van veldnotas tydens onderhoude, die deelnemers se dagboekinskrywings, asook reflektiewe joernaalinskrywings. Nog 'n manier om die betroubaarheid van 'n studie te verhoog is om van 'n *audit trail* (voetspoor) gebruik te maak. Volgens Merriam (2009) beteken dit dat 'n genoegsame en kontroleerbare voetspoor deur die navorsingsproses gelaat moet word, sodat die leser spreekwoordelik die navorsingspoor kan volg ten einde vas te stel of die bevindinge met die datagenerering strook.

Hierdie studie het van my vereis om ryk en indiepte beskrywings van die deelnemers se narratiewe te bekom. Die implikasie was dat ek die deelnemers deurlopend die geleentheid moes bied om op hul narratiewe uit te brei. Dit beteken ook dat ek die navorsingsprosedure in fyn besonderhede in afdeling 4.3.4.2 moes beskryf en 'n grondige beskrywing van die data in hoofstuk 5 moes weergee. Dit stel die leser in staat om die navorsingspoor van hierdie studie te volg en gevolglik die konsekwentheid tussen die gegeneerde data en bevindinge te kontroleer. Ek moes ook vir deelnemers die geleentheid skep om self die inligting wat hul voorsien het te verifieer nadat dit opgeskryf is.

'n Volgende wyse waarop die interpretatiewe navorser poog om betroubaarheid te verseker, hou verband met die verantwoordelike manier waarop inligting gegeneer, geanaliseer en geïnterpreteer word (Riessman, 2002). Aangesien hierdie studie ten doel het om te verstaan hoe ouers van kinders met ATHV in hul middelkinderjare hul omstandighede beleef, en dus nie om antwoorde in terme van veralgemeenbare feite te verskaf nie, was die verhouding tussen my as navorser en die deelnemers van uiterste belang. Op grond hiervan moes ek egter ook waak teen 'n subjektiewe posisie in terme van die aanhoor, opskryf en interpretasie van data, sodat ek ten alle tye neutraal in die ondersoekproses kon bly.

In die lig van die bogenoemde verwys die navorser se neutraliteit na die mate waartoe bevindinge deur die uitsluitlike funksie van die deelnemer en die konteks van die studie bepaal word. Die navorser se eie vooroordele met betrekking tot die formulering van die navorsingsbevindinge word nie by die studie ingesluit nie (Kvale, 2010). Ek moes myself



dus deurlopend as objektiewe en neutrale navorser evalueer, aangesien selfs onbewustelike persoonlike agendas van 'n navorser die navorsingsbevindinge kan beïnvloed. Verder was dit belangrik dat die studie se gehalte ook krities geëvalueer word deur my en my promotor ten einde die betroubaarheid van die navorsing te verhoog. Dit het onder andere geïmpliseer dat my promotor moes toesien dat die hoogste vlak van etiese toepassing in die betrokke studie gehandhaaf word.

## 4.6 ETIESE MAATREËLS

Human-Vogel en Coetzee (2011) beklemtoon die belang van etiese oorwegings in navorsing, aangesien dit die navorser se verantwoordelikheid is om die deelnemer tydens hierdie proses te beskerm. In hierdie studie is deelnemers met vrae gekonfronteer, ten einde inligting wat hoogs persoonlik en emosioneel is, te bekom. Dit was daarom uiters noodsaaklik om die nodige etiese oorwegings in plek te stel. In die lig hiervan is die etiese riglyne, soos dit deur die navorsingsetiekkomitee van mensnavorsing (nie-gesondheid) van Stellenbosch Universiteit goedgekeur is, deurlopend nagekom en gevolg (Bylaag 5). Die doel daarvan was uitsluitlik om die deelnemers se reg op menswaardigheid te beskerm.

Verskeie etiese beginsels is as raamwerk vir die versekering van 'n etiese praktyk binne die betrokke studie gebruik. Dit verwys spesifiek na die aanvanklike etiese hoofbeginsels soos dit deur Beauchamp en Childress (1979, 1983, 1989, 1994) in verskeie uitgawes van hul publikasies oor etiek uiteengesit is. Allan (2008) verwys daarna as die beginsels van (1) respek en outonomie (*autonomy*), (2) nie-kwaadwilligheid (*non-maleficence*), (3) welnemendheid, oftewel die deelnemers se beswil, (*beneficence*) en (4) geregtigheid (*justice*). Hierdie beginsels sal vervolgens bespreek word.

### 4.6.1 Beginsel van respek en outonomie

Die beginsel van respek en outonomie verwys na deelnemers se reg om hul eie keuses te maak en uit te oefen. Dit impliseer dat elke deelnemer die reg het om vrywillig in te stem tot deelname, maar dat elkeen ook die reg het om op enige stadium van die studie te onttrek. 'n Verdere implikasie is dat elke deelnemer moet weet waartoe hy of sy instem alvorens daar ingestem word om by die studie betrokke te raak.

Volgens die Raad van Gesondheidsberoepes van Suid-Afrika (*Health Professions of South Africa*, oftewel HPCSA) se beleid omtrent "Die etiese oorwegings van die Sielkunde" (*Ethical rules of conduct for practitioners registered under the health professions act, 1974*) soos uiteengesit in die *Professionele Raad van Sielkunde* (2005), was dit nodig om

verbale, sowel as skriftelike toestemming vir deelname aan die studie by die betrokke ouers te kry. In die lig hiervan meld die HPCSA se *Professionele Raad van Sielkunde* (2005, p.19) die volgende aangaande ingeligte toestemming in hul beleid oor "Die Etiese oorwegings van die Sielkunde": "*When a psychologist conducts research in person or via electronic transmission or other forms of communication, he or she shall obtain the written informed consent of a client, using a language that is reasonably understandable to such client.*"

Op grond van hierdie beleid het deelnemers instemming- en toestemmingsvorme onderteken waarin vrywillige deelname aan die studie, anonimiteit, asook die vertroulikheid van persoonlike inligting, verseker is (Bylaag 2). Ek het dienoooreenkomstig MacNaughton, Rolfe en Siraj-Blatchford (2001) se bespreking die aard van die navorsing, asook die risiko's en voordele wat daaraan verbode is, volledig aan elke deelnemer verduidelik voordat instemming en toestemming tot deelname verleen kon word. Die taalgebruik op die vorms is ook aangepas ten einde die sintaktiese ontwikkelingsvlak van elke deelnemer in ag te neem. Sodoende is daar verseker dat deelnemers nie vanweë onvanpaste taalgebruik op die inligtingsvorme mislei kon word tydens die inwilligingsproses tot deelname aan die studie nie (Harcourt & Conroy, 2005).

Wasunna, Tegli en Ndebele (2014) verduidelik dat hierdie proses meer as net die verkryging van 'n handtekening op papier is en dat dit twee belangrike etiese verpligtinge impliseer. Eerstens moes ek die deelnemers die geleentheid bied om self te besluit of hul aan die studie wou deelneem en tweedens moes addisionele beskermingsmaatreëls vir kwesbare deelnemers in plek gestel word. Aangesien daar tydens hierdie studie met uiters persoonlike inligting gewerk is, is die proses deurlopend met sensitiwiteit hanteer.

Daar is egter verskeie uitdagings wat tydens die toestemmingsproses kan ontstaan. Die proses word veral gekompliseer wanneer taal- of kultuurhindernisse tussen die navorser en deelnemer tot stand kom. Al die vereistes en moontlike implikasies van die studie moes dus verduidelik word in 'n taal wat die deelnemers verstaan. Wasunna et al. (2014) verduidelik dat die kulturele persepsies van menswees ook die deelnemers se besluitnemingsproses rakende deelname kan beïnvloed. In sekere kulture sal mense dikwels hul besluite onafhanklik neem. In die Suid-Afrikaanse konteks behels besluitneming egter die raadpleging van en onderhandeling met familieledes of die gemeenskap en ek moes dit dus ook gedurende hierdie studie in ag neem.

Voordat toestemming tot deelname verkry kon word, moes elke potensiële deelnemer voldoende ingelig word oor die studie se doelwitte, metodes, potensiële risiko's, asook die

verwagte voordele. Die deelnemers van hierdie ondersoek moes daarom ook meegedeel word, dat hoewel hulle moontlik geen direkte voordeel uit die studie sou trek nie, die uitkoms van die navorsing steeds ander ouers van kinders met ATHV mag bevoordeel. Die deelnemers moes ook ingelig word oor hul reg om toestemming vir potensiële deelname op enige stadium of tydstip in die navorsingsproses terug te trek sonder dat hul op enige wyse benadeel sou word (Wasunna, et al., 2014).

Wasunna et al. (2014) beklemtoon dat toestemming sonder dwang of onredelike invloed moet plaasvind. Dwang kom voor wanneer doelbewuste dreigemente gebruik word ten einde instemming te bewerkstellig. Deelnemers word gereeld subtiel gemanipuleer of oortuig. Dit gebeur onder andere wanneer 'n navorser die invloed van 'n familielid of kennis van die deelnemer gebruik. Onredelike invloed vind plaas wanneer 'n oormatige, ongegronde en/of onvanpaste beloning aan potensiële deelnemers gebied word om as lokaas te dien. Met die oogmerk om enige subtiele druk vir deelname te vermy, is daar aanvanklik besluit om briewe wat die omvang van die studie verduidelik aan al die ouers van kinders in plaaslike skole te stuur om ouers uit te nooi om vrywillig as deelnemers by die studie betrokke te raak. Dit was egter nie nodig nie, aangesien ouers spontaan vir mekaar van die studie vertel het en self as vrywillige deelnemers aangemeld het.

Vir die doeleindes van hierdie studie is daar ook toestemming vir die uitvoer van die ondersoek by die Wes-Kaapse Onderwysdepartement gekry, aangesien die deelnemers die ouers van skoolgaande kinders is en daar aanvanklik beplan is om briewe vir die werwing van deelnemers by skole te versprei (Bylaag 6). Soos daar reeds in Afdeling 4.3.4 verduidelik is, het deelnemers egter op 'n spontane wyse hulself vrywillig vir deelname aan die studie beskikbaar gestel. Dit het gebeur by wyse van reaksie op een van die deelnemers wat op 'n informele wyse van die navorsing te hore gekom het en ander ouers daarvan vertel het. Gevolglik was dit nie nodig om die briewe by skole uit te stuur nie. Dit was nietemin steeds belangrik dat ek die beperkings van vertroulikheid aan hulle verduidelik en hulle verseker van die vertroulikheid van hul stories. Daarom het deelnemers steeds briewe ontvang, sodat hulle die omvang van die navorsing kon verstaan, alvorens hul met hul deelname aan die navorsing voortgegaan het.

Deelnemers is ingelig dat enige data en rekords wat moontlik tydens die studie gegenereer word, slegs met hul vrywillige toestemming gebruik kon word. Verdere toestemming moes verkry word indien ek enige skoolrekords en mediese verslae wou bestudeer of met dokters wou kontak maak om verdere insae rakende die aard van die ATHV te kry. Enige rekords, navorsingsaktiwiteite, bandopnames en transkripsies wat tydens hierdie studie genereer sou word, moes vervolgens veilig gestoor word. Aangesien

die fokus van hierdie studie egter op ouers se belewing aangaande hul kind se ATHV gerig is, en nie spesifiek op die kind se toestand nie, was verdere datagenerering met betrekking tot die bogenoemde nie nodig nie.

#### **4.6.2 Beginsel van nie-kwaadwilligheid**

Volgens Allan (2008) behels die beginsel van nie-kwaadwilligheid dat die navorser deurlopend daarop bedag moet wees om geen besluite te neem of aksies te loods wat die risiko loop om die deelnemers leed aan te doen nie. In ooreenstemming hiermee, stipuleer die Raad van Gesondheidsberoepes van Suid-Afrika (HPCSA) (2008) dat 'n navorser alle redelike stappe moet neem om te voorkom dat navorsingsdeelnemers enige leed aangedoen word.

As navorser moes ek dus toesien dat deelnemers se reg tot privaatheid, vertroulikheid, asook die beskerming van hul identiteit, deurlopend verseker is. In die lig hiervan is vertroulikheid gehandhaaf ten einde te verseker dat deelnemers nie geïdentifiseer kan word deur persone wat nie by die navorsing betrokke is nie. Alle inligting is vertroulik en anoniem hanteer en kan slegs met die toestemming van deelnemers bekendgemaak word. Deelnemers se identiteit word ook deurlopend beskerm deur van pseudonieme gebruik te maak en die gegenereerde data veilig te bewaar. Rekords, navorsingsaktiwiteite en transkripsies wat tydens hierdie studie gegenereer is, is ook veilig in 'n kluis gestoor en die verwerkte data op my rekenaar is met 'n wagwoord beskerm, sodat slegs ek en my promotor toegang daartoe kon kry.

#### **4.6.3 Beginsel van weldadigheid (beste belang van die deelnemers)**

Volgens die welnemendheidsbeginsel word daar aan die hand van die Suid-Afrikaanse etiese kode van 'n navorser verwag om ten alle tye op die mees bevoegde manier te werk te gaan en in die beste belang van die deelnemer op te tree (Allan, 2008). Dit impliseer dat die navorser deurlopend 'n professionele etiese kode moet nastreef. In die lig hiervan bied die Raad van Gesondheidsberoepes van Suid-Afrika (HPCSA) in hul etiese kode 'n stel riglyne waarvolgens ek as navorser al die etiese oorwegings in die betrokke studie verseker het.

In ooreenstemming met die bogenoemde het ek byvoorbeeld verseker dat al die onderhoude op die tye en plekke van deelnemers se keuse plaasgevind het. Om die welnemendheidsbeginsel verder te versterk, is my promotor deurlopend geraadpleeg aangaande relevante navorsingspraktyke ten einde te verseker dat daar deurlopend met die deelnemers se eie beswil in gedagte opgetree is. Sy het onder andere voorgestel en

toegesien dat die emosionele welstand van deelnemers nie slegs beskerm word nie, maar dat daar ook voorsorgmaatreëls in plek gestel moes word indien enige deelnemer emosionele ongemak sou ervaar.

My ervaring as opvoedkundige sielkundige het my ook in my rol as navorser gehelp om met die nodige empatie na die emosionele bydraes van deelnemers te luister (McLeod, 2003). Op hierdie wyse was dit moontlik om 'n veilige ruimte vir deelnemers se mededelings te skep. Dit was egter belangrik dat mededelings in hierdie konteks nie met terapie verwar moes word nie. Die geleentheid vir gratis berading is daarom aan deelnemers beskikbaar gestel indien hulle deur die loop van die navorsing of daarna enige sterk emosies sou ervaar. 'n Sielkundige by die Wes-Kaapse Onderwysdepartement (Kaapse Wynland) het ingestem om gratis berading aan deelnemers te bied indien dit nodig sou wees.

#### **4.6.4 Beginsel van geregtigheid**

Die beginsel van geregtigheid vereis dat navorsers regverdig optree en dat alle deelnemers gelyk en sonder diskriminasie behandel word (Allan, 2008, p. 126). Die implikasie is dat deelnemers se wêreld met respek en sensitiwiteit hanteer moes word. Na my mening het die versoek om aan navorsing aangaande hul kind met ATHV deel te neem, ouers moontlik genoop om aspekte van hulself, waaraan hulle nie gewoonlik dink nie, te konfronteer. Daarom moet die hantering van sensitiewe inligting, soos in hierdie studie, deur goeie navorsing geregverdig word. Die navorsing moet derhalwe kredietwaardige en nuwe insigte, wat nie voorheen beskikbaar was nie, onthul. Hierdie insigte en bevindinge moet met ander woorde bydra tot die verbetering van die deelnemers, of mense in soortgelyke situasies, se omstandighede (Flick, 2007).

Die beginsel van geregtigheid hou ook verband met deelnemers se grondwetlike reg tot menswaardigheid (Handves van Menseregte) wat ten grondslag lê van hul reg tot privaatheid (Grondwet van Suid-Afrika, 1996, p.5). Die reg tot privaatheid verwys na deelnemers se reg tot die beskerming van hul identiteit, wat ook verband hou met die beginsel van nie-kwaadwilligheid. Die term vertroulikheid impliseer dat die navorser verplig is om die privaatheid van deelnemers en die inligting wat hul verskaf, te respekteer (Cottone & Tarvydas, 2003). In die lig hiervan moes al die inligting wat van deelnemers ontvang is, soos dit onder die beginsel van nie-kwaadwilligheid bespreek is, anoniem hanteer word.

Cottone en Tarvydas (2003) verduidelik dat die kwessie van anonimiteit 'n konstante bron van kommer in 'n narratiewe ondersoek is, aangesien die benadering van indiepte storievertelling onbewustelik daartoe aanleiding kan gee dat die storie wat vertel word, verbind kan word met die persoon wat die storie vertel. Identifiseerbare inligting uit 'n indiepte storievertelling kan dus 'n deelnemer met 'n skuilnaam se ware identiteit aan die lig bring. Daarom is deelnemers aangemoedig om die getranskribeerde narratiewe, asook die beskrywing daarvan in hoofstuk 5 deur te gaan ten einde enige besonderhede wat hul identiteit kan openbaar, aan te pas.

#### **4.7 REFLEKTIEWE NADENKE**

Aangesien ek as kwalitatiewe navorser die belangrikste navorsingsinstrument in hierdie studie was, moes ek deurlopend my navorsingspraktyk, soos daar ook in my reflektiewe joernaal aangeteken is, krities evalueer om die wetenskaplikheid en geldigheid van die studie te verseker (Nieuwenhuis, 2010). In die lig hiervan het ek 'n lys met vrae geformuleer waarteen ek deurlopend my eie navorsingspraktyk geëvalueer het en dit dienooreenkomstig aangeteken het. Ek het onder andere oor die volgende aspekte nagedink:

- Watter gedagtes het by my opgekom terwyl ek met die onderhoude besig was?
- Op watter wyse beïnvloed my eie agtergrond, geskiedenis, oortuigings, waardes en aannames my gedagtes aangaande hierdie navorsing?
- Wat is my motivering vir hierdie ondersoek?
- Wat kan ek op 'n persoonlike en professionele vlak uit die deelnemers se beleving van hul realiteit leer?

Ek het ook elke transkripsie as geheel deurgelees voordat ek met die verwerking daarvan begin het om byvoorbeeld moontlike leidende vrae te identifiseer. My persoonlike nadenke rakende my navorsingspraktyk tydens hierdie studie word in meer besonderhede in Hoofstuk 8 (Afdeling 8.9) bespreek.

#### **4.8 SAMEVATTING**

In hierdie hoofstuk is daar 'n oorsig van die navorsingsparadigma van die betrokke studie gebied en daarna het 'n bespreking van die navorsingsontwerp gevolg. Daar is verwys na 'n narratiewe gevallestudie wat gebruik is om die beleving van ouers van kinders met ATHV in hul middelkinderjare, sowel as die vergestaltung van veerkragtige ouerskap binne hierdie konteks, te ondersoek. Hierin is 'n samevatting van die narratiewe werkswyse, die seleksie van deelnemers, en die datagenerering en -analise van die narratiewe ondersoek

gebied. Daarna het 'n uiteensetting van my rol as navorser, die gehalteversekering en etiese maatreëls, asook my eie reflektiewe nadenke aangaande hierdie studie, gevolg. Hoofstuk 5 sal 'n samevattende opsomming van die belangrikste aspekte van elke deelnemer se narratief bied, terwyl daar 'n beskrywing van die interpretatiewe analise van die data in Hoofstuk 6 sal volg.

## Hoofstuk 5

# 'N OORSIG VAN DIE DEELNEMERS SE NARRATIEWE

### 5.1 INLEIDING

Hoofstuk 4 het gehandel oor die navorsingsontwerp en -metodologie wat in die betrokke ondersoek gevolg is. In Afdeling 4.3.3 is daar reeds 'n opsomming van die agtergrond van elke deelnemer verskaf. Teen hierdie agtergrond sal die data wat uit die onderhoude gegeneer is, in twee afdelings aangebied word. Hierdie hoofstuk bied 'n samevatting van elke deelnemer se narratief wat 'n oorsig van die belangrikste aspekte van die deelnemers se narratiewe skets. Daarna volg 'n uiteensetting van die intravergelykings van die verskillende deelnemers se narratiewe in Hoofstuk 6. Die analise en interpretasies word teen die agtergrond van die betrokke studie se navorsingsvrae uitgevoer, naamlik:

- (1) *Wat is die beleving van ouers van kinders met ATHV in hul middelkinderjare? en*
- (2) *Wat is die bepalers vir die vergestaltung van veerkragtige ouerskap in terme van kinders met ATHV in hul middelkinderjare?*

Dit is belangrik om in ag te neem dat die beskrywing van die betrokke data spesifiek verwys na die vertelling van die deelnemers wat aan hierdie studie deelgeneem het.

### 5.2 DIE DEELNEMERS SE NARRATIEWE

Hierdie afdeling bestaan uit 'n samevattende uiteensetting van die deelnemers se narratiewe en dit poog om 'n oorsig rakende 21 ouers (twee ouers het gesamentlik as 'n ouerpaar aan die navorsing deelgeneem) van kinders met ATHV in hul middelkinderjare se algemene beleving, asook hul ervaring van die vergestaltung van veerkragtigheid in terme van hul kind se toestand, te bied. Die deelnemers se narratiewe word voorts op 'n bondige en hergestruktureerde wyse aangebied, terwyl hul eie "stem" en weergawe steeds so ver moontlik behou word. Die narratiewe word op so 'n manier weergegee dat die taalgebruik en styl van die stories so na as moontlik aan die onderskeie deelnemers se oorspronklike voorstelling daarvan bly. Dit word gedoen om die narratiewe so outentiek moontlik aan die leser oor te dra. Hierdie proses het van my vereis om na die deelnemers se stories te luister, dit te transkribeer en dit op so 'n wyse te herstruktureer dat dit as 'n refleksie aangaande hul algemene beleving van kinders met ATHV in die



middelkinderjare, asook die vergestaltung van veerkragtige ouerskap binne hierdie konteks, gelees word.

Soos daar reeds in Hoofstuk 4 (afdeling 4.3.5) bespreek is, het ek Clandinin en Connelly (2000) se driedimensionele narratiewe ruimte gebruik om die deelnemers se “rou data” in nuwe navorsingsnarratiewe te struktureer. Ek moes daarom ingestel wees op: (1) temporale tydsrame (kontinuiteit tussen die verlede, hede en toekoms), (2) persoonlike en sosiale interaksie, asook (3) fisiese plekke en verskillende kontekste in die uiteensetting van die narratiewe. Dit het my in staat gestel om as’t ware “deur” die deelnemers se stories aangaande hul beleving van ’n kind met ATHV, asook die vergestaltung van veerkragtige ouerskap binne hierdie konteks, te beweeg. Sodoende kon ek hul vorige ervaring, dit wat hul tans beleef, asook hul hoop, verwagting en drome vir hul toekoms identifiseer en uitlig.

### **5.2.1 Antas (’n Worsteling met die stigma van ’n spesiale skool)**

Antas se wêreld het ineengetuimel die dag toe haar seuntjie se onderwyser aanbeveel dat hy na ’n spesiale skool verwys moet word. Nie haar kind nie. Sy het vasgeskop. Tog moes sy en haar man op ’n stadium erken dat dit ’n noodsaaklike skuif was. Dit was nie maklik nie. Hulle was bewus van die stigma rondom ’n spesiale skool. Skielik was hulle met ander se opmerkings gekonfronteer. Hul moes vrae beantwoord, terwyl hulself nie antwoorde gehad het nie.

Antas het skuldig en verantwoordelik gevoel. Dalk was daar ’n manier waarop sy haar kind beter in die hoofstroomskool kon ondersteun het. Dalk as sy harder probeer het, sou so ’n skuif nie nodig gewees het nie. Sy het begin wonder of sy dit nie dalk onbewustelik vir haar eie gerief gedoen het nie. Haar kind het nou individuele aandag gekry, wat haar eie lewe makliker gemaak het. Tog was dinge nie net maanskyn en rose nie. Haar kind het steeds op sy eie planeet geleef. Sy het geweet dat hy medikasie nodig het en dat hul dit nie langer kon uitstel nie.

Die besluit oor medikasie was ’n volgende worsteling. Antas was nog altyd afhanklik van haar eie ma se goedkeuring en hierdie keer moes sy teen haar ma se wil optree. Sy moes haarself herhaaldelik herinner dat dit vir die beswil van haar kind is. Afgesien daarvan, kon sy steeds nie vrede oor haar kind se plasing in die spesiale skool kry nie. Alles was net te veel vir haar. Sy het besluit om die moontlikheid te ondersoek om hom terug te skuif na ’n hoofstroomskool, maar sy moes eers dinge in plek stel.

Sy het met beide skoolhoofde gaan gesels. Die spesiale skool het onderneem om haar seuntjie terug te neem indien hy nie die druk van die hoofstroomskool kon hanteer nie. Die hoofstroomskool se personeel was bereid om hom 'n kans te gee en die twee skole het hande gevat. Toe beide skole se aanbevelings en vereistes dieselfde was, het Antas geweet dat dit haar teken was. Albei skole het 'n ingesteldheid van insluiting en ondersteuning gehad. Wat wel verskil het, is dat haar seuntjie se medikasie nou 'n geheim moes wees, terwyl dit *okay* was om dit in die spesiale skool te gebruik. Niemand daar het veroordeel nie.

As Antas egter eerlik met haarself moet wees, is sy dankbaar dat haar kind terug is in die hoofstroomskool. Nie omdat dit noodwendig die beter plasing vir hom is nie, maar omdat sy en haar kind nou van die stigma van 'n spesiale skool gespaar is. Sy hoor mos die ander skole in die dorp se gespot. Sy weet wat mense kan kwytraak. Sy wou nie hê dat haar kind daaronder moet ly nie. Dis steeds nie maklik nie. Nou leef haar kind weer in die geheim oor sy medikasie. So kies 'n mens jou *battles*. Die belangrikste vir haar is dat sy nou vrede in haar hart het oor waar haar kind is.

## 5.2.2 Casper (Die samelewing en stereotipering)

Die dag toe sy kind se juffrou nie meer kans gesien het vir hom nie, op daardie dag het Casper iets beleef wat hy vir niemand kan verduidelik nie. Hy het besef dat hy in 'n wêreld leef wat nie bereid is om by sy kind aan te pas nie. Hoewel hy en sy vrou besluit het om hul seuntjie met ATHV 'n lewe te gee wat so normaal as moontlik is, het hul gou agtergekom dat die samelewing dit nie ondersteun nie. Hy kan legio stories oor mense se vooroordeel, aannames en stereotipering van sy kind, vertel.

So is daar baie van sy vriende wat nie by hul huis kom nie, omdat hulle bloot nie weet hoe om sy seuntjie te hanteer nie. Hy is nie soos ander seuntjies nie, en dit maak hul ongemaklik. Mans verwag dat "manne" moet handskud en mekaar in die oë kyk en rugby speel. Casper se seuntjie het lae spiertonus en daarom kan hy nie stewig handskud nie. Hy is 'n dromer en hy sal vergeet om die bal op 'n rugbyveld te vang. Hy is die agtste geslag met die familienaam, hy woon op 'n plaas, en die manne verwag van hom om te kom boer. 'n Dromer van 'n seuntjie. 'n Boer?

Casper en sy vrou wéét dat mense dink dat hul kind dom is omdat hy in 'n spesiale skool is. Hul ervaar gereeld hoe mense op hul neersien. Sy behoud in dit alles is dat hy juis by sy seuntjie geleer het om 'n dik vel te hê. Hy het geleer om openlik oor sy seuntjie se toestand te praat en vir die wêreld te wys dat hy nie skaam is daarvoor nie. Hy maak ook

seker dat die mense in hul onmiddellike omgewing sy kind se toestand verstaan en dat hul leer om daarby aan te pas. Hy sal byvoorbeeld vir mense 'n tydsbeperking gee wanneer hulle kom kuier, want sy seuntjie het 'n roetine om by te hou en dis vir hom ononderhandelbaar.

Hy vertel egter dat hy dit nie sou kon doen as dit nie vir sy vrou was nie. Sy is sy grootste bron van ondersteuning. Hy glo dat die sterk fondasie van hul huwelik hom help om die uitdagings van hul kind se toestand te hanteer. Hul help mekaar om 'n positiewe ingesteldheid te handhaaf en los mekaar af wanneer een van die twee se emosionele reserwes min raak. Daarmee sê hy nie dat dit maklik of eenvoudig is nie, maar wel dat die samelewing se houe meer hanteerbaar is wanneer hul mekaar se ondersteuning het om dit af te weer.

### **5.2.3 Cindy ('n Aanvanklike onaangename ervaring met medikasie)**

Cindy se stem breek toe sy van haar seun se diagnose vertel. Dit is nou agt jaar vandat hy gediagnoseer is. Vir Cindy het die trauma egter reeds net na die geboorte begin toe haar seun nie met borsvoeding aan haar wou "heg" nie. Alhoewel sy later uitgevind het dat dit is omdat hy lae spiertonus gehad het en net te swak was, het sy dit as onmiddellike verwerping ervaar. Sy het reeds toe al geweet dat daar iets fout is. Dit was 'n lang pad van soeke na antwoorde tot die pediater op 'n dag meegedeel het dat hul seuntjie ATHV het en dat hy medikasie gaan nodig hê om optimaal te funksioneer.

Die konsep van medikasie vir ATHV was aanvanklik vir hul vreemd en hulle was skepties. Cindy en haar man het 'n hele vakansie lank die potjie pille saam met hulle in die motor rondgery en hulle het nie kans gesien om dit vir hul seuntjie te gee nie. Groot was die teleurstelling toe hul einde ten laaste die moed bymekaargeskraap het en dit hul seuntjie toe uiters angstig gemaak het. Hulle het eers na die tyd besef dat sy dosis te hoog was. Vir die gesin was dit 'n traumatiese belewing en hul het die medikasie in die toilet afgespoel. Cindy en haar man het daarna elke raat gevolg. Sy dieet is aangepas en hul het elke natuurlike middel op die rak probeer. Einde ten laaste was hul terug by die pediater vir medikasie. Hierdie keer was hulle aangenaam verras en hul seuntjie se gedrag het handomkeer verander.

Die hoofstroomskool waarin hul seuntjie was, was egter nie ontvanklik vir die gebruik van medikasie nie. Cindy moes self pouses haar seuntjie se medikasie vir hom gaan gee. Kinders het gewonder waarom hy elke pouse sy ma by die skool se hek moes kry. Hulle het vrae gevra en die seuntjie se enigste belewing was een van uitsluiting. Na vele

uitdagings in 'n sisteem wat nie by sy behoeftes kon aanpas nie, het Cindy en haar man besluit om hom na 'n spesiale skool te skuif. Dit was die beste besluit wat hul ten opsigte van hul kind kon neem. Nie net het hy goed aangepas en floreer in die kleiner klasse met individuele aandag nie, maar die nuwe ouerkorps het vir Cindy en haar man ook 'n ondersteuningsnetwerk gevorm.

Alhoewel Cindy se storie 'n "positiewe" einde het, het die emosionele beleving en uitdagings ten opsigte van hul kind se medikasie 'n blywende spoor op hulle afgedruk. Die stigma wat hulle rondom medikasie beleef het, sowel as hul negatiewe beleving van 'n oordosering, het daartoe aanleiding gegee dat hul eers wye draaie met alternatiewe roetes moes stap voordat hul by die optimale behandeling van hul kind se toestand uitgekom het. Dit laat steeds 'n wrang smaak in haar mond, maar tog het dit haar ook bemoedig en geïnspireer om haar storie met ander te deel sodat hulle nie dieselfde paadjie hoef te stap nie.

#### **5.2.4 Elaine (My kind verskil van haar sussies)**

Elaine se dogtertjie het al haar mylpale maklik en vinnig bereik, so sy het geen rede gehad om agterdogtig te wees nie. In Graad 1 het sy egter begin agter raak. Graad 2 was dieselfde storie en in graad 3 het haar kind se juffrou vir Elaine aanbeveel om haar in 'n spesiale skool te plaas. Haar aandag het tot so 'n mate gedwaal dat sy volgens die juffrou eenvoudig niks in die klas kon inneem nie. Sy het elke dag verder agter geraak. Dit was vir Elaine en haar man moeilik. Dit was hul eerste en hul oudste kind. Tog het hul besef dat hul moet doen wat in hul kind se belang is.

Hul dogtertjie het skielik floreer tussen haar nuwe maats by die nuwe skool. Dis egter tuis waar die uitdagings begin het. Sy kon nie verstaan dat sy 'n pilletjie moes drink en nie haar twee sussies nie. Toe begin verstaan sy dat haar sussies in 'n "gewone" skool is en sy nie. Sy het begin agterkom dat hulle albei gewild is en dat sy nie maatjies het nie. Hulle wen pryse by die prysuitdeling vir akademiese prestasies en sy sukkel om vir haar toetse te leer. Hul speel in die hokkie se eerste spanne by die skool en sy is te verstrooid om aan sport deel te neem.

Vir die ouers is dit 'n worstelstryd. Hoe hanteer hulle die motivering- en beloningstelsels tuis? Moet dieselfde reëls vir almal geld? Of laat hul haar hier ook voel dat sy van die ander twee verskil? Elaine het op 'n stadium oorweeg om haar ander kinders van sport te onttrek. Dit was uitsluitlik om haar oudste te laat beter voel, maar sy het gou besef dat dit

ook nie regverdig sou wees nie. Verder bly dit 'n groot uitdaging om haar aandag gelyk tussen almal te verdeel, want die oudste sussie neem al haar tyd in beslag.

Elaine vertel dat daar met elke graad nuwe kwessies opduik. Hoe ouer sy word, hoe meer word daar in die skool van kinders verwag om onafhanklik te werk. Dit vereis dat Elaine vir baie ure met huiswerk en opsommings saam met haar kind sit. Onderwysers skryf nie meer alles op die bord nie en dit beteken dat sy die meeste middag by ander ouers 'n skattejag na huiswerkopdragte moet hou. Sy voel asof sy permanent besig is om 'n maraton te hardloop en saans is sy doodmoeg as sy in die bed klim. Dan het sy soms nie kans gehad om aandag aan haar ander kinders te gee nie.

Sy het egter mettertyd geleer hoe belangrik dit is dat sy na haarself ook kyk as sy emosioneel wil oorleef. Sy en haar hele gesin het by liefdadigheidsprojekte begin betrokke raak. Dit laat haar voel dat haar eie probleme nie so groot is nie en dit gee ook vir haar dogtertjie perspektief op haar eie situasie. Verder is dit iets wat die drie sussies kan saam doen en wat geen talent van enige iemand vereis nie. Almal kan ewe belangrik voel. Dit vat geen probleme weg nie, maar na so 'n liefdadigheidsprojek sien sy weer kans vir al die eise.

### **5.2.5 Elize (Jou ingesteldheid bepaal jou lewe)**

Elize het vroeg al vermoed dat haar seuntjie dalk 'n leerhindernis van een of ander aard moet hê. Alhoewel hy nooit 'n besige kind was nie, kon hy heeltemal verdwaal in sy eie gedagtewêreld. Sy graad R-juffrou het dieselfde beleef. In die eerste kwartaal van graad 1 het Elize geweet dat daar definitief groot fout is. Sy het hom laat assessee en hy is met aandagafleibaarheid gediagnoseer. Die sielkundige het aanbeveel dat hy na 'n spesiale skool gaan waar die klasopset kleiner is. Elize was verlig en sy en haar man het die voorstel verwelkom.

Die sielkundige het hul voorberei dat dit nie 'n maklike pad gaan wees nie, maar dat hul kind wel eendag sy plekkie in die samelewing sal vind en dit was vir hul iets om aan vas te hou. Sy het reeds toe al die waarde van 'n positiewe ingesteldheid besef. Hulle moes fokus op die voordeel wat 'n spesiale skool vir hul kind kon inhou en nie die stigma daar rondom nie. Dit is ook haar ingesteldheid oor medikasie. Hulle hoor negatiewe stories van medikasie vir ATHV, maar het besluit om 'n oop ingesteldheid te hê vir die gebruik daarvan indien dit sou nodig wees. Op so 'n manier kan hul die geleentheid kry om dit self te beleef en hul eie mening daarvoor te vorm.

Elize en haar man se uitgangspunt is dat hulle hulself wil distansieer van enige negatiewe uitsprake en eerder in elke situasie dit wat vir hul positief is, probeer identifiseer. So noem sy byvoorbeeld dat haar ouer dogter in die middag haar seuntjie met sy huiswerk help. Sy is dankbaar daarvoor, want sy self kom eers laat van die werk af. Sy het ook deur die jare geleer om gedagtes te ruil en te hoor wat ander ouers doen. Sy en haar dogter probeer dan dieselfde planne maak met huiswerk. As sy moes broei oor die uitdagings wat haar kind se huiswerk meebring en hoe moeilik dit vir haar is om dit saam met haar lang werksure in te pas, sou sy net nog onnodige druk op haarself plaas.

Sy erken dat dit nie net eenvoudig is nie. Vir haar as ma is dit emosioneel dreinerend, want sy moet elke minuut van elke dag daarop bedag wees om haar kind te help onthou en dop te hou en te volg en te help. Hy raak soms ongeduldig met homself en dit is vir haar moederhart swaar. Daarom probeer hulle om ook vir hom leer om op die positiewe in 'n situasie te fokus. Hul onthou dat hy al van kleins af gevra het waarom hy in 'n ander skool as sy maatjies is. Hulle het vir hom verduidelik dat daar juffrouens daar is wat hom beter kan ondersteun. Vandag kan hy dit met trots net so vir ander mense verduidelik. Hy het geleer dat dit 'n geleentheid is om te groei, en nie 'n skande nie.

Elize vertel dat dit nie vir haar daarvoor gaan dat haar kind moet inpas nie, maar eerder dat hy ook sy plekkie in die son moet kry. Sy wil hê dat hy ten spyte van sy toestand moet kan goed voel oor homself. Dit is haar poging om hom te beskerm teen opmerkings wat hy moet aanhoor omdat hy in 'n spesiale skool is. Natuurlik raak dit vir haar ook soms te veel, maar sy het gevind dat dit dan help om met iemand te gaan praat. Iemand met wie sy eerlik oor haar gevoelens kan wees. Iemand wat haar pyn sal erken en dit nie sal wegpraat nie, maar wat haar ook weer sal kan help om die positiewe aspekte uit te lig. Haar uitgangspunt in dit alles? Vir elke probleem is daar 'n oplossing. Jy moet net 'n plan daarvoor hê.

### **5.2.6 Ester (ATHV, beperkte bronne en *worries*)**

Ester speel oop kaarte. Sy is finansiële afhanklik. Sy ken die swaar kant van die lewe. 'n Kind met ATHV is net nog een van haar *worries*. Die dag toe die skool haar bel, was dit die eerste keer wat sy van ATHV gehoor het. Hulle het gevra of die sielkundige haar kind kan assesser en toe sy haar weer kom kry, het hulle aanbeveel dat haar kind na 'n spesiale skool moet gaan. Sy het nie verstaan waarom nie, maar wat kon sy doen? Dit was die slim mense se aanbeveling. Haar man het antwoorde van haar geëis, maar sy het self nie antwoorde gehad nie. Sy het lankal reeds geleer om vrede te maak met die dinge wat oor haar pad kom waarvoor sy nie beheer het nie.

Die skoolhoof by die spesiale skool het vir haar verduidelik waarom ATHV gaan en voorgestel dat hulle medikasie vir haar kind moet oorweeg. Dit was nie so eenvoudig nie, want daarvoor moes Ester elke keer verlof by die werk neem om die pille by die hospitaal te gaan kry. En dit vat lank. Heeldag lank. Sy het ook nie so baie verlofdae nie en sy kan dit nie bekostig om by die werk weg te bly nie. Ester het gevoel dat sy nie haarself daarvoor ook nog kon kwel nie. Dit voel vir haar asof sy te moeg is om haarself oor enige van hierdie dinge te bekommer, omdat daar bloot net te veel ander dinge is wat haar aandag verg.

Sy vertel dat sy soggens al 4:00 moet opstaan om haar huismense se goedjies vir die dag reg te kry, want sy moet 5:30 werk toe gaan om te help om die pot aan die kook te hou. As sy laatmiddag by die huis kom, is sy moeg. Baie moeg. En dan moet sy wasgoed was, huis skoonmaak en sorg vir haar gesin se aandkos. Daar is nie nog tyd om aan haar kind se huiswerk te dink nie. Deesdae se huiswerk is in elk geval so moeilik, dat sy nie meer haar kind daarmee kan help nie. Dan kom haar kind in die moeilikheid by die skool en dan laat weet die juffrou weer dat sy hulle moet kom sien.

Dit is vir haar moederhart swaar dat haar kind so in die moeilikheid bly, maar sy kan hom mos ook nie heeldag oppas nie. Naweke hou sy hom maar tuis by haar, want sy sien nie kans om met hom na mense toe te gaan nie. Hy word altyd aangekyk as hulle by mense kom. Ander vra blatant vir haar of hy “mal” is en ander sal sê dat haar kind stout is. Hulle verstaan nie dat haar kind dit nie kan help nie. Dis ook nie vir haar maklik om heeldag met hom by die huis te wees nie. Wanneer ’n mens heeldag lank saam met ’n hiperaktiewe kind in ’n drievtrekhuise vasgevang is, begin die mure ’n mens druk en word die huis te klein.

Ester erken dat dit party dae vir haar voel asof haar bekommernisse oor haar kind nooit minder gaan word nie. Sy bekommer haar oor als. Sy is bekommerd oor wat van haar kind gaan word. Sy bekommer haar oor of hy eendag ’n werk sal kan hê en ’n vrou sal kan vat en of sy dalk vir altyd na hom sal moet kyk. Sy is bekommerd oor waar sy die krag vandaan gaan kry en of dinge dalk vir altyd so gaan wees. Sy het al met die Here geworstel en gevra of sy iets verkeerd gedoen het om dit te verdien. Tog weet sy dat die Here se weë nie so werk nie. Dan maak sy maar weer haar oë toe en vra Hom vir genoeg krag. Selfs al is dit eers net genoeg vir die volgende dag.

### 5.2.7 Heleen (Gevoelens van verwerping)

Heleen is emosioneel wanneer sy hul verhaal vertel. Sy moes al toe haar seuntjie klein was uit vele oorde hoor hoe besig hy is. Sy moes erken dat hy wel baie besig was. Toe hy skool toe gaan, het die ander mammas begin kla en die juffrou het aanhoudend briewe geskryf. Hy was vir almal 'n probleem en 'n irritasie. Sy het gevoel dat sy die fout by haarself moes soek, want die skool het gereeld kritiek gelever. Sy het dikwels gehoor dat sy hom nie goed genoeg dissiplineer nie en dat sy bloot nie beheer oor haar kind het nie.

In graad 2 het die juffrou se ouerbriewe aanhou instroom. Hulle is gereeld ingeroep. Dit was duidelik dat die skool nie kans gesien het vir haar kind nie. Sy het die juffrou nooit een positiewe woord oor haar kind hoor sê nie. Heleen het besluit dat dit tyd was om hulp te soek en sy het hom na 'n sielkundige toe gevat. Dis toe dat hul uitgevind het dat hy ATHV het. Dit was vir hulle 'n groot skok en hulle was nie daarop voorbereid nie. Groter was die teleurstelling egter toe Heleen hul familie se reaksie daarop beleef. Hulle het dit as 'n verskoning vir 'n stout kind afgemaak en vreeslike negatiewe uitsprake oor die medikasie gemaak.

Heleen vertel dat sy en haar man vir 'n week lank gehuil het as hulle mekaar sien. Hulle wêreld het in duie gestort en dit was spreekwoordelik donker rondom hulle. Hul kind was nêrens welkom nie en hul het kritiek van alle kante af beleef. Hulle het saam besluit om hulself 'n kans te gee om oor hul situasie te rou voordat hulle enige besluite neem. Dit was vir Heleen 'n positiewe ervaring dat sy haarself eers die geleentheid gegun het om die nuus te verwerk. Hul moes, in haar woorde, deur die rouproses werk voordat hulle by die aanvaarding van die situasie kon uitkom. Hulle het daarna besluit om hul seuntjie in 'n spesiale skool te plaas. Weereens was die teleurstelling groot toe sy oud-onderwysers openlik verheug was dat hul nou "ontslae" is van hul kind.

Die ouerpaar kry steeds swaar in hul familie. Hulle raak moeg om te hoor hoe verkeerd hul kind optree. Hulle wil nie meer raad hê oor hoe hulle hul kind moet dissiplineer nie. Hul wil ook nie meer sien hoe hul kind met ander kinders vergelyk word nie. Haar beleving is dat mense nie haar kind of die toestand verstaan nie. As mense net meer ingelig was, sou hul dalk anders daaroor gedink het. Dit is selfs haar beleving as hul by vriende gaan kuier. Daarom bly hul meeste van die tyd maar eerder net tuis. In die lig hiervan beskou Heleen hul verhaal as een van verwerping. Dis vir haar 'n verhaal waarin sy haarself die heelyd aan die wêreld moet regverdig. Dis nie vir haar aangenaam nie, maar sy besef dat dit deel is van die verhaal van 'n ouer van 'n kind met ATHV.



### 5.2.8 Jan en Nanje (Die stres op 'n huwelik)

Jan en Nanje het gekies om hul storie saam as ouerpaar te vertel. Hul verhaal kan getuig van die stres wat 'n huwelik as gevolg van die diagnose van 'n kind met ATHV moet deurstaan. Ook van die genade daarvan om aan die ander kant te kan uitkom. Hulle 'n het lang pad ten opsigte van die uitdagings van hul seuntjie gestap voordat hulle uitgevind het dat hierdie uitdagings met ATHV verband hou. Op daardie stadium het hul nog nooit van ATHV gehoor of geweet wat die toestand behels nie. Dit het later geweldige skuldgevoelens by Jan ontlok. Hy het beseft dat hy streng en kwaai was met sy seuntjie oor dinge waarvoor hy nooit kon help nie.

Jan wou soos meeste pa's hê dat sy seuntjie 'n tawwe tienie moet wees. Alles het egter stadig gegaan, en Jan is 'n haastige mens. Sy seuntjie was 'n dromer en dit het tot eindelose frustrasie en konflik gelei. By die skool het hy emosioneel swaargekry. Hy was permanent in 'n wêreld van sy eie en die kinders het hom daarvoor gespot. Jan en Nanje het elke dag gesien hoe hul seuntjie se selfbeeld agteruitgaan. Toe hulle einde ten laaste uitvind dat hul seuntjie aandagafleibaar is, het hulle dadelik besluit om hom in 'n spesiale skool plaas en hom dokter toe te neem vir die oorweging van medikasie. Hulle kon nie langer aanskou hoe hy uitgesluit word by die skool nie. Die skuif na 'n nuwe skool het 'n onmiddellike positiewe invloed op sy welwees gehad.

Hul huwelik was egter 'n ander saak. Daar was permanente konflik oor hul kind se toestand. Hulle het verskil oor die hantering daarvan. Albei partye was moeg en gefrustreerd en ongeduldig. Hulle het besluit dat Nanje 'n tuisbly-mamma moet word om haar kind te help. Na 'n rukkie het sy egter vasgevang begin voel. Sy moes alleen sukkel terwyl haar man, na haar mening, heerlik uithuisig en by die werk is. Sy was permanent moeg en in tranes. Saans as Jan tuisgekome het, moes hy dit hoor en die blaam aanvaar vir alles wat verkeerd was. Hul huwelik het op die randjie van die afgrond gewankel en hulle moes 'n plan maak.

Nanje het besluit om 'n besigheid te begin en dit weg van die huis af te bedryf. Hulle het iemand aangestel wat hul seuntjie twee maal 'n week met huiswerk kon help. Nanje het dit as 'n geweldige verligting beskou om uit die huis te kom en sy kon voel dat dit bevorderlik vir haar geestesgesondheid was. Iemand anders kon die stres van die huiswerk hanteer en sy kon weer saans saam met hul seuntjie ontspan en nie net baklei nie. Agterna beseft hul ook dat dit hul huwelik goed gedoen het om saam vir hul seuntjie se spreekwoordelike plekkie in die son te veg. Hul kry steeds opmerkings oor hul seuntjie, maar hulle staan

dan saam op om mense se wanpersepsie te korrigeer. Vandag gaan dit beter. Tog bieg Nanje dat dit makliker word, maar nooit ophou nie.

### **5.2.9 Janine ('n Reis na aanvaarding)**

Janine se storie is een van 'n reis na aanvaarding. Haar seuntjie is primêr aandagafleibaar en sy het nog nooit probleme met 'n kind wat besig of hiperaktief is, ervaar nie. Vir haar was dit wel 'n skok toe sy beseft dat haar seuntjie reeds in graad 1 moeiliker as die ander kinders geleer het. Hy kon bloot nie genoeg aandag skenk om in te neem wat in die klas gebeur nie. Janine was moedeloos, want haar verwysingsraamwerk was haar ouer kind wat van kleins af akademies uitblink het. Sy het alles dadelik en maklik verstaan en haar huiswerk op haar eie en onafhanklik klaargemaak.

Vir Janine was die pad na aanvaarding van 'n kind met 'n leerhindernis die moeilikste. Sy raak emosioneel wanneer sy daaroor praat. Dit was iets waaraan sy gewoon moes word. Tog was daar dinge wat haar gehelp het langs die pad. Sy het die opsie van 'n spesiale skool en medikasie ondersoek. Haar mediese fonds wou nie die geskikte medikasie vir haar kind betaal nie en die verpleegkundige by die spesiale skool het dadelik aangebied om haar te help sodat sy haar seuntjie se medikasie by die staatshospitaal kon kry.

Wat egter die heel meeste vir Janine beteken het, is die inligting rakende ATHV wat sy by die skool ontvang het. Dit het nie net gehelp om die toestand beter te verstaan nie, maar ook om te beseft dat sy nie die enigste ouer is wat al hierdie pad gestap het nie. Vir haar was dit die deurbraak op die pad na aanvaarding. Sy skryf haar vermoë om dit te aanvaar verder toe aan die moderne tyd waarin ons leef en verduidelik dat daar nou mense is wat kan help en wat verstaan waardeur jy gaan. Haar oogpunt is dat iemand met ATHV 'n paar dekades gelede eenvoudig as dom beskou sou word en dat daar niemand was wat kon help nie. Vandag kyk Janine terug met vrede in haar hart. Dit gaan goed met haar kind in die spesiale skool waar hy is. Die wete dat haar kind soms swaarkry is nie vir haar maklik of lekker nie, maar ATHV is nie meer vir haar 'n doodsvonnis nie.

### **5.2.10 Kara (Die lewe van 'n enkelouer en ATHV)**

Kara is 'n ma wat die pad van 'n enkelouer ken. Haar seuntjie het eers by sy pa gebly voordat hy in graad 3 in haar sorg beland het. Sy het dadelik agtergekem dat hy probleme ervaar toe sy hom in 'n skool naby haar geplaas het. Die juffrou het haar byna daagliks met klagtes gekontak. Hy was ongelukkig in die skool. 'n Sielkundige van die Wes-Kaapse Onderwysdepartement het ingegryp en hy is met ATHV gediagnoseer.

'n Span betrokkenes het koppe bymekaar gesit en daar is besluit dat hy sal baat by die gebruik van medikasie en onderrig in 'n spesiale skool. Dit was aanvanklik vir Kara moeilik om te aanvaar. Vir haar seuntjie was die idee van 'n spesiale skool net so 'n vreesaanjaende gedagte. Hy was hartseer omdat hy na 'n nuwe skool moes gaan, maar hulle het egter gou die teendeel beleef. Hy het floreer in die nuwe skool met die kleiner klasse en selfs die medikasie was vir hul 'n positiewe beleving nadat Kara aanvanklik skepties daarvoor was.

Die uitdagings as enkelouer met 'n kind met ATHV, sowel as beperkte finansiële hulpbronne, is egter soms vir Kara oorweldigend groot. Huiswerk bly ook 'n uitdaging, omdat sy eers saans laat by die huis kom. Sy is dan moeg, haar seuntjie se medikasie is uitgewerk en daar is nog baie werk wat by die huis wag. Tog kan hul vir mekaar sê wanneer dinge te veel raak en het haar seuntjie die nodige selfinsig om sy ma vroegtydig te waarsku wanneer hy 'n slegte dag het. Sy beskou kommunikasie tussen haar en haar seuntjie as 'n suksesresep om die uitdagings van hierdie toestand te bestuur.

'n Groot sosiale hindernis vir Kara is dat sy niemand het om na haar seuntjie te help kyk nie. Sy kan byvoorbeeld nie iets soos die ondersteuningsgroep vir ouers van kinders met ATHV bywoon nie. En selfs al sou sy iemand kry om na haar kind te kyk vir die aand, is vervoerprobleme 'n volgende hindernis. Maatskaplike invloede speel dus ook 'n groot rol binne hierdie konteks. 'n Verdere uitdaging is dat sy geen vriendinne het nie. Haar tyd laat dit nie toe nie, want alle moontlike afdydjies moet aan haar seuntjie toegewy word. As sy dit nie doen nie, wie gaan? Haar beskouing is dat dit bloot die lot van 'n enkelouer is.

Tog is sy dankbaar vir die ondersteuning wat haar familie bied, want hulle het ekstra begrip vir sy toestand. Hulle is vertrouwd daarmee, aangesien ander lede van die familie ook die stryd met ATHV voer. Sy is dankbaar daarvoor en ook vir ander genadeskote op haar pad. Sy vertel dat haar geloof vir haar 'n anker is. Sy weet ook dat die skool se deure altyd vir haar oopstaan. Sy het 'n ma en 'n vriend wat altyd bereid is om na haar te luister. Dit gee haar moed en hoop vir die pad wat sy so moedig stap.

### **5.2.11 Leandi ('n Alleenpad)**

Leandi se seuntjie was van kleins af baie besig gewees. Sy was oortuig dat dit maar tipies van 'n seuntjie is. Hy het egter begin swaarkry toe hy skool toe is. Graad 1 was vir hom 'n moeilike aanpassing en hy is vreeslik geboelie. Hy het ook gou skolastiese probleme begin ervaar omdat hy nie in die klas kon konsentreer nie. Sy onderwyser het aanbeveel dat 'n sielkundige hom evalueer. Beide ouers was geskok en emosioneel oor die

diagnose. Nie een van hulle het op daardie stadium al van ATHV gehoor of geweet wat om te verwag nie.

Die aanbeveling van medikasie het 'n verdere skokgolf tot gevolg gehad. Die radio en sosiale media het hul teen medikasie gewaarsku. Haar man was dadelik daarteen gekant en haar skoonfamilie het hulle afgeraai om dit te oorweeg. Dit was vir haar as ma dus 'n moeilike keuse, omdat sy tussen 'n professionele aanbeveling en die opinie van geliefdes gestaan het. Nie net was die keuse vir haar moeilik nie, maar was dit ook moeilik om uiteindelik die regte dosis medikasie vir haar seuntjie te kry. Sy was alleen en niemand het haar ondersteun nie. Ten spyte van die gebruik van medikasie, kon haar seuntjie steeds nie voldoende in die hoofstroomskool funksioneer nie en moes hy na 'n spesiale skool verwys word.

Die verwysing na 'n spesiale skool was 'n definitiewe en positiewe keerpunt vir Leandi. Die positiewe impak van hierdie skuif was dadelik in haar seuntjie te sien. Die kleiner klasse en individuele aandag het hom die geleentheid gegee om sy volle akademiese potensiaal te bereik. Hy het ook vir die eerste keer maats gehad wat hom verstaan. Hoewel dit soms steeds vir sy pa moeilik is om sy gedrag te verstaan, het hul huisgesin mettertyd geleer om by sy toestand aan te pas. Leandi vertel dat hul verskeie reëls en riglyne in plek gestel het by die huis wat dit vir hulle almal makliker maak om die situasie beter te hanteer.

Tog bly dit vir Leandi 'n eensame pad om te stap. Haar kind se toestand het 'n invloed op die hele gesin en sy is die een wat almal gelukkig en tevrede moet hou, sonder dat die ander dit agterkom. Sy pa vind dit steeds soms moeilik dat sy seun 'n dromer is en dan is sy die een wat haarself moet staal en hom moet bemoedig. Soms raak dit te veel, dan gaan huil sy saggies in die badkamer. Dit is steeds vir haar 'n daaglikse emosionele belewing. Sy moes egter mettertyd leer dat sy haar eie emosionele reserwes in stand moet hou as sy wil oorleef. Dit doen sy deur nou en dan haarself af te sonder, koffie te drink, of haarself in die salon te laat bederf. Sy is die ma in die huishouding, so as sy dit nie vir haarself gaan doen nie, gaan niemand nie.

### **5.2.12 Liezel ('n Behoefte aan bewusmaking)**

Liezel het pas aansoek gedoen vir haar ander dogtertjie om ook na 'n spesiale skool te gaan. Albei haar kinders is hiperaktief en sy moes deur die jare leer hoe om haar huishouding daarby aan te pas. Sy erken dat die lewe met 'n kind met hiperaktiwiteit soms sy uitdagings het in terme van haar eie emosionele welstand. Haar grootste renons lê

egter in die samelewing se kritiek en oordeel aangaande haar kinders se toestand. Sy moes al herhaaldelik hoor dat haar kinders stout is en dat sy hul nie kan beheer nie.

Sy verduidelik dat mense bloot nie hierdie toestand verstaan nie. Haar verklaring is dat mense oningelig is en dat hul onkunde aanleiding gee tot veroordelings. Liezel verwys spesifiek na die onderwysers, ouers en kinders van hoofstroomskole. Vir haar voel dit asof die samelewing neerkyk op haar kind omdat sy in 'n spesiale skool is. Dit het daartoe aanleiding gegee dat Liezel haarself tot die bewusmaking van die samelewing aangaande ATHV bewillig het. Sy doen haar bes om mense deur middel van sosiale media in te lig aangaande hierdie toestand. Sy voel dat indien mense meer kennis dra van wat ATHV is, dit ook haar kinders kan help om minder uitgesluit te voel.

Liezel voel so ernstig oor hierdie saak dat sy dit selfs al oorweeg het om praatjies oor ATHV vir ouers en kinders by hoofstroomskole te reël. Intussen vind sy troos daarin om met ander ouers van kinders met ATHV te gaan gesels. Sy voel dat hulle verstaan en dat hul nie soos ander mense oordele fel nie. By hulle kry sy kans om oor haar uitdagings te gesels en dan beter te voel. Sy is ook dankbaar vir haar lewensmaat wat hierdie pad vir haar makliker maak. Hy verstaan dat dit vir haar moeilik is en daarom gee hy haar gereeld kans om sommer net in haar motor te klim en te ry na daar waar sy weer vrede vir haar siel kan vind.

### **5.2.13 Lizelle (Die soeke na heling)**

Vir Lizelle is haar seuntjie se ATHV 'n sensitiewe saak. Sy swyg steeds in die openbaar oor haar kind se toestand. Haar seuntjie is reeds op die ouderdom van vier jaar oud met ATHV gediagnoseer. Lizelle wou dit egter nie glo nie en sy het verkies om verby die alledaagse implikasies te kyk. Ontkenning was 'n gerieflike hanteringstrategie tot die dag wat sy graad 1-juffrou 'n ernstige gesprek met haar gehad het. Sy moes erken dat haar kind medikasie nodig het. Nie lank daarna moes sy ook erken en aanvaar dat haar kind eenvoudig nie langer in die hoofstroomskool kon funksioneer nie.

Dit was vir Lizelle moeilik om haar seuntjie na 'n spesiale skool te skuif. Sy wou glo dat hy net tydelike probleme met ATHV ondervind en dat die drastiese stap van 'n verwysing na 'n spesiale skool nie regtig nodig was nie. Sy het haarself probeer oortuig dat hy mos maar net 'n seuntjie is en nog so klein is, maar tog het sy geweet dat sy selfbeeld reeds skade lei onder hierdie toestand en dat sy geen ander keuse het nie. Na baie trane het sy hom na 'n spesiale skool geskuif. Dit het tog beter begin gaan. Hy ontstig nie meer die ander kinders nie en sy juffrou bel haar nie meer elke dag nie.

Lizelle kan dit egter steeds nie regkry om voor ander mense oor sy toestand te praat nie. Behalwe vir die feit dat sy dit steeds nie self kan verwerk nie, vrees sy mense se reaksies. Sy hoor hoe mense reageer as hul verneem dat 'n kind medikasie vir ATHV gebruik. Sy hoor die oordele en kritiek. Haar oortuiging is dat dit sosiale media se skuld is dat mense so krities is. Sy vertel hoe sy al baie negatiewe artikels oor medikasie op Facebook gelees het. Dan besef sy dat dit ongegronde aannames is. Tog deel die gebruiker van sosiale media dit met ander en versprei sodoende die leuen verder in die samelewing.

Tog is dit te danke aan die medikasie dat sy wel weer met haar seuntjie by mense kan kom. In die verlede het sy eerder net weggebly, want sy hiperaktiwiteit het mense geïrriteer. Sy het later nêrens meer welkom gevoel nie. Tuis het hulle al geleer om planne te beraam en het hulle besluit om dit 'n spanpoging te maak. Sy ouer sussie, wat al klaar is met skool, en sy ouma maak beurte om na hom te kyk en om hom te help met sy huiswerk. Hulle het saam op 'n beloningstelsel besluit wat goed werk. Hulle volg ook 'n streng roetine wat hom veilig laat voel en dit vir almal in die gesin makliker maak. Haar raad aan ander ouers is om dit een dag op 'n slag te vat. Op een of ander manier oorleef 'n mens tog.

#### **5.2.14 Lorraine (Ubuntu)**

Lorraine is haar seuntjie se grootmaakma. Sy is eintlik sy ouma en wettige voog, maar sy verkies die term “grootmaakma”. Soos sy verduidelik was haar seuntjie se eie ma nog baie jonk met sy geboorte. Te jonk om 'n kind met spesifieke behoeftes te verstaan. Lorraine het daarom besluit om hom by haar aan huis te neem en hom groot te maak. Dit was egter eers nadat hy in Pretoria by 'n tante gebly het wat later ook nie meer vir hom kon sorg nie. Lorraine het geweet dat hy daar in 'n spesiale skool was, maar sy het nie geweet wat ATHV is nie. Sy het op daardie stadium eintlik nog nooit van ATHV gehoor nie.

Die spesiale skool in Lorraine se tuisdorp was dadelik bereid om haar te help. Hulle het gereël dat hy volledig geassesseer word en dat die Departement van Onderwys vir hom aansoek doen vir plasing by die betrokke skool. Die verpleegkundige by die skool het gehelp dat Lorraine hom by die hospitaal kry, sodat die dokter hom kon sien. Hulle het vir hom medikasie voorgeskryf en Lorraine het dadelik begin om dit vir hom te gee. Sy raak emosioneel wanneer sy vertel van die positiewe invloed wat dit op hom het. Sy kon dit nie glo toe sy die uitwerking daarvan sien nie. Sy het vir die eerste keer besef hoe swaar die seuntjie moes kry omdat hy glad nie kon konsentreer nie.

Lorraine is bly dat hy in die spesiale skool geplaas is, want daar verstaan die kinders en die onderwysers hom. Sy sien hoe hy soms swaarkry tussen sy maats in die gemeenskap. Hulle vertel vir hom dat “hy vertraag is in sy kop” omdat hy pille drink. Tog is dit juis die mense in hulle gemeenskap wat vir haar waardevol is. Daar is byvoorbeeld ’n vrou wat hom middag met sy skoolwerk help. Sy is glo ’n “geleerde vrou en sy ken van kinders met ATHV”. Dan is daar ook ’n vrou wat Sondagskool gee en wat baie lief is vir hom. Sy help soms “agter hom kyk”, sodat Lorraine kan tyd kry vir haar huisgoedjies.

Sy erken dat sy ook maar soms ’n blaaskans nodig het. Sy word nie jonger nie, haar krag word minder en hy bly baie werk. Sy moet van soggens vroeg af op wees om hom te help regkry vir skool. Gelukkig bly haar jongste dogter ook by hulle en sy help met die grootmaak van die seuntjie. Hulle ken nou al die roetine en weet wie doen wat. Hulle help ook om mekaar te bemoedig en positief te hou. Soms moet hulle mekaar aanspreek wanneer hulle ongeduldig met die seuntjie raak. Dan verduidelik Lorraine dat sy nie regtig ongeduldig is nie, maar dat sy maar net soms moeg is.

### **5.2.15 Marcia (’n Ma wat self die pad van ATHV ken)**

Marcia was self as klein dogtertjie aandagafleibaar. As sy daaraan dink, herroep sy dikwels nog onaangename gebeurtenisse uit haar kinderdae, en juis daarom het sy soveel empatie met haar kind se toestand. Haar dogtertjie was reeds van graad R af ’n dromertjie en Marcia verwoord dit as een groot nagmerrie in die skool. Haar graad 1-juffrou het die daaropvolgende jaar die diagnose van aandagafleibaarheid vermoed en ’n volledige evaluering versoek. Dis toe dat Marcia agtergekom het dat sy as kind dieselfde toestand gehad het, maar dat dit net nooit gediagnoseer is nie.

Vandag sien sy hoe haar dogtertjie in haar vriendekring uitgesluit word en onthou sy hoe sy dieselfde beleef het. Sy sien hoe haar dogtertjie met ’n takie besig is en haar konsentrasie nie genoegsaam is om dit te voltooi nie. Sy onthou hoe sy self dikwels hieroor in die moeilikheid gekom het. Marcia was daarom van die begin af vasberade om alles te doen om haar dogtertjie te help en sy was ook ontvanklik vir medikasie as vorm van intervensie. Dit het dadelik ’n positiewe verskil gemaak en Marcia het besluit om eerlik met haar dogtertjie daaroor te wees. Sy weet presies waarom sy ’n pilletjie drink en wat aandagafleibaarheid as toestand beteken en behels.

Marcia wens wel dat die samelewing soms meer simpatie gehad het. Haar dogtertjie ontvang onderrig in ’n hoofstroomskool, maar sy sien daagliks hoe haar kind verdrink in die sisteem wat haar nie akkommodeer nie. Buiten die feit dat onderwysers nie altyd

genoegsame kennis van hierdie toestand dra nie, is die verdere realiteit een van oorvol klasse en 'n kurrikulum wat nie buigbaar is om by die kind se behoeftes aan te pas nie. Marcia het gevind dat dit daarom haar verantwoordelikheid is om te veg vir haar kind se spreekwoordelike plekkie in die son.

Sy beskou kommunikasie as 'n belangrike bepaler vir die vergestaltung van veerkragtigheid. Sy glo dat gereelde kommunikasie met haar kind se onderwyser, sowel as kommunikasie tussen gesinslede, die lewe tog makliker kan maak. Hulle praat dikwels in die gesin oor die uitdagings en frustrasies van ATHV en maak saam planne vir moontlike oplossings en omseilingstegnieke vir die dinge wat probleme veroorsaak. Sy vertel dat dit haar ook help om 'n tuisbly-mamma te kan wees, omdat dit haar in staat stel om haar kind elke dag dop te hou vir dinge wat uitdagings mag wees en dan kan sy ook daar wees om raad en leiding te gee. Marcia beskou dit as 'n manier om die lewe met ATHV vir haar dogtertjie makliker te maak as wat dit vir haar was as kind.

#### **5.2.16 Maria (Ander ma's se stryd is haar behoud)**

Maria het vroeg reeds agtergekom dat haar seuntjie se ontwikkeling verskil het van dié van sy ouer sussie. Hy het dinge anders gedoen. Hy was gedurig in sy eie wêreld. Dit was egter eers nadat sy 'n praatjie oor ATHV bygewoon het dat sy beseft het wat eintlik die probleem is. Sy het hom dokter toe geneem en die pad van intervensie het begin. Die besluit oor medikasie was vir Maria 'n moeilike keuse en dit het haar eensaam laat voel. Haar kind se onderwyser was gekant teen die gebruik van medikasie en haar man het apaties in die keuse gestaan. Maria het besluit om dit wel 'n kans te gee. Haar kind se funksionering het handomkeer verander. Sy was dankbaar.

Tog het sy vinnig uitgevind dat dit nie 'n eenvoudige pad is om te stap nie. Die samelewing beskou jou as 'n swak ma. Jou familie vergelyk jou "stout" kind met sy "soet" niggies en nefies. Ouers by die skool dink dat jy nie jou kind kan opvoed nie. Mense verstaan nie. Sy beseft dat haar kind 'n irritasie vir baie ander volwassenes is. Dit het daartoe gelei dat sy begin het om haarself, sowel as haar kind, sosiaal te onttrek. Sy het byvoorbeeld haar kind se gholf- en krieketlesse gestaak, want sy het ander ouers se reaksies gesien. Hulle het kwaad geraak as die afrigter heeltyd met haar kind moes praat, terwyl hulle ook vir die les betaal het. Of haar kind het tydens wedstryde op sy hande gestaan, terwyl hy eintlik die bal moes vang.

Sy was radeloos en sy het later die fout by haarself begin soek. Dit is waar die praatjies by een van die plaaslike skole vir haar van groot waarde was. Sy het beseft dat dit nie



haar skuld is nie. Die feite oor ATHV het haar geleer dat dit nie die skelm slukkies koffie tydens swangerskap se skuld was nie. Sy het besef hoe belangrik dit is om ingelig te wees en dat sy haar nie langer aan ander se ongegronde uitsprake en verwyte hoef te steur nie. Dit was ook by hierdie praatjies waar sy ander ouers van kinders met ATHV ontmoet het. Vandag is hierdie groep mense Maria se behoud.

Sy vertel dankbaar dat haar seuntjie maats is met verskeie van hierdie ma's se kinders. Dit maak haar lewe makliker. Sy voel ontspanne wanneer sy by hierdie mense se huise instap, want sy weet dat niemand haar daar gaan veroordeel nie. Dit help dat hulle verstaan en dat hulle op mekaar se skouers kan huil, maar ook dat hulle kan saam lag oor insidente. Sy het by hulle geleer dat humor 'n wonderlike hanteringstrategie is. Hulle leer by mekaar en ruil gereeld raad uit en almal van hulle weet – die vonkelwyn staan op ys vir die dag wanneer hul kinders matriek klaar geskryf het.

### **5.2.17 Nerine ('n Geloofstryd)**

Nerine se storie is een van 'n worsteling met medikasie en geloof. Haar eerste kennismaking met ATHV het 'n wrang smaak in haar mond gelos. Haar oudste kind is foutiewelik met hierdie toestand gediagnoseer en het gevolglik medikasie gebruik wat onnodig was. Met hierdie verwysingsraamwerk as vertrekpunt was sy geweldig skepties toe haar ander seuntjie se juffrou vermoed dat hy probleme met ATHV ervaar. Sy was oortuig dat die juffrou 'n verskoning soek om sy lyfie vol pille te stop, sodat sy nie met hom in die klas hoef te sukkel nie.

Wat vir Nerine egter nog meer ontstellend was, is dat verskillende dokters en sielkundiges se menings rakende die diagnose van haar kind van mekaar verskil het. Hoe moes sy 'n professionele mening vertrou as die kenners teenstrydige opinies gehad het? Nerine het dié keer vasgeskop teen enige voorstel vir medikasie. Sy sou enige iets doen om te verhoed dat een van haar kinders weer die slagoffer van medikasie as kitsoplossing vir gebrekkige konsentrasie is. Tog moes Nerine ingee. ATHV was 'n realiteit vir haar seuntjie.

Die diagnose van haar seuntjie het aanleiding gegee tot 'n geweldige worsteling met geloof vir Nerine. Sy het die Here vertrou om haar seuntjie te genees van hierdie toestand, maar op 'n punt moes sy erken dat hy afhanklik van onderrig in 'n spesiale skool is. Sy kon dit glad nie verstaan nie. Tog, as sy vandag terugkyk, kan sy getuig dat geloof juis 'n belangrike rol gespeel het om vir haar seuntjie die optimale ondersteuning te bied.

Sy moes leer dat sy nie omstandighede kan beheer nie en dat sy berusting moet vind in 'n hoër hand se pad vir haar seuntjie.

Ten spyte van 'n slegte ervaring met haar oudste seun se medikasie is sy vandag dankbaar dat haar ander seuntjie die geleentheid het, om juis vanweë sy medikasie, optimaal te kan funksioneer. Dit is iets wat sy net kon leer deur dit 'n kans te gee en haar vrees vir al die nuwe-effekte van, en die samelewing se negatiewe beeld oor die medikasie op sy te skuif. Alhoewel sy na baie worsteling by 'n plek van aanvaarding uitgekom het, glo sy egter steeds dat haar kind van hierdie toestand genees kan word. Dit is haar behoud en sy hou verbete daaraan vas.

### **5.2.18 Shandré ('n Verhaal van opofferinge)**

Shandré vertel 'n verhaal van opofferinge. Hulle was nog in die buurdorp woonagtig toe hul seuntjie met ATHV gediagnoseer is. Die sielkundige het verduidelik dat hy nie die mas in die hoofstroomskool sou opkom nie en dat hul hom in 'n spesiale skool sou moes plaas. Shandré was moedeloos, want dit het beteken dat sy haar graad 2-seuntjie in 'n ander dorp in die koshuis sou moes sit. Dit was vir haar moeilik met hom so ver van die huis af. Sy het vir 'n kwartaal lank elke dag gehuil en toe vir haar man gesê dat hulle 'n ander plan moet ondersoek.

Hulle het vir toe vir hom 'n geleentheid by 'n saamryklub gekry, maar dit het beteken dat hy reeds soggens voor 6:00 die huis moes verlaat en dat hy eers laat middag by die huis aangekom het. Teen daardie tyd was hy gewoonlik doodmoeg en dan moes hulle nog met sy huiswerk ook begin. Shandré vertel dat dit vir 'n uitmergelende jaar lank so aangehou het totdat hulle besef het dat dit nie volhoubaar is nie. Hulle het toe besluit dat om na die buurdorp te verhuis, die enigste uitweg was. Sodoende kon haar kind sonder addisionele stres onderrig in die spesiale skool kon ontvang.

Dit was vir Shandré 'n moeilike skuif, want dit het beteken dat sy haar ondersteuningnetwerk in haar dorp moes agterlaat. Dit was, en is, na drie jaar steeds vir haar 'n groot aanpassing. Sy het steeds nie vriendinne op die nuwe dorp nie, want met 'n kind met ATHV was daar nog nooit vir haar tyd om sosiaal te verkeer nie. Verder is sy bedags huisgebonde, omdat haar man met hul motor na die buurdorp moet ry. Hy kon na drie jaar steeds nie 'n werk in die nuwe dorp kry nie. Dit het ook groot finansiële implikasies, aangesien dit baie kilometers en brandstof in 'n maand is om elke dag heen en weer na die buurdorp te pendel.

Vir Shandré was een van die grootste opofferinge dat sy haar loopbaan moes prysgee. Sy het besef dat haar kind haar nodig het en dat sy sal moet bedank by haar werk. Sy weet egter dat sy weer eendag kans daarvoor sal kry. Sy het gekies om kinders te hê en daarom moet sy by haar kind se behoeftes aanpas. Haar uitgangspunt is eenvoudig. Sy kan kies om haar te laat onderkry deur negatiewe invloede of sy kan kies om te fokus op die oplossings eerder as die probleme. Sy kies daarom elke dag doelbewus die positiewe uitkyk. Sy vertel dat dit nie noodwendig die situasie makliker maak nie, maar dat dit vir haar 'n manier is om steeds vreugde in die dag te vind.

### **5.2.19 Sonja ('n Ouerpaar se spanpoging)**

Sonja se seuntjie het reeds in graad R “meer tyd” in sy graad ontvang omdat hy nie by die klas se pas kon byhou nie. Hy was net te besig met alles rondom hom om op sy werk te fokus. Hy was gedurig in die moeilikheid en daar was altyd kwessies met maats. Hy was egter akademies sterk en hy het in graad 1 vir al sy vakke 7's gekry. Dit beteken dat hy vir alles bo 80% gekry het. Die probleem was egter dat hy nooit sy werk kon klaarkry nie. Sy juffrou was bekommerd daarvoor en het probleme vir die toekoms voorspel. Sy het aanbeveel dat Sonja en haar man medikasie vir sy konsentrasieprobleme oorweeg.

Hulle het aanvanklik besluit om dit eers vir so lank as moontlik uit te stel. Toe hul seuntjie egter een middag begin huil omdat hy nie sy toets klaargekry het nie, het hulle geweet dat dit tyd was. Die medikasie het dadelik 'n positiewe verskil gemaak. Sonja was dankbaar en vertel dat haar kind skielik floreer het. In dieselfde asem noem sy dat dit nie beteken dat dit 'n maklike en eenvoudige pad is om te stap nie. Dit het byvoorbeeld 'n definitiewe impak op hul gesinslewe. Hul seuntjie het 'n permanente surplus van energie en almal moet probeer byhou. Hy is soggens douvoordag uit die vere en dan moet mamma of pappa hom besig hou.

Sonja en haar man moes vinnig leer hoe om planne te maak. Hulle het besef dat hul maatreëls in plek moet stel om te oorleef. Die nasorg het ook nie langer vir so 'n besige seuntjie kans gesien nie. Hulle het besluit dat Sonja by haar werk moet bedank en 'n halfdagpos moet aanvaar. Sodoende kon sy meer tyd hê om hul seuntjie in die middag te help. Dit het egter van hulle vereis om ook hul lewenstyl aan te pas. Hulle moes hul begroting drasties sny. Hulle het op 'n beloningstelsel besluit en 'n streng en vaste roetine begin volg. Hulle het onderneem om met sekere verantwoordelikhede beurte te maak, sodat elkeen van hul 'n gereelde kans kon kry om 'n blaaskans te vat.

Hulle sit dikwels saam om hul stelsel te herevalueer. Die hantering van hul kind se ATHV is 'n doelbewuste spanpoging. Albei erken dat hul kind se uitdagings op geen ander manier vir hulle hanteerbaar sou wees nie. Natuurlik is dit steeds soms moeilik, maar dan gee hulle mekaar ook die nodige ruimte sodat elkeen dit op sy eie afsonderlike manier kan uitsorteer. Sonja se raad aan ander ouers is om 'n doelbewuste plan van aksie op te stel. Dit beteken nie dat jou huishouding nie meer probleme gaan hê nie, maar wel dat dit moontlik makliker gaan wees om dit te hanteer.

### **5.2.20 Tania (Helpende hande uit die gemeenskap)**

Tania is die pleegma van ses kinders. Haar seuntjie met ATHV was nege jaar oud toe hy by haar kom woon het. Dit was twee jaar terug. Sy het op daardie stadium nog nooit van ATHV gehoor nie. Sy was aan die diepkant ingegooi en sy het gou besef dat sy hulp nodig het. Sy het by die hoof van 'n spesiale skool aangeklop in die hoop om gehelp te word. Die skoolhoof het haar voorsien van inligting oor ATHV. As sy vandag terugkyk, besef sy dat dit haar redding was.

Die skool het kontak met 'n plaaslike pediater gemaak. Daar is 'n volledige evaluering gedoen en haar seuntjie is met ATHV gediagnoseer. Die verpleegkundige by die skool was dadelik bereid om te help en sy het gereël dat Tania die nodige medikasie vir haar kind by die staatshospitaal kry. Tania was geweldig dankbaar, aangesien sy nie self die fondse vir haar kind se konsultasies en medikasie gehad het nie. Dit was 'n spanpoging van mense uit die gemeenskap wat hande gevat het om haar te help om die beste moontlike intervensie vir haar seuntjie te bied.

Tania moes gou leer hoe om met vyf ander kinders dinge by die huis in plek te stel om haar seuntjie se ATHV te akkommodeer. Sy het by die skool se ouerondersteuningsgroep aangesluit om meer te leer en uit te vind oor die hoe en die waar en die wat volgende. Hier het sy gou agtergekom dat sy nie alleen is nie. Dit was vir haar 'n tuis-koms op 'n onsekere pad. Vir haar was dit soms net die sit en luister na mense in soortgelyke situasies wat haar moed gegee het om die uitdagings wat met ATHV gepaard gaan, te kan hanteer.

Tuis moes die hele huishouding leer om aan te pas. Vandag, twee jaar later, en te danke aan 'n streng roetine en dissipline, is dinge in plek in 'n huis wat die potensiaal het om chaoties te wees met ses kinders van verskillende ouderdomme en met verskillende behoeftes. Tania het gesorg dat elkeen van die kinders die toestand verstaan en weet wanneer om die gevolge van hiperaktiwiteit te vergewe. Natuurlik raak sy moeg en

moedeloos. Sy is 'n alleenouer met baie uitdagings, maar te danke aan 'n gemeenskap wat omgee en streng riglyne in plek, sien sy die meeste dae kans om die dag met nuwe moed aan te pak.

#### **5.4 SAMEVATTING**

Die voorafgaande hoofstuk het 'n oorsig van die deelnemers se narratiewe verskaf. Dit is as 'n herstrukturering van die 20 deelnemers se narratiewe uiteengesit deur 'n opsomming van elkeen se verhaal te bied. Daar is spesifieke aandag gegee aan dit wat elke deelnemer as hul belangrikste ervaring binne die konteks van die navorsingsvrae beskou het. Dit is gedoen deur Clandinin en Connelly (2000) se driedimensionele navorsingsruimte as verwysingsraamwerk te gebruik. Hiermee is daar gepoog om 'n regmatige posisie aan elke deelnemer se unieke stem te gee, ten einde sy of haar eiesoortige belewing en ervaring van die vergestaltung van veerkrachtigheid in terme van 'n kind met ATHV, te beskryf. Die taalgebruik van die narratiewe is so na as moontlik aan dié van die deelnemers gehou. In die volgende hoofstuk sal daar 'n oorsig van die intravergelykings van die temas in die deelnemers se narratiewe gebied word.

## Hoofstuk 6

# INTRAVERGELYKINGS VAN NARRATIEWE

### 6.1 INLEIDING

Die data wat uit die deelnemers se narratiewe gegengereer is, word in twee onderskeie afdelings uiteengesit. In hoofstuk 5 is daar 'n opsomming van elke deelnemer se narratiewe gebied. Dit het die leser die geleentheid gegee om 'n oorsig van die belangrikste aspekte van die individuele deelnemers se narratiewe te bekom. Soos reeds bespreek, is die samestelling van die narratiewe teen die agtergrond van Clandinin en Connelly (2000) se driedimensionele navorsingsruimte gedoen. Dit beteken dat dimensies soos (1) temporale tydsrame (kontinuiteit tussen die verlede, hede en toekoms), (2) persoonlike en sosiale interaksie, asook (3) fisiese plekke en verskillende kontekste deurlopend in aanmerking geneem is.

In die betrokke hoofstuk sal daar 'n bondige samevatting aangebied word van die intravergelykings van temas wat uit die verskillende deelnemers se narratiewe geïdentifiseer is. Dit sal vervolgens teen die konteks van ouers se belewing van 'n kind met ATHV, asook hul ervaring van die vergestaltung van veerkragtige ouerskap binne hierdie konteks, afgegrens word. Amartya Sen se bekwaamheidsteorie (*capability theory*) soos dit in hoofstuk 2 (afdeling 2.2.7) bespreek is, word as raamwerk vir hierdie ondersoek gebruik en sal deurlopend as 'n riglyn in gedagte gehou word. Laasgenoemde het my toegelaat om op die hulpbronne, individuele, sosiale, sowel as oorsaaklikheidsfaktore van die deelnemers se stories te fokus (Mitra, 2006).

### 6.2 INTRAVERGELYKINGS VAN TEMATIESE ANALISE

Hierdie afdeling bied 'n beskrywing van die intravergelykings van die tematiese analise van die deelnemers nadat daar dieper in hul stories gedelf is. Uit die deelnemers se mededelings blyk dit dat die proses van diagnose en behandeling, die gesinsdinamika rondom hul kind se toestand, die invloed van 'n skoolsisteem, die waarde van hul ondersteuningstelsels, asook die samelewing se persepsie van ATHV, vir hulle belangrike raakpunte in hul belewing van 'n kind met ATHV in hul middelkinderjare is. Die doel van hierdie bespreking is daarom om die deelnemers se unieke stemme te hoor aangaande hul eiesoortige belewing, maar ook om meer uit te vind oor hul ervaring van die vergestaltung van veerkragtigheid as ouers van kinders met ATHV.

## 6.2.1 Die proses van diagnose en behandeling

### 6.2.1.1 Die diagnoseproses

“Hoe sal ek dit nou stel? Toe my seuntjie klein was, so twee jaar oud, het ek agtergekom hy is besiger as ander kinders” (Sonja: 1–2). Elke ouer se verhaal het ’n duidelike beginpunt in herinnering geroep – sommige s’n vroeër as ander. Die proses van diagnose het vir baie van die deelnemers begin nadat hul kinders reeds begin skoolgaan het. Vir deelnemers is die tipiese aanvang van die diagnoseproses ’n onderwyser wat bekommerd was omdat hul kind sukkel om in die klas te konsentreer. ’n Evaluering is aangevra om vas te stel wat die rede vir die konsentrasieprobleme of hiperaktiewe gedrag is en daarna is ’n diagnose gemaak. Die verloop hiervan was egter vir die meeste van die deelnemers nie ’n eenvoudige proses nie.

Die meeste ouers se kennismaking met ATHV was aanvanklik een van **onkunde** en **ontkenning**. Vir sommige ouers was die rede hiervoor dat hul geen verwysingsraamwerk gehad het om dit teen te meet nie. Dit verwys veral na die geval van ouers van oudste seuntjies in die gesin. Ouers het hulself getroos dat seuntjies mos maar besig is. In sommige gevalle was dit selfs die juffrou se vertrekpunt vir haar trooswoorde aan ’n ouer. Ander ouers erken dat hul voor hul kind se diagnose nog nooit van ATHV gehoor het nie en dat hul geen kennis van hierdie toestand gedra het nie. Volgens ’n paar deelnemers was dit juis die rede agter ’n **ingewikkelde diagnoseproses**.

Ouers se onkunde het daartoe aanleiding gegee dat die aanvanklike fokus eerder op **geassosieerde toestande** was. Verskeie ouers het berig dat hul kinders lae spiertonus<sup>3</sup> gehad het en sensories sensitief<sup>4</sup> was. Dit het daartoe gelei dat die intervensies onsuksesvol was, omdat hulle nie die ATHV aangespreek het nie. Vir ander ouers was dit moeilik om te bepaal of hul kinders probleme met ATHV ervaar en of hul bloot besig en bedrywig is. Wat bygedra het tot die **verwarring**, is dat professionele opinies oor die diagnose ook verskil het. “Ons was by ortopede, ons was by fisio’s. Ons was oralste gewees” (Nanje: 3). “Die een sê so en die ander sê sus” (Nerine: 32). Die groot kopseer is dat elke professionele opinie geld kos en dat dit bydra tot addisionele stres en ’n warboel

---

<sup>3</sup>Spiertonus verwys na die mate van spanning wat teenwoordig is wanneer ’n spier in ’n rustoestand is. Tipiese spiertonus is ferm. ’n Kind met lae spiertonus, oftewel hipotonie, kom slap en lomp voor. Dit is vir hom of haar inspannend om konstant teen swaartekrag te beweeg en daarom vir lank ’n posisie te handhaaf, soos byvoorbeeld om regop te sit (Peske & Biel, 2005, p.175).

<sup>4</sup> Sensoriese sensitiwiteit word gekenmerk deur ’n oormatige of oordrewe reaksie op sensoriese stimuli wat nie as bedreigend of skadelike deur tipies ontwikkelende kinders beskou word nie (Schaaf, Schoen, Roley, Lane, Koomar & May-Benson, 2010, p.99).

van emosies wat met die diagnosering van hierdie toestand gepaard gaan. Dit gee dus ook aanleiding tot 'n emosionele beleving van die diagnose.

### **6.2.1.2 Die beleving van emosies**

Vir verskeie ouers was die diagnose van hul kind 'n **emosionele ervaring**. Hetta verwoord dit soos volg:

“Daar pak die sielkundige die hele storie van ATHV voor ons uit en ek huil en huil en huil. Jy hoor al hierdie dinge van jou kind wat jy nooit geweet het nie en waarop jy nie voorbereid was nie. En jy sit daar en dink – hoe gaan ek hierdie pad loop? Maar ek het nie gevra nie. Ek was te geskok” (58–61).

Verskeie ander ouers het ook die diagnose as 'n **skok** beleef. Leandi raak emosioneel wanneer sy vertel: “Dit was 'n skok. En veral omdat ek soveel goed gehoop het vir my seuntjie. Soveel drome gedroom het vir hom. En toe is daar fout met hom” (Leandi: 21–22).

Elaine beskryf dit as 'n **teleurstelling**: “Dit breek jou as ouer van binne af, want dis nie wat jy vir jou kind wou hê nie” (17–18). Vir Jan was die teleurstelling dat dit sy seun is en hy het gedroom dat sy seun 'n “tawwe tienie” (13–14) sou wees. Nou is hy 'n dromer en Jan moet vrede maak daarmee. Met die diagnose het Lorraine (22–24; 28–29) se **hartseer** daarin gelê dat haar seuntjie nou 'n pilletjie nodig het om te kan funksioneer. Medikasie het dus vir sommige ouers bygedra tot die emosionele beleving van die diagnose.

### **6.2.1.3 Die emosionele keuse en beleving ten opsigte van medikasie**

Dit was duidelik dat die gebruik van medikasie 'n groot rol in die beleving van die diagnose in byna al die deelnemers se verhale gespeel het. Die meeste ouers het die keuse om medikasie vir hul kind te gee as 'n **sielewroeging** beskou. Volgens Maria was “die **keuse 'n krisis**.” Sy vertel: “Die potjie pille het 'n week in die huis gelê wat ons nie kon besluit of ons dit moet gee nie” (58–59). In Cindy se woorde was “Ritalin 'n vloekwoord. Dit was gif. Die hele vakansie het ons redeneer. Kan ons dit vir ons kind gee? Op die internet word jy gekonfronteer met soveel negatiewe goed” (26–28; 30).

Uit die onderhoude was dit duidelik dat die internet en **sosiale media** bydra tot die **stigma** rondom medikasie vir kinders met ATHV. Lizelle verduidelik dat “dit baie moeilik is om verby sosiale media te kyk, want dit laat voel jou of jy besig is om jou kind dood te maak met dit wat jy vir hom gee” (107–109). Die stigma wat aan medikasie vir ATHV kleef,



waarsku ouers om weg te bly van hierdie opsie as intervensie. Dit kompliseer egter die lewe vir hierdie ouers. Cindy verduidelik hoe sy elke dag twintig kilometer skool toe moes ry om self haar kind se medikasie gedurende pouse vir hom te gee. Dit bloot omdat sy onderwyser gekant was teen die gebruik daarvan. Die gevolg van hierdie stigma is dat ouers soos Sonja steeds **swyg** oor haar kind se gebruik van medikasie (36–37).

'n Verdere implikasie vir ouers se eerste tree op die pad na medikasie, is om die regte **dosis** vir hul kind te vind. Cindy vertel van 'n emosionele ervaring toe hul seuntjie 'n oordosering met die eerste voorskrif gehad het:

“Mense dink jy maak 'n grap, maar as my kind op daardie stadium 16 was, het hy daardie dag sy polse gesny. Hy het in sy kamer onder die bed weggekrui. Hy wou niemand sien nie. Hy wou nie hier wees nie. Hy was maar vyf. Ek het dadelik die pille in die toilet afgespoel” (36–38).

So vertel verskeie ander deelnemers van die stryd om die regte dosis te kry – van die nuwe-effekte met elke aanpassing tot die **finansiële implikasie** van aanhoudende en herhaalde doktersafsprake en die gepaardgaande verlies aan inkomste of verlot.

Die doktersafsprake het ook verdere implikasies. Liezel se groot kopseer is dat mediese fondse oor die algemeen nie ATHV as chroniese toestand erken nie en daarom ook nie betaal vir die mees effektiewe medikasie vir haar kind nie. Hulle is daarom genoodsaak om die medikasie te gebruik wat wel deur die fonds betaal word. Tania se probleem is soortgelyk. Sy is afhanklik van staatsvoorsiening vir haar kind se medikasie, maar die staatshospitale verskaf egter nie Concerta® nie en Ritalin® akkordeer nie met haar kind nie. Kara se uitdaging rondom medikasie is om as enkelouer een keer 'n maand verlot te moet neem om haar kind se medikasie by die staatshospitaal te kry. Die proses is **tydrowend**, want in haar woorde is dit “'n heeldagsitstorie” (70).

Hoewel die deelnemers oor die algemeen bekommerd is oor die **nuwe-effekte** van hul kind se medikasie, het dit aan die lig gekom dat 'n paar ouers spesifiek geraak word deur die onderdrukking van hul kind se eetlus. Marcia vertel hoe sy so desperaat was dat haar kind iets moet eet, dat sy haar dogtertjie toegelaat het om van gemorskos te leef. Vandag is sy spyt dat niemand haar daarteen gewaarsku het nie, want nou weier haar kind enige ander kos. Die uitdagings van die diagnose van ATHV is dus nie eenvoudig nie en strek ook verder as wat 'n mens sou verwag.

### 6.2.1.4 Die uitdagings van die diagnose

Ouers se uitdagings rakende hul kind se diagnose blyk divers te wees. Die nagmerrie van die diagnose het vir verskeie deelnemers in die verlies van hul **loopbane** gelê. Shandré en Cindy vertel hoe hul genoodsaak was om te bedank omdat hul kinders hul voltydse aandag by die huis geverg het. Dis steeds vir hulle 'n groot frustrasie. Ander deelnemers, soos Kara, vind dit weer moeilik om voltyds te moet werk en dan genoeg tyd te hê om na haar seuntjie se spesifieke behoeftes om te sien. Dan was daar ouers wie se bekommernis eerder by hul kind se toekomstige loopbaan lê. “Jy *worry* vooruit. Jy *worry* oor wat hy gaan doen as hy groot is. Gaan hy kan *college* toe kan gaan en op sy eie *cope*?” (Sonja: 168–170). “As hy groter is, wat gaan hy met sy lewe doen?” (Cindy: 102). Of ouers bekommer hul selfs net oor of hul kind onafhanklik gaan kan funksioneer: “Ek wonder baie wat van hom gaan word. Gaan hy 'n vrou kan vat of gaan ek vir ewig agter hom moet kyk en hom help?” (Ester: 74–76).

Ester verduidelik dat die bekommernisse van 'n ouer van 'n kind met ATHV nooit ophou nie. “Jy *worry*. Jy *worry* dag en nag. Jy *worry* oor als” (102–103). Leandi en Liezel se wakkerlê nagte is grotendeels oor wat gaan gebeur as hul kinders adolessente word en die groepsdruk toeneem. Die **impulsiwiteit** van hul kinders is vir hulle 'n groot bekommernis. Sonja se groot bekommernis is dat haar kind dalk so ongelukkig is vanweë die uitsluiting wat hy as gevolg van sy toestand ervaar, dat hy selfdood mag oorweeg. Sy is verder bekommerd omdat sy onkundig en onbevoeg voel om vir haar kind die ondersteuning en hulp te bied wat hy nodig het.

Ouers soos Ester erken dat hulle nie self die vermoë het om hul kind die nodige ondersteuning te bied nie. Maria beskou die balans tussen ondersteuning en om haar kind selfstandigheid te leer as haar grootste uitdaging. Marcia voel dat **tegnologie** 'n groter impak op 'n kind met ATHV het as wat die wêreld dink. “Met tegnologie moet alles *instant* wees. Daar is nie tyd vir beplan en om dinge in oorweging te neem nie. Vir 'n ouer van 'n kind wat 'n dromer is, is dit 'n nagmerrie” (260–261). Tog het die diagnose van ATHV vir baie ouers nie noodwendig 'n negatiewe implikasie nie.

### 6.2.1.5 Die diagnose bring verligting en perspektief

Janine beskou die diagnose as 'n positiewe beleving, aangesien dit haar in staat stel om haar kind te **help**. “Vandag is daar mense wat kan help, omdat hul weet jou kind is nie dom omdat hy ATHV het nie” (85–86). Vir Jan en Nanje was die diagnose 'n **verligting**. Hul kon nooit hul kind se optrede verstaan nie. “Ek was soms in trane omdat ek nie kon verstaan waarom hy nie sy samewerking kan gee nie. Dis nie meer so nie. Nou weet ek

en verstaan ek” (75–76). Jan lig ook die positiewe waarde van ’n vroeë diagnose uit en voel dat dit hulle toegelaat het om **skade te voorkom**. Dit stel hulle in staat om hul kind meer effektief en ingelig te ondersteun.

Beide Marcia en Maria se mening is dat die diagnose daartoe bygedra het dat hulle **empatie** met ander mense in dieselfde situasie ontwikkel het – “jy wil help, want jy ken die pad en jy weet wat dit behels” (Maria: 147–148). Op hierdie wyse word daar bygedra tot ’n **sosiale ondersteuningsnetwerk** van ouers van kinders met ATHV en dit help ouers om mekaar se las te dra. Vir Maria stop dit egter nie hier nie. Sy verduidelik dat sy deur hul eie beleving van die diagnose nou geroepe voel om te veg vir kinders wat as gevolg van ATHV geëtiketteer word en sodoende ook bewustheid oor die toestand te kweek.

Hoewel sommige deelnemers die diagnose as ’n skok en teleurstelling beskryf het, voel verskeie ouers dat die verloop van **tyd** hulle gehelp het om die situasie beter te hanteer. Tania is van mening dat haar gesin nou na vier jaar die toestand verstaan en weet hoe om op die mees gepaste wyse op te tree. Sonja vertel dat die verloop van tyd haar in staat gestel het om vandag te kan lag oor sekere insidente. Liezel meen weer dat sy mettertyd geleer het watter intervensiestrategieë vir haar kind werk en vir Janine het die verloop van tyd gehelp om ’n beter begrip van haar kind se toestand te kry.

Vir deelnemers soos Nerine het al die tyd wat sy tuis saam met haar kind kon deurbring haar begrip van die toestand verbeter. Haar oortuiging is dat sy haar kind beter verstaan omdat sy ’n **stay-at-home mom** kan wees (104–105). “Ek weet nie wat van my kind sou word as ek van 08:00–17:00 moes werk nie” (117). Verskeie ouers het beaam dat hul dankbaar is vir die voorreg om by die huis te kan wees om hul kind te help en te ondersteun. Selfs Cindy, vir wie dit ’n groot verlies is om nie te kan werk nie, erken dat dit haar help om ’n tuisbly-mamma te wees (179). Vir Marcia lê die genade van ’n tuisbly-mamma wees daarin dat dit haar in staat stel om die effek van die medikasie op haar kind te kan dophou en monitor.

Ten spyte van die aanvanklike negatiewe beleving van baie ouers ten opsigte van medikasie, het die deelnemers aan die lig gebring dat die **medikasie** tog ook hul grootste behoud is. Lorraine kon nie die positiewe uitwerking van medikasie op haar seuntjie glo nie. “Ek het sommer hier gesit en huil die Sondagoggend, want ek sien toe wat gebeur as hy die pilletjie in het. Goed wat hy nooit kon doen nie” (24–26). Lizelle vertel hoe dit haar ook help.

“Ek weet nie waar ek vandag sou wees as dit nie vir die pilletjies was nie. Ek wens alle ouers wat twyfel oor medikasie wil met my kom praat en hoor watse positiewe uitwerking dit regtig op jou kind het” (95–98).

Marcia se woorde was:

“Ek het gehuil toe ek my kind op medikasie sien, want toe besef ek hoe sy voor dit ‘gesuffer’ het. Medikasie is vir my seker die grootste deurbraak in die verhaal” (273–275).

Vir verskeie ouers was die deurbraak egter die dag toe hul in staat was om hul kind se toestand te aanvaar. Leandi vertel dat **aanvaarding** vir haar ’n absolute voorvereiste was om te kan vrede maak met die situasie. Janine verduidelik, “hoe gouer jy leer om dit te aanvaar, hoe gouer kan jy kalm raak in jou binneste” (114–115). Vir Cindy het aanvaarding gekom deur ’n **rouproses** te volg. Heleen beaam dat sy en haar man nie met iemand daarvoor kon praat voor hulle nie deur hul eie rouproses gewerk het nie. Uit die deelnemers se mededelings kom dit dus voor dat die aanvaarding van hul kind se ATHV hul ervaring en emosies rondom die toestand positief beïnvloed het en sodoende bygedra het tot die vergestaltung van veerkrachtigheid om die situasie te hanteer.

## 6.2.2 Ouers se algemene ervaring en emosies

### 6.2.2.1 Die emosionele beleving van ouers

Die beleving van ’n ouer van ’n kind met ATHV eindig nie na die diagnose nie. Dit is eerder ’n aanhoudende en voortdurende proses wat daagliks verskeie intense ervarings en emosies impliseer. Uit die onderhoude was dit duidelik dat die deelnemers byna almal een beleving in gemeen het. Hulle is **moeg**. In Ester se woorde: “Moeg, moeg, moeg” (95). Drie keer. Presies net soos Elaine (66) en Sonja (87) dit gestel het. Hulle is sielsmoeg. Ester verduidelik dat die energie wat haar kind met ATHV verg net eenvoudig te veel is. Sy moet soggens 04:00 opstaan om 06:00 by haar werk te wees. Wanneer sy laatmiddag tuis kom, verg haar kind al haar aandag. “Jy wonder of dit ooit gaan ophou. Jy wil soms net ’n *break* hê. Iemand wat kan kyk en help” (95–96).

Antas vertel dat sy op ’n stadium so moeg was, dat sy nie meer objektiewe besluite vir haar kinders se eie beswil kon neem nie. Haar hele wese het na kortpaaie begin soek. Haar jonger tweelingseuns se onderwyser het voorgestel dat sy hulle die volgende jaar in aparte klasse moes laat sit. Die onderwyser het op daardie stadium gevoel dat dit emosioneel vir hulle die beste sal wees. Hoewel sy geweet het dat dit tot hul voordeel sou

strek, het sy nie kans gesien nie, want sy het besef dat dit nog ekstra tyd en energie – krag wat sy nie het nie – van haar gaan verg. Haar seuntjie met ATHV het reeds soveel van haar energie geëis.

Vir Lorraine is dit die voortdurende konflik wat haar uitput. Sy vertel dat haar kind gefrustreerd is omdat niemand hom verstaan nie en hoe hy alle frustrasies saam huis toe bring. Dit lei dan tot gedurige konflik omdat hy gefrustreerd en gevolglik ook ongeduldig is. Dit put haar emosioneel uit. Liezel se groot uitdaging is om die pas vol te hou met twee hiperaktiewe dogtertjies in die huis. “Jy moet byhou en partykeer kan ek net eenvoudig nie meer nie” (52–53). Nanje vertel hoe sy tot breekpunt gedryf word omdat haar seuntjie nie sy samewerking kan gee nie. Sy weet dat daar ’n verskil tussen ongehoorsaamheid en aandagafleibaarheid is, maar soms is sy net te moeg om die onderskeid te kan, of soms selfs te wil, tref. Huiswerk bly vir haar ’n groot uitdaging. Sy besef dat haar seuntjie se aandag dwaal en dat dit vir hom moeilik is om stil te sit en huiswerk te doen wat hom glad nie interesseer nie, maar dit bly steeds vir haar moeilik om elke dag te moet soebat en smee dat hy sy samewerking gee wanneer hulle huiswerk doen. Lizelle, nes Hetta, is moeg van ’n juffrou wat haar aanhoudend inroep omdat haar seuntjie voortdurend in die moeilikheid is. Sy self weet nie meer wat om vir die onderwyser te sê nie.

Shandré het twee kinders met leerhindernisse en vertel dat sy so moeg is dat sy nie meer weet hoe om haar aandag tussen hulle te verdeel nie. Casper voel daar is dae wat hy self nie meer weet watter kant toe nie. Sy kind se juffrou is radeloos met hom en hy het ook nie antwoorde nie. Kara vertel dat daar dae is wanneer sy net eenvoudig wil weghardloop. Die eise van ’n kind met ATHV raak net te veel vir haar en dit laat haar magteloos voel. **Magteloosheid** blyk egter ’n algemene ervaring vir die ouers te wees. Ester se hande voel afgekap omdat haar kind geen maats het nie. Ook omdat haar kind so baie in die moeilikheid is en sy hom nie oral kan oppas nie. En dit gee onder andere aanleiding tot ’n rits ander frustrasies.

Casper bieg dat sy **frustrasies** soms die oorhand kry:

“Jy voel later jy gaan van jou kop af raak. Ek het al een oggend ’n gat in die sifdeur geslaan. Ek het geweet dis óf die deur óf my kind. Nie omdat ek in geweld glo nie. Ek was net op breekpunt. Soms kan jy net nie meer nie” (61–64).

Alhoewel die meerderheid ouers se beleving van medikasie positief is, beteken dit nie dat daar nie frustrasies is nie. Cindy se frustrasie lê by soggens wanneer haar seuntjie se medikasie nog nie werk nie, want alles neem langer en sy moet hom betyds by die skool kry.

Frustrasies kom egter nie sonder **skuldgevoelens** nie. “As jou kind faal, voel dit jy faal. Jy faal as ouer en jy voel permanent skuldig, want dalk was daar iets beter waarmee jy jou kind kon help of vir haar *skills* geleer het of iets anders vir haar modelleer het” (Marcia: 263–264). So verskil die frustrasies van ouer tot ouer. Heleen en Kara voel skuldig omdat hul kind in ’n spesiale skool is. Daarbenewens voer Heleen ’n permanente gewetenstryd omdat sy vir haar kind medikasie gee. Marcia wroeg met haarself omdat sy soms toelaat dat haar kind met lekkernye oortree wat suiker en kleurmiddels bevat en Nanje vind dit moeilik om met haarself vrede te maak omdat sy so kwaai was met haar seun voordat sy geweet het dat hy probleme met aandagafleibaarheid het.

Hieruit kan afgelei word dat dit nie net vir ouers van kinders met ATHV moeilik is nie, maar dat dit ook ’n **emosionele pad** is. Hierdie afleiding is bevestig toe die meerderheid van die deelnemers op een of ander stadium van hul onderhoud ’n emosionele beleving gehad het. Heleen praat prontuit daaroor. “My storie – dit maak my elke keer hartseer. Dis altyd trane” (1–3). Louise se storie begin met: “Ek het al trane en trane en trane gestort” (1), en Shandré vertel: “Soms raak dit te veel. Dan gaan jy badkamer toe, trek die deur toe en huil jou uit” (74–75). Dit is dus ook ’n eensame pad om te stap.

Volgens Leandi “gaan niemand ooit 100% verstaan waardeur jy gaan nie” (18). Esmerelda se beleving is ook dat dit ’n **alleenpad** is. “Jy kan vir niemand verduidelik nie. Hulle verstaan nie” (90). Vir Cindy en Nerine lê die eensaamheid daarin dat hul mans lang ure werk en dat hulle daarom voel asof hulle die swaarkry alleen moet dra. Heleen verduidelik dat sy die heelyd voel of sy van niemand ondersteuning ontvang nie en Ester se stem breek as sy vertel: “Jy kry skaam en jy is op jou eie. Jy kry alleen swaar en jy voel eensaam” (85). Tog is daar ouers wat melding maak van sekere belewings, emosies en strategieë wat hul alleen deurmaak wat hul help om die pad makliker te stap. Die waarde van ’n positiewe ingesteldheid blyk een daarvan te wees.

### **6.2.2.2 Die waarde van ouers se ingesteldheid**

Verskeie deelnemers vertel hoe hul ingesteldheid hul beleving van die situasie beïnvloed. Shandré se uitgangspunt is soos volg:

“Ek kan in ’n bondeltjie gaan sit en huil elke dag, of ek kan raaksien watse pragtige kind die Here vir my gegee het. Ek sien hom nie as ’n kind met ATHV nie. Ek sien hom as ’n kind wat my nodig het” (99–102).

Vir Elize is dit eenvoudig – dis ’n persepsie in jou kop wat moet verander. Sy verduidelik: “Jou ingesteldheid as ouer is seker die heel belangrikste. Dis jou **keuse** – wil jy dit

negatief ervaar of wil jy dit positief ervaar?” (238–240). Marcia stem saam met hierdie benadering en glo dat krisissituasies in leergeleenthede omskep moet word. Dit beteken nie dat dit eenvoudig en maklik is nie. Dit impliseer steeds dat hul ideale en verwagtinge van hul kind aangepas moet word. Die verskil is egter dat hulle, ten spyte daarvan, steeds daaglik besluit om ’n positiewe ingesteldheid te kies. In die praktyk beteken ’n **positiewe ingesteldheid** vir Casper om, ondanks die diagnose, sy seuntjie as normaal te sien.

Antas beklemtoon die waarde van **dankbaarheid** om positief te kan bly. Vir haar help dit om gereeld lysies te maak van die eenvoudige vreugdes waarvoor sy dankbaar is. Sy verwys onder andere na ’n toets waarin haar kind presteer het, ’n gesellige middag saam met haar kinders of haar tuin wat in die lente begin blom. Wanneer sy doelbewus fokus op die dinge waarvoor sy dankbaar is, help dit haar om haar perspektief omtrent haar omstandighede te verskuif na ’n positiewe ingesteldheid.

Shandré voel dat haar **geloof** haar help om op positiewe gedagtes te fokus. Dit uit die onderhoude geblyk of dit vir baie deelnemers juis hul geloof is wat bydra tot die vergestaltung van veerkragtigheid. Nege deelnemers het vertel dat hul geloof vir hulle ’n anker is. ’n Menigte ouers het veral die krag van gebed uitgesonder. So vertel Nerine byvoorbeeld dat sy vanaf haar kind se diagnose in absolute afhanklikheid en op haar knieë leef. Elize meen, “mens het sommige dae niks anders om aan vas te hou nie” (250). Vir Leandi help dit om te glo dat sy spesiaal gekies is om so ’n energieke kind groot te maak, omdat die Here geweet het sy is sterk genoeg daarvoor. In die lig hiervan kan daar aangevoer word dat elkeen van hierdie deelnemers se positiewe interpretasie van hulle omstandighede hulle help om elke dag met hul uitdagings saam te leef.

Binne hierdie konteks wil dit voorkom of geloof en **hoop** vir sommige van die deelnemers hand aan hand gaan. Vir Nanje beteken hoop dat haar kind se simptome van ATHV mettertyd sal minder word totdat hy eendag “sonder” ATHV sal kan leef. Cindy verwys na hoop as die oortuiging dat die hantering van die daaglikse uitdagings makliker sal raak vorentoe. Binne hierdie konteks verduidelik Maria dat hoop ’n mens se gemoed ophelder en op so ’n wyse bydra tot die suksesvolle hantering van uitdagings. Iets soos ’n positiewe opmerking van ’n onderwyser oor haar kind kan haar laat glo dat die prentjie eendag gaan anders lyk. Sy lig ook die waarde van **humor** op die pad met ATHV uit. Vir haar help dit om saam met ander ma’s van kinders met ATHV oor insidente te kan lag.

Shandré ondervind dieselfde verligting van stres wanneer sy met haar seuntjie kan grappies maak: “Mens moet die humor in jou kind se situasie kan raaksien, anders gaan dinge baie donker word” (105–106). Marcia vertel:

“Ons kan saam lag en dit maak dit makliker. Ek sê altyd vir haar sy kan nie skelm wees nie, want ek sien haar hele *trail*. Sy is a *dead give away*, want selfs as sy lekkers gesteel het, vergeet sy om die lekkerpapiere weg te gooi. Amper soos Hansie en Grietjie – sy los altyd ’n spoor. Ons lag baie lekker daaroor” (50–52).

Vervolgens word ’n oorsig van die hanteringstrategieë wat ouers in plek stel, gebied.

### 6.2.2.3 *Hanteringstrategieë wat bydra tot die vergestaltung van veerkrachtigheid*

Die afleiding wat uit Shandré se stelling oor humor gemaak kan word, is dat dit belangrik is om jousef te omring met mense saam met wie jy kan lag oor die uitdagings van die lewe. Volgens die deelnemers is die teenoorgestelde egter ook waar – as jy wil oorleef op die pad met ’n kind met ATHV moet jy jousef distansieer van mense wat krities oor jou omstandighede is. Leandi se raad is op die man af: “**Vermyn vriende en familie wat negatief is** oor ATHV. Jy het nie sulke mense in jou lewe nodig nie” (7). Elize stem saam dat dit help om jousef te distansieer van die samelewing se negatiewe persepsies van ATHV. Vir haar is dit ’n besluit wat sy daagliks moet neem wanneer sy kritiese aanmerkings hoor. Aan die anderkant is Nanje se mening dat ’n mens juis na ander moet uitreik en moet poog om ’n positiewe verskil in hulle lewe te maak. Elaine se siening is in lyn hiermee. Sy vertel dat hulle as gesin betrokke is by liefdadigheidsorganisasies en dat **uitreikaksies** jou eie probleme in perspektief stel en jou laat beter voel.

Leandi voel egter dat dit die beste medisyne is om na jousef te kyk en met iemand te gaan **gesels**. “Iewers gaan jy oorweldig word. Gaan gesels met ’n sielkundige of huisdokter en vra vir hulp” (62–63). Sonja reken dat dit noodsaaklik is om oor teleurstellings op jou pad te praat en Elaine beskou dit ook as die beste terapie wanneer dinge te veel word. In die lig hiervan stel Leandi voor dat die luisteraar iemand moet wees wat regtig verstaan en Sonja vind dit van waarde om met iemand te gesels wat self die pad van ’n kind met ATHV ken. Dus is dit vir haar lonend om met ’n ander ouer van ’n kind met ATHV in haar kind se klas te gesels.

Liesel se manier om na haar eie emosionele welstand om te sien, impliseer dat sy haarself distansieer:

“So een keer ’n maand, as ek net nie meer kan nie, dan klim ek in my kar en ek ry. My kinders weet – los my net ’n bietjie. Dan gaan sit ek êrens en gaan drink koffie of ek sit in my kar en huil of skree of doen wat ek moet doen en dan gaan ons weer aan” (56–57).



Elaine volg dieselfde benadering: “Gaan uit. Iewers moet jy ’n **blaaskans** vat. Gaan hou ’n *girls’ night*. Net dat jy bietjie jy kan wees. Net om uit daai donker gat te kom en weer lig te sien” (142–144). Kara glo ook dat dit haar behoud is om naweke uit te kom, selfs al behels dit net om ’n entjie te gaan stap.

Daar is ook verskeie ander hanteringstrategieë wat die deelnemers gebruik om die vergestaltung van veerkragtigheid te bevorder. Elaine vertel hoe sy ’n **plakboek** van haar kind se vordering het en wanneer sy mismoedig raak, blaai sy deur die boek en sy kyk na alles wat hulle reeds bereik het. Sy voel weer bemoedig as sy ou rapporte en prysuitdelingsertifikate sien. Elaine word ook opnuut bewus van hoeveel haar kind emosioneel gegroei het wanneer sy na haar dogtertjie se ou kinderpartytjiefoto’s kyk en besef hoe min selfvertroue sy in die eerste jare van hul pad met ATHV gehad het.

Nanje vertel dat sy **huiswerkhulp** vir hul kind gekry het, aangesien dit vir haar ’n hemelsbreë verskil maak. Op hierdie wyse hoef sy en haar seuntjie nie meer te baklei as hy nie lus is vir huiswerk nie en haar geduld min is. Wanneer sy huiswerk klaar is, kan hulle eerder hul tyd en energie bestee aan dinge wat bevorderlik is vir hul verhouding, soos speelyd in die tuin. Maria vind haar behoud in **oefening** by die gimnasium en vir Janine is dit om **tyd aan haarself** toe te wy deur iets so eenvoudig soos om ’n sigaret te rook. Marcia se grootste oorwinning is die dag toe sy besef het dat dit beter is om konflik oor klein goedjies in hul huis te laat vaar. In die lig hiervan is dit duidelik uit die deelnemers se mededelings dat ATHV ook ’n groot invloed op gesinsdinamika het.

## 6.2.3 Die invloed van ATHV op die gesinsdinamika

### 6.2.3.1 Die invloed van die uitgebreide familie

Die konsep gesin impliseer vir verskeie van die deelnemers ’n uitgebreide familie-opset. Wanneer daar dus na gesinsdinamika verwys word, beteken dit dat grootouers dikwels ook by hierdie konsep ingesluit is. Vir die doeleindes van hierdie bespreking verwys heelwat van die deelnemers ook na hul belewing van die invloed van hul eie broers en susters en húl kinders. Daar was verskeie deelnemers wat gemeld het dat hul uitgebreide familie vir hulle ’n **bron van stres** is. Hierdie stres is hoofsaaklik te wyte aan familieledes wat kinders se gedrag of selfs die ouers se hantering daarvan veroordeel. Gevolglik kan daar selde in ’n ontspanne atmosfeer gekuier word. Nerine skryf haar familie se **kritiek** teen hul kinders toe aan hul onkunde oor ATHV. Heleen se belewing is dieselfde: “Hul weet eintlik glad nie wat dit is en hoe swaar mens kry nie” (89). Maria vertel dat daar gedurig **konflik** in hul familie ontstaan oor haar “stout” kind en Leandi meld dat hul familie

haar kind se gedrag gedurig vergelyk met dié van haar niggies en nefies wat nie aandagafleibaar en hiperaktief is nie.

Tog beskou baie deelnemers hul familie as 'n groot bron van veerkrag. Marcia en Liezel beskou albei hul eie ma's as 'n groot bron van **ondersteuning**. Lizelle is veral dankbaar dat haar ma haar kan help om middag na die kinders te kyk en hulle met huiswerk te help. Cindy vertel dat haar skoonma inwonende koshuismoeder by 'n skool vir kinders met spesiale behoeftes was en dat haar **raad en leiding** die lewe vir haar makliker maak. Antas se eie ma het destyds by 'n spesiale skool gewerk en haar **kennis** kom daarom handig te pas. Daarmee verwys sy veral na kennis in terme van ondersteuning met die kinders se huiswerk. Dit is ook van groot waarde dat haar ma verstaan hoe ATHV haar kind emosioneel beïnvloed en dat dit daarom belangrik is om hom ekstra geborge in die familie en direkte gesin te laat voel.

### **6.2.3.2 Die invloed binne die direkte gesin**

Tog strek die invloed van 'n kind met ATHV veel dieper as die uitgebreide familiesisteem. Volgens Elize vereis dit van die hele gesin om sekere **aanpassings** te maak. Lorraine verduidelik dat dit aanleiding gee tot gereelde konflik in die huis, veral as dit saans by huiswerk kom. Almal is dan moeg, insluitend die kinders. Kinders met ATHV neem lank om huiswerk te doen of is bloot glad nie lus daarvoor nie. Beide die ouer en kind se geduld word daardeur beproef. Dit is dan die ouer se taak om die konflik te bestuur. Sonja se grootste kopseer is dat hierdie konflik 'n negatiewe invloed op die verhouding tussen ouer en kind het. Die hele gesin moet byhou by die kind se pas van min slaap en 'n surplus energie. Dit maak almal moeg en geïrriteerd en die ouer moet dan die **vrede bewaar**.

Dit blyk of 'n ouer se grootste bekommernis binne die direkte gesin soms die **verdeling van aandag** tussen al die boeties en sussies is. Tania is 'n pleegma en sy het ses ander kinders in die huis. Dit maak dit moeilik om genoegsame tyd aan haar seuntjie met ATHV te bestee. In die lig hiervan waarsku Leandi juis dat dit belangrik is om nie van jou ander kinders te vergeet nie. "Dis vir hulle net so moeilik om te verstaan dat boetie of sussie met ATHV anders optree" (12–13). Ester sit met die hand in die hare:

"Dis vir my baie moeilik om aan almal aandag te gee. My seuntjie met ATHV vat al my aandag en my ander kinders verstaan dit nie. Ek is bekommerd hoe ek by my ander kinders gaan uitkom en watse skade te kan veroorsaak" (47–48).

Dit wil voorkom asof dit vir ouers van kinders met ATHV 'n verdere emosionele ervaring kan wees wanneer hulle sien hoe hul kind swaarkry. “My dogter vergelyk haarself met haar sussies. Hoekom moet sy 'n pilletjie drink en hulle hoef nie?” (Elaine: 26–28). Elaine vertel verder “dat dit swaar is om nog kinders te hê wat niks makeer nie. Hulle kry alles maklik en sussie moet sukkel” (77–79).

Tog is daar ook positiewe aspekte daarvan om 'n boetie of sussie met ATHV te hê. Tania en Marcia vertel beide hoe hul ander kinders geleer het om die toestand te verstaan en daarby aan te pas. Hulle het ook 'n goeie begrip van die hantering van 'n kind met ATHV en het 'n soort **empatie ontwikkel** om ander kinders te help. Ander deelnemers het gemeld hoe hul ander kinders vir hul van groot hulp is, omdat hul midde help om die boetie of sussie met ATHV op te pas of selfs met hul huiswerk te help. Die invloed van 'n kind met ATHV stop egter nie by die boeties en sussies van kinders met hierdie toestand nie, maar dit het ook 'n uitkringeffek op die huwelik van ouers van kinders met ATHV.

### **6.2.3.3 Die invloed op die huwelik**

Die lewe met 'n kind met ATHV blyk 'n impak op die huwelik te hê. Dit is veral vir Nanje 'n groot bekommernis. Sy erken dat dit soms voel asof sy alleen met haar kind se uitdagings moet worstel terwyl haar man by die werk is. Dit lei dan tot frustrasies wat in konflik eindig. Volgens die deelnemers is tipiese situasies wat tot konflik lei die feit dat ouers oormoeg is, dat ouers voel dat die ander party nie sy of haar deel doen in terme van die verantwoordelikhede van hul kind met ATHV nie, of dat hul perspektiewe ten opsigte van die kind se toestand van mekaar verskil. Leandi vertel hoe haar kind se toestand haar **alleen** in haar huwelik laat voel. “Pa's vind dit moeilik om te verstaan en te aanvaar. Dis asof hul kind se toestand hul manlikheid aantast” (25–26). Vir Kara was die grootste bron van stres tussen haar en haar vorige man dat hul soms 'n **meningsverskil** oor die hantering van hul kind se toestand gehad het. Dit is veral verskillende menings oor medikasie wat dan die vonke laat spat.

Volgens Cindy kan jou huwelik egter juis soms bydra tot 'n ouer se vermoë om die uitdagings van die toestand te hanteer. Haar oortuiging is dat 'n **sterk fondasie** in 'n huwelik 'n paartjie kan voorberei op die uitdagings wat 'n kind met ATHV meebring. Heleen voel dat **positiewe kommunikasie** tussen haar en haar man **spanwerk** moontlik maak en hul sodoende help om mekaar se laste te help dra. Elize stem saam dat dit help om die reis saam met jou lewensmaat aan te pak. Sonja se behoud lê daarin dat sy en haar man mekaar kan aflos ten opsigte van die aandag wat hul seun van hulle eis en

Lizel wys ook op die positiewe waarde van die feit dat sy en haar man mekaar kan aflos as hul “emosionele tenkies” leeg raak.

#### **6.2.3.4 Die invloed op die gesin se sosiale lewe**

Dit blyk dat hierdie wedersydse ondersteuning tussen man en vrou uiters noodsaaklik is, aangesien ’n ouer van ’n kind met ATHV sosiaal tot so ’n mate ingeperk kan word dat hul soms mekaar se enigste bron van ondersteuning is. Shandré is mismoedig wanneer sy vertel: “Weet jy, in die drie jaar wat ons hier woon, het ek nog nie kans gehad vir mense ontmoet nie. Ek is heeldag by my kind. Daar is nie kans vir vriendinne maak en gaan koffie drink nie” (85–86). Ester vertel ook die storie van haar **alleenpad**: “Jy kry **skaam**. Mense verstaan nie van ATHV nie. Hulle verstaan nie jou kind kan nie help nie. Hul dink jy is ’n sleg ouer. Nou gaan ek nêrens heen met hom nie” (60–62). En later vertel sy, “ek het elkgeval nie vriendinne nie, want ek kan nêrens gaan met my seun nie” (91).

Lizelle vertel dat sy nie by mense kon gaan kuier het voordat haar kind op medikasie was nie. “Ons het maar **weggebly**. Hy was net eenvoudig te veel vir hulle. Die mense wou hom later glad nie meer daar hê nie” (59–61). Heleen se sosiale uitdaging is dat haar kind se **medikasie al uitgewerk** is as hulle saans na mense toe genooi word. “Dit lyk dan of mense heelyd na hom kyk en dink — kyk hoe gaan hy nou weer aan” (103–104).

Maria voel dat sy eerder **sosiaal onttrek** omdat sy bang is dat haar kind haar vriende aanstoot gee. Sy vertel verder dat ’n eenvoudige uitstappie soos inkopies doen baie uitdagend is met ’n kind met ATHV en dat sy daarom eerder alternatiewe reëlings tref sodat sy dit alleen kan doen. Casper moes hul bidure Sondagaande prysgee, want hul kan dit nie waag om hul kind se roetine te versteur nie. “Jy leer maar om **sosiale aanpassings** te maak en jy doen dit, want jy weet jou kind het dit nodig” (56–57). Dit is egter slegs een van die strategieë wat ouers soms in plek moet stel om hul kinders met ATHV te ondersteun.

#### **6.2.3.5 Hanteringstrategieë wat tuis in plek gestel is**

Daar is verskeie hanteringstrategieë wat deelnemers by die huis in plek stel in ’n poging om die impak van ’n kind met ATHV op die gesinslewe te verlig. Die meerderheid deelnemers het gemeld dat ’n **streng roetine** hul redding is. Vir Lizelle is dit ’n absolute noodsaaklikheid: “Ek sê vir jou, as daar nie ’n roetine is nie — ek is al hel toe en terug” (67). Verskeie ouers voel dat **streng reëls** en **dissipline** nie hiervan geskei kan word nie. So vertel Lizelle dat haar kind opdragte en reëls op ’n letterlike wyse interpreteer. Sy kan daarom nie vae, algemene reëls opstel nie. Sy moet byvoorbeeld vir haar kind sê om teen

seweur aangetrek te wees vir skool, in plaas van 'n algemene reëling om soggens betyds reg te wees.

Volgens Leandi is streng reëls nodig om *chaos* te voorkom en Nerine stel **konsekwente optrede** as 'n redding vir ouers van kinders met ATHV voor. Sy verduidelik dat reëls duidelik en spesifiek moet wees en dat dit nie onnodig aangepas moet word vir uitsonderinge nie. Haar kinders voel veilig wanneer dinge elke dag op dieselfde wyse gebeur, want dan weet hulle ook wat om van haar optrede te verwag. Sy stel konkrete en bondige reëls op sodat almal dit verstaan, en hulle het ook minder, eerder as meer, reëls in hul huishouding. Saam met die bogenoemde strategie voel Lorraine, nes baie ander deelnemers, dat 'n **beloningstelsel** hul help met die toepas van dissipline.

Baie ouers het die waarde van 'n **proaktiewe stelsel met huiswerk** en skooltake uitgelig. Sonja vertel byvoorbeeld dat jy die lewe vir jouself makliker kan maak as jy vroegtydig met skoolwerk begin en skooltake in kleiner dele opbreek om dit meer hanteerbaar te maak. Skoolwerk is 'n groot en belangrike komponent van 'n kind met ATHV se lewe gedurende die middelkinderjare en daarom is dit noodsaaklik om strategieë in plek te stel om die negatiewe uitwerking hiervan te verminder.

## 6.2.4 Die invloed van die skoolsisteem

Wanneer 'n ouer 'n kind met ATHV het, is dit onmoontlik om die beleving van die kind se toestand van die skoolsisteem se invloed te skei. Die deelnemers aan hierdie studie se kinders kan in twee groepe verdeel word. Die een groep se kinders ontvang onderrig in 'n hoofstroomskool, terwyl die ander deelnemers se kinders voorheen in 'n hoofstroomskool was, maar nou in 'n spesiale skool skoolgaan. Die beleving van die twee skoolsisteme is uit die aard van die saak ook verskillend.

### 6.2.4.1 Die beleving van onderrig in 'n hoofstroomskool

Al die deelnemers aan hierdie studie se kinders het aanvanklik onderrig in 'n hoofstroomskool ontvang. Verskeie van die kinders is reeds voor formele skooltoetreding met ATHV gediagnoseer en die deelnemers was optimisties oor 'n skoolloopbaan in 'n hoofstroomskool. Vir die meeste van die betrokke deelnemers was hul beleving van hul kinders se onderrig in 'n hoofstroomskool egter een vol uitdagings, opdraendes en **uitsluiting**. Cindy raak emosioneel oor haar ervaring van 'n hoofstroomskool:

“Hy moes permanent voor in die klas onder die bord of in die hoekie by die venster sit. Dan moes ek altyd verduidelik — hy is aandagafleibaar, hy kan nie voor 'n

venster in 'n hoekie sit nie, want hy kan nie konsentreer nie. Toe het sy (die onderwyseres) vir ons gesê dat hy nie in die 'boksie' pas nie en sy nie met hom kan werk nie" (78–81).

Casper vertel dat hy al saam met sy vrou gesit en huil het hieroor, "want wat maak jy as nie eens die juffrou meer kans sien vir jou kind nie?" (5–6).

Marcia se kind is steeds in die hoofstroomskool, maar sy is oortuig daarvan dat dit met hom beter sal gaan as hy nie in die "boksiesisteam" van die skool hoef te pas nie. Tog besef sy dat dit, onder andere, **sistemiese faktore** is wat aanleiding gee tot die uitsluiting van vele kinders met ATHV.

"Onderwysers het die kurrikulum en CAPS<sup>5</sup> en veertig kinders in hul klas en hul het nie tyd om te dink dat hierdie motorfiets wat nou hier verbygery het, hierdie kind nou so irriteer dat sy glad nie die opdrag in die klas gehoor het nie" (99–101).

Heleen se belewing was dat die hoofstroomskool bereid was om haar kind te akkommodeer, maar slegs onder sekere **voorwaardes**. Die onus het op haar berus om elke jaar haar kind se nuwe onderwyser in te lig oor ATHV en vir hom of haar te "leer" hoe om teenoor haar kind op te tree en die kind te onderrig. Haar kind moes by die skool aanpas en sy het in haar hart geweet dat dit nie moontlik is nie.

Tog is nie al die deelnemers se ervaring van hoofstroomskole een van uitsluiting nie. Sonja vertel dat haar kind se juffrou saam met haar gesit het om dinge in die klas in plek te stel om haar kind te help. Hoewel Marcia die hoofstroomskool as uitdagend vir haar kind beskryf, is sy dankbaar dat dit 'n **ervare juffrou** is wat opgetel het dat haar kind aandagafleibaar is. "Dis 'n ervare juffrou wat aanvanklik die diagnose vermoed het en dit het op die ou einde alles makliker gemaak" (5–7). Hieruit is Marcia se eie afleiding dat dit waarskynlik onkunde rakende die toestand is wat die oorsaak van die uitsluiting van haar kind is.

Volgens Liezel is onderwysers in die hoofstroomskool se **onkunde** oor ATHV 'n probleem en is haar oortuiging dat daar 'n groot behoefte onder ouers is dat onderwysers ingelig moet word oor hierdie toestand. Nerine stem saam dat kinders soms verneder word weens 'n onderwyser se onkunde.

---

<sup>5</sup> Kurrikulum- en assesseringsbeleidverklaring van die Departement van Basiese Onderwys (WCED Home page, 2016).

“Ek wens so daar was ’n bewusmaking van ATHV in hoofstroomskole dat onderwysers kan verstaan waaroor dit gaan. Onderwysers blaker soms sommer voor ander kinders uit dat jou kind byvoorbeeld nie sy pilletjie gedrink het nie. Dis dinge wat permanente skade kan rig” (202–206).

Vir Antas is dit ’n groot kopseer dat die ander kinders in die hoofstroomskool ook geen kennis van hierdie toestand dra nie, dat haar kind se medikasie ’n geheim moet wees en dat hy deurloop onder boeliegedrag as gevolg van ander kinders se onkunde oor hierdie toestand.

Dan is daar ouers wat hul kind se onderrig in die hoofstroomskool as ’n gedane saak beskou waaraan hul liefs nie herinner wil word nie.

“Daar was ’n stadium wat ek nie meer kans gesien het om my kind by die skool te gaan haal nie, want die juffrou het elke dag met iets anders na my toe aangehol. My kind was altyd in die moeilikheid. Ek het later letterlik om die draai van die skool parkeer, want ek het nie meer kans gesien vir ’n radelose juffrou nie” (Casper: 9–12).

Vandag is Casper se seuntjie in ’n spesiale skool en gaan dit beduidend beter. Dit is egter nie ’n eenvoudige keuse vir ’n ouer om so ’n skuif te maak nie.

#### **6.2.4.2 Die belewing van onderrig in ’n spesiale skool**

Sestien van die een-en-twintig deelnemers aan hierdie studie se kinders is na ’n aanvanklike tydperk van mislukking in hoofstroomskole, na ’n spesiale skool verwys en verplaas. Dit was egter nie vir almal ’n eenvoudige en maklike proses nie. Deelnemers verduidelik dat daar ’n **stigma** aan spesiale skole kleef. Volgens Liezel word jou kind eintlik maar net aan ’n ander tipe **uitsluiting** blootgestel. “As jou kind in ’n spesiale skool is, is hul ook nou deel van daai kinders met wie ander nie meng nie. Dis asof hul neerkyk op jou kind” (156–157). Antas en Ester vertel dat hul kinders deur die ander skole in die dorp se kinders gespot word en dat hul uit vrees vir vernedering reeds op ’n jong ouderdom skaam is om met hul skoolklere in die dorp te verskyn. Vir Nerine was dit egter noodsaaklik om die belang van haar kind bo die stigma van ’n spesiale skool te stel en sy is nie ’n dag spyt dat haar kind nou in ’n skool vir kinders met spesiale behoeftes is nie.

Heleen getuig dat hul reeds na die eerste kwartaal se rapport kon sien dat hulle die regte keuse gemaak het.

“Hy was net een week in die nuwe skool, toe kom hy middae met net so ’n groot *smile* huis toe. Toe weet ek dis die beste ding wat ek vir my kind kon doen. Hy het nie meer middae sit en huil as hy vir my wag nie” (108–110).

Sy **akademiese sukses** het ’n reuse invloed op haar kind se selfbeeld gehad. Elize se oortuiging is dat die **kleiner opset**, en die feit dat die kinders mekaar **verstaan**, dit is wat die grootste verskil maak. Haar kind word vir die eerste keer werklik **aanvaar** vir wie hy is. Nerine vertel tong-in-die-kies dat haar man die heel dankbaarste vir die skuif na die spesiale skool is, want nou het hy ook ’n **meer ontspanne** vrou gekry.

Die skuif na ’n spesiale skool gaan egter vir sommige ouers nie sonder vele **opofferinge** gepaard nie. Shandré en haar gesin was aanvanklik in ’n buurdorp woonagtig toe haar kind na ’n spesiale skool verwys is. Haar seuntjie was op daardie stadium nog net agt jaar oud en sy moes hom noodgedwonge in die skoolkoshuis plaas. Dit was egter ewe swaar vir haar en haar kind. Hulle het daarna menige saamrygeleentheid probeer, maar dit was nie prakties uitvoerbaar en volhoubaar nie. Die gesin was verplig om te verhuis ten einde hul seuntjie die geleentheid te bied om onderrig in die spesiale skool te ontvang. Die implikasie is dat hulle hul ondersteuningstelsel moes agterlaat en dat Shandré se man steeds elke dag baie brandstof na die buurdorp moet uitry omdat hy nog nie werk in hul nuwe tuisdorp kon kry nie.

Wanneer Shandré egter dink aan al die ondersteuning wat die spesiale skool aan haarself en haar kind bied, weet sy dat die skuif die moeite werd was. Vir Elize is die spesiale skool waar haar kind is, beslis haar grootste **ondersteuningsnetwerk**. Dis vir haar van groot waarde dat sy die vrymoedigheid kan hê om vir die juffrouens enige iets oor haar kind te vra. Vir Tania beteken die **ouerondersteuningsgroep** van die skool die heel meeste. “As dit nie vir hulle was nie, dink ek was ek lankal van my verstand af” (162–164). Sy het ook veral waardering vir die inligting wat sy daar kry en die sprekers wat deur hulle gereël word. “Ek gaan en ek maak notas en dit help my só baie” (156). Dit is dus duidelik dat ’n ondersteuningstelsel tot ’n groot mate bydra tot die vergestaltung van veerkragtigheid van ouers van kinders met ATHV.

## **6.2.5 Die waarde van ’n ondersteuningstelsel**

### **6.2.5.1 Familie**

Alhoewel daar in Afdeling 6.2.3.1 verwys is na ouers se belewing aangaande hul familie as stressor, is daar egter ook deelnemers wat hul familie eerder en hoofsaaklik as ’n bron van ondersteuning beskou. Aangesien die invloed van ’n familiesisteem reeds breedvoerig



in Afdeling 6.2.3.1 bespreek is, word familie slegs in hierdie afdeling as 'n ondersteuningstelsel gelys. Net so is daar deelnemers wat hul lewensmaats as bron van ondersteuning beskou, soos dit vervolgens bespreek sal word.

### **6.2.5.3 Lewensmaat**

Soos reeds vroeër bespreek is, het vele deelnemers melding gemaak van hul familie en vriende as bron van ondersteuning in die lewe met 'n kind met ATHV. Dit blyk ook uit die deelnemers se verhale dat die ondersteuning van 'n **lewensmaat** van onskatbare waarde kan wees. Kara vertel dat dit vir haar baie beteken om 'n lewensmaat te hê wat na haar **luister** as dinge te veel word en ook dat sy in hom iemand kan vind wie vir haar 'n emosionele **klankbord** is. Shandr e se man sal soms uit sy eie aanbod om na die kinders te kyk sodat sy die winkels kan invaar of kan gaan asemskip in 'n koffiewinkel. Antas het die meeste waardering vir haar man se **fisiiese hulp**. Hulle het letterlik skofte en hy help met take soos kosblikke pak tot huiswerkboeke nagaan. Ander ouers het melding gemaak van die professionele ondersteuning wat hul ontvang het.

### **6.2.5.3 Professionele ondersteuning**

In die lig van professionele ondersteuning vertel Elize hoe die **sielkundige** se voorbereiding op die uitdagings wat hulle te wagte mag wees, haar gehelp het met die verwerking van die diagnose. Sy het ook waardering vir die **berader** by haar kind se skool wat haar gehelp het om hanteringstrategie  vir haar kind tuis in plek te stel. Kara vertel hoe dankbaar sy is vir die sielkundige by die Onderwysdepartement se distrikskantoor. So het sy beleef hoe 'n sielkundige in die **staatsdiens** die ekstra myl vir hulle gestap het en gehelp het met die re l van haar kind se medikasie by die staatshospitaal. Vir twee van die deelnemers was dit van onskatbare waarde dat die **dokter** en sielkundige die **positiewe aspekte** in hul situasies uitgelig het. "Sy het vir my man ges e, 'Moenie bekommerd wees nie. Jou seuntjie gaan 'n groot, sterk, man word, want jy is 'n groot, sterk, man. Kyk wat het van jou geword. En jy is ook aandagafleibaar.' Sonder dat sy dit geweet het, het die dokter deur haar positiewe uitkyk vir my hoop gegee" (Cindy: 143).

Nerine vertel dat dit haar gerus laat voel om te weet dat daar kundiges is, soos die terapeute by die spesiale skool, vir wie sy kan kontak wanneer dinge skeefloop. Tania is net so dankbaar vir helpende hande. Sy is 'n pleegma en die inwonende hoof van 'n kindershuis en is oorweldig deur al die **gratis hulp** wat sy al van dokters in die gemeenskap ontvang het. Cindy maak ook melding van die **positiewe netwerk** van professionele ondersteuning wat hul tot nou toe opgebou het. Sy verwys onder andere na haar kind se pediater, sielkundige en onderwysers by die skool en verduidelik dat

wanneer 'n mens jare met hierdie mense aankom, jy later die **vrymoedigheid** ontwikkel om hulle oor enige kwessie te kontak. Sy heg dieselfde waarde aan haar netwerk van ander ouers van kinders met ATHV.

#### 6.2.5.4 **Ander ouers van kinders met ATHV**

Dit was duidelik uit die deelnemers se mededelings dat die meerderheid van hierdie ouers se grootste ondersteuningsnetwerk ander ouers van kinders met ATHV is. Die hoofsaaklike rede hiervoor blyk te wees dat hierdie groep ouers mekaar se omstandighede **verstaan**.

“My kind se beste maatjies het toevallig ook ATHV. Die voordeel daarvan is dat al die maatjies se mammas verstaan. Ek en sy beste maatjie se mamma het al baie op mekaar se skouers gehuil. As my kind onvanpas optree, gaan sy nie my kind oordeel nie. Dit help as 'n ma verstaan” (Maria: 96–101).

Vir Heleen beteken dit baie dat sy met ander ma's kan praat wat werklik verstaan.

“Ek het later gevoel ek gaan mal raak. Ek het toe vir XXX gebel. Dit moet ek sê, dit het vir my gehelp om met haar te praat. Bitter baie gehelp om met 'n ouer te praat wat ook 'n kind met ATHV het” (137–139).

Elaine stem saam: “Dit help om te kan **hart skoonmaak** en **tips vang** by ander ma's in dieselfde situasie” (184–185). Elize voel dat ander ouers riglyne kan bied om jou eie kind op 'n meer effektiewe wyse te ondersteun. “Ek leen maar van die begin af my ore uit om te hoor wat ander ouers doen” (87). Sy vertel dat dit haar veral help in terme van **raad** met huiswerk.

Marcia beskou dit as 'n **praktiese oplossing**: “Dit help om ander mammas van kinders met ATHV in dieselfde graad te ken. Wat ek gevind het help, is **goeie kommunikasie** met so 'n mamma om goed soos huiswerk mee te *check*” (91–93). Dit is ook vir haar ondersteunend dat ander ouers se storie haar eie omstandighede **normaliseer**:

“Dit was 'n ongelooflike *light bulb moment* toe ek by 'n ander ouer hoor dat ek my kind tot in matriek gaan moet help, want nou weet ek dit. Nou gaan ek nie bekommerd raak daaroor nie. Nou gaan ek dit net so hanteer” (292–294).

Vir Maria help dit om **perspektief** op haar situasie te kry: “As jy ander mammas se stories hoor, besef jy ander mense se situasie is twintig maal erger as jou eie penarie” (174–175). Vir haar is dit juis waar die waarde van die ouerondersteuningsgroep lê.

### 6.2.5.5 Ouerondersteuningsgroep

Antas vertel dat sy deel is van 'n WhatsApp<sup>6</sup>-groepie vir ouers van kinders met ATHV. Vir haar beteken dit baie in terme van **emosionele ondersteuning**. Hierdie groep ouers is ook deel van 'n ouerondersteuningsgroep. Heleen vertel dat die ondersteuningsgroep haar help om minder alleen te voel. Soms is die wêreld wreed en word 'n mens blootgestel aan kritiek. By die ondersteuningsgroep verstaan almal dat die samelewing nie altyd begryp hoe moeilik dit regtig is nie (Leandi: 104). Uit die deelnemers se stories was dit duidelik dat die samelewing se kritiese perspektief 'n groot rol speel in 'n ouer se belewing van 'n kind met ATHV.

## 6.2.6 Die samelewing se persepsie

### 6.2.6.1 Die samelewing se kritiek, blaam en veroordeling

Antas vertel dat mense veral **krities** is oor die gebruik van **medikasie** en die keuse van 'n **spesiale skool** vir jou kind. “Ek moet mense se **opmerkings** hanteer en probeer om hul vrae te beantwoord, terwyl ek self soms nie antwoorde het nie” (25–26). Leandi vertel ook: “Mense het al baie goed vir my gesê wat my baie **seergemaak** het. My eie suster het my al vertel om net my kind te foeter. As hul maar net meer van ATHV af geweet het, sal hul minder kritiek lewer en hul monde uitspoel” (157–162). Tog het sy al geleer hoe om haar te **distansieer** hiervan: “Ek het op 'n punt besef, ek sal myself net eenvoudig moet afsny van alle negatiewe kommentaar en kritiek” (157–158). Volgens Elize en Nerine volg hul presies dieselfde strategie om emosioneel te oorleef.

Ester vind dit nie so maklik nie. “Mense kyk my kind aan. Party vra sommer of hy mal is. Ander sal vir jou sê jou kind is stout” (57–58). Cindy se belewing is dieselfde wanneer mense byvoorbeeld vra, “Nou wat is dan fout met hom?” (117). Dis vir Casper net so 'n onaangename ervaring: “Ek probeer my kind so 'n normale moontlike lewe gee, maar die samelewing koop nie in daarop nie” (25–26). Hy verduidelik dat wanneer jou kind nie aan die vooropgestelde idees en vereistes van die samelewing voldoen nie, jy noodwendig blootgestel word aan kritiek en die stigma wat aan ATHV kleef.

Hierdie kritiek is vir sommige ouers so 'n intense belewing dat hulle kies om nie met mense oor hul kind te praat nie. Lorraine vertel dat sy **swyg** oor haar kind se ATHV, want “as hul die woord ‘Ritalin’ hoor, maak hul die vreeslikste opmerkings en kyk hul jou aan asof jy besig is om jou kind dood te maak” (54–55). Sonja se mening hieroor is: “As jy nie

---

<sup>6</sup> 'n Toepassing op 'n slimfoon waarmee gebruikers daarvan vir mekaar kan boodskappe stuur.

self daardeur was nie, moenie dan vir my *judge* nie” (36). Vir Elaine raak hierdie **veroordeling** net so ’n gevoelige snaar aan. “Die ouers met wie se kind dit goed gaan, hulle kyk neer op jou kind met ATHV. Hul veroordeel jou kind se gedrag en hul kinders tel dit ook op” (96–98). Lizelle moes al aanhoor hoe iemand vir haar vertel dat ATHV net ’n verskoning is vir haar kind se ongehoorsaamheid.

Verskeie ouers se beleving is dat die samelewing hulle **blameer** vir hul kind se **toestand** en die **gedrag** wat daarmee gepaard gaan. “Die samelewing laat voel jou baie **skuldig**, want onmiddellik is dit die ma se skuld. Die ma het seker iets gedoen toe sy swanger was” (Cindy: 135–137). “Mense dink altyd jou kind is stout. Dat jy ’n **slegte ouer** is” (Leandi: 20–21). “Kerk, winkel, familie. Almal dink jy is ’n swak ma ... en vir ’n ouerhart is dit nie maklik nie” (Maria: 70–71). Leandi noem dat sy al verskeie kere moes hoor dat sy nie haar kind dissiplineer nie en Heleen vertel dat sy gedurig haar aksies teenoor haar kind moet regverdig by ander mense. Haar verklaring hiervoor is eenvoudig dat die samelewing nie ATHV as toestand verstaan nie.

#### **6.2.6.2 Die samelewing se onkunde**

Lizelle verduidelik die samelewing se onkunde soos volg: “Mense weet nie werklik wat aangaan en waardeur jy gaan nie. Hul het **geen benul** wat ATHV is en wat dit behels nie” (56–57). Marcia worstel ook met die vraag – “Verstaan mense as ek vir hul sê my kind het ATHV? Verstaan hul regtig wat dit beteken en impliseer?” (225–226). In die lig hiervan vertel Casper dat mense wat met sy boerdery help by hul huis sal stop en vanuit die bakkie met hom sal gesels, maar hulle sal nie inkom nie, want hulle weet eenvoudig nie hoe om teenoor sy seuntjie op te tree nie.

Heleen het daarteenoor al dikwels by mense gehoor dat “dit nie so erg is nie” (204). Ander mense maak dit dus af as iets eenvoudig sonder enige implikasies. Liezel se beleving is dat mense dink haar kind is onnosel, terwyl haar dogter bloot net hiperaktief is. Sy skryf hierdie **aannames** toe aan die samelewing se onkunde rakende ATHV en die implikasie daarvan. “Mense **verstaan nie** dat so ’n kind nie vir ’n minuut kan stilsit nie en vir ouers van so ’n kind is dit moeilik. Ek is nou al daar dat ek alles wat met ATHV te doen het op Facebook *share* sodat hulle dit kan lees en beseef wat die realiteit is” (84–86). Sy voer dus aan dat daar ’n behoefte aan bewusmaking van ATHV is ten einde die samelewing se onkunde oor hierdie toestand aan te spreek en dat sy daarom moet voorspraak maak hiervoor.

### 6.2.6.3 Die noodsaaklikheid van bewusmaking van ATHV

Maria bevraagteken of mense ooit genoeg moeite sal doen om die toestand te probeer verstaan. In die lig hiervan voel Cindy dat sy 'n **verantwoordelikheid** het om onkundige mense oor ATHV in te lig. Tania sien bewusmaking van ATHV as haar taak, want “ek sit baie keer met probleme wat deur ander mense se onkunde veroorsaak word” (186). Daarmee verwys sy spesifiek na mense wat byvoorbeeld vir haar kind gaskoeldrank sal gee, nadat sy verduidelik en gevra het dat hulle dit nie moet doen nie. Lizelle voel dat ouers wat reeds die pad gestap het, juis ander mense moet inlig om die samelewing se persepsie van ATHV te verander en sodoende **potensiële skade** te voorkom.

Sonja het gou besef dat haar kind daarby gaan **baat** as sy inligting oor ATHV vir haar kind se onderwyser stuur. Lizelle voel ook sterk daaroor dat skole meer aangaande ATHV ingelig moet word. Sy stel voor dat daar **praatjies** by skole gehou moet word sodat die onderwysers, asook die kinders, hierdie toestand beter kan verstaan. Verskeie deelnemers het juis getuig van hoe baie die inligting oor ATHV wat hulle by ander gekry het, hulle gehelp het. Janine vertel dat haar kollega wat in dieselfde bootjie is, vir haar wenke gegee het “oor hoe hul koppies werk en hoe mens kan maak om hul te help. Dit het my laat besef *I am not alone*” (102–103).

Volgens Nerine se beleving “**kweek kennis begrip**. Hoe meer ek oor ATHV weet, hoe beter kan ek my kind verstaan” (150). Nanje is oortuig daarvan dat dit haar sou help as sy **vroeër** meer inligting oor ATHV gehad het. Elaine se raad aan ander ouers is om soveel as moontlik oor die toestand te lees om sodoende die samelewing se negatiewe persepsies te ontsnap. Sy kon eers berusting vind in die feit dat haar kind medikasie gebruik nadat sy deeglike **navorsing** daarvoor gedoen het. Verskeie ouers waarsku egter dat **sosiale media** 'n **negatiewe beeld** oor ATHV, en veral die medikasie, uitstraal en dat ouers daarom moet seker maak van hulle bronne wanneer hulle navorsing doen. Al die deelnemers is dit egter eens dat die samelewing se negatiewe persepsie uit onkunde oor ATHV spruit en dat dit afgebreek kan word indien meer bewustheid oor die toestand gekweek word.

## 6.3 SAMEVATTING

In hierdie hoofstuk is 'n bondige oorsig van belangrike veldnotas, sowel as 'n interpretatiewe analise van die deelnemers se narratiewe gebied. Tydens hierdie proses is intravergelykings van die temas, soos dit in die deelnemers se narratiewe geïdentifiseer is, gemaak. Uit die voorafgaande analise het dit geblyk dat die diagnose en behandeling

van kinders se ATHV soms vir ouers 'n emosionele beleving is. Die deelnemers het egter ook klem gelê op die bepalers tot die vergestaltung van veerkragtigheid wat hierdie beleving soms vir hulle makliker maak. In die lig hiervan het die deelnemers die invloed van ATHV op die gesinsdinamika verduidelik en spesifiek verwys na die uitgebreide familie, hul gesinslede en die huwelik. Die invloed van 'n kind met ATHV op ouers se sosiale inperking, sowel as riglyne wat die ouers help om die uitdagings tuis te hanteer, is ook bespreek.

'n Bespreking van die skoolstelsels het gevolg en die deelnemers het die beleving van hul kind se skoolplasing verduidelik. Die waarde van 'n ondersteuningstelsel is as 'n bron van veerkragtigheid geïdentifiseer en daar is hoofsaaklik verwys na die deelnemers se lewensmaats, professionele ondersteuning, ander ouers van kinders met ATHV, asook ouerondersteuningsgroepe by die skool. Daar is afgesluit met 'n oorsig van die samelewing se persepsie van ATHV. Uit die deelnemers se mededelings was dit duidelik dat dit vir hulle 'n belangrike en sensitiewe onderwerp is. Hulle het daarom die belangrikheid van bewusmaking van ATHV in die samelewing beklemtoon.

In die volgende hoofstuk sal daar 'n interpretasie van hierdie navorsingsbevindinge volg waar dit aan die hand van bestaande literatuur bespreek word. Dit sal gedoen word ten einde 'n beter begrip van ouers se beleving van 'n kind met ATHV in die middelkinderjare, asook die vergestaltung van veerkragtige ouerskap binne hierdie konteks, te vorm.

## Hoofstuk 7

# INTERPRETASIE VAN NAVORSINGSBEVINDINGE

### 7.1 INLEIDING

In die betrokke hoofstuk sal 'n interpretasie van die navorsingsbevindinge volg. Die temas, soos dit in Hoofstuk 5 uiteengesit is, sal omvattend teen die agtergrond van bestaande literatuur, sowel as die teoretiese grondlegging van hierdie studie bespreek word. Die teoretiese grondlegging, soos daar weer breedvoerig na in Afdeling 7.2 gekyk sal word, verwys na Amartya Sen se bekwaamheidsteorie (*capability theory*), asook Theron (2010) en Ungar (2012) se uitgangspunt dat veerkragtigheid 'n interaktiewe proses tussen die individuele, sowel as sosiale faktore is. Dit hou ook verband met Ebersöhn (2012; 2017) se kollektivistiese beskouing van veerkragtigheid. Daar is spesifieke aandag aan hierdie benadering in Hoofstuk 2 (afdeling 2.2.4 en 2.2.7) gegee.

Met betrekking tot die interpretasie van die navorsingsbevindinge, is dit belangrik dat daar weer kortliks na die doel van die studie, die navorsingsvrae wat die navorsing gerig het, sowel as die belangrikste bevindinge van die ondersoek gekyk word. Dit moet gedoen word sodat die interpretasie van die bevindinge binne die konteks van die betrokke studie verstaan kan word. Teen hierdie agtergrond is die doel van die studie om nuwe insigte omtrent die betrokke fenomeen te verkry ten einde 'n diagrammatiese voorstelling te kan bied rakende (1) die beleving van ouers van kinders met ATHV in hul middelkinderjare en (2) die vergestaltung van veerkragtige ouerskap binne hierdie konteks. Dit hou verband met die beantwoording van die navorsingsvrae van die studie, te wete:

- (1) *Wat is die beleving van ouers van kinders met ATHV in hul middelkinderjare? en*
- (2) *Wat is die bepalers vir die vergestaltung van veerkragtige ouerskap in terme van kinders met ATHV in hul middelkinderjare?*

Binne hierdie konteks is 'n narratiewe ondersoekbenadering gebruik om die deelnemers se subjektiewe realiteit aangaande hierdie vraagstukke te ondersoek. Data is genereer deur onderhoude met deelnemers te voer waarin hul die geleentheid gebied is om hul stories rakende hul beleving van 'n kind met ATHV in sy of haar middelkinderjare te deel. Die data is aangevul deur fyn waarneming en die maak van veldnotas tydens onderhoude, die dagboekinskrywings van deelnemers, asook my eie reflektiewe joernaalinskrywings.

Die analise van die data het in twee fases plaasgevind, naamlik die beskrywende analise van die deelnemers se stories en die daaropvolgende tematiese beskrywing van die data.

Daar is spesifiek ondersoek ingestel na die beleving van ouers van kinders in hul middelkinderjare, aangesien hierdie fase, soos dit ook tydens die probleemstelling in Hoofstuk 1 (Afdeling 1.3) verduidelik is, eiesoortige eise aan ouerskap stel. Soos dit ook in Hoofstuk 3 (Afdeling 3.2.4.2) bespreek is, vind kognitiewe ontwikkeling in die middelkinderjare plaas deur 'n ontdekkingsproses van die eksterne omgewing wat gerugsteun word deur sosiale interaksie tussen die kind en 'n meer ervare persoon, soos die ouer (Harwood et al., 2008). Hierdie siening van kognitiewe ontwikkeling word ondersteun deur Vygotsky se teorie dat ouers sekere sielkundige vaardighede aan hul kinders modelleer en dat dit gevolglik deur die kind geïnternaliseer word (Karpov, 2005). Ouers speel dus 'n betekenisvolle rol in die kognitiewe ontwikkeling van die kind in die middelkinderjare. Op grond hiervan is my argument dat die veerkragtigheid van ouers van kinders met ATHV noodsaaklik is om 'n voorbeeld vir hul kind in die middelkinderjare te kan wees, maar ook sodat die invloed van ATHV op die sosiale interaksie tussen ouers en kinders in hierdie fase moontlik tot die minimum beperk kan word.

Dit is egter belangrik om daarop te let dat hoewel die deelnemers se stories handel oor hul beleving van ouerskap tydens hul kind se middelkinderjare, die ervaring hiervan nie staties is nie. Met betrekking hiertoe ondersteun ek Elder en Giele (2009) se lewensverlooperspektief soos dit in Hoofstuk 3 (Afdeling 3.2) bespreek is. Hul uitgangspunt is dat die lewensverloop van die individu verskeie en veelvuldige roetes bevat. My argument is dat hierdie roetes (veranderlikes) bydra tot en 'n rol speel in die deelnemers se vorming van die stories aangaande hul huidige belewings as ouers van kinders met ATHV in hul middelkinderjare. Dus verwys die deelnemers se stories nie alleenlik na hul ervaring tydens die betrokke fase van hul lewe nie, maar is die implikasie dat dit ook binne hierdie konteks vorige ervarings insluit. Voorts sal 'n interpretasie van die data volg.

## **7.2 DIE INTERPRETASIE VAN DIE DATA**

Figuur 7.1 is 'n voorstelling van die temas wat tydens die data-analise gegenereer is. Dit hou ook verband met die navorsingsvrae wat hierdie studie rig. In die betrokke hoofstuk word hierdie temas teen kwessies in bestaande literatuur afgemeet ten einde kritiese vergelykings te tref.





**Figuur 7.1: Temas wat in die data geïdentifiseer is**

In die vorige hoofstuk is 'n samevattende bespreking van die temas en bevindinge wat uit die data gemaak is, gebied. Terwyl Hoofstuk 5 en 6 'n ontleding van die data voorgelê het ten einde die "stories" van die deelnemers weer te gee, is Hoofstuk 7 'n poging om 'n holistiese begrip van hierdie bevindinge te verduidelik. In die lig hiervan is sekere aspekte as riglyne vir interpretasies tydens die analiseproses gebruik. Dit verwys onder andere na die verbande wat getrek kan word tussen die deelnemers se gemeenskaplike belewings; die maniere waarop die deelnemers betekenis aan hul beleving heg en dit ook self probeer verstaan; ooreenkomste en teenstrydighede met die literatuur; asook maniere waarop bevindinge as 'n uitbreiding van bestaande literatuur beskou kan word.

Dit is egter belangrik om te onthou dat die gevolgtrekkings wat uit die deelnemers se stories gemaak is, nie as 'n finale afsluiting van hul stories aangaande 'n kind met ATHV beskou kan word nie. Dit is as't ware eerder 'n weerspieëling van die deelnemers se beleving van 'n kind met ATHV ten tyde van die datagenerering. Teen hierdie agtergrond het die konseptualisering van die betrokke bevindinge ten doel om die begrip van die algemene beleving, sowel as die vergestaltung van veerkragtige ouerskap, in terme van kinders met ATHV in hul middelkinderjare te bevorder. Dit word gedoen in 'n poging om die navorsingsvrae, soos dit in Hoofstuk 1 (Afdeling 1.3) geformuleer is, te beantwoord.

Soos reeds genoem, is Amartya Sen se bekwaamheidsteorie (Afdeling 2.2.7), teen die agtergrond van Theron (2010), Ungar (2012) en ook Ebersöhn (2012) se uitgangspunt dat veerkragtigheid 'n interaktiewe proses tussen individuele en sosiale faktore is, as teoretiese vertrekpunt, oftewel raamwerk, gebruik om my te lei in die verwerking van die data. Hierdie raamwerk het my toegelaat om binne die veelvuldige gevallestudie-ontwerp op die individuele, sowel as sosiale faktore van die deelnemers se leefwêreld te fokus (Mitra, 2006). Op hierdie wyse het dit as 'n filter vir my gedagtes, asook 'n raamwerk vir my interpretasies, gedien.

Aangesien die bespreking wat in hierdie hoofstuk volg 'n samevatting van my eie interpretasies is, is dit belangrik om in ag te neem dat my subjektiewe oortuigings 'n moontlike invloed daarop kon hê. Hierdie invloede verwys spesifiek na my eie persepsies, my ervaring en werk as 'n opvoedkundige sielkundige met ouers van kinders met ATHV, my akademiese agtergrond, die literatuuroorsig as my verwysingsraamwerk, die veldwerk waardeur ek data genereer het, asook my interpretasies daarvan. Alhoewel daar reeds in Hoofstuk 2 (Afdeling 2.2.7) 'n oorsig van Amartya Sen se bekwaamheidsteorie binne die konteks van veerkragtigheid as interaktiewe proses gebied is, is dit belangrik om weer lig daarop te werp, aangesien dit as belangrike filter vir my eie interpretasies dien.

In die lig van die bogenoemde is Theron (2010) se betoog dat Suid-Afrikaanse studies oor veerkragtigheid tot op hede nagelaat het om die **kulturele en kontekstuele aspekte** van veerkragtigheid te beskryf van belang. Daarom was dit belangrik om deelnemers se agtergrond, in terme van konteks en die gemeenskap waarvan hul deel vorm, in hierdie studie in ag te neem. Elke deelnemer se storie vanuit sy of haar unieke agtergrond en die invloede daarvan, was vir my belangrik. Daarom is daar ook aandag gegee aan hoe deelnemers se beleving as ouers van kinders met ATHV beïnvloed is deur kontekstuele faktore, soos hul sosio-ekonomiese agtergrond. Theron (2010) verwys voorts na veerkragtigheid as 'n sinergistiese proses wat 'n beskermende vennootskap tussen

individue en hul sosio-ekonomiese milieu behels. Hierdie vennootskap bewerkstellig en gee aanleiding tot positiewe groei en aanpassing (Theron, 2014).

In die lig van veerkragtigheid as sinergistiese proses en binne die konteks van die betrokke studie, hou hierdie beskouing van veerkragtigheid ook verband met inklusiewe onderwys se beweging na 'n meer kollaboratiewe vennootskap tussen professionele rolspelers en ouers in die hulpverleningsproses aan kinders met ATHV (Donald et al., 2014; Sands, Kozleski & French, 2000). Dit is dus in ooreenstemming met die beskouing van veerkragtigheid as 'n **interaktiewe proses** wat gegrond is op **individuele**, sowel as **sosiale faktore** – hierdie siening strook ook met die bekwaamheidsteorie. Sen (2009) se filosofie rakende die bekwaamheidsbenadering se fokus is gerig op die morele betekenis van die individu se bekwaamheid om 'n lewe te leef wat waardevol geag word.

Die faktore wat Sen aan hierdie filosofie koppel, is relevant vir die doeleindes van hierdie studie en daar word daarna verwys as **(1) die individu se persoonlike karaktereenskappe** (voorts **individuele bepalers**), byvoorbeeld deelnemers se persoonlikheidstrekke, ingesteldheid en aanpasbaarheid; **(2) die individu se hulpbronne**, byvoorbeeld finansiële bronne; **(3) die individu se omgewing** (voorts **sosiale bepalers**), byvoorbeeld hulp uit die gemeenskap, 'n kultuur van uit-/insluiting in skole; asook die **(4) interaksie tussen die oorsaaklikheidsfaktore** (Mitra, 2006, p.236) soos dit ook in Hoofstuk 2 (Afdeling 2.2.7) bespreek is. Vanweë die toepaslikheid van hierdie bepalers, is dit ook in my raamwerk vir die onderhoudsgids (bylaag 3) van hierdie navorsing in ag geneem.

Hoewel die deelnemers nie self gestremdhede het nie, bly die bekwaamheidsteorie van gestremdheid relevant, aangesien die kinders se toestand wel 'n direkte invloed op hul ouers se algemene belewing, asook die vergestaltung van veerkragtige ouerskap het. Binne die konteks van hierdie studie kan die bekwaamheidsteorie dus gebruik word as raamwerk vir die voorstelling van hindernisse op die pad tot veerkragtige ouerskap. My betoog is egter ook dat dit as 'n voorstelling van die bepalers van veerkragtigheid beskou kan word en dus sal dit ook vervolgens in hierdie opsig as raamwerk in die betrokke hoofstuk gebruik word. In die lig hiervan is die deelnemers, oftewel die betrokke ouers van kinders met ATHV, se mening van groot waarde geag tydens die interpretasie van die data. My waarneming en veldnotas tydens die onderhoude, asook die dagboekinskrywings van die deelnemers is ook deurlopend in ag geneem.

'n Belangrike gevolgtrekking uit die data is dat, alhoewel die vergestaltung van veerkragtige ouerskap onder andere die fokus van hierdie navorsing was, deelnemers

veel eerder oor die uitdagings en hindernisse tot die vergestaltung van veerkrachtigheid vertel en uitgebrei het. Met dit in ag geneem het die proses van data-analise, soos daar in Hoofstuk 4 (Afdeling 4.3.5) na verwys is, ses temas opgelewer wat vervolgens bespreek sal word, naamlik (1) die proses van diagnose en behandeling; (2) 'n ouer se algemene ervaring en emosies; (3) die invloed van AHTV op die gesinsdinamika; (4) die invloed van 'n skoolstelsel; (5) die waarde van 'n ondersteuningstelsel; en (6) die samelewing se persepsie. Voorts sal daar lig gewerp word op elkeen van hierdie afdelings.

### **7.2.1 Die proses van diagnose en behandeling**

Hierdie afdeling gee spesifieke aandag aan die proses van die diagnose van ATHV, die emosies wat daar rondom beleef word, asook die emosies wat deur die voorskryf en gebruik van medikasie ontlok word. Daar word verder gefokus op die uitdagings, maar ook die vergestaltung van veerkrachtige ouerskap, in die belewing van die diagnose van ATHV.

#### **7.2.1.1 Die diagnoseproses**

Die kern van ouers se mededelings rondom die diagnoseproses is dat hul óf aanvanklik totaal **onkundig** aangaande ATHV as toestand was, óf dat hul in ontkenning oor hul kind se toestand was. Die meeste van die ouers het berig dat hul ten tye van hul kind se diagnose nog nooit van ATHV gehoor het nie. Dit kan dus beskou word as persoonlike faktore wat hindernisse vir 'n moontlike vroeë diagnose kon wees, maar dit impliseer ook die onkunde van die samelewing aangaande ATHV soos dit ook in afdeling 7.2.6.2 bespreek sal word. Dit is daarom 'n aanduiding van oningeligtheid rakende die toestand, en dit beklemtoon ook die **noodsaaklikheid van bewusmaking** van hierdie toestand. Wanneer ouers beter ingelig is oor ATHV kan dit waarskynlik 'n vroeër diagnose vir sommige kinders tot gevolg hê en kan ouers moontlik ook beter voorbereid wees op die diagnose. Die moontlikheid bestaan ook dat dit 'n afname in stres tot gevolg kan hê, aangesien deelnemers beklemtoon het hoe waardevol dit vir hulle was toe hulle meer inligting oor hierdie toestand bekom het. Hierdie gevolglike afname in stres kan ook moontlik ondersteunend wees tot die vergestaltung van veerkrachtige ouerskap.

Tog het 'n groot persentasie van die deelnemers ondervind dat dit vir hul gerieflik was om **ontkenning** as 'n **beskermingsmeganisme** te gebruik. Dit is vir ouers vertroostend om te glo dat hul kind eerder net woelig is of dat seuntjies bloot bedrywig van aard is. Volgens O'Sullivan en Russell (2006, p.38) kan 'n kind wat probleme ervaar 'n baie stresvolle ervaring vir 'n ouer wees. Dit kan tot verskeie beskermingsreaksies lei wat onwetend die soeke na oplossings en selfs die bewerkstelling van groei in kinders kan belemmer.

Ontkenning word spesifiek uitgewys as een van hierdie beskermingsreaksies en dit kan dus ook as hindernis (individuele bepaler) in die proses van die vergestaltung van veerkragtigheid beskou word. Dit is egter teenstrydig met Kübler-Ross se siening van die **rouproses** (1969) waarin ontkenning 'n belangrike rol speel, soos dit ook krities in afdeling 7.2.1.2 bespreek sal word. Binne hierdie konteks word ontkenning deur die deelnemers as deel van die rouproses in die reis na aanvaarding of aanpassing by die toestand beskou, eerder as bevorderlik vir die ontwikkeling van veerkragtige ouerskap.

Deelnemers het ook gemeld dat die diagnose van hul kind se toestand vir hulle 'n **ingewikkelde proses** was, aangesien verskeie **professionele opinies** met betrekking tot die diagnose van mekaar verskil het. In die lig hiervan, en soos dit ook deur die deelnemers bevestig is, is die eerste persoon wat gewoonlik met betrekking tot die diagnose van ATHV genader word, 'n gesin se huisdokter. Binne die konteks van die betrokke studie ontstaan die vraag of huisdokters voldoende toegerus is vir die diagnose en behandeling van hierdie toestand. Louw (2006) het 'n studie geloods om hierdie vraagstuk te ondersoek. Haar bevindinge het gedui op 'n behoefte vir huisdokters om hul kennisbasis aangaande ATHV, asook **geassosieerde toestande**, uit te brei. Dit bevestig dus deelnemers aan hierdie studie se beleving. Aan die hand hiervan kan dit dus as 'n beperkte hulpbron, en ook as 'n moontlike sosiale hindernis vir die vroegtydige diagnose van kinders met ATHV, bestempel word.

Louw (2006) se argument in hierdie opsig is dat die rol van die **opvoedkundige sielkundige** as gelyke vennoot in die multi-dissiplinêre span bevorder moet word. Die implikasie is dat ouers liefers 'n dokter met **spesialiteitskennis** aangaande ATHV moet besoek en ook dat 'n opvoedkundige sielkundige, hetsy privaat of in die diens van die onderwysdepartement, by die diagnoseproses betrek moet word. Nie net kan dit die proses van die korrekte diagnose versnel nie, maar kan dit ook hul stres, tyd en geld aan doktersafsprake spaar, asook hul toegang tot inligting oor ATHV verbeter.

In die lig van die bogenoemde is my argument verder dat ouers ook as **gelyke vennote** en rolspelers met "spesialiteitskennis" in die evaluering en besluitneming rondom die diagnoseproses erken en betrek moet word. Ouers van kinders met gestremdhede se kennis is in die verlede, en volgens die beleving van die deelnemers, ook in die hede deur professionele rolspelers van die hand gewys. Ouers se mening word dikwels as 'n subjektiewe reaksie op 'n krisissituasie, eerder as waardevolle insig omtrent hul kind se gestremdheid, beskou (Landsberg, 2009). Vanuit hierdie invalshoek verduidelik Landsberg (2009, p.96) dat ouers dikwels dokters se uitsprake bevraagteken op grond van hul eie kennis van hul kind waarvoor niemand anders beskik nie:

“It was common for mothers in this study to challenge the doctor’s assessment of their children. Sometimes, this takes the form of a complaint against a particular doctor’s style or level of knowledge, **but more often it expresses a recognition that doctors simply can’t know some things and shouldn’t pretend to be able to predict a child’s limits or abilities.**”

Op hierdie wyse, en teen die agtergrond van die bekwaamheidsteorie, kan die relevante hulpbronne en ook die ouers self in die diagnoseproses betrek word om veerkragtigheid in die beleving van ’n kind met ATHV te bevorder.

### **7.2.1.2 Die beleving van emosies**

Verskeie ouers het verwys na die diagnose van hul kind se toestand as ’n **skok** en ’n **emosionele beleving**. Ander het dit as ’n **teleurstelling** en **verlies** beskou, veral omdat dit gepaardgaan met die verlies aan drome wat hul vir hul kind gekoester het. Hierdie emosies is ooreenkomstig met literatuur waarin Landsberg (2009) ma’s se beleving van die diagnose van hul jong kinders met gestremdhede afgrens teen die konteks van ’n era waarin reproduksie ’n diskoers van beheer en keuse geword het, en waarin siftingstoette en selektiewe aborsie vir gestremdhede algemeen beskikbaar is om te onderskei tussen “perfekte” en “ander” babas. Teen hierdie agtergrond is die diagnose van ’n kind met ’n gestremdheid heel dikwels vir ’n ma ’n skielike en onverwagte gebeurtenis en impliseer dit noodwendig dat so ’n ma moet sin maak van die situasie, die proses moet interpreteer en ’n onbekende pad moet betree om die beleving van ’n kind wie se lewe dikwels deur die sameleving van waarde ontnem word, te verstaan.

Logsdon (2013) verduidelik dat hierdie beleving vergelyk kan word met die gevoelens wat ’n mens na enige ander groot verlies, byvoorbeeld egskeiding, werksverlies of die dood van ’n geliefde, ervaar. Dit hou verband met Kübler-Ross se model van die **fases van rou** (1969) soos dit in meer besonderhede in Hoofstuk 3 (Afdeling 3.3.1) bespreek is. Hierdie model postuleer dat ’n mens na aanleiding van die dood van ’n geliefde of na die diagnose van ’n kind se gestremdheid ideaal gesproke deur vyf fases, naamlik ontkenning, woede, onderhandeling, depressie en aanvaarding, beweeg. In die lig hiervan kan daar aanvaar word dat ’n emosionele beleving ’n gegewe is wanneer ’n ouer se kind met ATHV gediagnoseer word. Soos daar reeds in Hoofstuk 3 (Afdeling 3.3.1) verduidelik is, lewer Ferguson (2002) egter kritiek teen hierdie veronderstelling. Sy uitgangspunt is onder andere dat Kübler-Ross se model ouers van kinders met gestremdhede verneder, omdat dit die geboorte van ’n kind met ’n gestremdheid as ’n tragedie bestempel (Wehmeyer, 2013) en die ouers as die slagoffers van ’n tragedie posisioneer (Allred, 2015, p.47).

Tog het die meerderheid van die deelnemers hierdie beleving van emosies soos ontkenning, hartseer en woede, nie noodwendig as 'n negatiewe ervaring beskou nie, aangesien dit hul in die proses gehelp het om die diagnose van hul kind te **aanvaar**, oftewel sin te maak daarvan en ook om daarby aan te pas. Dit kan dus eerder in verband gebring word met Landsman (2009) se bevinding dat ouers se beleving nie gebaseer is op tragedie of oorwinning nie, maar eerder op die positiewe impak van hoop en die konstruktiewe bydrae wat dit tot hul reis ten opsigte van 'n kind met 'n gestremdheid kan lewer. Binne hierdie konteks het sommige ouers selfs gemeld dat hul doelbewus hulself **tyd** en **ruimte** gegee het om hierdie emosies te erken en die intensiteit daarvan te beleef en dat dit sodoende vir hulle bygedra het tot die vergestaltung van veerkragtige ouerskap.

Daarmee ondersteun die bevindinge van hierdie studie ook Allred en Hancock (2012) se kritiek teen Kübler-Ross se aanname dat alle ouers hul kind se gestremdheid volgens die fases van rou beleef. Daar was intendeel deelnemers wat die diagnose van hul kind uit die staanspoor uit as 'n verligting beskou het, aangesien dit vir hul 'n vertrekpunt gegee het om hul kind op 'n gepaste wyse te kan help. Terwyl die beleving van emosies (individuele bepalers) tydens die rouproses vir sommige ouers bygedra het tot die vergestaltung van veerkragtigheid, was die diagnose, en dus die bemagtiging met inligting en kennis (oorsaaklikheidsfaktore), weer vir ander ouers bepalend in die vergestaltung van veerkragtigheid. Hierdie bevinding bevestig die relevansie van Porcelli et al. (2014) se uitgangspunt aangaande veerkragtigheid en gestremdheid. Hul betoog is dat daar verby die beperkinge van gestremdheid gekyk moet word ten einde geleenthede tot groei te bewerkstellig.

### **7.2.1.3 Die emosionele keuse en beleving ten opsigte van medikasie**

Uit die onderhoude het dit aan die lig gekom dat verskeie ouers se stories begin het met 'n vertelling van 'n **sielewroeging** en **skeptiese ingesteldheid** rakende die gebruik van medikasie vir ATHV. Vir die meeste ouers was die **keuse rondom medikasie** 'n krisis. Tog het die meerderheid ouers se stories ook geëindig met 'n oortuiging dat medikasie een van die beste keuses was wat hul vir hul kind kon maak. Hierdie bevinding strook met 'n studie oor ouers van kinders met ATHV en die gebruik van medikasie, waarin die navorsers bevind het dat ouers eers nadat hul kinders dit begin gebruik het oortuig is van die effektiwiteit van medikasie (Stroh, Frankenberger, Cornell-Swanson, Wood & Pahl, 2008). Dit stem ook ooreen met 'n studie deur Tancred en Greeff (2015) waarin bevind is dat die gebruik van medikasie vir ATHV een van die faktore is wat positief bydra tot die funksionering en aanpassing van gesinne van kinders met hierdie toestand.

Die deelnemers aan hierdie studie se mededelings dui daarop dat een van die redes vir ouers se skeptiese ingesteldheid teenoor medikasie die **stigma** is wat met die gebruik daarvan gepaardgaan. Hierdie skeptisisme vanweë die invloed van 'n kultuur van stigmatisering van medikasie wat deur die samelewing geskep is, kan dus beskou word as 'n hindernis tot veerkragtigheid. Die redes wat ouers aanvoer vir hierdie stigma is die onkunde van die samelewing rakende ATHV en die gebruik van medikasie daarvoor. Die beleving van hierdie stigma is van so 'n ernstige aard, dat sommige deelnemers gevolglik **swyg** oor die feit dat hul kinders medikasie vir hul toestand gebruik. Ouers word dan geïnhibeer om met mense oor hul kind se toestand te gesels en dit kan sodoende ook die vestiging van 'n ondersteuningsnetwerk inperk. Op hierdie wyse kan dit as 'n hindernis in die vergestaltung van veerkragtige ouerskap manifesteer.

Hierdie bevinding is egter teenstrydig met 'n studie oor ouers se ontvanklikheid vir die gebruik van medikasie vir ATHV wat daarop gedui het dat ouers in die Verenigde State van Amerika oor die algemeen nie beduidend bekommerd is oor die stigma en vernedering rakende die gebruik van medikasie nie (Bussing, Koro-Ljungberg, Noguchi, Mason, Mayerson & Garvan, 2012). Binne die konteks van die betrokke studie is daar egter bevind dat die keuse rondom die gebruik van medikasie moontlik vir ouers makliker gemaak kan word indien die bestaande **stigma afgebreek** word. My uitgangspunt, soos dit ook deur die deelnemers se menings ondersteun word, is dat die bewusmaking en voorsiening van inligting aangaande ATHV 'n beduidende rol kan speel in hierdie proses.

My volgende uitgangspunt is dat dit raadsaam is om vir ouers die nodige vaardighede aan te leer betreffende die **bestuur van hul gedagtes** rondom hierdie stigma, sodat dit die negatiewe effek daarvan op hul lewens kan verminder. Indien dit kan gebeur, kan hul nuwe betekenis aan hul beleving koppel en kan narratiewe rekonstruksie op 'n individuele en eintlik ook op sosiale vlak (met verwysing na die afbreek van die stigma in die samelewing) plaasvind. Opsommend kan die skep van nuwe stories, soos daarna verwys is in Hoofstuk 4 (Afdeling 4.3.2) en ook in Afdeling 7.2.2.2 van die betrokke hoofstuk, plaasvind. Die implikasie is dat dit in die lig van die bekwaamheidsteorie as individuele, sowel as sosiale bepaler (verandering in die gemeenskap), vir die bevordering en vergestaltung van veerkragtige ouerskap aangewend kan word.

Die deelnemers se oortuiging is dat die media, en veral **sosiale media**, 'n negatiewe beeld oor die gebruik van medikasie vir ATHV propageer en sodoende die stigma in hierdie verband versterk. 'n Studie oor die ingesteldheid van families aangaande die gebruik van medikasie vir ATHV het getoon dat die meerderheid deelnemers (71%) aan die studie vanweë hul oortuigings wat op die lekepers se uitlatings gebaseer is, aanvanklik huiwerig



was oor die gebruik van medikasie (Dos Reis, Butz, Lipkin, Anixt, Weiner & Chernoff, 2006). Hierdie bevinding bevestig dus die negatiewe aandeel wat die media in die versterking van die stigma rakende die gebruik van medikasie vir ATHV het en hoe dit dus ook as sosiale hindernis vir die vergestaltung van veerkragtigheid optree in die geval van hierdie ouers.

Daar is wel ouers wat melding gemaak het van die feit dat hul met 'n **professionele persoon** gaan gesels het oor die vroeë en bedenkinge wat met die keuse van medikasie gepaardgegaan het. Binne die konteks van die bekwaamheidsteorie is dit dus as 'n hulpbron tot die bevordering en vergestaltung van veerkragtigheid aangewend. Dit is ondersteunend tot Ungar et al. (2008) se beginsel van navigasie (*navigation*) wat in Hoofstuk 2 (Afdeling 2.1.5) bespreek is. Sy uitgangspunt is dat die individu persoonlike aanspreeklikheid (*personal agency*) moet aanvaar om hom- of haarself te stuur in die rigting van hulpbronne wat bevorderlik vir veerkragtigheid is. Met betrekking tot hierdie praktyk kan die spreker van 'n professionele persoon help om uitsluiting oor die feite rakende medikasie te kry, maar kan dit ook van waarde wees om in 'n terapeutiese hoedanigheid te kan gesels oor die worstelstryd en emosionele beleving wat dit in ouers aanwakker (Singh, 2005). Op hierdie wyse kan dit ook in terme van die worstelstryd oor die keuse van medikasie bevorderlik vir die vergestaltung van veerkragtige ouerskap wees.

'n Verdere bekommernis vir ouers behels die kwessie om die **regte dosis** medikasie vir hul kind te vind. Een van die deelnemers het vertel hoe haar kind in die proses oordoseer is en die emosionele letsels wat dit vir hul as ouers, sowel as hul kind tot gevolg gehad het. Soos daar reeds in Hoofstuk 2 (Afdeling 2.5.2) bespreek is, is dit daarom ideaal dat medikasie eers vir 'n **proeftydperk** voorgeskryf word. Dit is belangrik aangesien die dosis nie slegs van die kind se gewig en ouderdom afhanglik is nie, maar omdat dit ook by individuele response en behoeftes aangepas moet word. Dit beteken dat die kind se reaksie op die medikasie en moontlike nuwe-effekte van die medikasie fyn gemonitor moet word – veral omdat 'n kind in die middelkinderjare se groei en ontwikkeling uniek is en dus verskil van ander lewensfasies. Sodoende kan ouers se bekommernis rakende die dosis van die medikasie geëlimineer word. Dit impliseer egter op die beurt groot finansiële uitgawes vir gereelde doktersafsprake wat in die lig van die bekwaamheidsteorie as 'n hindernis tot veerkragtige ouerskap beskou kan word indien ouers nie oor die nodige hulpbronne beskik nie. Dit is dus 'n proses om die regte dosis te vind en dit moet dit ook so deur die sielkundige of dokter wat die aanvanklike diagnose maak, aan ouers verduidelik word. Dit impliseer verder dat sistemiese veranderinge om dienste, opvolging en monitering meer toeganklik te maak, ook in plek gestel moet word.

In die lig van die bogenoemde het verskeie deelnemers vertel dat die **finansiële implikasie** van die medikasie vir hul 'n groot bron van stres is. Alhoewel Ritalin® al vir dekades as die mees aangewese middel in Suid-Afrika vir die behandeling van ATHV beskou word (Van der Walt, 2001), is dit nie noodwendig vir alle kinders die optimale keuse van medikasie en die mees effektiewe vorm van farmaseutiese intervensie nie. Ouers vertel dat die **staatshospitale** in Suid-Afrika slegs Ritalin® in voorraad hou en dat ouers self Concerta® as **alternatiewe medikasie** moet koop indien Ritalin® nie met hul kinders akkordeer nie. Concerta® word deur verskeie ouers as 'n baie duur medikasie beskou en dit is ook onbekostigbaar vir menige ouers.

'n Verdere implikasie is dat verskeie ouers maandeliks verlof moet neem om hul kind se medikasie by die staatshospitaal te kry. Vir sommige ouers impliseer dit onbetaalde verlof en baie tyd wat hulle moet opoffer. Die onbeskikbaarheid van sekere soorte medikasie en noodgedwonge onbetaalde verlof kan as beperkte hulpbronne, en binne die konteks van die bekwaamheidsteorie ook as definitiewe hindernisse in die proses tot die vergestaltung van veerkragtigheid, beskou word. Volgens Sr. H. Loubser, 'n verpleegkundige van die Wes-Kaapse onderwysdepartement, bestaan daar geen amptelike beleid of stelsel in die staatsdiens wat verteenwoordigers van skole toelaat om met die skriftelike toestemming van die ouers, asook die nodige mediese voorskrif daarvoor, maandeliks alle betrokke leerders se medikasie by staatshospitale af te haal nie (Persoonlike kontak, 31 Maart 2017).

In die lig van die bogenoemde ondersteun ek die voorneme wat tydens die Nasionale Begrotingsrede 2017 uitgespreek is dat die Nasionale Gesondheidsversekering (NGV) moontlik in die toekoms deels gefinansier gaan word deur die vermindering van belastingkrediete wat mense tans op hul mediese fondspremies kry. Die NGV is daarop gemik om openbare gesondheidsorg te verbeter. Stadler (2017, p.19) berig dat 'n witskrif van die Nasionale Gesondheidsversekering tans besig is om gefinaliseer te word. Hierdie witskrif behels proefstelsels wat onder andere insluit dat chroniese medisyne aan staatspasiënte meer doeltreffend uitgereik moet word, dat meer dienste op distriksvlak gelewer moet word, en dat inligtingstelsels verbeter moet word. Die vertrekpunt is dat die verspreiding van chroniese medisyne deur 'n gesentraliseerde verspreidingsstelsel druk op die staatshospitale kan verlig. My argument is dat dit ook in hierdie opsig die stres op die ouers van 'n kind met ATHV wat van staatsmedikasie afhanklik is, kan verlig. Sodoende kan dit ook binne hierdie konteks as beskikbare hulpbronne bydra tot veerkragtige ouerskap en bevestig dit die bevinding dat toegang tot materiële hulpbronne bevorderlik

vir veerkragtigheid is (Ungar, Brown, Liebenberg, Othman, Kwong, Amstrong & Gilgun, 2007).

Met betrekking hiertoe word Theron (2010) se uitgangspunt aangaande die belangrikheid van die oorweging van die Suid-Afrikaanse konteks en kultuur in die bevordering van veerkragtigheid, beklemtoon. In die lig hiervan dra verskeie deelnemers aan hierdie studie se **sosio-ekonomiese omstandighede** by tot die stres rakende die verkryging van hul kind se medikasie. In hierdie konteks verduidelik Kvist, Nielsen en Simonsen (2013) dat ouers van kinders met ATHV dikwels sosio-ekonomies benadeel is, aangesien hul kind se toestand meestal verhoed dat albei ouers 'n voltydse pos kan beklee. Uitgawes vir duur en noodsaaklike medikasie vir hul kinders, plaas dus ekstra finansiële stres op hierdie ouers en manifesteer dienoreenkomstig as 'n hindernis vir die vergestaltung van veerkragtigheid.

Een van die groot redes waarom ouers bykomende medikasie moet koop, buiten dit wat die staatstelsel voorsien, is omdat kinders soms **nuwe-effekte** van Ritalin® beleef wat nie die langtermyngebruik van hierdie medikasie toelaat nie. Die voorkoms van nuwe-effekte is 'n volgende aspek wat daartoe aanleiding gee dat die oorweging van medikasie vir sommige ouers 'n emosionele belewenis is. Volgens die betrokke ouers is hul dikwels bekommerd oor die nuwe-effekte wat Ritalin® kan veroorsaak. Hierdie nuwe-effekte kan senuweeagtigheid, slapeloosheid, huilerigheid, insomnia, angstigheid, irritasie, naarheid, maagpyn, hoofpyn en 'n verminderde eetlus by kinders insluit (Pharma Dynamics, 2008, p.2). In die lig hiervan is verskeie deelnemers aan hierdie studie veral besorg oor die inhiberende effek van die medikasie op hul kinders se eetlus. Ouers se kommer in terme hiervan word bevestig deur bevindinge in die literatuur. Toomey, Rusinak en Finkelstein (2016, p.765) het 'n ondersoek geloods aangaande die oorsake vir die staking van die gebruik van medikasie vir ATHV. Die meerderheid deelnemers (62%) se hoofrede was die nuwe-effekte van die medikasie, waarvan 42% van hierdie deelnemers spesifiek verwys het na die **verminderde eetlus** van hul kinders.

Wanneer sosio-ekonomiese omstandighede van sommige deelnemers in ag geneem word, is dit interessant dat slegs een deelnemer aan Toomey et al. (2016, p.765) se studie finansiële redes vir die staak van medikasie aangevoer het. Daar moet egter in ag geneem word dat die studie waarna verwys word in die Verenigde State van Amerika uitgevoer is, terwyl Suid-Afrika se sosio-ekonomiese toestande drasties daarvan verskil. Dit is daarom ook belangrik om binne die Suid-Afrikaanse konteks sommige deelnemers se sosio-ekonomiese omstandighede as sosiale hindernis tot die vergestaltung van

veerkragtigheid in ag te neem. Vervolgens sal 'n blik op ander uitdagings in terme van ouers se belewing van die diagnose van ATHV verskaf word.

#### **7.2.1.4 Die uitdagings van die diagnose**

Die onderhoude met die deelnemers het lig gewerp op verskeie uitdagings rakende 'n kind met ATHV in sy of haar middelkinderjare. Verskeie ouers het verwys na die vinnige pas van hul eie leefwêreld en gevolglik ook die uitdagings wanneer hulle **voltyds moet werk** en daarom beperkte tyd het om aan 'n kind met ATHV se behoeftes (en hul ander kinders) te bestee. Die uitdaging van 'n **enkelouer** dra egter by tot addisionele stres in hierdie opsig, aangesien daar niemand anders is wat 'n bydrae in terme van tyd en geld kan lewer nie. Met betrekking hiertoe sal tyd en geld as beperkte hulpbronne dus 'n hindernis tot veerkragtigheid wees. Tog toon navorsing dat hoewel werkende ma's van kinders met leerhindernisse hoë stresvlakke beleef, daar egter ook ambivalente bevindinge hieroor is (Morris, 2012). Morris (2012) se bevinding is byvoorbeeld dat 'n loopbaan vir sommige ouers juis as 'n buffer teen die stres van 'n kind met spesifieke uitdagings kan dien en sodoende ook in terme van die bekwaamheidsteorie 'n sosiale bepaler van veerkrag binne hierdie konteks is.

Die bogenoemde bevinding strook met een van die deelnemers se bekentenis dat dit juis vir haar 'n emosionele verligting was toe sy weer kon begin werk. Vir 'n ouer wat egter afhanklik is van die finansiële inkomste en vir wie tyd saam met haar kind wat haar nodig het beperk is, bly dit in terme van die bekwaamheidsteorie, 'n hindernis wat beperkte hulpbronne betref. Terwyl 'n voltydse loopbaan dus vir sekere ouers 'n bydraende faktor is ten opsigte van hul veerkragtigheid om die uitdagings van 'n kind met ATHV te hanteer, is dit vir ander ouers 'n bron van stres en het dit 'n inhiberende effek wat die bevordering van veerkragtige ouerskap betref.

Hoewel daar ook verskeie ouers is wat die verlies aan 'n loopbaan vanweë hul kind se toestand as 'n traumatiese belewenis beskou, is daar ander ouers vir wie hul kind se toekomstige loopbaan 'n groter bron van kommer, en dus ook 'n hindernis tot die vergestaltung van veerkragtige ouerskap is. Dale, Jahoda en Knott (2006) se studie aangaande ouers se verwagting van hul kinders met outisme se toekoms, dui daarop dat ouers van kinders met spesifieke uitdagings beduidende stres oor die **toekoms van hul kinders** ervaar. Alhoewel die deelnemers aan hierdie studie tans in hul middelkinderjare is, is die grootste bron van kommer vir vele van hulle die impulsiewe aard van kinders met ATHV en die gevolge wat groepsdruk kan hê wanneer hulle adolessente word. Daar is

sels 'n ouer wat melding gemaak het van haar kommer oor die moontlike oorweging van selfdood van 'n kind met ATHV.

Daar is ook ouers wat verwys het na die uitdaging van die hedendaagse **kitsverbruikerssamelewing** wat deur tegnologie veroorsaak word en hoe moeilik dit vir 'n kind is om daarby aan te pas. Wanneer 'n kind aandagafleibaar is, en as 'n spreekwoordelike dromer beskou kan word, is die uitdaging egter nog groter. In die lig van die bekwaamheidsteorie is dit dus 'n klassieke voorbeeld van 'n interaktiewe proses tussen oorsaaklikheidsfaktore, te wete individuele bepalers en tegnologie as 'n sosiale bepaler, wat 'n moontlike hindernis vir veerkragtige ouerskap kan wees.

Edwards, Skouteris, Rutherford en Cutter-Mackenzie (2013) se siening is dat tegnologie as 'n wonderlike hulpmiddel beskou kan word, maar dat daar te min vrae gevra word oor die invloed daarvan op jong kinders se gesondheid en die volhoubaarheid wat dit in terme van hul lewenstyl het. Tegnologie het die pas waarteen die wêreld vir 'n kind draai drasties versnel en dit raak gevolglik die ouer se probleem wanneer 'n kind met aandagafleibaarheid nie kan byhou nie. Dit impliseer dat 'n ouer sekere hanteringsvaardighede aan 'n kind met aandagafleibaarheid moet leer sodat hy of sy kan byhou met die vinnige tempo wat die moderne samelewing van 'n kind verwag. Indien 'n ouer dit kan regkry om hierdie vaardigheid (individuele bepaler) suksesvol te onderrig, kan dit moontlik ook die stres wat ouers in hierdie verband ervaar, verminder. Dit kan op die beurt weer die vergestaltung van veerkragtige ouerskap bevorder. Tog is daar verskeie aspekte van die diagnose van ATHV wat deur die deelnemers as bydraende bepalers tot veerkragtige ouerskap beskou word.

#### **7.2.1.5 Veerkragtigheid in die belewing van die diagnose**

Die diagnose van ATHV word nie uitsluitlik bestempel as 'n swaard wat oor 'n ouer se kop hang nie. In die deelnemers se antwoorde het dit na vore gekom dat aspekte van die diagnose hul gehelp het om uitdagings in hierdie verband makliker te hanteer. Die redes wat hulle hiervoor aanvoer, is dat die diagnose, en in hierdie geval spesifiek die kennis oor ATHV, ouers in staat stel om hul kinders op die **geskikte wyse te ondersteun**. Ander ouers het vertel hoe 'n **vroegtydige diagnose** baie potensiële skade kan voorkom. Dit word bevestig deur die mededelings van deelnemers aan Berger (2015) se studie aangaande gevangenes se belewing van die diagnose van hul ATHV. Gevangenes met ATHV het in persoonlike narratiewe berig dat die diagnose van hul toestand vir hulle 'n sleutel tot hulp gebied het. Hulle was verder van die oortuiging dat dele van hul verlede moontlik meer positiewe ervarings kon wees, indien hul toestand vroeër gediagnoseer is.

Die afleiding is dus dat kennis aangaande ATHV, sowel as 'n vroegtydige diagnose van 'n kind met hierdie toestand, kan bydra tot die vergestaltung van veerkragtige ouerskap in terme van die uitdagings wat so 'n ouer moet hanteer.

Verskeie deelnemers het vertel dat hul eie swaarkry hul help om **empatie** te hê met ander mense wie se kinders ook ATHV het. Sodoende kan hulle ook hierdie mense ondersteun en 'n positiewe bydrae in terme van 'n **sosiale ondersteuningsnetwerk** lewer. Hierdie bekentenis word ondersteun deur Nordgren, MacDonald en Banas (2011) se studie oor sosiale pyn. Binne die konteks van Nordgren et al. (2011) se navorsing, verwys sosiale pyn onder andere na die belewing van gevoelens van uitsluiting en verwerping. Dit is dus ook gevoelens wat ooreenstem met die emosies wat 'n ouer van 'n kind met ATHV somtyds ervaar.

Een van die bevindinge van Nordgren et al. (2011) se studie het daarop gedui dat mense wat reeds kennis met sosiale pyn gemaak het, ander mense se pyn beter verstaan en daarom meer begrip het daarvoor as mense wat nie aktief sosiale pyn ervaar nie. Deelnemers aan hierdie studie het verduidelik dat 'n soortgelyke empatie met ander hul nie net laat beter voel oor hul eie situasie nie, maar dat dit hul ook gemobiliseer het om deel te word van 'n sosiale ondersteuningstelsel. Op grond hiervan ondersteun hierdie praktyk dus ook Theron (2010) en Ungar (2012) se teorie aangaande veerkragtigheid as 'n sosiale konstruk soos dit in Hoofstuk 2 (Afdeling 2.2.7) bespreek is.

Daar was ook ouers wat aangedui het dat die verloop van **tyd** hul gehelp het om 'n beter begrip van hul kind se toestand te ontwikkel, maar dat dit hul ook die geleentheid gebied het om vaardighede en strategieë aan te leer ten einde hul kind met ATHV optimaal te ondersteun. Daar was ook ouers wat gemeld het dat tyd vir hulle 'n belangrike faktor in die aanvaarding van hul kind se toestand was, oftewel dat dit hul gehelp het om by die realiteit van hul kind se toestand aan te pas. Soos daar reeds in Afdeling 7.2.1.2 bespreek is, was daar 'n minderheid deelnemers wat aangedui het dat dit vir hulle 'n positiewe belewing was om hulself die kans te gun om deur Kübler-Ross (1969) se fases van rou te beweeg en dat **aanvaarding** van die diagnose vir hulle 'n voorvereiste was om vrede oor hul kind se toestand te kry. Binne die konteks van die bekwaamheidsteorie, het tyd as oorsaaklikheidsfaktor vir hierdie ouers 'n belangrike rol in die aanvaardingsproses, en dus ook in die vergestaltung van veerkragtigheid, gespeel. Met die aanvaarding van die diagnose word daar egter nie geïmpliseer dat die pad sonder enige verdere uitdagings, hindernisse en pyn is nie, maar eerder dat ouers aangepas het by hul kinders se toestand.

'n Studie oor ouers se aanvaarding van hul kinders se homoseksuele status het aan die lig gebring dat ouers wat dit aanvanklik moeilik gevind het om hierdie bekentenis te aanvaar, dit wel met die verloop van tyd makliker by hul verwysingsraamwerk kon integreer (Samarova & Shilo, 2014). Die gevolgtrekking is dat tydsduur ook op 'n soortgelyke wyse kan bydra tot die vergestaltung van veerkragtige ouerskap in terme van die beleving van 'n kind met ATHV. Dit word ook belynde deur 'n ouer wat deelgeneem het aan hierdie studie se erkenning dat dit tot haar voordeel was om vir haarself 'n **realistiese tydperk** te gun vir die aanvaarding van, en aanpassing by, hul kind se diagnose, maar ook om die nodige hanteringsvaardighede aan te leer om hul kind optimaal te kan ondersteun.

Young en Bramham (2008, p.493) het 'n studie onderneem rakende volwassenes se beleving van hul eie diagnose en behandeling van ATHV en het vervolgens 'n model soortgelyk aan Kübler-Ross (1969) se fases van rou vir die sielkundige aanvaarding van die diagnose aanbeveel. Hierdie model verwys na ses fases in die proses na aanvaarding, naamlik (1) verligting en opstand, (2) verwarring en emosionele onrus, (3) woede, (4) hartseer en verdriet, (5) angs, en (6) aanvaarding. Hul gevolgtrekking is dat die model 'n aanduiding is van hoe belangrik dit is om van **sielkundige dienste** gebruik te maak om die betrokke diagnose te verwerk. Nie net kan dit hul ondersteun in die aanpassingsproses nie, maar dit kan hulle ook vaardighede leer wat hulle sal help om in die toekoms die nodige en toepaslike hanteringsstrategieë toe te pas. Op hierdie wyse, en binne die konteks van hierdie studie, kan dit ook as hulpbronne en oorsaaklikheidsfaktore bydra tot die bevordering van veerkragtigheid by die ouers van kinders met ATHV.

'n Volgende aspek wat deelnemers uitgelig het as 'n bydraende faktor tot die vergestaltung van veerkragtige ouerskap is die voorreg om **voltyds tuis** by hul kinders te kan wees. Ten spyte van deelnemers wat die verlies aan 'n loopbaan vanweë hul kind se toestand as 'n stressor bestempel het, is daar ouers wat aangedui het dat die geleentheid om 'n tuisbly- ma te kan wees vir hulle 'n behoud is en kan dit daarom ook as 'n individuele bepaler tot die vergestaltung van veerkrag beskou word. Hiermee is die afleiding ook dat die gesin oor die nodige hulpbronne daarvoor beskik. Nie net help dit hulle om hul kind die nodige ondersteuning te bied nie, maar gee dit hul ook die geleentheid om die effek van hul kind se medikasie te monitor. Binne hierdie konteks is daar ouers wat hul kind se gebruik van medikasie as bevorderend vir die vergestaltung van veerkragtige ouerskap beskou.

Soos reeds gemeld, was die meeste van die deelnemers aanvanklik skepties oor die gebruik van **medikasie**, maar het die meerderheid egter ook van mening verander nadat hulle self die positiewe effek daarvan op hul kinders beleef het. Hierdie verskynsel

ondersteun die navorsing wat gedoen is oor ouers en onderwysers se tevredenheid ten opsigte van kinders se gebruik van medikasie vir ATHV. Die analise van die studie het getoon dat 70% van die deelnemers tevrede was met die effektiwiteit van die medikasie en dat hulle dit as uiters effektief beskou (Görtz-Dorten, Breuer, Hautmann, Rothenberger & Döpfner, 2011). Die betoog is daarom dat, indien medikasie 'n positiewe uitwerking op 'n kind met ATHV het, dit volgens die bekwaamheidsteorie kan bydra tot die bevordering van veerkragtige ouerskap.

## **7.2.2 Ouers se algemene ervaring en emosies**

Die vorige afdeling het die deelnemers se belewing van die diagnoseproses binne die konteks van bestaande literatuur bespreek. Vervolgens sal daar lig gewerp word op ouers se algemene ervaring en emosies rakende hul kind se toestand. Daar sal spesifieke aandag gegee word aan die konseptualisering van die emosionele belewing van ouers, die waarde wat 'n ouer se ingesteldheid op veerkragtigheid kan uitoefen, asook maatreëls wat ouers gevind het bydra tot die veerkragtige hantering van die uitdagings van 'n kind met ATHV.

### **7.2.2.1 Die emosionele belewing van ouers**

Soos daar in Hoofstuk 3 (Afdeling 3.3.2.1) bespreek is, kan 'n kind met ATHV soms vir ouers 'n ervaring wees wat hulle emosioneel verlam laat voel. Dit kan daartoe aanleiding gee dat hul 'n verlies aan beheer ervaar en selfs versuim om hul eie behoeftes te bevredig (Russell, 2003). Dit blyk uit die onderhoude dat een van hierdie verlamende ervarings die belewing van aanhoudende **skuldgevoelens** is. 'n Groot persentasie van die deelnemers het gemeld dat hulle met skuldgevoelens worstel en dat hulle hulself blameer vir hul kind se toestand. Hulle beleef hierdie skuldgevoelens veral in terme van hul eie negatiewe reaksies op hul kind se gedrag, hul kind se gebruik van medikasie, sy of haar dieet en die feit dat hul kind in 'n spesiale skool is.

Hierdie belewing word bevestig deur Carr (2010) se uitgangspunt dat ouers hulself dikwels vir hul kind se toestand blameer. O'Sullivan en Russell (2006) verduidelik dat **selfblamering** 'n onbewustelike kognitiewe proses is wat kan aanleiding gee tot 'n verwronge persepsie van die werklikheid. Hierdie emosiegedrewe verandering in persepsie onderdruk helder denke en lei tot oortuigings wat teenstrydig is met die werklikheid. Dit veroorsaak 'n bose kringloop van selfblamering en dien in terme van die bekwaamheidsteorie ook as 'n individuele bepaler, oftewel hindernis, tot die vergestaltung van veerkragtige ouerskap.



In die lig van die bogenoemde beklemtoon O'Sullivan en Russell (2006, p.37) die belang daarvan om doelbewus eerder 'n **oplossingsgerigte benadering** in plaas van 'n blaamgeoriënteerde denkwysie aan te neem. My uitgangspunt is dat dit egter slegs moontlik kan wees indien ouers genoegsaam ingelig is oor die **feite van ATHV**. Sodoende kan hul 'n meer realistiese beeld van die oorsake van ATHV as verwysingsraamwerk vorm en kan dit hul vervolgens help om op moontlike oplossings vir uitdagings te fokus, eerder as om hulself daarvoor te blameer. Dit hou ook verband met Ungar et al. (2008) se uitgangspunt dat die individu persoonlike aanspreeklikheid (*personal agency*) moet aanvaar om toegang tot hulpbronne te kry wat bevorderlik vir veerkragtigheid is, soos daar ook in Afdeling 7.2.1.3 na verwys is.

'n Volgende emosionele beleving waarna daar verwys is, is een van konstante **moegheid**. Dit word toegeskryf aan verskeie uitdagings rakende 'n kind met ATHV in sy of haar middelkinderjare. Sommige ouers het genoem dat hierdie moegheid vir hul 'n daaglikse beleving is wat nooit ophou nie. Oormatige stressors en 'n fisiese uitputting vanweë die verantwoordelikhede en die volgehoue pas wat van 'n ouer van 'n kind met ATHV verwag word, is van die redes wat hulle hiervoor aanvoer. Een van die ouers het vertel dat sy voel asof sy 'n maraton gehardloop het wanneer sy saans in die bed klim. 'n Ander ma het vertel dat sy soms so emosioneel uitgeput voel dat sy nie meer objektiewe keuses in die belang van haar kind kan maak nie.

Daar is verskeie aspekte wat hiertoe bydra. Ouers meld onder andere dat hulle **magteloos** voel oor hul kind se toestand en hul vermoë om hul kind te kan help. Daar is ook melding gemaak van aanhoudende **frustrasies** wat aanleiding gee tot emosionele dreinerings. In die lig hiervan vergelyk Covey (2004, p.288) die mens met 'n saag wat sy funksie verloor wanneer dit stomp is. Sy uitgangspunt is dat daar spesifiek tyd afgestaan moet word aan die slyp van so 'n saag ten einde sy effektiwiteit te verhoog. Daarmee verwys Covey (2004) na dieselfde beginsel ten opsigte van die mens se welwees en dit is moontlik ook van toepassing op die vergestaltung van veerkragtige ouerskap. Indien ouers van kinders met ATHV, binne die konteks van die bekwaamheidsteorie, hul emosionele reserwes as individuele bepalers van veerkrag in stand hou, laat dit hulle toe om daaglik beter met die eise van ATHV te kan leef.

In die lig van die bogenoemde stel Covey (2004, p.287) 'n **gebalanseerde program** in vier areas van 'n mens se lewe voor ten einde **selfvernuwing** te bewerkstellig:

- Fisies: Handhaaf gesonde eetgewoontes, doen 'n mate van oefening en kry ook genoegsame rus.

- Sosiaal/emosioneel: Sosiale en betekenisvolle verhoudings met ander mense is belangrik.
- Geestelik: Leer nuwe vaardighede aan. Maak ook tyd om te lees, te skryf en om nuwe vaardighede aan ander te onderrig.
- Spiritueel: Bring tyd in die natuur deur en beoefen een of ander mate van meditasie, musiek, kuns of gebed.

Binne hierdie konteks is Covey (2004, p.287) se betoog dat wanneer 'n persoon hom- of haarself gereeld in elk van hierdie vier areas vernuwe, dit persoonlike groei kan bewerkstellig en sodoende kan dit 'n persoon se vermoë om uitdagings te hanteer, verbeter. Betreffende hierdie studie kan die toepassing van hierdie gebalanseerde program moontlik ook bydra tot die vergestaltung van veerkragtige ouerskap. Vervolgens sal daar aandag gegee word aan die wyse waarop 'n ouer se ingesteldheid veerkragtigheid kan bevorder.

#### **7.2.2.2 Die waarde van ouers se ingesteldheid**

Verskeie deelnemers het gemeld dat 'n **positiewe ingesteldheid**, en dus die doelbewuste besluit om te fokus op positiewe, eerder as negatiewe gedagtes, vir hul van groot waarde is wanneer dit kom by die daaglikse eise van 'n kind met ATHV. Dit stem ooreen met die ABCX-model van gesinsveerkragtigheid (Hill, 1949) waarna daar in hoofstuk 2 (afdeling 2.1.6.1) verwys word. Volgens hierdie model is 'n gesin se persepsie van 'n stressor bepalend tot die vergestaltung van veerkragtigheid. Dit stem ook ooreen met De Klerk en Greeff (2012) se bevindinge dat gesinswaardes, soos 'n positiewe ingesteldheid teenoor gestremdhede, bydra tot die veerkragtigheid van ouers van kinders met visuele gestremdhede. Daarteenoor, en ook in die lig van die bekwaamheidsteorie, is my standpunt dat 'n ouer se negatiewe ingesteldheid beskou kan word as 'n hindernis vir optimale funksionering. My verdere betoog is dat wanneer 'n ouer dit kan regkry om 'n oorwegend positiewe ingesteldheid as algemene praktyk te handhaaf, dit ook bevorderlik vir die vergestaltung van veerkragtigheid kan wees.

Deelnemers aan hierdie studie het verduidelik dat 'n positiewe ingesteldheid vir hul 'n **doelbewuste keuse** is wat herhaaldelik gemaak moet word, ten einde hul persepsie van hul werklikheid te verander. Dit kan in verband gebring word met Crossley (2000) se uitgangspunt van 'n narratiewe rekonstruksie wat in Hoofstuk 4 (Afdeling 4.3.2) verduidelik is. Die betoog is dat narratiewe, oftewel stories nie net die aard van chroniese gesondheidsprobleme reflekteer nie, maar dat dit ook die onderbou daarvan vorm. Daar word verduidelik dat wanneer gesondheidsprobleme, of in hierdie geval 'n kind met ATHV,

die koers van 'n individu se verwagte lewenspaadjie verander, dit die samehang van daardie persoon se lewensverhaal, asook die betekenis wat hy of sy aan die situasie heg, kan beïnvloed.

Binne die konteks van die bogenoemde postuleer Papathomas, Smith en Lavallee (2015, p.315) dat die individu dikwels 'n proses van **narratiewe rekonstruksie** moet ondergaan wat beteken dat nuwe stories geskep moet word ten einde nuwe betekenis aan 'n situasie te gee. Dit kan in verband gebring word met die deelnemers se keuse van 'n positiewe ingesteldheid rakende hul kind se toestand en dus ook 'n rekonstruksie van hul storie. In Afdeling 4.3.2 word daar verwys na Frank (2005) se *The Wounded Storyteller* waarin hy narratiewe aan die hand van drie fases onderskei, naamlik (1) herstel (*restitution*), (2) chaos en (3) soeke (*quest*). Deur 'n doelbewuste positiewe ingesteldheid rakende sy of haar kind se toestand te handhaaf, kies 'n deelnemer as't ware 'n herstel-narratief met 'n basiese storielyn van "gister was ek gesond, vandag is ek siek, môre sal ek weer gesond wees" (p.77), teenoor 'n chaos-narratief se uitgangspunt "ek mag dalk nooit weer gesond word nie" (p.97).

Dit kan direk in verband gebring word met die konsep van veerkragtigheid wat in die lig van positiewe sielkunde op 'n **salutogene uitgangspunt** (sien Hoofstuk 2, Afdeling 2.1.1) gegrond is (Theron, 2010). Uiteraard impliseer 'n positiewe ingesteldheid nie dat hierdie ouers se stories sonder uitdagings is nie. Ouers moet steeds daaglik 'n doelbewuste besluit neem om hierdie positiewe houding te handhaaf. Tog is daar verskeie prosesse en faktore wat hulle hierin ondersteun. Daar is tydens hierdie navorsing berig dat deelnemers se doelbewuste keuse om **dankbaar** te wees vir die klein dingetjies wat 'n positiewe uitwerking op hul lewens het, 'n waardevolle bron van veerkrag is. Dit verwys byvoorbeeld na 'n onderwyser wat van hulp is (sosiale bepaler), 'n nuwe vaardigheid wat 'n kind met ATHV bemeester (individuele bepaler), of 'n ondersteunende vriend (sosiale bepaler). In die lig hiervan is een van die deelnemers se voorstel dat ouers voortdurend **lysies** maak van dinge waarvoor hul dankbaar is. Dit help hulle om 'n meer positiewe perspektief rakende hul omstandighede te verkry en bevorder dus die vergestaltung van veerkragtige ouerskap.

Ander deelnemers het vertel dat **geloof** vir hulle 'n anker en 'n bron van hoop is. Een van die deelnemers het gemeld dat sy elke week tyd maak om na haar kerk se byeenkoms te gaan en dat sy daarna weer bemoedig voel om die eise wat aan haar gestel word, te hanteer. Sosiale interaksie speel dus ook in hierdie konteks 'n rol in die vergestaltung van veerkragtigheid. Verskeie deelnemers het ook die positiewe waarde van **humor** uitgelig. Die meeste van hierdie ouers het spesifiek verwys na oomblikke waar hulle saam met

ander ouers van kinders met ATHV kan lag oor hul kinders se voorvalle. Dit beklemtoon nie net die waarde van humor as 'n hanteringstrategie (individuele bepaler) wat die pad vir ouers van kinders met ATHV soms makliker maak nie, maar benadruk ook die waarde van veerkragtigheid as 'n interaktiewe proses tussen individuele en sosiale faktore (Theron, 2010; Ungar, 2012).

### **7.2.2.3 Hanteringstrategieë wat bydra tot veerkragtigheid**

'n Studie deur Zablotsky, Bradshaw en Stuart (2013) het aan die lig gebring dat effektiewe hanteringstrategieë 'n bepalende faktor in die stresbeleving van ouers van kinders met gestremdhede is. Daar word verduidelik dat ouers met minder effektiewe hanteringstrategieë, hoër vlakke van ouerskapstres beleef (Raphael et al., 2010). Binne hierdie konteks verwys Zablotsky et al. (2013) na hanteringstrategieë as die energie wat individue in terme van die bestuur van hul optrede en gedagtes gebruik om stres te probeer verminder. Die bevindinge van Zablotsky et al. (2013) is bevestig deur die deelnemers aan die betrokke studie wat melding gemaak het van verskeie hanteringstrategieë wat hul gebruik en in plek stel in 'n poging om die eise van 'n kind met ATHV te hanteer.

So is daar, buiten humor, ook vele ander hanteringstrategieë wat deelnemers aan hierdie studie toepas om veerkragtige ouerskap te bevorder. Daar is onder andere verwys na die **terapeutiese waarde** daarvan om met iemand oor hul beleving van die pad met 'n kind met ATHV te **gesels**. Binne hierdie konteks beklemtoon dit dus interaksie as sosiale bepaler van veerkragtigheid, maar ook die waarde van veerkragtigheid as sosiale konstruk. Die mededelings was onder andere dat dit vir deelnemers belangrik is dat die persoon met wie hulle gesels bereid is om te luister na wat hulle te sê het, maar ook dat die persoon werklik verstaan wat die beleving van 'n kind met ATHV behels. Hiermee word daar verwys na ander ouers wat ook kinders met ATHV het, onderwysers wat kennis van ATHV dra, sowel as beraders en sielkundiges wat hierdie proses verstaan. Daar word dus spesifiek verwys na rolspelers wat kennis aangaande ATHV as toestand het.

Anderson en Brownlieb (2011, p.55) het 'n studie gedoen aangaande mense se behoefte om in 'n terapeutiese opset oor hul gevoelens te gesels. Die meerderheid deelnemers het gemeld dat dit vir hulle maklik, maar ook belangrik is om oor hul gevoelens te kan praat. Daarenteen het die meeste van die deelnemers aan hierdie studie egter aangedui dat hulle gemakliker daarmee voel om met die mense in hul onmiddellike omgewing oor hul gevoelens te gesels, eerder as om met 'n professionele persoon daarvoor te praat. Die studie het verder bevind dat minder mans as vrouens die behoefte uitgespreek het om oor

hul gevoelens te gesels. Hierdie bevinding word ondersteun deur die feit dat sewe potensiële manlike deelnemers aan die betrokke studie (eggenote van vroulike deelnemers wat vrywillig aan die studie deelgeneem het) aangedui het dat hulle nie daarmee gemaklik voel om oor hul belewings as ouers van kinders met ATHV te gesels nie.

Rakende hanteringstrategieë om veerkragtige ouerskap te bevorder, het deelnemers gemeld dat dit hulle help om mense te **vermy** wat negatief is oor ATHV. Hulle voer aan dat hierdie mense se **negatiewe uitlatings** hulle ook negatief en gevolglik mismooedig laat voel. Beck (2011, p.3) verduidelik aan die hand van die model vir *cognitive behaviour therapy* dat disfunksionele denke, en na my mening ook negatiewe denke, 'n invloed op 'n persoon se gemoedstemming en gedrag kan hê. Dit is dus moontlik dat ander mense se negatiewe praatjies en oordeel 'n ouer van 'n kind met ATHV se beleving van hul kind se toestand beduidend negatief kan beïnvloed. In hierdie geval kan sosiale interaksie dus as hindernis tot die vergestaltung van veerkragtigheid manifesteer. Op grond hiervan kan daar aangevoer word, soos dit ook in afdeling 7.2.6.1 van die betrokke hoofstuk bevind is, dat wanneer 'n ouer hom- of haarself **distansieer** van mense wat negatief is en kritiek op hul kind lewer, dit die ouer ook minder negatief kan laat voel en sodoende ook kan bydra tot die bevordering van veerkragtige ouerskap. Daarmee word daar egter nie geïmpliseer dat ouers van kinders met ATHV hulself moet afsonder nie en balans in hierdie opsig bly dus 'n belangrike kwessie.

My verdere argument is dat indien negatiewe gedagtes 'n negatiewe invloed op 'n persoon se luim kan hê, dieselfde argument aangaande die positiewe invloed van positiewe gedagtes en aksies moet waar wees. Beck (2011, p.3) verduidelik aan die hand van die kognitiewe-gedragsterapiemodel dat wanneer 'n persoon kan aanleer om sy of haar denke in 'n meer realistiese en aanpasbare manier te evalueer, dit 'n positiewe invloed op die persoon se beleving in terme van sy of haar emosionele toestand en gedrag tot gevolg kan hê.

Op grond hiervan gebruik Beck (2011, p.3) die voorbeeld dat wanneer 'n persoon 'n gedagte aangaande sy of haar onvermoë om enige iets te kan reg doen, koester en versterk, daardie gedagte tot 'n sekere reaksie sal lei. Die persoon sal waarskynlik hartseer voel (emosie) en dalk daarom op sy of haar bed gaan lê en onproduktief optree (gedrag). Daarenteen is die argument dat wanneer daar op 'n **positiewe gedagte** gefokus word aangaande dit wat 'n persoon wel kan regkry en reg doen, dit hom of haar waarskynlik tevrede sal laat voel (emosie). Daardie persoon sal dan daarom ook moontlik die positiewe energie kan aanwend om byvoorbeeld tyd saam met hul kind deur te bring

of selfs om by 'n ander aksie wat bevorderlik vir veerkragtige ouerskap is, betrokke te raak (gedrag). Op hierdie wyse kan 'n ouer dus die vaardigheid aanleer om sy of haar gedagtes, as individuele bepaler in die bevordering van veerkragtigheid, te bestuur.

In die lig van die bogenoemde het een van die deelnemers verduidelik dat sy deurlopend in 'n **plakboek** rekord hou van haar kind se vordering. Wanneer dit vir haar voel asof die uitdagings vir haar te veel word, blaai sy deur die boek en herleef sy die pad wat hulle tot op hede gestap het. Dit gee aanleiding tot gevoelens van oorwinning in terme van dit wat hulle al alles bereik het en dit help haar ook om hul vordering deur die loop van die vorige lewensfasies tot en met die middelkinderjare weer in perspektief te sien. 'n Ander deelnemer het vertel van die positiewe invloed wat haar betrokkenheid by **liefdadighedsaksies** het. Haar uitgangspunt is dat wanneer sy 'n positiewe bydrae ten opsigte van ander mense se swaarkry kan lewer, dit nie net haar eie uitdagings in perspektief stel nie, maar dat dit haar weer bemoedig om 'n positiewe ingesteldheid rakende haar eie swaarkry aan te neem.

Verskeie ander deelnemers het gemeld dat die **tyd wat hulle aan hulself afstaan** as 'n waardevolle hanteringstrategie beskou kan word. Dit kan in verband gebring word met Covey (2004, p.287) se beginsel van **sharpen the saw** waarna daar in Afdeling 7.2.2.1 van die betrokke hoofstuk verwys is. Sy betoog is dat wanneer 'n persoon in sy of haar eie welwees belê, dit persoonlike groei kan bewerkstellig. In die lig hiervan het ouers 'n paar wyses gemeld waarop hulle tyd aan hulself afstaan ten einde hul eie **emosionele reserwes** op te bou. Dit sluit onder andere in om te gaan koffie drink (geestelike welwees), om in die winkels rond te loop (sosiale welwees) of om een of ander mate van oefening te doen (fisiese welwees). Deelnemers het ook gemeld dat dit hulle help om iemand anders as **huiswerkhulp** vir hul kind se tuiswerk aan te stel. Nie net spaar dit ouers baie tyd nie, maar het dit ook na hul mening 'n positiewe invloed op hul verhouding met hul kind, omdat hulle by implikasie nie meer oor huiswerk hoef te baklei nie.

Binne die konteks van hierdie studie word die belangrikheid van huiswerkhulp ook verder benadruk. Jean Piaget se teorie van kognitiewe ontwikkeling, soos dit in hoofstuk 3 (afdeling 3.2.4.1) bespreek is, beklemtoon die konkreet operasionele fase (middelkinderjare) van kinderontwikkeling as die invloedrykste tyd in 'n kind se lewe. Tydens hierdie fase ontwikkel kinders die vermoë om logiese en buigsame redenasies te voer en om aksies uit te voer wat bepaalde ingewikkelde kognitiewe vaardighede, soos herorganisering, kombinerings en ontleding van elemente, vereis (Newman & Newman, 2015). My uitgangspunt is dat die ondersteuning met skoolwerk, en daarom ook huiswerk, tydens hierdie fase dus ook van kardinale belang is. Indien 'n ouer nie die tyd en

emosionele energie het om aan hulp met huiswerk af te staan nie, kan dit ook 'n negatiewe impak op die kind met ATHV in die middelkinderjare hê. In die lig van die bekwaamheidsteorie is huiswerkhulp sodoende nie net 'n hulpbron vir die vergestaltung van veerkrachtigheid by die ouer nie, maar ook 'n bate in terme van die ontwikkeling van die kind in die middelkinderjare. Vervolgens sal daar lig gewerp word op die invloed wat 'n kind met ATHV op die dinamika binne die gesin het en die wyses waarop veerkrachtige ouerskap binne hierdie konteks kan vergestalt.

### **7.2.3 Die invloed van ATHV op die gesinsdinamika**

In hierdie afdeling sal daar gepoog word om die invloed van 'n kind met ATHV op die uitgebreide familie, die direkte gesin, die ouers se huwelik en die gesin se sosiale lewe te konseptualiseer en te verduidelik. Daar sal ook lig gewerp word op hanteringstrategieë wat ouers tuis aanwend wat tot die moontlike bevordering van veerkrachtige ouerskap in terme van kinders met ATHV in hul middelkinderjare, kan lei. Vir die doeleindes vir hierdie bespreking, en soos van toepassing op die betrokke deelnemers, verwys die uitgebreide familie na ooms, tannies, oupas, oumas, neefs en niggies wat buite die gesinsverband funksioneer. Gesin as konsep verwys spesifiek na almal wat saam in 'n woning bly. Dus is oumas en oupas en selfs 'n oom of tannie soms ook deel van die samestelling van 'n uitgebreide gesin.

#### **7.2.3.1 Die invloed van die uitgebreide familie**

In terme van die belewing van 'n kind met ATHV in sy of haar middelkinderjare, het 'n groot persentasie van die deelnemers aan hierdie studie gemeld dat hulle hul uitgebreide familiestelsel soms as 'n groot **bron van stres** beskou. Soos daar reeds in Hoofstuk 6 (Afdeling 6.2.3.1) vermeld is, is ouers se belewing dat familieleden dikwels krities is oor hul "stout" kinders en hulle ook subtiel van swak ouerskap beskuldig word. Hul belewing in hierdie opsig is dus hoofsaaklik een van **veroordeling**. Verder lei hul kinders se gedrag dikwels tot **konflik** omdat hulle gedurig vergelyk word met die ander "soet" niggies en nefies of broers en susters. Vir sommige van die deelnemers is hul familie se kritiek teleurstellend, aangesien hulle juis eerder ondersteuning van hul familie verwag.

Terwyl sommige deelnemers se uitgebreide familie vir hulle 'n stressor is, is dit vir ander ouers egter 'n groot bron van **ondersteuning** en vergestaltung van veerkrachtigheid op hul pad met 'n kind met ATHV. Daar sal meer aandag hieraan gegee word in Afdeling 7.2.5.1 wanneer die ondersteuningstelsel van ouers van kinders met ATHV in hul

middelkinderjare bespreek word. Vervolgens sal daar lig gewerp word op die invloed van 'n kind met ATHV op die direkte gesin van die betrokke ouers.

### **7.2.3.2 Die invloed binne die direkte gesin**

Uit die deelnemers se mededelings is dit duidelik dat 'n kind met ATHV se toestand van die hele huisgesin vereis om **aanpassings** te maak. Dit stem ooreen met Rust (2014) se bevinding, soos dit reeds in Hoofstuk 3 (Afdeling 3.3.2.2) bespreek is, dat die hele gesin se algemene lewenstyl deur leerhindernisse beïnvloed word. Binne hierdie konteks het deelnemers byvoorbeeld verduidelik dat 'n kind met hiperaktiwiteit se surplus energie van almal in die gesin vereis om by die vinnige tempo waarteen hierdie kinders leef, aan te pas. Hierdie dinamika lei tot **gedurige konflik** (oorsaaklikheidsfaktor) in die huis wat op die beurt 'n negatiewe invloed op die verhoudinge tussen gesinslede uitoefen. Die voorkoms hiervan word bevestig deur die bevindinge uit die literatuur dat ouers van kinders met ATHV hoë vlakke van konflik in hul huis ervaar en dat hierdie ouers dit spesifiek met die invloed van ATHV verbind (Pressman, Loo, Carpenter, Asarnow, Lynn, McCracken, McGough, Lubke, Yang & Smalley, 2006).

Binne hierdie konteks is verskeie deelnemers se bekentenis dat hulle veral besorg is oor hul vermoë om hierdie konflik te bestuur, asook die impak wat die gedurige konflik op hulle **ouer-kind-verhouding** het. Dit blyk dat hierdie kommer ooreenstem met ander ouers van kinders met ATHV se belewing. Navorsing dui daarop dat ouers van kinders met hierdie toestand nie net hoër vlakke van konflik as ander ouers meld nie, maar dat hulle ook 'n negatiewe invloed op hul verhouding met hul kind ervaar (Lifford & Thapar, 2009). Een van die deelnemers het melding gemaak van die feit dat sy 'n sielkundige besoek het om haar te help om die nodige vaardighede aan te leer om hierdie konflikte te bestuur. Binne die konteks van hierdie studie kan die aanleer van die betrokke vaardighede as 'n individuele bepaler van veerkrag beskou word, terwyl die besoek aan 'n sielkundige op 'n soortgelyke wyse, en volgens die bekwaamheidsteorie as sosiale bepaler, 'n bydrae tot die vergestaltung van veerkragtige ouerskap kan lewer.

Volgens die deelnemers is een van die oorsake van die sogenaamde konflik, die **ongelyke verdeling van aandag** tussen hul kinders. Kinders met ATHV vereis uiteraard baie tyd en aandag van hul ouers en dit is soms vir die ander kinders in die gesin moeilik om te verstaan. In die lig van bestaande literatuur is dit 'n algemene bron van kommer vir ouers. Bishop (2012) se navorsing, soos reeds in Hoofstuk 3 (Afdeling 3.3.2.2) genoem, het aan die lig gebring dat wanneer 'n kind met 'n gestremdheid ekstra tyd van ouers in



beslag neem, daar 'n asimmetriese verdeling van aandag tussen kinders ontstaan en dat dit 'n groot impak op die emosionele belewing van die res van die gesin kan hê.

Binne hierdie konteks het een van die deelnemers gemeld dat hulle **gesin as 'n geheel** van die dienste van 'n **sielkundige** in 'n **psigo-opvoedkundige** hoedanigheid gebruik gemaak het. Wanneer almal in die gesin die impak van ATHV begryp, kan dit moontlik makliker wees om die ongelyke verdeling van aandag te verstaan en kan dit ook sodoende 'n bydrae lewer tot die bevordering van veerkragtigheid van al die gesinslede. Hiermee ondersteun en volg ek Walsh (2003) se gesinsveerkragtigheidsraamwerk wat in Hoofstuk 2 (Afdeling 2.1.6.3) bespreek is. Sy teorie is onder andere dat kommunikasieprosesse, met spesifieke verwysing na duidelikheid, openlike emosionele uitdrukking, asook deelnemende probleemoplossing, kan bydra tot veerkragtigheid binne die gesin. My betoog is dat wanneer die welwees van die hele gesin aandag geniet, dit ook bevorderlik vir die veerkragtigheid van die ouers in 'n gesin sal wees.

In die lig van die bogenoemde, was daar tog ook deelnemers wat aangedui het dat die ander kinders in die gesin wel met die verloop van tyd die nodige **begrip** vir hul kind met ATHV se toestand ontwikkel het, dat hulle dit verstaan en dat hulle geleer het om daarby aan te pas. Die betrokke ouers het verduidelik dat hul kind se toestand selfs daartoe gelei het dat hulle ander kinders empatie met kinders met ATHV by die skool ontwikkel het. Binne hierdie konteks is die afleiding dat die begrip van die ander kinders in die gesin moontlik tot die vergestaltung van veerkragtige ouerskap kan lei, aangesien dit die konflik in die gesin, en selfs binne die huwelik, kan verminder. My verdere afleiding is dat die vermelde begrip vir die toestand uit kennis in hierdie verband spruit en dat relevante inligting en kennis daarom as 'n belangrike bydraende bepaler in die vergestaltung van veerkragtigheid beskou kan word.

### **7.2.3.3 Die invloed op die huwelik**

'n Kind met ATHV se toestand beïnvloed nie net die gesin nie, maar dit plaas ook druk op die ouers van so 'n kind se huwelik. Volgens deelnemers aan die betrokke studie is die vermelde stres op die huwelik soms vir ouers 'n groot bron van kommer. Hierdie belewing is in ooreenstemming met Kvist, Nielsen en Simonsen (2013) se bevinding in hul navorsing oor die invloed van 'n kind met ATHV op sy of haar ouers se verhouding. Hul verduidelik dat die sielkundige impak, oftewel die chroniese verdriet (*chronic sorrow*) van 'n kind met ATHV dikwels 'n swaar las op ouers se verhouding plaas.

Die konsep van chroniese verdriet is in 1962 deur Simon Olshansky in sy beskrywing van ouers se geestesreaksie op 'n kind met 'n gestremdheid bekendgestel (Gordon, 2009).

Hierdie benadering, net soos Kübler-Ross se model van die fases van rou (1969), beskou dus die beleving van 'n kind met 'n gestremdheid as 'n verlies. Hoewel hierdie sienswyse in die mediese model gesetel is en daar vanuit die positiewe sielkunde uiteenlopende kritiek teen hierdie benadering bestaan, word die emosionele impak en stres wat 'n kind met 'n gestremdheid, oftewel ATHV, op ouers se huwelik kan plaas, nie ontken nie.

Daar is verskeie redes wat ouers aanvoer vir die sogenaamde stres op hul huwelik. Daar is onder andere berig dat die onderskeie lewensmaats dikwels afsondering, oftewel **eensaamheid** in hul daaglike beleving met 'n kind met ATHV ervaar. Dit is veral die meeste van die vroue se beleving dat hulle alleen die uitdagings van 'n kind met ATHV tuis moet hanteer, terwyl hul man die genot van sy werk weg van die huis af ervaar. Die meeste vroue se beleving is ook dat hul mans nie werklik verstaan wat 'n kind met ATHV alles van 'n ma vereis nie. Die **meningsverskille** oor hierdie beleving, so ook oor die korrekte wyse om hul kind te hanteer, gee gevolglik aanleiding tot verhoogte konflik in die huwelik.

In die lig van die bogenoemde, en soos daar ook reeds in Hoofstuk 3 (Afdeling 3.3.2.3) bespreek is, is Tan en Goldberg (2009) se verklaring hiervoor dat pa's waarskynlik gekondisioneer word om die rol van die broodwinner in te neem. Hierdie werksdruk lei daartoe dat pa's minder by die kind se versorging betrokke is (Tan & Goldberg, 2009) en dit kan aanleiding gee tot onnodige misverstande. Volgens Taub (2006) kan hierdie patroon toenemende konflik en spanning in die huwelik veroorsaak en gevolglik as 'n hindernis tot die vergestaltung van veerkrachtigheid manifesteer.

Nie net kan spanning in die huwelik 'n hindernis tot veerkrachtige ouerskap wees nie, maar kan dit ook 'n negatiewe invloed op die kind in die middelkinderjare hê. Met verwysing na Lev Vygotsky se teorie van kognitiewe ontwikkeling, soos dit in Hoofstuk 3 (Afdeling 3.2.4.2) bespreek is, is 'n kind aktief deel van 'n sosiale opset. Sy betoog is dat kinderontwikkeling nie uitsluitlik teen die agtergrond van die sosiale omgewing plaasvind nie, maar dat dit ook byvoorbeeld beïnvloed word deur dit wat die ouers vir die kind leer (Karpov, 2005). Binne hierdie konteks is my argument dat beduidende konflik in 'n huwelik onvanpaste lewensvaardighede en optrede aan kinders in hierdie fase modelleer. Dit kan daarom veral 'n negatiewe impak op kinders met ATHV in hul middelkinderjare hê. In die lig hiervan het een van die deelnemers melding gemaak dat dit vir haar en haar man belangrik is om doelbewus in hul huwelik te **belê** ten opsigte van **tyd** en **kommunikasie** om misverstande proaktief uit die weg te ruim. Op hierdie wyse kan hul **ondersteuning aan mekaar** as sosiale konstruksie bydra tot veerkrachtige ouerskap in terme van die uitdagings wat 'n kind met ATHV ook aan 'n huwelik stel.

Daar is egter ook navorsers wat die teendeel bevind het. Reichman, Corman en Noonan (2008) se gevolgtrekking is dat 'n kind wat hindernisse ervaar juis ouers se verhouding kan versterk, aangesien dit 'n **gesamentlike poging** van die ouers verg om vir hul kind te sorg. Dit stem ooreen met die beleving van sommige van die deelnemers aan die betrokke studie. Een van die deelnemers se oortuiging is dat **positiewe kommunikasie** 'n sleutelrol speel in hul vermoë om as 'n **span** te funksioneer. Hierdie beleving strook ook met Walsh (2003) se gesinsveerkragtigheidsraamwerk (Afdeling 2.1.6.3) waar kommunikasie en 'n kohesiebesef in die gesin bevorderlik vir die vergestaltung van veerkragtigheid kan wees.

In ooreenstemming hiermee was ander deelnemers oortuig dat 'n **sterk fondasie** in hul huwelik hulle gehelp het om tot dusver die uitdagings van 'n kind met ATHV te hanteer. Verskeie ouers het ook gemeld dat dit vir hulle van groot waarde is as hul lewensmaat hulle kan **aflos** met die verantwoordelikhede teenoor hulle kind, sodat hulle eers weer hul eie emosionele reserwes kan opbou. My argument is dat hierdie praktyke wat deur die deelnemers beoefen word, ook deur ander ouers toegepas kan word en 'n positiewe bydrae tot die bevordering van daardie ouers se veerkragtigheid kan lewer.

#### **7.2.3.4 Die invloed op die gesin se sosiale lewe**

Uit die onderhoude het dit aan die lig gekom dat die meerderheid van die deelnemers aan hierdie studie se sosiale lewe deur hul kinders se toestand **ingeperk** word. Hierdie mededeling stem ooreen met die bevindinge in Hanekom (2012) en Rust (2014) se navorsing oor ouers se beleving van kinders met onderskeidelik outisme en dispraksie. Deelnemers se redes vir hierdie beleving van sosiale inperking verskil van mekaar. Daar is deelnemers wat vertel het dat hul kind met ATHV al hul tyd in beslag neem en dat hulle daarom nie **tyd** het om te sosialiseer nie. Een van die ander deelnemers se bekentenis is dat sy **skaam** is vir haar kind se gedrag en dat sy daarom liefs sosiaal onttrek, terwyl 'n ander deelnemer bekommerd is dat haar kind 'n steurnis en **irritasie vir ander** sal wees.

Aangesien ouers van kinders met ATHV dikwels sosiaal ingeperk word, beklemtoon deelnemers die noodsaaklikheid van **wedersydse ondersteuning** tussen lewensmaats. Dit is belangrik, soos dit reeds in Afdeling 7.2.3.3 van die betrokke hoofstuk beklemtoon is, omdat ouers dikwels mekaar se enigste bron van ondersteuning op die sogenaamde alleenpad met 'n kind met ATHV is. Die argument is dat wanneer lewensmaats mekaar die nodige ondersteuning bied, dit hul moontlik minder alleen kan laat voel in die hantering van die uitdagings van 'n kind met ATHV en sodoende 'n bydrae kan lewer in terme van

veerkragtige ouerskap. In die lig hiervan beklemtoon dit ook die rol wat sosiale interaksie in veerkragtigheid speel.

Verskeie ouers het 'n **gebalanseerde benadering** tot hul **gesinslewe** beklemtoon. Aangesien sommige van hierdie ouers om verskeie redes nie dikwels die geleentheid het om met ander mense te sosialiseer nie, is dit daarom belangrik dat hul die nodige tyd met mekaar deurbring. Volgens Bester (2014), soos dit ook in Hoofstuk 3 (Afdeling 3.3.2.3) bespreek is, impliseer dit dat ouers doelbewuste pogings moet aanwend om **gesonde ontspanning** saam as gesin te geniet. Ouers het ook verduidelik dat hulle mekaar soms **aflos** met die verantwoordelikhede teenoor hul kind, sodat albei ouers onderskeidelik die geleentheid kry om te sosialiseer. Binne die konteks van die bekwaamheidsteorie dra hierdie praktyk nie net as sosiale bepaler van veerkragtigheid by tot die vergestaltung van veerkragtige ouerskap nie, maar kan dit ook bevorderlik in die bou van 'n **sosiale ondersteuningstelsel** wees. Dit is maar net een van die hanteringsstrategieë wat deur deelnemers aan die studie tuis gevolg word in die moontlike vergestaltung van veerkragtige ouerskap.

#### **7.2.3.5 Hanteringswenke wat tuis in plek gestel is**

Uit die deelnemers se mededelings het dit aan die lig gekom dat **praktiese hanteringswenke** help om die uitdagings van 'n kind met ATHV tuis te draagliker te maak en dat dit daarom ook moontlik die vergestaltung van veerkragtige ouerskap kan bevorder. Hierdie hanteringswenke is as't ware maatreëls wat ouers tref om **voorkomend** op te tree ten einde potensiële hindernisse op die pad met 'n kind met ATHV te vermy. Volgens Bester (2006, p.64) is hanteringswenke tuis essensieel, aangesien die gesin volgens haar die belangrikste komponent in die ondersteuningsraamwerk van 'n kind met ATHV is. In die lig hiervan verduidelik sy dat 'n kind met ATHV se huisgesin juis daarom ook self die nodige ondersteuning en hulp benodig. Haar betoog is dat sekere aanpassings en die toepassing van sekere gesonde beginsels die emosionele, sosiale en selfs leerprobleme wat kinders met ATHV meestal toon, kan verlig. Sodoende kan dit ook die lewensgehalte van al die gesinslede verbeter.

Uit die onderhoude het dit aan die lig gekom dat die betrokke deelnemers verskeie maatreëls toepas wat ook deur Bester (2006, p.65) aanbeveel word. Deelnemers het onder andere genoem dat die volg van 'n **streng roetine** en die toepassing van **reëls, dissipline** en **konsekwente optrede** die uitdagings van 'n kind met ATHV meer hanteerbaar maak. Verskeie deelnemers het ook verwys na 'n **proaktiewe stelsel** wat hulle toepas op die uitvoer van **huiswerk** en **skooltake**. Dit beteken dat hulle vroegtydig

met skoolwerk begin ten einde genoeg tyd te hê om die werk in kleiner dele op te breek en dit meer hanteerbaar te maak. Die belang van 'n roetine is deur al die deelnemers uitgelig en beklemtoon. Dit strook met die *Typology Model of Family Adjustment and Adaptation* (McCubbin & McCubbin, 1996) waarna daar in Hoofstuk 2 (Afdeling 2.1.6.2) verwys word. Hierdie model beklemtoon die belang van gevestigde patrone van funksionering (soos roetine) as buffer teen disfunksie in 'n familie en dus ook die bydrae wat dit lewer tot die vergestaltung van veerkragtigheid. Dit bevestig ook die bevindinge van 'n studie oor die veerkragtigheid van gesinne van kinders met leerhindernisse en die positiewe effek van 'n gesinsroetine-intervensieprogram (Van Vuuren, 2012).

In die lig van die bogenoemde is Bester (2006) se voorstel dat ouers ook hul kinders moet help met die **beplanning** en **organisering** van werk, dat die **opdragte** wat hulle gee **duidelik** moet wees en dat daar slegs **een opdrag op 'n slag** gegee moet word. Sy beklemtoon verder die belangrikheid van 'n **beloningstelsel** en sy verduidelik ook die positiewe waarde van 'n **sin vir humor** in die hantering van 'n kind met ATHV. In die lig van die ontwikkelingstaakteorie is vriendskappe 'n belangrike aspek van die middelkinderjare (Wait, 2003) en kan 'n beloningstelsel in terme sosialisering met maats ook 'n positiewe benadering wees.

Die betoog is dat hierdie hanteringswenke wat deur die deelnemers en Bester (2006) aanbeveel is, kan bydra tot die vergestaltung van veerkragtige ouerskap indien ouers van kinders met ATHV dit tuis in plek stel en volg. Dit is egter belangrik dat hierdie hanteringsmaatreëls konsekwent met die hantering van 'n kind met ATHV in die skoolstelsel toegepas word. Sodoende kan die interaksie en samewerking tussen die ouers, skool en ander rolspelers, ooreenkomstig met die siening van veerkrag as sosiale konstruk, asook binne die konteks van die bekwaamheidsteorie, as 'n sosiale bepaler in die bevordering en vergestaltung van veerkragtige ouerskap beskou word.

#### **7.2.4 Die invloed van die skoolstelsel**

Aangesien skolastiese vordering 'n belangrike aspek van 'n kind met ATHV se lewe is, het dit ook 'n definitiewe invloed op die lewe van 'n ouer van 'n kind met ATHV. Uit die onderhoud met die ouers het dit aan die lig gekom dat die invloed van die betrokke skoolstelsel 'n beduidende rol in die belewing, asook die vergestaltung van veerkragtige ouerskap, in terme van 'n kind met ATHV in hul middelkinderjare speel. Vervolgens sal daar aandag gegee word aan die invloed wat hoofstroomskole en spesiale skole in hierdie konteks het. Die deelnemers aan hierdie studie se belewing van hoofstroomonderwys was meestal een van uitsluiting. Dit is hoofsaaklik toegeskryf aan onderwysers se onkunde

rakende ATHV. Daarteenoor was die plasing van deelnemers se kinders met ATHV in 'n spesiale skool, na 'n aanvanklike skeptiese ingesteldheid vanweë die stigma wat aan spesiale skole kleef, 'n oorheersend positiewe beleving.

#### **7.2.4.1 Die beleving van onderrig in 'n hoofstroomskool**

Hoewel verskeie deelnemers meen dat onderwysers in hoofstroomskole insiklik is om kinders met ATHV in hul klaskamers te akkommodeer, was 15 van die deelnemers – en dus die meerderheid – se ervaring egter een van **uitsluiting**. Nie net het dit 'n negatiewe invloed op die beleving van ouers van kinders met ATHV nie, maar hou dit ook beduidende negatiewe gevolge vir 'n kind in die middelkinderjare in. Volgens Vygotsky bevorder onderrig in die skool nie alleenlik die akademiese kennis van kinders nie, maar is dit ook bevorderlik vir sosiale interaksie wat belangrik is vir ontwikkeling (Karpov, 2005). My betoog is dat wanneer daar nie 'n gunstige klimaat van aanvaarding en geborgenheid vir kinders in die skool geskep word nie en hul spesifieke behoeftes nie in ag geneem en tegemoetgekom word nie, dit in die lig van Vygotsky se teorie van kognitiewe ontwikkeling (Afdeling 3.2.4.2) nadelig vir die kind in die middelkinderjare se ontwikkeling kan wees.

Uit die deelnemers se antwoorde wil dit voorkom of sommige onderwysers se negatiewe **ingesteldheid** teenoor die tegemoetkoming van 'n kind met ATHV, sowel as onderwysers én kinders se **onkunde** oor hierdie toestand twee van die grootste struikelblokke met betrekking tot die akkommodering van kinders met hierdie toestand is. Daarteenoor is ouers se verdere beleving dat daar 'n verband is tussen onderwysers se bereidwilligheid om kinders te akkommodeer en hul **ervaring en kennis** rakende ATHV as toestand. Ander faktore wat volgens die ouers se beleving die tegemoetkoming van hul kinders met ATHV in die hoofstroomskole belemmer, sluit **sistemiese hindernisse** soos **oorvol klasse** en 'n **kurrikulum** wat nie by die behoeftes van die kind aangepas kan word nie, in. Ouers se beleving is ook dat hulle uitgesluit word van die besluite rondom hul kinders en dat dit teenstrydig is met inklusiewe onderwyspraktyke. My afleiding en betoog is dat onkunde as 'n sosiale hindernis binne die raamwerk van die bekwaamheidsteorie, aanleiding kan gee tot 'n kultuur van uitsluiting en dat kennis oor ATHV 'n positiewe verandering in die ingesteldheid (individuele bepaler) van rolspelers te weeg kan bring en sodoende ook die vergestaltung van veerkragtigheid kan bewerkstellig.

Daarmee word onkunde aangaande ATHV egter nie as 'n verskoning vir die toepassing van uitsluitende onderwyspraktyke voorgehou of aanvaar nie en is my argument soortgelyk aan dié van Daulby (2017) en Graham (2017). Beide hierdie navorsers voer aan dat die diagnose van ATHV, en dus ook kennis aangaande die spesifieke diagnose

van ATHV, irrelevant is en dat dit eerder die simptome van die diagnose is wat aangespreek moet word. Bowen en Snow (2017) is ook van mening dat 'n diagnose van lees- en spelprobleme nie relevant is nie, maar dat dit eerder belangrik is dat daar betyds en deeglik aandag aan alle leerders met moontlike lees- en spelprobleme geskenk word, ongeag of disleksie as diagnose vermoed word. Op dieselfde manier sou 'n onderwyser ook nie onkunde aangaande die diagnose van ATHV as 'n hindernis kan voorhou wanneer dit kom by die tegemoetkoming van 'n leerder met hierdie toestand nie, aangesien enige leerder met aandagprobleme, met of sonder 'n diagnose, ondersteun moet word met betrekking tot sy of haar gebrek aan aandag.

Hoewel **Witskrif 6** (DoE, 2001) reeds in 2001 as riglyn vir die ontwikkeling van 'n inklusiewe onderwysstelsel uitgereik is, kom dit uit die deelnemers se beleving voor of dit steeds nie optimaal toegepas word nie. Volgens hierdie beleidsdokument ervaar kinders onder andere uitsluiting as gevolg van negatiewe houdings en stereotipering van verskille; 'n onbuigsame kurrikulum; ontoepaslike en onvoldoende ondersteuningsdienste; asook onvoldoende en ontoepaslike opleiding van onderwysbestuurders en onderwysers (DoE, 2001, p.18). Die probleme wat in die beleidsdokument uiteengesit is, word bevestig deur die beleving van die betrokke deelnemers. In die lig hiervan is die Departement van Onderwys se uitgangspunt dat onderwysstrukture, -stelsels, en leermetodologieë aangepas moet word om in die behoeftes van alle leerders te voorsien; dat houdings, gedrag, onderrigmetodes, die kurrikulum en die omgewing ook moet verander en dienoreenkomstig aangepas moet word; en dat leerders bemagtig moet word deur die ontwikkeling van hul individuele sterkpunte, sodat hulle in staat gestel word om krities aan die leerproses deel te neem (DoE, 2001, p.16).

Ten spyte hiervan, ervaar ouers egter steeds dat die samelewing die behoeftes van hul kind se toestand verontagsaam en dat hierdie sosiale bepalers, sowel as die rigiede skoolomgewing, 'n sleutelrol speel in die mate waartoe hul kinders uitsluiting beleef. Dit stem dus ooreen met die sosiale model van gestremdheid, asook die bekwaamheidsteorie. In die lig van die betrokke studie postuleer hierdie teorie dat die negatiewe ingesteldhede van die onderwysers, die stremmende skoolstelsel as ontoeganklike milieu, asook die interaksie tussen hierdie oorsaaklikheidsfaktore, as hindernisse tot die kind met ATHV se optimale funksionering bestempel kan word.

Binne hierdie konteks word die noodsaaklikheid van die bewusmaking van ATHV as toestand, asook inklusiewe onderwys as praktyk, beklemtoon. Dit is belangrik om in ag te neem dat Inklusiewe onderwys nie alleenlik na die afwesigheid van hindernisse verwys nie, maar ook om "bevry te wees" daarvan. Hierdie uitgangspunt verwys na die konsep

*Barrierefreiheit* wat 'n sleutelkonsep in die beweging van insluiting in Duitsland is (Horsthemke, 2017, p.23). In hierdie lig verduidelik Horsthemke (2017, p.24) dat hindernisse ook verwys na vooropgestelde idees, vooroordele teen mense met gestremdhede, asook 'n onbewustheid en onkunde aangaande die hindernisse wat deur mense beleef word. Daarom is sy uitgangspunt dat om vry te wees van hindernisse eerder geken sal word aan sensitiwiteit en empatie, as die afwesigheid van fisiese hindernisse. Juis daarom is die bewusmaking van ATHV as toestand noodsaaklik.

Vanuit 'n veerkragtigheidspektief is Ebersöhn (2017) se betoog dat daar in die bevordering van welwees nie uitsluitlik na intervensie gekyk kan word wat direk met die skoolomgewing verband hou nie, maar dat 'n multi-sektorale benadering eerder gevolg moet word. Dit benadruk die belangrikheid van bewusmaking van ATHV in gemeenskappe in 'n poging om steun aan ouers mee te bring. In die lig hiervan beklemtoon Donald et al. (2014) onder andere die belangrikheid van 'n kollaboratiewe verhouding, en dus ook 'n gelyke vennootskap tussen ouers en onderwysers in die bied van ondersteuning aan ouers en hul kinders.

Navorsing oor die betrokkenheid van ouers as vennote in die ondersteuning van hul kinders is 'n onderwerp wat tans internasionale aandag geniet (Twomey & Shevlin, 2016). Alhoewel die literatuur ouerbetrokkenheid in die onderwys ondersteun, het Hornby (2011) en Pinkus (2003) bevind dat dit nie noodwendig in die praktyk so is nie. Dit bevestig ook die deelnemers aan hierdie studie se behoefte om by die ondersteuning en besluitneming aangaande hul kinders betrek te word. Volgens Landsman (2009) beskou ouers van kinders met gestremdhede hulself as meesterkenners van hul kinders se behoeftes, groeipunte en sterktes, maar is hul belewing dat professionele rolspelers nie die oortuiging deel nie. Binne hierdie konteks bepleit Laluevein (2010) 'n kollaboratiewe vennootskap tussen ouers en onderwysers en beklemtoon Hopwood en Edward (2016) die voordeel wat 'n kollaboratiewe vennootskap kan inhou wanneer albei partye bereid is om by mekaar te leer.

Binne die Suid-Afrikaanse konteks is die realiteit egter dat **sistemiese hindernisse** ouerbetrokkenheid in die bevordering van inklusiewe onderwys belemmer. Volgens Nel, Tlale, Engelbrecht en Nel (2016) is een van die uitdagings wat onderwysers ervaar met die ondersteuning van leerders met leerhindernisse dat ouers ongeletterd is en daarom nie tuis bystand kan bied nie. Een van die bevindinge in Engelbrecht, Savolainen, Nel, Koskela en Okkolin (2017) se studie oor inklusiewe onderwyspraktyke in Suid-Afrika, is dat ouerbetrokkenheid en -belangstelling 'n uitdaging is in die proses om samewerking tussen ouers en onderwysers in die ondersteuning van kinders te bewerkstellig.



Die beleving van die deelnemers self het ook, ooreenkomstig die literatuur, ander sistemiese hindernisse tot 'n inklusiewe onderwysstelsel aan die lig gebring. Sikes, Lawson en Parker (2007) beklemtoon die rol van kontekstuele kwessies, beleide en die skoolkultuur binne hierdie verband. Engelbrecht et al. (2017) se argument is dat die onderwyser se persoonlike begrip van inklusiewe onderwys, sowel as die dinamiese interaksie daarvan met die kontekstuele kwessies, uiteindelik bepaal of insluiting in die klaskamer bewerkstellig word. Met kwessies word daar onder andere verwys na groot klasse en die tekort aan multiprofessionele onderwyskenners en pedagogiese ondersteuning.

In die lig van die bogenoemde, en met spesifieke verwysing na die Suid-Afrikaanse konteks, dui navorsing op 'n ernstige behoefte aan genoegsame finansiële en menslike hulpbronne vir die ontwikkeling van byvoorbeeld effektiewe en ondersteunende skoolbestuurstrukture vir die bevordering van inklusiewe onderwys (Barrett, 2016; Geldenhuys & Wevers 2013; Walton 2011). Die voorsiening van ondersteuning aan onderwysers deur spesifieke strukture is deurslaggewend vir inklusiewe onderwys. Hierdie strukture verwys onder na distriksgebaseerde ondersteuningspanne, institusionele ondersteuningspanne, voldiensskole, spesiale skole as hulpbronsentra, leerondersteuningsopvoeders en ook die gemeenskap. Onderwysers se behoefte aan ondersteuning is bevestig deur navorsing aangaande onderwysers se persepsie van ondersteuningstelsels vir die bevordering van inklusiewe onderwys in Suid-Afrika. Die bevindinge dui daarop dat die formele ondersteuningstrukture nie so effektief is soos wat die onderwysowerhede voorgee nie (Nel et al., 2016).

Binne die konteks van hierdie studie het dit egter ook 'n direkte impak op onderwysers se vermoë om kinders met ATHV in die klaskamer te akkommodeer. Navorsing aangaande onderwysers se begrip van ATHV het aan die lig gebring dat hulle nie genoegsame steun en professionele opleiding met betrekking tot klaskamerbestuur en ondersteuning op 'n distriksvlak ontvang om kinders met hierdie toestand te akkommodeer nie (Guerra, Tiwari, Das, Vela & Sharma, 2017). Dieselfde studie deur Guerra et al. (2017) het ook op 'n leemte rakende leereenhede oor ATHV in die opleiding van onderwysstudente gedui. Nie net bevestig die laasgenoemde die deelnemers aan hierdie studie se beleving van onderwysers se onkunde aangaande ATHV as toestand nie, maar beklemtoon dit ook hoe sistemiese hindernisse 'n direkte impak op die tegemoetkoming van kinders met ATHV in die klaskamer kan hê.

Ebersöhn (2017b) verduidelik na aanleiding van haar navorsing oor die veerkrachtigheid van skole dat hierdie instansies in Suid-Afrika soms aan chroniese uitdagings, met

spesifieke verwysing na sistemiese hindernisse, blootgestel word. Haar bevinding is dat onderwysers van skole wat te midde van hierdie omstandighede as veerkragtig beskou kan word, die gebruik van 'n sosiale ondersteuningstelsels as verklaring hiervoor voorhou:

“Social support is an indigenous knowledge system in Southern Africa. It has been used over time to combat challenges and compensate for the absence of equal services. It has also been used to access available opportunities, and connect people to adaptive pathways. It is a strategy that promotes positive outcomes for many even amid ongoing scarcity. It has been refined and has proven to be robust as a response to shocks” (Ebersöhn, 2017b, n.p.).

In die lig hiervan is my uitgangspunt, soos dit met die teoretiese raamwerk van veerkragtig as sosiale konstruk strook, en soos dit deur die deelnemers aan hierdie studie bevestig is, dat sosiale ondersteuning ook 'n bepaler van veerkragtige ouerskap is.

#### **7.2.4.2 Die beleving van onderrig in 'n spesiale skool**

Hoewel ouers dikwels **uitsluiting** rakende hul kinders met ATHV in hoofstroomskole ervaar, word kinders met ATHV volgens deelnemers aan hierdie studie aan 'n eiesoortige uitsluiting blootgestel wanneer hulle in 'n spesiale skool geplaas word. Die beleving van die deelnemers is dat die ouerkorps van ander skole op kinders in spesiale skole neersien. Die uitsluiting wat hul beleef ten opsigte van hul plek in die sameleving gaan dus gepaard met 'n **stigma** wat aan die onderrig in 'n spesiale skool kleef. Volgens Bogod (2009) is skaamte en die vrees om veroordeel te word, twee van die vyf emosies wat mense met leerhindernisse ervaar. Dit verklaar dus waarom dit vir sommige deelnemers emosioneel uitdagend is dat hul kinders vanweë die vermelde stigma nie met hul skooldrag in die dorp gesien wil word nie. Die afleiding kan gemaak word dat dit 'n hindernis vir die vergestaltung van veerkragtige ouerskap kan wees.

Tog is die meerderheid deelnemers se beleving aangaande hul kind se onderrig in 'n spesiale skool, ten spyte van die stigma wat daarmee gepaardgaan, positief. Byna al die deelnemers wie se kinders na aanvanklike onderrig in 'n hoofstroomskool, in 'n spesiale skool geplaas is, beskou hierdie skuif as **voordelig** ten opsigte van hul kind se **akademiese en emosionele welstand**. Dit word ondersteun deur 'n studie wat deur Pillay en Terlizzi (2009) gedoen is aangaande leerders met spesifieke leerhindernisse se oorpasing van 'n hoofstroom- na 'n spesiale skool. Die deelnemers aan die betrokke studie skryf hierdie positiewe beleving toe aan die ondersteuning wat die skool bied in terme van 'n **kleiner klasopset, individuele aandag en kinders wat mekaar verstaan**. Dit stem ooreen met Good en Adams (2008) se betoog aangaande die belangrike rol wat die leeromgewing in die ontwikkeling van kinders speel. Hul verduidelik dat 'n **positiewe**

**en ondersteunende klimaat** in 'n skool bevorderlik is vir die akademiese en sosiale uitkomstes in kinders.

In die lig van die bogenoemde kan hierdie ondersteuning wat deur die skool gebied word, teen die agtergrond van die bekwaamheidsteorie en as sosiale bepaler van veerkragtigheid, bevorderlik vir die vergestaltung van veerkragtige ouerskap beskou word. Hierdie aanname is deur deelnemers bevestig in hul bekentenis dat dit nie net die spesiale skool se ondersteuning aan hul kinders is wat hulle help om die uitdagings van 'n kind met ATHV te hanteer nie, maar dat die spesiale skool se **onderwyser- en ouerkorps** ook een van hul belangrikste **ondersteuningsnetwerke** is. Met betrekking hiertoe verduidelik ouers dat hulle met vrymoedigheid onderwysers oor bekommernisse kan kontak en ook dat die ondersteuningsgroep wat aan die skool verbode is, vir hul van groot waarde is. Vervolgens sal daar lig gewerp word op die spesifieke waarde van 'n ondersteuningstelsel vir die ouers van kinders met ATHV in hul middelkinderjare.

### **7.2.5 Die waarde van 'n ondersteuningstelsel**

Hierdie afdeling gee spesifieke aandag aan die waarde van 'n ondersteuningstelsel vir ouers van kinders met ATHV in terme van die vergestaltung van veerkragtige ouerskap. Hierdie ondersteuningstelsel behels die steun wat deur familie, lewensmaats, professionele rolspelers, ander ouers van kinders met ATHV, sowel as ouerondersteuningsgroepe, gebied word. Uit hierdie groepering is die ondersteuning van familie, die personeel van spesiale skole in terme van professionele rolspelers en ander ouers van kinders met ATHV (met spesifieke verwysing na ouerondersteuningsgroepe) as hoofbemiddelaars in terme van ondersteuning aan ouers geïdentifiseer.

Die aard van die ondersteuning aan ouers en die bydrae wat dit in terme van die vergestaltung van veerkragtige ouerskap lewer, beklemtoon en bevestig Theron (2010) en Ungar (2012) se uitgangspunt dat veerkragtigheid 'n sosiale konstruk en 'n produk van die interaksie tussen individuele en sosiale faktore is. Dit ondersteun ook die bekwaamheidsteorie se waarde met betrekking tot die sosiale bepalers van veerkragtigheid. Voorts word 'n oorsig van die interpretasie van die bevindinge rakende elkeen van hierdie ondersteuningsbronne gebied.

#### **7.2.5.1 Familie**

'n Studie deur Mancil, Boyd en Bedesem (2009) het aan die lig gebring dat ouers van kinders met outisme dikwels beleef dat hul nie genoegsame ondersteuning van hul uitgebreide familie ontvang nie. In afdeling 7.2.3.1 is daar verduidelik hoe deelnemers aan

hierdie studie se uitgebreide familie soms kan bydra tot die stressors wat ouers in terme van hul kind met ATHV beleef. Tog word familie ook deur sommige deelnemers as 'n bron van ondersteuning beskou. Dit stem ooreen met 'n veerkragtigheidsstudie omtrent gesinne met kinders op die outistiese spektrum waarin daar onder andere bevind is dat 'n ondersteunende familiestelsel positief met die vergestaltung van veerkragtigheid korreleer (Greeff & Van der Walt, 2011). In die lig hiervan het deelnemers verduidelik dat familieledede, byvoorbeeld hul ouers, nie net **emosioneel ondersteuning** bied nie, maar dat hulle ook hulp verleen met **daaglikse verantwoordelikhede**, soos hul kind se huiswerk. Verskeie deelnemers het verder melding gemaak van die waardevolle **raad en leiding** wat hul ouers na aanleiding van hul eie lewenservaring en kennis bied.

Oliva, Jimenez en Parrav (2009, p. 138) het 'n studie gedoen om te bepaal hoe ondersteunende familieverhoudings 'n adolessent se vermoë om by stresvolle lewensgebeurtenisse aan te pas, beïnvloed. Hul bevinding het gedui op 'n direkte verband tussen (1) die kwaliteit van verhoudings en ondersteuning en (2) die adolessent se vermoë om emosioneel aan te pas. In die lig hiervan is my afleiding en argument dat **sterk familiebande** tussen die ouers van kinders met ATHV en hul uitgebreide familie ook vir die betrokke ouers van waarde kan wees in terme van die vergestaltung van veerkragtigheid. Volgens verskeie deelnemers is hul belewing dat dit belangrik is om genoegsame tyd en energie aan die versterking van familiebande af te staan. Dit word belyn met Walsh se gesinsveerkragtigheidsraamwerk (Walsh, 2003) waarna daar in Hoofstuk 2 (Afdeling 2.1.6.3) verwys is. Hierdie raamwerk beklemtoon onder andere hoe belangrik 'n koherensiebesef vir die bevordering van gesinsfunksionering is. Die betoog is dat sinergie in die gesin ook individue se potensiaal om teenspoed te oorbrug, versterk. Dit hou ook verband met Ungar et al. (2007) se standpunt dat 'n gevoel van behoort-aan, sowel as opbouende verhoudings bevorderlik vir veerkragtigheid is. Vervolgens sal daar lig gewerp word op die invloed van wedersydse ondersteuning tussen lewensmaats.

#### **7.2.5.2 Lewensmaat**

Alhoewel daar vroeër melding gemaak is van die stres wat 'n kind met ATHV op die huwelik van ouers kan plaas, is daar egter ook deelnemers wat spesifiek die waarde van hul lewensmaat as 'n bron van ondersteuning uitgelig en beklemtoon het. Dit stem ooreen met Hall en Graff (2011) se studie waarin ouers van kinders met outisme aangedui het dat hul lewensmaats hul grootste bron van ondersteuning is. Binne hierdie konteks het deelnemers aan die betrokke studie verwys na lewensmaats se bereidwilligheid om te **luister** wanneer emosionele ontlading nodig is; om as **klankbord** vir groot besluite te dien; en ook om te help met die **verantwoordelikhede** van hul kind sodat een van hulle 'n

ruskans kan kry. Dit stem ooreen met ouers se mededelings aangaande die invloed van ATHV op die huwelik, soos daar in afdeling 7.2.3.3 na verwys is. Binne die konteks van die wedersydse ondersteuning van ouers van kinders met ATHV, kon daar egter geen navorsing in die literatuur gevind word nie. Dit op sigself is 'n aanduiding van die gaping vir verdere moontlike navorsing aangaande die ouers van kinders met ATHV. Vervolgens sal daar aandag gegee word aan ouers se belewing van professionele ondersteuning rakende 'n kind met ATHV.

### **7.2.5.3 Professionele ondersteuning**

Die onderhoude met die deelnemers het aan die lig gebring dat ondersteuning deur professionele rolspelers in terme van hul kind se toestand 'n positiewe bydrae tot die vergestaltung van veerkragtige ouerskap kan lewer. Binne hierdie konteks het die betrokke deelnemers spesifiek verwys na die dienste van **sielkundiges** wat ouers voorberei op moontlike uitdagings, asook **beraders** wat ouers ondersteun in terme van riglyne wat hul tuis kan toepas. Dit ondersteun Theron (2016b) se uitgangspunt dat opvoedkundige sielkundige en ander skoolgebaseerde diensverskaffers meer betrokke in veerkragtigheidsprosesse moet word. Dit hou ook verband met die bevinding dat die bied en fasilitering van hulpbronne en dienste in terme van hoër risiko uitdagings, van meer waarde is as byvoorbeeld individuele bydraes tot veerkragtigheid, soos om nie hoop te verloor nie (Ungar, Theron, Liebenberg, Tian, Restrepo, Sanders, Munford & Russell, 2015).

In die lig van die bogenoemde word die ondersteuning van 'n sielkundige ook in ander literatuur beklemtoon. Mohangi en Archer (2015) het gevind dat veral ma's van kinders met ATHV deurlopend die ondersteuning van 'n sielkundige benodig. Die navorsers het daarom die behoefte aan 'n inklusiewe onderwysstelsel uitgespreek wat die belangrikheid van die rol en werk van 'n opvoedkundige sielkundige erken. In terme van hierdie studie en aan die hand van Geldenhuys en Wevers (2013) se argument aangaande die kritiese behoefte aan finansiële en menslike hulpbronne vir die bevordering vir inklusiewe onderwys in Suid-Afrika, word die aanstelling van **genoeg sielkundiges** deur die **Departement van Onderwys bepleit** ten einde die ondersteuning van ouers te verhoog en sodoende ook by te dra tot die vergestaltung van veerkragtige ouerskap binne hierdie konteks.

Die argument is dat indien daar meer sielkundiges beskikbaar is om ouers te ondersteun, dit ook die uitdagings van 'n kind met AHTV vir hulle meer draaglik kan maak. In die lig hiervan het deelnemers aan Moen, Hedelin en Hall-Lord (2015) se navorsing beklemtoon

dat die ondersteuning deur 'n ATHV-vereniging die uitdagings in terme van 'n kind met ATHV meer hanteerbaar maak. Hul bevinding is dat gesinne wat ondersteuning van gemeenskapsgesondheid ontvang beter gesinsfunksionering beleef en dat dit daarom die behoefte aan genoeg professionele rolspelers in gemeenskapsgesondheidsdienste beklemtoon.

Hierdie bevinding benadruk Ungar et al. (2008, p.168) se beginsel van onderhandeling (*negotiation*) soos dit ook in Hoofstuk 2 (Afdeling 2.1.5) bespreek is. In hul studie rakende veerkragtigheid in verskillende kulture was die betoog dat gemeenskapsgesondheidsdienste beskikbaar en toeganklik moet wees indien dit deur individue verlang word. Hul voorstel is dat dit deur middel van 'n onderhandelingsproses moet plaasvind. Hierdie proses verwys daarna dat die individu sy of haar behoeftes moet kan uitspreek en die gemeenskap moet dan die ooreenkomstige en relevante bronne en dienste kan verskaf. Die onus rus dus ook op die gemeenskap om hierdie bronne te voorsien en sodoende by te dra tot die ondersteuning van ouers. Dit kan 'n beduidende rol speel in die proses van die vergestaltung van veerkragtigheid.

Deelnemers aan hierdie studie het die onderwysers van spesiale skole as 'n bron van professionele ondersteuning uitgesonder en spesifiek verwys na die oerleiding wat die personeel bied. Dit beklemtoon Graham (2016) se argument aangaande die belang van **ouer-onderwyservenootskappe** in die ondersteuning van ouers. Hierin ondersteun ek Lam en Kwong (2014) se klem op die distansiëring van asimmetriese magsverhoudings in ouerbegeleiding en die herdefiniëring daarvan as 'n **reflektiewe begeleidingsproses**. Daarmee impliseer hulle dat die konsep van bemagtiging deur ouerbegeleiers, en in hierdie geval die onderwysers van spesiale skole, die heroorweging van ouerskapbemagtiging aan die hand van kollaborasie verg. Met so 'n benadering, besin ouerbegeleiers ook omtrent hul verhouding met die ouers en gebruik hulle die ouers se oortuigings as uitgangspunt vir samewerking en om ouerveerkragtigheid te bevorder (Lam & Kwang, 2014).

In my aanbeveling rakende die personeel van spesiale skole se ondersteuning van ouers van kinders met ATHV, volg ek Conner en Cavendish (2017, p.4–5) se benadering waarin hulle die onus op skole se professionele rolspelers plaas om asimmetriese magsverhoudings tussen ouers en onderwysers aan te spreek. Hierin stel hulle onder andere voor dat onderwysers (1) doelbewus ingestel moet wees op 'n beter begrip van ouers se staanspoor en behoeftes, (2) bewus moet wees van die feit dat ouers se kulturele en sosio-ekonomiese agtergronde verskil en dat dit ook hul belewing van die werklikheid beïnvloed, en ook (3) dat hul proaktief moet optree om ouers en kinders te

begelei om vaardighede ten opsigte van self-voorspraak (*self-advocacy*) aan te leer soos dit ook in Afdeling 7.2.6.3 beklemtoon word. My uitgangspunt is dat wanneer onderwysers, en ook ander professionele rolspelers, hierdie beginsels toepas in hul ondersteuning van ouers, dit kan bydra tot die vergestaltung van veerkragtige ouerskap binne die konteks van 'n kind met ATHV. Voorts sal daar gekyk word na ouers se beleving van die ondersteuning van ander ouers van kinders met hierdie toestand.

#### **7.2.5.4 Ander ouers van kinders met ATHV**

Uit die onderhoude met die deelnemers het dit aan die lig gekom dat ander ouers van kinders met ATHV dikwels as hul grootste ondersteuningsnetwerk beskou word, aangesien hulle **verstaan** wat die uitdagings van 'n kind met hierdie toestand behels. My oortuiging is dat hierdie begrip toegeskryf kan word aan die feit dat die vermelde ouers **kennis** oor ATHV as toestand het. Volgens deelnemers baat ouers dikwels daarby om hul **emosionele las** met mekaar **te deel** en ook om **raad** in terme van hul uitdagings te kry. Daar is ook melding gemaak van die feit dat dit hulle op hierdie wyse help om die beleving aangaande 'n kind met ATHV te **normaliseer** en dit in **perspektief** te stel. Op grond hiervan is die deelnemers se aanbeveling om gereelde **kontak en kommunikasie** met ander ouers van kinders met ATHV te bevorder en sodoende die ondersteuning van ander ouers as 'n bron van veerkragtige ouerskap te bewerkstellig.

In die lig hiervan het 'n studie deur Moen et al. (2015) bevind dat daar 'n positiewe verband tussen ouers se gevoel van geborgenheid en die ondersteuning deur 'n sosiale netwerk is. Op grond van hierdie bevinding, en soos dit ook met die deelnemers se mededelings strook, is my betoog dat 'n **ondersteuningsnetwerk** vir ouers van kinders met ATHV nie net voordelig in terme van die vermelde faktore kan wees nie, maar dat dit hulle ook 'n gevoel van geborgenheid kan bied en sodoende veerkragtige ouerskap kan bevorder. Dit beklemtoon nie net die waarde van veerkragtigheid as sosiale konstruk nie, maar hou ook verder verband met navorsing wat daarop dui dat ouers van kinders met ATHV in hul middelkinderjare se persepsie van hul stres positief verander het namate hul sosiale ondersteuning vermeerder het (Theule, Wiener, Rogers & Marton, 2011). Daarom is my afleiding en argument dat betrokkenheid by 'n ondersteuningsnetwerk, soos 'n **ouerondersteuningsgroep**, bevorderlik vir die vergestaltung van veerkragtige ouerskap kan wees.

#### **7.2.5.5 Ouerondersteuningsgroep**

Die ondersteuning wat ouers by ouerondersteuningsgroepe ontvang, kan in dieselfde lig as ondersteuning deur ander ouers van kinders met ATHV beskou word.

Ouerondersteuningsgroepe het hoofsaaklik ten doel om te fokus op ondersteuning wat met die betrokke ouers se behoeftes ooreenstem. Om hierdie rede word dit meestal deur ouers as 'n **bron van emosionele ondersteuning** beskou. Nie net laat dit hulle **minder alleen voel** nie, maar skep dit ook by ouers die indruk dat daar 'n **groep mense** is wat hul **behoefte verstaan**. Daarmee word daar ook verwys na die spesifieke behoefte van kinders in hul middelkinderjare. Hierdie beleving strook met navorsers se bevinding dat daar 'n positiewe verband tussen die bemagtiging van ouers van kinders met ATHV en die deelname aan 'n ouerondersteuningsgroep is (Singh, Curtis, Ellis, Wechsler, Best & Cohen, 1997). Dit hou ook verband met Ungar et al. (2007) se bevinding dat die identifisering met 'n groep wat dieselfde waardes en beleving deel bevorderlik vir veerkragtigheid is.

Ungar (2008, p.225) beklemtoon dat individue self die pad na hulpbronne moet vind en, binne die konteks van die bekwaamheidsteorie, dra dit by tot die bevordering van veerkragtigheid. Dit sluit geleenthede om gevoelens van welwees te beleef, in. My oortuiging is dat die inskakeling by 'n ouerondersteuningsgroep hierdie beleving kan bewerkstellig en bevorderlik vir die vergestaltung van veerkragtigheid by ouers van kinders met ATHV in hul middelkinderjare kan wees. Dit word bevestig deur 'n studie deur Chowdhury, Elsworth, Viljoen en Stein (2003) aangaande 'n ouerondersteuningsgroep vir ouers van kinders met ATHV wat die voordeel van deelname aan so 'n groep bevind het. Dit is veral van terapeutiese waarde beskou, omdat (1) ouers deur die waarneming van ander ouers kan leer; (2) hul die geleentheid het om hul gevoelens te deel; (3) dit die indruk skep dat hul nie alleen in hul situasie is nie en (4) hul praktiese raad by ouers kan kry (Chowdhury et al., 2003, p.242). Die vermelde bevindinge bevestig en ondersteun dus die deelnemers aan hierdie studie se beleving van 'n ouerondersteuningsgroep en beklemtoon daarom ook veerkragtigheid as sosiale konstruk (Ebersöhn, 2012).

Binne die konteks van hierdie ondersteuningsbronne, asook die waarde van al die ondersteuningsisteme wat voorheen vermeld is, ondersteun ek Ungar et al. se bevinding dat indien toegang tot hulpbronne deur 'n kind se omgewing bemiddel word, die kind die kapasiteit het om daarvoor te onderhandel met diegene wat besluit watter hulpbronne toeganklik en beskikbaar is en so 'n kind heel waarskynlik die kapasiteit sal ontwikkel om die uitdagings van ongunstige toestande te kan hanteer (Porcelli et al., 2014). Ooreenkomstig hiermee is my argument dat dieselfde vir ouers van kinders met ATHV geld en dat die beskikbaarheid en toeganklikheid van die betrokke ondersteuningsisteme die vergestaltung van veerkragtige ouerskap in terme van kinders met ATHV in hul



middelkinderjare kan bevorder. Voorts sal 'n blik op die invloed van die samelewing se persepsie van ATHV op die belewing van die ouer verskaf word.

## 7.2.6 Die samelewing se persepsie

In die volgende afdeling word daar 'n konseptualisering van die ouers van kinders met ATHV se belewing van die samelewing se kritiek, blaam en oordeel rakende hul kind se toestand gebied. Op hierdie wyse word die samelewing se persepsie binne die konteks van die bekwaamheidsteorie as sosiale hindernis tot die vergestaltung van veerkrachtigheid uitgewys. My bevinding uit die deelnemers se response is dat hierdie persepsie hoofsaaklik uit die samelewing se onkunde rakende ATHV spruit. Daarom word daar ook aandag geskenk aan die noodsaaklikheid van die bewusmaking van hierdie toestand, asook die aanbevelings vir die bevordering van die vergestaltung van veerkrachtige ouerskap binne hierdie konteks.

### 7.2.6.1 Die samelewing se kritiek, blaam en oordeel

In terme van die samelewing se kritiek aangaande ATHV, is daar reeds in Hoofstuk 2 (Afdeling 2.1) melding gemaak van mense se bevooroordeelde uitlatings rakende hierdie toestand. 'n Oorsig van die geskiedenis van ATHV het aan die lig gebring dat die woorde wat destyds gebruik is om hierdie toestand te beskryf, soos “stout”, “onbeskof” en “skande”, meestal bevooroordeel van aard was. Tog is die argument dat ATHV hedendaags as 'n neurobiologiese toestand, eerder as 'n karakterafwyking, beskou word en dat dit dus ook beter verstaan word (Belsham, 2012). Dit is egter teenstrydig met die deelnemers aan hierdie studie se belewing. Die meerderheid deelnemers het berig dat hulle steeds daaglik **kritiek, blaam en oordeel** deur die samelewing ervaar.

Die grootste kritiek deur die samelewing hou veral verband met hul kinders se gebruik van medikasie, sowel as ouers se keuse aangaande onderrig in 'n spesiale skool. Ouers word dikwels blameer vir hul kind se gedrag en die samelewing skryf dit oor die algemeen aan slegte ouerskap toe. Deelnemers se verdere belewing is dat hul kind se gedrag gedurig as “stout” afgemaak word. Daarom is ouers se natuurlike reaksie om **beskermingsmeganismes** in plek te stel om kritiek af te weer. In die lig hiervan is die betrokke deelnemers se mededeling, soos dit ook in Afdelings 7.2.6.1 en 7.2.2.3 van die betrokke hoofstuk bespreek is, dat dit makliker is om hulself van mense te **distansieer**, en om te **swyg** oor hul kind se toestand wanneer hulle in ander mense se geselskap is.

Die gebruik van hierdie beskermingsmeganismes is in lyn met Bogod (2009) se bevinding dat mense met leerhindernisse uit vrees vir veroordeling en kritiek ook dikwels versuim

om hul leerhindernis aan ander bekend te maak. Hierdie praktyk, tesame met die distansiëring van ander mense, kan egter lei tot die **verlies aan 'n sosiale ondersteuningsnetwerk** en dus as 'n verdere hindernis in die vergestaltung van veerkragtige ouerskap manifesteer. Dit word ondersteun deur die bekwaamheidsteorie wat 'n individu se omgewing as oorsaaklikheidsfaktor in die stremming van optimale funksionering bestempel. Vervolgens sal daar ook lig gewerp word op die samelewing se onkunde aangaande ATHV wat as 'n volgende hindernis tot die vergestaltung van veerkragtige ouerskap beskou kan word.

### **7.2.6.2 Die samelewing se onkunde**

Die deelnemers aan hierdie studie skryf die kritiek, blaam en oordeel van die samelewing hoofsaaklik aan hul **onkunde** rakende ATHV toe. Die meeste ouers se beleving is dat mense oor die algemeen nie weet wat hierdie **toestand** behels nie; dat hulle nie weet hoe om teenoor kinders met ATHV **op te tree** nie; en dat hulle ook nie weet wat **ouers** van kinders met ATHV se beleving inhou nie. Hierdie bekentenis word ondersteun deur Louw et al. (2009) se navorsing wat bevind het dat 'n groot persentasie mense in Suid-Afrika, professionele persone inklusief, soos mediese dokters, pediater, psigiater en sielkundiges, ATHV slegs as 'n fase beskou waarin kinders hiperaktief en impulsief optree. Hierdie soort wanpersepsie en onkunde versterk die stigma rondom ATHV en dra gevolglik by tot verwarring en stres by ouers.

In die lig hiervan is die deelnemers se oortuiging dat die samelewing se onkunde tot sekere **aannames** rakende ATHV lei. Dit verwys spesifiek na mense se opvatting dat ATHV **nie 'n ernstige toestand** is nie met die veronderstelling dat kinders met ATHV **noodwendig kognitiewe uitdagings** ervaar aan die ander kant van die spektrum. Juis daarom bepleit die ouers van kinders met ATHV die bewusmaking van hierdie toestand, sodat die samelewing kennis oor die feite van ATHV kan bekom. Die argument is dat wanneer die samelewing beter ingelig is, dit 'n afnemende effek op die kritiek wat ouers beleef, kan hê. Sodoende kan dit die **emosionele stres** van ouers van kinders met ATHV verminder en bydra tot die vergestaltung van veerkragtige ouerskap. Op grond hiervan is die betrokke deelnemers se siening dat hulle op eenvoudige wyses, soos sosiale media-platforms, bewusmaking van ATHV kan bevorder. Sodoende kan die aanwend van sosiale media as 'n sosiale konstruk van veerkragtigheid 'n bydrae lewer tot die vergestaltung van veerkragtige ouerskap in terme van kinders met ATHV in hul middelkinderjare. Met verwysing hierna sal daar vervolgens lig gewerp word op die noodsaaklikheid van die bewusmaking van ATHV.

### 7.2.6.3 Die noodsaaklikheid van bewusmaking van ATHV

Soos reeds gemeld is die deelnemers se siening, en my eie oortuiging na afloop van die betrokke studie, dat die bewusmaking van ATHV noodsaaklik is ten einde kritiek en vooroordele aangaande hierdie toestand te verminder. In die lig hiervan het deelnemers te kenne gegee dat hulle **verantwoordelik** daarvoor **voel** om onkundige mense oor ATHV as toestand in te lig. Hul redenasie is dat **kennis begrip kweek** en dat hoe meer mense omtrent ATHV ingelig is, hoe beter hul kinders verstaan kan word. Dit hou verband met ouers van kinders met ATHV se verantwoordelikheid vir selfvoorspraak (*self-advocacy*) om mense aangaande hul kinders se toestand, sowel as hul eie beleving daarvan, bewus te maak (Test, Fowler, Wood, Brewer & Eddy, 2005).

Binne hierdie konteks is Horsthemke (2017) se filosofie oor insluiting en die belang van die bewusmaking daarvan, relevant. Hy voer aan dat een van die grootste hindernisse tot inklusiewe onderwys, sielkundige (*mental*) hindernisse is. Daarom is sy argument dat insluiting nooit optimaal bereik sal word nie, aangesien daar altyd ruimte sal wees vir mense om nuwe kennis aangaande insluiting te bekom. Hierdie betoog bevestig dus die noodsaaklikheid van bewusmaking, asook ouers se verantwoordelikheid vir **selfvoorspraak** (*self-advocacy*) om die insluiting van kinders met ATHV, asook die moontlike afname in kritiek deur die sameleving, te bewerkstellig.

Volgens Test et al. (2005) is selfvoorspraak gegrond op 'n goed ontwikkelde kennis van die self, die persoon se gepaardgaande behoeftes aan ondersteuning, sowel as die bronne waartoe die individu geregtig is. Binne hierdie konteks is dit daarom belangrik dat ouers van kinders met ATHV bewus moet wees van bepalers en prosesse wat veerkragtige ouerskap bevorder, asook hul ooreenkomstige behoeftes in terme hiervan. In die lig van die bekwaamheidsteorie is dit egter ook belangrik dat ouers kennis dra van moontlike hindernisse, soos karaktertrekke, 'n gebrek aan hulpbronne, faktore in die omgewing of die interaksie tussen hierdie oorsaaklikheidsfaktore wat die bevordering van veerkragtige ouerskap kan belemmer. Die argument is dat hulle dan eers die nodige selfvoorspraak kan toepas om die publiek en spesifieke rolspelers in te lig aangaande hul behoeftes en hoe dit moontlik geakkommodeer kan word.

Binne hierdie konteks is daar verskeie wyses waarop die betrokke ouers reeds bewusmaking van ATHV bevorder. Soos reeds gemeld, is daar deelnemers wat **sosiale media** as 'n platform hiervoor gebruik. Daar is ook ouers wat **inligting** rakende ATHV en wyses waarop hul kinders geakkommodeer kan word aan **onderwysers** stuur. Dit bevestig ook Graham (2016) se klem op ouer-onderwyserverhoudings en -samenwerking

om hierdie proses aan te moedig. Teen hierdie agtergrond, sowel as die voorafgaande bespreking van die interpretasies van die vermelde temas, word daar in die volgende hoofstuk 'n diagrammatiese voorstelling van die beantwoording van die navorsingsdoelwit van hierdie studie gebied.

### **7.3 SAMEVATTING**

Ter opsomming is daar in die betrokke hoofstuk 'n geïntegreerde interpretasie van die bevindinge van hierdie studie gebied. Daar is 'n oorsig verskaf van die ses temas wat in die data geïdentifiseer is. Die bespreking van die vermelde temas het deurlopend plaasgevind teen die agtergrond van die bekwaamheidsteorie, sowel as Linda Theron (2010) en Michael Ungar (2012) se uitgangspunt dat veerkragtigheid 'n interaktiewe proses tussen individuele en sosiale faktore is. In die volgende hoofstuk sal 'n samevatting van die navorsingsinterpretasies in die vorm van 'n diagrammatiese voorstelling gebied word. 'n Opsomming van die bepalers en die hindernisse op die pad van die vergestaltung van veerkragtige ouerskap sal volg en aanbevelings vir die bevordering van veerkragtigheid sal in hierdie verband gemaak word. Daarna sal lig gewerp word op die bydraes van die betrokke navorsing, die beperkinge van die studie, asook aanbevelings vir verdere navorsing. Die hoofstuk word afgesluit met my persoonlike nadenke aangaande hierdie navorsingstudie.

## Hoofstuk 8

# SAMEVATTING EN AANBEVELINGS

### 8.1 INLEIDING

In die vorige hoofstuk is daar gepoog om analitiese skakels tussen die temas van die betrokke studie uit te lig en hierdie temas teen die agtergrond van die bestaande literatuur te verduidelik. Hierdie hoofstuk bied 'n opsomming van die beantwoording van die navorsingsvrae in die betrokke studie. Vervolgens word daar in die volgende afdeling 'n diagrammatiese voorstelling van die navorsingsinterpretasies gebied. Daarna volg 'n samevatting van die bepalers van die vergestaltung van veerkragtige ouerskap, die hindernisse tot hierdie proses, asook aanbevelings vir die bevordering van veerkragtigheid. Die res van die hoofstuk sal 'n oorsig aangaande die sterkpunte en bydraes van die navorsing, die beperkinge van die studie, aanbevelings vir verdere navorsing en my persoonlike nadenke aangaande die navorsingsproses verskaf.

### 8.2 'N DIAGRAMMATIESE VOORSTELLING AS SAMEVATTING VAN DIE NAVORSINGSBEVINDINGE

Die diagrammatiese voorstelling, soos dit vervolgens in hierdie afdeling uiteengesit en verduidelik word, is 'n beantwoording van die doel van die betrokke studie. Soos dit reeds in Hoofstuk 1 (Afdeling 1.4) uiteengesit is, is die vermelde oogmerk van die navorsing onder meer om nuwe insig in die betrokke fenomeen te kry ten einde 'n voorstelling van die belewing van ouers van kinders met ATHV in hul middelkinderjare, asook die vergestaltung van veerkragtigheid binne hierdie konteks, te ontwikkel en te beskryf. Hierdie doelwit hou ook verband met die navorsingsvrae van die betrokke navorsing, te wete:

- (1) *Wat is die belewing van ouers van kinders met ATHV in hul middelkinderjare? en*
- (2) *Wat is die bepalers vir die vergestaltung van veerkragtige ouerskap in terme van kinders met ATHV in hul middelkinderjare?*

Die diagrammatiese voorstelling is saamgestel uit die interpretasie van die bevindinge soos dit in die vorige hoofstuk bespreek is aan die hand van ses temas wat in die data geïdentifiseer is. Tydens die verwerking van die data, die uiteensetting van die temas en die konstruering van die bevindinge, het daar definitiewe hoofpatrone te voorskyn gekom. Dit verwys na soortgelyke inligting wat deur meer as een deelnemer beklemtoon is en

herhaaldelik in die temas uitgestaan het. In die interpretasie van die bevindinge is daar spesifieke skakels tussen hierdie hoofpatrone geïdentifiseer wat uiteindelik 'n samevatting van die beantwoording van die navorsingsdoelstelling gebied het. In die lig van die navorsingsvrae illustreer hierdie skakels ook die (1) algemene beleving van ouers van kinders met ATHV in hul middelkinderjare, en (2) is dit 'n aanduiding van die bepalers vir die vergestaltung van veerkragtige ouerskap binne hierdie konteks.

Die sodanige hoofpatrone is teen die agtergrond van die bekwaamheidsteorie (*capability theory*), soos dit in Hoofstuk 2 (Afdeling 2.2.7) bespreek is, geïdentifiseer en uiteengesit. Die implikasie is dat die deelnemers se (1) persoonlike eienskappe (individuele bepalers), (2) hulpbronne, (3) omgewing (sosiale bepalers), en die (4) oorsaaklikheidsfaktore tussen hierdie bepalers, deurlopend in ag geneem is. Binne hierdie konteks het daar in die deelnemers se beleving van 'n kind met ATHV sekere bepalers uitgestaan wat 'n belangrike rol gespeel het in die vergestaltung van veerkrag. Een van die bepalers wat in die deelnemers se mededelings na vore getree het is die **onkunde** van die **sameleving**. Dit het aan die lig gekom dat hierdie onkunde hoofsaaklik aanleiding gee tot drie uitdagings wat deur deelnemers beleef is, naamlik (1) **kritiek en oordeel** rakende **ATHV**, (2) 'n kultuur van **uitsluiting in hoofstroomskole**, en (3) 'n **stigma** wat aan **medikasie** vir ATHV, sowel as die plasing van kinders in **spesiale skole**, kleef.

Uit die navorsing was die bevinding dat hierdie uitdagings definitiewe implikasies het. Eerstens is ouers se mening dat dit lei tot die beleving van 'n **alleenpad**. Tweedens veroorsaak dit dat die deelnemers **ander mense vermy** om hulself teen kritiek te beskerm, en derdens maak dit dat ouers **swyg** oor hul kind se toestand in 'n poging om kritiek en oordeel te vermy. Tog het daar ook sekere bepalers uitgestaan wat 'n belangrike rol gespeel het in die vergestaltung van ouers se veerkrag in die aangesig van hierdie uitdagings.

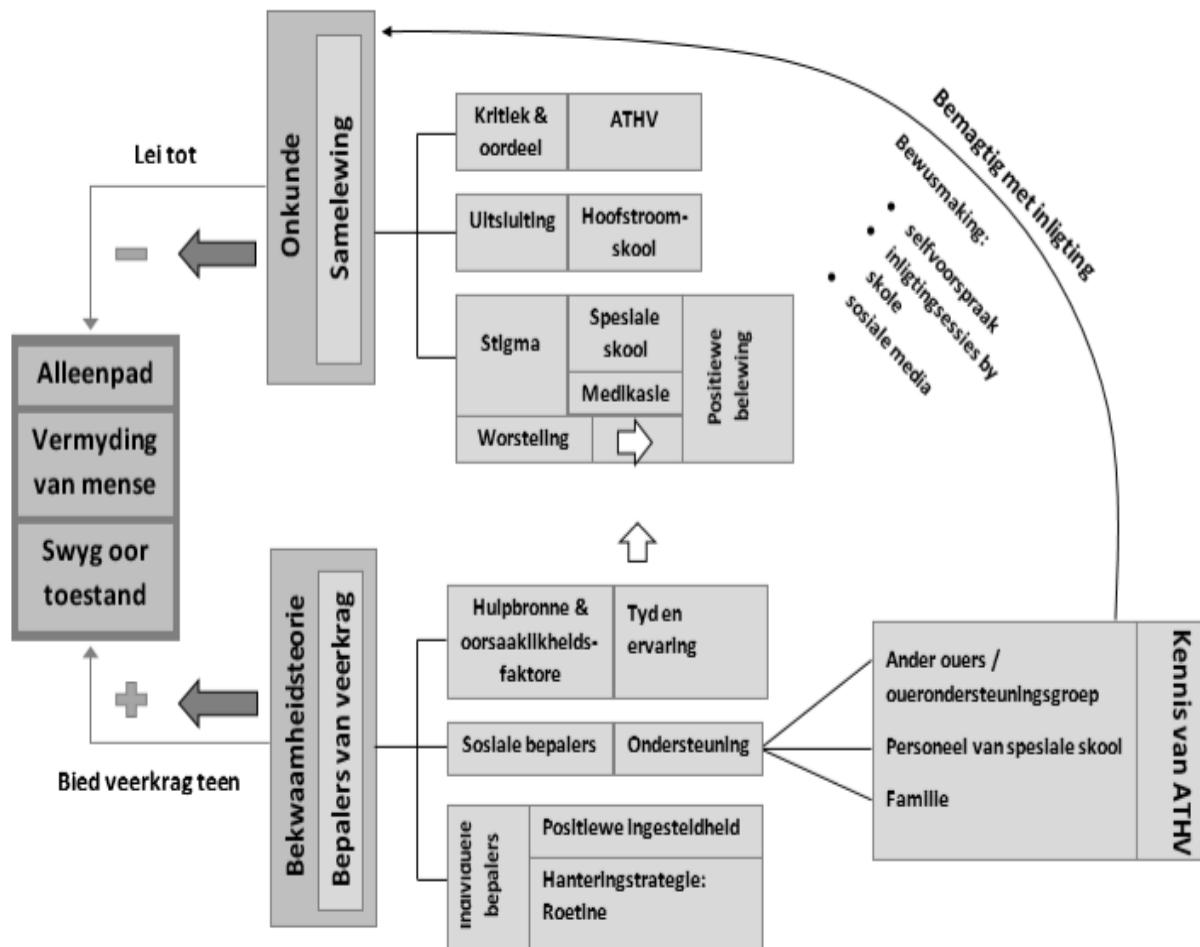
Hierdie bepalers van veerkrag verwys na **tyd** as 'n **hulpbron** en hou spesifiek verband met die **lewenservaring**, en gevolglik ook die kennis, wat ouers van kinders met ATHV mettertyd opdoen. Laasgenoemde veerkragtighedsbepalers het veral betrekking op ouers se aanvanklike worsteling met die keuse rondom medikasie en die plasing van hul kind in 'n spesiale skool. Mettertyd, en soos wat ouers meer persoonlike ondervinding met medikasie en 'n spesiale skool opgedoen het, is die beleving van 'n worstelstryd met 'n positiewe beleving vervang. Ander bepalers het ook 'n belangrike rol in hierdie proses gespeel en verwys na (1) **individuele bepalers**, naamlik die kragdadigheid van 'n **positiewe ingesteldheid** en die waarde van 'n streng en vaste **roetine** as

**hanteringstrategie**, asook (2) **sosiale bepalers** wat na die ouers se **ondersteuningstelsel** verwys.

Deelnemers het spesifiek klem gelê op drie bronne van ondersteuning, naamlik (1) **ander ouers van kinders met ATHV**, veral in **ouerondersteuningsgroepe**, (2) die **personeel van spesiale skole** waar deelnemers se kinders skoolgaan, en (3) deelnemers se uitgebreide **familie**. Die waarde van ouerondersteuningsgroepe is veral deur deelnemers beklemtoon. Dit het aan die lig gekom dat die vermelde ondersteuningsnetwerke deur hul **kennis van ATHV** as toestand van ander ondersteuningsbronne onderskei word. In die lig hiervan is kennis van ATHV as belangrike invloed in die beleving van ouers van kinders met ATHV in hul middelkinderjare geïdentifiseer.

Ander persone met kennis aangaande ATHV is vir ouers 'n positiewe beleving, veral wanneer dit in die lig van hul negatiewe ervaring van die sameleving se onkunde gesien word. Daarom is **bemagtiging van die sameleving deur middel van inligting**, asook die **bewusmaking van ATHV** as 'n noodsaaklikheid beklemtoon. My oortuiging en voorstel is dat die onus hoofsaaklik op die ouers van kinders met ATHV, die familie van hierdie ouers, asook kenners soos pediateres en die spesiale skole moet berus om mense bewus te maak van hierdie toestand. My argument is dat hierdie rolspelers, wat reeds kennis van ATHV dra, dit moet gebruik om **bewusmaking te bevorder** deur middel van **selfvoorspraak** (*self advocacy*) en **sosiale media** (soos dit self deur deelnemers aanbeveel is).

Hoewel die onderstaande diagrammatiese voorstelling op die respons van die deelnemers aan die betrokke studie gebaseer is, kan die patrone wat geïdentifiseer is tog toegepas word op ander ouers se beleving van die betrokke fenomeen. Wanneer die sameleving bemagtig word met inligting rakende ATHV as toestand, is my oortuiging dat dit in sekere gevalle 'n afname in onkunde tot gevolg kan hê. Sodoende kan dit 'n afname in die kritiek en oordeel, kultuur van uitsluiting, en die stigma oor ATHV te weeg bring en gevolglik 'n moontlike positiewe invloed op die beleving van ouers van kinders met ATHV hê. Voorts word 'n diagrammatiese voorstelling van die beleving van ouers van kinders met ATHV in hul middelkinderjare, asook die vergestaltung van veerkragtige ouerskap binne hierdie konteks, gebied.



**Diagram 8.1: Diagrammatiese voorstelling van die beleving van 'n kind met ATHV en die vergestaltung van veerkragtige ouerskap**

### 8.3 BEPALERS VAN DIE VERGESTALTING VAN VEERKRAGTIGE OUERSKAP

In die lig van die bekwaamheidsteorie, een van die teoretiese raamwerke vir hierdie navorsing wat in Hoofstuk 2 (Afdeling 2.2.7) bespreek is, asook die uitgangspunt dat veerkrag 'n produk van die interaktiewe proses tussen individuele en sosiale faktore is, is daar in hierdie navorsing verskeie (1) individuele bepalers, (2) sosiale bepalers, (3) hulpbronne, en (4) oorsaaklikheidsfaktore in die proses van die vergestaltung van veerkragtige ouerskap by ouers van kinders met ATHV in hul middelkinderjare geïdentifiseer. Alhoewel die fokus veral op veerkrag as sosiale konstruk geplaas word, is my pleidooi om nie die belangrikheid van die ander bepalers ondergeskik te ag nie. My uitgangspunt is dat die bevordering van alle bepalers van veerkrag nodig is ten einde optimale vergestaltung van veerkragtigheid teweeg te bring. Dit is veral belangrik binne die konteks van beperkte hulpbronne en ondersteuning waarvan vele deelnemers melding gemaak het. Alhoewel die beleving van die deelnemers vanuit hul posisie as ouers van



kinders in hul middelkinderjare vertel is, is Elder en Giele (2009) se lewensverlopperspektief (afdeling 3.2) in ag geneem. Dit beteken dat die ouers se ervarings regdeur die lewenspan ook 'n invloed op hul vertellings tydens hierdie fase van hul lewe gehad het.

Met verwysing na die diagnose- en behandelingsproses van kinders met ATHV, is deelnemers se mening dat die beleving van die fases van die rouproses hulle gehelp het om die diagnose van hul kind te aanvaar. Hiermee saam speel die verloop van tyd ook 'n belangrike rol in die proses om die toestand te verstaan, hanteringstrategieë aan te leer, en oplaas die diagnose te aanvaar. Dis egter nie 'n linieêre proses nie en dus is dit by elke ouer uniek. Vir baie ouers het die diagnose van hul kind ook empatie vir ander mense in dieselfde situasie aangeleer. In hierdie lig is die uitreik na ander ouers in dieselfde posisie voordelig vir die bou van 'n sosiale ondersteuningstelsel, wat op die beurt weer bevorderlik vir die vergestaltung van veerkragtige ouerskap is.

Die diagnose van hul kinders het ook vir verskeie deelnemers 'n vertrekpunt gebied om hul kinders dienooreenkomstig en op die mees geskikte wyse te ondersteun. Die beleving van die deelnemers is dat hoe vroeër die diagnose van ATHV gemaak word, hoe meer suksesvol is die intervensie wat in terme daarvan plaasvind. Vir die meeste deelnemers is medikasie as deel van die behandeling van ATHV 'n baie effektiewe toepassing van intervensie. Vir verskeie ander deelnemers is die geleentheid om voltyds tuis te kan wees 'n faktor wat bydra tot die vergestaltung van veerkragtige ouerskap. Daarteenoor is dit juis die emosionele ontvlugting van 'n voltydse werk wat ander ouers help om veerkragtige ouerskap te behaal.

Betreffende die algemene beleving van 'n kind met ATHV, is ouers se beleving dat 'n positiewe ingesteldheid sinoniem is met die bevordering van veerkragtige ouerskap. Die deelnemers se bekentenis is egter dat hulle voortdurend moet kies om positief ingesteld te wees, veral in terme van dankbaarheid vir kleinighede. Ouers se verdere mededeling is dat geloof, hoop en humor vir hulle baie waardevol is. Daar is ook verwys na hoe terapieë dit vir 'n ouer is om oor sy of haar gevoelens te gesels; na die distansiëring van mense wat gedurig kritiese uitsprake rakende ATHV maak; asook 'n noteerstelsel, soos 'n plakboek oor persoonlike vordering en oorwinnings. Ouers het veral klem gelê op hoe belangrik dit is om genoeg tyd aan hul eie, persoonlike welwees te bestee. In die lig hiervan help dit ouers byvoorbeeld om iemand as huiswerkhulp vir hul kind aan te stel of om betrokke te word by liefdadigheid ten einde hul eie situasie in perspektief te stel.

Daar is verskeie wyses waarop die dinamika binne 'n familie en gesin kan bydra tot die vergestaltung van veerkragtige ouerskap. Vir sommige deelnemers is familie 'n groot bron

van ondersteuning. In terme van die direkte gesin, help dit ouers wanneer hul ander kinders 'n begrip van ATHV ontwikkel en vervolgens makliker kan aanpas by 'n broer of suster met hierdie toestand. Verskeie ander ouers meen dat 'n sterk grondslag in die huwelik vir hulle 'n bron van veerkrag is. Die maniere waarop dit tot die bevordering van veerkrag bydra, is deur positiewe kommunikasie, spanwerk en wedersydse ondersteuning. Dit behels byvoorbeeld om mekaar af te los met die verantwoordelikhede van 'n kind met ATHV. In die lig hiervan is daar ook verskeie ander hanteringstrategieë gemeld wat tuis toegepas kan word vir die bevordering van veerkragtige ouerskap.

Met betrekking tot die invloed van die skoolstelsel is daar onderskei tussen onderrig in 'n hoofstroomskool en onderrig in 'n spesiale skool. Ten spyte van die meerderheid deelnemers se beleving van uitsluiting, is verskeie onderwysers in hoofstroomskole tog bereid om kinders met ATHV te akkommodeer. Hier word veral melding gemaak van die onderwysers wat oor kennis en ervaring van kinders met ATHV beskik. Wanneer kinders met ATHV se behoeftes in die skoolstelsel tegemoetgekom word, verminder dit die ouers se stresvlakke en dra dit sodoende by tot die vergestaltung van veerkragtigheid. Dieselfde beginsel geld vir onderrig in spesiale skole. Die deelnemers se beleving is dat spesiale skole se kleiner opset, individuele ondersteuning, asook kinders wat mekaar se behoeftes verstaan, aanleiding gee tot die bevordering van kinders met ATHV se akademiese en emosionele welstand. Die onderwysers en ouerkorps van spesiale skole is ook uitgelig as belangrike ondersteuningsbronne vir ouers van kinders met ATHV.

Deelnemers het ook verwys na familie as 'n bron van emosionele ondersteuning, sowel as ondersteuning in terme van daaglikse verantwoordelikhede. Dit sluit aan by die hulp wat deur lewensmaats verleen word. Volgens die deelnemers is lewensmaats uiters kosbaar aangesien hulle na mekaar kan luister en as 'n klankbord vir mekaar kan optree. In terme van professionele ondersteuning is daar verwys na sielkundige dienste, veral wat ouers se voorbereiding op die moontlike uitdagings van 'n kind met ATHV betref, sowel as die voorligting van hanteringsvaardighede wat ouers tuis kan implementeer.

Dit het egter uit die deelnemers se mededelings vorendag gekom dat hulle ander ouers van kinders met ATHV as hul grootste bron van ondersteuning beskou. Die redes wat hulle hiervoor aanvoer, is dat die vermelde ouergroepe mekaar se behoeftes verstaan; dat hul raad kan uitruil; dat hul mekaar se beleving kan normaliseer en in perspektief kan stel; en dat hulle 'n ondersteuningsnetwerk vir mekaar kan wees. In terme hiervan is die beleving dat dit ouers minder alleen in hul situasie laat voel en dat dit ook 'n samehorigheidsgevoel skep onder mense wat dieselfde uitdagings beleef.

Uit die deelnemers se insette is dit duidelik dat bewusmaking van ATHV die belangrikste rol in die bevordering van veerkragtigheid speel. Ouers se oortuiging is dat wanneer die samelewing beter ingelig is aangaande ATHV as toestand en meer ingestel is op die behoeftes van die ouers van kinders met ATHV, dit kan lei na minder vooroordele en beter ondersteuning van die ouers van kinders met hierdie toestand. Op hierdie wyse kan dit die uitdagings van 'n kind met hierdie toestand meer hanteerbaar maak en sodoende ook bydra tot die vergestaltung van veerkragtige ouerskap in terme van kinders met ATHV in hul middelkinderjare. Tydens die onderhoude het ouers egter ook lig gewerp op die ervarings wat as hindernisse in die vergestaltung van veerkragtige ouerskap beskou word. Vervolgens sal daar, met die bekwaamheidsteorie as verwysingsraamwerk, 'n samevatting van hierdie hindernisse gebied word.

#### **8.4 HINDERNISSE TOT DIE VERGESTALTING VAN VEERKRAGTIGE OUERSKAP**

Uit die deelnemers se mededelings rakende hul beleving van 'n kind met ATHV in die middelkinderjare het daar verskeie hindernisse tot die vergestaltung van veerkragtige ouerskap aan die lig gekom. Hoewel hierdie navorsing 'n salutogene perspektief (sien afdeling 2.1.2) ondersteun en daarom onder andere die fokus op die bepalers van veerkragtigheid gerig het, impliseer dit nie dat veerkragtigheid uitsluitlik na 'n toestand van voorspoed verwys nie. Daarom was dit tydens hierdie studie belangrik om die algehele beleving van ouers in terme van die fenomeen wat ondersoek word, en dus ook die hindernisse tot die vergestaltung van veerkragtigheid, in ag te neem. My argument is dat wanneer die hindernisse tot veerkragtigheid geïdentifiseer word, dit ook as rigtingwysers gebruik kan word om die ouers van kinders met ATHV in hul middelkinderjare te ondersteun.

Met verwysing na die diagnose- en behandelingsproses was ouers se beleving dat hul aanvanklik self onkundig oor ATHV as toestand was en dat dit onsekerheid in hierdie verband veroorsaak het. Die keuse rakende die gebruik van medikasie was vir die meeste deelnemende ouers 'n bron van stres en die stigma wat daarmee gepaardgaan, het gelei tot 'n aanvanklike skeptiese ingesteldheid in hierdie verband. Daar was ook kommer oor die nuwe-effekte van die medikasie. Ouers uit laer sosio-ekonomiese omstandighede het melding gemaak van die addisionele stres wat die finansiële uitgawes op medikasie meebring. Die uitdagings van die diagnose het vir ander ouers geïmpliseer dat hulle hul loopbane moes aanpas en selfs prysgee. Dit op sigself het emosionele en finansiële implikasies tot gevolg gehad. Ouers se algemene ervaring en emosies aangaande hul kind se diagnose het skuldgevoelens, selfblaaam, emosionele en fisiese moegheid,

magteloosheid en frustrasies ingehou wat gevolglik ook as hindernisse tot die vergestaltung van veerkragtige ouerskap gemanifesteer het.

Hoewel familie deur sommige deelnemers as 'n bron van ondersteuning uitgesonder is, is daar ook deelnemers wat die teenoorgestelde ervaar het. Binne hierdie konteks het die uitgebreide familie se kritiek, oordeel en konflik oor die kind met ATHV se gedrag as hindernisse tot veerkragtigheid uitgestaan. Wat die direkte gesin betref is konflik vanweë die ongelyke verdeling van aandag tussen kinders, asook aanpassings wat van die hele gesin verwag word, as stressors geïdentifiseer. Sommige deelnemers het ook die negatiewe invloed van ATHV op die huwelik, die kroniese verdriet wat ouers van 'n kind met ATHV ervaar, die eensaamheid in hul worstelstryd hieroor, asook volgehoue sosiale inperking weens die kind se gedrag as hindernisse tot die vergestaltung van veerkragtigheid uitgewys.

Wat die invloed van die skoolstelsel betref, was ouers se algemene beleving dat hul kind nie in die hoofstroomskool tegemoetekom word nie. Sistemiese hindernisse wat lei tot die uitsluiting van hul kind, soos groot klasse en 'n onbuigsame kurrikulum, is deur ouers aangemeld. Onderwysers se onkunde rakende ATHV as toestand en hul negatiewe ingesteldheid ten opsigte van inklusiewe onderwys, is egter as die grootste hindernisse bestempel. Met verwysing na ouers se beleving van hul kind se plasing in 'n spesiale skool, het die stigma wat daarmee gepaardgaan vir vele ouers uitdagings ingehou. Ondersteuningstelsels by spesiale skole is deur ouers uitgelig as 'n faktor wat veerkrag bevorder, maar daar is ook deelnemers wat die las van sosio-ekonomiese omstandighede as hindernis beleef het in terme van hul toegang tot ondersteuningstelsels. Dit verwys byvoorbeeld na hul onvermoë om, as gevolg van vervoerprobleme, ouerondersteuningsgroepe by die skool by te woon.

Die afleiding uit die deelnemers se response was egter dat die samelewing se kritiek, blaam en oordeel, weens onkunde oor ATHV, as die grootste hindernis tot die vergestaltung van veerkragtige ouerskap beskou kan word. Hierdie onkunde verwys spesifiek na 'n gebrek aan kennis aangaande die omvang van ATHV as toestand, sowel as die ouers van kinders met hierdie toestand se beleving. Algemene aannames wat gemaak word is aan die een kant dat ATHV nie 'n ernstige toestand is nie, en aan die ander kant dat alle kinders met ATHV kognitiewe uitdagings ervaar. Hierdie beleving van ouers gee aanleiding tot hul distansiëring van die samelewing, asook hul besluit om te swyg oor hul kind se toestand. Die gevolg is dat die beleving van 'n kind met ATHV vir ouers 'n alleenpad is en dat hul ondersteuningstelsel noodwendig afwesig is. Die bogenoemde beklemtoon die belangrikheid van die bewusmaking van ATHV soos dit in

die volgende afdeling bespreek sal word wanneer aanbevelings gemaak word vir die bevordering van veerkragtige ouerskap.

## **8.5 AANBEVELINGS VIR DIE VERGESTALTING VAN VEERKRAGTIGE OUERSKAP**

Op grond van die bestaande literatuur, asook die ouers van kinders met ATHV in hul middelkinderjare se algemene beleving, hul ervaring van die vergestaltung van veerkragtige ouerskap – en die hindernisse daartoe – is die volgende aanbevelings vir die bevordering van veerkragtige ouerskap gemaak:

### **8.5.1 Die proses van diagnose en behandeling**

- Die bewusmaking van ATHV, sodat ouers die tekens en simptome van ATHV makliker kan herken en identifiseer. Sodoende verhoog dit die moontlikheid vir 'n vroeë diagnose.
- Die betrek van 'n opvoedkundige sielkundige en/of professionele rolspeler wat spesialiteitskennis van ATHV het. Dit sluit sielkundiges in DGOS-spanne (distriksgebaseerde ondersteuningspanne) van die Departement van Onderwys in. Daarmee saam word die toepassing van die S/AS-dokument (afdeling 2.2.5.3) aanbeveel, wat riglyne aan onderwysers bied om kwellinge rakende moontlike leerhindernisse vroegtydig by DGOS-spanne aan te meld. Op hierdie wyse word die kans om ATHV akkuraat te identifiseer en te diagnoseer, verhoog.
- Ouers moet 'n realistiese tydsduur toelaat en vir hulself genoeg ruimte gee om die emosies wat met die rouproses gepaardgaan, te beleef. Volgens die deelnemers kan hierdie praktyk bevorderlik vir die verwerking van en aanpassing by die diagnose wees.
- Dit is raadsaam dat ouers vaardighede aanleer om hul gedagtes rakende die stigma wat aan die gebruik van medikasie vir ATHV kleef, te bestuur. Sodoende kan dit moontlik die negatiewe invloed wat hierdie stigma op die keuse oor die gebruik van medikasie het, verminder. Beraders of sielkundiges kan waardevol wees in hierdie opsig.
- Ouers kan sosiale media positief aanwend om akkurate inligting oor ATHV en medikasie te versprei en sodoende by te dra tot die stelselmatige afbreek van die stigma in hierdie verband. Tog moet daar in ag geneem word dat die negatiewe en onakkurate boodskappe oor ATHV wat op sosiale media rondgaan, ouers afgeskrik het en die stigma rondom ATHV versterk het.

- Daar word aanbeveel dat ouers 'n professionele persoon, soos 'n sielkundige, berader, dokter of selfs onderwyser, besoek om oor die worstelstryd rakende die gebruik van medikasie te gesels en tot klaarheid daaroor te kom. Ouers behoort ook gereeld hul kinders se voorskrifte by hul dokter te hersien. Die beginsel is dus om 'n goeie verhouding met die dokter te hê ten einde met vrymoedigheid vir leiding en inligting te kan vra.
- 'n Proeftydperk vir die gebruik van medikasie is belangrik ten einde die regte dosis vas te stel en sodoende die effektiwiteit daarvan te verhoog. Uit die studie is dit ook duidelik dat ouers moet verstaan waarom daar 'n proeftydperk vir die voorskryf van die medikasie is en waarna om op die uitkyk te wees gedurende hierdie periode. In die lig hiervan word dit weereens beklemtoon dat ouers vrymoedig met hul kind se dokter oor hul vrae in hierdie verband moet kan gesels.
- Die aanbeveling is dat die Departement van Onderwys, in samewerking met die Departement van Gesondheid, 'n beleidsdokument opstel wat vir 'n aangewese rolspeler by 'n skool, met die skriftelike toestemming van ouers, sowel as die nodige voorskrif, die magtiging gee om ATHV-medikasie by 'n staatshospitaal vir die kinders van daardie skool af te haal. Sodoende hoef ouers nie maandeliks verlof te neem om hul kinders se medikasie by die hospitaal te gaan kry nie. Die registreer en die stoor van die medikasie op 'n veilige plek, asook enige ander etiese kwessies wat daarmee gepaard mag gaan.
- Die betrek van 'n dieetkundige, indien dit finansiëel moontlik is, kan ouers help om hul kinders op kreatiewe wyses 'n gebalanseerde dieet te laat geniet. Dit is van toepassing wanneer kinders, as 'n nuwe-effek van medikasie, 'n gebrek aan eetlus ervaar.
- Die aanleer van hanteringstrategieë vir beide ouers en kinders sodat hulle kan aanpas by die hedendaagse kitsverbruikersamelewing.

### **8.5.2 Ouers se algemene belewing en emosies**

- 'n Oplossingsgerigte benadering in plaas van 'n blaamgeoriënteerde denkwysie kan ouers help om minder skuldgevoelens aangaande hul kind se toestand te ervaar.
- Ouers moet ingelig wees oor die feite van ATHV, sodat ongegronde skuldgevoelens aangaande hul kinders se ATHV uitgeskakel kan word.
- Daar word aanbeveel dat ouers 'n ouerondersteuningsgroep bywoon sodat hulle met mense wat dit verstaan oor hul belewing van hul kind se ATHV kan gesels.
- Ouers word aangeraai om tyd en energie aan hul eie persoonlike welwees af te staan.

- Die aanwending van strategieë om doelbewus erkenning te gee aan positiewe belewings op die pad met 'n kind met ATHV, kan moontlik bydra tot 'n meer positiewe ingesteldheid ten opsigte van die uitdagings in hierdie verband.
- Deelnemers het beklemtoon hoe terapeuties dit is om oor gevoelens te gesels.
- Deelnemers se voorstel is om iemand as huiswerkhulp vir kinders aan te stel of om van vrywillige hulp gebruik te maak. Sodoende verminder dit konflik rakende skoolwerk, sowel as stres in hierdie verband. Skole kan selfs vrywilligers in byvoorbeeld aftreeoorde uitnooi om hierby betrokke te raak en die diens na skool aan ouers beskikbaar stel.

### **8.5.3 Die invloed van ATHV op die gesinsdinamika**

- Sekere deelnemers beskou hul uitgebreide familie as 'n sterk ondersteuningstelsel. Daarom word daar aanbeveel dat ouers genoegsame tyd en energie aan die versterking en instandhouding van familiebande bestee.
- Die raadpleging van 'n sielkundige, hetsy individueel of as gesin, om vaardighede in terme van die bestuur van konflik in die gesin aan te leer, word ook aanbeveel.
- Lewensmaats moet met genoeg tyd en positiewe kommunikasie in hul huwelik belê om wedersydse ondersteuning te bewerkstellig.
- Spanwerk in terme van die hantering van die uitdagings van 'n kind met ATHV word aangeraai. Deelnemers se aanbeveling is dat ouers mekaar aflos in terme van die daaglikse verantwoordelikhede van 'n kind met ATHV. Sodoende kan albei partye die geleentheid kry om hul emosionele reserwes aan te vul en met ander mense sosiaal te verkeer.
- Aangesien die beleving van die ouers van 'n kind met ATHV soms een van sosiale inperking is, word 'n gebalanseerde benadering tot gesinslewe aanbeveel. Dit sluit gereelde gesonde ontspanning in.
- Dit is belangrik dat sekere hanteringsmaatreëls tuis in plek gestel moet word. Dit verwys onder andere na die toepas van 'n streng roetine, reëls en dissipline; konsekwente optrede; 'n proaktiewe stelsel in terme van huiswerk en skooltake; dat opdragte duidelik sal wees en net een op 'n slag gegee sal word; 'n beloningstelsel; asook 'n sin vir humor.

### **8.5.4 Die invloed van die skoolstelsel**

- Die toepassing van die riglyne ten opsigte van die tegemoetkoming van kinders met ATHV in skole, soos dit in die Departement van Onderwys se beleidsdokument (Witskrif 6, DoE, 2001, p.16) uiteengesit is, is belangrik en word sterk aanbeveel.

- 'n Bewusmakingsveldtog rakende ATHV en inklusiewe onderwys deur die Onderwysdepartement word aanbeveel. Die voorstel is dat inklusiewe onderwysspanne as uitreikspanne; spesiale skole as bronesentrums en/of voornemende opvoedkundige sielkundiges tydens hul internskapjaar se dienste hiervoor aangewend word. Dit is belangrik sodat onderwysers, sowel as kinders, ingelig word oor ATHV as toestand. Sodoende kan dit help om kinders met hierdie toestand se behoeftes in ag te neem en tegemoet te kom.
- Dit is belangrik dat ATHV as leereenheid, asook die wyses waarop leerders met hierdie toestand en hul ouers ondersteun kan word, in die kurrikulum van onderwysopleiding ingesluit word.
- Die ouer moet as gelyke vennoot in die ondersteuningspanvergaderings van skole erken en betrek word wanneer die ondersteuning van die betrokke kind bespreek word. Op hierdie wyse kan onderwysers, indien hul ontvanklik is vir ouers se insette, nuwe inligting en voorstelle by ouers kry om kinders met ATHV optimaal te ondersteun.
- In die lig van die waarde wat die deelnemers aan ouerondersteuningsgroepe heg, word daar aanbeveel dat skole die verantwoordelikheid aanvaar om so 'n groep te stig en die administratiewe reëlings daarvan te behartig. Dit sal ook raadsaam wees as onderwysers leiding en ondersteuning van die Departement van Onderwys ontvang om hierdie taak uit te voer.

### 8.5.5 Die waarde van 'n ondersteuningstelsel

- Binne die konteks van professionele ondersteuning, word daar aanbeveel dat ATHV as leereenheid, asook spesifiek die wyses waarop ouers van kinders met hierdie toestand ondersteun kan word, in die opvoedkundige sielkundiges se opleidingskurrikulum **ingesluit** word.
- 'n Gemeenskapsjaar vir opvoedkundige sielkundiges kan ook die ondersteuning van ouers van kinders met ATHV uitbrei. Sodoende kan die ouers vir wie die tekort aan finansiële hulpbronne 'n hindernis tot die vergestaltung van optimale veerkrag is, ook toegang tot die nodige dienste kry.
- Dit is noodsaaklik dat meer sielkundiges deur die Departement van Onderwys aangestel moet word, ten einde die dienste en ondersteuning aan ouers van kinders met ATHV te verbeter.
- Gereelde *pro bono*-werk deur professionele rolspelers word aanbeveel om ouers van kinders met ATHV wat nie oor die nodige finansiële hulpbronne beskik nie, by te staan.



- Daar word aanbeveel dat ouers van kinders met ATHV gereeld ander ouers van kinders met hierdie toestand kontak en met hulle kommunikeer, aangesien dit deur die deelnemers as die grootste bron van ondersteuning beskou word.
- Opvoedkundige sielkundiges word aangemoedig om by ouerondersteuningsgroepe betrokke te raak en hulle te fasiliteer.
- Daar word voorgestel dat die Departement van Onderwys meer ouerondersteuningsgroepe moet stig, veral daar waar skole nie so 'n groep het of self aanbied nie.
- Ouers word aangemoedig om by aanlynondersteuningsgroepe (insluitend elektroniese dagboekinskrywings/blogs van ouers van kinders met ATHV en *Whatsapp*-groepe) betrokke te raak indien daar nie so 'n fasiliteit in die onmiddellike omgewing beskikbaar is nie en/of die bywoning van so 'n groep nie moontlik is nie.

### 8.5.6 Die samelewing se persepsie

- In die lig van die samelewing se onkunde, word die bewusmaking van ATHV as toestand sterk aanbeveel. Die redenasie is dat wanneer die samelewing ingelig is en verstaan wat hierdie toestand behels, dit kan lei tot 'n vermindering in aannames en mites rakende ATHV. Sodoende kan dit ook 'n moontlike afname in die emosionele stres wat ouers beleef, meebring.
- Selfvoorspraak (*self-advocacy*) word by ouers aangemoedig sodat die samelewing 'n begrip van ouers van kinders met ATHV in hul middelkinderjare se behoeftes kan ontwikkel.
- Die bevordering van ouers van kinders met ATHV se selfkennis aangaande hul behoeftes is noodsaaklik ten einde selfvoorspraak te bevorder.
- Sosiale media kan as 'n platform vir die bewusmaking van ATHV gebruik word, maar die gevare van onakkurate inligting behoort ook onder ouers se aandag gebring te word. Binne die bogenoemde konteks is die aanbeveling, soos dit ook deur een van die deelnemers voorgestel is, dat ouers die gebruik van sosiale media positief aanwend om die samelewing bewus te maak van die wetenskaplike feite oor medikasie en sodoende by te dra tot die afbreek van die stigma wat daaraan kleef.
- Deelnemers se voorstel is dat voorligtingspraatjies as deel van bewusmaking by skole aangebied word. Die aanbeveling is dat die Departement van Onderwys bewusmakingsveldtogte loods en inklusiewe onderwysspanne, spesiale skole as bronneseentrums en/of voornemende opvoedkundige sielkundiges in hul internskapjaar aanstel om te help met hierdie projek.

## 8.6 STERKPUNTE EN BYDRAES VAN DIE NAVORSINGSTUDIE

Hierdie navorsingsondersoek beskik oor verskeie sterkpunte. Die betrokke studie is eerstens 'n manifestasie van onderhoudvoering as primêre datagenereringsmetode wat aangevul is met sekondêre data. Hierdie wyse van datagenerering het my as navorser in staat gestel het om ryk beskrywings van die data te bied en gevolglik ook 'n indiepte begrip van deelnemers se belewing en die vergestaltung van veerkragtige ouerskap in terme van kinders met ATHV in hul middelkinderjare weer te gee. Tweedens is daar doelbewus genoegsame tyd bestee aan die vestiging van rapport met die deelnemers wat na my mening gelei het tot die generering van ryker en meer indiepte data. Daar is ook verskeie kere met deelnemers in verbinding getree om onsekerhede oor die betekenis van hul mededelings uit te klaar, of om verdere ondersoek in te stel wanneer daar meer inligting aangaande 'n deelnemer se belewing verlang is. Derdens bied die ryk, digte beskrywings die leser die geleentheid om die konteks en individuele interpretasies te verstaan. Tog is die patrone in die bevindings ook universeel genoeg om te beoordeel of dit op ander kontekste met dieselfde teikengroep van toepassing is.

In die lig van die bydraes van die betrokke navorsingstudie, het hierdie ondersoek (1) waarde toegevoeg ten opsigte van die uitbreiding van bestaande literatuur, asook (2) belangrike bydraes gelewer op 'n (a) teoretiese, (b) praktyk- en (c) beleidsvlak. Teen die agtergrond van die bestaande literatuur oor veerkragtigheid, is dit die eerste studie in Suid-Afrika wat die belewing en vergestaltung van veerkragtige ouerskap in terme van ouers van kinders met ATHV in hul middelkinderjare ondersoek. Soos daar in die probleemstelling van die studie (Afdeling 1.3) verduidelik is, het kinders met ATHV in die middelkinderjare eiesoortige ondersteuning nodig en plaas dit ekstra druk en stres op ouers. Hoewel die studie egter gerig was op die ouers van kinders met ATHV in die middelkinderjare, kan die ouers van kinders met ATHV van alle ouderdomme ook moontlik by die aanbevelings van hierdie navorsing baat en kan dit ook in ag geneem word in verdere kwalitatiewe en kwantitatiewe studies.

Hierdie studie het ook 'n belangrike en eerste bydrae tot die literatuur gelewer aangaande die bepalers van die veerkragtigheid van ouers van kinders met ATHV, en ook van die belewing daarvan in 'n Suid-Afrikaanse konteks. Ouers van kinders met ATHV in hul middelkinderjare kan nou hierdie studie raadpleeg om meer te wete te kom aangaande die bepalers wat bygedra het tot die bevordering van ander ouers in 'n soortgelyke posisie se veerkragtigheid. Dit is veral relevant in terme van Theron (2010) se uitgangspunt dat kultuur en konteks belangrike aspekte in die vergestaltung van veerkragtigheid is. Op grond hiervan is dit nodig om te meld dat verskeie deelnemers aan hierdie studie hul

beewing binne die konteks van lae sosio-ekonomiese omstandighede meegedeel het. Dit is vir baie ouers van kinders met ATHV 'n realiteit in Suid-Afrika en daarom lewer hierdie navorsing ook 'n unieke bydrae tot die literatuur in terme van veerkragtige ouerskap rakende 'n kind met ATHV binne 'n Suid-Afrikaanse konteks. Uiteraard vind veralgemening plaas vanuit die konteks van die leser.

Op 'n teoretiese vlak het hierdie navorsing die volgende bydraes gelewer:

- Die bepalers van veerkragtigheid is binne die raamwerk van die bekwaamheidsteorie (*capability theory*) uiteengesit en verduidelik. Dit is gedoen in 'n poging om 'n greep uit die beewing van ouers van kinders met ATHV, asook die vergestaltung van veerkragtige ouerskap binne hierdie konteks, te verduidelik. Hierdie voorstelling bied 'n samevatting van die hulpbronne, individuele en sosiale bepalers van veerkragtigheid, sowel as oorsaaklikheidsfaktore wat die dinamika tussen hierdie faktore in die bevordering van veerkragtigheid insluit.
- Hindernisse tot die vergestaltung van veerkragtigheid is ook binne die bogenoemde teoretiese raamwerk uiteengesit. Dit op sigself lewer 'n belangrike bydrae tot die literatuur, aangesien dit onder andere 'n grondslag gebied het vir aanbevelings vir die bevordering van veerkragtigheid by ouers van kinders met ATHV in hul middelkinderjare.
- 'n Diagrammatiese voorstelling (Diagram 8.1) is ontwikkel wat 'n samevatting van die beewing van 'n ouer van 'n kind met ATHV in die middelkinderjare, asook die proses tot die vergestaltung van veerkragtige ouerskap, voorstel. Die vermelde voorstelling illustreer die dinamika en verhouding tussen beduidende hindernisse tot veerkragtigheid, belangrike gevolge daarvan, bepalers in die vergestaltung van veerkragtige ouerskap, die belangrikste ondersteuningstelsels, asook aanbevelings vir die bevordering van veerkragtigheid. Die bevindinge wat in hierdie diagrammatiese voorstelling saamgevat is, is as die hoofpatrone in die data geïdentifiseer. Hierdie diagram dien as 'n verdere voorstelling van die beantwoording van die navorsingsvrae van die betrokke studie en lewer sodoende 'n belangrike bydrae in terme van die beewing van ouers van kinders met ATHV in hul middelkinderjare, asook die vergestaltung van veerkragtige ouerskap binne hierdie konteks.

'n Verdere bydrae is op 'n praktiese vlak en verwys na die waarde wat die betrokke navorsing aan die vakgebied van opvoedkundige sielkunde toevoeg. Binne hierdie konteks stipuleer die Raad van Gesondheidsberoepes van Suid-Afrika (*Health Professions Council of South Africa, HPCSA*) (2008, p.10) dat die praktyke van 'n opvoedkundige

sielkundige ten doel het om by te dra tot die optimale funksionering van die mens in die breë konteks van leer en ontwikkeling. Die volgende bydraes in hierdie verband, sowel as met betrekking tot die onderwysstelsel (Departement van Onderwys) word voorts uiteengesit:

- Hierdie navorsing gee erkenning aan die unieke beleving van die ouers van kinders met ATHV in hul middelkinderjare. Op hierdie wyse lewer dit ook 'n bydrae tot die ontwikkeling van ouers van kinders met ATHV se kennis oor die algemene beleving van ander ouers van kinders met hierdie toestand.
- Die navorsingstudie is waardevol in terme van terapeutiese intervensie by ouers van kinders met ATHV. Binne hierdie konteks kan die bepalers tot die vergestaltung van veerkragtige ouerskap, soos dit in die betrokke navorsing geïdentifiseer is, as 'n vertrekpunt vir terapeutiese intervensie en ouerleiding aangaande ouers van kinders met ATHV in hul middelkinderjare dien.
- Die betrokke navorsing lewer ook verskeie voorstelle vir die wyses waarop skole, oftewel die onderwyserkorps, ouers kan ondersteun en betrek as gelyke vennote in die ondersteuning en tegemoetkoming van hul kinders se behoeftes.
- 'n Bewusmaking van die belang van ouerondersteuningsgroepe, asook voorstelle vir die stigting en betrokkenheid van onderwysers en opvoedkundige sielkundiges by hierdie ondersteuningsgroepe, is gemaak.

'n Laaste bydrae van hierdie navorsing is op 'n beleidsvlak, sodat beleide en riglyne in plek gestel kan word ter bevordering van die vergestaltung van veerkragtigheid by ouers van kinders met ATHV in hul middelkinderjare:

- Verskeie riglyne en aanbevelings ten opsigte van die Departement van Onderwys se betrokkenheid by die implementering en bevordering van inklusiewe onderwyspraktyke in skole is gemaak. Op hierdie wyse kan die betrokke navorsing ook moontlik waarde toevoeg tot die optimale onderrig en ontwikkeling van kinders met ATHV hul in middelkinderjare, sowel as die ondersteuning van die ouers van kinders met hierdie toestand.
- Voorstelle is gemaak rakende die insluiting van ATHV as leereenheid in die kurrikulum van onderwysers se opleiding, sowel as opvoedkundige sielkundiges, ten einde die kennis van beide hierdie professies te verbreed om die ouers van kinders met ATHV in hul middelkinderjare optimaal te ondersteun.

## 8.7 BEPERKINGS VAN DIE NAVORSINGSTUDIE

Hoewel hierdie navorsing nie ten doel het om die bevindinge van die studie te veralgemeen nie, kan die beperkte deelname van die pa's van kinders met ATHV in hul middelkinderjare as 'n beperking van die navorsing beskou word. Die voorkoms van hierdie beperking kan hoofsaaklik toegeskryf word aan pa's se werksverpligtinge, sowel hul ongemak oor die ontsluiting van hul gevoelens en beleving aangaande die ouerskap van 'n kind met ATHV. Dit op sigself het egter 'n belangrike bydrae tot die kwalitatiewe inligting in die studie gelewer. 'n Verdere beperking is dat die meerderheid deelnemers aan hierdie studie se kinders met ATHV onderrig in 'n spesiale skool ontvang. Dit het dus die generering van data aangaande ouers se beleving van kinders met ATHV in hoofstroomskole beperk en hierdie beperking kan, binne die konteks van die betrokke navorsing, as 'n voorstel vir verdere navorsing beskou word.

In terme van die navorsingsmetodologie van hierdie studie, word 'n narratiewe ondersoekbenadering dikwels as 'n subjektiewe benadering tot navorsing beskou, aangesien die deelnemers se bydrae sosiaal gekonstrueer is en dit daarom ook beïnvloed watter grepe hulle kies om te vertel (Hunter, 2010). In die lig hiervan is daar bevind, en dit is ook so in Hoofstuk 7 aangedui, dat hoewel die vergestaltung van veerkrachtige ouerskap die fokus van hierdie navorsing was, die deelnemers veel eerder op die uitdagings, sowel as die hindernisse tot die vergestaltung van veerkrachtigheid, uitgebrei het. Ten spyte van die feit dat dit as 'n beperking van hierdie navorsing beskou kan word, verskaf dit egter ook belangrike kwalitatiewe inligting aangaande die beleving van die eise van die ouerskap van 'n kind met ATHV.

'n Verdere beperking van die betrokke navorsing is dat elke deelnemer se storie 'n individuele persepsie van sy of haar beleving as 'n ouer van 'n kind met ATHV in die middelkinderjare verteenwoordig. Tog is dit moontlik dat ander faktore en dimensies van die deelnemer se lewe ook 'n invloed op sy of haar persepsie aangaande die beleving binne hierdie konteks kon hê. In die lig van die vermelde beperkings, maar ook die bevindinge van hierdie studie, sal daar voorts aanbevelings vir verdere navorsing gemaak word.

## 8.8 AANBEVELINGS VIR VERDERE NAVORSING

Daar is 'n aantal aanbevelings vir verdere navorsing wat op grond van die bevindinge in hierdie studie gemaak word. Eerstens kan daar meer spesifieke aandag gegee word aan pa's se beleving van 'n kind met ATHV, asook die beleving van ouers van kinders met

ATHV wat spesifiek onderrig in 'n hoofstroomskool ontvang. Weens ouers se spontane aanmelding as deelnemers by hierdie studie, is daar gedurende die datagenering bevind dat die aantal deelnemers met kinders in hoofstroomskole in die minderheid was. Die gevolg is dat verdere navorsing ryker bevindinge oor hierdie fokusgroep se belewing kan lewer.

Tweedens het die betrokke navorsingstudie aan die lig gebring dat verskeie ouers vind dat hoofstroomskole oor die algemeen nalaat om inklusiewe onderwyspraktyke in terme van die tegemoetkoming van kinders met ATHV, toe te pas. Met betrekking hiertoe is die aanbeveling dat verdere ondersoek ingestel word rakende die implementering en toepassing van inklusiewe onderwyspraktyke in hoofstroomskole in hierdie verband. Hierdie aanbeveling gaan ook gepaard met verdere navorsing aangaande (1) onderwysers se kennis van ATHV as toestand en die hantering daarvan in die klaskamer, asook (2) wyses waarop ouerbetrokkenheid as 'n gelyke vennoot in die ondersteuning van hul kinders bewerkstellig kan word.

Derdens is die aanbeveling dat verdere navorsing nodig is om 'n psigoterapeutiese model te ontwikkel om ouers van kinders met ATHV in hul middelkinderjare te ondersteun en sodoende die vergestaltung van veerkragtige ouerskap te bevorder. Binne hierdie verband kan daar spesifiek aandag geskenk word aan (1) die bestuur van faktore wat 'n inhiberende effek op ouers se lewe kan hê, byvoorbeeld die stigma wat met die gebruik van medikasie vir ATHV gepaardgaan; (2) die leer van vaardighede aan ouers om hul denke en gedagtes aangaande die aspekte van 'n kind met ATHV waarvoor hulle nie beheer het nie, te kan bestuur; en (3) die bevordering van selfkennis en vaardighede om selfvoorspraak (*self-advocacy*) te bevorder, sodat die samelewing 'n beter begrip van ouers van kinders met ATHV in hul middelkinderjare kan ontwikkel. My voorstel is daarom dat die bevindinge van hierdie studie in die fasilitering van ouersondersteuningsgroepe in ag geneem word en as temas gebruik word. Sodoende kan dit ook in die praktyk getoets word. Navorsing in hierdie verband kan ook uitgebrei word deur die betrokke temas in vraelyste en fokusgroepe te gebruik.

Hierdie studie is vanuit 'n sterktegebaseerde benadering onderneem en gevolglik is ouers se belewing aangaande 'n kind met ATHV vanuit 'n veerkragtigheidperspektief ondersoek. Vierdens is my voorstel dus dat navorsing aangaande kinders se eie belewing van ATHV ook vanuit hierdie invalshoek geloods word. Hierdie aanbeveling word bevestig deur Weiss (2015, p.49) se verduideliking dat navorsing oor ATHV in die verlede uitsluitlik gefokus was op die simptome en die gepaardgaande hindernisse tot die optimale funksionering van mense met hierdie toestand. Daarom is die voorstel dat navorsing

ondernem moet word om die beleving van ATHV te ondersoek met die oogmerk om vas te stel watter faktore bepalend is vir die bevordering van die veerkragtigheid van kinders met hierdie toestand. Voorts sal my nadenke oor my persoonlike beleving gedurende hierdie navorsing, sowel as die toepassing en uitvoering van die studie volg.

## 8.9 NADENKE

Die nabetragting wat aangaande die betrokke navorsing gehou is, het verskeie gewaarwordings by my meegebring in terme van die navorsingproses, sowel as my persoonlike reis om die navorsingstudie te voltooi. My nadenke in hierdie verband het die volgende behels:

- Gedurende die studie was ek gedurig bewus van die feit dat ek as 'n relatief onervare navorser onkundig oor verskeie aspekte van die navorsingsproses is, maar dat die studie juis daarom ook vir my die geleentheid gebied het om nuwe vaardighede aan te leer wat ek in die toekoms kan gebruik.
- In die onderhoude het ek gemerk dat die deelnemers die behoefte het om hul algemene beleving van die uitdagings van 'n kind met ATHV met die wêreld te deel. Alhoewel die betrokke studie klem gelê het op vergestaltung van veerkragtige ouerskap by ouers van kinders met ATHV, sou ek in 'n tweede navorsingstudie die fokus van die navorsing eerder uitsluitlik op die algemene beleving van ouers van kinders met ATHV in hul middelkinderjare plaas. Sodoende kan 'n ryker versameling data moontlik gegenereer word.
- Gedurende die onderhoude moes ek deurlopend bedag wees op my natuurlike neiging om in 'n terapeutiese hoedanigheid na die deelnemers uit te reik. Ek moes myself daarom gedurig herinner dat dit nie die doel van die navorsing is nie, maar vanweë my terapeutiese bekwaamhede kon ek tog 'n goeie rapport met die deelnemers bou wat op die beurt weer bygedra het tot die genereer van outentieke data. Dit impliseer dat ek ook as't ware op 'n outentieke wyse in die onderhoude moes optree.
- Ek was deurlopend bewus van die waarde wat 'n kwalitatiewe benadering tot die navorsingstudie voeg. Nie net is ek geïnspireer deur die moedige ingesteldheid van die betrokke ouers van kinders met ATHV nie, maar het ek ook besondere waardering vir elkeen van die deelnemers gehad wat bereid was om hul storie te deel sodat dit moontlik ook tot die veerkragtigheid van ander ouers van kinders met ATHV kan bydra. My wens in terme hiervan is dat die bevindinge van hierdie studie op een of ander wyse tog tot die voordeel van ouers van kinders met ATHV in hul middelkinderjare kan strek.

- In terme van die doelstelling van hierdie navorsing, was my aanvanklike en uitsluitlike fokus om die veerkragtigheid van ouers van kinders met ATHV in hul middelkinderjare te ondersoek. Tydens die datagenerering het ek egter tot die insig gekom dat ouers die behoefte het om hul algemene beleving van 'n kind binne hierdie konteks, en veral die gepaardgaande uitdagings, te deel. Ek moes dus my navorsingsvrae dienooreenkomstig aanpas en bedag wees daarop om nie die deelnemers se stories subtiel in 'n bepaalde rigting te stuur nie.
- Voordat ek hierdie navorsing onderneem het, was my aanvanklike en persoonlike oortuiging van veerkragtigheid dat dit hoofsaaklik as 'n persoonlike sterkte en karaktereienskap in die individu gesetel is. Na afloop van die literatuuroorsig, die datagenerering, asook die bevindinge uit die deelnemers se response, het my beskouing egter verander na een wat ook gegrond is in die waarde van 'n sosiale ondersteuningstelsel in die vergestaltung van veerkragtigheid. Ek het geleer dat veerkragtigheid nie iets is waarvoor sommige ouers beskik en ander nie, maar dat dit 'n deurlopende proses is wat die hantering van die uitdagings wat met die ontwikkelingsverloop van ATHV gepaardgaan, verg. Veerkragtigheid is dus nie iets wat staties is of op een of ander stadium as doelwit bereik kan word nie. Hierdie nuwe begrip van veerkragtigheid was nie net waardevol in my eie lewe nie, maar dit het ook gemaak dat ek nou bedag is op die sosiale verantwoordelikheid wat ek as individu het om ondersteuning aan hierdie ouers te bied, asook om bewusmaking in die samelewing van hierdie ondersteuning te propageer.

## 8.10 SAMEVATTING

In hierdie proefskrif is 'n samevatting van die eerste studie in Suid-Afrika oor die beleving van ouers van kinders met ATHV in hul middelkinderjare, asook die vergestaltung van veerkragtige ouerskap binne hierdie konteks, gebied. Hierdie navorsing het verskeie aspekte aan die lig gebring wat belangrik in ouers se beleving van 'n kind met ATHV in sy of haar middelkinderjare is, te wete (1) die proses van die diagnose en behandeling van ATHV; (2) 'n ouer se algemene ervaring en emosies in terme van 'n kind met ATHV; (3) die invloed van ATHV op die gesinsdinamika; (4) die invloed van die skoolstelsel; (5) die waarde van 'n ondersteuningstelsel; asook (6) die samelewing se persepsie van ATHV as toestand. Op grond hiervan is individuele, sowel as sosiale bepalers in die vergestaltung van veerkragtige ouerskap in terme van kinders met ATHV, geïdentifiseer. Uit die bevindinge het dit duidelik geword dat veerkragtigheid, soos dit in Theron (2010) en Ungar (2012) se navorsing gestipuleer is en dit in die lig van die bekwaamheidsteorie as raamwerk vir hierdie studie gebruik is, 'n interaktiewe proses tussen individuele en



sosiale faktore is en dat veerkragtigheid daarom ook inderdaad as 'n sosiale konstruk beskou kan word. Dit was ook uit die deelnemers se stories duidelik dat veerkrag nie 'n hindernisvrye toestand of selfs die afwesigheid van uitdagings impliseer nie, maar eerder die hantering daarvan te midde van hindernisse.

Uit die navorsing het dit ook aan die lig gekom dat die samelewing se onkunde aangaande ATHV moontlik as die grootste hindernis tot die vergestaltung van veerkragtige ouerskap binne hierdie konteks beskou kan word. My betoog, na aanleiding van hierdie studie, is dat bewusmaking van ATHV as toestand die samelewing kan bemagtig met kennis om ouers se belewing daarvan beter te verstaan. Dit kan lei tot 'n toename in die ondersteuning wat aan ouers van kinders met ATHV gebied word, en sodoende ook moontlik tot die bevordering van die veerkragtigheid van ouers van kinders met ATHV in hul middelkinderjare bydra. Daarom is my argument dat dit elke ouer van 'n kind met ATHV, maar ook die breër populasie, se verantwoordelikheid is om hulself te bemagtig met kennis van ATHV en vervolgens bewusmaking te bevorder. My oortuiging word saamgevat in 'n aanhaling van Helen Keller: "*The world is moved along, not only by the mighty shoves of its heroes, but also by the aggregate of tiny pushes of each honest worker.*" Ek sien uit daarna om na na afloop van hierdie navorsing, en daarom met 'n beter begrip van die belewing van ouers van kinders met ATHV, 'n bydrae te lewer tot die bewusmaking van ATHV.

## BRONNELYS

- Adelizzi, J.U. & Goss, D.B. (2001). *Parenting children with learning disabilities*. London: Bergin & Garvey.
- Adler, L.A., Shaw, D.M., Kovacs, K. & Alperin, S. (2015). Diagnosing ADHD in children and adults. In L.A. Adler, T.J. Spencer & T.E. Wilens (Eds.), *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in adults and children* (pp. 16–23). Cambridge: Cambridge University Press.
- Al-Yagon, M. (2007). Socio-emotional and behavioral adjustment among school-age children with learning disabilities: The moderating role of maternal personal resources. *Journal of Special Education, 40*, 205–218.
- Alizadeh, H., Applequist, K.F. & Coolidge, F.L. (2007). Parental self-confidence, parenting styles, and corporal punishment in families of ADHD children in Iran. *Child Abuse & Neglect, 31*(5), 567–572.
- Allan, A. (2008). *Law and ethics in Psychology. An international perspective*. Somerset West: Inter-Ed Publishers.
- Allred, K.W. (2015). Engaging parents of students with disabilities: Moving beyond the grief model. *Improving Schools, 18*(1), 46–55.
- Allred, K.W. & Hancock, C. (2012). On death and disability: Reframing educators' perceptions of parental response to disability. *E-Disability Studies Quarterly, 32*(4). [Aanlyn]. Afgelaai op 14 November 2016: <http://dsq-sds.org/article/view/1737/3177>.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5<sup>th</sup> Edition). Washington: American Psychiatric Association.
- Anderson, S. & Brownlieb, J. (2011). Build it and they will come? Understanding public views of 'emotions talk' and the talking therapies. *British Journal of Guidance & Counselling, 39*(1), 53–66.
- Andrews, M., Squire, C. & Tamboukou, M. (2008). *Doing narrative research*. London: SAGE Publications.
- Ansell, N. (2005). *Children, youth and development*. New York, NY: Routledge.
- Anthony, E.J. (1974). The syndrome of the psychologically invulnerable child. In E.J. Anthony & C. Koupernik (Eds.), *The child in his family: Children at psychiatric risk* (pp. 529–545). New York, NY: Wiley.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

- Ashford, J.B. & LeCroy, C.W. (2010). *Human behavior in the social environment: A multidimensional perspective*. Belmont: Brooks/Cole.
- Atkinson, R. (2007). The life story interview as a bridge in narrative inquiry. In J. Clandinin (Ed.), *Handbook of narrative inquiry: Mapping a methodology* (pp. 146–177). London: SAGE Publications.
- Ayres, L., Kavanaugh, K. & Knafelz, K.A. (2003). Within-case and across-case approaches to qualitative data analysis. *Qualitative Health Research*, 13(6), 871–883.
- Babbie, E. (2014). *The practice of social research* (13<sup>th</sup> Edition). New York, NY: Oxford University Press.
- Babinski, D., Sibley, M. & Ross, J.M. (2013). The effects of single versus mixed gender treatment for adolescent girls with ADHD. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 42(2), 243–250.
- Bailey, J., Barton, B. & Vignola, A. (1999). Coping with children with ADHD: Coping styles of mothers with children with ADHD or challenging behaviours. *Early Child Development and Care*, 148, 35–50.
- Bakan, D. (1967). *On method: Toward a reconstruction of psychological investigation*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Bandura, A., Barbaranelli, C., Caprara, G.V. & Pastorelli, C. (1996). Multifaceted impact of self-efficacy beliefs on academic functioning. *Child Development*, 67, 1206–1222.
- Bannister, M. (2007). An intervention programme to augment resilience in divorced parents. Ongepubliseerde doktorsale tesis, Noordwes-Universiteit.
- Barkley, R.A. (1995). *Taking charge of ADHD: The complete authoritative guide for parents*. New York, NY: The Guilford Press.
- Barkley, R.A. (1998). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (2<sup>nd</sup> Edition). New York, NY: The Guilford Press.
- Barkley, R.A. (2006). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (3<sup>rd</sup> Edition). New York, NY: The Guilford Press.
- Barkley, R.A. (2013). *Defiant Children: A clinician's manual for assessment and parent training* (3<sup>rd</sup> Edition). New York, NY: The Guilford Press.
- Barkley, R.A. (2015). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (4<sup>th</sup> Edition). New York, NY: The Guilford Press.

- Barkley, R.A. & Peters, H. (2012). The earliest reference to ADHD in the medical literature? Melchior Adam Weikard's description in 1775 of "Attention Deficit" (Mangel der Aufmerksamkeit, *Attentio Volubilis*). *Journal of Attention Disorders*, 16(8), 623–630.
- Barkley, R.A., Fischer, M., Edelbrock, C. & Smallish, L. (1990). The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: An 8-year prospective follow-up study. *Journal of American Academic of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 546–557.
- Barlow, D.H. & Durand, V.M. (2005). *Abnormal Psychology: An integrative approach*. Belmont, NY: Thomson Wadsworth.
- Barnett, D., Clements, M., Kaplan-Estrin, M. & Fialka, J. (2003). Building new dreams: Supporting parents' adaptation to their child with special needs. *Infants and Young Children*, 16(3), 164–200.
- Barrett, S.E. (2016). Perspectives on the roles and responsibilities of an Inclusive Education Outreach Team in one rural education district of the Western Cape. Ongepubliseerde magistertesis, Universiteit Stellenbosch.
- Baxter, L., Hughes, C. & Tight, M. (2002). *How to research* (2<sup>nd</sup> Edition). Milton Keynes: Open University Press.
- Beart, K. & Lessing, A.C. (2013). The perception of parents and teachers of the influence of yoga on the concentration and co-existing behaviour of learners with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *The Journal for Transdisciplinary Research in Southern Africa*, 9(1), 38–50.
- Beck, J.S. (2011). *Cognitive behaviour therapy. Basics and beyond* (2<sup>nd</sup> Edition). New York, NY: The Guilford Press.
- Becker, S., Fite, P., Luebbe, A., Stoppelbein, L. & Greening, L. (2013). Friendship intimacy exchange buffers the relation between ADHD symptoms and later social problems among children attending an after-School care program. *Journal of Psychopathology and Behavioural Assessment*, 35(2), 142–152.
- Bee, H. & Boyd, D. (2006). *Lifespan development*. Boston, Massachusetts: Allyn & Bacon.
- Belsham, B. (2012). *What's the fuzz about ADHD?* Johannesburg: Paarl KZN.
- Ben-Sasson, A., Soto, T.W., Martinez-Pedraza, F. & Carter, A.S. (2013). Early sensory over-responsivity in toddlers with autism spectrum disorders as a predictor of family impairment and parenting stress. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54, 846–853.

- Benjamin, A. (2014). Community counsellors' experiences of trauma and resilience in a low-income community. Ongepubliseerde doktorale proefskrif, Universiteit Stellenbosch.
- Berger, N.P. (2015). The creative use of the ADHD diagnosis in probationers' self-narratives. *Journal of Scandinavian Studies in Criminology and Crime Prevention*, 16(1), 122–139.
- Bester, H. (2006). *Beheer aandagafleibaarheid. 'n Suid-Afrikaanse gids vir ouers, onderwysers en terapeute*. Kaapstad: Human & Rousseau.
- Bester, H. (2014). *Nuwe hoop vir ADHD by kinders en volwassenes: 'n Praktiese gids*. Paarl: Tafelberg.
- Bibhuti, K. (2000). Preparation for adoptive parenthood with a special-needs child. *Adoption Quarterly*, 3(4), 63–80.
- Bishop, M. (2014). Resilience in families in which a member has been diagnosed with schizophrenia. Ongepubliseerde magistertesis, Universiteit Stellenbosch.
- Bishop, M. & Greeff, A.P. (2015). Resilience in families in which a member has been diagnosed with schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22, 463–471.
- Bishop, S. (2012). The experiences of siblings of children with autism. Ongepubliseerde magistertesis, Universiteit Stellenbosch.
- Bloomberg, L.D. & Volpe, E. (2008). *Completing your qualitative dissertation. A roadmap from beginning to end*. Los Angeles, CA: SAGE Publications.
- Bogod, E. (2009). *Top five emotional difficulties for people with learning disabilities*. Afgelaai op 31 Oktober 2016: <http://ldpride.net/emotions.htm>.
- Bonner, A. & Tolhurst, G. (2002). Insider-outsider perspectives of participant observation. *Nurse Researcher*, 9(4), 7–19.
- Boote, D.N. & Beile, P. (2005). Scholars before researchers: On the centrality of the dissertation literature review in research preparation. *Educational Researcher*, 34(6), 3–15.
- Bowen, C. & Snow, P. (2017). *Making sense of interventions for children with developmental disorders: A guide for parents and professionals*. Croydon: J & R Press.
- 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.

- Breakwell, G.M., Hammond, S. & Fife-Schaw, C. (2006). *Research methods in Psychology*. London: SAGE Publications.
- Brink, H. (2003). *Fundamentals of research methodology for health care professionals*. Cape Town: Juta & Co.
- Buntinx, W.E. (2013). Understanding disability: A strength-based approach. In M.L. Wehmeyer (Ed.), *The Oxford Handbook of Positive Psychology and Disability* (pp. 7–18). Oxford: Oxford University Press.
- Burr, V. (1998). *Social constructionism, discourse and realism*. London: SAGE Publications.
- Burr, V. (2006). *An introduction to social constructionism*. New York, NY: Routledge.
- Burr, V. (2015). *Social constructionism* (2<sup>nd</sup> Edition). London: Routledge.
- Bussing, R., Koro-Ljungberg, M., Noguchi, K., Mason, D., Mayerson, G. & Garvan, C.W. (2012). Willingness to use ADHD treatments: A mixed methods study of perceptions by adolescents, parents, health professionals and teachers. *Social Science & Medicine*, 74(1), 92–100.
- Cantwell, D.P. & Baker, L. (1991). Association between Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and learning disorders. *Journal of Learning Disabilities*, 24, 88–95.
- Carr, A. (2010). *The handbook of child and adolescent clinical psychology: A contextual approach* (2<sup>nd</sup> Edition). London: Routledge.
- Castor, T. (2007). Language use during School Board Meetings. *Journal of Business Communication*, 44(2), 111–136.
- Charmaz, K. (2016). The power of constructivist grounded theory for critical inquiry. *Qualitative Inquiry*, 1–12. [Aanlyn]. Afgelaai: [qix.sagepub.com](http://qix.sagepub.com)
- Chase, S.E. (2005). Narrative inquiry: Multiple lenses, approaches, voices. In N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (Eds.), *The SAGE handbook of qualitative research* (3<sup>rd</sup> Edition) (pp. 651–679). London: SAGE Publications.
- Chase, S.E. (2011). Narrative inquiry: Still a field in the making. In N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (Eds.), *The SAGE handbook of qualitative research* (4<sup>th</sup> Edition) (pp. 421–434). London: SAGE Publications.
- Cherry (2016). *Psychology: Support and criticism of Piaget's stage theory*. [Aanlyn]. Afgelaai: <https://www.verywell.com/support-and-criticism-of-piagets-stage-theory-2795460>.

- Children's Institute (2016). *South African early childhood review*. Kaapstad. [Aanlyn].  
Afgelaai:  
[http://www.ci.org.za/depts/ci/pubs/pdf/resources/general/2016/SA\\_ECD\\_Review\\_2016.pdf](http://www.ci.org.za/depts/ci/pubs/pdf/resources/general/2016/SA_ECD_Review_2016.pdf).
- Chowdhury, U., Elsworth, J., Viljoen, D. & Stein, S. (2003). Implementing NICE guidelines: A group for parents of children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *Quality in Primary Care*, 11(3), 241–243.
- Christiansen, E.J. & Evans, W.P. (2005). Adolescent victimization: Testing models of resiliency by gender. *Journal of Early Adolescence*, 25, 298–316.
- Clandinin, D. J. & Connelly, F. M. (1990). Narrative and story in practice and research. In D. Schon (Ed.), *The reflective turn: Case studies of reflective practice* (pp. 258–281). New York, NY: Teachers College Press.
- Clandinin, D.J. & Connelly, F.M. (2000). *Narrative inquiry, experiences and story in the qualitative research*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Class, Q.A., Abel, K.M., Khashan, A.S., Rickert, M.E., Dalman, C., Larsson, H., Hultman, C.M., Langström, N., Lichtenstein, P. & D'Onofrio, B.M. (2014). Offspring psychopathology following preconception, prenatal and postnatal maternal bereavement stress. *Psychological Medicine*, 44(1), 71–84.
- Cohen, L., Monion, L. & Morrison, K. (2000). *Research methods in education*. London: Routledge Falmer.
- Cohen, L., Monion, L. & Morrison, K. (2011). *Research methods in education* (7<sup>th</sup> Edition). London: Routledge Falmer.
- Cole, M., Cole, S.R. & Lightfoot, C. (2005). *The development of children* (5<sup>th</sup> Edition). New York, NY: Worth Publishers.
- Connelly, M. & Clandinin, D.J. (1990). Stories of experience and narrative inquiry. *Educational Researcher*, 19(5), 2–4.
- Conner, D.J. & Cavendish, W. (2017). Sharing power with parents: Improving educational decision making for students with learning disabilities. *Learning Disabilities Quarterly*, 1, 1–6.
- Connors, C.K. (2015). History of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). In L.A. Adler, T.J. Spencer & T. E. Wilens (Eds.), *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in adults and children* (pp 1–15). Cambridge: Cambridge University Press.

- Conoley, C.W. & Conoley, J.C. (2009). *Positive psychology and family therapy. Creative techniques and practical tools for guiding change and enhancing growth*. New Jersey: John Wiley and Sons Inc.
- Cottone, R.R. & Tarvydas, V.M. (2003). *Ethical and professional issues in counselling* (2<sup>nd</sup> Edition). New Jersey: Library of Congress Cataloguing-in-Publication Data.
- Covey, S.R. (2004). *The 7 habits of highly effective people. Powerful lessons in personal change*. New York, NY: Free Press.
- Creswell, J.W. (2013). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches* (3<sup>rd</sup> Edition). London: SAGE Publications.
- Creswell, J.W. (2015). *Educational research: Planning, conducting and evaluating quantitative and qualitative research* (4<sup>th</sup> Edition). Boston, Massachusetts: Pearson.
- Crossley, M.L. (2000). Narrative psychology, trauma and the study of self/identity. *Theory & Psychology*, 10(4), 527–546.
- Cunningham, C.E. (2007). Family-centered approach to planning and measuring the outcome of interventions for children with Attention Deficit / Hyperactivity Disorder. *Ambulatory Pediatrics*, 7(1), 60–72.
- Dale, E., Jahoda, A. & Knott, F. (2006). Mothers' attributions following their child's diagnosis of Autistic Spectrum Disorder. Exploring links with maternal levels of stress, depression and expectations about their child's future. *SAGE Publications and The National Autistic Society*, 10(5), 463–479.
- Daniels, H. (2004). Cultural historical activity theory and professional learning. *International Journal of Disability*, 51(2), 185–200.
- Danino, M. & Shechtman, Z. (2012). Superiority of group counseling to individual coaching for parents of children with learning disabilities. *Psychotherapy Research*, 22(5), 592–603.
- Daulby, J. (2017). *Treat the need not the label*. [Aanlyn]. Afgelaai 17 Mei 2017: <https://community.tes.com/threads/treat-the-need-not-the-label.757382/>.
- De Klerk, H. & Greeff, A.P. (2011). Resilience in parents of young adults with visual impairments. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 105(7), 414–423.
- De Villiers, B.L. (2016). Resilience in families after a child's same-sex sexual orientation disclosure: The child's perspective. Ongepubliseerde magistertesis, Universiteit Stellenbosch.



- Deault, L.C. (2010). A systematic review of parenting in relation to the development of comorbidities and functional impairments in children with ADHD. *Child Psychiatry Human Development*, 41, 168–192.
- Deist, M. (2013). Resilience factors in families caring for a family member diagnosed with dementia. Ongepubliseerde magistertesis, Universiteit Stellenbosch.
- Deist, M. & Greeff, A.P. (2017). Living with a parent with dementia: A family resilience study. *Dementia: The International Journal of Social Research and Practice*, 16(1), 126–141.
- Denzin, N.K. & Lincoln, Y.S. (2011). Introduction: The discipline and practice of qualitative research. In N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (Eds.), *The SAGE handbook of qualitative research* (4<sup>th</sup> Edition) (pp. 1–42). London: SAGE Publications.
- Department of Basic Education. (2014). Draft policy on screening, identification, assessment and support. Afgelaai:  
<http://www.gov.za/sites/www.gov.za/files/SIAS%20Revised%20Final%20for%20Comment.pdf>.
- Department of Education. (2001). *Education White Paper 6: Special needs education: Building an inclusive education and training system*. Pretoria: Department of Education.
- Department of Education. (2005). *Conceptual and operational guidelines for the implementation of inclusive education: Special schools as resource centers*. Pretoria: Department of Education.
- Department of Health: National Mental Health Policy Framework and Strategic Plan. (2013). Afgelaai: <https://www.health-e.org.za/wp-content/uploads/2014/10/National-Mental-Health-Policy-Framework-and-Strategic-Plan-2013-2020.pdf>.
- Department of Social Development. (2009). *Strategy for the integration of services for children with disabilities. Revised draft prepared by the Inter-departmental technical task team*. Pretoria: Department of Social Development.
- Department of Social Development. (2012). *White Paper of Families in South Africa*. Pretoria: Department of Social Development.
- Devenson, A. (2003). *Resilience*. Adelaide: Allen & Unwin.
- Doherty, J. & Hughes, M. (2009). *Child development: Theory and practice 0–11*. London: Pearson Longman.
- Donald, D., Lazarus, S. & Moolla, N. (2014). *Educational psychology in social context: Ecosystemic applications in Southern Africa* (5<sup>th</sup> Edition). Cape Town: Oxford University Press.

- Dos Reis, S., Butz, A., Lipkin, P.H., Anixt, J.S., Weiner, C.L. & Chernoff, R. (2006). Attitudes about stimulant medication for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder among African American families in an inner city community. *Journal of Behavioural Health Services & Research*, 33(4), 423–430.
- Doyle, B.B. (2006). *Understanding and treating adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. Washington DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Du Plessis, A. (2011). The experiences of parents of children with reading difficulties. Ongepubliseerde magistertesis, Universiteit Stellenbosch.
- Du Toit, S. (2011). Die ervaring van vier adolessente met kogleêre inplantings. Ongepubliseerde magistertesis, Universiteit Stellenbosch.
- Du Toit, T. (2008). Emosionele ondersteuning van moeders met kinders met kogleêre inplantings. Ongepubliseerde magistertesis, Universiteit Stellenbosch.
- Dudovskiy, J. (2016). The ultimate guide to writing a dissertation in business studies: A step-by-step assistance. Afgelaai: <http://research-methodology.net/about-us/ebook/>.
- DuPaul, G.J. & Stoner, G. (2003). ADHD and learning difficulties: What is the connection? In G.J. DuPaul & G. Stoner (Eds.), *ADHD in the schools: Assessment and intervention strategies* (pp. 72–108). New York, NY: Guilford Press.
- Durrheim, K. (1999). Research design. In M. Terre Blanche, K. Durrheim & D. Painter (Eds.), *Research in practice: Applied methods for the Social Sciences* (pp. 33–59). Cape Town: University of Cape Town Press.
- Durrheim, K. (2006). Research design. In M. Terre Blanche, K. Durrheim & D. Painter (Eds.), *Research in practice: Applied methods for the Social Sciences* (2<sup>nd</sup> Edition) (pp. 33–59). Cape Town: University of Cape Town Press.
- Ebersöhn, L. (2012). Adding ‘flock’ to ‘fight and flight’: A honeycomb of resilience where supply of relationships meets demand for support. *Journal of Psychology in Africa*, 22(1), 29–42.
- Ebersöhn, L. (2017a). A resilience, health and well-being lens for education and poverty. *South African Journal of Education*, 37(1), 1–9.
- Ebersöhn, L. (2017b). *Why resilience matters for schools trying to thrive in tough situations*. [Aanlyn]. Afgelaai 25 Mei 2017: <https://theconversation.com/why-resilience-matters-for-schools-trying-to-thrive-in-tough-situations/>.
- Ebersöhn, S. (2011). Die benutting van veerkrag deur middel-adolessente in ‘n hersaamgestelde gesin. Ongepubliseerde doktorsale tesis, Universiteit Pretoria.

- Edwards, S., Skouteris, H., Rutherford, L. & Cutter-Mackenzie, A. (2013). It's all about Ben10: Children's play, health and sustainability decisions in the early years. *Early Child Development and Care*, 183(2), 280–293. Afgelaai: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/03004430.2012.671816>.
- Egan, G. (2014). *The skilled helper: A problem-management and opportunity-development approach to helping* (10<sup>th</sup> Edition). California: Brooks/Cole Thomson Learning.
- Eiman, U. (2006). Veerkrachtigheidsfaktore in enkelouergesinne met 'n volwasse MIV-positiewe kind. Ongepubliseerde magistertesis, Universiteit Stellenbosch.
- Eisler, I. & Lask, J. (2011). Family interventions. In A. Thapar, D.S. Pine, J.F. Leckman, S. Scott, M.J. Snowling & E. Taylor (Eds.), *Rutter's child and adolescent psychiatry* (5<sup>th</sup> Edition) (pp. 510–520). West Sussex: John Wiley & Sons.
- Elder, G.H. & Giele, J.Z. (2009). *The craft of life course research*. New York, NY: Guilford Press.
- Engelbrecht, A. (2009). Die beleving van adolessente met Aandagtekort/Hiperaktiwiteit Versteuring – 'n kollektiewe gevallestudie. Ongepubliseerde magistertesis, Universiteit Stellenbosch.
- Engelbrecht, P., Savolainen, H., Nel, M., Koskela, T. & Okkolin, M. (2017). Making meaning of inclusive education: Classroom practices in Finnish and South African classrooms. *Compare: A Journal of Comparative and International Education*, 1–19.
- Engeström, Y. (2009, 31 Desember). Answer a question regarding Activity Theory. [Aanlyn]. Afgelaai: <https://www.youtube.com/watch?v=GAMIJU4HW3Q>.
- 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.
- Ferguson, P.M. (2002). A place in the family: An historical interpretation of research on parental reactions to having a child with a disability. *Journal of Special Education*, 147(36), 124–130.
- Ferguson, P.M. & Ferguson, D.L. (2006). Finding the 'proper attitude': The potential of disability studies to reframe family/school linkages. In S. Danforth & S.L. Gabel (Eds.), *Vital questions facing disability studies in education: Disability studies in education* (pp. 217–235). New York, NY: Peter Lang.

- Fields, L. & Brown, A. (2015). Occurrence, plausibility, and desirability for 124 life events inventory items. *Behaviour Research Methods*, 47(2), 529–537.
- Finzi-Dotson, R., Triwitz, Y.S. & Golubchik, P. (2011). Predictors of stress-related growth in parents of children with ADHD. *Research in Developmental Disabilities*, 32, 510–519.
- Fish, W.W. (2006). Perceptions of parents of students with autism towards the IEP meeting: A case study of one family support group chapter. *Education*, 127, 56–68.
- Fitzpatrick, A. & Dowling, M. (2007). Supporting parents caring for a child with a learning disability. *Nursing Standard*, 22(16), 35–39.
- Flick, U. (2007). *Managing quality in qualitative research*. London: SAGE Publications.
- Flick, U. (2016). Mantras and myths: The disenchantment of mixed-methods research and revisiting triangulation as a perspective. *Qualitative Inquiry*, 23(1), 1–12.
- Flyvberg, B. (2006). Five misunderstandings about case-study research. *Qualitative Inquiry*, 12(2), 219–245.
- Flyvbjerg, B. (2011). Case studies. In N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 301–3017). London: SAGE Publications.
- Fouché, C.B. & Delport, C.S.L. (2011). Writing the research proposal. In A.S. De Vos, H. Strydom, C.B. Fouché & C.S.L. Delport (Eds.), *Research at the grass roots for the social sciences and human service professions* (pp. 101–112). Pretoria: Van Schaik Publishers.
- Fourie, C.L. (2014). Resilience in the presence of Fragile X Syndrome: A multiple case study. Ongepubliseerde doktorsale tesis, Noordwes-Universiteit.
- Frank, A.W. (1995). *The wounded storyteller: Body, illness and ethics*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Frankl, V. (2006). *Man's search for meaning*. Boston: Beacon Press.
- Frazier, T.W., Youngstrom, E.A., Glutting, J.J. & Watkins, M.W. (2007). ADHD and achievement: Meta-analysis of the child, adolescent and adult literature and a concomitant study with college students. *Journal of Learning Disabilities*, 40, 49–65.
- Freeman, B., Dieterich, C. & Rak, C. (2002). The struggle for language: Perspectives and practices of urban parents with children who are deaf or hard of hearing. *American Annals of the Deaf*, 147(5), 37–44.

- Galatzer-Levy, I.R. & Bonanno, G.A. (2012). Heterogeneous patterns of stress over the four years of college: associations with anxious attachment and ego-resiliency. *Journal of Personality, 81*(5), 476–86.
- Garnezy, N. (1974). The Study of Competence in Children at Risk for Severe Psychopathology. In E.J. Anthony & C. Koupernik (Eds.), *The child in his family: Vol. 3. Children at psychiatric risk* (pp. 77–97). New York, YN: Wiley.
- Garnezy, N. (1993). Children in poverty: Resilience despite risk. *Psychiatry, 56*, 127–136.
- Gay, L.R., Mills, G.E. & Airasian, P.W. (2011). *Educational research: Competencies for analysis and applications*. Florida: Pearson.
- Geldenhuys, J.L. & Wevers, N.E.J. (2013). Ecological aspects influencing the implementation of inclusive education in mainstream primary schools in the Eastern Cape, South Africa. *South African Journal of Education, 33*(3), 1–18.
- Gergen, K.J. (2009). *An invitation to social construction*. London: SAGE Publications.
- Gibbs, J.C. (2003). *Moral development and reality. Beyond the theories of Kohlberg and Hoffman*. Thousand Hills, CA: SAGE Publications.
- Gilligan, R. (1999). Enhancing the resilience of children and young people in public care by mentoring their talents and interests. *Child and Family Social Work, 4*, 187–196.
- Good, M. & Adams, G.R. (2008). Linking academic social environments, ego-identity formation, ego virtues and academic success. *Adolescence, 43*(170), 221–236.
- Gordon, J. (2009). An evidence-based approach for supporting parents experiencing chronic sorrow. *Pediatric Nursing, 35*(2), 115–119.
- Görtz-Dorten, A., Breuer, D., Hautmann, C., Rothenberger, A. & Döpfner, M. (2011). What contributes to patient and parent satisfaction with medication in the treatment of children with ADHD? A report on the development of a new rating scale. *European Child & Adolescent Psychiatry, 20*(2), 297–307.
- Govender, P.G. (2011). Teachers' perception of children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder and effects of Ritalin. Ongepubliseerde magisterthesis, Universiteit Zululand.
- Graham, L. (2016). *Parent-teacher partnerships: Poisoned by 'bad parent' click bait*. Australian Association for Research in Education. [Aanlyn]. Afgelaai 26 Februarie 2017: <http://www.aare.edu.au/blog/?p=1428>.
- Graham, L. (2017). *On misdiagnosis*. [Aanlyn]. Afgelaai 17 Mei 2017: <https://drlindagraham.wordpress.com/2017/05/14/on-misdiagnosis/>.

- Graumann, E. (2007). Attention Deficit Hyperactivity Disorder as a response to traumatic stress. Ongepubliseerde magistertesis, Universiteit Pretoria.
- Greef, A.P., Vansteenwegen, A. & Gillard, J. (2012). *Resilience of families living with a child with a physical disability*. Afgelaai 15 Junie 2015: <http://hdl.handle.net/10019.1/21298>.
- Greeff, A. (2009). *Veerkrachtigheid: Gebou om te hou*. Tygervallei: Naledi.
- Greeff, A.P. (2011). Aspekte van gesinsveerkrachtigheid in verskillende groepe gesinne. Stellenbosch: Universiteit Stellenbosch (Julie, Intreerede).
- Greeff, A.P. & Human, B. (2004). Resilience in families in which a parent has died. *The American Journal of Family Therapy*, 32(1), 27–42.
- Greeff, A.P. & Van der Walt, K.J. (2011). Resilience in families with an autistic child. *Education and Training in Developmental Disabilities*, 45(3), 347–365.
- Grizenko, N., Bhat, M., Schwartz, G., Ter-Sepanian, M. & Joobar, R. (2006). Efficacy of methylphenidate in learners with Attention-Deficit Hyperactivity disorder and learning disabilities: a randomized crossover trial. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 31(1), 46–51.
- Grossman, B.R. & Magana, S. (2016). Introduction to the special issue: Family support of persons with disabilities across the life course. *Journal of Family Social Work*, 19(4), 237–251.
- Gubrium, J.F. & Holstein, J.A. (2009). *Analyzing narrative reality*. [Aanlyn]. Afgelaai: <http://dx.doi.org.ez.sun.ac.za/10.4135/9781452234854>.
- Guerra, F., Tiwari, A., Das, A., Vela, J.C. & Sharma M. (2017). Examining teachers' understanding of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Research in Special Educational Needs*. [Aanlyn]. Afgelaai: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-3802.12382/pdf>.
- Gulerce, A. (1996). The transformational view of development and the African context. *Journal of Psychology in Africa*, 1(6), 120–138.
- Hagaman, A.K. & Wutich, A. (2016). How many interviews are enough to identify metathemes in multisited and cross-cultural research? Another perspective on Guest, Bunce, and Johnson's (2006) landmark study. *Field Methods*, 1–19.
- Haley, M., Hammond, H., Ingalls, L. & Marin, M.R. (2013). Parental reactions to the special education individual education program process: Looking through the lens of grief. *Improving Schools*, 16, 232–243.

- Hall, H.R. & Graff, J.C. (2011). The relationships among adaptive behaviors of children with autism, family support, parenting stress, and coping. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 34, 4–25.
- Hammond, H., Ingalls, L. & Trussell, R. (2008). Family members' involvement in the initial IEP meeting and the IEP process: Perceptions and reaction. *International Journal about Parent Education*, 2, 35–48.
- Hanekom, P.W. (2012). Finding an educational niche for our son with PDD: An autoethnography. Ongepubliseerde magistertesis, Universiteit Stellenbosch.
- Harcourt, D. & Conroy, H. (2005). Informed assent: Ethics and processes when researching with young children. *Early Child Development and Care*, 175(6), 567–577.
- Harpin, V.A. (2005). The effect of ADHD on the life of an individual, their family and community from preschool to adult life. *Archives of Disease in Childhood*, 90, 2–7.
- Harvey, J. & Delfabbro, P.H. (2004). Psychological resilience in disadvantaged youth: A critical overview. *Australian Psychologist*, 39, 3–13.
- Harvey, M.R. (2007). Towards an ecological understanding of resilience in trauma survivors: Implications for theory, research and practice. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 14, 9–32.
- Harwood, R., Miller, S.A. & Vasta, R. (2008). *Child Psychology: Development in a changing society* (5<sup>th</sup> Edition). Florida: John Wiley.
- Hatch, J.A. (2002). *Doing qualitative research in educational settings*. Albany: State University of New York Press.
- Hawley, D.R. (2000). Clinical implications of family resilience. *American Journal of Family Therapy*, 28(2), 101–116.
- Hawley, D.R. & De Haan, L. (1996). Toward a definition of family resilience: Integrating life span and family perspectives. *Family Process*, 35(3), 283–298.
- Health Professions Council of South Africa. (2008). *Practice framework for psychologist, psychometrists, registered counsellors and mental health assistants*. Pretoria: Health Council of South Africa.
- Henning, E., Van Rensburg, W. & Smit, B. (2004). *Finding your way in qualitative research*. Pretoria: Van Schaik Publishers.
- Herrman, H., Stewart, D. E., Diaz-Granados, N., Berger, E.L., Jackson, B. & Yuen, T. (2011). What Is Resilience? *Canadian Journal of Psychiatry*, 56(5), 258–265.

- Hill, R. (1949). *Families under stress: Adjustment to the crises of war, separation and reunion*. New York, NY: Harper & Brothers.
- Hollingsworth, S. & Dybdahl, M. (2007). *Talking to learn: The critical role of conversation in narrative inquiry*. In J. Clandinin (Ed.), *Handbook of narrative inquiry: Mapping a methodology* (pp. 146–177). London: SAGE Publications.
- Hoppmann, C.A. & Klumb, P.L. (2012). Daily management of work and family goals in employed parents. *Journal of Vocational Behaviour*, 81(2), 191–198.
- Hopwood, N. & Edwards, A. (2016). Partnership practice as collaborative knowledge work: Overcoming common dilemmas through an augmented view of professional expertise. *Journal of Children's Services*, 11(2), 111–123.
- Hornby, G. (2011). *Parental involvement in childhood education: Building effective school-family partnerships*. Bücher: SpringerLink.
- Horsthemke, K. (2017). Inclusive education and barrierefreiheit: Some social-epistemological considerations. *Ethics and Education*, 12(1), 23–34.
- Hsiao, Y.J. (2017). Parental stress in families of children with disabilities. *Intervention in School and Clinic*, 1–5.
- Huang, C., Chu, C., Cheng, T. & Weng, S. (2014). Epidemiology of treated Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) across the lifespan in Taiwan: A nationwide population-based longitudinal study. *PloS ONE*, 9(4), 1–8.
- Human-Vogel, S. & Coetzee, S. (2011). Challenges associated with ethics review of educational research at a South African university. *Acta Academica*, 43(2), 165–192.
- Hunter, S.V. (2010). Analysing and representing narrative data: The long and winding road. *Current Narratives*, 2, 44–54.
- Hutchison, K. (2012). A labour of love: mothers, emotional capital and homework. *Gender and Education*, 24(2), 195–212.
- Hvatum, I. & Glavin, K. (2016). Mothers' experience of not breastfeeding in a breastfeeding culture. *Journal of Clinical Nursing*. [Aanlyn]. Afgelaai: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.13663/full>.
- Indredavik, M.S., Brubakk, A., Romundstad, P. & Vik, T. (2007). Prenatal smoking exposure and psychiatric symptoms in adolescence. *Acta Paediatrica*, 96, 377–382.
- Jacobs, L. (2014). The experiences of adolescent girls with ADHD: A case study. Ongepubliseerde magistertesis, Universiteit Stellenbosch.



- Jarvis, J. (2015, March). ADHD and Learning. Paper presented at the Professional Minds workshop Concentration Clinic, Cape Town, South Africa.
- Jensen, J.L. & Rodgers, R. (2001). Cumulating the intellectual gold of case study research. *Public Administration Review*, 61(2), 235–247.
- JKP Blog. (2016, Februarie 10). News and Articles from Jessica Kingsley Publishers and our authors. *The boy from hell: Parenting a child with ADHD – author interview*. [Aanlyn]. Afgelaai: <http://www.jkp.com/jkpblog/2016/02/parentingachildwithadhdinterview/>.
- Johnston, C. & Mash, E.J. (2001). Families of children with Attentiondeficit/Hyperactivity Disorder: Review and recommendations for future research. *Clinical Child Family Psychological Review*, 4(3), 183–207.
- Johnston, E.R. (2015). South African clinical psychology's response to cultural diversity, globalisation and multiculturalism: a review. *South African Journal of Psychology*, 45(3), 374–383.
- Jonker, L. (2006). Resilience factors in families living with a member with a mental disorder. Ongepubliseerde magistertesis, Universiteit Stellenbosch.
- Joseph, S., (2009, September). *Trauma, recovery, and growth: Positive psychology and the deconstruction of the illness ideology*. Paper presented at the Psycho-Social Aftermaths of Terror Attacks – Theoretical and Therapeutic Perspectives Conference of the Interdisciplinary Center, Israel. [Aanlyn]. Afgelaai: [http://portal.idc.ac.il/he/main/about\\_idc/news\\_events/doclib2/conference.pdf](http://portal.idc.ac.il/he/main/about_idc/news_events/doclib2/conference.pdf).
- Josselson, R., Lieblich, A. & McAdams, D. (2003). Introduction. In R. Josselson, A. Lieblich & D. McAdams (Eds.), *Up close and personal* (pp.13–28). Washington: American Psychological Association.
- Kargin, T. (2004). Effectiveness of a family-focused early intervention program in the education of children with a hearing impairment living in rural areas. *International Journal of Disability, Development and Education*, 51(4), 401–418.
- Karpov, Y.V. (2005). *The Neo-Vigotskian approach to child development*. New York, NY: Cambridge University Press.
- Kohlberg, L. (1976). Moral stages and moralization: The cognitive-developmental approach. In T. Lickona (Ed.), *Moral development and behaviour. Theory, research and social issues* (pp. 31–53). New York, NY: Holt, Rinehart & Winston.
- Keenan, T. (2005). *An introduction to child development*. London: SAGE Publications.

- Keenan, T. & Evans, S. (2010). *An Introduction to child development*. London: SAGE Publications.
- Kendall, J. (2010). The experiences of primary school teachers who have children diagnosed with ADHD in their classrooms. Ongepubliseerde magistertesis, Universiteit Pretoria.
- 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.
- Kenyon, G.M. & Randall, L.W. (1997). *Restorying our lives: Personal growth through autobiographical reflection*. Westport: Praeger.
- Kirmayer, L., Sehdev, M., Whitley, R., Dandaneau, S. & Issac, C. (2009). Community resilience: Models, metaphors, and measures. *Journal of Aboriginal Health*, 5, 62–117.
- Klein, B.L. (1984). *Families of handicapped children: A personal account*. In M.L. Henniger & E.M. Nesselroad (Eds.), *Working with parents of handicapped children: A book of readings for school personnel* (pp. 73–81). Lanham, Maryland: University Press of America.
- Kleynhans, A. (2008). Die verband tussen Aandaggebrek-Hiperaktiwiteit-Sindroom en middelmisbruik: 'n Verkennende loodsstudie. Ongepubliseerde magistertesis, Universiteit Johannesburg.
- Koch, C. (2010). Sosiale aanpassings van studente met gestremdhede aan die Stellenbosch Universiteit. Ongepubliseerde magistertesis, Universiteit Stellenbosch.
- Koegelenberg, G.J. (2013). Resilience characteristics of families with a child with Type 1 Diabetes. Ongepubliseerde magistertesis, Universiteit van Stellenbosch.
- Koepp, M.J., Gunn, R.N., Lawrence, A.D., Cunningham, V.J., Dagher, A., Jones, T., Brooks, D.J., Bench, C.J. & Grasby, P.M. (1998). Evidence for striatal dopamine release during a video game. *Nature*, 393, 266–268.
- Kozleski, E.B. & Waitoller, F.R. (2010). Teacher learning for inclusive education: Understanding teaching as a cultural and political practice. *International Journal of Inclusive Education*, 14(7), 655–666.
- Krauss, S.E. (2005). Research paradigms and meaning making: A primer. *The Qualitative Report*, 10(4), 768–770.
- Kroger, J. (2004). *Identity in adolescence: The balance between self and other*. New York, NY: Routledge.
- Kübler-Ross, E. (1969). *On death and dying: What the dying have to teach doctors, nurses, clergy and their own families*. New York, NY: Routledge.

- Kumar, R. (2005). *Research methodology: A step-by-step guide for beginners*. London: SAGE Publications.
- Kvale, S. (2010). *Doing interviews*. London: SAGE Publications.
- Kvist, A.P., Nielsen, H.S. & Simonsen, M. (2013). The importance of children's ADHD for parents' relationship stability and labor supply. *Social Science & Medicine*, 88, 30–38.
- Laluvein, J. (2010). Variations on a theme: parents and teachers talking. *British Journal of Learning Support*, 25(4), 194–199.
- Lam, C. & Kwong, W. (2014). Powerful parent educators and powerless parents: The 'empowerment paradox' in parent education. *Journal of Social Work*, 14(2), 183–195.
- Landsman, G.H. (2009). *Reconstructing motherhood and disability in the age of "perfect" babies*. New York, NY: Routledge.
- Lawrence, M. (2013). The issues and challenges that foundation phase educators experience when teaching learners with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). Ongepubliseerde magistertesis, Universiteit Kwazulu-Natal.
- Lawrence, R.L., Buckely, V.S., Cueva, M., Giordani, T., Ramdeholl, D. & Simpson, S. (2006). *Once upon a time: The power of story in research. Midwest Research-to-Practice Conference in Adult, Continuing and community Education*. St. Louis, MO.
- Leedy, P.D. & Ormrod, J.E. (2005). *Practical research: Planning and design* (8<sup>th</sup> Edition). New Jersey: Pearson Education, Inc.
- Lerner, R.M. (2006). Resilience as an attribute of the developmental system. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094, 40–51.
- Levitt, H.M., Motulsky, S.L., Wertz, F.J., Morrow, S.L. & Ponterotto, J.G. (2017). Recommendations for designing and reviewing qualitative research in Psychology. *Research in Psychology: Promoting methodological integrity. Qualitative Psychology*, 4(1), 2–22.
- Lichtman, M. (2010). *Qualitative research in education: A user's guide* (2<sup>nd</sup> Edition). London: SAGE Publications.
- Liebenberg, L. & Ungar, M. (2008). Resilience in action. In L. Liebenberg & M. Ungar (Eds.), *Introduction: Understanding youth resilience in action: The way forward* (pp. 3–16). Toronto: University of Toronto Press Incorporated.
- Lieblich, A., Tuvan-Maschiach, R. & Zilber, T. (1998). *Narrative research*. London: SAGE Publications.

- Lifford, K.J., Harold, G.T. & Thapar, A. (2009). Parent-child hostility and child ADHD symptoms: a genetically sensitive and longitudinal analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(12), 1468–1476.
- Lincoln, Y.S. & Guba, E.G. (2000). Paradigmatic controversies, contradictions and emerging confluences. In N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (Eds.), *SAGE handbook of qualitative research* (2<sup>nd</sup> Edition) (pp. 163–188). Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Ling, P. & Ling, L. (2016). Introduction: Employing paradigms in education research. In P. Ling & L. Ling (Eds.), *Methods and paradigms in education research* (pp. 1–18). Hershey: IGI Global.
- Logsdon, A. (2013). *Signs of stress of parenting a learning disabled child*. [Aanlyn]. Afgelaai: [http://learningdisabilities.about.com/od/parentsandfamilyissues/tp/Parenting\\_LD\\_Kids\\_and\\_Stress.htm](http://learningdisabilities.about.com/od/parentsandfamilyissues/tp/Parenting_LD_Kids_and_Stress.htm).
- Lopes, M.A. (2009). South African educators experiences of learners who may have ADHD in their classrooms. Ongepubliseerde doktorale tesis, Universiteit Pretoria.
- Lourenco, O. & Machado, A. (1996). In defense of Piaget's theory: A reply to 10 common criticisms. *Psychological Review*, 103(1), 143–164.
- Louw, C. (2006). General practitioners' familiarity, attitudes and practices with regard to Attention Deficit Hyperactivity Disorder in children and adults. Ongepubliseerde magistertesis, Universiteit Stellenbosch.
- Louw, C., Oswald, M.M. & Perold, M.D. (2009). General practitioners' familiarity, attitudes and practices with regard to Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in children and adults. *South African Family Practice*, 51(2), 1–6.
- Louw, D. & Louw, A. (2007). *Die ontwikkeling van die kind en adolessent*. Bloemfontein: ABC Drukkers.
- Louw, D.M., Van Ede, D.M. & Louw, A.E. (1998). *Human development*. Pretoria: Kagiso Publishers.
- Loxton, H. (2003). Enkele ander ontwikkelingsteorieë. In J.W.V. Wait, J.C. Meyer & H.S. Loxton (Eds.), *Klasnotas vir menslike ontwikkeling* (pp. 149–161). Stellenbosch: Ebony Books.
- MacFarlane, M.D., Kisely, S., Loi, S., Looi, J.C., Merry, S., Parker, S., Power, B., Siskind, D., Smith, G. & Macfarlane, S. (2015). Getting started in research: Research questions, supervisors and literature reviews. *Australasian Psychiatry*, 23(1), 8–11.

- MacLellan, M. (2005). *South African national HIV prevalence, HIV incidence, behaviour and communication Survey, 2005*. Commissioned by the Nelson Mandela Foundation. Cape Town: HSRC Press.
- MacNaughton, G., Rolfe, S.A. & Siraj-Blatchford, I. (2001). *Doing early childhood research: International perspectives on theory and practice*. Crows Nest: Allen & Unwin.
- Mancil, G.R., Boyd, B.A. & Bedesem, P. (2009). Parental stress and autism: Are there useful coping strategies? *Education and Training in Developmental Disabilities, 44*, 523–537.
- Mano, S. & Uno, H. (2007). Relationship between characteristic behaviors of children with ADHD and mother's parenting styles. *No To Hattatsu, 39*, 19–24.
- Marques, J.C.B., Oliveira, J.A., Goulardins, J.B., Nascimento, R.O., Lima, A.M.V. & Casella, E. (2013). Comparison of child self-reports and parent proxy-reports on quality of life of children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Health & Quality of Life Outcomes, 11*(2), 1–15.
- Marshall, C. & Rossman, G.B. (2011). *Designing qualitative research* (3<sup>rd</sup> Edition). London: SAGE Publications.
- Martinez-Marti, M.L. & Willibald, R. (2017). Character strengths predict resilience over and above positive affect, self-efficacy, optimism, social support, self-esteem and life satisfaction. *The Journal of Positive Psychology, 12*(2), 110–119.
- Mash, E.J. & Barkley, R.A. (2006). *Treatment of childhood developmental disorders*. New York, NY: The Guilford Press.
- Mash, E.J. & Wolfe, D.A. (2005). *Abnormal child psychology* (3<sup>rd</sup> Edition). Belmont, NY: Thomson Wadsworth.
- Masten A.S. (2014). *Ordinary magic. Resilience in development*. New York, NY: The Guilford Press.
- Masten, A.A. & Powell, J.L. (2003). *A resilience framework for research, policy, and practice*. In S.S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerabilities: Adaptation in the context of childhood adversities* (pp. 1–25). New York, NY: Cambridge University Press.
- Masten, A.S. & Coatsworth, J.D. (1998). The development of competence in favorable and unfavorable environments: Lessons from research on successful children. *American Psychologist, 53*(2), 205–220.
- McCubbin, H. & McCubbin, M. (1993). Typologies of resilient families: Emerging roles of social class and ethnicity. *Family Relations, 37*, 247–254.

- McCubbin, H.I. & Patterson, J.M. (1983). The family stress process: The double ABCX model of adjustment and adaptation. In H.I. McCubbin, M. Sussman, & J. Patterson (Eds.), *Social Stress and Family: Advances and Development in Family Stress Theory and Research* (pp. 7–37). New York, NY: The Haworth Press.
- McCubbin, M.A. & McCubbin, H.J. (1996). Resiliency in families: a conceptual model of family adjustment and adaptation in response to stress and crisis. In M.I. McCubbin, A.I., Thompson & M.A. McCubbin (Eds.), *Family assessment resiliency, coping and adaptation* (pp.1–64). Madison: University of Wisconsin Publishers.
- McCubbin, H.I., Thompson, E.A., Thompson, A.I., & McCubbin, M.A. (1993). Family schema, paradigms and paradigm shifts: Components and processes of appraisal in family adaptation to crisis. In A. Turnbull, J. Patterson, S. Bahr, D. Murphy, J. Marquis & M. Blue-Banning (Eds.), *Cognitive coping, families and disability*. Baltimore, MD: Paul H Brooks.
- McKee, T.E., Harvey, E., Danforth, J.S., Ulaszek, W.R. & Friedman, J.L. (2004). The relation between parental coping styles and parent-child interactions before and after treatment for children with ADHD and oppositional disorder. *Journal of Clinical Child Adolescent Psychology*, 33(1), 158–168.
- McLeod, J. (2003). *Doing counselling research* (2<sup>nd</sup> Edition). London: SAGE Publications.
- McLeod, L. (2001). *Qualitative research in counselling and psychotherapy*. London: SAGE Publications.
- McMillan, J.H. & Schumacher, S. (2001). *Research in education: A conceptual introduction* (5<sup>th</sup> Edition). New York, NY: Addison Wesley Longman.
- McRae, K., Ciesielski, B. & Gross, J.J. (2012). Unpacking cognitive reappraisal: goals, tactics, and outcomes. *Emotion*, 12, 250–255.
- Merriam, S.B. (1998). *Qualitative research and case study applications in education*. San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers.
- Merriam, S.B. (2009). *Qualitative research. A guide to design and implementation* (3<sup>rd</sup> Edition). San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers.
- Merriam, S.B. & Tisdell, E.J. (2015). *Qualitative research: A guide to design and implementation* (4<sup>th</sup> Edition). San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers.
- Mertens, D.M. & McLaughlin, J.A. (2004). *Research and evaluation methods in special education*. Thousand Oaks: Corwin Press.
- Miller, P.J. (2009). Stories have histories: Reflections on the personal in personale storytelling. *Taiwan Journal of Anthropology*, 7(1), 67–84.

- Miron, C. (2012). The parent experience: When a child is diagnosed with childhood apraxia of speech. *Communication Disorders Quarterly*, 33(2), 96–110.
- Mitra, S. (2006). The capability approach and disability. *Journal of Disability Policy*, 16, 236–247.
- Moen, O.L., Hedelin, B. & Hall-Lord, M.L. (2015). Parental perception of family functioning in everyday life with a child with ADHD. *Scandinavian Journal of Public Health*, 43, 10–17.
- Mohangi, K. & Archer, K. (2015). Mothers' reflections on the role of the educational psychologist in supporting their children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *South African Journal of Education*, 35(1), 1–9.
- Morkel, E. (2009). Narrative therapy: A conceptual framework. Somerset West: Unpublished Paper.
- Morris, C. (2009). Measuring participation in childhood disability: How does the capability approach improve our understanding? *Developmental Medicine and Child Neurology*, 51(2), 92–94.
- Morris, L. (2012). Testing respite effect of work on stress among mothers of children with special needs. *Journal of Family and Economic Issues*, 33(1), 24–40.
- Morse, J.M. & Richards, L. (2002). *Read me first for a user's guide to qualitative methods*. London: SAGE Publications.
- Mouton, J. (2001). *How to succeed in your master's and doctoral studies*. Goodwood: Van Schaik Publishers.
- Murphy, L.B. & Moriarty, A.E. (1976). *Vulnerability, coping and growth: From infancy to adolescence*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Naidoo, P. (2006). Potential contributions to disability theorizing and research from positive psychology. *Disability and Rehabilitation*, 28, 595–602.
- Naidoo, P. (2012). Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder needs and experiences of parents/caregivers receiving services from a public sector hospital. Ongepubliseerde magistertesis, Universiteit Kwazulu-Natal.
- Nel, N.M., Tlale, L.D.N., Engelbrecht, P. & Nel, M. (2016). Teachers' perceptions of education support structures in the implementation of inclusive education in South Africa. *Koers – Bulletin for Christian Scholarship*, 81(3). [Aanlyn]. Afgelaai: <https://doi.org/10.19108/KOERS.81.3.2249>

- Newman, B.M. & Newman, P.R. (2003). *Development through life: A psychosocial approach* (8<sup>th</sup> Edition). London: Thomson Wadsworth.
- Newman, B.M. & Newman, P.R. (2015). *Development through life: A psychosocial approach* (12<sup>th</sup> Edition). Los Angeles, CA: Brooks/Cole.
- Newmark, S. (2015, July 28). *A true ADHD epidemic or an epidemic of overdiagnosis?* [Aanlyn]. Afgelaai: <http://www.psychiatryadvisor.com/adhd/a-true-adhd-epidemic-or-an-epidemic-of-overdiagnosis/article/429034/>.
- Niemann, R., Niemann, S., Brazelle, R., Van Staden, J., Heyns, M. & De Wet, C. (2000). Objectivity reliability and validity in qualitative research. *South African Journal of Education*, 20(4), 283–286.
- Nieuwenhuis, J. (2007). Analysing qualitative data. In K. Maree (Ed.), *First steps in research* (pp. 99–117). Pretoria: Van Schaik Publishers.
- Nieuwenhuis, J. (2010). Introducing qualitative research. In K. Maree (Ed.), *First steps in research* (2<sup>nd</sup> Edition) (pp. 47–66). Pretoria: Van Schaik Publishers.
- Nieuwenhuis, J. (2010). Qualitative research design and data gathering techniques. In K. Maree (Ed.), *First steps in research* (2<sup>nd</sup> Edition) (pp. 70–92). Pretoria: Van Schaik Publishers.
- Nikolas, M.A., Klump, K.L. & Burt, A. (2015). Parental involvement moderates etiological influences on Attention Deficit Hyperactivity Disorder behaviours in child twins. *Child Development*, 86(1), 224–240.
- Nolting, C. (2010). Resilience in families of children with developmental disabilities. Ongepubliseerde magistertesis, Universiteit Stellenbosch.
- Nordgren, L.F., MacDonald, G. & Banas, K. (2011). Empathy gaps for social pain: Why people underestimate the pain of social suffering. *Journal of Personality and Social Psychology*, 100(1), 120–128.
- O'Sullivan, K. R. & Russell, H. (2006). Parents and professionals: Breaking cycles of blame. *Reclaiming children and youth: The Journal of Strength-based Interventions*, 15(1), 37–39.
- Odendal, F.F. & Gouws, R.H. (2000). *HAT Verklarende handboek van die Afrikaanse taal*. Midrand: Perskor.
- Oliva, A., Jimenez, J.M. & Parra, A. (2009). Protective effect of supportive family relationships and the influence of stressful life events on adolescent adjustment. *Anxiety, Stress & Coping*, 22(2), 137–152.



- Oliver, M. (1996). *Understanding disability: From theory to practice*. London: Macmillan.
- Olivier, A.J. (2008). *Die effek van projektiewe narratiewe op kinders in kinderhuise se tekeninge van vrees*. Ongepubliseerde magistertesis, Universiteit Stellenbosch.
- Papathomas, A., Smith, B. & Lavalley, D. (2015). Family experiences of living with an eating disorder: A narrative analysis. *Journal of Health Psychology, 20*(3), 313–325.
- Parker, I. (2014). *Discourse dynamics (Psychology revivals): Critical analysis for social and individual psychology* (2<sup>nd</sup> Edition). London: Taylor and Francis Group.
- Pastor, P.N. & Reuben, C.A. (2002). *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and learning disability: United States 1997–1998. National Centre for Health Statistics: Vital Health Statistics*. (DHHS Publication number PHS 2002 – 1534). Hyattsville, Maryland: Department of Health and Human Services.
- Patton, M.Q. (1987). *How to use qualitative methods in evaluation*. Newbury Park, CA: SAGE Publications.
- Patton, M.Q. (2015). *Qualitative research and evaluation methods* (3<sup>rd</sup> Edition). Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Pazvantoglu, O., Akbas, S., Sarisoy, G., Baykal, S., Korkmaz, I.Z., Karabekiroglu, K. & Boke, O. (2014). Various ADHD-associated problematic life events in parents of children with ADHD diagnoses. *The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences, 27*(1), 61–68.
- Pedraza, J.D. & Newcom, J.H. (2015). Non-stimulant treatment of ADHD. In L.A. Adler, T.J. Spencer & T.E. Wilens (Eds.), *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in adults and children* (pp. 259–275). Cambridge: Cambridge University Press.
- Peske, N. & Biel, L. (2005). *Raising a sensory smart child. The definitive handbook for helping your child with sensory integration issues*. London: Penguin Book Limited.
- Peters, K., & Jackson, D. (2008). Mothers' experiences of parenting a child with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Clinical Nursing, 17*(20), 2725–2732.
- Peterson, C. (2009). Positive Psychology. *Reclaiming Child and Youth Journal, 18*(2), 3–7.
- Petrides, K.V., Perez-Gonzalez, J.C. & Furnham, A. (2007). On the criterion and incremental validity of trait emotional intelligence. *Cognition and Emotion, 21*, 26–55.
- Pharma Dynamics. (2008). *Monthly Index of Medical Specialities (MIMS), 48*(2), Tokai, South Africa: Pharma Dynamics.

- Pillay, J. & Terlizzi, M.D. (2009). A case study of a learner's transition from mainstream schooling to a school for learners with special educational needs. *South African Journal of Education*, 29, 491–509.
- Pinkus, S. (2003). All talk and no action: transforming the rhetoric of parent-professional partnership into practice. *Journal of Research in Special Educational Needs*, 3(2), 115–21.
- Pinnegar, S. & Daynes, J.G. (2007). Locating narrative inquiry historically: Thematics in the turn to narrative. In J. Clandinin (Ed.), *Handbook of narrative inquiry: Mapping a methodology* (pp. 3–34). London: SAGE Publications.
- Plizka, S. (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(7), 894–921.
- Podolski, C.L. & Nigg, J.T. (2001). Parent stress and coping in relation to child ADHD severity and associated child disruptive behavior problems. *Journal of Clinical Psychology*, 30, 503–513.
- Polanczyk, G., Willcutt, E.G., Salum, G., Kieling, C. & Rohde, A. (2014). ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. *International Journal of Epidemiology*, 42(2), 434–442.
- Polkinghorne, D.E. (2005). Narrative psychology and historical consciousness: Relationships and perspectives. In J. Straub (Ed.), *Narration, identity and historical consciousness* (pp. 3–23). United States: Berghahn Books.
- Porcelli, P., Ungar, M., Liebenberg, L. & Trépanier, N. (2014). (Micro)mobility, disability and resilience: exploring well-being among youth with physical disabilities. *Disability & Society*, 29(6), 863–876.
- Posserud, M., Ullebo, A., Plessen, K., Stormark, K., Gillberg, C. & Lundervold, A. (2014). Influence of assessment instrument on ADHD diagnosis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 23(4), 197–205.
- Potter, J. (1996). *Representing reality: Discourse, rhetoric and social construction*. London: SAGE Publications.
- Powers, L.E. (1995). Family and consumer parent activism in disability policy. In G.H.S. Singer, L.E. Powers & A. Olson (Eds.), *Redefining family support: Innovations in public-private partnerships* (pp. 413–434). Baltimore, Maryland: Paul H. Brookes.

- Pressley, M. & McCormick, C.B. (2007). *Child and adolescent development for educators*. New York, NY: The Guilford Press.
- Pressman, L.J., Loo, S.K., Carpenter, E.M., Asarnow, J.R., Lynn, D., McCracken, J.T., McGough, J.J., Lubke, G.H., Yang, M.H. & Smalley, S.L. (2006). Relationship of family environment and parental psychiatric diagnosis to impairment in ADHD. *Child Adolescence Psychiatry, 45*(3), 346–354.
- Prilleltensky, I. (2010). *Community well being: Socialize of social-lies*. [Aanlyn]. Afgelaai: <http://www.youtube.com/watch?v=WJlx8CI-rRg>.
- Prilleltensky, I. & Prilleltensky, O. (2009). Beyond resilience: Blending wellness and liberation in the helping professions. In M. Ungar (Ed.), *Handbook for working with children and youth: Pathways to resilience across cultures and contexts* (pp. 89–103). London: Sage Publications.
- Professional Board for Psychology. (2005). [Form 223]. Rules of conduct pertaining specifically, to Psychology. Pretoria: Health Professions Council of South Africa.
- Professional Board for Psychology. (2005). [Form 242]. Information to be included in internship training programmes: Educational Psychology. Pretoria: Health Professions Council of South Africa.
- Psychogiou, L., Daley, D., Thompson, M. & Sonuga-Barke, E. (2007). Testing the interactive effect of parent and child ADHD on parenting in mother and fathers: A further test of similarity-fit hypothesis. *British Journal of Developmental Psychology, 25*, 419–433.
- Raphael, J.L., Zhang, Y., Liu, H. & Giardino, A.P. (2010). Parenting stress in U.S. families: Implications for paediatric health care utilization. *Child: Care, Health, and Development, 36*, 216–224.
- Ray, J.A., Pewitt-Kinder, J. & George, S. (2009). Partnering with families of children with special needs. *Young Children, 14*(7), 16–22.
- Reichman, N.E., Corman, H. & Noonan, K. (2008). Impact of child disability on the family. *Maternal and Child Health Journal, 12*(6), 679–83.
- Reindal, S.M. (2008). A social relational model of disability: a theoretical framework for special needs education? *European Journal of Special Needs Education, 23*(2), 135–146.
- Reiser, M. (2003). Why should researchers care about culture? *Canadian Journal of Psychiatry, 48*(3), 154–161.
- Republic of South Africa. (2006). *Children's Act*, No. 38 of 2005. Government Gazette.

- Republiek van Suid-Afrika. (1996b). *Suid-Afrikaanse Skolewet, Wetgewing 84 van 1996*. Pretoria: Staatsdrukkery.
- Riddell, S., Tinklin, T. & Wilson, A. (2005). *Disabled students in higher education*. New York, NY: Routledge.
- Riessman, C.K. (2002). Narrative analyzing. In A.H. Huberman & M.B. Miles (Eds.), *The qualitative researcher's companion* (pp. 217–304). New Delhi: SAGE Publications.
- Riessman, C.K. (2008). *Narrative methods for the human science*. Los Angeles, CA: SAGE Publications.
- Roberta, W. & Russell, R. J. (2010). A model for parental ADHD: Help-seeking and readiness to change. *Issues in Mental Health Nursing, 31*(12), 793–803.
- Rogers, M.A., Wiener, J., Marton, I. & Tannock, R. (2009). Parental involvement in children's learning: Comparing parents of children with and without Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *Journal of School Psychology, 47*, 167–185.
- Roll-Pettersson, L. (2001). Parents talk about how it feels to have a child with a cognitive disability. *European Journal of Special Needs Education, 16*, 1–14.
- Rommelse, N.N.J., Altink, M.E., Alejandro, A., Buschgens, C.J.M., Fliers, E., Faraone, S.V., Buitelaar, J.K., Sergeant, J.A., Oosterlaan, J. & Barbara, F. (2008). Differential association between MAOA, ADHD and neuropsychological functioning in boys and girls. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics, 147*(8), 1524–1530.
- Ronald, A., Pennell, C.E. & Whitehouse, A.J. (2011). Prenatal maternal stress associated with ADHD and autistic traits in early childhood. *Frontiers in Psychology, 1*, 223.
- Roodt, E. (2011). Veerkragtigheidskenmerke van gesinne waarvan 'n kind geboelie word. Ongepubliseerde magistertesis, Universiteit Stellenbosch.
- Russell, F. (2003). The expectations of parents of disabled children. *British Journal of Special Education, 30*(3), 144–149.
- Rust, E. (2014). Ouers se beleving van hul kind met dispraksie. Ongepubliseerde magistertesis, Universiteit Stellenbosch.
- Rutter, M. (1979). Protective factors in children's responses to stress and disadvantage. In M.W. Kent & J.E. Rolf (Eds.), *Primary prevention of psychopathology: Vol. 3. Social competence in children* (pp. 49–74). Hanover: University Press of New England.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry, 57*(3), 316–331.

- Salovey, P., Mayer, J. D., Caruso, D. & Lopes, P. N. (2003). Measuring emotional intelligence as a set of abilities with the Mayer-Salovey-Caruso emotional intelligence test. In S.J. Lopez & C.R. Snyder (Eds.), *Positive Psychological assessment: A handbook of models and measures* (pp. 251–265). Washington DC: American Psychological Association.
- Samarova, V. & Shilo, G. (2014). Changes in youths perceived parental acceptance of their sexual minority status over time. *Journal of Research on Adolescence*, 24(4), 681–688.
- Sánchez-Jankowski, M. (2002). Representation, responsibility and reliability in participant-observation. In T. May (Ed.), *Qualitative research in action* (pp. 144–160). London: SAGE Publications.
- Sands, D.J., Kozleski, E.B. & French, N.K. (2000). *Inclusive education for the 21st century*. Belmont, CA: Thomson Wadsworth.
- Santrock, J.W. (1992). *Life-span development*. New York, NY: McGraw-Hill Higher Education.
- Santrock, J.W. (2016). *A topical approach life-span development* (8<sup>th</sup> Edition). New York, NY: McGraw-Hill Education.
- Schaaf, R.C., Schoen, S.A., Roley, S.S., Lane, S.J., Koomar, J. & May-Benson, T.A. (2010). A frame of reference for sensory integration. In P. Kramer & J. Hinojosa (Eds.), *Frames of reference for pediatric occupational therapy* (3<sup>rd</sup> Edition) (pp. 99–136). USA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Scorgie, K., Wilgosh, L. & Sobsey, D. (2004). The experience of transformation in parents of children with disabilities: Theoretical considerations. *Developmental Disabilities Bulletin*, 32, 84–110.
- Segal, E.S. (2001). Learned mothering: Raising a child with ADHD. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 18(4), 263–278.
- Sen, A. (2009). *The idea of justice*. Massachusetts: Harvard University Press.
- Shaffer, D.R. (2002). *Developmental Psychology. Childhood and adolescence* (6<sup>th</sup> Edition). Belmont: Brooks/Cole Publishing Company.
- Sikes, P. & Potts, A. (2008). What are we talking about? And why? In P. Sikes & A. Potts (Eds.), *Researching education from the inside* (pp. 3–11). New York, NY: Routledge.
- Sikes, P., Lawson, H. & Parker, M. (2007). Voices on: Teachers and teaching assistants talk about inclusion. *International Journal of Inclusive Education*, 11(3), 355–370.
- Silverman, D. (2009). *Doing qualitative research* (3<sup>rd</sup> Edition). London: SAGE Publications.

- Singh, I. (2005). Will the “real boy” please behave: dosing dilemmas for parents of boys with ADHD. *American Journal of Bioethics*, 5, 34–47.
- Singh, N., Curtis, W., Ellis, C., Wechsler, H., Best, A. & Cohen, R. (1997). Empowerment status of families whose children have serious emotional disturbance and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 5(4), 223–229.
- Siwelani, B. (2011). Comorbid disorders in primary school children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. Ongepubliseerde magistertesis, Universiteit Stellenbosch.
- Skogli, E. & Teicher, M. (2013). ADHD in girls and boys – gender differences in co-existing symptoms and executive function measures. *BMC Psychiatry*, 13(1), 1–26.
- Smith-Chandler, N. (2011). A Narrative inquiry into the professional identities of individuals with disabilities in the workplace. Ongepubliseerde magistertesis, Universiteit Stellenbosch.
- Smith, B. & Sparkes, A.C. (2008). Narrative and its potential to contribute to disability studies. *Disability and Society*, 23(1), 17–28.
- Smith, E. (1999). The strength-based counselling model. *The Counselling Psychologist*, 4(1), 13–79.
- Smith, P.N. (2006). Resilience in Xhosa families. Ongepubliseerde doktorsproefskrif, Universiteit Stellenbosch.
- Smith, T. (2013). Die Dialogiese verhouding van ouers met hulle kind in die middelkinderjare met Aandagtekort-Hiperaktiwiteitsversteuring. Ongepubliseerde magistertesis, Noordwes-Universiteit.
- Snow, K. (2001). *Disability is natural: Revolutionary common sense for raising successful children with disabilities*. Woodland Park, Washington DC: Braveheart Press.
- Snyder, C.R. & Lopez, S.J. (2007). *Handbook of Positive Psychology*. United States of America: Oxford University Press.
- Snyman, S. & Truter, I. (2007). Treatment and care of children and adolescents diagnosed with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder in the Eastern Cape, South Africa. *Drug Safety*, 30(10), 919–990.
- Sonuga-Barke, E.J.S. & Taylor, E. (2011). ADHD and hyperkinetic disorder. In A. Thapar, D.S. Pine, J.F. Leckman, S. Scott, M.J. Snowling & E. Taylor (Eds.), *Rutter's child and adolescent psychiatry* (pp. 258–281). West Sussex: John Wiley & Sons.

- South Africa (Republic). (1996). Constitution of the Republic of South Africa 108 of 1996. *Government Gazette*, Volume 378, Number 17678. Cape Town: Government Printer.
- Sparkes, A.C. & Smith, B. (2012). Narrative analysis as an embodied engagement with the lives of others. In J.A. Holstein & J.F. Gubrium (Eds.), *Varieties of narrative analysis* (pp. 53–74). Los Angeles, CA: SAGE Publications.
- Speedy, J. (2008). *Narrative inquiry and psychotherapy*. New York, NY: Palgrave MacMillan.
- Squire, C. (2008). Experience-centred and culturally-oriented approaches to narrative. In M. Andrews, C. Squire & M. Tamboukou (Eds.), *Doing narrative research* (2<sup>nd</sup> Edition) (pp. 41–63). London: SAGE Publications.
- St. Clair, M. & Wigren, J. (1995). *Object relations and self psychology. An introduction*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole Publishing Company.
- Stadler, H. (2017, 23 Februarie). Begroting 2017: Taks op siektegeld kan styg. *Die Burger*, p.19.
- Staikova, E., Gomes, H., Tartter, V., McCabe, A. & Halperin, J.M. (2013). Pragmatic deficits and social impairment in children with ADHD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(12), 1275–1283.
- Stake, R.E. (2005). Qualitative case studies. In N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (Eds.), *The SAGE handbook of qualitative research* (3<sup>rd</sup> Edition) (pp. 443–466). Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Stake, R.E. (2006). *Multiple case study analysis*. New York, NY: The Guilford Press.
- Statistics South Africa: Community Survey 2016, Statistical release. (2016). [Aanlyn]. Afgelaai: [http://cs2016.statssa.gov.za/wp-content/uploads/2016/07/NT-30-06-2016-RELEASE-for-CS-2016-Statistical-releas\\_1-July-2016.pdf](http://cs2016.statssa.gov.za/wp-content/uploads/2016/07/NT-30-06-2016-RELEASE-for-CS-2016-Statistical-releas_1-July-2016.pdf).
- Steijn, D., Oerlemans, A., Aken, M., Buitelaar, J. & Rommelse, N. (2014). The reciprocal relationship of ASD, ADHD, depressive symptoms and stress in parents of children with ASD and/or ADHD. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(5), 1064–1076.
- Steinberg, L., Bornstein, M.H., Vandell, D.L. & Rook, K.S. (2011). *Lifespan development: Infancy through adulthood*. Los Angeles, CA: Wadsworth.
- Stephens, L., Ruddick, S. & Holland, M. (2015). Disability and deleuze: An exploration of becoming and embodiment in children's everyday environments. *Body and Society*, 21(2), 194–220.

- Stewart, T.J. (2009). Guidelines for the inclusion of ADHD learners in the classroom. Ongepubliseerde magistertesis, Noordwes-Universiteit.
- Stone, C.A. (1997). Correspondences among parent, teacher and student perceptions of adolescents' learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 30, 660–669.
- Stricker, B. (2001). 'n Sosiaal-konstruksionistiese studie van diskoerse in dwelmgebruik. Ongepubliseerde magistertesis, Universiteit Johannesburg.
- Stroh, J., Frankenberger, W., Cornell-Swanson, L.V., Wood, C. & Pahl, S. (2008). The use of stimulant medication and behavioural interventions for the treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder: a survey of parents' knowledge, attitudes, and experiences. *Journal of Child and Family Studies*, 17, 385–401.
- Swain, J. & French, S. (2000). Towards an affirmation model of disability. *Disability and Society*, 15(4), 569–582.
- Swanepoel, S. (2009). Die bydrae van maatskaplike werkers tot die aanpassing van die pleegkind in middelkinderjare in 'n pleegsorgplasing. Ongepubliseerde magistertesis, Universiteit Stellenbosch.
- Swart, E. & Pettipher, R. (2011). Perspectives on inclusive education. In E. Landsberg, D. Krüger & E. Swart (Eds.), *Addressing barriers to learning. A South African perspective* (pp. 3–23). Pretoria: Van Schaik Publishers.
- Taanila, A., Syrjälä, L., Kokkonen, J. & Järvelin, M.R. (2002). Coping with parents with physically and/or intellectually disabled children. *Child Care, Health and Development*, 28(1), 73–86.
- Tan, E.T. & Goldberg, W.A. (2009). Parental school involvement in relation to children's grades adaptation to school. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 30, 442–453.
- Tancred, E. (2011). Gesinsaanpassing, ouerskapstyle en hanteringstrategieë in gesinne met kinders met 'n Aandagtekort/Hiperaktiwiteitsversteuring (AT/HV). Ongepubliseerde magistertesis, Universiteit Stellenbosch.
- Tancred, E. & Greeff, A.P. (2015). Mothers' parenting styles and the association with family coping strategies and family adaptation in families of children with ADHD. *Clinical Social Work Journal*, 43(4), 442–451.
- Taub, D. (2006). Understanding the concerns of parents of students with disabilities. *Professional School Counseling Journal*, 10(1), 52–57.



- Taylor, E., Dodfner, M., Sergeant, J., Asherson, P., Banaschewski, T. & Buitelaar, J. (2004). European clinical guidelines for hyperkinetic disorder – First Upgrade. *European Child Adolescent Psychiatry*, 13(1), 17–30.
- Taylor, J.E. (1997). *Answers to ADD: A practical guide for parents*. New York, NY: Mar Co Products.
- Tedeschi, R.G. & Calhoun, L.G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15, 1–18.
- Terre Blanche, M. & Durrheim, K. (2006). Histories of the present: Social Science research in context. In M. Terre Blanche, K. Durrheim & D. Painter (Eds.), *Research in practice* (pp. 1–32). Cape Town: University of Cape Town Press.
- Test, D.W., Fowler, C., Wood, W.M., Brewer, D.M. & Eddy, S. (2005). A conceptual framework of self-advocacy for students with disabilities. *Remedial and Special Education*, 26(1), 43–54.
- Thapar, A., Pine, D.S., Leckman, J.F., Scott, S., Snowling, M.J., Taylor, E. (2015). *Rutter's child and adolescent psychiatry* (6<sup>th</sup> Edition). West Sussex: John Wiley & Sons.
- Theron, L. (2012). *Linda Theron: Explorations of South African youth resilience*. WordPress and WordPress Theme. [Aanlyn]. Afgelaai: [lindatheron.org](http://lindatheron.org).
- Theron, L.C. (2010). A critical review of studies of South African youth resilience, 1990–2008. *South African Journal of Science*, 106(8), 1–8.
- Theron, L.C. (2014). South African students explain their resiliency [Aanlyn]. Afgelaai: <http://www.youtube.com/watch?v=tD9AVcdzbKE#t=20>.
- Theron, L.C. (2016a). Researching resilience: lessons learned from working with rural, Sesotho-speaking South African young people. *Qualitative Research*, 16(6), 720–737.
- Theron, L.C. (2016b). The everyday ways that school ecologies facilitate resilience: Implications for school psychologists. *School Psychology International*, 37, 87–103.
- Theron, L.C., Liebenberg, L. & Ungar, M. (2015). *Youth resilience and culture. Commonalities and complexities*. New York, NY: Springer.
- Theule, J., Wiener, J., Rogers, M. & Marton, I. (2011). Predicting parenting stress in families of children with ADHD: Parent and contextual factors. *Journal of Child and Family Studies*, 20(5), 640–647.
- Thiel, C. (2005). Resilience in families of husbands with prostate cancer. Ongepubliseerde magistertesis, Universiteit Stellenbosch.

- Tinklin, T. & Hall, J. (1999). Getting Round obstacles: Disabled students' experiences in higher education in Scotland. *Studies in Higher Education*, 24(2), 183–194.
- Toomey, S.L., Rusinak, D. & Finkelstein, J.A. (2016). Why do children with ADHD discontinue their medication? *Clinical Pediatrics*, 51(8), 763–769.
- Train, B., Ahmed, R., Bandawe, C., Cockcroft, K., Crafford, A., Crous, F., Greenop, K., Seedat, M., Stacey, M., Tomlinson, M., Tommy, J. & Dale-Jones, B. (2007). *Inleiding tot die Sielkunde. 'n Nuwe benadering*. Kaapstad: Pearson Prentic Hall.
- Turnbull, M., Hart, D. & Lapkin, S. (2003). Grade 6 French immersion students' performance on large-scale reading, writing and Mathematics tests: Building explanations. *Alberta Journal of Educational Research*, 49, 6–23.
- Twomey, M. & Shevlin, M. (2016). Parenting, Autism Spectrum Disorders and inner journeys. *Journal of Research in Special Educational Needs*. [Aanlyn]. Afgelaai: <http://www.readcube.com/articles/10.1111/1471-3802.12373>.
- UNESCO 1990. One billion illiterates: a challenge for our time. UNESCO Courier, July.
- UNESCO 2000. World education forum Dakar, Senegal, 26–28 April. Paris, France: UNESCO. [Aanlyn]. Afgelaai: <http://www.unesco.org/education/wef/endocs/findings/rapport%20final%20e.pdf>
- Ungar, M. (2004). A constructionist discourses on resilience. Multiple context, multiple realities among at-risk children and youth. *Youth & Society*, 35(3), 341–365.
- Ungar, M. (2006). Nurturing hidden resilience in at-risk youth in different cultures. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 15(2), 53–58. [Aanlyn]. Afgelaai: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2277285/?tool=pubmed>.
- Ungar, M. (2008). Resilience across cultures. *British Journal of Social Work*, 38(2), 218–235.
- Ungar, M. (2011). The social ecology of resilience: Addressing contextual and cultural ambiguity of a nascent construct. *American Journal of Orthopsychiatry*, 81, 1–17.
- Ungar, M. (2012). The social ecology of resilience. In M. Ungar (Ed.), *The social ecology of resilience: A handbook of theory and practice* (pp. 13–32). New York, NY: Springer.
- Ungar, M., Brown, M., Liebenberg, L., Othman, R., Kwong, W.M., Armstrong, M. & Gilgun, J. (2007). Unique pathways to resilience across cultures. *Adolescence*, 42(166), 287–310.

- Ungar, M., Liebenberg, L., Boothroyd, R., Kwong, W.M. Lee, T.Y., Leblanc, J., Duque, L. & Makhnach, A. (2008). The study of youth resilience across cultures: Lessons from a pilot study of measurement development. *Research in Human Development, 5*(8), 166–180.
- Ungar, M., Theron, L., Liebenberg, L., Tian, G., Restrepo, A., Sanders, J., Munford, R., Russell, S. (2015). Patterns of individual coping, engagement with social supports, and use of formal services among a five-country sample of resilient youth. *Global Mental Health, 2*, 1–10.
- University of South Africa. (2008). *A situational analysis of child-headed households in South Africa*. Pretoria: University of South Africa.
- Upadhyaya, H.P., Desai, D., Schuh, K.J., Bymaster, F.P., Kallman, M.J., Clarke, D.O., Durell, T.M., Trzepacz, P.T., Calligaro, D.O., Nisenbaum, E.S., Emmerson, P.J., Schuh, L.M., Bickel, W.K. & Allen, A.J. (2013). A review of the abuse potential assessment of atomoxetine: a nonstimulant medication for Attention-deficit/Hyperactivity Disorder. *Psychopharmacology, 226*, 189–200.
- Utsey, S.O., Bolden, M.A., Williams, O., Lee, A. & Lanier, Y. (2007). Spiritual well-being as a mediator of the relation between culture-specific coping and quality of life in a community sample of African Americans. *Journal of Cross Cultural Psychology, 38*, 123–136.
- Van de Wiel, N., Mattys, W., Cohen-Kettenis, P.C. & Van Engeland, H. (2002). Effective treatments of schoolaged conduct disordered children: recommendations for changing clinical and research practices. *European Child & Adolescent Psychiatry, 11*(2), 79–84.
- Van der Merwe, S. (2001). Faktore wat veerkragtigheid in enkelouergesinne bevorder. Ongepubliseerde magistertesis, Universiteit Stellenbosch.
- Van der Walt, A. (2001). 'n Mediese perspektief op Aandagafleibaarheid/Hiperaktiwiteit Sindroom (AA/HS). In H. Bester (Ed.), *Help, my kind veroorsaak chaos. Hiperaktief? Kreatief? 'n Praktiese gids vir die uitkenning en hantering van AA/HS (ADHD) vir ouers, onderwysers en terapeute* (pp. XXX). Kaapstad: Human & Rousseau.
- Van der Walt, K. (2006). Resilience in families with an autistic child. Ongepubliseerde magistertesis, Universiteit Stellenbosch.
- Van Schalkwyk, G.I. & Schronen, J. (2011). Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in adults: A guide for the general practitioner. *South African Family Practice, 53*(2), 131–134.

- Van Vuuren, L. (2012). Veerkrachtigheidskenmerke by gesinne met 'n kind met 'n leergestremdheid en die effek van 'n gesinsroetine-intervensieprogram. Ongepubliseerde doktorsale proefskrif, Universiteit Stellenbosch.
- Van Wyk, Y. (2012). Verbetering van visueel-motoriese integrasie by 6- tot 8-jarige kinders met Aandaggebreekte hiperaktiwiteitsindroom. Ongepubliseerde magistertesis, Noordwes-Universiteit.
- Venter, A. (2015, March). ADHD etiology and pathophysiology. Paper presented at the Professional minds workshop Concentration Clinic, Cape Town, South Africa.
- Vermeulen, T. & Greeff, A.P. (2015). Family resilience resources in coping with child sexual abuse in South Africa. *Journal of Child Sexual Abuse*, 24, 555–571.
- Wagner, K. (2009). The collective body: Health and healing from a community psychology perspective. *Health, Healing & Community Psychology*. [Aanlyn]. Afgelaai: [http://katjewagner.com/documents/ComPsychBody\\_KW\\_000.pdf](http://katjewagner.com/documents/ComPsychBody_KW_000.pdf).
- Wait, J. (2003). Die middelkinderjare. In J. Wait, J.C. Meyer & H.S. Loxton (Eds.), *Klasnotas vir menslike ontwikkeling* (pp. 149–161). Stellenbosch: Ebony Books.
- Wait, J. (2004). Die middelkinderjare. In J. Wait, J.C. Meyer & H.S. Loxton (Eds.), *Menslike ontwikkeling: 'n Psigososiale perspektief* (pp. 131–149). Kaapstad: Ebony Books.
- Waldinger, R. (2015). *What makes a good life? Lessons from the longest study on happiness*. [Aanlyn]. Afgelaai: [https://www.ted.com/talks/robert\\_waldinger\\_what\\_makes\\_a\\_good\\_life\\_lessons\\_from\\_the\\_longest\\_study\\_on\\_happiness](https://www.ted.com/talks/robert_waldinger_what_makes_a_good_life_lessons_from_the_longest_study_on_happiness).
- Walsh, F. (1996). The concept of family resilience: Crisis and challenge. *Family Process*, 35(3), 261–281.
- Walsh, F. (2002). A family resilience framework: Innovative practice applications. *Family Relations*, 51(2), 130–137.
- Walsh, F. (2003). Family resilience: Strengths forged through adversity. In R. Walsh (Ed.), *Normal family processes* (pp. 399–423). New York, NY: Guilford Press.
- Walsh, F. (2003). *Normal family processes: Growing diversity and complexity*. New York, NY: The Guilford Press.
- Walton, E. (2011). Getting inclusion right in South Africa. *Intervention in School and Clinic*, 46(4), 240–245.

- Wasunna, C., Tegli, J. & Ndebele, P. (2014). Informed consent in an African context. In M. Kruger, P. Ndebele & L. Horn (Eds.), *Research in ethics in Africa: A resource for research ethics committees* (pp. 57–62). Stellenbosch: Sun Press.
- Wehmeyer, M.L. (2013). Beyond pathology: Positive psychology and disability. In M.L. Wehmeyer (Ed.), *The Oxford Handbook of Positive Psychology and Disability* (pp. 3–6). Oxford: Oxford University Press.
- Weiss, M. (2015). Functional impairment in ADHD. Diagnosing ADHD in children and adults. In L.A. Adler, T.J. Spencer & T.E. Wilens (Eds.), *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in adults and children* (pp. 42–49). Cambridge: Cambridge University Press.
- Wells, K. (2004). Treatment of ADHD in children and adolescents. In P. Barrett & T. Ollendick (Eds.), *Handbook of interventions that work with children and adolescents: Prevention and treatment* (pp. 343–369). Chichester: Wiley.
- Werner, E.E. & Smith, R.S. (1982). *Vulnerable but invincible: A study of resilient children*. New York, NY: McGraw-Hill.
- 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.
- Wertheimer, M. (2014). Music, thinking, perceived motion: The emergence of Gestalt Theory. *History of Psychology*, 17(2), 131–133.
- Western Cape Education Department: School curriculum, Grades R to 12. (2016, January). [Aanlyn]. Afgelaai: <http://wced.school.za/home/home.html>.
- WHO (1980). *International classification of impairments, disabilities and handicaps*. [Aanlyn]. Afgelaai: [www.drnbc.org/](http://www.drnbc.org/).
- Williams, M. (2002). Generalization in interpretive research. In T. May (Ed.), *Qualitative research in action* (pp. 125–142). London: SAGE Publications.
- Willig, C. (2008). *Introducing qualitative research in psychology* (2<sup>nd</sup> Edition). Philadelphia, Pennsylvania: Open University Press.
- Wodrich, D.L. (2000). *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: What every parent should know*. Baltimore: Paul H Brookes Publishing Company.
- Woldt, A.L. & Toman, S.M. (2005). *Gestalt Therapy: History, theory and practice*. California: SAGE Publications.
- World Health Organization. (2001). *The international classification of functioning, disability and health for children and youth (ICF-CY)*. [Aanlyn]. Afgelaai: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43737/1/9789241547321\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43737/1/9789241547321_eng.pdf).

- Wu, G., Feder, A., Cohen, H., Kim, J.J., Calderon, S., Charney, D.S. & Mathé, A.A. (2013). Understanding Resilience. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 7, 1–15.
- Wymbs, B.T., Pelham, W.E., Molina, B.S.G., Gnagy, E.M., Wilson, T. & Greenhouse, J.B. (2008). Rate and predictors of divorce among parents of youth with ADHD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(5), 735–44.
- Young, S. & Bramham, J. (2008). The experience of receiving a diagnosis and treatment of ADHD in adulthood. A qualitative study of clinically referred patients using interpretative phenomenological analysis. *Journal of Attention Disorders*, 11(4), 493–503.
- Zablotsky, B., Bradshaw, C.P. & Stuart, E.A. (2013). The association between mental health, stress, and coping supports in mothers of children with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43, 1380–1393.
- Zautra, A.J., Arewasikporn, A. & Davis, M.C. (2010). Resilience: Promoting well-being through recovery, sustainability and growth. *Research in Human Development*, 7(3), 1–119.
- Zentall, S. (1993). Research on the educational implications of Attention Deficit Disorder. *Exceptional Children*, 60, 143–153.
- Zupanick, C.E. *Support and help for families with intellectually disabled children*. Childhood Mental Disorders and Illnesses. [Aanlyn]. Afgelaai 15 Junie 2015: [http://www.mhmrcv.org/poc/view\\_doc.php?type=doc&id=1449&cn=37](http://www.mhmrcv.org/poc/view_doc.php?type=doc&id=1449&cn=37).

# BYLAAG 1

Posbus XXX  
XXX  
XXX  
14 April 2016

Geagte Ouer/Versorger/Voog

## NAVRAAG INSAKE VRYWILLIGE DEELNAME AAN NAVORSINGSTUDIE

Ek is tans besig met navorsing met die oog op die verwerwing van 'n PhD-graad in Opvoedkundige Sielkunde aan die Universiteit Stellenbosch. Die onderwerp van my navorsingsprojek is *Die beleving en vergestaltung van veerkragtigheid van ouers van kinders met ATHV in hul middelkinderjare*. Vir die doeleindes van hierdie studie kan veerkragtigheid omskryf word as die vermoë of vaardighede om, ten spyte van uitdagende omstandighede, moeilike situasies te kan hanteer en te bestuur en ook om te kan terugbonds na terugslae wat ondervind word as 'n gevolg van die lewe met 'n kind met ATHV.

Die doel van die studie is om 'n begrip te vorm van ouers se beleving van hierdie fenomeen, maar ook rakende wat die vergestaltung van die veerkragtigheid van ouers van kinders met ATHV in hul middelkinderjare bevorder. Sodoende kan die ondersteuning ten opsigte van hierdie populasie moontlik verbeter word. Die navorsing kan ook daartoe bydra dat 'n model ontwikkel kan word ten opsigte van die bevordering van die vergestaltung van veerkragtigheid van ouers van kinders met ATHV in hul middelkinderjare. Daar word beoog om hierdie navorsingsondersoek binne in die Wes-Kaap, spesifiek die Worcester-omgewing te doen.

Ten einde hierdie beoogde navorsingsondersoek uit te voer is dit van uiterse belang om bepaalde inligting vanuit die steekproefpopulasie te bekom. Die seleksiekriteria sluit die volgende in:

Ouers van kinders met ATHV,

1. as primêre diagnose;
2. in hul middelkinderjare;
3. ongeag of hul deel uitmaak van twee-ouergesinne, enkelouergesinne, dieselfdegeslaggesinne, en of hul pleegouer(s) of bloot primêre versorgers is. Wanneer ouers uit meer as een tipe gesin geselekteer word, bestaan die

moontlikheid dat dit kan bydra tot addisionele gevolgtrekkings van die studie wat op so 'n wyse die navorsing kan verryk;

4. in die Wes-Kaap om geografiese toeganklikheid van die deelnemers te bevorder;
5. wat Afrikaans- of Engelssprekend is om kommunikasie tussen die navorser en deelnemer moontlik te maak;
6. wat aan al die bogenoemde kriteria voldoen, en wie vrywillig reageer op die uitnodiging om aan die studie deel te neem.

Onderhoude sal met die ouers van kinders met ATHV in hul middelkinderjare gevoer word. Die onderhoudsgids sal gerig wees op beleving van ouers ten opsigte van die diagnose van ATHV by hul kind, die behandeling van ATHV, die impak en dinamika van ATHV op die gesin en interaksie met die gemeenskap, die beleving van ondersteuning, asook die ervaring van ouerskap. Daar sal ook van ouers versoek word om vrywillig vir een maand lank hul beleving as die ouer van 'n kind met ATHV in 'n joernaal op te teken. Die moontlikheid bestaan dat kinders se skoolrapporte nageslaan mag word ten einde 'n beter beeld van hul ervarings te herroep. Hierdie rekords sal dan slegs met die vrywillige toestemming van die deelnemers nageslaan en gebruik word. Toestemming sal ook verkry word indien die behoefte ontstaan om enige mediese verslae te bestudeer ten einde akkurate inligting rakende die aard van die kinders se ATHV te verkry.

Met hierdie inligtingsbrief poog ek om ouers van kinders met ATHV in hul middelkinderjare vrywillig by hierdie studie te betrek. Ek onderneem om deelnemers voldoende in te lig omtrent al die aspekte van die navorsing, asook die opsie om van deelname aan die studie onttrek, indien daar 'n behoefte daartoe sou wees.

Dit is wel moontlik dat deelnemers gekonfronteer kan word met inligting wat persoonlik van aard is. Daar is daarom voorsiening gemaak vir wanneer enige deelnemer op stadiums van die onderhoude moontlike emosionele ongemak mag ervaar. Daar sal gratis berading beskikbaar gestel word, indien deelnemers ten tye van die navorsing of daarna sterk emosies ervaar. Indien deelnemers sou voel dat hul ondersteuningsdienste benodig, kan hul in verbinding tree met 'n geregistreerde sielkundige, wie se naam en kontakbesonderhede voorsien sal word by die inwilliging en toestemming tot deelname.

Al die inligting wat tydens die navorsingsprojek ingewin word, sal ook eties korrek hanteer word om sodoende die deelnemers te beskerm en die geldigheid en betroubaarheid van die data te verseker. Anonimiteit en vertroulikheid sal deurlopend van hoë waarde geag word en inligting wat ingewin is sal met sensitiwiteit en vertroulikheid hanteer word. Deelnemers sal



geleentheid hê, indien hul dit verkies, om na die verwerkte data te kyk om te sien of hul saamstem met die weergawe van die inligting wat hul verskaf het. Dit bied hul ook die geleentheid om te besluit of hul identiteit genoegsaam beskerm is.

Indien u inwillig tot deelname aan hierdie studie kan u my kontak by telefoonnommer XXX XXX XXXX of per e-pos by XXXXXXXX@gmail.com.

Vriendelike groete

Susan du Toit

Student

Universiteit Stellenbosch

## BYLAAG 2

### INGELIGTE INSTEMMING EN TOESTEMMING VAN NAVORSINGSDEELNEMER: OUERS VAN KINDERS MET AANDAGTEKORT- EN HIPERAKTIWITEITSVERSTEURING IN HUL MIDDELKINDERJARE

Die bogenoemde inligting is aan my \_\_\_\_\_ [naam van deelnemer] verduidelik deur \_\_\_\_\_ [naam van navorser] in \_\_\_\_\_ [Afrikaans/Engels] wat ek duidelik verstaan. Indien enige iets onduidelik was, is dit bevredigend aan my verduidelik. Daar is aan my die geleentheid gegee om vrae te vra en die vrae was na my mening bevredigend en verstaanbaar beantwoord.

Ek gee hiermee my ingeligte en vrywillige instemming en toestemming en om aan die studie deel te neem en bevestig ek dat ek ook 'n kopie van hierdie vorm ontvang het. Ek gee ook toestemming dat 'n opname gedurende die onderhoud gemaak kan word; dat die navorser moontlik rekords soos mediese verslae, skoolrapporte of -boeke van my kind kan bestudeer indien daar 'n behoefte daarvoor ontstaan; en ook vir die verwerking van inligting soos dit deur my verskaf is, nadat ek die geleentheid gehad het om die transkripsies van die inligting deur te gaan. Ek is ook bewus daarvan dat ek deur die verwerkte data mag gaan om te kan verander waarmee ek nie gemaklik voel nie en ook om seker te maak dat my identiteit genoegsaam beskerm is. Ek is bewus daarvan dat ek op enige stadium sonder enige nagevolge van die studie kan onttrek, indien ek dit so sou verkies.

---

Naam van die deelnemer

## BYLAAG 3

### Onderhoude met deelnemers

#### Informele gesprek

Die formele onderhoud sal deur 'n informele gesprek voorafgaan word. Die informele gesprek het hoofsaaklik ten doel om rapport met die deelnemers te bou.

#### Semi-gestruktureerde onderhoudsgids

##### Inleiding

Baie dankie dat u ingestem het om aan hierdie studie deel te neem. Ek sien daarna uit om meer oor u belewing as die ouer van 'n kind met ATHV in sy/haar middelkinderjare te leer.

Ek herinner u graag dat u enige tyd ten tye van die navorsing daartoe geregtig is om sonder enige nagevolge van die studie te onttrek. U word ook aangemoedig om my in kennis te stel wanneer u tydens die onderhoud enige vorm van emosionele ongemak ervaar. Daar is voorsiening gemaak vir die gratis dienste van 'n sielkundige indien u sou voel dat enige gesprek of mededeling tydens die onderhoude aanleiding tot 'n emosionele belewing mag gee.

U het tydens ons aanvanklike bespreking rakende die navorsingsproses toestemming gegee dat ek die gesprek mag opneem. Mag ek dus nou die opnemer aanskakel?

Die doel van die onderhoud is om deur middel van u ervarings meer oor u algemene belewing en die vergestaltung van veerkrachtigheid van ouers van kinders met ATHV in hul middelkinderjare te wete te kom. Soos ek ook reeds met u bespreek het, het ek 'n dagboek by u inligtingspakkie ingesluit. Ek sal groot waardering daarvoor hê indien u deur die loop van die volgende maand ervaringe in hierdie dagboek kan dokumenteer. Hierdie inskrywings kan enige iets insluit soos gedagtes, nadenke, gevoelens, frustrasies, vreugdevolle oomblikke, deurbrake, ensovoorts.

Is u gereed om te begin?

## Vrae

Tydens hierdie onderhoud gaan ons meer te wete kom rakende sekere aspekte van u storie aangaande u belewing van 'n kind met ATHV in sy of haar middelkinderjare. Sal u omgee om u verhaal rakende 'n kind met ATHV met my te deel? U kan ook 'n tydlyn of lewenslyn gebruik om belangrike lewensgebeurtenisse uit te lig.

Kan u my meer vertel aangaande spesifieke belewenisse en gebeure wat verband hou met u verhaal?

- Die diagnose van ATHV by u kind.
- Die behandeling van u kind se ATHV.
- Die impak van ATHV binne die dinamika van die gesin.
- Die impak van ATHV op die interaksie met die gemeenskap.
- U belewing van ondersteuningsisteme.
- U ervaring van ouerskap aangaande 'n kind met ATHV – persoonlik, sosiaal, beskikbaarheid van hulpbronne.

Die volgende sal as verdere porboodskappe gedurende die gesprekke gebruik word:

Wat het toe gebeur?

Wat het daartoe aanleiding gegee?

Wat was u belewing daarvan?

Hoe het dit u laat voel?

Wat het u daaroor gedink?

Watse betekenis het dit vir u ingehou?

Hoe het u daarop reageer?

Kan u my meer daaroor vertel?

## Afsluiting

Baie dankie vir al u moeite en tyd om aan hierdie studie deel te neem. Ek het groot waardering vir die bydrae wat u ervarings en vertellings tot die veld van veerkragtigheid van ouers van kinders met ATHV lewer.

Ek sal u kontak sodra ek u vertellings getranskribeer en die narratiewe geskryf het. U is dan welkom om daarna te kyk en dit te redigeer indien u dit nie 100% as 'n ware refleksie van u aanvanklike vertellings vind nie. Ek sal u ook oor 'n maand kontak om te hoor of u enige joernaalinskrywings gemaak het. Ek sal dit weer aan u terugbesorg nadat ek inligting daaruit

vir die studie gebruik het. Nogmaals baie dankie vir u bereidwilligheid om as deelnemer vir hierdie studie op te tree.

## **Opvolgsessie**

Hierdie sessie het ten doel om die inligting wat ek van die deelnemers ontvang het, met hul te verifieer nadat dit getranskribeer is en die narratiewe saamgestel is. Riglyne vir die gesprek:

Wat ek verstaan uit ons eerste gesprek is ...

Het ek u vertellings korrek geïnterpreteer en saamgevat?

Is daar enige iets wat u wil byvoeg?

Is daar enige iets wat u voel u wil weglaat uit die narratief?

Is daar enige iets volgens u mening wat u anonimiteit kan skaad?

U is baie welkom om die transkripsies deur te lees en veranderinge aan te bring.

Nogmaals baie dankie vir u bydrae tot hierdie studie. Ek glo dat u ervaring van waarde sal wees vir ander ouers van kinders met ATHV in hul middelkinderjare. Ek sal u kontak sodra die tesis klaar is en aan u terugvoer gee aangaande die bevindinge van hierdie studie.

## BYLAAG 4

### Uittreksel uit 'n transkripsie

1. ... lank sy aandag op een ding vestig nie. Maar dis okay, dis 'n seuntjie. Hulle is mos
2. bedrywig. En toe is hy na 'n arbeidsterapeut toe. Spesifiek omdat hy nie sy potlood reg
3. houvas nie. ADHD gaan mos saam met 'n klomp ander dingetjies. Ek het vir die
4. arbeidsterapeut gevra: Is my kind ADHD? Sy het gese sy het geen kennis daarvan nie.
5. Sy weet nie. Toe XXX 4 was het ek hom XXX toe gebring vir sy 4 jaar roetine
6. ondersoek. Toe ons instap by die spreekkamer sê die dokter vir my - jou kind is
7. aandagafleibaar-hiperaktief en hy gee vir ons 'n voorskrif vir Ritalin. Op daardie stadium
8. was Ritalin 'n vloekwoord. Dit was gif. Jy gee dit nie vir jou kind nie. Ons was op pad
9. met vakansie. Die hele vakansie lank het ons redeneer. Gaan ons dit gee, gaan ons dit
10. nie gee nie? Jy het geen kennis nie. Die dokter gee vir jou 'n pil. Jou kind moet dit drink.
11. Jy as ouer gaan nie net vir jou kind enige ding gee om te drink nie. Op die internet word
12. gekonfronteer met soveel negatiewe goed. So was ons met vakansie en die dag wat die
13. skool begin, het ons besluit. Right. Ons moet nou seker iets doen. Die oggend wat die
14. skool begin het, gee ons hom sy eerste pilletjie. Teen 10:00 bel die juffrou en vra – kom
15. haal asseblief jou kind. Ek kan nie met hom klas hou nie. Hy ontwrig almal in sy klas. My
16. hart is in flarde. Die juffrou sê my kind loop in sirkels in die klas. Hy kruip onder die goed
17. weg. Hy ontwrig die kinders. XX is toe oordoseer. Die dokter het vir hom 'n 40mg Ritalin
18. gegee vir 'n 5-jarige seuntjie. Mense dink jy maak 'n grap, maar as XXX op daardie
19. stadium 16 was, het hy daardie dag sy polse gesny. (Emosioneel). Want hy kruip in sy

20. kamer onder sy bed weg. Hy sê hy wil niemand sien nie. Hy wil nie hier wees nie. En vir
21. 'n 5-jarige, ek meen, dis net nie aanvaarbaar nie. Toe het ons dadelik die pille in die
22. toilet afgespoel. Ek het dadelik die pille gelos. Daardie selfde aand is XXX se ma
23. oorlede. So daai dag was net 'n totale trauma. En ons het besluit ons gaan nie die
24. pilleding doen nie. Dit gaan nie werk nie, want dis nou maar net so. Toe het ons die
25. paadjie geloop van sny alle groen goed uit. Sny alle rooi goed uit. Lae GI-dieet. Lae
26. suikerdieet. Jy probeer alles. XXX was op verskriklike 'n hoë dosis omega 3 olies. Vis.
27. Vreeslik vis gekoop. Ons het gery van XXX tot in XXX agter vis aan, want hierdie
28. see se olievlakke is te hoog en daardie see se olievlakke is te laag. Intussen sit jy met 'n
29. juffrou wat jou aanmekaar bel, want jou kind ontwrig haar klas. XXX was op daardie
30. stadium 'n XXX, so hy is soggens 4:00 uit die huis uit. Hy het saans 11:00
31. terug gekom, so ek was alleen. Vandag kan ek terugkyk en sê, gelukkig was klein XXX
32. toe nog nie gebore nie. So met XXX het ons daardie paadjie gestap. Tot die
33. arbeidsterapeut vir my sê sy het 'n kind wat sy behandel en vir heel iets anders en sy is
34. by 'n neuroloog in XXX en sy voel ons moet vir XXX daar kry. En toe kon ons nou
35. ook sê, ons het die natuurlike manier probeer. Dit het nie gewerk nie. Ons het letterlik
36. alles probeer. Ons dink toe miskien is daar ander medikasie wat ons kan probeer. Toe is
37. ons gelukkig genoeg om binne twee weke by dr XXX 'n afspraak te kon kry. Sy het hom
38. weer geëvalueer. Daar is nie 'n manier nie. Hy het ADD, hy het ook lae spiertonus en
39. perseptuele probleme. So ons enige opsie op daardie stadium was Ritalin, maar ons het
40. begin met 'n kwart van 'n pilletjie. Ons begin toe die keer op die kortwerkend. En elke
41. twee weke as jy 'n verskil sien, skuif jy hom op op op. So toe het ons daai paadjie begin
42. loop. Sy Ritalin aangepas aangepas. En dit het begin beter gaan. Hy het steeds sy
43. arbeidsterapie gekry. Right. Toe kom ons XXX toe. Dit was 200X, want XXX se
44. pa het baie swaar gekry en ons het die pos hier gekry. XXX is toe graad R toe en die
45. juffrou wat daar was het vir my gesê, hoor hier, jou kind het 'n probleem. Die ding is die
46. juffrou wat daar was, was nie baie lus vir medikasie gee nie. Hy moes 10:00 weer 'n

47. pilletjie by die skool kry en sy wou nie die pilletjie gee nie. Einde van graad R roep
48. juffrou ons in en sê hy is emosioneel nog nie gereed om graad 1 toe te gaan nie. Ons
49. het vorms ingevul en XXX se tweede graad R jaar was vir hom 'n frustrasie. Dis
50. werk wat hy reeds gedoen het. Dis vervelig. Die maatjies wat hy gehad het, het almal
51. aangegaan. Hy het alleen agtergebly. So dit was 'n moeilike jaar. Graad 1 het hy toe
52. nou na 'n nuwe juffrou gegaan en toe het dit begin moeilik raak. Hy het steeds elke 6
53. maande na die neuroloog gegaan. Sy medikasie is heeltyd aangepas. Maar toe het  
ons
54. weer 'n juffrou wat nie wil medikasie by die skool gee nie. Ek moes elke dag pouse ry  
en
55. vir hom sê dat as die pouseklok lui moet hy my voor by die hek kry. En dit  
ongelooflike
56. druk op hom, want hy staan onmiddellik uit, want hy gaan elke pouse na sy ma toe  
om
57. iets te gaan doen en almal sien hom, maar jy kan mos nou ook nie 'n 7-jarige kind  
met
58. 'n pilletjie skool toe stuur nie. Dit werk nie. Toe begin daar probleme in klas kom.
59. Kinders wat hom begin afknou en hy begin daarop reageer. Hy sal 'n kind terugslaan  
of
60. wat ookal. Juffrou sou hom dan voor in die klas onder die bord laat sit of onder die
61. venster in die hoekie. En ek moes toe eers weer verduidelik. Hy is ADD. Hy kan nie  
voor
62. 'n venster in 'n hoekie sit nie. Hy gaan nie konsentreer nie. Toe het sy vir ons gesê –  
hy
63. pas nie in die boksie nie. Sy kan nie met hom werk nie. Sy voel ons moet maar  
aansoek



# BYLAAG 5



UNIVERSITEIT•STELLENBOSCH•UNIVERSITY  
jou kennisvennoot • your knowledge partner

## Approval Notice

### Stipulated documents/requirements

15-Jun-2016

Du Toit, Susan Du Toit S

Proposal #: SU-HSD-001879

Title: **Die veerkragtigheid van ouers/versorgers van kinders met ATHV in hul middelkinderjare.  
(ATHV = aandagtekort- en hiperaktiwiteitsversteuring)**

Dear Ms Susan Du Toit Du Toit,

Your Stipulated documents/requirements received on 28-Apr-2016, was reviewed and accepted.

Please note the following information about your approved research proposal:

Proposal Approval Period: 31-Mar-2016 - 30-Mar-2017

#### General comments:

Please take note of the general Investigator Responsibilities attached to this letter.

**If the research deviates significantly from the undertaking that was made in the original application for research ethics clearance to the REC and/or alters the risk/benefit profile of the study, the researcher must undertake to notify the REC of these changes.**

Please remember to use your proposal number (SU-HSD-001879) on any documents or correspondence with the REC concerning your research proposal.

Please note that the REC has the prerogative and authority to ask further questions, seek additional information, require further modifications, or monitor the conduct of your research and the consent process.

This committee abides by the ethical norms and principles for research, established by the Declaration of Helsinki and the Guidelines for Ethical Research: Principles Structures and Processes 2015 (Department of Health). Annually a number of projects may be selected randomly for an external audit.

National Health Research Ethics Committee (NHREC) registration number REC-050411-032.

We wish you the best as you conduct your research.

If you have any questions or need further help, please contact the REC office at 218089183.

Sincerely,

Clarissa Graham  
REC Coordinator  
Research Ethics Committee: Human Research (Humanities)

## BYLAAG 6

### DIREKTORAAT: NAVORSING

[Audrey.wyngaard@westerncape.gov.za](mailto:Audrey.wyngaard@westerncape.gov.za)  
tel.: +27 21 467 9272 faks: 0865902282  
Privaatsak x9114, Kaapstad 8000  
[wced.wcape.gov.za](http://wced.wcape.gov.za)

**VERWYSING:** 20151029-4626

**NAVRAE:** Dr A.T. Wyngaard

Mev Susan Du Toit  
Posbus XXX  
Worcester  
6849

### Beste Mev Susan Du Toit

### NAVORSINGSTITEL: DIE VEERKRAGTIGHEID VAN OUERS MET KINDERS MET ATHV

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 **18 Januarie 2016 tot 24 Junie 2016**
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 A.T. Wyngaard** 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 lys van skole soos wat by die Wes-Kaap Onderwysdepartement ingedien is.
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: Navorsingsdienste  
Wes-Kaap Onderwysdepartement  
Privaatsak X9114  
KAAPSTAD  
8000**

Ons wens u sukses toe met u navorsing.

Die uwe

Geteken: Dr Audrey T. Wyngaard

**Direktoraat: Navorsing**

**DATUM: 30 Oktober 2015**