’N SKOOLGEBASEERDE OPLEIDINGSPROGRAM VIR DIE IDENTIFISERING VAN EN HULPVERLENING AAN SELFMUTILEERDERS

Sydney Lambert Vos

BA; HOD; HONS BA; HONS BEd; HONS BEd; MEd; MEd

Proefskrif voorgelê ter vervulling van die vereistes vir die graad

PHILOSOPHIAE DOCTOR EDUCATIONIS

in

Opvoedkundige Sielkunde

in die

FAKULTEIT OPVOEDKUNDE

aan die

NOORDWES-UNIVERSITEIT (VAALDRIEHOEKKAMPUS)

STUDIELEIER: PROF MM GRÖSSER

MEDESTUDIELEIERS

Dr Mirna Nel

Dr Leonora De Villiers

VANDERBIJLPARK

2011

VERKLARING

Hiermee verklaar ek,

SYDNEY LAMBERT VOS

dat die proefskrif wat ek hiermee vir die graad Philosophiae Doctor aan die Noordwes-Universiteit, Vaaldriehoekkampus indien, my eie werk is en nie voorheen deur my vir ’n graad aan ’n ander universiteit ingedien is nie.

_____

SYDNEY LAMBERT VOS

23 Mei 2011

Vir wie dit mag aangaan

Ek, Elma de Kock, het die Ph.D.-tesis van Sydney Lambert Vos, 'n Skoolgebaseerde opleidingsprogram vir die identifisering en hulpverlening aan selfmutileerders, se teksversorging hanteer.

Ek beskik oor 'n Honneursgraad in Afrikaans en Nederlands met taalpraktyk as vak.

Dankie
Elma de Kock
Sel: 083 302 5282Dtg
e-pos: elma.dekock@gmail.com

DANKBETUIGINGS

Na voltooiing van hierdie studie is dit my opregte begeerte om die volgende persone en instansies van harte te bedank:

- Alle dank en eer aan my Skepper wat deur Sy krag en genade my daartoe in staat gestel het om hierdie studie te voltooi.
- My innige dank aan my studieleier, Professor Mary Grösser, vir die besondere wyse waarop sy my deur hierdie studie gelei het. Haar kennis, geduld, belangstelling en motivering word opreg waardeer.
- ’n Besondere woord van dank aan Doktor Leonora de Villiers as hulp-studieleier vir haar ondersteuning en begeleiding met die voltooiing van Hoofstuk 2 en 3 en die opleidingsprogram.
- Dr Mirna Nel as hulpstudieleier vir haar ondersteuning en begeleiding met die voltooiing van Hoofstuk 2 en die opleidingsprogram.
- My vrou Hermine en my seuns Ügen en Gerwin vir hulle liefde, geduld en ondersteuning.
- Die personeel van die Ferdinand Postma-Biblioteek (Vaaldriehoekkampus) vir hulle vriendelike en gewaardeerde diens en leiding.
- Die Gauteng Onderwysdepartement vir hulle toestemming om hierdie studie te onderneem.
- Me Aldine Oosthuyzen, Inligtingstegnologie van die Noordwes-Universiteit (Vaaldriehoekkampus), vir haar hulp met die statistiese ontleding en tegniese versorging.
- Me Marinda Bosman vir haar netjiese tikwerk en ondersteuning.
- C Trans vir die vertaling van die opsomming in Engels.
- My kollegas by Studente-ontwikkeling vir ondersteuning en aanmoediging.
- Almal wat direk betrokke was by die studie.

OPGEDRA AAN

My Pa, Sydney Lambert Vos (senior)

OPSOMMING

Volgens die beleid op Inklusiewe Onderwys, word toenemend van onderwysers verwag om ’n gemeenskaps- en pastorale rol te vertolk om sodoende daartoe in staat te wees om aan die behoeftes van leerders wat hindernisse tot leer (soos byvoorbeeld selfmutilasie) ervaar, te kan beantwoord.

Hierdie studie is onderneem om vas te stel oor watter kennis en vaardighede onderwysers beskik om selfmutileerders in inklusiewe klaskamers te identifiseer, en basiese hulp aan hierdie leerders te verleen.

Deur middel van ’n literatuurstudie is selfmutilasie van nader toegelig en aandag is gegee aan ’n verklaring van wat selfmutilasie presies behels, die vorme van selfmutilasie, die oorsake van selfmutilasie, selfmutilasie en verwante toestande en die kenmerke van die selfmutileerder. Aansluitend daarby is gefokus op die mate waartoe die onderwyser daartoe in staat is om selfmutileerders in inklusiewe klaskamers te identifiseer en basiese hulp aan hulle te kan verleen. Fokus is ook op die gemeenskaps- en pastorale rol van die onderwyser, die onderwyser se belewing van inklusiewe onderwys en die Nasionale Strategie ten opsigte van die Sifting, Identifisering, Assessering en Ondersteuning van leerders wat hindernisse tot leer ervaar, geplaas. ‘n Nadere omskrywing van verskeie terapeutiese benaderings en hulpprogramme wat met selfmutileerders onderneem kan word, het die literatuurstudie afgesluit, wat die leemte ten opsigte van opleidingsprogramme vir die bemagtiging van onderwysers in Suid-Afrika sonder sielkundige opleiding of agtergrond om selfmutileerders te identifiseer en basiese hulp aan hulle te verleen, uitgewys het.

Kwantitatiewe navorsing is gebruik om data by onderwysers in te samel by wyse van ’n vraelys met oop en geslote items. In die betrokke studie is 319 onderwysers doelgerig en willekeurig gekies uit 16 sekondêre skole (8 Oud-Model C-skole en 8 Township-skole), uit Distrikte D2 en D12 in die Krugersdorp/Roodepoort omgewing van die Gauteng Departement van

Onderwys. Die vraelys het enersyds onderwysers se kennis ten opsigte van die aard, oorsake en kenmerke van selfmutilasie in inklusiewe klaskamers bepaal, sowel as die vaardighede waaroor onderwysers beskik om basiese hulp aan selfmutileerders te verleen. Andersyds, is daar ook deur middel van oop vrae vasgestel hoe onderwysers bewus word van selmutileerders, watter opleiding hulle ontvang het om basiese hulp aan selfmutileerders te verleen, wat hulle as die invloed van selfmutilasie op onderrig en leer en op emosionele en sosiale ontwikkeling beskou. Verder is hulle siening van die pastorale rol van die onderwyser, hulle houding/gesindheid ten opsigte van die moontlike implementering van 'n opleidingsprogram om selfmutileerders in inklusiewe klaskamers te identifiseer en basiese hulp aan hulle te verleen, die ondersteuningstrukture tot hulle beskikking vir die identifisering van en hulpverlening aan selfmutileerders, en die geleenthede wat hulle skep vir leerders om oor probleme te praat ook deur middel van oop vrae vasgestel.

Resultate het aangedui dat die onderwysers wat aan die studie deelgeneem het, nie oor genoegsame kennis en vaardighede beskik rakende die identifisering van en basiese hulpverlening aan selfmutileerders nie. Hulle was egter ten gunste van die implementering van 'n opleidingsprogram wat hulle daartoe in staat sal stel om selfmutileerders te identifiseer en aan hulle basiese hulp te kan verleen. Op grond van die data wat met die vraelys verkry is, en in ooreenstemming met die literatuur, is 'n opleidingsprogram ontwikkel. In die afwesigheid van opleidingsprogramme vir die ondersteuning van onderwysers in die identifisering van en basiese hulpverlening aan selfmutileerders in Suid-Afrikaanse skole, maak hierdie studie 'n besondere bydrae.

Sleutelwoorde: hindernisse tot leer, selfmutilasie, selfbesering, inklusiewe onderwys.

SUMMARY

According to the policy on Inclusive Education, teachers are increasingly expected to play a community and pastoral role in order to, in this way, be able to measure up to the needs of learners who are experiencing barriers to learning (such as, for example, self-mutilation).

This study was undertaken to determine what knowledge and skills teachers have at their disposal to identify self-mutilators in inclusive classrooms and to provide basic aid to these learners.

By means of a literature study, self-mutilation was elucidated, and attention was paid to an explanation of what exactly self-mutilation involved, the forms of self-mutilation, the causes of self-mutilation, self-mutilation and related conditions, and the characteristics of the self-mutilator. Linked to this, the focus was on the extent to which the teacher is capable of identifying self-mutilators in inclusive classrooms and providing basic aid to them. Focus was also placed on the community and pastoral role of the teacher, the teacher's experience of inclusive education, and the National Strategy with regard to the Screening, Identification, Assessment, and Support of learners who experience barriers to learning. A full description of various therapeutic approaches and aid programmes that can be undertaken with self-mutilators concluded the literature review. This literature review indicated a gap regarding the availability of training programmes for South-African teachers without training or background knowledge of Psychology, to assist them in identifying self-mutilators and providing basic aid to self-mutilators.

Quantitative descriptive research was used to gather data from teachers by means of a questionnaire with open and closed items. In this particular study, 319 teachers were purposively and randomly chosen from 16 secondary schools (eight Ex Model C schools and eight Township schools) from Districts D2 and D12 in the Krugersdorp/Roodepoort area of the Gauteng Department of Education. On the one hand, the questionnaire determined teachers' knowledge and skills with regard to the nature of, reasons for and

characteristics of self-mutilation in inclusive classrooms, and whether they possessed skills to provide basic aid to self-mutilators. On the other hand, it was also determined by means of open questions how the teachers become aware of self-mutilators, the type of training they received to provide basic aid to self-mutilators, what they viewed being the influence of self-mutilation on teaching and learning and on emotional and social development, their views of the pastoral role of the teacher as well as what their attitude/view was with regard to the possible implementation of a training programme to identify self-mutilators in inclusive classrooms and to provide basic aid to them. Furthermore, the open questions explored the availability of support structures to teachers to assist them in identifying self-mutilators and providing basic aid to these learners, as well as the opportunities that teachers create for learners to talk about their problems.

Results indicated that the teachers who took part in the study did not have adequate knowledge and skills at their disposal regarding the identification of, and provision of basic aid to self-mutilators. They were however in favour of the implementation of a training programme that would enable them to identify self-mutilators and provide basic aid to them. On the basis of the data obtained through the questionnaire, and in accordance with the literature, a training programme was developed. In the absence of training programmes for the support of teachers in the identification of, and aid to self-mutilators in South African schools, this study makes a distinct contribution.

Keywords: barriers to learning, self-mutilation, self-injury, inclusive education.

”Iris”

by the Goo Goo Dolls

Verse 1

And I’d give up forever to touch you

Cause I know that you’d feel me somehow

You’re the closest to heaven that I’ll ever be

And I don’t want to go home right now

Verse 2

And all I can taste is this moment

And all I can breathe is your life

Cause sooner or later it’s over

I just don’t want to miss you tonight

Chorus

And I don’t want the world to see me

Cause I don’t think that they’d understand

When everything’s made to be broken

I just want you to know who I am

Verse 3

And you can’t fight the tears that ain’t coming

Or the moment of truth in your lies

When everything feels like the movies

Yeah you bleed just to know you’re alive

Chorus

And I don’t want the world to see me

Cause I don’t think that they’d understand

When everything’s made to be broken

I just want you to know who I am

Chorus

And I don’t want the world to see me

Cause I don’t think that they’d understand

When everything’s made to be broken

I just want you to know who I am

I just want you to know who I am

I just want you to know who I am

I just want you to know who I am

I just want you to know who I am

[IRIS, 2007]

These Voices

She covers the scars on her arms up so well,
hiding the evidence of her own private hell.
The feeling of blood is still crawling on her skin.
And her fingers are down her throat to make herself thin.
These voices are coming around again.
The voices that caused all the pain.
Her parents don't notice, she cries by herself.
Willing herself to get better in the name of her health.
The blood drips from every pierced vein in her arm.
These voices are coming around again.
The voices that caused all the pain.
Her body is decaying, it's just wasting away.
She doesn't see the harm on how the voices betray.
She's not hurting anymore because it just feels so right.
She's too weak to eat, to hungry to fight.
These voices are coming around again.
The voices that caused all the pain.
Her veins are broken, her flesh is raw.
It's too late, she's slumped over on the floor.
Her fingers down her throat, razor blade by her side.
She's been headed here for so long, on this downward slide.
These voices are coming around again.
The voices that caused all the pain.
The voices are back for more.
It's too late, she lies dead on the floor.

[2008]

INHOUDSOPGAWE

VERKLARING ..... **ii**

DANKBETUIGINGS ..... **iv**

OPSOMMING ..... **vi**

SUMMARY ..... **viii**

INHOUDSOPGAWE ..... **xiii**

LYS VAN TABELLE ..... **xxvi**

LYS VAN FIGURE ..... **xxix**

HOOFSTUK 1 ..... **1**

ORIËNTASIE EN PROBLEEMSTELLING **1**

1.1 INLEIDING EN PROBLEEMSTELLING **1**

1.2 PROBLEEMSTELLING **4**

1.3 DIE DOELSTELLING EN DOELWITTE VAN DIE STUDIE **6**

1.4 KONSEPTUELE RAAMWERK **7**

1.5 METODE VAN ONDERSOEK **9**

1.5.1 Die literatuurstudie **9**

1.5.2 Die empiriese ondersoek **16**

1.5.2.1 Navorsingsraamwerk 16

1.6 NAVORSINGSONTWERP **17**

1.6.1 Kwantitatiewe navorsing **17**

1.6.1.1 Die versekering van geldigheid en betroubaarheid van die kwantitatiewe navorsingsontwerp 18

1.6.2 Kwalitatiewe navorsing 18

1.6.2.1 Geldigheid van die kwalitatiewe navorsing 19

1.7 NAVORSINGSTRATEGIE 19

1.7.1 Die kwantitatiewe navorsingstrategie 20

1.7.2 Kwalitatiewe navorsingstrategie 20

1.8 DATAVERSAMELINGSINSTRUMENT 21

1.8.1 Die vraelys 21

1.8.2 Die loodsondersoek 23

1.8.3 Die betroubaarheid van die vraelys 23

1.8.4 Die geldigheid van die vraelys 24

1.9 POPULASIE EN STEEKPROEF 24

1.10 DATA-ANALISE EN INTERPRETASIE VAN DATA 25

1.10.1 Kwantitatiewe data-analise 25

1.10.2 Kwalitatiewe data-analise 25

1.11 BYDRAE TOT DIE VAKGEBIED 25

1.12 KONSEPVERKLARINGS 26

1.13 HAALBAARHEID VAN DIE STUDIE 27

1.14 VOORLOPIGE HOOFSTUKINDELING 27

1.15 ETIESE OORWEGINGS 28

1.16 SAMEVATTING 28

HOOFSTUK 2 30

SELFMUTILASIE AS LEEFWÊRELDLIKE VERSKYNSEL 30

2.1 INLEIDING 30

2.1.1 ’n Historiese oorsig oor selfmutilasie as leefwêreldlike verskynsel 31

2.2 SELFMUTILASIE: KONSEPVERKLARINGE 33

2.2.1 Die verskil tussen selfmutilasie en ‘n selfmoordpoging 34

2.2.2 Die vorme van selfmutilasie 35

2.3 DIE OORSAKE VAN SELFMUTILASIE 41

2.3.1 Psigologiese teorieë oor die oorsake van selfmutilasie 41

2.3.2 Die chemies-biologiese teorie oor die oorsake van selfmutilasie 45

2.3.3 Turner se afhanklikheidsteorie oor die oorsake van selfmutilasie 46

2.4 SELFMUTILASIE EN VERWANTE TOESTANDE 57

2.4.1 Ontoereikende opvoedingsverhoudinge 58

2.4.2 Grenslynpersoonlikheidsversteuring en selfmutilasie 59

2.4.3 Post-traumatiese gedragsversteuringe (stres) en selfmutilasie 61

2.4.4 Angsversteuringe en selfmutilasie 63

2.4.4.1 Algemene angsversteuringe en selfmutilasie 63

2.4.4.2 Paniekaanvalle en selfmutilasie 64

2.4.4.3 Obsessiewe-kompulsiewe versteuringe en selfmutilasie 64

2.4.5 Impulskontrole versteuringe en selfmutilasie 67

2.4.6 Dissosiatiewe versteuringe en selfmutilasie 68

2.4.7 Gemoedsversteuringe en selfmutilasie 70

2.4.8 Eetversteuringe en selfmutilasie 72

2.5 KENMERKE VAN DIE SELFMUTILEERDER 73

2.6 DIE ROL VAN DIE ONDERWYSER IN DIE HANTERING VAN SELFMUTILASIE IN INKLUSIEWE KLASKAMERS 75

2.6.1 Die onderwyser as implementeerder van inklusiewe onderwys 79

2.6.2 Die gemeenskaps- en pastorale rol van die onderwyser in inklusiewe onderwys 80

2.6.3 Die Nasionale Strategie ten opsigte van Sifting, Identifisering, Assessering en Ondersteuning 84

2.7 SAMEVATTING 87

HOOFSTUK 3 89

BENADERINGS EN HULPPROGRAMME VIR HULPVERLENING AAN SELFMUTILEERDERS 89

3.1 INLEIDING 89

3.2 KUNSTERAPIE 90

3.2.1 Die terapeutiese vertrekpunt van kunsterapie 90

3.2.2 Kunsterapie met selfmutileerders 91

3.3 GROEPSTERAPIE 92

3.3.1 Die terapeutiese vertrekpunt van groepsterapie 93

3.3.2 Groepsterapie met selfmutileerders 94

3.4 GESINSTERAPIE 95

3.4.1 Die terapeutiese vertrekpunt van gesinsterapie 95

3.4.2 Gesinsterapie met selfmutileerders 98

3.5 KOGNITIEWE GEDRAGSTERAPIE 100

3.5.1 Die terapeutiese vertrekpunt van kognitiewe gedragsterapie 100

3.5.2 Terapeutiese tegnieke wat kognitiewe gedragsterapeute aanwend om selfmutilasie te voorkom 100

3.6 DIALEKTIESE GEDRAGSTERAPIE (DGT) 102

3.6.1 Die terapeutiese vertrekpunt van dialektiese gedragsterapie 102

3.6.2 Dialektiese gedragsterapeutiese tegnieke wat gebruik word om selfmutilasie te voorkom 103

3.7 DIE SELF-ABUSE FINALLY ENDS (S.A.F.E)-PROGRAM 106

3.7.1 Die terapeutiese vertrekpunt van die S.A.F.E.-program 106

3.7.2 Terapeutiese tegnieke van die S.A.F.E.-program 108

3.8 DIE BEHANDELING VAN SELFMUTILASIE BY WYSE VAN MEDIKASIE 111

3.9 HULPPROGRAMME VIR DIE ONDERSTEUNING VAN SELFMUTILEERDERS IN SKOOLVERBAND 113

3.9.1 Lukomski en Folmer se hulpverleningsprogram aan selfmutileerders 113

3.9.2 Lieberman se hulpverleningsprogram vir selfmutilasie 115

3.10 SAMEVATTING 119

HOOFSTUK 4 122

EMPIRIESE ONDERSOEK 122

4.1 INLEIDING 122

4.2 DOELWIT EN DOELSTELLINGS VAN DIE NAVORSING 123

4.3 NAVORSINGSRAAMWERK 124

4.4 NAVORSINGSONTWERP 126

4.4.1 Kwantitatiewe navorsing 127

4.4.1.1 Die versekering van geldigheid van die kwantitatiewe navorsing 127

4.4.2 Kwalitatiewe navorsing 129

4.4.2.1 Geldigheid van die kwalitatiewe navorsing 130

4.5 NAVORSINGSTRATEGIEË 132

4.5.1 Die kwantitatiewe navorsingstrategie 132

4.5.2 Die kwalitatiewe navorsingstrategie 133

4.6 DATAVERSAMELINGSINSTRUMENTE 134

4.6.1 Vraelys met geslote en oop vrae 135

4.6.2 Die ontwerp van die vraelys 136

4.6.2.1 Die tipe vrae wat in die vraelys gebruik is 138

4.6.2.2 Die struktuur van die vraelys 138

4.6.2.3 Die loodsondersoek 140

4.6.2.4 Die betroubaarheid van die vraelys 140

4.6.2.5 Die geldigheid van die vraelys....141

4.7 POPULASIE EN STEEKPROEF....143

4.8 DATA-ANALISE EN -INTERPRETASIE....144

4.8.1 Kwantitatiewe data-analise....144

4.8.2 Kwalitatiewe data-analise van die oop vrae....146

4.9 ETIESE OORWEGINGS....147

4.10 SAMEVATTING....148

HOOFSTUK 5....150

DATA-ANALISE EN -INTERPRETASIE....150

5.1 INLEIDING....150

5.2 DIE BETROUBAARHEID VAN DIE VRAELYS VIR DIE LOODSONDERSOEK EN DIE WERKLIKE STUDIE....151

5.3 BIOGRAFIESE INLIGTING VAN DIE DEELNEMERS....153

5.3.1 Biografiese inligting van die onderwysers....153

5.3.1.1 Die geslag van die onderwysers....154

5.3.1.2 Die ouderdom van die onderwysers....154

5.3.1.3 Graad of grade wat die onderwysers onderrig....155

5.3.1.4 Die onderwyservaring van die onderwysers....156

5.3.1.5 Die kwalifikasies van die onderwysers....156

5.3.1.6 Die tipe skool waar die onderwysers onderrig....157

5.3.1.7 Wanneer onderwyskwalifikasies behaal is....158

5.4 DATA-ANALISE EN -INTERPRETASIE: AFDELING B....159

5.4.1 B1: Kennis aangaande leerders wat hulleself mutileer 159

5.4.2 B2: Onderwysers se huidige bewustheid van leerders wat hulleself mutileer.....163

5.4.3 B4: Opleiding van onderwysers om leerders wat hulleself mutileer te kan ondersteun 164

5.4.4 B6: Aantal leerders waarvan onderwysers bewus is wat hulleself mutileer 166

5.4.5 B7: Geslag van die leerders wat betrokke is by selfmutilasie 167

5.5 DATA-ANALISE EN -INTERPRETASIE: AFDELING C.....169

5.5.1 C1: Redes/oorsake vir selfmutilasie en die impak van selfmutilasie 169

5.5.2 C2: Kenmerke en gedragseienskappe wat volgens die onderwyser 'n aanduiding van selfmutilasie by leerders kan wees 173

5.6 DATA-ANALISE EN -INTERPRETASIE: AFDELING D.....180

5.6.1 D1: Onderwysers se menings rakende die moontlike implementering van 'n opleidingsprogram om onderwysers te bemagtig vir die identifisering van en basiese hulpverlening aan leerders wat hulleself mutileer in inklusiewe klaskamers 180

5.6.2 D2: Die taakareas van die pastorale rol van die onderwyser.....182

5.6.3 D4: Onderwysers se menings rakende die moontlike implementering van 'n opleidingsprogram om onderwysers te bemagtig vir die identifisering van en basiese hulpverlening aan selfmutileerders.....186

5.6.4 D5: Onderwysers se kennis en vaardighede rakende die ondersteuning van leerders wat hindernisse tot leer ervaar 189

5.7 DATA-ANALISE EN -INTERPRETASIE: ONDERWYSERRESPONSE: OOP VRAE 193

5.7.1 Afdeling B3: Bewuswording van leerders wat hulleself mutileer 194

5.7.2 Afdeling B5: Opleiding om leerders wat hulleself mutileer te kan ondersteun 195

5.7.3 Afdeling C3: Negatiewe invloede van selfmutilasie op onderrig en leer 197

5.7.4 Afdeling C4: Negatiewe invloede van selfmutilasie op die emosionele en sosiale ontwikkeling van die leerder 200

5.7.5 Afdeling D3: Onderwysers se gevoel oor die pastorale rol wat hulle moet vertolk 204

5.7.6 D6 (a): Leerarea/-areas of vak/vakke wat onderwysers tans onderrig 207

5.7.7 D6 (b): Die skep van geleenthede vir leerders om in die klas te praat oor probleme wat hulle dalk ervaar 207

5.7.8 Afdeling D7: Ondersteuningstrukture in inklusiewe klaskamers om bewus te word van die behoeftes van leerders; en om ondersteuning aan leerbehoeftes te gee 209

5.8 DATA-ANALISE EN -INTERPRETASIE: 'N VERGELYKING TUSSEN OUD-MODEL C-SKOLE EN TOWNSHIP-SKOLE: AFDELINGS C EN D 215

5.8.1 Inleiding 215

5.8.2 C1: Redes/oorsake vir selfmutilasie 218

5.8.3 C2: Kenmerke of gedragseienskappe van selfmutilasie 218

5.8.4 D2: Taakareas van die gemeenskaps- en pastorale rol van die onderwyser 219

5.8.5 C5: Kennis en vaardighede vir die ondersteuning van leerders 219

5.9 DATA-ANALISE EN -INTERPRETASIE: 'N VERGELYKING TUSSEN OUD-MODEL C-SKOLE EN TOWNSHIP-SKOLE: AFDELING B.....220

5.9.1 Inleiding 220

5.10 DIE INVLOED VAN BIOGRAFIESE VERANDERLIKES OP DIE RESPONSE.....223

5.10.1 Inleiding 223

5.10.2 Tukey-HSD-toetsresultate ten opsigte van ouderdom.....225

5.11 SAMEVATTING 226

HOOFSTUK 6.....230

'N OPLEIDINGSPROGRAM VIR ONDERWYSERS VIR DIE IDENTIFISERING VAN EN ONDERSTEUNING AAN SELFMUTILEERDERS IN INKLUSIEWE KLASKAMERS 230

6.1 INLEIDING 230

6.2 STRUKTUUR VAN DIE OPLEIDINGSPROGRAM 231

6.2.1 Fase 1: Kennis en inligting aan die onderwyser rakende selfmutilasie 233

6.2.2 Fase 2: Praktiese wenke aan die onderwyser om selfmutileerders te identifiseer en basiese hulp te verleen. 234

6.2.3 Fase 3: Ondersteuning aan die selfmutileerder 235

6.2.3.1 Fase 3a: Ondersteuning deur die ouers, medici en sielkundiges.....236

6.2.3.2 Fase 3b: Ondersteuning deur die onderwyser en SGOS 236

6.3 DIE OPLEIDINGSPROGRAM.....237

6.3.1 Addisionele gevallestudies vir die inoefening van die raakhoor-, raaksien- en raakvoeltegniek en die verlening van hulp 296

6.3.1.1 Gevallestudie 1.....296

6.3.1.2 Gevallestudie 2.....298

6.4 PRAKTIESE RIGLYNE VIR BASIESE HULPVERLENING TEN OPSIGTE VAN DIE NEGATIEWE INVLOEDE VAN SELFMUTILASIE OP ONDERRIG EN LEER 302

6.4.1 Riglyne vir verbetering van konsentrasie 302

6.4.2 Riglyne vir verbetering van motivering en 'n meer positiewe gesindheid.....302

6.4.3 Riglyne om meer leerderbetrokkenheid te verseker 302

6.4.4 Riglyne om af te sien van ontwrigtende gedrag.....303

6.5 PRAKTIESE RIGLYNE VIR BASIESE HULPVERLENING TEN OPSIGTE VAN DIE NEGATIEWE INVLOEDE VAN SELMUTILASIE OP EMOSIONELE EN SOSIALE ONTWIKKELING 303

6.5.1 Riglyne vir die vermindering van depressie/angs/emosionele spanning 303

6.5.2 Riglyne vir die verbetering van die leerder se selfbeeld 305

6.5.3 Riglyne vir die verbetering van sosiale betrokkenheid 305

6.6 SAMEVATTING 306

HOOFSTUK 7.....307

SAMEVATTING, BEVINDINGS EN AANBEVELINGS 307

7.1 INLEIDING 307

7.2 'N OORSIG OOR DIE STUDIE 307

7.2.1 Hoofstuk 1 308

7.2.2 Hoofstuk 2 308

7.2.3 Hoofstuk 3 308

7.2.4 Hoofstuk 4 309

7.2.5 Hoofstuk 5 309

7.2.6 Hoofstuk 6 311

7.3 BEVINDINGE UIT DIE LITERATUURSTUDIE.....312

7.3.1 Selfmutilasie as leefwêreldlike verskynsel 312

7.3.2 Die rol wat die onderwyser kan vertolk in die identifisering en ondersteuning van leerders wat hulleself mutileer in inklusiewe klaskamers.....313

7.4 BEVINDINGE VAN DIE EMPIRIESE ONDERSOEK 313

7.4.1 Bevindinge ten opsigte van die data-analise en -interpretasie: onderwyserresponse geslote vrae 314

7.4.2 Data-analise en -interpretasie van oop vrae.....315

7.5 BEVINDINGS TEN OPSIGTE VAN DIE DOELSTELLINGS VAN DIE STUDIE.....316

7.6 AANBEVELINGS 320

7.7 BEPERKINGS VAN DIE STUDIE 323

7.8 BYDRAE VAN DIE STUDIE 324

7.8.1 Teoretiese bydrae 324

7.8.2 Praktiese bydrae 325

7.9 VOORSTELLE VIR VERDERE STUDIE 326

7.10 SAMEVATTING 327

BRONNELYS 330

ADDENDUM A 356

TOESTEMMING: GAUTENG DEPARTMENT VAN ONDERWYS 356

ADDENDUM B 361

TOESTEMMINGSBRIEWE AAN DEELNEMERS 361

ADDENDUM C 366

ETIESE KLARING 366

ADDENDUM D 368

VRAELYS 368

LYS VAN TABELLE

Tabel 1.1: Selfmutilasie onder kinders in Groot Brittanje 1

Tabel 1.2: Temas wat tydens die literatuurstudie geïdentifiseer is 10

Tabel 2.1: Vorme van selfmutilasie 39

Tabel 2.2: Kenmerke van die selfmutileerder 74

Tabel 3.1: Tegniek Twee: Die Impulskontrole Logboek 109

Tabel 5.1: Cronbach-Alpha-koëffisiënte: loodsondersoek 151

Tabel 5.2: Cronbach-Alpha-koëffisiënte: werklike studie 151

Tabel 5.3: Inter-itemkorrelasie: loodsondersoek 152

Tabel 5.4: Inter-itemkorrelasie: werklike studie 153

Tabel 5.5: Geslag van die onderwysers 154

Tabel 5.6: Ouderdom van die onderwysers 154

Tabel 5.7: Graad of grade wat die onderwysers onderrig 155

Tabel 5.8: Die onderwyservaring van die onderwysers 156

Tabel 5.9: Die kwalifikasies van die onderwysers 156

Tabel 5.10: Die tipe skool waar die onderwysers onderrig 157

Tabel 5.11: Wanneer onderwyskwalifikasies behaal is 158

Tabel 5.12: Kennis rakende leerders wat hulleself mutileer 160

Tabel 5.13: Onderwysers se huidige bewustheid van leerders wat hulleself mutileer 164

Tabel 5.14: Opleiding van onderwysers om leerders wat hulleself mutileer te kan ondersteun 165

Tabel 5.15: Aantal selfmutileerders waarvan onderwysers bewus is 166

Tabel 5.16: Geslag van leerders wat volgens die onderwysers se ervaring hoofsaaklik betrokke is by selfmutilasie 168

Tabel 5.17: Onderwysers se sienings rakende die identifikasie van selfmutilasie by leerders 170

Tabel 5.18: Kenmerke en gedragseienskappe wat volgens die onderwysers ’n aanduiding van selfmutilasie by leerders kan wees 174

Tabel 5.19: Onderwysers se menings rakende die moontlike implementering van ’n opleidingsprogram om onderwysers te bemagtig vir die bewuswording en ondersteuning van leerders wat hulleself mutileer in inklusiewe klaskamers.....181

Tabel 5.20: Onderwysers se menings rakende die taakareas van die pastorale rol van die onderwyser.....183

Tabel 5.21: Onderwysers se menings rakende die moontlike implementering van ’n opleidingsprogram om onderwysers te bemagtig vir die identifisering van en basiese hulpverlening aan leerders wat hulleself mutileer in inklusiewe klaskamers 187

Tabel 5.22: Onderwysers se kennis en vaardighede rakende die ondersteuning van leerders wat hindernisse tot leer ervaar190

Tabel 5.23: Onderwysers se bewuswording van selfmutilasie by leerders 194

Tabel 5.24: Onderwysers se menings rakende die negatiewe invloede van selfmutilasie op onderrig.....198

Tabel 5.25: Onderwysers se menings rakende die negatiewe invloed van selfmutilasie op leer 199

Tabel 5.26: Invloed van selfmutilasie op emosionele ontwikkeling 201

Tabel 5.27: Invloed van selfmutilasie op sosiale ontwikkeling 203

Tabel 5.28: Verskille tussen onderwyserresponse: Oud-Model C-skole versus Township-skole 216

Tabel 5.29: Kennis aangaande leerders wat hulleself mutileer 222

Tabel 5.30: ANOVA en Tukey-HSD: ouderdom van onderwysers en redes vir en die identifisering van selfmutilasie (Vraag C1) 225

Tabel 6.1: Die raakhoor-, raaksien- en raakvoeltegniek 235

Tabel 6.2: Ondersteuning deur die ouers, medici en sielkundiges 236

Tabel 6.3: Ondersteuning deur die onderwyser en Skoolgebaseerde Ondersteuningspan 237

Tabel 6.4: Kenmerke van die selfmutileerder 281

Tabel 6.5: Praktiese toepassing: raakhoor, raaksien, raakvoel 297

Tabel 6.6: Praktiese toepassing: raakhoor, raaksien, raakvoel 299

LYS VAN FIGURE

Figuur 1.1: Die konseptuele raamwerk vir die studie 8

Figuur 2.1: Die sirkelgang van selfmutilasie (Bowman & Kaye in Collins, 2007:13) 43

Figuur 2.2: Oorspronklike trauma en traumatiese pyngeheue-reaksie (Turner, 2002:42) 48

Figuur 2.3: Die verloop van selfmutilasie: Verlig en reproduseer gevoelens van gevoelloosheid/dissosiasie (Turner, 2002:47) 49

Figuur 2.4: Die doel van selfmutilasie: verligting van angs en geïrriteerdheid (Turner, 2002:52) 51

Figuur 2.5: Die selfmutileerder se tipiese ervaring van akute versus kroniese pyn (Turner, 2002:54) 53

Figuur 2.6: Selfmutilasiesonttrekking (Turner, 2002:56) 55

Figuur 4.1: Oorsig oor die empiriese navorsing 149

Figuur 5.1: Selfmutilasie: bewuswording, opleiding van onderwysers en invloed op onderrig en leer 213

Figuur 5.2: Selfmutilasie: invloed op emosionele en sosiale ontwikkeling, siening van die pastorale rol en ondersteuning vir probleme 214

HOOFSTUK 1

ORIËNTASIE EN PROBLEEMSTELLING

1.1 INLEIDING EN PROBLEEMSTELLING

Selfmutilasie is ’n eeu-oue verskynsel wat ontstellend werklik in ons huidige samelewing figureer en toeneem (Sharp, Liebenau, Stocks, Bennewith, Evans, Jones, Peters, Goldberg & Gunnel, 2003:21; Heslop & Macaulay, 2009:11). Die literatuur omskryf selfmutilasie in verskillende terme. Simpson (2003), Zila en Kiselica (2001:46) sowel as Martinson (2001) omskryf selfmutilasie deur van die volgende terme gebruik te maak: selfvernietigende gedrag, selfbesering, selfverwonding, gedeeltelike selfmoord en selftoegediende beserings. Menminger verwys daarna as *“local self-destruction”* en as *“a form of partial suicide to avert total suicide”* (in Tomofeyev, Scharff, Burns & Outterson, 2002; Heslop & Macaulay, 2009:10).

Baywaters en Rolfe (2002) het na aanleiding van ’n studie om die voorkoms van selfmutilasie onder leerders in Groot Brittanje te bepaal, die volgende statistiese gegewens daargestel. Die statistiek sien soos volg daaruit:

Tabel 1.1: Selfmutilasie onder kinders in Groot Brittanje

Tipe besering	**Manlik Aantal**	**%**	**Vroulik Aantal**	**%**	**Totaal Aantal**	**%**
Snymerke	34	16	98	32	132	25
Slaanmerke	45	21	31	10	76	15
Brandmerke	41	3	10	3	.7	3
Trek/krap	15	7	64	21	10	20
Uittrek van hare	15	7	26	8	41	8
Byt	27	13	24	8	51	10
Sluk van objekte	17	8	19	6	36	7
Indruk van objekte	4	2	7	2	11	2
Ander	24	11	27	9	51	10
Totaal	214	100	306	100	520	100

Volgens Tabel 1.1 blyk dit dat sny, slaan en brand die tipes vorme van selfmutilasie is wat hoofsaaklik onder leerders voorkom. Addisioneel tot bogenoemde statistiese gegewens, merk Baywaters en Rolfe (2002) verder op dat die gemiddelde ouderdom van die leerders wat hulleself mutileer tussen 11 en 15 jaar is. In aansluiting by Baywaters en Rolfe, dui navorsing wat deur Hawton, Bergen, Caset, Simkin, Palmer en Cooper (2007:513-521) aan dat die hoogste voorkoms van selfmutilasie in die ouderdomsgroep van 20-24 jaar is, gevolg deur die ouderdomsgroep 15-19 jaar. In die ouderdomsgroep 20-24 jaar is dit hoofsaaklik mans wat hulleself mutileer, terwyl meestal vrouens in die ouderdomsgroep 15-19 jaar betrokke is by selfmutilasie (Hawton *et al.* in Heslop & Macaulay, 2009:11).

In teenstelling met bogenoemde inligting bestaan daar in Suid-Afrika weinig statistiek oor die voorkoms en omvang van selfmutilasie onder leerders. Statistics South Africa (2007) bevat byvoorbeeld tans geen inligting oor die voorkoms van selfmutilasie nie. Hohlfelder (2004:2) en Heslop en Macaulay (2009:10) dui in hierdie verband aan dat dit te wyte kan wees aan die feit dat selfmutilasie weggesteek word en dit daarom nie moontlik is om presiese getalle te bepaal nie. Gericke (in Vorster, 2002:11) is egter van mening dat selfmutilasie by ±1% van die bevolking van Suid-Afrika voorkom (seuns en dogters ingesluit).

Navorsing onderneem deur Hawton, Fagg, Simkin, Bale en Bond (1997:556-560), White, Legget en Beech (1999:59-68), Hawton, Harriss, Hodder, Simkin, Gunnell (2001:827-836), Hawton, Rodham, Evans, Weatherall (2002:1207-1211), Ayton, Rasool en Cottrell (2003:305), Hawton, Hall, Simkin, Bale, Bond, Codd en Stewart (2003:1191-1198), Sinclair en Green (2005:1112-1115), Lovell (2007:109-121) en Nixon, Cloutier en Jansson (2008:306-312), asook die navorser se eie ervaring as opvoedkundige sielkundige in privaat praktyk tussen 2006 en 2010, dui op die toenemende voorkoms van selfmutilasie onder leerders. In die navorser se hantering van hierdie gevalle het hy kennis geneem van die feit dat onderwysers soms heeltemal onbewus is van die feit dat leerders hulleself mutileer, ten spyte van die riglyne vervat in die beleid op inklusiewe onderwys (Department of Education,

2005-1-43) en die Nasionale Strategie ten opsigte van die Sifting, identifiseer assessering en ondersteuning (Department of Education, 2008:12-105). Beide dokumente dui aan dat daar toenemend van onderwysers verwag word om in alle behoeftes van leerders te voorsien, wat hindernisse tot leer, waaronder ook selfmutilasie, insluit. Verder spesifiseer die Norme en Standaarde vir Opvoeders (SA, 2000:reg. 3) dat onderwysers onder meer 'n gemeenskaps- en pastorale rol het om te speel: "*Within the school, the educator will demonstrate an ability to develop a supportive and empowering environment for the learner and respond to the educational and the other needs of learners and fellow educators."*

Die feit dat onderwysers nie altyd bewus is van leerders wat hulleself mutileer nie, kan moontlik toegeskryf word aan 'n gebrek aan kennis rakende die fenomeen (*cf.* 5.4, 5.5). Gesien teen die agtergrond van die groot aantal faktore wat tot selfmutilasie aanleiding kan gee (*cf*. 2.3), die negatiewe invloed van selfmutilasie op onderrig en leer en emosionele en sosiale ontwikkeling (*cf.* 2.4), die verskillende kenmerke van die selfmutileerder (*cf*. 2.5) waarop 'n onderwyser bedag behoort te wees as ondersteuner van hindernisse tot leer (*cf.* 2.5), en die afwesigheid van basiese hulpverlenings-programme of opleidingsprogramme vir onderwysers in Suid-Afrika wat nie as sielkundiges opgelei is nie (*cf.* 3.2-3.6), is dit net redelik dat daar nie van 'n onderwyser verwag kan word om sonder opleiding selfmutilasie te identifiseer en hulp te verleen nie.

Hoadley (2007:257) bevraagteken egter die pastorale rol van die onderwyser en argumenteer dat onderrig en leer, wat die kerntake van die skool is, beskerm moet word en dat om in alle behoeftes van leerders te voorsien, nie voor die deur van die skool gelê moet word nie. In teenstelling hiermee, bevestig die Nasionale Strategie vir Sifting, Identifisering, Assessering en Ondersteuning (Department of Education, 2008:12-105), dat onderwysers en skole 'n belangrike ondersteunende rol behoort te vertolk ten opsigte van leerders wat hindernisse tot leer ervaar deur sodanige leerders te identifiseer, te assesseer en te ondersteun in inklusiewe klaskamers. In hierdie verband is Prinsloo (2001:344-348) en Engelbrecht (2006:253-264) egter van mening dat

die bemagtiging van onderwysers om die inklusiewe onderwysbeleid te implementeer, redelik afgeskeep word en dat onderwysers nie oor voldoende kennis beskik om hindernisse tot leer aan te spreek nie.

By die nadere beskouing van die literatuur blyk dit ook dat navorsing oor selfmutilasie hoofsaaklik fokus op die beskrywing en identifisering van selfmutilasie; terwyl aandag aan die hulpverlening en voorkoming van selfmutilasie onderbeklemtoon word (Heslop & Macaulay, 2009:10). Vanuit die literatuur blyk dit ook dat ondersteuning van selfmutileerders in skoolverband in Australië, Europa en die Verenigde Stae van Amerika hoog op die prioriteitslys is. Voorbeelde van sulke ondersteuningsprogramme is byvoorbeeld dié van Madeline Wishart (2004) in Australië; die Life Signs Self-Injury Guidance and Network Support Program in die Verenigde Koninkryk (Life Signs Directors, 2008), en Jacobs (2006) se Signs of Suicide, Middle School Program, Self-Injury Packet (S.O.S), te Massachusetts in die Verenigde State van Amerika sowel as die skoolgebaseerde ondersteuningsprogramme van Lukomski en Folmer (2004:91-93) en Lieberman (2004) ook in die Verenigde State van Amerika. In Suid-Afrika kon die navorser geen inligting rakende programme vir die ondersteuning van selfmutileerders binne skoolverband opspoor nie.

1.2 PROBLEEMSTELLING

Gesien teen die voorgaande agtergrond, sowel as die afwesigheid van skoolgebaseerde opleidingsprogramme om gewone onderwysers met gebrekkige sielkundige opleiding of agtergrond in inklusiewe klaskamers in Suid-Afrika te bemagtig ten opsigte van die identifisering van en basiese hulpverlening aan selfmutileerders, identifiseer die navorser die sentrale probleem waarop die studie wil fokus soos volg. Die sentrale probleem fokus op die vasstelling van die mate waartoe onderwysers kundig is ten opsigte van die identifisering van en basiese hulpverlening aan die leerder wat hom-/haarself mutileer. Die antwoord op die voorafgaande vraag sou die rasionaal vir die noodsaaklikheid van ‘n skoolgebaseerde opleidingsprogram vir die bemagtiging van onderwysers motiveer.

Onderwysers is verantwoordelik vir die implementering van die inklusiewe onderwysbeleid en dit is ook nie ’n geheim dat onderwysers nie bemagtig word om hierdie beleid te implementeer nie (Prinsloo, 2001:344-348; Engelbrecht, 2006:253-264). Daar word onder andere van onderwysers verwag om leerders se behoeftes te identifiseer en hierdie behoeftes aan te spreek in enige gegewe konteks (Swart & Pettipher, 2005:56). Hierdie behoeftes kan verband hou met ’n wye verskeidenheid faktore, wat die volgende insluit: fisiese, psigologiese, sensoriese, neurologiese faktore sowel as ontwikkelingsgebreke. Die behoeftes kan verwys na psigososiale versteuringe, verskille in intellektuele vermoë en sosio-ekonomiese deprivasie (Department of Education, 2001:7). Die navorser argumenteer dat dit belangrik is om die gewone onderwyser, wat binne ’n inklusiewe klaskamer in Suid-Afrika met leerders wat verskillende hindernisse tot leer ervaar werk, toe te rus om onder andere ook leerders wat hulleself mutileer te identifiseer en basiese hulp te verleen.

Gesien teen hierdie agtergrond het die navorsing die volgende sentrale vraag aangespreek:

Tot watter mate is Suid-Afrikaanse onderwysers kundig en vaardig ten opsigte van die identifisering van en basiese hulpverlening aan selfmutileerders in inklusiewe klaskamers, en indien nie; hoe kan ’n opleidingsprogram ontwikkel word om onderwysers te ondersteun in die identifisering van en basiese hulpverlening aan selfmutileerders?

Uit hierdie sentrale vraag vloei die volgende vrae:

- Wat is die aard en kenmerke van selfmutilasie by leerders?
- Wat is die oorsake van selfmutilasie by leerders?
- Hoeveel kennis en vaardighede besit Suid-Afrikaanse onderwysers in inklusiewe klaskamers rakende die aard, oorsake en kenmerke van selfmutilasie, en om ondersteuning en basiese hulp te verleen?

- Wat is Suid-Afrikaanse onderwysers in inklusiewe klaskamers se houding ten opsigte van basiese hulpverlening aan selfmutileerders?

- Tot watter mate het biografiese veranderlikes 'n invloed op Suid-Afrikaanse onderwysers se kennis en vaardighede rakende die identifisering van en basiese hulpverlening aan selfmutileerders in inklusiewe klaskamers?

- Watter opleidingsprogramme is beskikbaar vir die bemagtiging van Suid-Afrikaanse onderwysers, om leerders in inklusiewe klaskamers wat hulleself mutileer te identifiseer en basiese hulp te verleen?

- Hoe kan die gevolgtrekkings van die literatuurstudie en empiriese navorsing gebruik word om 'n opleidingsprogram vir Suid-Afrikaanse onderwysers te ontwikkel om hulle te bemagtig om leerders in inklusiewe klaskamers wat hulleself mutileer te identifiseer en basiese hulp te verleen?

In noue aansluiting by bogenoemde vrae wil die navorser fokus op die doelstelling en doelwitte van die studie.

1.3 DIE DOELSTELLING EN DOELWITTE VAN DIE STUDIE

Die oorkoepelende doel van hierdie studie was om vas te stel tot watter mate Suid-Afrikaanse onderwysers kundig en vaardig is ten opsigte van die identifisering van en basiese hulpverlening aan leerders in inklusiewe klaskamers wat hulleself mutileer, en indien nie, om 'n skoolgebaseerde opleidingsprogram gebaseer op die literatuurstudie en die data te ontwikkel om onderwysers te ondersteun in die identifisering van en basiese hulpverlening aan leerders wat hulleself mutileer. Die oorkoepelende doel is soos volg in die volgende doelwitte geoperasionaliseer:

- Die aard en kenmerke van selfmutilasie by leerders is ondersoek deur middel van 'n literatuurstudie;

- Die oorsake van selfmutilasie by leerders is ondersoek deur middel van 'n literatuurstudie;

- Ondersoek is deur middel van ’n vraelys ingestel na die omvang van kennis en vaardighede waaroor Suid-Afrikaanse onderwysers beskik om bewus te word van die aard, oorsake en kenmerke van selfmutilasie onder leerders in inklusiewe klaskamers en om basiese hulp te verleen.

- Ondersoek is deur middel van ’n vraelys ingestel na Suid-Afrikaanse onderwysers se houding ten opsigte van basiese hulpverlening aan selfmutileerders in inklusiewe klaskamers;

- Daar is vasgestel tot watter mate biografiese veranderlikes ’n invloed op Suid-Afrikaanse onderwysers se kennis en vaardighede rakende die identifisering van en basiese hulpverlening aan selfmutileerders in inklusiewe klaskamers;

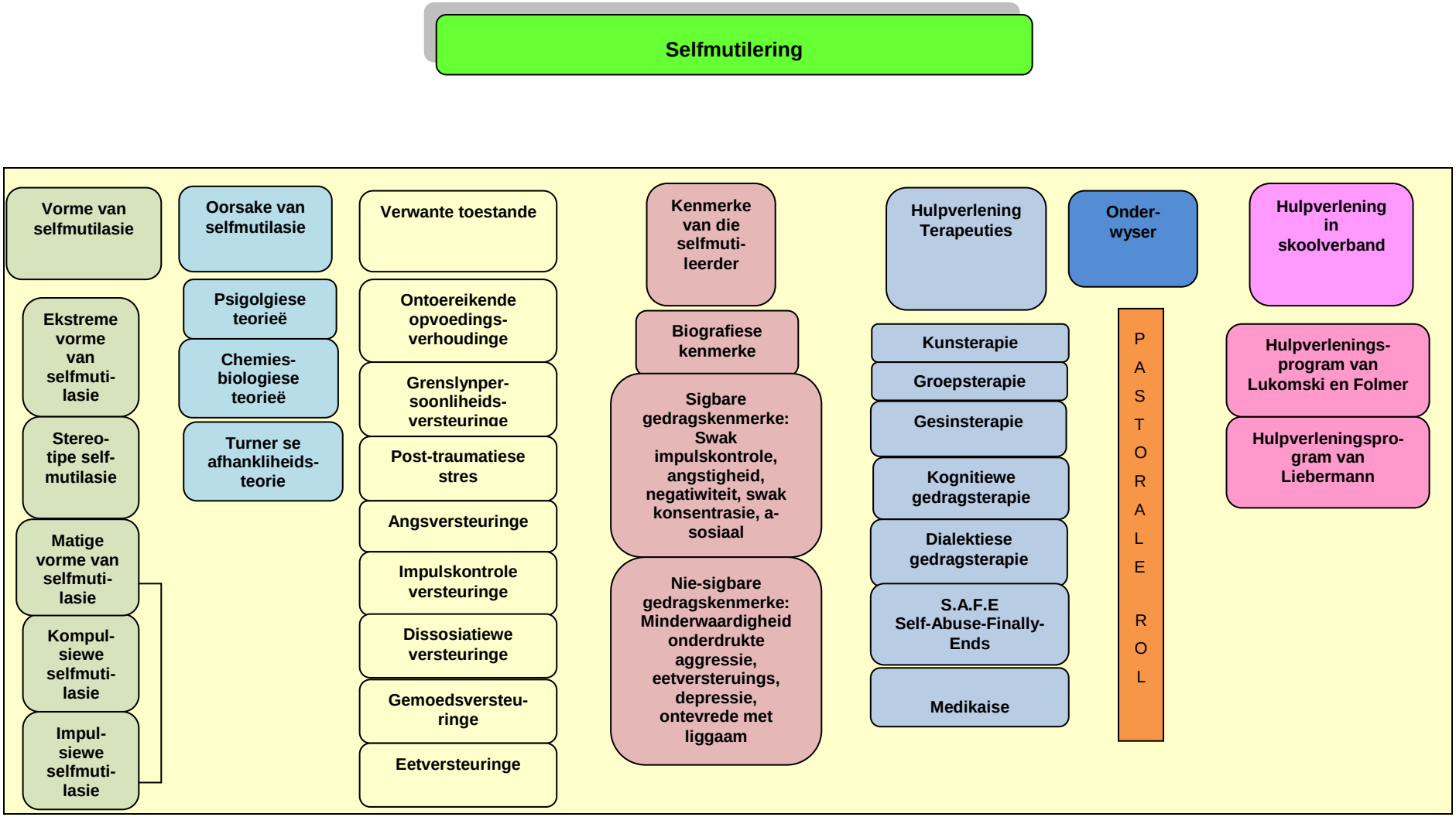
- Beskikbare opleidingsprogramme vir die bemagtiging van Suid-Afrikaanse onderwysers om selfmutileerders in inklusiewe klaskamers te identifiseer en basiese hulp te verleen, is geëvalueer deur middel van ’n literatuurstudie en ’n vraelys; en

- Om deur middel van die literatuurstudie en empiriese navorsing gevolgtrekkings te maak en ’n opleidingsprogram te ontwikkel om Suid-Afrikaanse onderwysers te bemagtig om leerders in inklusiewe klaskamers wat hulleself mutileer te identifiseer en basiese hulp te verleen.

1.4 KONSEPTUELE RAAMWERK

In die konteks van die studie steun die navorser veral op die sienings van Turner (2002:30-259), Hohlfelder (2004:32-36), Lieberman (2004), Lukomski en Folmer (2004:91-93) en Collins (2007:5-31) vir die konseptualisering van selfmutilering en die benaderings vir die hantering van en ondersteuning aan selfmutileerders (*cf.* 2.3, 3.2-3.9).

Figuur 1.1 bied ‘n voorstelling van die konseptuele raamwerk vir die studie.



Figuur 1.1: Die konseptuele raamwerk vir die studie

Figuur 1.1 dui die komplekse aard van die fenomeen selfmutilering aan. Gesien teen die agtergrond van inklusiewe klaskamers word daar onder andere van onderwysers verwag om hulle pastorale rol ook in die konteks van selfmutilering te vervul. Om onderwysers toe te rus om selfmutileerders te identifiseer en basiese hulp te verleen, asook die emosionele spanning waarmee die fenomeen gepaard gaan te begryp, moet onderwysers basiese kennis dra van die verskillende vorme, oorsake en verwante toestande van selfmutilering, sowel as die kenmerke van die selfmutileerder. Aangesien die gewone ondewyser met ‘n beperkte sielkundige opleiding nie terapeutiese hulpverlening kan toepas nie, word die skoolgebaseerde hulpverleningsprogramme van Lieberman (2004) en Lukomski en Folmer (2004:93) vir die doel van die studie ondersoek om riglyne vir basiese hulpverlening aan selfmutileerders in die Suid Afrikaanse konteks saam te stel.

1.5 METODE VAN ONDERSOEK

Die navorsing het in twee fases plaasgevind, naamlik ‘n literatuurstudie en ‘n empiriese ondersoek. Beide fases word nou kortliks toegelig.

1.5.1 Die literatuurstudie

’n NEXUS- en Sabinet-soektog is onderneem om te bepaal watter ander navorsing in hiérdie veld bestaan. Boeke, tydskrif en internetartikels is geraadpleeg om die navorsingveld te verken. Aan die hand van die literatuurstudie, is temas geïdentifiseer wat die struktuur vir beide Hoofstuk 2 en 3 bepaal het. Tabel 1.2 dui die temas aan wat tydens die literatuurstudie geïdentifiseer is.

Tabel 1.2: Temas wat tydens die literatuurstudie geïdentifiseer is

Historiese en godsdienstige aspekte oor selfmutilasie	Bybel – Naslaan, 2008 Caperton, 2009 Klonsky *et al.,* 2003 Menminger, 1938 Pattison & Kahan, 1983 Shapiro, 2008 Stanley *et al.,* 2001 Strong, 1998 Timofeyev *et al.,* 2002
Selfmutilasie as leefwêreldlike verskynsel Die verskil tussen selfmutilasie en selfmoord Vorme van selfmutilasie	Baywaters & Rolfe, 2002 Briere & Gill, 1998 Caperton, 2004 Clarke & Whittaker, 1998 Collins, 2007 Cutter *et al.,* 2008 Dougherty *et al.,* 2009 Engelau, 2005 Favazza, 1996 Heslop & Macaulay, 2009 Klonsky *et al.,* 2001 Kress & White, 2003 Lukomski & Folmer, 2004 Menminger, 1938 Nixon *et al.,* 2008 Pattison & Kahan, 1983 Sharp *et al.,* 2003 Simeon & Hollander, 2001 Stanley *et al.,* 2001 Strong, 1998 Suyemoto & MacDonald, 1995 Walsh & Rosen, 1988 Wehmeyer, 2007 Zila & Kiselica, 2001

Die oorsake van selfmutilasie Verskillende teoretiese benaderings: psigologies, chemies-biologies, afhanklikheid	Briere & Gil, 1998 Cloutier *et al.,* 2009 Collins, 2007 Comer, 2005 Cutter *et al*., 2008 Dallam, 1997 Dougherty *et al.,* 2009 Davidson & Frey, 2007 Gibson, 2008 Glassman *et al.,* 2007 Hicks & Hinck, 2009 Lukomski & Folmer, 2004 Ryan, 2007 Tantum & Huband, 2009 Turner, 2002 Van der Kolk, 1991 Woldorf, 2005 Wood *et al.,* 2001
Selfmutilasie en verwante toestande	Brink, 2005 Claes & Vandereycken, 2007 Collins, 2007 Pitonyak, 2005 Turner, 2002
Ontoereikende opvoedingsverhoudinge	Briere & Gil, 1998 Brink, 2005 Claes & Vandereycken, 2007 Comer, 2005 Dombeck, 2009 Glassman *et al.,* 2007 Herman, 1992 Koch, 2008 Lukomski & Folmer, 2004 Pitonyak, 2005 Selekman, 2002a Strong, 1998 Tuisku *et al.,* 2009 Turner, 2002 Turrel & Armsworth, 2003 Tyler *et al.,* 2003 Van der Kolk, 1998

Grenslynpersoonlikheids-versteuringe	Briere & Gil, 1998 Brown *et al.,* 2002 Brown & Dodson, 2009 Cloutier *et al.,* 2009 Collins, 2007 Davidson & Frey, 2007 DSM-IV TM, 1994 Gottlieb, 1998 Hawkins-Walsh, 2006 Joyce *et al.,* 2010 Ray, 2007 Scholtz, 1992 Suyemoto & MacDonald, 1995
Post-traumatiese gedragsversteuringe en selfmutilasie	Claes & Vandereycken, 2007 DSM-IV TM, 1994 Greenspan & Samuel, 1989 Pitonyak, 2005 Tull, 2009
Angsversteurings en self-mutilasie Paniekaanvalle en selfmutilasie Obsessiewe kompulsiewe gedragsversteuringe	Cloutier *et al.,* 2009 Cutter *et al.,* 2008 Davidson & Frey, 2007 DSM-IV-TM, 1994 Dougherty *et al.,* 2009 Giusti *et al.,* 2008:273-274 Johnson, 2003 Malon & Berardi, 1987 National Institute of Mental Health, 2001 Reed Gates, 2007 Ross & Heath, 2002 Smith, 2005 Stein *et al.,* 1995 Turner, 2002 Yaryura-Tobias, 1977 Yaryura-Tobias *et al.,* 1995

Impulskontrole versteuringe en selfmutilasie – disassosiatiewe versteuringe	American Association of Marriage and Family Therapy, 2002 Brand, 2001 DSM-IV TM, 1994 DSM-IV TM, 2000 Favazza & Rosenthal, 1990 Gibson, 2008 Lochner *et al.,* 2002 Schiele, 1992 Shapiro, 2008 Simeon *et al.,* 1995 Suyemeto & MacDonald, 1995 Turner, 2002
Gemoedsversteuringe en selfmutilasie	Claes *et al.,* 2007:611-621 Hohlfelder, 2004 Jirage, 2008 Joyce *et al.,* 2010 Lukomski & Folmer, 2004 Thornton, 1996 Turner, 2002
7. Eetversteuringe en selfmutilasie	Eberly, 2005 Favaro *et al.,* 2004 Favazza & Conterio, 1989 Levitt *et al.,* 2004 Manley & Leichner, 2003 Schappel, 1995 Turner, 2002 Yaryura-Tobias *et al.,* 1995
Kenmerke van die selfmutileerder	Collins, 2007 Turner, 2002
Die rol van die onderwyser in die hantering van selfmutilasie Inklusiewe onderwys	Department of Education, 2001 Donald *et al.,* 2002 Engelbrecht *et al.,* 2007 Friend & William, 1999 Kruger & Adams, 2002 Turner, 2002
	Engelbrecht, 2005 European Agency for Development in Special Needs Education 2003 UNESCO, 2004 Westwood & Graham, 2003

	Donald *et al.,* 2002 Friend & William, 1999 Kruger & Adams, 2002
Die gemeenskaps- en pastorale rol van die onderwyser	Chisholm *et al.,* 2005 Eloff & Kgwete, 2007 Giese *et al.,* 2005 Hoadley, 2007 Morrow, 2005 Department of Education, 2008 Norme en Standaarde vir Opvoeders, 2000 Shalem & Slonimsky, 1999
Die onderwyser se belewing van inklusiewe onderwys	Department of Education, 2001 Department of Education, 2005 Department of Education, 2008 Hoadley, 2007 Morrow, 2005 Shalem & Slonimsky, 1999
Terapeutiese benaderings en hulpprogramme vir hulpverlening aan die selfgemutileerde leerder	
Kunsterapie	American Cancer Association, 2009 American Art Therapeutic Association, 2002 Batty, 1998 Cooper & Milton, 2003 Eaton *et al.,* 2007:256-262 Hohlfelder, 2004 Lark, 2001 Lyshak-Stelzer *et al.,* 2007 MacAlester, 2009 Milia, 1996 Woolston, 2009
Groepsterapie	Burns *et al.,* 2005 Encyclopedia of Mental Disorders, 2009 Ford-Martin, 2009 Jones *et al.*, 2004 Joyce *et al,* 2007 Louw, 1989 Lukomski & Folmer, 2004 Medical Encyclopedia, 2009 Rappaport, 1998 Tantum & Whittaker, 1992 Turner, 2002 Wood *et al.,* 2001

Gesinsterapie	Brown, 2009 Griesel & Jacobs, 1991 Jacobs, 2005 Hoffman *et al.,* 2010 Hohlfelder, 2004 Levenkron, 1998 Mayo Foundation for Medical Education and Research, 2007 Ryan, 2007 Selekman, 2002b, 2009 Turner, 2002 Yaryura-Tobias *et al.,* 1995
Kognitiewe gedragsterapie	Brink, 2005 Linehan *et al.,* 1991 Moore, 1996 Strong, 1998 Walsh & Rosen, 1988 Yaryura-Tobias *et al.,* 1994 Zila & Kiselica, 2001
Dialektiese gedragsterapie	Brown, 2001 Linehan & Dimeff , 2001 Kerr *et al.,* 2010:240-259 Kiehn & Swales, 2008 Muehlenkamp, 2006 Palladini, 2008 Sanderson, 2008 Strong, 1998
Die S.A.F.E.-program	Collins, 2007 Conterio & Lader, 1998 Johnson, 2003 Lukomski & Folmer, 2004
Die behandeling van selfmutilasie by wyse van medikasie	Collins, 2007 Conterrio & Lader, 1998 Hohlfelder, 2004 Johnson, 2003 Lukomski & Folmer, 2004 Smith, 2005 Strong, 1998
Hulpprogramme vir die ondersteuning van selfmutileerders in skoolverband	Lieberman, 2004 Lukomski & Folmer, 2004

In die volgende afdeling word die empiriese ondersoek wat in die konteks van die studie onderneem is, kortliks van nader toegelig.

1.5.2 Die empiriese ondersoek

1.5.2.1 Navorsingsraamwerk

Hierdie studie is vanuit ’n post-positivistiese navorsingsraamwerk onderneem. Volgens Creswell (2009:7) huldig die post-positivisme die volgende uitgangspunte ten opsigte van navorsing:

- Kennis is nie ’n vaste entiteit nie – absolute waarheid kan nooit gevind word nie – daarom is bevindinge wat by wyse van navorsing bekom word altyd feilbaar.

- Navorsing is ’n proses waarvolgens aannames gemaak word waarna die aannames verfyn of verwerp word vir ander meer aanvaarbare aannames.

- Data, bewyse en rasionele oorwegings vorm kennis.

- Navorsing poog om relevante en ware verklarings te ontwikkel wat enersyds die situasie kan verduidelik en andersyds die onderlinge verband kan beskryf.

- Objektiwiteit is ’n essensiële aspek van bevoegdheidsondersoeke. Navorsers behoort metodes en gevolgtrekkings te evalueer vir bevooroordeling. Objektiwiteit behoort egter aangevul te word met subjektiewe observasies, wat in die konteks van die studie deur middel van oop vrae in ’n vraelys hanteer is.

Aansluitend by die post-positivistiese navorsingsraamwerk het die navorser gepoog om die data hoofsaaklik vanuit ’n eksterne, objektiewe verwysingsraamwerk te versamel. Die navorser het egter ook ’n klein interne, subjektiewe dimensie tydens die data-versameling ingebou, waarvolgens deelnemers ook hulle persoonlike menings kon uitspreek (*cf.* 1.5).

1.6 NAVORSINGSONTWERP

Gesien teen die agtergrond van die post-positivistiese raamwerk is data hoofsaaklik by wyse van ’n kwantitatiewe navorsingsontwerp versamel (Ivankova, Creswell & Plano Clark, 2007:260). ’n Klein kwalitatiewe dimensie is ook ingebou om die volgende vas te stel: hoe onderwysers bewus word van selfmutileerders, die tipe opleiding wat hulle ontvang het om hulp aan selfmutileerders te verleen, hulle siening van die invloed van selfmutilasie op onderrig en leer sowel as op emosionele en sosiale ontwikkeling van die leerder, hulle menings rakende die pastorale rol van die onderwyser, watter ondersteuningstrukture vir hulle beskikbaar is om selfmutileerders te identifiseer en basiese hulp te verleen, en watter geleenthede hulle vir leerders met probleme skep om oor hulle probleme te praat.

In aansluiting by die voorafgaande omskrywing, motiveer die navorser die keuse van ’n kwantitatiewe navorsingsontwerp vir die studie in die volgende afdeling.

1.6.1 Kwantitatiewe navorsing

Vermeulen (1998:17) dui aan dat die kwantitatiewe navorser data versamel om voorafbepaalde modelle, hipoteses en teorieë te evalueer. Die realiteit word objektief beskou en observasies word sistematies, gestandaardiseerd en gekontroleerd gedoen (Leedy & Ormrod, 2005:95-97). Data word deur middel van presiese meting verkry en in eksakte syfers weergegee (McMillan & Schumacher, 2006:23). Die navorser vertolk die rol van ’n objektiewe waarnemer en die navorser is gefokus op spesifieke vrae, op hipoteses wat konstant bly tydens die navorsing.

Aangesien die navorser in die betrokke studie onderwysers se kennis, vaardighede en houdings objektief wou bepaal, is van kwantitatiewe navorsing gebruik gemaak.

In direkte aansluiting by bogenoemde omskrywinge, verduidelik die navorser vervolgens hoe die geldigheid vir die gebruik van die kwantitatiewe navorsingsontwerp in die studie gewaarborg is.

1.6.1.1 Die versekering van geldigheid en betroubaarheid van die kwantitatiewe navorsingsontwerp

Volgens Dane (1990:34) verwys geldigheid in die algemeen na die mate waarin ’n afleiding of bevinding as logies/geldig verklaar kan word. McMillan en Schumacher (2006:134-142) onderskei tussen vier kriteria vir geldigheid: **interne, eksterne, konstruk-** en **statistiese gevolgtrekkingsgeldigheid**. Die wyse waarop geldigheid in die konteks van die studie hanteer is, word in Hoofstuk 4 uiteengesit (*cf.* 4.4.1.1). Betroubaarheid is gewaarborg deur ’n loodsondersoek uit te voer waarvolgens Cronbach-alpha-koëffisiënte en inter-itemkorrelasies vir die items in die vraelys bepaal is (Revelle & Zinbarg, 2009:145-154; Clark & Watson, 1995:316). Die resultate vir die loodsstudie word in Hoofstuk 5 (*cf.* 5.2) bespreek.

Vervolgens fokus die navorser ook op die nadere omskrywing van die kwalitatiewe dimensie wat in die konteks van die studie gebruik is.

1.6.2 Kwalitatiewe navorsing

Volgens Welman, Kruger en Mitchell (2005:188-191) is kwalitatiewe navorsing gemoeid met nie-statistiese metodes van ondervraging en ontleding van sosiale verskynsels. Volgens bogenoemde outeurs is dit ’n induktiewe proses, waarvolgens temas en kategorieë tydens die analisering van data wat verkry is, met byvoorbeeld onderhoude en waarneming geïdentifiseer word.

In aansluiting by bogenoemde omskrywinge, merk Leedy en Ormrod (2005:143) op dat kwalitatiewe navorsing gebruik maak van verskeie vorme van dataversameling, soos byvoorbeeld observasies, onderhoude, objekte, geskrewe dokumente, oudiovisuele materiaal, elektroniese dokumente, soos byvoorbeeld e-posboodskappe en webtuistes, of enige ander materiaal wat kan help om die navorsingsvraag te beantwoord.

Vir die doeleindes van die hierdie studie, het die navorser eerstens objektief te werk gegaan om data by onderwysers in te samel by wyse van ’n vraelys. Enersyds, is die vraelys gebruik om kwantitatief onderwysers se kennis en vaardighede ten opsigte van die identifisering van selfmutilasie in inklusiewe

klaskamers te bepaal. Andersyds, is daar kwalitatief vasgestel hoe onderwysers bewus word van selfmutileerders, die tipe opleiding wat hulle ontvang het om hulp aan selfmutileerders te verleen, hulle siening van die invloed van selfmutilasie op onderrig en leer sowel as op emosionele en sosiale ontwikkeling van die leerder, hulle menings rakende die pastorale rol van die onderwyser, watter ondersteuningstrukture vir hulle beskikbaar is om selfmutileerders te identifiseer en basiese hulp te verleen, en watter geleenthede hulle vir leerders met probleme skep om oor hulle probleme te praat.

Om te verseker dat die kwalitatiewe dimensie geldige data opgelewer het, het die navorser gelet op aspekte rakende geldigheid soos dit in die literatuur vermeld word.

1.6.2.1 Geldigheid van die kwalitatiewe navorsing

Geldigheid van die kwalitatiewe data is in hierdie betrokke studie verseker deur te let op die kriteria van Lincoln en Guba (1985:301-331) en Creswell (2009:190-193): **geloofwaardigheid, veralgemening, betroubaarheid** en **bevestigbaarheid**. Hoe die geldigheid in die konteks van die studie hanteer is, word in Hoofstuk 4 omskryf (*cf.* 4.4.2.1).

In die volgende afdeling word die navorsingstrategie wat deur die navorser gebruik is, kortliks verduidelik.

1.7 NAVORSINGSTRATEGIE

Volgens McMillan en Schumacher (2006:240) is die navorsingstrategie ’n opsomming van hoe ’n betrokke studie onderneem word, wanneer die studie plaasgevind het, deelnemers aan die studie, wie die studie onderneem het, die metode wat gebruik is en omstandighede waaronder die data verkry is.

Vervolgens sal gefokus word op die kwantitatiewe en kwalitatiewe navorsingstrategie wat vir die insameling van die data aangewend is.

1.7.1 Die kwantitatiewe navorsingstrategie

Aansluitend by Leedy en Ormrod (2005:179-185) en McMillan en Schumacher (2006:23), het hierdie studie van beskrywende opname-navorsing gebruik gemaak.

Beskrywende navorsing is 'n samevatting van 'n bestaande fenomeen deur gebruik te maak van nommers of syfers om individue of groepe te karakteriseer. Volgens Leedy en Ormrod (2005:179) veronderstel beskrywende navorsing die identifisering van karakteristieke of kenmerke van 'n waarneembare fenomeen, of ondersoek dit die moontlike verband tussen twee of meer fenomene. Beskrywende navorsing ondersoek dus die aard van bestaande toestande en beoog om iets te karakteriseer soos dit is en nie te manipuleer nie (McMillan & Schumacher, 2006:24). In die konteks van hierdie studie het die navorser beoog om onderwysers se menings rakende hulle kennis en vaardighede ten opsigte van die identifisering van en basiese hulpverlening aan leerders wat hulleself mutileer te bepaal. Verder wou die navorser ook onderwysers se kundigheid en vaardigheid vir die ondersteuning van hindernisse tot leer bepaal, sowel as die onderwysers se houdings ten opsigte van die moontlike implementering van 'n opleidingsprogram vir die identifisering van en basiese hulpverlening aan leerders wat hulleself mutileer. Opname-navorsing veronderstel die verkryging van inligting rakende een of meer groepe persone, met verwysing na hulle kenmerke, menings, houdings of vorige ervaringe (McMillan & Schumacher, 2006:183). Opname-navorsing rig 'n verskeidenheid vrae aan gewillige deelnemers en som daarna hulle response op by wyse van persentasies, die gereeldheid van die voorkoms van spesifieke response, of meer gesofistikeerde indekse, en maak daarna gevolgtrekkings oor 'n bepaalde populasie deur te let op die response van die gekose groep wat gebruik is vir die navorsing (Leedy & Ormrod, 2005:184).

1.7.2 Kwalitatiewe navorsingstrategie

In hierdie betrokke studie is gebruik gemaak van die fenomenologiese strategie.

Leedy en Ormrod (2010:141) omskryf ’n fenomenologiese studie as 'n studie wat poog om mense se persepsies en perspektiewe van 'n sekere situasie te verstaan.

Aansluitend by voorgaande omskrywinge aangaande die fenomenologiese werkswyse, het die navorser die fenomenologiese ontwerp in die betrokke studie aangewend om die volgende inligting te verkry: hoe onderwysers bewus word van selfmutileerders, die tipe opleiding wat hulle ontvang het om hulp aan selfmutileerders te verleen, hulle siening van die invloed van selfmutilasie op onderrig en leer sowel as op emosionele en sosiale ontwikkeling van die leerder, hulle menings rakende die pastorale rol van die onderwyser, watter ondersteuningstrukture vir hulle beskikbaar is om selfmutileerders te identifiseer en basiese hulp te verleen, en watter geleenthede hulle vir leerders met probleme skep om oor hulle probleme te praat.

Vervolgens fokus die navorser op die dataversamelingsinstrument wat gebruik is.

1.8 DATAVERSAMELINGSINSTRUMENT

1.8.1 Die vraelys

Die navorser het vir die doeleindes van die betrokke studie gebruik gemaak van ’n self-ontwikkelde vraelys wat in Afrikaans of Engels deur Hoërskool-onderwysers van Township-skole sowel as Oud-Model C-skole voltooi is. ’n Literatuurstudie, sowel as die doelstellings van die studie het as rigtingwysers vir die navorser gedien in die samestelling van die vraelys. Die redes waarom die navorser gebruik gemaak het van ’n vraelys, was: eerstens, omdat dit die navorser in staat gestel het om response van ‘n groot aantal deelnemers in ‘n kort tyd te verkry. Tweedens, kon die deelnemers (onderwysers) die vrae met vrymoedigheid beantwoord omrede hulle anonimiteit gewaarborg is, wat daartoe aanleiding kon gegee het dat hulle response waarskynlik meer eerlik was as wat die geval sou wees in ’n persoonlike onderhoud (Leedy & Ormrod, 2005:185).

Die skoolhoofde van die betrokke skole waar die navorsing plaasgevind het, het een van die Departementshoofde verantwoordelik gemaak vir die reëlings rondom die voltooiing van die vraelyste en terugbesorging aan die navorser. Voor die voltooiing van die vraelyste deur die onderwysers, het die navorser tydens ‘n pouse die onderwysers ingelig oor die aard en doel van die studie. Die navorser het voor die voltooiing van die vraelyste ook met die betrokke Departementshoofde vergader en die vraelys bespreek, sodat onduidelikhede uit die weg geruim kon word. Die Departementshoofde het tydens ‘n personeelvergadering die vraelyste aan personeel uitgedeel en verduidelik. Daarna is die vraelyste deur die onderwysers in hulle persoonlike tyd voltooi, sodat dit nie met akademiese tyd kon inmeng nie. Na die voltooiing van die vraelyste het die onderwysers dit aan die Departementshoofde terugbesorg, waarna die navorser die vraelyste by die onderskeie skole afgehaal het. Die vraelyste is ’n week nadat dit by die skole uitgedeel is afgehaal, wat aan die onderwysers genoegsame tyd gebied het om die vraelyste te voltooi.

Aangesien die navorser spesifieke aspekte rakende onderwysers se kennis en vaardighede ten opsigte van die identifisering van en basiese hulpverlening aan selfmutileerders wou bepaal, is ’n gestruktureerde vraelys gebruik (Cohen, Manion & Morrison, 2007:321). ’n Gestruktureerde vraelys verwys na ’n reeks vrae met moontlike antwoordkeuses, wat in ’n duidelike struktuur en volgorde aangebied word. Die deelnemers respondeer of lewer kommentaar op die wyse wat hulle dink die beste is (Cohen *et al*., 2007:321). Die tipe data wat die navorser wil verkry sal bepaal of oop (gestruktureerde) of geslote (ongestruktureerde) vrae gebruik sal word (Bell in Maree & Pietersen, 2007b:161). In hierdie betrokke studie het die navorser van ’n gestruktureerde vraelys met oop en geslote vrae gebruik gemaak. Die rede waarom geslote vrae gekies is, is omdat dit die navorser se bedoeling was om vaste patrone te bepaal en om vergelykings te maak tussen die frekwensie van die verskeie response op sekere vrae met betrekking tot selfmutilasie. Verder is dit makliker om die data wat by wyse van geslote vrae verkry is te analiseer, as wat dit byvoorbeeld is in die geval van oop vrae (Maree & Pietersen, 2007b:161).

Die stel van ‘n paar oop vrae is andersyds deur die navorser ingesluit omrede dit aan die deelnemers (onderwysers) die geleentheid gebied het om vrae in detail te beantwoord, en om sodoende ‘n meer holistiese beeld van die onderwysers se kennis en vaardighede rakende die identifisering van en basiese hulpverlening aan selfmutileerders te verkry.

Tydens die ontwerp van die vraelys het die navorser, in noue aansluiting by Maree en Pietersen (2007b:159), gelet op die volgende aspekte tydens die ontwerp van die vraelys: die voorkoms van die vraelys, die opeenvolging van vrae, die bewoording van die vrae en die responskategorieë (*cf.* 4.6.2). Die hantering van hierdie aspekte word volledig in Hoofstuk 4 bespreek.

Aangesien dit belangrik was om die geldigheid en betroubaarheid van die vraelys te bepaal, is ’n loodsondersoek onderneem.

1.8.2 Die loodsondersoek

’n Steekproef van 50 onderwysers verbonde aan Township- en Oud-Model C-skole in die D8-Distrik van die Gauteng Departement van Onderwys, wat nie deel van die oorspronklike steekproef was nie, en dieselfde kenmerke as die steekproef gehad het, is geïdentifiseer vir die loodsondersoek. ‘n Onafhanklike statistikus van die Statistiese Konsultasiediens van die Noordwes-Universiteit se Vaaldriehoekkampus is gebruik om die geldigheid en betroubaarheid van die dataversamelingsinstrument te bepaal. Die bevindinge van die loodsondersoek word in Hoofstuk 5 (*cf.* 5.2) bespreek.

1.8.3 Die betroubaarheid van die vraelys

Om aan die vereistes van betroubaarheid te beantwoord is Cronbach-Alpha-koëffisiënte en inter-itemkorrelasies bereken vir die verskillende afdelings in die vraelys. Die Cronbach-Alpha-koëffisiënt is enersyds bereken om die interne konsekwentheid van die verskeie afdelings in die vraelys te bepaal, en andersyds is inter-itemkorrelasies ook bepaal vir die mate waartoe items in die onderskeie afdelings van die vraelys die konstruk waarop hulle gefokus het, gemeet het (Revelle & Zinbarg, 2009:23) (*cf.* 5.2).

1.8.4 Die geldigheid van die vraelys

Geldigheid in die navorsing is verseker deur te voldoen aan die kriteria vir inhouds-, konstruk- en gesiggeldigheid. Die mate waartoe die vraelys aan die kriteria vir geldigheid voldoen het, word in Hoofstuk 4 (*cf.* 4.6.2.5) verduidelik.

Vervolgens fokus die navorser op die populasie en steekproef wat in die konteks van die studie gebruik is.

1.9 POPULASIE EN STEEKPROEF

Welman *et al.* (2005:52) omskryf 'n populasie as 'n totale versameling van eenhede/mense (in hierdie betrokke studie, onderwysers) wanneer die navorser 'n gevolgtrekking wil maak. Die populasie vir hierdie studie het alle onderwysers in inklusiewe klaskamers in Suid-Afrika behels. Aangesien die totale populasie nie gebruik kon word weens tyd, logistiese en finansiële redes nie, is 'n studiepopulasie geïdentifiseer om die navorsingsprobleem te ondersoek. Vir die doeleindes van die betrokke studie het die navorser gefokus op hoërskole in die D2- en D12-distrikte van die Gauteng Departement van Onderwys. 'n Totaal van 700 onderwysers uit die 16 hoërskole in die D2- en D12-distrikte, het die studiepopulasie gevorm. Hierdie twee distrikte is deur middel van 'n gerieflikheidsteekproefneming gekies, omdat die navorser uit die aard van sy werk as Sielkundige in hierdie areas, goeie kontak met skoolhoofde in hierdie twee distrikte het, en dus maklike toegang tot die skole kon verkry. Daar is doelgerig ook hoofsaaklik op hoërskoolonderwysers gefokus, aangesien die literatuur aangedui het dat die meerderheid selfmutileerders laerskool- en hoërskoolleerders tussen 11 en 15 jaar oud kan wees (*cf.* 1.1). Die navorser het besluit om doelgerig op hoërskoolleerders te fokus. Met behulp van willekeurige steekproefneming is 20 onderwysers in elke skool geselekteer om aan die studie deel te neem. 'n Totaal van 319 onderwysers vanuit 8 Oud-Model C-skole (n = 160) en 8 Township-skole (n = 159) het aan die navorsing deelgeneem. Die onderwysers was onderskeidelik manlik en vroulik, afkomstig van verskillende etniese groepe, Afrikaans- en Engelssprekend, met verskille in jare dienservaring en kwalifikasies.

1.10 DATA-ANALISE EN INTERPRETASIE VAN DATA

1.10.1 Kwantitatiewe data-analise

Die kwantitatiewe data-analise is aan die hand van beskrywende statistiek uitgevoer. Beskrywende statistiek gee 'n opsomming van die data wat met die navorsing verkry is, deur middel van frekwensies, persentasies, gemiddeldes en standaardafwykings (Pietersen & Maree, 2007a:186-194). Daar is ook van inferensiële statistiek gebruik gemaak om verskille tussen die response van die onderwysers van Oud-Model C-skole en Township-skole te bepaal. In hierdie verband is van t-toetse, ANOVAS, Tukey Post-hoc-toetse en Chi-kwadraat gebruik gemaak (Pietersen & Maree, 2007c:229; McMillan & Schumacher, 2006:308). Die vermelde statistiese prosedures word in Hoofstuk 4 (*cf.* 4.8.1) van nader toegelig.

1.10.2 Kwalitatiewe data-analise

In die betrokke studie is van 'n inhoudsanalise gebruik gemaak om die data wat by wyse van oop vrae by onderwysers verkry is, te analiseer (Leedy & Ormrod, 2005:142-143). Volgens Merriam (2004:205) soek 'n inhoudsanalise na insigte, betekenisse en nuanses in data. Bogenoemde outeur meld verder dat die inhoudsanalise gerig is op die gelyktydige kodering van roudata en die vorming van kategorieë wat die kenmerke van inhoud vasvang. Die hantering van die inhoudsanalise met betrekking tot die oop response in die vraelys word in Hoofstuk 4 volledig bespreek (*cf*. 4.8.2).

1.11 BYDRAE TOT DIE VAKGEBIED

Die bydrae wat beoog word ten opsigte van die betrokke vakgebied, te wete Leerderondersteuning en Opvoedkundige Sielkunde, is geleë in die volgende:

Daar bestaan volgens die kennis van die navorser tans nie skoolgebaseerde opleidingsprogramme wat Suid-Afrikaanse onderwysers bemagtig om leerders wat hulleself mutileer te identifiseer en basiese hulp te verleen nie. Gesien teen die agtergrond van inklusiewe onderwys en die pastorale rol van die onderwyser is 'n opleidingsprogram dus noodsaaklik vir onderwysers.

1.12 KONSEPVERKLARINGS

'n Verduideliking vir alle konsepte onderliggend aan die studie is in Hoofstuk 2 gedoen. Hierdie afdeling gee kortliks die navorser se eie verduideliking van die hoofkonsepte, gebaseer op die literatuurstudie, weer.

Selfmutilasie. Met die konsep selfmutilasie veronderstel die navorser alle vorme van beserings van die liggaam wat deur die leerder self veroorsaak is sonder om selfmoord te pleeg (Simeon & Hollander, 2001:1; Collins, 2007:4) (*cf.* 2.2).

Opleidingsprogram. Die doel met die opleidingsprogram is om onderwysers te bemagtig om die selfmutileerder te identifiseer, korrektief op te tree en basiese hulp te verleen wanneer hulle van 'n selfmutileerder bewus word. Gesien teen die agtergrond van die kerntaak van die onderwyser, naamlik onderrig en leer, sowel as teen die agtergrond van die pastorale rol van die onderwyser, is dit is nie die doel van die opleidingsprogram dat onderwysers gespesialiseerde terapeutiese hulp moet kan verleen nie (Lukomski & Folmer, 2004:91-93) (*cf.* 3.9).

Identifisering. Met die konsep identifisering verwys die navorser na die bewusmaking van onderwysers ten opsigte van die aard, oorsake en waarneembare, aanwysbare en uitkenbare tekens van selfmutilasie by leerders sowel as die emosionele, moeilik-herkenbare tekens vir die identifisering van die selfmutileerder (Simeon & Hollander, 2001:1-15; Turner, 2002:25-29; Woldorf, 2005:196-200; Collins, 2007:5; Ryan, 2007:8-9) (*cf.* 2.2.2, 2.5).

Hulpverlening. Basiese hulpverlening verwys nie na terapeutiese ondersteuning nie. Met hulpverlening word basiese hulpverlening bedoel, naamlik dat die onderwyser hom sal oopstel vir die selfmutileerder en 'n vertrouensverhouding met die leerder opbou, sodat die leerder die uitnodiging tot basiese hulpverlening en ondersteuning sal wil aanvaar (Lieberman, 2004; Gibson, 2010). Basiese hulpverlening verwys ook in die konteks van die studie daarna dat die onderwyser die selfmutileerder van sekere bruikbare afleibaarheidstegnieke bewus maak om selfmutilasie te

probeer voorkom (*cf.* 6.5), en aan hom die moontlikheid voorhou om privaat ondersteuning deur sielkundiges en professionele persone, of ondersteuning deur die Skoolgebaseerde Ondersteuningspan (SGOS) in samewerking met die Distriksgebaseerde Ondersteuningspan (DGOS) van die Onderwysdepartment aan te neem. Om basiese hulp te kan verleen moet onderwysers dus daartoe in staat wees om selfmutileerders te identifiseer (*cf.* 2.5, 2.6).

1.13 HAALBAARHEID VAN DIE STUDIE

Die studie was haalbaar en uitvoerbaar omrede die navorser enersyds toegang tot skole gehad het sowel as die steun van die betrokke Onderwysdepartement, hoofde en onderwysers, en andersyds was die biblioteek binne bereik van die navorser en goed toegerus met resente literatuur. Die Statistiese Konsultasiediens was ook beskikbaar en bereidwillig om die navorser te help met die vaslegging, analise en interpretasie van data.

1.14 VOORLOPIGE HOOFSTUKINDELING

Hoofstuk 2: In Hoofstuk 2 word selfmutilasie as lewenswêreldlike verskynsel bespreek. Aandag is onder andere geskenk aan 'n historiese oorsig oor selfmutilasie, die verskil tussen selfmutilasie en selfmoord, die vorme en oorsake van selfmutilasie, selfmutilasie en verwante toestande, identifiseerbare kenmerke van die selfmutileerder, die gemeenskaps- en pastorale rol van die onderwyser, die onderwyser se belewing van inklusiewe onderwys, die rol van die DGOS en SGOS sowel as die Nasionale Strategie ten opsigte van die Sifting, Identifisering, Assessering en Ondersteuning aan leerders.

Hoofstuk 3: In Hoofstuk 3 word terapeutiese benaderings en hulpprogramme vir die hantering van selfmutilasie bespreek.

Hoofstuk 4: In Hoofstuk 4 word die navorsingsontwerp toegelig.

Hoofstuk 5: In Hoofstuk 5 word die data-analise en interpretasies van bevindinge aan die orde gestel.

Hoofstuk 6: In Hoofstuk 6 word ’n opleidingsprogram daargestel vir die onderwyser om die selfmutileerder te identifiseer en basiese hulp te verleen.

Hoofstuk 7: In Hoofstuk 7 word die bevindinge, aanbevelings, leemtes en bydraes van die navorsing hanteer.

1.15 ETIESE OORWEGINGS

Aangesien hierdie betrokke studie data by mense ingesamel het, moes die navorser aan etiese oorwegings aandag skenk. In aansluiting by Leedy en Ormrod (2005:101-102; 220-222); McMillan en Schumacher (2006:334-335); Cohen *et al*. (2007:273-275); Creswell (2009:88-92) en Merriam (2009:233-234) is verskeie etiese aspekte ten opsigte van die uitvoer van die navorsing in ag geneem, wat volledig in Hoofstuk 4 verduidelik word (*cf.* 4.9).

1.16 SAMEVATTING

In hierdie hoofstuk is ’n oorsig oor die studie gegee. Gesien teen die agtergrond van Suid-Afrikaanse onderwysers wat nie ten volle bemagtig word om hindernisse tot leer (waar onder selfmutilasie), soos deur die inklusiewe onderwysbeleid vereis word (*cf.* 1.1, 1.2), te hanteer nie, was dit die doel van hierdie studie om eerstens vas te stel tot watter mate onderwysers oor kennis en vaardighede beskik vir die identifisering van en basiese hulpverlening aan selfmutileerders. Tweedens, het die studie ten doel gehad om ’n opleidingsprogram te ontwikkel om onderwysers te bemagtig om selfmutilasie op skoolvlak te kan identifiseer en basiese hulp te verleen (*cf.* 1.2). Vanuit ’n post-positivistiese navorsingsraamwerk (*cf.* 1.4.2.1) is kwantitatiewe, beskrywende navorsing onderneem (*cf.* 1.5.1, 1.6.1) met behulp ’n gestruktureerde vraelys met oop en geslote vrae (*cf.* 1.7.1). Met behulp van die geslote vrae is onderwysers se kennis en vaardighede ten opsigte van die identifisering van, redes vir selfmutilasie bepaal sowel as die mate waartoe hulle hindernisse tot leer kan ondersteun. Die oop vrae, wat ‘n klein

kwalitatiewe dimensie tot die navorsing toegevoeg het (*cf.* 1.7.1) is gebruik om onder andere onderwysers se menings en begrip ten opsigte van die implementering van hulle gemeenskaps- en pastorale rol te verstaan, sowel as hulle gesindheid vir die implementering van ’n opleidingsprogram om selfmutilasie te identifiseer en basiese hulp te verleen, te bepaal (*cf.* 1.7.1). Die response wat met die vraelys verkry is het saam met die literatuurstudie die grondslag vir die ontwikkeling van die opleidingsprogram gevorm.

In Hoofstuk 2 word die sentrale konsep in die studie, naamlik selfmutilasie, bespreek.

HOOFSTUK 2

SELFMUTILASIE AS LEEFWÊRELDLIKE VERSKYNSEL

2.1 INLEIDING

In Hoofstuk 1 is onder andere kortliks verwys na die toenemende problematiek van selfmutileerders op skool. In Hoofstuk 2 bespreek die navorser bogenoemde problematiek in meer diepte aan die hand van die volgende aspekte:

- ’n Historiese oorsig oor selfmutilasie as leefwêreldlike verskynsel
- Konsepverklaringe oor selfmutilasie as leefwêreldlike verskynsel
- Die vorme van selfmutilasie
- Die oorsake van selfmutilasie
- Selfmutilasie en verwante toestande
- Identifiseerbare kenmerke van die selfmutileerder
- Die rol van die onderwyser in die hantering van selfmutilasie in inklusiewe klaskamers
- Die Nasionale Strategie ten opsigte van die Sifting, Identifisering, Assessering en Ondersteuning van leerders in inklusiewe onderwys

Die inligting wat met die literatuurstudie in hierdie hoofstuk verkry is, is gebruik is vir die opstel van die vraelys om te bepaal hoe kundig en vaardig onderwysers huidiglik is om selfmutileerders te identifiseer en basiese hulp te verleen. Aansluitend by bogenoemde inleidende opmerking oor die werkswyse wat in Hoofstuk 2 gevolg word, fokus die navorser ter wille van volledigheid, eerstens op ’n historiese oorsig oor selfmutilasie as leefwêreldlike verskynsel.

2.1.1 ’n Historiese oorsig oor selfmutilasie as leefwêreldlike verskynsel

Timofeyev *et al*. (2002) wys daarop dat voorbeelde van selfmutilasie reeds in die Bybelse geskiedenis voorgekom het, soos gevind word in Mattheus 5:29-30 en Markus 9:43-47 (Bybel Naslaan, 2008:961 & 1011). Timofeyev *et al.* (2002) vermeld dat selfmutilasie ’n erkende gebruik was onder Christene gedurende die elfde eeu.

Volgens Menminger (1938:218) was selfmutilasie in die tydperk voor die elfde eeu ook grootliks geassosieer met religieuse gebruike. Volgens Strong (1998:29) het Christene in hierdie periode na selfmutilasie verwys as *“selfpyniging van die vlees”,* terwyl gevalle aangemeld is waar Christene hulleself gekruisig of gemutileer het as deel van religieuse seremonies.

Volgens Timofeyev *et al.* (2002) is die eerste geval van selfmutilasie gedurende 1846 aangemeld nadat ’n weduwee haar eie oë verwyder het as gevolg van skuldgevoelens wat sy ervaar het. ’n Verdere bekende voorbeeld van selfmutilasie wat in die geskiedenis gedurende 1888 voorgekom het, is die van die begaafde kunstenaar Vincent van Gogh, wat sy eie oor gemutileer het na ’n rusie met sy vriend Paul Gauguin (Timofeyev *et al.*, 2002). Ander gevalle van selfmutilasie wat vermeld word, is as ’n vorm van neurotiese gedrag beskou. Menminger (1938:224) meld byvoorbeeld dat daar vanuit ’n psigoanalitiese perspektief gekyk is na voorvalle van selfmutilasie waar kastrasie van die genitalieë plaasgevind het. Timofeyev *et al.* (2002) wys daarop dat die eerste navorsing oor die voorkoms en rede vir selfmutilasie gedurende die begin van die twintigste eeu onderneem is. Hulle verwys onder andere na die bekende sielkundige Sigmund Freud, wat soos volg opgemerk het oor selfmutilasie as leefwêreldlike verskynsel in sy teorie oor Lewe en Dood:

“ ... the person withdraws from human connections and retreats into a narcissistic position, silently driving him or herself towards death”.

In aansluiting by die voorgaande opmerking van Timofeyev *et al.* (2002), het Menminger (1938:250) selfmutilasie as gedeeltelike selfmoord beskryf en soos volg in die verband opgemerk:

“ ... self-mutilation is actually a compromise formation to avert total annihilation, that is to say, suicide ...”

Volgens Strong (1998:32) het werklike insig oor selfmutilasie eers gedurende die afgelope sestig jaar na vore getree en het navorsers besef selfmutilasie is nie ’n onderafdeling van byvoorbeeld histerie nie, maar ’n manier waarop die selfmutileerder poog om in beheer van hom-/haarself te wees. Gedurende die 1960’s is daar vir die eerste keer in navorsing gefokus op gemeenskaplike faktore onder selfmutileerders.

Timofeyev *et al.* (2002) merk aansluitend by bogenoemde opmerking op dat hedendaagse navorsing oor selfmutilasie geskoei is op die bevindinge en navorsingswyse van Pattison en Kahan (1983:867-872), wat selfmutilasie vir navorsingsdoeleindes in die volgende drie kategorieë verdeel het, naamlik:

- die graad van die selfmutilasie;
- die metode of wyse van selfmutilasie; en
- die herhaaldelike voorkoms van selfmutilasie by ’n persoon.

Met bogenoemde kriteria in gedagte is daar gedurende 1990 omvattende navorsing oor selfmutilasie onderneem en is dit in 1996 gedokumenteer deur Favazza en Rosenthal in hulle bekende werk: **“Bodies Under Siege”** (in Timofeyev *et al.,* 2002).

Gedurende die negentigerjare en tydens die nuwe millennium is selfmutilasie toenemend vanuit verskeie vakwetenskappe nagevors, soos byvoorbeeld in Maatskaplike Werk en Sielkunde deur Stanley, Gameroff, Michaelsen en Mann (2001:427-431) sowel as Klonsky, Oltmans en Turkheimer (2003:1501-1508).

Selfmutilasie het ook meer in die publieke oog gekom vanweë die feit dat bekende persone erken het dat hulle hulleself mutileer, soos byvoorbeeld Prinses Diana van Wallis, Angelina Jolie en Johnny Depp (Strong, 1998:19; Caperton, 2004:7; Shapiro, 2008:125).

Sedert die aanbreek van die nuwe millennium is daar ook in Suid-Afrika 'n groter bewustheid oor die voorkoms van selfmutilasie. Die Afrikaanse Sondagkoerant, *Rapport*, het byvoorbeeld 'n artikel gepubliseer met die opskrif "*Selfskending onder tieners word bestempel as die nuwe heroïen van die jeug"* (Anon., 2006:14) terwyl selfmutilasie ook soms vermeld is in radio- en TV-programme.

Ten spyte van bogenoemde navorsingsinisiatiewe en 'n groter bewustheid van selfmutilasie as leefwêreldlike verskynsel word selfmutilasie steeds as 'n onderafdeling van die grenslynpersoonlikheidsversteuring beskou in die Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV TM) (1994:654), en bestaan daar tans weinig navorsing oorsee sowel as in Suid-Afrika oor die moontlike hulpverleningsrol wat die onderwyser kan vertolk om selfmutilasie te voorkom.

In aansluiting by die genoemde historiese bespreking en slotopmerkinge wil die navorser vervolgens aandag gee aan enkele konsepverklaringe oor selfmutilasie en daarna fokus op die verskil tussen selfmutilasie en selfmoord.

2.2 SELFMUTILASIE: KONSEPVERKLARINGE

Die volgende konsepverklaringe oor selfmutilasie sal enersyds nader omskryf word om die algemeen geldende definisies van selfmutilasie soos dit in die literatuur voorkom nader toe te lig; sowel as om die navorser se eie beskouing en definiëring van selfmutilasie (soos geldend vir die betrokke navorsing) aan die orde te stel.

In aansluiting by bogenoemde inleidende opmerking, definieer Klonsky *et al*. (2003:1501) selfmutilasie soos volg: *" ... the intentional injuring of one's own body without apparent suicidal intent".*

Simeon en Hollander (2001:1), Collins (2007:4) en Heslop en Macaulay (2009:10) omskryf selfmutilasie as alle gedrag wat fokus op die doelbewuste toevoeging van pyn en fisiese skade aan die liggaam, sonder die bedoeling om as gevolg van die gedrag, te sterf. Addisioneel hiertoe dui Collins (2007:4)

aan dat selfmutilasie doelbewuste besering van die eie liggaam inhou en ‘n manier is om stres, pyn en angs te verlig.

Na aanleiding van bogenoemde definisies, blyk dit dat daar eenstemmigheid is dat selfmutilasie doelbewus geskied en nie verband hou met selfmoordneigings nie.

Na deeglike studie en navorsing, en in noue aansluiting by bogenoemde definisies van selfmutilasie, is die navorser se eie beskrywing van selfmutilasie vir die doeleindes van die studie, soos volg:

> Selfmutilasie is ’n herhalende, opsetlike en doelgerigte handeling waardeur die eie liggaam beseer word sonder die bedoeling om selfmoord te pleeg. Selfmutilasie gee uiting aan opbouende emosionele spanning, angs en aggressie.

In aansluiting by bogenoemde definisie, fokus die navorser vervolgens op die verskil tussen selfmutilasie en selfmoord.

2.2.1 Die verskil tussen selfmutilasie en ‘n selfmoordpoging

Selfmutilasie is aanvanklik beskou as ’n vorm van selfmoord. Karel Menminger was egter die eerste navorser wat ’n duidelike onderskeid waargeneem het tussen selfmutilasie en selfmoord. Hy merk in sy bekende werk, **Man Against Himself**, die volgende op: *“self-destruction is a form of partial suicide to avert total suicide”* (Menminger, 1938:237). Die bevindinge van Menminger is daarna deur navorsers soos Pattison en Kahan (1983) en Walsh en Rosen (1988) ondersteun. Suyemoto en MacDonald (1995:163) het daarna bogenoemde siening in hulle navorsing ingesluit en opgemerk dat selfmutilasie as meganisme aangewend word om selfmoord te voorkom en dat selfmutilasie ’n vorm van emosionele spannings-verligting/ontlading is.

Briere en Gil (1998:609) wys daarop dat selfmutilasie wel in sommige gevalle ’n oefenlopie vir selfmoord kan wees, daarom is ondersteuning van die selfgemutileerde persoon uiters noodsaaklik. In aansluiting by Briere en Gill wys Stanley *et al*. (2001:427) daarop dat 55 tot 85% van die selfmutileerders

ten minste eenmaal ŉ poging aangewend het om selfmoord te pleeg. Bogenoemde outeurs merk verder op dat die selfmutileerder wat oor ŉ grenslynpersoonlikheid beskik en aan depressie ly, gereeld oor selfmoord dink. Oorkoepelend beskou, blyk dit egter uit die nagevorsde literatuur dat daar ŉ duidelike onderskeid bestaan tussen selfmutilasie en ‘n selfmoordpoging. Dit word ook bevestig deur die navorsing van Lukomski en Folmer (2004:91-93). Zila en Kiselica (2001:47) sowel as Sharp *et al*. (2003:21) merk samevattend op dat die verskil tussen selfmutilasie en ‘n selfmoordpoging daarin geleë is dat selfmutilasie ŉ herhalende handeling is en dat selfmutileerders meestal verskeie letsels vanweë selfmutilasie op hulle liggame het.

Vervolgens fokus die navorser op die verskeie vorme wat selfmutilasie aanneem, aangesien dit vir die identifisering van leerders wat hulself mutileer, belangrik is.

2.2.2 Die vorme van selfmutilasie

By nadere beskouing van die bestaande literatuur blyk dit dat die meeste navorsers melding maak van die verskeie aanwysbare vorme wat selfmutilasie aanneem. Navorsers wat na die verskeie vorme van selfmutilasie verwys het, is onder andere: Favazza (in Strong, 1998:xi-xii); Simeon en Hollander (2001:1-15); Engelgau (2005) en Collins (2007:5). Ook Cutter, Jaffe en Segal (2008) en Dougherty, Mathias, Marsh-Richard, Prevette, Dawes, Hatzis en Palmes (2009:22-27) maak melding van die verskeie vorme wat selfmutilasie aanneem en verwoord die verskeie vorme wat selfmutilasie aanneem soos volg:

- die sny van die self;
- die brand van die self;
- krap van die vel; of die oopmaak van ou wonde;
- die uittrek van hare (trigotillomanie);
- die slaan van die self;

- die breek van eie bene in die liggaam;
- stamp van die kop (meer teenwoordig by outistiese en psigotiese gedrag); en
- oordadige tatoeëring of deursteking van die eie liggaam (byvoorbeeld spelde) as dit geskied ter wille van pyn of stresverligting.

Aansluitend by bogenoemde beskrywing van die verskeie vorme wat selfmutilasie aanneem, sowel as die bevinding van Baywaters en Rolfe (2002) (*cf.* 1.1) het Engelgau (2005) in 'n navorsingstudie in die VSA rakende die omvang van verskeie vorme van selfmutilasie by tieners, die volgende bevind:

- selfsnyding kom in 72% van alle gevalle voor;
- selfslaning kom in 30% van gevalle voor;
- uittrek van die hare (trigotillomanie) kom in 22% van gevalle voor;
- breek van die eie bene van die liggaam kom in 10% van gevalle voor; en
- selfbranding kom in 5% van gevalle voor.

Aansluitend by bogenoemde aanwysbare vorme wat selfmutilasie aanneem, het Collins (2007:5), Lukomski en Folmer (2004:91-93) asook Favazza (1996:225) selfmutilasie in die volgende vorme verdeel, naamlik ekstreme, stereotipe, matige, kompulsiewe en impulsiewe vorme van selfmutilasie. Elkeen van die vorme word nou kortliks van nader toegelig.

- **Ekstreme vorme van selfmutilasie**

Hierdie wyse van selfmutilasie verwys na ekstreme vorme van selfmutilasie en sluit onder andere in die verwydering of amputering van ledemate, kastrasie of oogverwydering. Die vorm van selfmutilasie is lewensbedreigend en hou verband met psigotiese gedrag of dwelmmisbruik (Caperton, 2004:5-6; Collins, 2007:5; Wehmeyer, 2007:14).

- **Stereotipe selfmutilasie**

Hierdie vorm van selfmutilasie verwys na herhaaldelike en soms rituele wyses van selfmutilasie, soos byvoorbeeld die stamp van die kop en slaan en byt van die eie liggaam. Volgens Clarke en Whittaker (1998:129-137) en Collins (2007:5) vertoon hierdie wyse van selfmutilasie ŉ noue verband met disfunksies soos outisme en psigotiese gedrag.

- **Matige vorme van selfmutilasie**

Hierdie wyse van selfmutilasie is volgens Clarke en Whittaker (1998:129-137) die mees algemene vorm van selfmutilasie en begin gewoonlik tussen die ouderdom van 14 en 24 jaar (Nixon *et al*., 2008:306-312). Volgens Collins (2007:5) sluit hierdie vorm van selfmutilasie die volgende wyses van selfmutilasie in: selfsnyding; selfbranding; die stukkend maak of mutilering van die vel; die uittrek van hare (trigotillomanie); die breek van bene; slaan, stamping en die oopmaak van rowe. Favazza (in Strong (1998:xii) verdeel hierdie vorm van selfmutilasie in die volgende onderafdelings, te wete kompulsief en impulsief. Impulsiewe selfmutilasie kan episodies of herhalend van aard wees (Favazza in Strong, 1998:xii). Vervolgens sal bogenoemde matige vorme van selfmutilasie nader omskryf word:

- **Kompulsiewe selfmutilasie**

Volgens Simeon en Hollander (2001:5) word hierdie vorm van selfmutilasie gekenmerk deur die herhalende aard daarvan en sluit dit byvoorbeeld die volgende handelinge of wyses van selfmutilasie in: die byt van naels; beskadiging van die vel en die uittrek van hare (trigotillomanie). Persone wat hulleself op hierdie wyse mutileer, voel gedwing om die handeling uit te voer, maar wens hulle kan die impuls weerstaan. Verhoogde angstigheid wat gevolg word deur verligting van spanning sodra die persoon hom-/haarself gemutileer het, is algemeen kenmerkend van kompulsiewe selfmutilerende gedrag en toon ŉ ooreenkoms met obsessiewe kompulsiewe gedrag. Volgens Kress en White (2003:490-495) ervaar sommige individue met

kompulsiewe selfmutilerende gedrag nie 'n bewuste drang om hulleself te beseer nie.

- **Impulsiewe selfmutilasie**

Impulsiewe selfmutilasie word deur Simeon en Hollander (2001:15) omskryf as *" … an almost automatic response on disturbing internal and external stimuli, beginning in adolescence and persisting for decades".* Impulsiewe selfmutilasie kan onderverdeel word in twee wyses van selfmutilasie: episodiese en herhalende selfmutilasie. Die verskil tussen episodiese en herhalende selfmutilasie is daarin geleë dat episodiese selfmutilasie slegs 'n beperkte aantal kere in die persoon se lewe voorkom, terwyl herhalende selfmutilasie gereeld voorkom en byna verslawend is. Volgens Lukomski en Folmer (2004:91) is die wyses wat impulsiewe selfmutilasie aanneem onder andere: selfsnyding, selfbranding, die beskadiging van die vel met naalde, krap van die vel, selfslaning, die stukkend of oopmaak van ou wonde en die breek van bene. Die voorgenoemde outeurs merk verder op dat die selfmutilasie meesal op die gewrigte of voorarms voorkom, hoewel voorbeelde van selfmutilasie ook op die volgende dele van die liggaam verskyn: die gesig, genitalieë, heupe, bene, maag en borste. Selfsnyding is die mees algemeen voorkomende vorm van matige selfmutilasie en daarom word soms in die literatuur na hierdie selfmutileerders verwys as *"cutters".*

Opsommenderwys, kan bogenoemde vorme van selfmutilasie (soos weergegee deur Collins (2007:5) en Lukomski en Folmer (2004:91) in noue aansluiting by die sienings van Favazza (1989:137-145), Favazza in Strong (1998:xi-xii) en Simeon en Hollander (2001:1-15) soos volg skematies in Tabel 2.1 voorgestel word:

Tabel 2.1: Vorme van selfmutilasie

1. Ekstreme selfmutilasie	• Verwydering of amputering van ledemate, kastrasie of oogverwydering; • Is lewensbedreigend; • Verband met: psigotiese gedrag of dwelmmisbruik
2. Stereotipe selfmutilasie	• Herhaaldelike en soms rituele wyses van selfmutilasie bv.: o Stamp van die kop; o Slaan en byt van die liggaam; • Verband met: organiese disfunksie en psigotiese gedrag
3. Matige vorme van selfmutilasie	• Mees algemeen voorkomende vorm; • Begin ± ouderdom van 14 tot 24 jaar; • Wyses van selfmutilasie: o Selfsnyding o Selfbranding o Mutilering van die vel o Trigotillomanie o Breek van bene o Oopmaak van rowe
3.1 Kompulsiewe selfmutilasie	• Gekenmerk deur die herhalende aard daarvan • Byt van naels, beskadiging van vel, trigotillomanie • Ervaar kompulsies om hulleself te mutileer • Beleef hoë angsvlakke – verligting nadat hulle hulleself gemutileer het • Toon ooreenkoms met obsessiewe kompulsiewe gedrag

3.1 Impulsiewe selfmutilasie	• Selfmutilasie vind feitlik outomaties plaas as reaksie op eksterne stimuli bv. angs, aggressie
	• Onderverdeel in:
	  ○ Episodies en herhalende selfmutilasie
	  ○ Episodies - kom slegs 'n beperkte aantal kere voor
	  ○ Herhalende selfmutilasie kom gereeld voor en is byna verslawend (dwelm)
	• Wyses van selfmutilasie:
	  ○ Selfsnyding
	  ○ Branding
	  ○ Beskadig vel met naalde
	  ○ Krap van vel
	  ○ Selfslaning
	  ○ Oopkrap van ou wonde
	• Voorkoms:
	  ○ Gewrigte
	  ○ Voorarm
	  ○ Gesig
	  ○ Genitalieë
	  ○ Heupe
	  ○ Bene
	  ○ Maag en borste

Bogenoemde skematiese samevatting en die voorafgaande beskrywing van die verskeie vorme van selfmutilasie is deur die navorser ingebou omdat dit ŉ kernagtige verwysingsraamwerk vir die onderwyser kan word met die oog op die identifisering van selfmutileerders.

Samevattend beskou, is hierdie betrokke navorsing hoofsaaklik gerig op die identifisering van matige vorme van selfmutilasie (*cf*. 2.2.2), met ander woorde, kompulsiewe, impulsiewe, episodies en herhalende vorme van selfmutilasie. Hierdie vorme is gekies, omrede matige vorme van selfmutilasie die mees algemene vorm van selfmutilasie is waarmee die onderwyser in inklusiewe klaskamers in aanraking kan kom volgens Clarke en Whittaker, (1998:129-137).

Vervolgens sal die oorsake of redes vir selfmutilasie nader omskryf word, aangesien die identifisering van oorsake/redes belangrik is vir die hulpverleningsproses.

2.3 DIE OORSAKE VAN SELFMUTILASIE

By nadere beskouing van die literatuur wat handel oor die oorsake van selfmutilasie blyk dit dat die oorsake van selfmutilasie wyd oorsee nagevors is, en in 'n mindere mate in die Suid-Afrikaanse konteks ondersoek is. Oorsese navorsers wat gefokus het op die oorsake van selfmutilasie is onder andere: Haines en Williams (1997); Briere en Gil (1998); Simeon en Hollander (2001); Zila en Kiselica (2001); Hawkins-Walsh (2006); Collins (2007); Cutter *et al.* (2008); Lukomski en Folmer (2004:91-93), Lavender (2008) en Dougherty *et al.* (2009:22-27). Suid-Afrikaanse navorsers wat verwys het na die oorsake van selfmutilasie is onder andere: Theron (1986); Scholtz (1992); Malcolm (1994); Rosen (1994); Gottlieb (1998) en Wehmeyer (2007).

Uit bevindinge voortvloeiend uit bogenoemde navorsingsinisiatiewe oor die oorsake van selfmutilasie, blyk dit dat die verklaringe vir die oorsake van selfmutilasie uiteenlopend van aard is. Teorieë oor die oorsake van selfmutilasie word in die literatuur grootliks gebaseer op chemies-biologiese en psigologiese determinante.

Die navorser is van mening dat om onderwysers se agtergrondskennis te verbreed en groter begrip vir die emosionele angs en spanning wat met selfmutilasie gepaard gaan aan te wakker, is dit nodig dat onderwysers in die konteks van 'n opleidingsprogram daaromtrent ingelig behoort te word.

Vervolgens sal enkele van bogenoemde teorieë van nader toegelig word.

2.3.1 Psigologiese teorieë oor die oorsake van selfmutilasie

Die psigologiese teorieë verklaar selfmutilasie as 'n wyse van optrede wat die selfmutileerder aanwend om emosionele balans te bewerkstellig (Dallam,

1997:151-153, 159-165; Woldorf, 2005:196-200; Lukomski & Folmer, 2004:91).

Comer (2005), Woldorf (2005:196-200) en Glassman, Weierich, Hooley, Deliberto en Nock (2007:2483-2490) wys ook daarop dat die selfmutileerder nie daartoe in staat is om op 'n normale wyse emosionele balans te bewerkstellig nie, daarom is hy van mening dat die redes daarvoor moontlik gesetel is in die volgende oorsake:

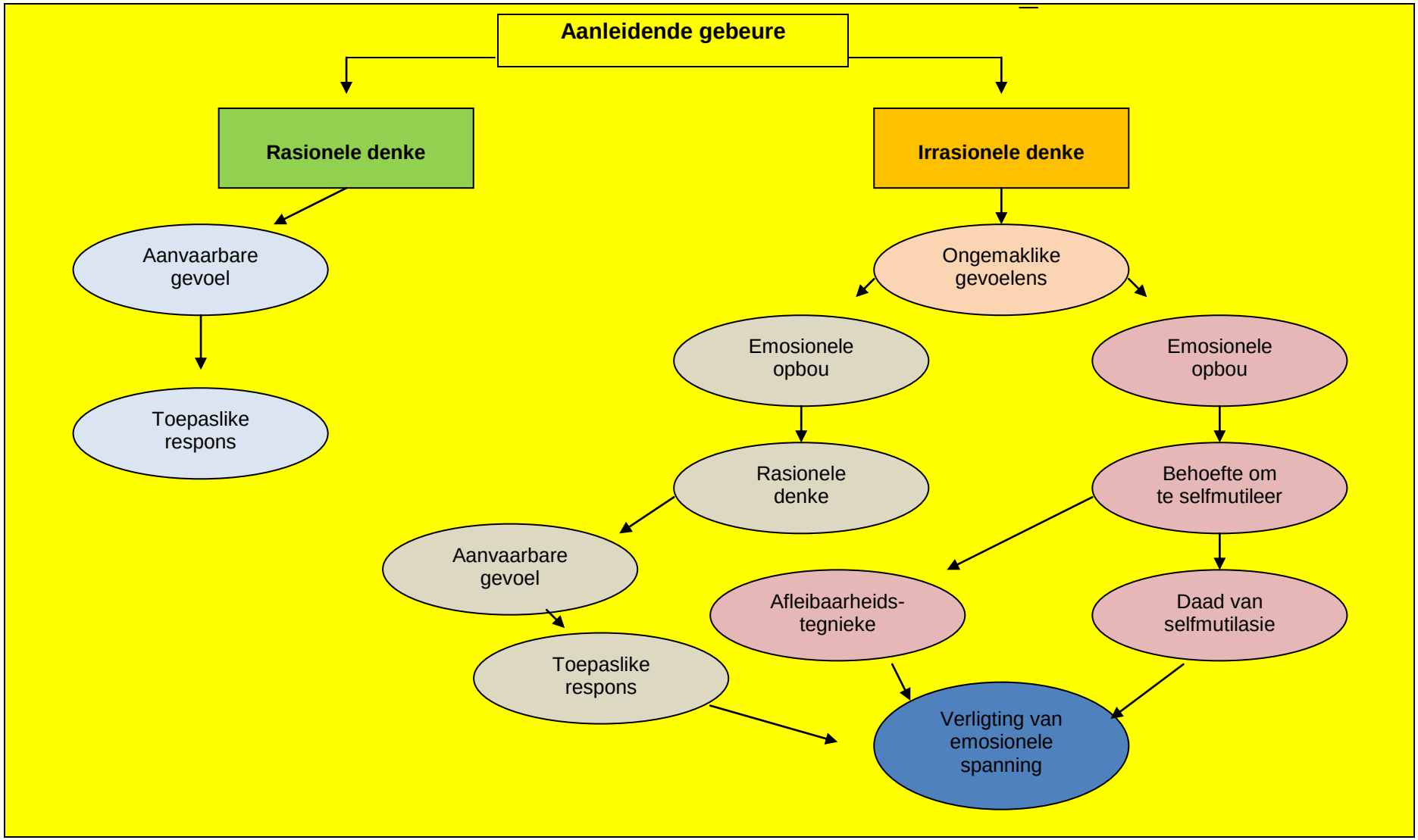
- Dit mag onveilig wees (vanweë psigologiese en fisieke redes) vir die selfmutileerder om emosies tuis te openbaar omrede sy ouers emosionele uitbarstings verbied, ignoreer of verwerp.

- Die selfmutileerder se ouers kan moontlik self nie daartoe in staat is om op 'n normale wyse uitdrukking te gee aan emosies nie. Indien hulle wel uitdrukking gee aan emosies, gaan dit meestal gepaard met woede-uitbarstings en geweld. Selfmutileerders word soms blootgestel aan negatiewe voorbeelde (soos drank- en dwelmmisbruik) as leerskool vir die hantering van intense emosionele belewinge. Selfmutileerders het soms nooit normale voorbeelde van hoe om emosionele stres te hanteer nie.

- Selfmutileerders het by ander geleer dat selfmutilasie 'n wyse is waarop jy emosionele balans kan bewerkstellig.

Bogenoemde outeurs merk verder op dat die selfmutileerder die volgende emosies beleef voordat hulle hulleself mutileer, te wete: depressie, isolasie, frustrasie en vervreemding. Bogenoemde emosies gee dan aanleiding tot die belewing van hoë vlakke van angstigheid waarvan hulle voel hulle moet ontvlug – gevolglik wend die selfmutileerder hom-/haarself dan tot selfmutilasie om emosionele balans te bewerkstellig.

Bowman en Kaye, soos aangehaal deur Collins (2007:13), illustreer in Figuur 2.1 die vermelde belewenis van die selfmutileerder voordat selfmutilasie plaasvind, sowel as die emosionele ontlading wat hulle beleef nadat selfmutilasie plaasgevind het.



Figuur 2.1: Die sirkelgang van selfmutilasie (Bowman & Kaye in Collins, 2007:13)

Samevattend dui Figuur 2.1 aan dat die sirkelgang van selfmutilasie soos volg veroorsaak word:

As gevolg van aanleidende gebeure kan ‘n persoon rasionele of irrasionele denke beleef, wat aanleiding gee tot ongemaklike gevoelens. Daar word dan op een van die volgende wyses opgetree:

- Met behulp van rasionele denke word gebeure wat tot spanning, depressie of angs lei, toepaslik hanteer.

Andersyds kan ‘n persoon ongemaklike gevoelens tydens spanning, depressie of angs beleef wat aanleiding tot emosionele opbou meebring. Daar word dan op een van die volgende wyses opgetree:

- Deur middel van rasionele denke word die emosionele spanning deur middel van 'n toepaslike respons verlig.

- Emosionele spanning neem toe, en die behoefte tot selfmutilasie neem toe. Daar word egter van afleibaarheidstegnieke gebruik gemaak om die emosionele spanning te verlig en selfmutilasie te vermy.

- Emosionele spanning neem toe, en die behoefte tot selfmutilasie neem toe. Selfmutilasie vind plaas om die emosionele spanning te verlig.

In die konteks van die studie, was dit verval van belang vir die navorser dat onderwysers se rol en bydrae ten opsigte van ondersteuning aan selfmutileerders, onder andere die identifisering van afleibaarheidstegnieke vir leerders wat geneig is tot selfmutilasie, insluit. Voorstelle ten opsigte van moontlike afleibaarheidstegnieke vir leerders wat hulleself mutileer is ook in die navorser se ondersteuningsprogram ingesluit (*cf.* 6.4.1, 6.5.1).

Aansluitend by Bowman en Kaye soos aangehaal deur Collins (2007:13) en Tantum en Huband (2009:58) en Dougherty *et al.* (2009:22-27), verwoord Cutter *et al.* (2008) die emosionele balans wat die selfmutileerder ervaar nadat selfmutilasie plaasgevind soos volg:

- ’n tydelike verligting van intense gevoelens van angstigheid en druk;

- ’n werklikheidsbelewing – ’n ervaring van: “ek lewe en is nie dood nie”;
- die verplasing van innerlike pyn na buite;
- die verkryging van beheer oor pyn;
- die oorkoming van emosionele doodsheid;
- die beheer en manipulering van ander;
- ‘n manier van kommunikasie en uitdrukking;
- die in beheer wees van intense emosies;
- ’n geleentheid vir selfstraf;
- om myself te mutileer en daarna self die wonde te versorg om sodoende omgee en selfversorging te beleef;
- die gevoel dat ek die sorg, ondersteuning en aandag van andere verkry; en
- die geleentheid om andere te manipuleer en skuldig te laat voel.

Met voorgaande omskrywinge wil die navorser volstaan en vervolgens fokus op die chemies-biologiese teorie as oorsaak van selfmutilasie.

2.3.2 Die chemies-biologiese teorie oor die oorsake van selfmutilasie

Verskeie navorsers soos Davidson en Frey (2007), Ryan (2007:8-9), Gibson (2008) en Cloutier, Martin, Kennedy, Nixon en Muehlenkamp (2009:259-269) beskryf die chemies-biologiese teorie oor selfmutilasie aan die hand van ’n chemiese wanbalans of die toestroming van verslawende endorfiene wanneer selfmutilasie plaasvind.

Volgens Lukomski en Folmer (2004:92) vind die toestroming van endorfiene plaas nadat selfmutilasie plaasgevind het en gee dit aanleiding tot die inhibering van pyn en spanning en ervaar die selfmutileerder aangename gevoelens of euforie. Hicks en Hinck (2007:408-413), Cutter *et al.* (2008) en

Dougherty *et al.* (2009:22-27) bevestig die bevindinge van Lukomski en Folmer (2004:92) wat soos volg oor die toestroming van endorfiene by die selfmutileerder opmerk:

"...in some self-mutilators the pain from the self-mutilation causes an increase in the production of endorphins, which inhibits the feelings of pain and tension."

Die probleem is egter dat die selfmutileerder se liggaam 'n toleransie ontwikkel vir endorfiene wat daartoe aanleiding gee dat die selfmutilasie-proses elke keer meer intens moet wees om dieselfde euforiese gevoelens te belewe wat kan lei tot die verslawing aan selfmutilasie (Comer, 2005; Glassman *et al.,* 2007:2483-2490).

Aansluitend by bogenoemde opmerking van Comer (2005) en Glassman *et al.* (2007:2483-2490) merk die Child Study Centre (2001:3) op dat die positiewe of euforiese belewenis wat met die toestroming van endorfiene beleef word, altyd opgevolg word deur gevoelens van skuld, skaamte, depressie en selfhaat, om sodoende 'n negatiewe sirkel van herhaling en verslawing aan selfmutilasie te skep.

In die volgende afdeling fokus die navorser op Turner (2002:32-62) se afhanklikheidsteorie oor die oorsake van selfmutilasie.

2.3.3 Turner se afhanklikheidsteorie oor die oorsake van selfmutilasie

Turner (2002:32-62) beskou selfmutilasie as 'n "dwelm" of handeling waaraan die selfmutileerder verslaaf raak. Sy merk byvoorbeeld op dat selfmutileerders dieselfde afhanklikheidsimptome ervaar as heroïenverslaafdes, naamlik:

- fisieke afhanklikheid,
- 'n smagting of hunkering na die "dwelm"; en
- totale persoonlike betrokkenheid.

Volgens Turner (2002:33) ontwikkel selfmutileerders eerstens net soos heroïenverslaafdes 'n fisieke afhanklikheid aan die "dwelm" (selfmutilasie) en

wend hulle die “dwelm” aan wanneer hulle wil ontslae raak van negatiewe emosies. Net soos in die geval van die heroïenverslaafdes, ontwikkel selfmutileerders ook ’n toleransie vir hulle “dwelm” en moet hulle hulleself toenemend selfmutileer om dieselfde bevrydende gevoel te ervaar. Die afhanklikheidsteorie bevestig dan ook die chemies-biologiese teorie (*cf.* 2.3.2).

Verder ontwikkel selfmutileerders, net soos heroïenverslaafdes, ’n smagting na die “dwelm” (selfmutilasie) en kan dit soms obsessiewe afmetings aanneem.

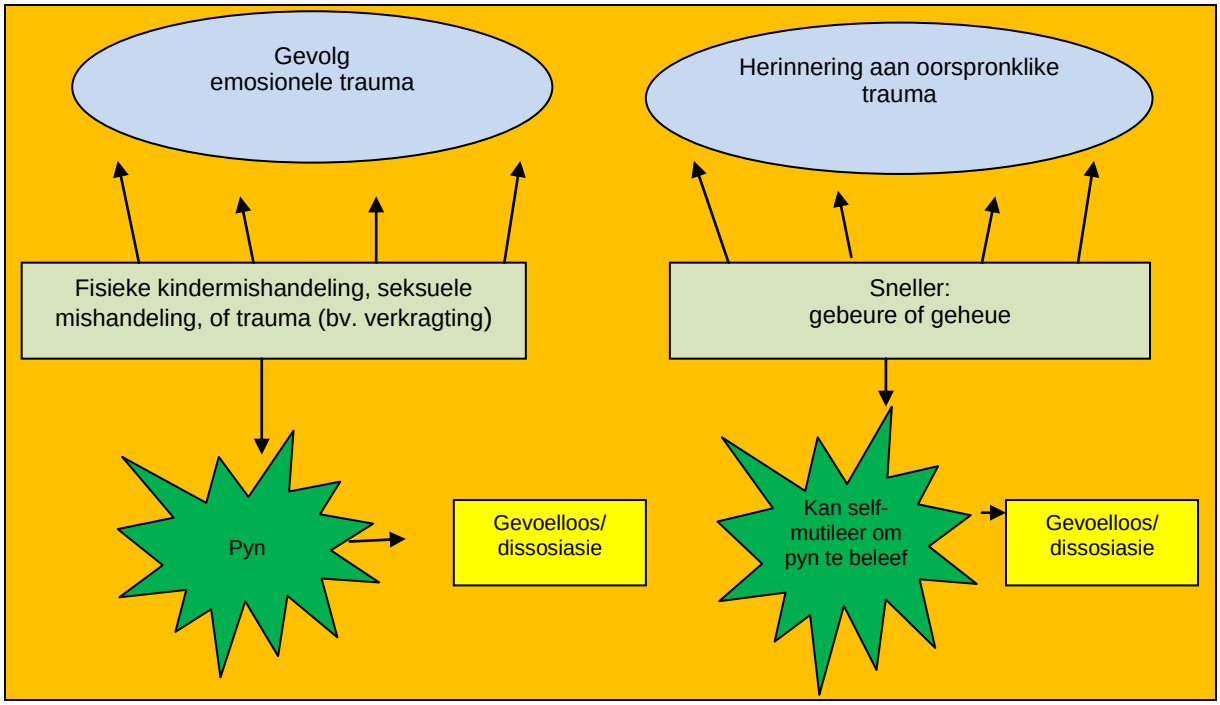
Daarbenewens is die selfmutileerder, net soos die heroïenverslaafdes, as totaliteit betrokke by sy verslawingsproses, met ander woorde sy hele bestaan word gerig en oorheers deur die afhanklikheid aan die “dwelm” (selfmutilasie).

Volgens Turner (2002:33) wend die selfmutileerder (soos in die geval van alkohol en dwelmafhanklikes) selfmutilasie aan as ’n “dwelm” om sy gemoedstoestand te verander. Turner (2002:37) merk soos volg op in die verband:

“Self-injurers use their addiction as a way to self-medicate, as alcoholics and other addicts often do. Deliberate self-injury can be either a method of stimulation to escape depression, numbness, and feeling “dead inside” or a method to relieve anxiety and agitation.”

Turner (2002:38-62) sluit verder nou aan by die vorige twee teorieë oor die oorsake van selfmutilasie, deurdat sy van mening is dat die oorsake van selfmutilasie psigologies en fisiologies van aard is. Sy verwys byvoorbeeld na die navorsing onderneem deur Van der Kolk (1989:389-411) en Briere en Gil (1998:609-620), wat bevind het dat die selfmutileerder net soos individue wat blootgestel was aan erge trauma of post-traumatiese stres, selfmutilasie as “dwelm” aanwend om van onaangename gevoelens of emosies ontslae te raak. Volgens Turner (2002:41) kan hierdie onaangename gevoelens of emosies wat die selfmutileerder wil verander of onderdruk, dikwels teruggevoer word na die selfmutileerder se ontoereikende opvoedingsomstandighede. Ook Wood, Trainor, Rothwell, Moore en

Harrington (2001:11) is van mening dat ontoereikende opvoedingsomstandighede 'n noue ooreenkoms vertoon met die voorkoms van selfmutilasie. Turner (2002:42) verduidelik bogenoemde aan die hand van Figuur 2.2:



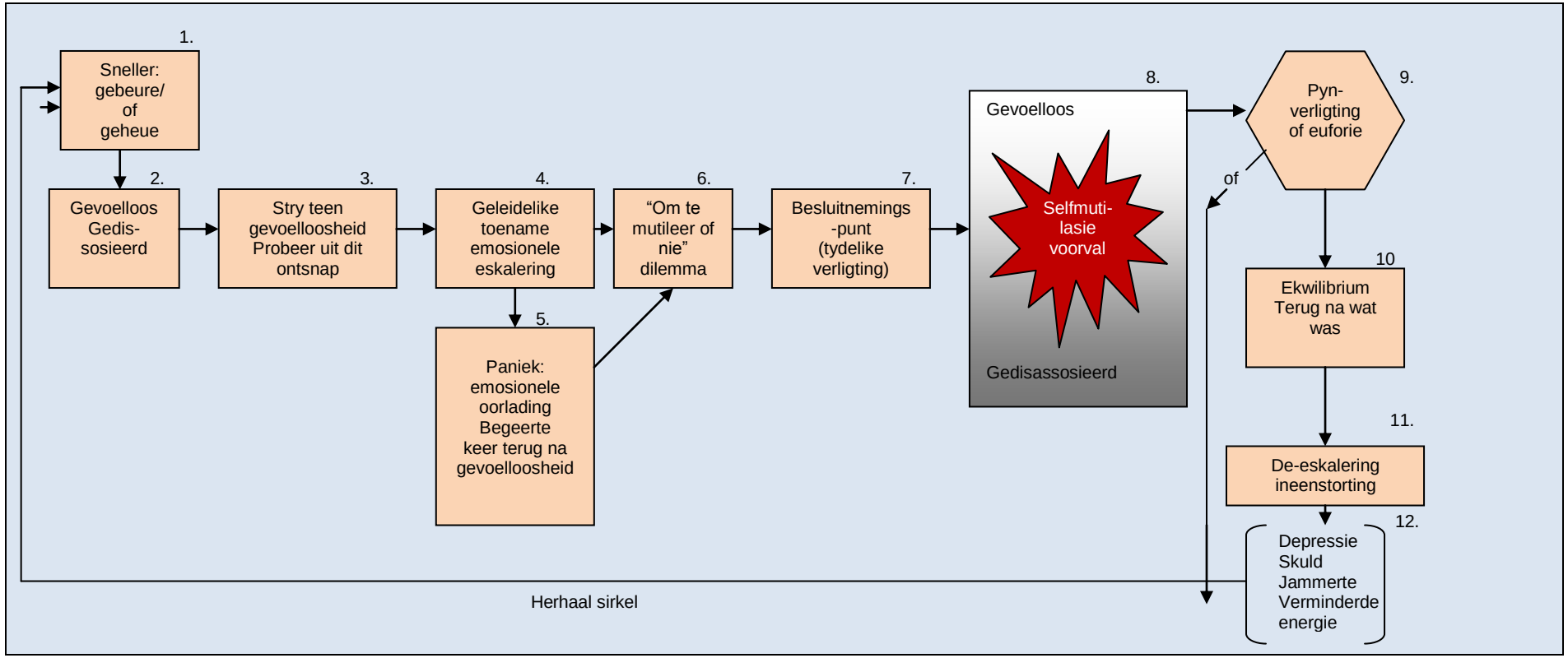
Figuur 2.2: Oorspronklike trauma en traumatiese pyngeheue-reaksie (Turner, 2002:42)

Volgens bogenoemde figuur word die selfmutileerder daarvan bewus dat hy/sy emosionele pyn en trauma kan verwerk deur hom-/haarself te mutileer om sodoende gedissosieerd of gevoelloos te raak. Selfmutilasie word dus 'n ontvlugtingsmeganisme met 'n herhalende of afhanklikheidseffek.

Turner (2002:46) merk verder op dat kliniese, mediese en chemies-biologiese navorsing bevind het dat selfmutilasie plaasvind om die volgende twee redes:

- om te ontvlug en emosioneel gevoelloos en gedissosieerd te raak; en/of
- om hoë vlakke van angstigheid en irritasie te verlig.

Sy merk verder op dat bogenoemde redes soms afsonderlik en soms gemeng voorkom by selfmutileerders. Volgens Turner (2002:47) verloop selfmutilasie soos volg in bogenoemde gevalle, soos uiteengesit in Figuur 2.3:



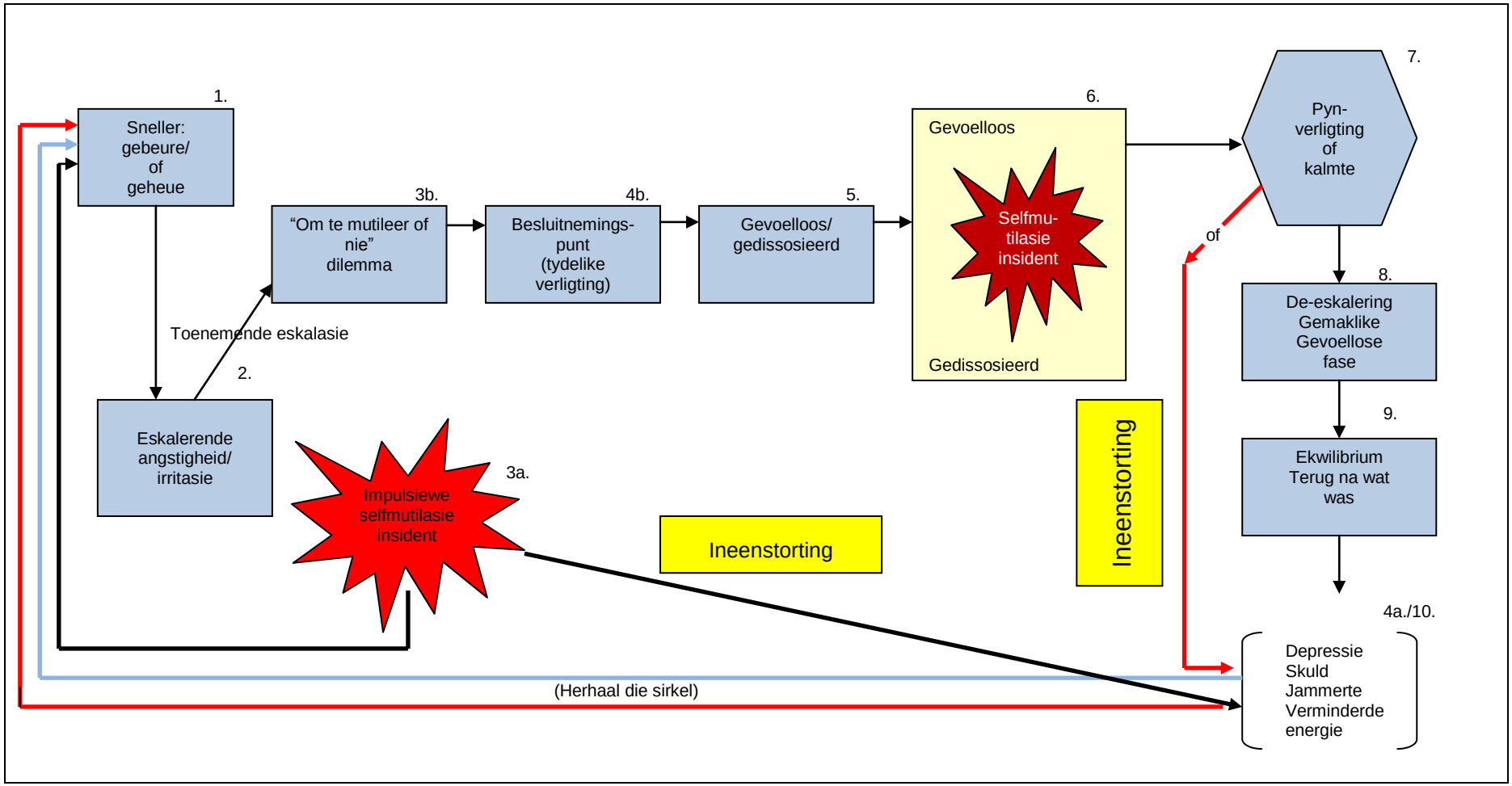
Figuur 2.3: Die verloop van selfmutilasie: Verlig en reproduseer gevoelens van gevoelloosheid/dissosiasie (Turner, 2002:47)

Samevattend beskou, verloop selfmutilasie in ‘n sirkelgang soos in Figuur 2.3 uiteengesit word:

Gebeure of herinneringe uit die verlede veroorsaak gevoelens van gevoelloosheid of dissosiasie by 'n persoon. Aanvanklik word daar gestry teen die gevoelloosheid, en die persoon probeer daaruit ontsnap. Daar word egter nie daarin geslaag om te ontsnap nie, en emosionele spanning eskaleer. Die toename in spanning lei tot paniek en die persoon beleef 'n begeerte om terug te keer na die aanvanklike gevoelloosheid. Hy/sy maak dan die besluit om oor te gaan tot selfmutilasie of om dit te vermy. Tydens die besluitnemingsproses ervaar die persoon tydelike verligting van spanning. Indien besluit word om oor te gaan tot selfmutilasie, beleef die persoon weer 'n oomblik van gevoelloosheid en dissosiasie, waarna pynverligting ten opsigte van die onaangename gebeure of herinneringe uit die verlede intree. Die selfmutileerder besef egter dat die belewing van pynverligting van verbygaande aard is, en dat hy/sy sal moet terugkeer na wat was, wat lei tot gevoelens van ineenstorting. Gevoelens van ineenstorting gee aanleiding tot depressie, skuld, jammerte en verminderde energie. Laasgenoemde gevoelens dien dan weer opnuut as sneller vir die gebeure wat tot gevoelloosheid lei, en die hele sirkelgang soos beskryf in hierdie paragraaf word van vooraf herhaal.

Turner (2002:47) merk aansluitend by Figuur 2.3 op dat selfmutilasie vanweë die herhalende aard daarvan ’n verslawende en obsessiewe effek op die selfmutileerder kan uitoefen.

Die volgende figuur, Figuur 2.4, illustreer die doel wat selfmutilasie het, naamlik om ontslae te raak van hoë vlakke van angstigheid en irritasie.



Figuur 2.4: Die doel van selfmutilasie: verligting van angs en geïrriteerdheid (Turner, 2002:52)

Volgens Figuur 2.4 word 'n persoon gekonfronteer met gebeure wat in sy/haar verlede plaasgevind het en toenemende angstigheid of irritasie veroorsaak. Hierdie toenemende angstigheid of irritasie lei tot een van twee wyses van optrede, naamlik tot impulsiewe selfmutilasie of ineenstorting (3^a) wat tot gevoelens van depressie, skuld, spyt en verminderde energie lei (4^a). Daarna keer die negatiewe gedagtes aan gebeure uit die verlede weer terug, en die sirkelgang van gebeure vind weer van vooraf plaas.

In die tweede plek, kan die persoon wat gekonfronteer word met negatiewe gebeure uit sy/haar verlede ook as gevolg van die herinnering aan die negatiewe gebeure angstig en geïrriteerd raak. Die angstigheid of irritasie plaas die persoon voor die dilemma om te mutileer of nie te mutileer nie (3^b). Tydens die besluitnemingsproses beleef die persoon tydelike verligting van die onaangename herinneringe en gevoelens van gevoelloosheid en dissosiasie. Tydens die belewenis van gevoelloosheid of dissosiasie mutileer die persoon hom/haarself en beleef daarna pynverligting of kalmte (5,6,7).

Hierna kan die selfmutileerder op een van die volgende wyses reageer, naamlik eerstens kan hulle na afloop van die selfmutilasie pynverligting of kalmte (7^a) en 'n ineenstorting beleef (7^b) wat lei tot gevoelens van depressie, skuld, jammerte of verminderde energie (10). Na hierdie fase keer die selfmutileerder weer terug na stap een, en word die sirkelgang van selfmutilasie herhaal.

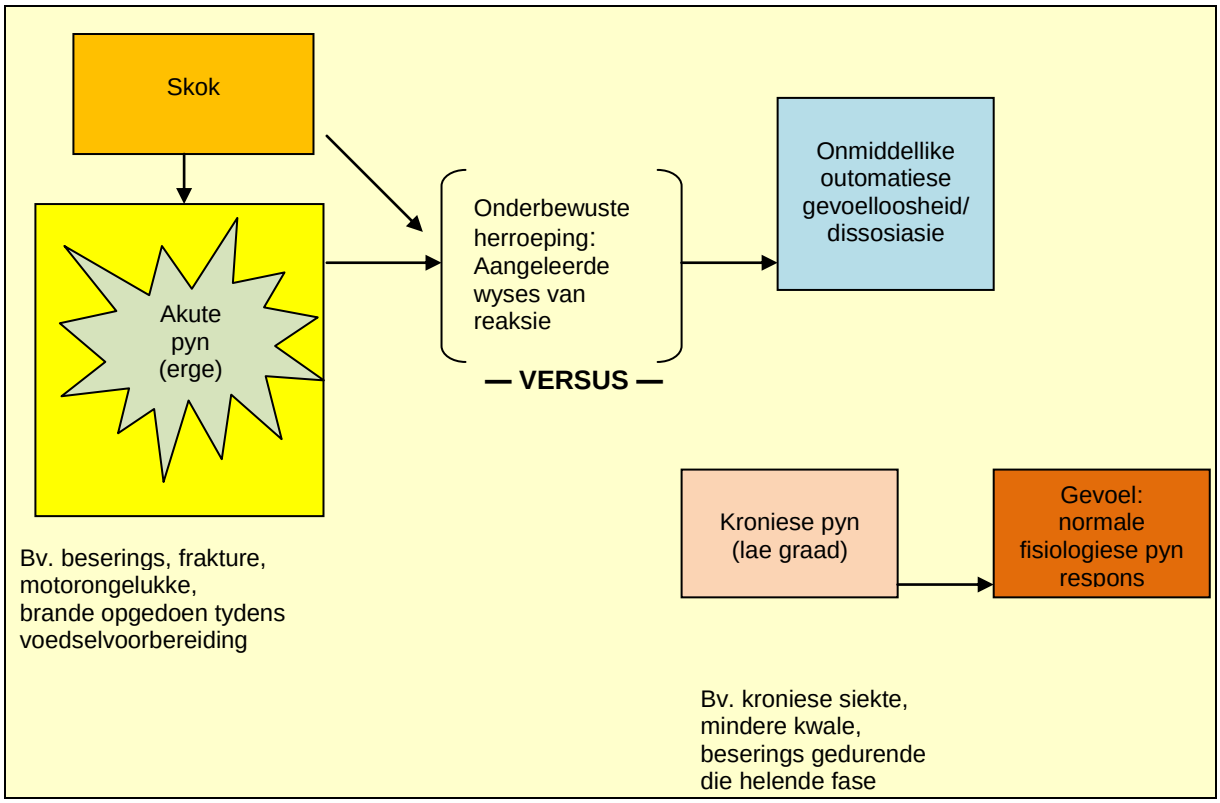
Tweedens kan die selfmutileerder tydens die belewing van pynverligting of kalmte wat intree na selfmutilasie soos volg optree: 'n geleidelike de-eskalering van die gevoellose fase vind plaas (8); ekwilibrium ontstaan (9) en die selfmutileeder keer terug na wat was, beleef gevoelens van depressie, skuld, jammerte en verminderde energie en keer weer terug na fase een van die sirkelgang van selfmutilasie (10).

Hoewel die selfmutilasieproses in bogenoemde figuur soortgelyk verloop as dié in Figuur 2.3, wys Turner (2002:53) op die gevaar wat impulsiewe selfmutilasie inhou vir die selfmutileerder deurdat die selfmutileerder nie deur die gewone proses van selfmutilasie beweeg nie maar hom-/haarself dadelik

selfmutileer wanneer hy/sy met onaangename gevoelens gekonfronteer word. Sy merk soos volg op in die verband:

"With impulsive acts of self-injury, there is no great feeling of relief, maybe just a momentary but intense "high" or a brief feeling of calm. Equilibrium is not restored. The self-injurer crushes rapidly, falling down into depression-guilt-regret and exhausting her supply energy."

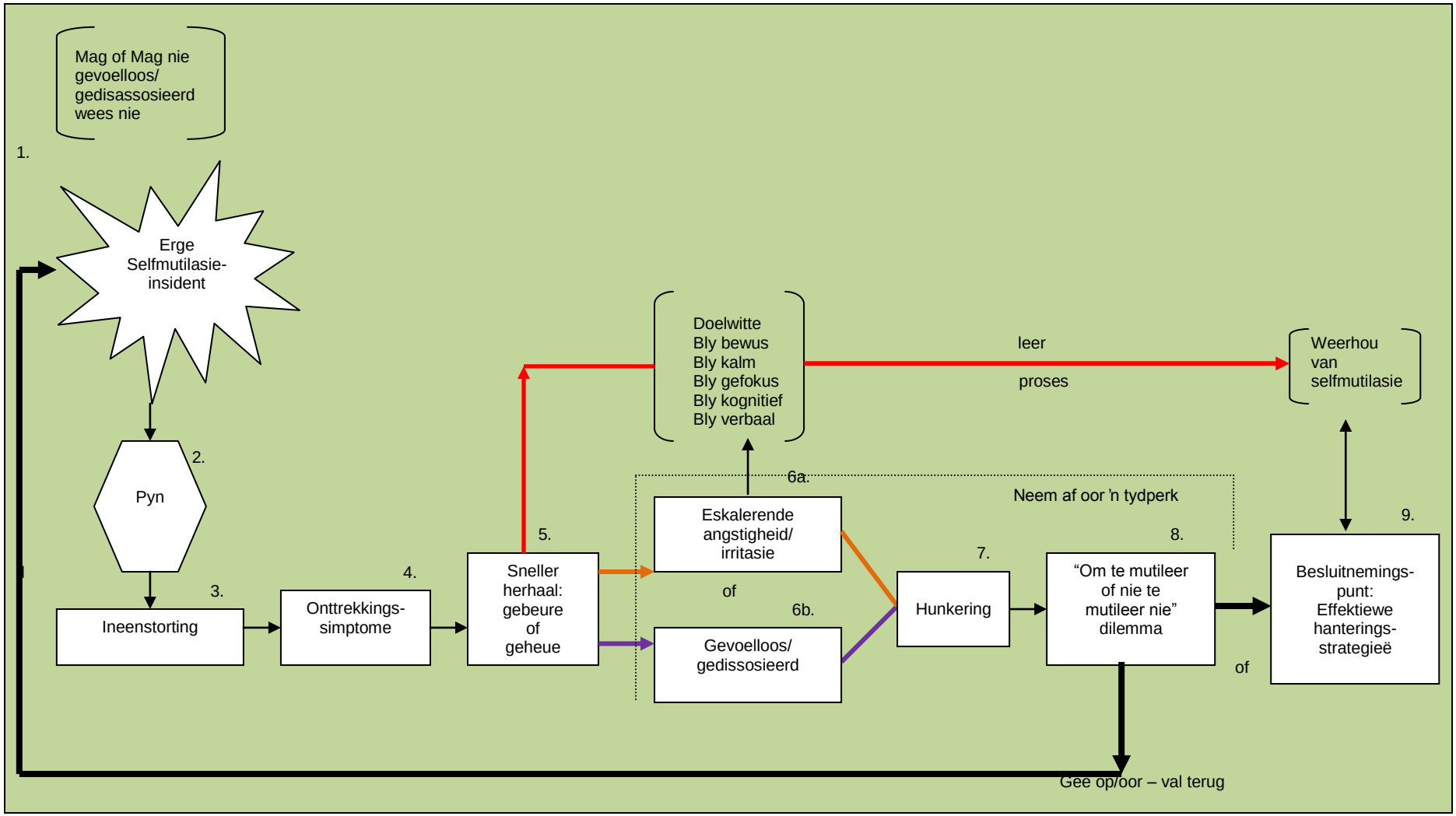
In aansluiting by bogenoemde verduidelikings van die afhanklikheidsteorie as oorsake vir selfmutilasie, illustreer Turner (2002:54) ook die selfmutileerder se belewing van pyn tydens die selfmutilasieproses en die pad wat hy/sy moet volg om vry te wees van selfmutilasie (vergelyk figure 2.5 en 2.6).



Figuur 2.5: Die selfmutileerder se tipiese ervaring van akute versus kroniese pyn (Turner, 2002:54)

Bogenoemde figuur illustreer dat selfmutileerders soms akute versus kroniese pyn ervaar en dat sommige geleer het om gevoelloos en gedissosieerd te raak tydens 'n proses van selfmutilasie.

Aansluitend by bogenoemde illustrasie oor die selfmutileerders se belewing van akute en kroniese pyn, illustreer Turner (2002:56) selfmutilasie onttrekkingsgedrag soos volg in Figuur 2.6:



Figuur 2.6: Selfmutilasiesonttrekking (Turner, 2002:56)

Volgens Figuur 2.6 verloop selfmutilasiesgedrag soos volg: die selfmutileerder kan in ‘n toestand van gevoelloosheid of dissosiasie verkeer as gevolg van negatiewe gebeure en selfmutilasie toepas. Na afloop van die insident kan die selfmutileerder pyn beleef en ineenstort. Daarna kom onttrekkingsimptome voor, iets gee weer aanleiding tot die belewing van die negatiewe gebeure en die selfmutileerder kan op een van die volgende wyses optree: hulle bly kalm en gefokus en weerhou hulleself van selfmutilasie.

Dit kan ook gebeur dat die belewing van negatiewe gebeure toenemende angstigheid en irritasie veroorsaak of tot gevoelens van gevoelloosheid en dissosiasie lei. Daar word gehunker na selfmutilasie en die persoon word met die besluit gekonfronteer om selfmutilasie toe te pas of nie. Dit kan nou gebeur dat die persoon met verloop van tyd besluit om van selfmutilasie af te sien en hanteringstrategieë om die situasie te hanteer begin identifiseer. In sommige gevalle kan die persoon egter opgee en terugval in die herhaling van die selfmutilasieproses vanaf stap een.

Turner (2002:58) merk samevattend op dat vanweë die afhanklikheidsaard van selfmutilasie dit vir die selfmutileerder moeilik is om die selfmutilasiesirkel te verbreek en dat hy/sy net soos die alkohol- en dwelmverslaafde, onttrekkingsimptome ervaar wanneer hy/sy probeer om op te hou met selfmutilasie.

Met bogenoemde omskrywing van die afhanklikheidsteorie as oorsaak tot selfmutilasie, wil die navorser volstaan en samevattend soos volg opmerk: die psigologiese teorieë verklaar selfmutilasie as ‘n wyse van optrede wat die selfmutileerder aanwend om emosionele balans te bewerkstellig. Daarenteen verklaar die chemies-biolgiese teorieë die rede vir selfmutilasie as die toestroming van endorfiene nadat selfmutilasie plaasgevind het en aanleiding gee tot die inhibering van pyn en spanning sodat die selfmutileerder aangename gevoelens kan beleef. Ten slotte beskryf die afhanklikheidsteorie selfmutilasie as 'n dwelm of handeling waaraan die selfmutileerder verslaaf raak.

Bogenoemde drie teorieë oor die oorsake van selfmutilasie beklemtoon enersyds die kompleksiteit van die oorsake van selfmutilasie, waaroor onderwysers nie in-diepte kennis hoef te beskik nie. Andersyds is dit volgens die navorser noodsaaklik dat die onderwyser oor basiese kennis moet beskik om die kompleksiteit van selfmutilasie te verstaan om sodoende beter begrip en groter empatie ten opsigte van die gesitueerdheid van die selfmutileerder te ontwikkel.

In Afdeling 2.6 word veral gelet word op die moontlike rol wat die onderwyser kan vertolk in die hantering van selfmutilasie.

Vervolgens sal gefokus word op selfmutilasie en verwante toestande, om selfmutileerders te kan identifiseer.

2.4 SELFMUTILASIE EN VERWANTE TOESTANDE

Volgens Collins (2007), Lukomski en Folmer (2004:92), Turner (2002:25), Brink (2005:1), Pitonyak (2005:5) en Claes en Vandereycken (2007:305-315) blyk dit dat daar ’n noue verband bestaan tussen die voorkoms van selfmutilasie en die volgende verwante toestande:

- ontoereikende opvoedingsverhoudinge;
- grenslynpersoonlikheidsversteuringe;
- post-traumatiese gedragsversteuringe (stres);
- angsversteuringe;
- impulskontrole versteuringe;
- dissosiatiewe versteuringe;
- gemoedsversteuringe; en
- eetversteuringe.

Elkeen van die verwante toestande word vervolgens van nader toegelig.

2.4.1 Ontoereikende opvoedingsverhoudinge

Navorsers soos Van der Kolk (1989:389-411), Strong (1998:20), Selekman (2002a), Turner (2002:25), Turrel en Armsworth (2003:487-512), Tyler, Whitbeck, Hoyt en Johnson (2003:457-474), Brink (2005:13), Lukomski en Folmer (2004:92) en Koch (2008) het bevind dat ontoereikende opvoedingsverhoudinge ’n noue verband toon met die voorkoms van selfmutilasie. Voorbeelde van ontoereikende opvoedingsverhoudinge wat in die literatuur vermeld word, is onder andere: ontoereikende binding tussen ouer en kind; traumatiese belewinge tydens kinderjare en ontoereikende ouerlike ondersteuning en voorbeelde.

In aansluiting by bogenoemde inleidende opmerking is Brink (2005:16) sowel as Dombeck (2009) en Tuisku, Pelkonen, Kviruusu, Karlsson, Ruutu en Marttunen (2009:1125-1136) van mening dat indien ’n kind nie veiligheid en geborgenheid van sy ouer as baba belewe nie, hy later nie daartoe in staat sal wees om hoë vlakke van angstigheid te beheer nie en dat dit kan aanleiding gee tot selfmutilasie om sodoende van die angstige gevoelens ontslae te raak.

Verskeie ander navorsers soos Briere en Gil (1998:610), Herman (1992:377-391), Turner (2002:88-89) en Tyler *et al.* (2003:457-474) het ook bevind dat kinderverwaarlosing en mishandeling (fisiek, emosioneel en seksueel) ’n noue verband vertoon met die voorkoms van selfmutilasie. In aansluiting hierby, is Selekman (2002a) van mening dat faktore soos gesinsverbrokkeling, afwesige ouers, ouer- en groepsdruk en die vinnige oplossingsindroom van die samelewing bydra tot die voorkoms van selfmutilasie.

Selekman (2002a) merk op dat ontoereikende opvoedingsverhoudinge ‘n groot invloed op die voorkoms van selfmutilasie het. Hy vermeld dat tieners hulleself mutileer omrede hulle dit belewe dat hulle nie deur hulle ouers waardeer word nie en emosioneel los van hulle ouers staan. Verder, voel baie tieners ‘n sterk behoefte tot aanvaarding en sal daarom dikwels inskakel by ‘n portuurgroep wat erkenning aan selfmutilasie gee. Sommige tieners voel emosioneel dood en onsigbaar in die oë van hulle ouers, en selfmutilasie laat

hulle lewend voel en bevestig hulle bestaan. Meisies gebruik soms selfmutilasie as ’n beheermeganisme om staande te bly teen oorheersende ouers, veral in gevalle waar die vader die dominante figuur is ten opsigte van dissipline en besluitneming.

Verdere ontoereikende opvoedingsverhoudinge wat in noue verband met die voorkoms van selfmutilasie in die literatuur vermeld word, is byvoorbeeld seksuele mishandeling, verwaarlosing, emosionele mishandeling, alkoholisme en depressie by ouers (Brink, 2005; Comer, 2005; Glassman *et al.,* 2007:2483-2490).

Samevattend beskou blyk dit uit navorsing dat daar ’n noue verband bestaan tussen selfmutilasie en ontoereikende opvoedingsverhoudinge wat onder andere toegeskryf kan word aan ‘n gebrek aan aanvaarding, ontoereikende geborgenheid en erkenning, asook mishandeling.

Vervolgens word daar gefokus op die verband tussen selfmutilasie en grenslynpersoonlikheidsversteuringe.

2.4.2 Grenslynpersoonlikheidsversteuring en selfmutilasie

Verskeie buitelandse navorsers soos Suyemoto en Mac Donald (1995:162), Briere en Gil (1998:609-620); Collins (2007:11); Davidson en Frey (2007); Hawkins-Walsh (2006); Brown en Dodson (2009), Cloutier *et al.* (2009:259-269) en Joyce, Light, Rowe, Cloninger en Kennedy (2010:250-257) sowel as plaaslike navorsers soos Scholtz (1992) en Gottlieb (1998) het bevind dat daar ’n noue verband bestaan tussen selfmutilasie en grenslyn-persoonlikheidsversteuringe. Om hierdie verband nader toe te lig gee die navorser aandag aan die DSM-IV TM se omskrywing van grenslyn-persoonlikheidsversteuringe, waarvan selfmutilasie ’n onderafdeling is. Daarna let die navorser op die verband tussen selfmutilasie en grenslyn-persoonlikheidsversteuring.

Die DSM-IV TM (1994:654) beskryf die volgende kriteria vir grenslyn-persoonlikheidsversteuringe wat ooreenstemming toon met die kenmerke van selfmutileerders (5 of meer kriteria is nodig om ’n diagnose te maak):

- angstige pogings word aangewend om werklike of verbeelde verlating te voorkom (ouer of versorger)
- onstabiele interpersoonlike verhoudinge;
- onstabiele of swak selfbeeld;
- impulsiewe gedrag in ten minste twee van die volgende selfvernietigende handelinge kom voor (spandabelrigheid; seks; substans misbruik; roekelose bestuur of ooreting);
- herhalende selfmoordgedrag, aanduiding of dreigemente van selfmoord; selfmutilasie;
- affektiewe onstabiliteit vanweë reaktiewe gemoedstoestande (soos intense episodiese disforie, geïrriteerdheid; of angstigheid wat meestal vir ’n paar uur duur en in enkele uitsonderinge ’n paar dae duur);
- kroniese gevoelens van leegheid;
- onvanpaste, intense woede of probleme om woede te beheer (byvoorbeeld gereelde woede-uitbarstings; altyd kwaad; herhaalde voorkoms van fisieke gevegte); en
- verbygaande stres-verwante paranoïese wanbeelde of ekstreme dissosiatiewe simptome.

Behalwe vir die genoemde kriteria vir grenslynpersoonlikheidsversteuringe, merk navorsers soos Ray (2007:21) en Brown en Dodson (2009) op dat die grenslynpersoonlikheidsversteurde ook geassosieer word met kinder-mishandeling en verwaarlosing sowel as post-traumatiese stres. Ray (2007:21) merk verder op dat navorsing bevind het dat 80% van die grenslyn-persoonlikheidsversteurdes wat blootgestel was aan kindermishandeling en verwaarlosing ook hulleself gemutileer het. Indien bogenoemde bevindinge in ag geneem word, wil dit dus voorkom asof daar ’n noue verband bestaan tussen grenslynpersoonlikheidsversteurings en selfmutilasie, veral as gelet word op Collins (2007:11) se beskrywing van enkele psigologiese kenmerke

van die selfmutileerder wat ooreen stem met die kriteria van die DSM-IV TM (1994:654):

- hulle beskik oor ’n lae selfkonsep;
- is hipersensitief vir verwerping;
- is kronies kwaad, angstig, geïrriteerd;
- is geneig om hoë vlakke van aggressie te beleef;
- is impulsief en beskik oor beperkte impulskontrole;
- reageer volgens huidige gemoedstoestande;
- hulle beplan nie vir die toekoms nie; en
- hulle is depressief en selfvernietigend.

Hoewel die ooreenkoms tussen selfmutilasie en grenslynpersoonlikheidsversteuringe duidelik is, sou dit naïef wees om aan te neem dat alle selfmutileerders oor ’n grenslynpersoonlikheid beskik. Navorsing toon ook ’n noue verband aan tussen selfmutilasie en ander persoonlikheids-, gemoeds- en eetversteurings en daar is ook bevind dat sommige grenslynpersoonlikhede hulleself nie mutileer nie (Brown, Comtois & Linehan, 2002:198-202; Ray, 2007:2; Brown & Dodson, 2009).

Vervolgens word die verband tussen post-traumatiese gedragsversteuringe en selfmutilasie van nader omskryf.

2.4.3 Post-traumatiese gedragsversteuringe (stres) en selfmutilasie

Die DSM-IV TM (1994:424-429) omskryf post-traumatiese gedragsversteuringe as ’n verskeidenheid van simptome wat ’n persoon ontwikkel nadat hy/sy aan uitermatige trauma blootgestel was. Die beleefde trauma het gewoonlik die volgende effek op individue:

- hulle beleef gevoelens van magteloosheid;

- hulle ontwikkel ’n slagoffersindroom; en
- hulle beleef emosionele, fisieke en kognitiewe immobiliteit.

Traumatiese gebeure wat aanleiding kan gee tot die ontwikkeling van post-traumatiese stresbelewinge is volgens die DSM-IV TM (1994:424-429) die volgende: die dood van ‘n kind, natuurrampe, motor- of vliegtuigongelukke, blootstelling aan misdaad (verkragting, diefstal en aanranding), die waarneem van kriminele optrede (geweld en verkragting), oorlog, seksuele kindermishandeling, emosionele en fisieke mishandeling en kultus-betrokkenheid.

Die blootstelling aan bogenoemde traumatiese gebeure kan weer volgens die DSM-IV TM (1994:424-429), Pitonyak (2005:5) en Claes en Vandereycken (2007:305-315) aanleiding gee tot die ontstaan van die volgende post-traumatiese stressimptome, wat waarneembaar is in interpersoonlike verhoudinge: ambivalensie, selfvernietigende en impulsiewe gedrag, aandagsoekende gedrag, somatiese klagtes, gevoelens van nuttelоosheid, skaamte, gevoelens van hulpeloosheid en moedeloosheid, verlies aan geloof, aggressie en wantroue, sosiale onttrekking, ‘n voortdurende gevoel van bedreiging en ontoereikende persoonlike verhoudings.

Indien bogenoemde simptome in ag geneem word, wil dit voorkom asof daar ’n noue verband bestaan tussen post-traumatiese stres en selfmutilasie, veral as gelet word op simptome soos dissosiasie, selfvernietigende en impulsiewe gedrag, wat kenmerkend is van die selfmutileerder. Tull (2009) verduidelik die verband tussen post-traumatiese stres en selfmutilasie deur op te merk dat persone wat aan post-traumatiese stres ly soms selfmutilasie toepas, omrede die selfmutilasieproses hulle terugskok na hulle werklike of huidige bestaan. Sommige persone wat aan post-traumatiese stres ly mag soms terugflitse of oomblikke van dissosiasie belewe. Deur hulleself egter te beseer of te mutileer, kan hulle liggame teruggeskok word na die huidige of werklike bestaan soortgelyk aan die wyse waarop vlugsout aangewend word (Greenspan & Samuel, 1989:789-790; Tull, 2009).

Die onderstaande afdeling gee aandag aan die verband tussen angsversteuringe en selfmutilasie.

2.4.4 Angsversteuringe en selfmutilasie

In aansluiting by post-traumatiese gedragsversteuringe, wat eintlik 'n angsversteuring is (Turner, 2002:110), is daar ook ander angsversteuringe wat 'n noue verband toon met selfmutilasie.

Volgens Turner (2002:110) vertoon die volgende angsversteuringe 'n noue verband met die voorkoms van selfmutilasie:

- algemene angsversteuringe;
- paniekaanvalle; en
- obsessiewe-kompulsiewe versteuringe.

Vervolgens word elkeen van die angsversteuninge kortliks omskryf.

2.4.4.1 Algemene angsversteuringe en selfmutilasie

Die DSM-IV TM (1994:432-436) omskryf algemene angsversteuringe as 'n uitermatige belewenis van angstigheid en bekommernis met die volgende gepaardgaande simptome: rusteloosheid, moegheid, swak konsentrasie, geïrriteerdheid, spierspanning en slaapversteurings.

Verskeie navorsers soos Turner (2002:100-101), Cutter *et al.* (2008) en Dougherty *et al.* (2009:22-27) het bevind dat algemene angsversteuringe aanleiding kan gee tot selfmutilasie. Ter ondersteuning van die vermelde bevindinge verwys Johnson (2003:10) na die navorsing van Ross en Heath (2002:67-77) wat bevind het dat hoë vlakke van angs teenwoordig is by selfmutileerders. In aansluiting by Ross en Heath (2002:67-77) is Turner (2002:52) ook van mening dat daar 'n noue verband bestaan tussen algemene angsversteuringe en selfmutilasie. Sy merk byvoorbeeld op dat angs een van die emosies is wat die selfmutileerder die meeste van die tyd beleef voordat selfmutilasie plaasvind.

2.4.4.2 Paniekaanvalle en selfmutilasie

Die DSM-IV TM (1994:395) omskryf paniekaanvalle as ’n periodieke belewing van intense vrees of ongemak, waartydens vier (of meer) van die volgende simptome skielik ontstaan en ’n piek bereik binne tien minute. Die simptome manifesteer as palpitasies, sweet, bewing of rukking, ‘n sensasie van versmoring of asemtekort, ervaring van verstikking, borspyne, naarheid, maagongemak, lighoofdigheid, gevoelens van depersonalisasie en onwerklikheid, vrees vir beheerverlies, vrees vir doodgaan en koue en warm gloede.

In die DSM-IV TM (1994) se omskrywing van paniekaanvalle meld Connors (1996:197-206) en die National Institute of Mental Health (2001) verder dat die volgende verwante toestande saam met paniekaanvalle voorkom: eenvoudige fobies, sosiale fobies, depressie, obsessiewe-kompulsiewe gedragsversteuringe, alkohol- en dwelmmisbruik en selfmoordgeneigdheid. In die lig van bogenoemde beskrywing van die simptome en verwante toestande wat met paniekaanvalle geassosieer word, wil dit voorkom asof daar ’n verband bestaan tussen selfmutilasie en paniekaanvalle. Enersyds omrede die selfmutileerder ook angs of paniek belewe voor en nadat hy/sy hom-/haarself mutileer en andersyds bestaan daar ’n noue ooreenkoms met verwante toestande wat die paniekversteurde belewe, te wete: depressie, obsessiewe-kompulsiewe gedrag, alkohol- en dwelmmisbruik en ’n geneigdheid tot selfmoord (Malon & Berardi, 1987:531-541; Davidson & Frey, 2007; Cutter *et al*., 2008; Cloutier *et al.,* 2009:259-269; Dougherty *et al.,* 2009:22-27).

2.4.4.3 Obsessiewe-kompulsiewe versteuringe en selfmutilasie

Uit die literatuur blyk dit dat daar ’n noue verband tussen obsessiewe-kompulsiewe versteuringe en selfmutilasie bestaan (Yaryura-Tobias, 1977:317-326; Yariyura-Tobias, Neziroglu & Kaplan, 1995:33-38; Smith, 2005; Reed Gates, 2007; Giusti, Tavares, Miguel & Scivoletto, 2008:273-274).

As toeligting tot die bogenoemde inleidende opmerking, wil die navorser vervolgens enersyds fokus op ’n nadere omskrywing van obsessiewe-

kompulsiewe versteuringe, en andersyds ook let op die verband daarvan met selfmutilasie. Die DSM-IV TM (1994:422-423) omskryf die volgende ses diagnostiese kriteria vir obsessiewe-kompulsiewe versteuringe:

(1) herhalende, volhoudende denke, impulse of beelde wat inmeng met ŉ persoon se daaglikse funksionering en angs en spanning veroorsaak.

(2) bogenoemde denke, impulse of beelde is nie blote gewone uitermatige alledaagse bekommernisse oor probleme nie.

(3) die persoon probeer sodanige denke, impulse of beelde onderdruk of neutraliseer deur ander denke of aksies aan te wend.

(4) die persoon is daarvan bewus dat die obsessiewe denke, impulse of beelde ŉ produk is van sy/haar eie verbeelding en nie geanker is in realiteit nie.

Die kriteria vir kompulsiewe gedrag sluit die volgende in:

(1) Herhalende gedrag wat die persoon gedwing voel om uit te voer as respons op ŉ obsessie of as gevolg van reëls wat rigied toegepas moet word.

(2) Die herhalende gedrag is gerig op die voorkoming of vermindering van spanning of stres of die voorkoming van moontlike gevreesde gebeure of situasies. Hierdie gedrag is egter nie realisties verbind met dit wat die gedrag veronderstel om te neutraliseer of te voorkom nie, of is buitensporig van aard.

In aansluiting by bogenoemde diagnostiese kriteria van obsessiewe-kompulsiewe versteuringe soos aangedui deur die DSM-IV TM (1994:422-423) vermeld Cutter *et al.* (2008) en Dougherty *et al*. (2009:22-27) dat die meeste persone wat as obsessief-kompulsief gediagnoseer word, obsessies sowel as kompulsies beleef, hoewel daar individue is wat slegs obsessies of kompulsies beleef. Genoemde outeurs onderskei verder tussen die simptome van obsessiewe denke en kompulsiewe handelinge wat met obsessiewe-kompulsiewe versteuringe geassosieer word.

Simptome wat met **obsessiewe denke** verband hou sluit onder andere die volgende in: vrees om deur kieme of vullis besmet te word of ’n vrees om iemand anders te besmet; vrees om jouself of andere te beseer; ingrypende seksuele of gewelddadige eksplisiete denke of beelde; buitengewone fokus op morele en religieuse idees; vrees dat jy iets mag verloor of vrees dat jy iets gaan nodig kry wat jy nie besit nie; orde en simmetrie; die idee dat alles reg georden moet wees; bygelowigheid; en die buitengewone fokus op dit wat beskou word as gelukkig of ongelukkig.

Simptome wat met **kompulsiewe gedrag** verband hou sluit onder meer die volgende in: buitengewone fokus op sekerheid, soos byvoorbeeld om seker te wees deure is gesluit, toerusting is afgeskakel; herhaaldelike besoeke aan geliefdes om seker te wees van hulle veiligheid; tel van voorwerpe, herhaling van sekere woorde of handelinge om angs te verminder; spandeer baie tyd aan was en skoonmaak; spesifieke ordening of rangskikking van dinge of gebeure; bid onophoudelik of herhaal rituele handelinge as gevolg van religieuse vrese; en die versameling van rommel soos ou koerante, tydskrifte en leë houers.

In aansluiting by bogenoemde diagnostiese kriteria en simptome van obsessiewe-kompulsiewe versteuringe, blyk dit dat kompulsiewe, impulsiewe en herhalende vorme van selfmutilasie ’n noue verband toon met obsessiewe-kompulsiewe versteuringe. Voorbeelde van kompulsiewe selfmutilasie is onder andere die byt van die naels en die skending van die vel (dermatilomanie) (Stein, Simeon, Cohen & Hollander, 1995:28-34; Smith, 2005).

Verdere studies wat onderneem is om die verband tussen selfmutilasie en obsessiewe-kompulsiewe versteuringe te bepaal, is byvoorbeeld die van Yaryura-Tobias *et al.* (1995:33-38). In hulle studie met negentien vroulike pasiënte wat aan obsessiewe-kompulsiewe versteuring en selfmutilasie gely het, het hulle bevind dat die rede vir selfmutilasie by vroulike pasiënte geleë was in die verligting van spanning; en dat selfmutilasie aan hulle gevoelens van plesier en genoegdoening verskaf het. Verder het bogenoemde outeurs bevind dat selfmutilasie afneem sodra serotonienbehandeling toegepas word.

Vervolgens word die verband tussen impulskontrole versteuringe en selfmutilasie toegelig.

2.4.5 Impulskontrole versteuringe en selfmutilasie

Die DSM-IV TM (2000) definieer impulskontrole versteuringe as:

"failure to resist an impulse, drive, or temptation to perform an act that is harmful to the person or to others."

Die DSM-IV TM (2000) onderskei verder die volgende ses kategorieë van impulskontrole versteuringe, naamlik:

- Piromanie: 'n impulskontrole versteuring wat verwys na individue wat opsetlike brande veroorsaak vanweë sy/haar obsessie met vuur.
- Trigotillomanie: die kompulsiewe uittrek van die eie hare om spanning te verlig.
- Onvermoë om aggressiewe impulse te beheer wat aanleiding gee tot ernstige gevalle van aanranding en saakbeskadiging.
- Kleptomanie: die onvermoë om herhalende versoekinge om te steel te weerstaan.
- Patologiese dobbel: die wyse van dobbel beïnvloed die individu se verhouding en formele arbeidsverpligtinge negatief; en
- Impulskontrole versteuringe wat nie êrens anders gespesifiseer word nie.

Die impulskontrole versteuring wat 'n noue verband toon met selfmutilasie, is trigotillomanie wat verwys na die uittrek van die eie hare om spanning te verlig (Lochner, Simeon, Niehaus & Stein, 2002:83-86). Trigotillomanie word tans getipeer as 'n kompulsiewe vorm van selfmutilasie. Volgens Favazza en Rosenthal (1990:81) en Turner (2002:102) beleef die selfmutileerder, net soos persone met die meeste ander versteuringe wat met impulskontrole versteuringe in verband staan, 'n toenemende gevoel van spanning voordat

selfmutilasie plaasvind en ’n gevoel van verligting of bevrediging nadat die selfmutilasie plaasgevind het.

Die volgende verwante toestand wat nader toegelig sal word, is dissosiatiewe versteuringe.

2.4.6 Dissosiatiewe versteuringe en selfmutilasie

Die DSM-IV TM (1994:477) omskryf dissosiatiewe versteurings soos volg:

“ … a disruption in the usually integrated functions of consciousness, memory, identity or perception of the environment.”

Die DSM-IV TM (1994) onderskei verder ook die volgende vyf kategorieë van dissosiatiewe versteuringe:

- dissosiatiewe amnesie;
- dissosiatiewe fuga;
- dissosiatiewe identiteitsversteuringe;
- depersonaliseringsversteuringe; en
- dissosiatiewe versteuringe wat nêrens anders gespesifiseer word nie.

Verskeie navorsers soos Schiele (1992), Brand (2001:134) en Turner (2002:46-47) het bevind dat daar ’n noue verband bestaan tussen dissosiatiewe versteuringe en selfmutilasie. Volgens Simeon, Stein en Hollander (1995:36-39), Suyemoto en MacDonald (1995:165) en Turner (2002:103) word gevoelens van dissosiasie en depersonalisasie dikwels deur selfmutileerders ervaar. Die American Association for Marriage and Family Therapy (2002) is weer van mening dat selfmutilasie dikwels voorkom by dissosiatiewe identiteitsversteuringe. Volgens die Vereniging kan die ontwikkeling van ’n dissosiatiewe identiteitsversteuring teruggevoer word na die volgende faktore:

- herhalende episodes van fisieke, emosionele of seksuele mishandeling;

- die afwesigheid van beskerming en ondersteuning tydens blootstelling aan trauma en kindermishandeling;

- die vermoë om maklik te disassosieer; en

- die ontwikkeling van dissosiasie as ŉ oorlewingsmeganisme in stresvolle omstandighede.

In aansluiting by die bogenoemde redes vir die ontwikkeling van ŉ dissosiatiewe identiteitsversteuring, onderskei die Vereniging ook die volgende simptome van die betrokke versteuring (American Association for Marriage and Family Therapy, 2002): die onvermoë om groot dele van jou kinderlewe te onthou; onverklaarbare gebeure wat plaasgevind het en waarvan die persoon self nie bewus is nie (soos om by ŉ plek te wees sonder dat hy weet hoe hy daar gekom het); skielike terugflitse van traumatiese gebeure of die onthou van insidente in die verlede; episodes waartydens die individu los of verwyderd voel van sy eie liggaam en denke; hallusinasies (soos byvoorbeeld die hoor van stemme); buite-liggaamlike belewenisse; pogings tot selfmoord en die voorkoms van selfmutilasie; verskille in handskrif kom soms voor; en wisseling in vlakke van funksionering – soms baie effektief tot heeltemal immobiel.

Addisioneel tot bogenoemde simptome wat die dissosiatiewe identiteitsversteurde beleef, wys Gibson (2008) daarop dat selfmutileerders se opvoedingsomstandighede en die simptome wat hulle ervaar nou verwant is aan dié van die dissosiatiewe identiteitsversteurde. Volgens Gibson (2008) en Shapiro (2008:126) het navorsing bevind dat die selfmutileerder ook dikwels blootgestel word aan seksuele molestering, kindermishandeling en emosionele verwaarlosing, en belewe hulle ook hoë vlakke van dissosiasie tydens periodes van selfmutilasie.

Met bogenoemde omskrywinge om die verband tussen dissosiatiewe versteuringe en selfmutilasie te verduidelik, volstaan die navorser en fokus hy vervolgens op die verband tussen gemoedsversteuringe en selfmutilasie.

2.4.7 Gemoedsversteuringe en selfmutilasie

Volgens Turner (2002:104) en Joyce *et al.* (2010:250-257) kom selfmutilasie meer algemeen voor by die volgende vorme van gemoedsversteuringe: major depressie, distimie en bipolêre versteuringe. Volgens bogenoemde outeurs vertoon gemoedsversteuringe die volgende simptome wat ooreenstem met dié wat die selfmutileerder beleef:

- Major depressie. Dit is 'n erge vorm van depressie met die volgende simptome: 'n depressiewe gemoedstoestand, neerslagtigheid, gewigsverlies of gewigstoename, insomnia of 'n toename in die slaappatroon (slaap baie meer as gewoonlik), gevoelens van skuld, skaamte en minderwaardigheid, dink gereeld aan selfmoord en die dood.

- Distimiese versteuring. Distimie word geklassifiseer wanneer 'n konstante depressiewe toestand vir ten minste twee jaar voorkom. Die volgende simptome kom hier voor: die afname of toename aan eetlus, swak selfbeeld, moegheid of lae energievlakke, insomnia of 'n toename in slaapgedrag, minderwaardigheidsgevoelens, sukkel om te konsentreer en besluite te neem.

- Bipolêre versteuring. Bipolêre versteuring word gekenmerk deur depressie en een of meer maniese fases; hoewel slegs maniese fases sonder depressie mag voorkom. Die volgende simptome kom veral tydens die maniese fases voor: 'n toename in eie belangrikheid, praat aanhoudend en deelname aan gewaagde of risiko-aktiwiteite. Die simptome kan aanleiding gee tot selfbesering of die besering van andere. Die depressiewe fase word weer gekenmerk deur die volgende simptome: toename in die slaappatroon, afname in persoonlike versorging en 'n afname in eetlus (Claes, Vandereycken & Vertommen, 2007:611-621 Jirage, 2008).

In aansluiting by bogenoemde omskrywinge het Thornton (1996:1) bevind dat kinders en adolessente die volgende gemoedsversteuringe beleef (wat verskil van dié van volwassenes vanweë hulle ontwikkelingsvlak): aanhoudende

gevoelens van melankolie of irritasie met periodes van uitbarstings, klagtes, ’n gehuilery en ’n geskree, verlies aan belangstelling in aktiwiteite, verveeldheid, probleme met slaappatroon (slaap baie min of te veel), betekenisvolle veranderinge in liggaamsgewig, verlies aan energie, praat stadig en kom rusteloos voor, sukkel om te konsentreer, dink gereeld aan die dood of selfmoord, kla dikwels oor hoof- of maagpyn, gereelde afwesighede by skool, dreig of probeer wegloop van die ouerhuis af, isolasie en swak kommunikasie, sensitief vir verwerping of mislukking, roekelose gedrag, en probleme met interpersoonlike verhoudinge.

Thornton (1996:1) merk verder op dat die volgende faktore wat nou ooreenkom met dié van die selfmutileerder ’n rol speel in die ontwikkeling van gemoedsversteuringe en depressie by kinders en adolessente: ’n genetiese agtergrond wat gekenmerk word deur depressie; traumatiese gesinsomstandighede; siekte en ander psigologiese versteuringe soos byvoorbeeld angsversteuringe, eetversteuringe en afhanklikheids-versteuringe.

Volgens Thornton (1996:2) bestaan daar ’n noue verband tussen gemoedsversteuringe en selfmutilasie. Hy merk byvoorbeeld op dat selfmoordenaars en selfmutileerders se gedrag nou verwant is aan die gemoedsversteurde se optrede. Ter ondersteuning van Thornton (1996:1-2) het verskeie navorsers, soos Turner (2002:59), Hohlfelder (2004:26) en Lukomski en Folmer (2004:92) ook bevind dat daar ’n noue verband bestaan tussen selfmutilasie en gemoedsversteuringe. Lukomski en Folmer (2004:92) verwoord hulle mening soos volg:

“Daar is ‘n sterker ooreenkoms tussen adolessente wat hulleself mutileer en die diagnostiese kriteria vir depressie. Leerders wat hulleself mutileer erken dat hulle alleen en ongelukkig voel en dat hulle oor beperkte probleemoplossingsvaardighede beskik.”

Na aanleiding van bogenoemde bevindinge en opmerkinge is dit duidelik dat gemoedsversteurde leerders en adolessente enersyds potensiële

selfmutileerders mag wees, en andersyds mag selfmutileerders probleme ondervind met gemoedsversteuringe as aanleidende oorsaak tot selfmutilasie.

Vervolgens fokus die navorser op die verband tussen selfmutilasie en eetversteuringe.

2.4.8 Eetversteuringe en selfmutilasie

Die DSM-IV TM (1994:544-545) onderskei die volgende eetversteuringe: anorexia nervosa en bulimie nervosa.

Aansluitend by bogenoemde indeling verduidelik die DSM-IV TM (1994:544-545) anorexia nervosa as die weiering van die persoon om ŉ normale minimum liggaamsgewig vir sy ouderdom en lengte te handhaaf (minder as 85% van wat verwag word vir sy/haar lengte en gewig), of die weiering om gewig aan te sit in ŉ periode (soos tydens adolessensie) waar gewigstoename van die persoon verwag word. Ten spyte van die feit dat die anoreksiese persoon ondergewig is, sien hulle hulleself as oorgewig (versteurde liggaamsbeeld) en beleef intense vrees vir gewigstoename.

Die DSM-IV TM (1994:549-550) beskryf bulimia nervosa as herhalende episodes van ooreting wat gepaard gaan met selftoegepaste vomering, die gebruik van purgeermiddels en oormatige oefening. Volgens Turner (2002:68) ervaar die bulimie-versteurde dat hulle beheer verloor gedurende ŉ periode van ooreting wat gevolg word deur gevoelens van depressie, skuld en minderwaardigheid. Turner (2002:68-70) merk verder op dat die bulimielyer se selfwaarde nou verwant is aan liggaamsvoorkoms en gewig. Volgens haar is bulimielyers nie ondergewig nie, maar is hulle gewig gewoonlik normaal vir hulle ouderdom en ontwikkeling.

Naas die bogenoemde omskrywinge, het navorsers soos Schappel (1995:1-8), Manley en Leichner (2003:32-36), Levitt, Sansone en Cohn (2004) en Eberly (2005:26-29) ook bevind dat daar ŉ noue ooreenkoms is tussen die voorkoms van selfmutilasie en eetversteurings. Favaro, Ferrara en Santonastaso (2004:31-43) het bevind dat selfmutilasie en eetversteuringe die volgende verwantskappe vertoon: beide neem ŉ aanvang tydens

adolessensie, beide kom meer voor by die vroulike geslag, beide het te make met ontevredenheid oor die liggame en beide hou verband met selfstraf.

Vanweë hierdie noue verband tussen selfmutilasie en eetversteuringe het navorsers soos Yaryura-Tobias *et al.* (1995:33-38) die moontlikheid van simptoomsubstisie geopper – dit wil sê wanneer een simptoom verminder, word die ander simptoom meer prominent. Bogenoemde waarneming het by sommige navorsers soos Favazza en Conterio (1989:22-30) en Levitt *et al.* (2004), die vraag laat ontstaan of selfmutilasie- en eetversteuringsimptome nie in wisselwerking is nie.

Opsommend blyk dit dat selfmutilasie enersyds ’n noue ooreenkoms toon met bogenoemde verwante toestande en dat die verwante toestande andersyds soms aanleiding kan gee tot selfmutilasie. Dit is nodig dat die onderwyser basiese kennis dra van die verwante toestande, aangesien hierdie kennis hulle in staat sal stel om bewus te word van leerders wat moontlike kandidate vir selfmutilasie is. Hierdie waarskuwingstekens kan dan hanteer word as ’n geleentheid tot die vroeë identifisering van en hulpverlening aan die selfmutileerder.

Aangesien kennis van die identifiseerbare kenmerke van die selfmutileerder belangrik is vir vroegtydige identifisering, is dit nodig dat die navorser hierdie kenmerke van nader bespreek.

2.5 KENMERKE VAN DIE SELFMUTILEERDER

In direkte aansluiting by die bestaande literatuur en voorgaande omskrywinge oor die oorsake en verwante toestande en die voorkoms van selfmutilasie, identifiseer die navorser vervolgens kenmerke van die selfmutileerder soos deur Turner (2002:25-29) en Collins (2007:12) geïdentifiseer. Tabel 2.2 bied ’n kriptiese oorsig oor sommige van die kenmerke wat moontlik ’n aanduiding kan wees dat ’n leerder by selfmutilasie betrokke is.

Tabel 2.2: Kenmerke van die selfmutileerder

Biografiese kenmerke
Hoofsaaklik tussen 11 en 18 jaar oud (kom ook by volwassenes voor)
Meestal vroulik (kom ook by mans voor)
Bo-gemiddelde intellektuele vermoë
Afkomstig vanuit alle rasse en sosio-ekonomiese agtergronde
Waarskynlik mishandel of gemolesteer as kind
Gesitueer in ‘n ontoereikende gesinsopset
Blootgestel aan post-traumatiese en stresverwante omstandighede
Sigbare gedragskenmerke
Swak impulskontrole
Reageer op gevoel (meestal nie rasioneel nie)
Kronies angstig en geneig tot geïrriteerdheid
Voel nie in beheer van hulle omstandighede nie
Dra soms klere met lang moue om selfmutilasie te versteek
Geneigdheid tot isolasie (asosiaal)
Gevoelens van negatiwiteit
Gebrek aan motivering
Swak konsentrasie
Nie-sigbare gedragskenmerke
Voel meestal minderwaardig (hou nie van hom-/haarself nie)
Hipersensitief vir verwerping
Beleef hoë vlakke van onderdrukte aggressie
Ly moontlik aan ‘n eetversteuring
Probleme met seksuele oriëntasie en belewing
Ontevrede met liggaam en voorkoms
Sukkel met depressie en gemoedsversteurings

Bogenoemde kenmerke van die selfmutileerder dui aan dat nie maklik is om die selfmutileerder te identifiseer nie, weens die baie nie-sigbare kenmerke waarvan die gewone onderwyser heel moontlik totaal onbewus kan wees. Die

gewone onderwyser kan wel kennis neem van die sigbare waarneembare gedrag sowel as die persoonlikheidskenmerke en houdings ten opsigte van die self, verhoudings met ander mense en gemotiveerdheid ten opsigte van die onderrig- en leergebeure, en die negatiewe invloed van selfmutilasie op emosionele en sosiale ontwikkeling om sodoende in 'n groter mate bewus te raak van leerders wat moontlik potensiële selfmutileerders kan wees.

Soos reeds in Hoofstuk Een vermeld is, fokus die navorser in die studie op die mate waartoe onderwysers in inklusiewe klaskamers toegerus is om selfmutilasie te identifiseer en om basiese hulp en ondersteuning te kan verleen aan selfmutileerders. Om ondersteuning en basiese hulp te kan aanbied is dit eerstens belangrik dat 'n onderwyser bewus sal wees van die sigbare tekens wat moontlik daarop kan dui dat 'n leerder by selfmutilasie betrokke is. Om leerders wat hulleself mutileer te identifiseer, sluit nou aan by die pastorale rol wat die onderwyser in ‘n inklusiewe klaskamer behoort te speel. In die volgende afdeling word die rol van die onderwyser in die hantering van selfmutilasie van nader toegelig.

2.6 DIE ROL VAN DIE ONDERWYSER IN DIE HANTERING VAN SELFMUTILASIE IN INKLUSIEWE KLASKAMERS

Na die 1994 verkiesing in Suid-Afrika het die nuwe konstitusie bepaal dat die Suid-Afrikaanse onderwysstelsel moes verander van ’n tradisionele tekort-in-kind-mediese-model na ’n ekologiese, multi-sisteemparadigma, wat ’n wyer spektrum van analise en sintese voorstel, naamlik ’n inklusiewe onderwysmodel (Engelbrecht, Swart & Eloff, 2007).

Witskrif 6, *Special Needs Education, Building an Inclusive Education and Training System*, het in 2001 verskyn en dien as basis vir die Nasionale Departement van Onderwys se verbintenis tot die voorsiening van opvoedkundige geleenthede aan alle leerders en spesifiek vir leerders wat hindernisse tot leer ervaar (Department of Education, 2001:5). Binne die Suid-Afrikaanse onderwysstelsel vervat Witskrif 6 die nasionale beleid aangaande inklusiewe onderwys en behels dit onder andere die volgende (Department of Education, 2001:16):

- Die erkenning dat alle leerders en jeug kan leer en dat alle leerders en jeug ondersteuning nodig het.

- Die aanvaarding van die feit dat alle leerders in sommige opsigte verskillend is en verskillende leerbehoeftes ervaar, wat ewe belangrik van aard is en ’n gewone deel uitmaak van ons menslike ervaring.

- Die skep van strukture, sisteme en leermetodes om in die behoeftes van alle leerders te voorsien.

- Die erkenning en respektering van verskille by leerders op grond van ouderdom, geslag, etnisiteit, taal, klas, gestremdheid of MIV-status.

- Die verandering van gesindheid, gedrag, onderrigmetodes, kurrikula en die omgewing om in die behoeftes van alle leerders te voorsien.

- ’n Toename in die leerlingtal binne die kultuur en kurrikula van die opvoedkundige instansie en die blootlê en beperking van struikelblokke met betrekking tot leer.

- Die bemagtiging van leerders deur hul individuele sterk punte te ontwikkel en alle leerders in staat te stel om aan die proses van leer deel te neem.

- Die erkenning van die feit dat leer ook tuis en in die gemeenskap, asook binne formele en informele strukture plaasvind.

Vanuit bogenoemde omskrywing van die doelstellings van inklusiewe onderwys blyk dit duidelik dat daar van die onderwyser verwag kan word om hulp te verleen aan leerders wat hindernisse tot leer ervaar, waaronder ook selfmutilasie. Aangesien die navorsing fokus op die selfmutileerder, en selfmutilasie ’n hindernis tot leer kan wees, sal die verskillende hindernisse met betrekking tot leer slegs kortliks aan die orde gestel word, terwyl daar meer gefokus sal word op die emosionele probleme as hindernisse tot leer, wat hoofsaaklik by die selfmutileerder van belang is.

Die hindernisse tot leer waarmee die onderwyser in inklusiewe klaskamers die meeste in aanraking kom, is onder andere die volgende:

- Fisiese gestremdhede, soos byvoorbeeld beweeglikheid, gebruik van hande (Donald, Lazarus & Lolwana, 2002:319).

- Sensoriese gestremdhede, soos byvoorbeeld visuele gestremdhede, gehoorgestremdhede (Friend & William, 1999:158).

- Neurologiese gestremdhede, byvoorbeeld serebrale gestremdhede en epilepsie (Donald *et al*., 2002:324).

- Verstandelike gestremdhede (Kruger & Adams, 2002:255).

- Kroniese siektes en infeksies, soos byvoorbeeld wanvoeding en ondervoeding, MIV/VIGS, kroniese middeloor-ontsteking, allergieë en asma (Engelbrecht, 2005:48).

- Spesifieke leerprobleme, soos spesifieke taalprobleme, leesprobleme, probleme met spelling, wiskunde en aandagversteuringe (Engelbrecht, 2005:48-56).

- Probleme met kommunikasie (Kruger & Adams, 2002:256).

Aansluitend by bogenoemde omskrywinge sal vervolgens gefokus word op emosionele probleme as hindernisse tot leer aangesien emosionele probleme ‘n baie belangrike rol in selfmutilasie speel.

- **Emosionele probleme**

Donald *et al*. (2002:350) verdeel emosionele probleme waarmee leerders in die klaskamer presenteer in die volgende kategorieë: spanning en sosialisering. Vervolgens sal bogenoemde twee kategorieë kortliks nader belig word.

Spanning

Volgens Donald *et al*. (2002:250-251) ontstaan emosionele probleme by leerders wanneer hulle probeer om van die angs of spanning wat hulle ervaar, ontslae te raak. Volgens bogenoemde outeurs is die volgende gedrag kenmerkend van leerders wat angs en spanning ervaar: huilerigheid,

depressie, onttrekkings- en afhanklikheidsgedrag, ongehoorsaamheid en ontwrigtende gedrag, diefstal, leuens en vermydende gedrag.

Afgesien van diefstal en leuens, vertoon die selfmutileerder soortgelyke kenmerke wat dui op onderliggende spanning, angs en depressie (*cf*. 2.3, 2.4, 2.5), wat kan dien as rigtingwyser vir die onderwyser in die identifisering van leerders wat hulleself mutileer.

Sosialisering

Donald *et al*. (2002:351-352) onderskei twee kardinale probleme met betrekking tot sosialisering: a-sosiale gedrag en gedrag wat nie ooreenstem met die norme van die samelewing nie. Volgens Donald *et al*. (2002:252) hou a-sosiale gedrag verband met ’n ontoereikende ouer-kind verhouding en word die verhouding gekenmerk deur onstabiliteit, vyandigheid en verwerping. Bogenoemde a-sosiale gedrag vertoon ’n noue ooreenkoms met die ontoereikende opvoedingsomstandighede van die selfmutileerder (*cf.* 2.4.1).

Leerders wat groot word in ouerhuise waar die aanvaarbare geldende reëls van die breë samelewing nie geld nie, se gedrag is dikwels teenstrydig met die norme en standaarde van die samelewing en word gekenmerk deur aggressie, geweld, diefstal en bende-verwante aktiwiteite (Donald *et al*., 2002:352). By die selfmutileerder is die aggressie meestal gerig teenoor homself (Turner, 2002:37).

Selfmutilasie wat onder andere kan voortspruit uit ’n swak selfbeeld, depressiwiteit, trauma en angsversteuringe, kan lei tot swak konsentrasie, ’n verlies aan motivering en ’n negatiewe ingesteldheid. Hierdie faktore kan die sukses van die onderrig en leergebeure in die klaskamer beïnvloed (Turner, 2002:57). In hierdie verband kan daar dus van die onderwyser verwag word om in die behoeftes van die selfmutileerder te voorsien. Hierdie verwagting word ook duidelik in die hulpverlenings- of pastorale rol van die onderwyser vervat (*cf.* 2.6.2) en word ook van nader beskou in die volgende afdeling.

Gesien teen die agtergrond van wat die hantering van hindernisse tot leer in inklusiewe klaskamers behels, fokus die navorser vervolgens op die rol van die onderwyser as implementeerder van inklusiewe onderwys.

2.6.1 Die onderwyser as implementeerder van inklusiewe onderwys

In inklusiewe klaskamers word daar van onderwysers verwag om ondersteuning aan enige leerder wat hindernisse tot leer ervaar te bied, wat onder andere ook selfmutilasie insluit (Department of Education, 2001:5). Volgens Engelbrecht (2005:37-41) is die volgende faktore van belang vir die suksesvolle implementering van inklusiewe onderwys in die klaskamer: houding, opleiding en kennis. Hierdie faktore word nou kortliks bespreek.

- **Houding**

Volgens die European Agency for Development in Special Needs (2003:10) is die suksesvolle implementering van inklusiewe onderwys in ’n groot mate afhanklik van die positiewe houding van die onderwyser teenoor leerders met probleme, wat hy in sy klaskamer moet akkommodeer om inklusiewe onderwys te laat slaag.

- **Opleiding**

Volgens Westwood en Graham (2003:12) sal die onderwyser wat opleiding ontvang het om leerders te hanteer wat hindernisse tot leer ervaar, daartoe in staat wees om alle leerders (insluitende leerders wat hulleself mutileer) te ondersteun, indien hulle oor kennis rakende hierdie betrokke leerders beskik.

- **Kennis**

Volgens UNESCO (2004) sal die onderwyser wat oor die nodige kennis beskik rakende leerders wat hindernisse tot leer ervaar, daartoe in staat wees om sodanige leerders te ondersteun. Bogenoemde kennisoordrag aan die onderwyser sluit nou aan by die doel van die betrokke studie, naamlik om aan die onderwyser die nodige kennis en opleiding te bied sodat hulle daartoe in

staat sal wees om leerders wat hulleself mutileer te kan identifiseer, en basiese hulp te kan verleen.

2.6.2 Die gemeenskaps- en pastorale rol van die onderwyser in inklusiewe onderwys

Aansluitend by die voorafgaande omskrywinge aangaande die onderwyser se rol as implementeerder van inklusiewe onderwys, bepaal die Norme en Standaarde vir Opvoeders (in SA, 2000:reg. 3) dat die onderwyser benewens ses ander rolle, ook ’n gemeenskaps- en pastorale rol het om te vertolk (SA., 1996:47).

Die navorser is bewus daarvan dat navorsers, soos onder andere Hoadley (2007:251-258), krities staan teenoor die gemeenskaps- en pastorale rol van die onderwyser. Om hierdie kritiek in perspektief te plaas sal die gemeenskaps- en pastorale rol van die onderwyser eerstens aan die orde gestel word, waarna die onderwyser se belewenis van inklusiewe onderwys, sowel as Hoadley (2007) se kritiek en dié van ander outeurs teenoor hierdie rol, nader belig sal word.

In aansluiting by die Norme en Standaarde vir Opvoeders (SA, 2000:reg. 3), word die gemeenskaps- en pastorale rol van die onderwyser onderverdeel in die volgende bevoegdhede: praktiese bevoegdhede, grondslagbevoegdhede en refleksiewe bevoegdhede. Die verskillende bevoegdhede van die gemeenskaps- en pastorale rol van die onderwyser sal vervolgens bespreek word in ooreenstemming met die Norme en Standaarde vir Opvoeders (SA, 2000:reg. 3).

- **Praktiese bevoegdhede**

Onder praktiese bevoegdhede word die volgende veronderstel: Die onderwyser moet, binne ’n outentieke konteks, aantoon/aandui hoe om ’n verskeidenheid van moontlikhede vir aksie te oorweeg, om oorweegde besluite ten opsigte van die moontlikhede wat volg te neem, en om die gekose aksie uit te voer.

Onder andere word veronderstel dat onderwysers lewensvaardighede by leerders vestig; leiding aan leerders gee ten opsigte van werk- en studiemoontlikhede; reageer teenoor sosiale en opvoedkundige probleme soos geweld, dwelmmisbruik en mishandeling; en ondersteuning gee aan leerders wat sosiale en leerprobleme ondervind. Dit blyk uit die pas vermelde bevoegdhede dat die onderwyser ook ten opsigte van selfmutilasie, wat leer en sosiale probleme vir ’n leerder kan meebring ’n taak het om te vervul.

- **Grondslagbevoegdhede**

Die gemeenskaps- en pastorale rol van die onderwyser ten opsigte van grondslagbevoegdhede veronderstel die volgende: Die onderwyser moet enersyds aantoon dat hy/sy oor die vermoë beskik om optrede en besluitneming te inkorporeer, en om andersyds aan te pas by veranderinge en om sy optrede te kan verklaar of te kan regverdig. In die konteks van die studie is dit veral belangrik dat die onderwyser kundig moet wees met betrekking tot hindernisse tot leer en oor die kennis beskik vir die oorkoming van hierdie hindernisse. Kundigheid ten opsigte van die beskikbaarheid van ondersteuningsdienste en hoe hierdie dienste aangewend kan word, is ook ’n belangrike grondslagbevoegdheid waaroor die onderwyser moet beskik.

- **Refleksiewe bevoegdhede**

Onder refleksiewe bevoegdhede word die onderwyser se bevoegdheid om optrede en besluitneming met begrip te integreer, asook die vermoë om aan te pas by veranderinge en om hulle optrede te kan verklaar, verstaan. Die refleksiewe bevoegdhede verwag van onderwysers om kundig te wees met betrekking tot die inskakeling van intervensie-strategieë om leerprobleme en ander probleme te voorkom. In aansluiting by hierdie bevoegdhede waaroor die onderwyser moet beskik, is die navorser van mening dat die onderwyser ’n kardinale rol kan vertolk in die identifisering van en hulpverlening aan die selfmutileerder. ’n Belangrike voorwaarde om hierdie rol te kan vertolk, is dat onderwysers opgelei moet wees om die selfmutileerder te kan identifiseer, en oor inligting moet beskik om basiese hulp en ondersteuning te kan verleen.

Shalem en Slonimsky (1999:2-30), Morrow (2005:56) en Hoadley (2007:254) is egter van mening dat die gemeenskaps- en pastorale rol van die onderwyser nie tradisioneel by hom/haar hoort nie, en hom/haar verhoed om toereikend te fokus op die kernfunksie van onderwys, te wete: onderrig en leer. Ter ondersteuning van haar standpunt dat addisionele rolle nie aan onderwysers toegedig moet word nie, opper Hoadley (2007:254-256) die volgende besware.

Die eerste beswaar wat Hoadley opper teenoor die implementering van addisionele rolle (soos byvoorbeeld die gemeenskaps- en pastorale rol van die onderwyser) is dat navorsing bewys het dat onderwysers tans reeds oorbelas is en sukkel om die drie kerntake van onderwys; onderrig, leer en bestuur, suksesvol uit te voer en daarom nie 'n addisionele werklas sal kan hanteer nie (in Chisholm, Hoadley, Kivilu, Brookes, Prinsloo, Kgobe, Mosia, Narsee & Rule, 2005:60-127).

'n Tweede beswaar wat Hoadley (2007:254-256) opper teenoor addisionele rolle vir onderwysers is dat daar ontoereikende hulpbronne tot die beskikking van onderwysers is om addisionele take wat nie met onderrig en leer verband hou nie, uit te voer. Ter ondersteuning hiervan verwys Hoadley (2007:254-256) na die navorsing van Chisholm *et al.* (2005:111-127) wat bevind het dat sestig persent van die onderwysers aan stres en spanning ly, en hulle navorsing het bevestig dat die addisionele rolle wat hulle moet vertolk verantwoordelik is vir die stres en spanning in hulle werk.

Aansluitend hierby en ter ondersteuning van Hoadley (2007:254-256) se mening merk Giese, Meintjies en Monson (2005:39-41) op dat hoewel die onderwyser en die skool enersyds uniek gesitueerd is om toereikend hulp te verleen aan leerders wat hindernisse tot leer ervaar, hulle andersyds nie oorbelas moet word met addisionele take nie. Volgens Giese *et al.* (2005:41-42) behoort skole aangewend te word as instansies wat omgee vir leerders. As toevoeging tot die bogenoemde aanbeveling van Giese *et al.* (2005;41-42), is Hoadley (2007:254-256) van mening dat skole slegs as plekke van identifisering aangewend behoort te word om leerders wat hindernisse tot leer ervaar te identifiseer. Sy is verder van mening dat hulpverlening by sosiale

dienste tuishoort en nie by die onderwyser nie. Die navorser ondersteun hierdie siening, en beoog ook met die opleidingsprogram identifisering en slegs basiese ondersteuning en hulpverlening.

Oorkoepelend beskou, ontken Hoadley (2007:257-258) egter nie die feit dat die onderwyser wel 'n gemeenskaps- en pastorale rol behoort te vertolk nie. Sy stel egter die volgende vereistes: die onderwyser-leerder verhouding moet verminder word wat individuele aandag aan die leerder wat hindernisse ten opsigte van leer ervaar sal verseker; die uitbreiding en ontwikkeling van koshuise by skole, om sodoende negatiewe invloede van die ouerhuise te voorkom; die aanstel van tydelike welsynwerkers by skole om om te sien na die behoeftes van leerders wat hindernisse tot leer ervaar; 'n deeglike evaluering van hulpverleningsprogramme alvorens hulle geïmplementeer word (byvoorbeeld 'n evaluering wat bepaal of leerders fisiek en emosioneel daarby sal baat en of die leerders en die gemeenskap daarvan gebruik kan maak); en die ontwikkeling van 'n kultuur van omgee en ondersteuning in skole waar die aandag spesifiek gerig is op toereikende onderrig en leer.

Bogenoemde aanbevelings van Hoadley (2007:257), waarvolgens die gemeenskaps- en pastorale rol van die onderwyser wel kan realiseer, word ondersteun deur die navorsingsbevindinge van Eloff en Kgwete (2007:351-355). Hulle navorsing handel oor onderwysers se belewing van die implementering van inklusiewe onderwys in die Gert Sibande-streek van die Mpumalanga Onderwysdepartement. Eloff en Kgwete (2007:355) het bevind dat die volgende aspekte byvoorbeeld noodsaaklik is vir die suksesvolle implementering van inklusiewe onderwys en die gemeenskaps- en pastorale rol van die onderwyser:

- toereikende opleiding van die onderwyser in inklusiewe onderwys;
- kleiner klasse vir meer individuele aandag aan leerders; en
- genoegsame hulpbronne vir die implementering van inklusiewe onderwys (soos byvoorbeeld onderwysers, ondersteuningspersoneel en fisiese hulpbronne).

Gesien teen die agtergrond van hulpverlening aan leerders wat hindernisse tot leer ervaar, het die Departement van Onderwys gedurende 2008 die Nasionale Strategie ten opsigte van Sifting, Identifisering, Assessering en Ondersteuning ontwikkel (Department of Education, 2008:12), waarvolgens onderwysers leerders wat hindernisse tot leer ervaar sif, identifiseer, assesseer en ondersteun in samewerking met die SGOS en DGOS. Bogenoemde dokument en die belangrike rol wat dit kan speel in die ontwikkeling en implementering van 'n opleidingsprogram vir die ondersteuning van leerders wat hulleself mutileer in inklusiewe klaskamers, word vervolgens kortliks omskryf.

2.6.3 Die Nasionale Strategie ten opsigte van Sifting, Identifisering, Assessering en Ondersteuning

Volgens die Departement van Onderwys (2008:12) is die Nasionale Strategie ten opsigte van Sifting, Identifisering, Assessering en Ondersteuning ontwikkel as riglyn aan onderwysers om leerders wat hindernisse tot leer ervaar te deurskou, te identifiseer, te assesseer en te ondersteun.

Die Nasionale Strategie van Sifting, Identifisering, Assessering en Ondersteuning vorm deel van die implementering van Witskrif 6 en fokus op die volgende twee aspekte: die Sifting en Identifisering van leerders wat hindernisse tot leer en ontwikkeling ervaar; en die ontwikkeling van 'n ondersteuningspakket/program om hierdie hindernisse aan te spreek (Department of Education, 2008:13).

Die Nasionale Strategie van Sifting, Identifisering, Assessering en Ondersteuning bevat ook handleidings om die verskeie deelnemers en vennote wat betrokke is by die ondersteuningsproses te ondersteun. Handleidings word voorsien aan onderwysers, die SGOS of Institusionele Vlak Ondersteuningspan (IVOS), bestuurders, ouers, onderwysbeplanners en die DGOS. Bogenoemde twee ondersteuningspanne is twee strukture wat ontwikkel is as deel van die oorkoepelende implementering van die inklusiewe onderwysbeleid. Die genoemde twee ondersteuningspanne, asook onderwysers, ouers/voogde, bestuurders en ander ondersteuningsdienste

binne die plaaslike gemeenskap vertolk ŉ sleutelrol in die Sifting-, Identifisering-, Assessering- en Ondersteuningsproses (Department of Education, 2008:13).

Volgens die Department van Onderwys (2005:7) word die DGOS binne kleiner geografiese areas en gebiede binne die nege provinsies ontwikkel. Hulle taak is om geïntegreerde ondersteuning aan opvoedkundige instansies te verleen vir die implementering van effektiewe onderrig en leer ter ondersteuning van leerders wat hindernisse tot leer ervaar. Hierdie ondersteuningspanne kan bestaan uit onder andere sielkundiges, terapeute, remediërende onderwysers, spesiale onderwyspersoneel, kurrikulum spesialiste en ander gesaghebbende en welsyndeskundiges wat in diens van die Department van Onderwys is (Department of Education, 2005:17).

Die SGOS is'n plaaslike span binne 'n opvoedkundige instansie wat hindernisse tot leer identifiseer en aanspreek, sowel as effektiewe onderrig en leer vir leerders wat hindernisse tot leer ervaar beplan en implementeer (Department of Education, 2005:7). Hierdie spanne bestaan uit onderwysers met gespesialiseerde vaardighede en kennis om leerder-, onderwyser- en skoolbehoeftes te identifiseer vir die voorsiening van effektiewe ondersteuning aan leerders wat hindernisse tot leer ervaar (Department of Education, 2001:48).

Die Sifting, Identifisering, Assessering en Ondersteuningsproses bestaan samevattend uit die volgende vier fases wat ook met selfmutileerders aangewend kan word (Department of Education, 2008:14):

- **Fase I: Samestelling van leerderprofiel**

Die skool en die onderwyser verkry agtergrondsinligting rakende die leerder om sodoende insig te verkry in sy/haar basiese behoeftes, gawes en toekomsvisie deur middel van onderwyser- en ouerkonsultasie. Sodra ŉ leerderprofiel voltooi is vir ŉ leerder, en dit duidelik blyk dat addisionele hulp nodig is vir die leerder, word die Nasionale Strategie van Sifting, Identifisering, Assessering en Ondersteuning gebruik om meer inligting te bekom rakende

die behoeftes van die betrokke leerder. Alle inligting word dan weergegee op die vorm vir die ondersteuning van behoeftes. Alle diagnostiese inligting wat deur ’n dokter of ’n gesondheidskliniek aanbeveel word, moet in die Diagnostiese Profiel ingesluit word. Enige ander vorm van ondersteunende inligting, soos byvoorbeeld professionele assesserings, sielkundige of terapeutiese verslae of enige ander relevante inligting moet saam in die vorm vir die ondersteuning van die leerder se behoeftes geplaas word. Die profiel volg dan die leerder deur sy hele skoolloopbaan en is onmiddellik beskikbaar indien inligting benodig word rakende die leerder. Hierdie inligting oor die leerder ressorteer onder die SGOS /IVOS en word slegs aan die onderwysers beskikbaar gestel as dit enersyds nodig is en indien toestemming andersyds verleen is deur die ouer/voog, en/of leerder betrokke, of as die ouers/toesighouer en/of die leerder versoek dat die inligting gedeel mag word met onderwysers om hulle bewus te maak van ’n leerder se behoeftes.

- **Fase 2: Identifiseer hindernisse tot leer en ontwikkeling**

Die kontekstuele hindernisse tot leerders se leer word bepaal en ondersteuningsbehoeftes en ondersteuningstrategieë word geïdentifiseer.

- **Fase 3: Assessering van ondersteuningsbehoeftes**

Die vlak en aard/wyse van ondersteuning wat benodig word, word vasgestel deur middel van konsultasie met die DGOS, SGOS, onderwysers en ouers.

- **Fase 4: Aksiebeplanning, voorsiening en monitering van addisionele ondersteuning**

Die ondersteuning wat aan leerders gegee word, word gemoniteer deur die DGOS sowel as die SGOS om addisionele ondersteuningsgeleenthede vas te stel en bykomende hulpbronne te voorsien.

Die Departement van Onderwys (2008:30-105) bied verder riglyne aan die onderwyser, SGOS en die DGOS vir die voltooiing van die onderskeie vorms wanneer leerders hindernisse tot leer ervaar. Aansluitend by bogenoemde werkswyses wil dit dus voorkom asof die Nasionale Strategie ten opsigte van

Sifting, Identifisering, Assessering en Ondersteuning enersyds van die onderwyser verwag om hulle pastorale rol uit te oefen deur ook betrokke te raak by die Sifting, Identifisering, Assessering en Ondersteuning van leerders wat hindernisse tot leer, soos byvoorbeeld selfmutilasie, ervaar. Bogenoemde feitlikheid bied dus aan die navorser die geleentheid om ’n opleidingsprogram te ontwikkel waarmee onderwysers basiese hulp aan selfmutileerders in inklusiewe klaskamers kan verleen in noue samewerking met die SGOS, DGOS, die ouers en ander professionele instansies.

2.7 SAMEVATTING

Na aanleiding van voorgaande omskrywinge om selfmutilasie as leefwêreldlike verskynsel en die gepaardgaande gemeenskaps- en pastorale rol wat die onderwyser in inklusiewe onderwys behoort te vertolk merk die navorser samevattend soos volg op oor die inhoud van Hoofstuk 2:

- selfmutilasie is inderdaad ’n leefwêreldlike verskynsel wat toenemend in die wêreld en ook in Suid-Afrika voorkom (*cf.* 2.1.1);

- selfmutilasie neem verskeie vorme aan, onder andere: ekstreme vorme van selfmutilasie wat verband hou met die verwydering van liggaamsdele, stereotipe selfmutilasie wat verwys na herhaaldelike wyses van selfmutilasie, soos die stamp van die kop of slaan en byt van die liggaam, en matige vorme van selfmutilasie, wat die mees algemene vorm van selfmutilasie is, en onder andere selfsnyding en selfbranding behels (*cf.* 2.2.2);

- selfmutilasie ontstaan vanweë verskeie oorsake, wat psigologies van aard kan wees en dui op optrede om emosionele balans te bewerkstellig. Selfmutilasie kan ook ’n chemies-biologiese oorsaak hê, wat verwys na ’n chemiese wanbalans in ’n persoon, of kan veroorsaak word wanneer die selfmutileerder verslaaf raak aan ’n sekere handeling (*cf.* 2.3);

- selfmutilasie kom saam met verskeie verwante toestande voor, onder andere ontoereikende opvoedingsverhoudinge, grenslynpersoonlik-heidsversteuringe, post-traumatiese gedragsversteuringe, angs-

versteuringe, impulskontrole versteuringe, dissosiatiewe versteuringe, gemoedsversteuringe en eetversteuringe (*cf.* 2.4);

- die selfmutileerder vertoon verskeie identifiseerbare kenmerke, soos byvoorbeeld ’n bo-gemiddelde intellektuele vermoë, afkomstig van ‘n ontoereikende gesinsopset, gebrek aan motivering, swak konsentrasie, gevoelens van negatiwiteit, ’n minderwaardigheidsgevoel, a-sosiale gedrag, depressiwiteit en ontevredenheid met die eie liggaam en voorkoms (*cf.* 2.5). Dit is duidelik uit die gemelde kenmerke dat selfmutilasie onderrig en leer sowel as die emosionele en sosiale ontwikeling van die leerder negatief kan beïnvloed.

- die onderwyser kan op grond van sy pastorale rol betrek word by die identifisering van en hulpverlening aan die selfmutileerder (*cf.* 2.6). Die identifisering van en hulpverlening aan die selfmutileerder moet egter nie inmeng met die onderwyser se kerntaak van onderrig en leer nie.

In Hoofstuk 3 ondersoek die navorser verskillende benaderings en hulpprogramme vir die hantering van selfmutilasie.

HOOFSTUK 3

BENADERINGS EN HULPPROGRAMME VIR HULPVERLENING AAN SELFMUTILEERDERS

3.1 INLEIDING

In Hoofstuk 2 is gefokus op selfmutilasie as leefwêreldlike verskynsel by wyse van enkele konsepverklaringe oor selfmutilasie, die oorsake van selfmutilasie, selfmutilasie en verwante toestande, die identifiseerbare kenmerke van die selfmutileerder, die pastorale rol wat die onderwyser kan vertolk in die identifisering van en hulpverlening aan die selfmutileerder; die onderwyser se belewenis van inklusiewe onderwys en die Nasionale Strategie ten opsigte van Sifting, Identifisering, Assessering en Ondersteuning aan leerders wat hindernisse tot leer ervaar

In Hoofstuk 3 word aandag gegee word aan ‘n nadere omskrywing van verskeie terapeutiese benaderings en ondersteuningsprogramme wat met selfmutileerders gebruik kan word. Volgens Jones, Davies en Jenkins (2004:487-500) kan die volgende benaderings onderskei word, naamlik mediese behandeling van beserings opgedoen tydens selfmutilasie, isolering van die selfmutileerder en verwydering van objekte wat vir selfmutilasie gebruik kan word, farmakologiese ondersteuning en psigologiese en terapeutiese intervensie.

‘n Omskrywing van benaderings en ondersteuningsprogramme word enersyds gedoen ter wille van die volledigheid van die studie asook vir kundige agtergrondskennis aan die navorser met die oog op die samestelling van ’n opleidingsprogram vir onderwysers in Suid-Afrikaanse skole om op ’n ingeligte wyse basiese hulp aan selfmutileerders te verleen.

In die afwesigheid van benaderings en hulpprogramme wat deur die onderwyser wat beperkte sielkundige opleiding of agtergrond het nie gebruik kan word, steun die hoofstuk hoofsaaklik op benaderings wat terapeuties van aard is, naamlik:

- Kunsterapie;
- Groepsterapie;
- Gesinsterapie;
- Kognitiewe gedragsterapie;
- Dialektiese gedragsterapie;
- Die S.A.F.E.-program;
- Die behandeling van selfmutileerders by wyse van medikasie; en
- Hulpprogramme ten opsigte van moontlike hulpverlening aan selfmutileerders in skoolverband.

Elk van die bogenoemde benaderings se rol ten opsigte van selfmutilasie word nou van nader toegelig, en krities geëvalueer in terme van strategieë wat deur die gewone onderwyser met beperkte sielkundige opleiding of agtergrond aangewend kan word.

3.2 KUNSTERAPIE

Verskeie navorsers soos Batty (1998:25-26), Lark (2001), Cooper en Milton (2003:163-196), Lyshak-Stelzer, Singer, StJohn en Chemtob (2007:163-169), en Woolston (2009) het bevind dat kunsterapie toereikend aangewend kan word om terapeutiese hulp te verleen aan selfmutileerders en ander persone met verwante emosionele probleme.

3.2.1 Die terapeutiese vertrekpunt van kunsterapie

Volgens die American Art Therapy Association (2002) en die American Cancer Association (2009) is kunsterapie die terapeutiese gebruik van kuns binne die konteks van 'n professionele verhouding met mense wat siekte, trauma of uitdagende lewensomstandighede ervaar. Deur die skep van kuns en die reflektering op die kunsproduk word mense se bewuswording van

hulleself en ander verhoog, en word stres, emosionele konflik, fisiese probleme en traumatiese gebeure beter hanteer.

Verder merk Eaton, Doherty en Widrick (2007:256-262) en MacAlester (2009) op dat kunsterapeute gebruik maak van die volgende twee benaderings wanneer hulle terapeutiese hulp verleen aan kliënte. Die twee benaderings is die proses-intensiewe benaderingswyse en kuns as projeksie van innerlike belewenisse.

- **Die Proses-intensiewe Benaderingswyse**

Tydens bogenoemde benaderingswyse wend die kunsterapeut kuns aan as 'n ontdekkingsmetode waartydens die kliënt iets ontdek oor hom-/haarself. Kunsterapie word dus aangewend as 'n katarsis of as emosionele reis met selfaktualisering as die einddoel.

- **Kuns as projeksie van innerlike belewenisse**

Kuns word hier as 'n metode aangewend om toegang te kry tot die kliënt se onderliggende emosionele belewenisse waarna terapeutiese hulpverlening beplan word.

Vervolgens fokus die navorser op voorbeelde van kunsterapeutiese hulpverlening aan selfmutileerders.

3.2.2 Kunsterapie met selfmutileerders

Soos reeds inleidend opgemerk is, het verskeie navorsers kunsterapie suksesvol aangewend om hulp te verleen aan selfmutileerders. Volgens Hohlfelder (2004:32) beskou kunsterapeute kuns as 'n metafoor vir die selfmutileerder se vel en sodoende word kuns 'n beskermde laag teen selfmutilasie. Aansluitend by bogenoemde opmerking van Hohlfelder (2004:32) het Milia (1996:98) in 'n terapeutiese sessie met 'n selfmutileerder bevind dat die selfmutilasieproses simbolies herhaal word tydens die plak en sny van lae klei – die klei in hierdie geval was 'n metafoor van haar vel. Sy merk verder op dat sy kon waarneem hoe kunsterapie bydra tot

spanningsverligting. Milia (1996:98) merk soos volg op oor die voordele wat kunsterapie inhou vir selfmutileerders:

"Not only is visual art a suitable alternative language for non-verbal acting-out selfmutilators, it also provides opportunities to exercise the same destructive and integrative urges that underlie their self-abuse."

'n Verdere voorbeeld van die gebruikmaking van kunsterapie om selfmutileerders te ondersteun kom uit die navorsing van Cooper en Milton (2003:163-196). Genoemde outeurs het kunsterapie gebruik om hulp te verleen aan 'n groep vrouens wat hulleself mutileer. Volgens Cooper en Milton (2003) het hulle kunsterapie gebruik omrede kunsterapie enersyds aan die vrouens die geleentheid gebied het om in 'n nie-bedreigende opset uiting te gegee aan hulle gevoelens, andersyds was kunsterapie 'n konstruktiewe alternatief vir selfmutilasie en het dit aan die vroue die geleentheid gebied om hulleself emosioneel uit te druk sonder taal.

Samevattend beskou blyk dit dus asof kunsterapie toereikend aangewend kan word vir terapeutiese hulp aan selfmutileerders. Die navorser huldig hierdie mening omrede kunsterapie aan die selfmutileerder die geleentheid bied om sy gevoelens uit te druk by wyse van kunswerke en nie dadelik daaroor hoef te praat nie. Ongelukkig, mag onderwysers egter nie kuns gebruik om terapeutiese hulp te verleen nie. Die navorser is egter van mening dat die kunsonderwyser daarvan bewus behoort te wees dat leerders se tekeninge soms projeksies is van hulle innerlike belewinge (Eaton *et al.,* 2007:256-262; MacAlester, 2009) en dat hy/sy daarom die leerder se tekeninge kan gebruik om as aanknopingspunt te dien vir die SGOS of DGOS as daar vermoed word dat die leerder probleme ondervind wat hy/sy nie wil kommunikeer nie.

Vervolgens word die rol wat groepsterapie ten opsigte van hulpverlening aan selfmutileerders kan vertolk, bespreek.

3.3 GROEPSTERAPIE

Net soos in die geval van kunsterapie het verskeie navorsers soos byvoorbeeld Tantum en Whittaker (1992:460), Wood, Trainor, Rothwell,

Moore en Harrington (2001:1246) Turner (2002:150-152), Burns, Dudley, Hazell en Patton (2005:121-128), Joyce, Piper en Ognodnirzuk (2007:269-297) en Lukomski en Folmer (2004:92) bevind dat groepsterapie suksesvol aangewend kan word vir terapeutiese hulpverlening aan selfmutileerders.

3.3.1 Die terapeutiese vertrekpunt van groepsterapie

Die Encyclopedia of Mental Disorders (2009) sowel as Beyers en Vorster (in Louw, 1989:645 omskryf groepsterapie as 'n psigoterapeutiese metode bestaande uit 'n sisteem van terapieë waar lede van 'n groep in groepsverband tot 'n meer optimale interaksie met hulself en hul omgewing kan kom.

Bogenoemde definisie van groepsterapie verwys hoofsaaklik na groepsterapie as 'n vorm van psigososiale behandeling waarby 'n groep individue betrokke is. Vervolgens sal daar gelet word op die werkswyse wat in groepsterapie gevolg word.

Volgens Ford-Martin (2009) word 'n groepsterapeutiese sessie gekenmerk deur die volgende interaktiewe aard:

- Groepslede word aangemoedig om openlik en eerlik te wees oor die redes waarom hulle deel van die groepsterapeutiese sessies wil wees.
- Groepslede ondersteun ander groepslede deur hulle eie belewenisse oor die probleem met ander lede te deel en empatie te toon.
- Daar is geen vaste reëls vir groepsterapie nie – slegs die versoek dat groepslede hul bes gee gedurende deelname aan die groepsterapeutiese sessies.
- Sommige groepe het wel soms basiese reëls vir die groep, wat meestal bekend gemaak word tydens die eerste sessie.
- Groepslede word versoek om inligting en besprekinge van die groep as vertroulik te hanteer en nie met andere buite die groep te deel nie.

- Groepslede word soms versoek om nie te sosialiseer met lede buite die groepsterapeutiese sessies nie, vanweë moontlike skade aan die groepsdinamiek.

Aansluitend by bogenoemde interaktiewe aard wat voorkom by groepsterapie, merk Rappaport (1998:197-206) en Ford-Martin (2009) verder soos volg op oor die rol van die terapeut tydens groepsterapie: die terapeut se hoofdoel is om die groep te begelei tot selfontdekking, en verder gee die terapeut leiding en rigting aan die groep deur positiewe gedrag te versterk, soos byvoorbeeld positiewe versterking te verleen as een groepslid empatie toon aan ŉ mede-groepslid. Die terapeut beklemtoon die algemeen-ooreenstemmende kenmerke van die groepslede, om sodoende ŉ groepsidentiteit te vestig, sodat groepslede besef hulle deel dieselfde probleem.

3.3.2 Groepsterapie met selfmutileerders

Soos reeds inleidend opgemerk is, is daar verskeie navorsers wat van mening is dat groepsterapie effektief is vir die behandeling van selfmutilasie.

Strong (1998:165) is byvoorbeeld van mening dat groepsterapie nuttig is vir adolessente wat hulleself mutileer, omrede groepsterapie gevoelens van skuld, skaamte en geheimhouding afbreek en omrede die selfmutileerder sy of haar vrese deel met ander selfmutileerders in ŉ groepsterapeutiese sessie. Tantum en Whittaker (1992:460) en Burns *et al.* (2005:121-128) is verder van mening dat groepsterapie met selfmutileerders bydra tot ŉ beduidende vermindering in die voorkoms van selfmutilasie. Tantum en Whittaker (1992:460) merk byvoorbeeld soos volg op oor die terapeutiese waarde wat groepsterapie inhou vir selfmutileerders: selfmutileerders leer nuwe vaardighede en veral kommunikasievaardighede aan om hulle vrese en gevare te hanteer en daaroor te praat.

Aansluitend by bogenoemde opmerking het Wood *et el.* (2001:1) bevind dat groepsterapie tot positiewe uitkomste lei wanneer dit aangewend word met adolessente wat hulleself mutileer. Sy en haar medenavorsers het byvoorbeeld bevind dat adolessente wat ingesluit was in groepsterapeutiese

sessies, meer geneig was om op te hou om hulleself te mutileer as adolessente wat nie in groepsterapie ingesluit was nie, maar gewone behandeling ontvang het.

Samevattend beskou blyk dit vir die navorser asof groepsterapie toereikend aangewend kan word om hulp te verleen aan die selfmutileerder, omrede:

- Dit aan die selfmutileerder die geleentheid bied om sy emosionele probleme met ander selfmutileerders in die groep te deel;
- Hy/sy kan ervaar dat hulle nie alleen is nie en dat daar ander selfmutileerders in die groep is wat reeds in ’n mate daarin geslaag het om selfmutilasie te oorwin (hoop); en
- Die groepsterapeut en die ander groepslede daar is wanneer hulle hulle nodig het.

Ten spyte van bogenoemde positiewe elemente wat groepsterapie inhou vir steungewing aan die selfmutileerder, is die navorser daarvan bewus dat groepsterapie nie deur die gewone onderwyser gebruik kan word nie.

In die volgende afdeling fokus die navorser op gesinsterapie as moontlike wyse van hulpverlening aan selfmutileerders.

3.4 GESINSTERAPIE

By die nadere beskouing van die literatuur blyk dit dat verskeie navorsers van mening is dat gesinsterapie toereikend aangewend kan word om terapeutiese hulp te verleen aan die selfmutileerder (Selekman, 2002b; Turner, 2002:152-154; Hohlfelder, 2004:36; Jacobs, 2005:2; Brown, 2009:104-105).

3.4.1 Die terapeutiese vertrekpunt van gesinsterapie

Die Mayo Foundation for Medical Education and Research (Mayo Clinic, 2009) en Hoffman, Gimenez-Hinckle en Kress (2010:24-30) beskryf gesinsterapie as 'n vorm van psigoterapie wat families of individue in 'n familie help om familielede se interaksie met mekaar en konflikhantering in die familie beter te verstaan en te verbeter.

Bykomend tot die bogenoemde definiëring van gesinsterapie, meld bogenoemde instansie dat gesinsterapie veral aangewend kan word om problematiese verhoudinge te herstel in die volgende omstandighede, byvoorbeeld: huweliksprobleme; egskeiding; eetversteuringe soos byvoorbeeld anorexia nervosa en bulimie; dwelmmisbruik; depressie en bipolêre versteuringe; ouerbegeleiding; en emosionele mishandeling of geweld.

Behalwe vir bogenoemde voorbeelde waar gesinsterapie suksesvol aangewend kan word, het Selekman (2002b) en Levenkron (1998:125) verder bevind dat gesinsterapie toereikend aangewend kan word om hulp te verleen aan adolessente wat hulleself mutileer, omrede selfmutileerders meestal afkomstig is uit ontoereikende gesinsomstandighede waar alkohol- en dwelmmisbruik sowel as fisieke en emosionele mishandeling voorkom.

Sodra die gesin en die terapeut ooreengekom het dat ’n individuele gesinslid se probleemgedrag te wyte is aan ontoereikende gesinsomstandighede of verhoudinge, kan gesinsterapie ’n aanvang neem en word dit meestal gekenmerk deur die volgende werkswyse, soos voorgestel deur Griesel en Jacobs (1991:40-46):

- Die gesinsterapeut ontmoet die gesin tydens die eerste terapeutiese sessie en poog om ’n toereikende vertrouensverhouding tussen hom/haar en die gesinslede te vestig.

- Die gesinsterapeut maak verder seker dat die gesinslede realistiese verwagtinge het ten opsigte van die moontlikhede wat gesinsterapie aan hulle kan bied.

- Die terapeut maak tydens die eerste terapeutiese sessie verder seker dat die gesin bewus is van die werklike probleem (byvoorbeeld ontoereikende ouer-kind verhoudinge) en nie die individuele gesinslid se problematiese gedrag (bv. selfmutilasie) nie.

- Die terapeut poog verder om vas te stel hoe individuele gesinslede die gesinsituasie beleef, daarby betrokke is en daaraan betekenis gee.

- Tydens die terapeutiese sessie fokus die terapeut op die interaksie tussen gesinslede en verkry sodoende inligting oor die funksionering van die gesinne en die verskeie rolle wat die gesinslede vertolk.

- Sodra die terapeut genoeg inligting verkry het uit die eerste terapeutiese sessie beplan en gebruik hy/sy die inligting wat verkry is met die sessie vir verdere beplanning en verloop van die gesinsterapie.

- Die terapie word gestaak sodra die gesin en die terapeut tevrede is met die uitkomste wat bereik is (wat in realiteit beteken dat die individuele gesinslid se problematiese gedrag opgehef is en dat die ontoereikende gesinsverhoudinge wat aanleidend was tot die probleemgedrag, byvoorbeeld selfmutilasie, herstel is).

Addisioneel tot bogenoemde opmerkinge oor die werkswyse wat in gesinsterapie gevolg word, meld Griesel en Jacobs (1991:47-75) en Turner (2002:152-154) verder op dat gesinsterapie gekenmerk word deur die volgende eienskappe:

- Die fokus is op die gesinsisteem as ’n geheel en nie op individuele gesinslede nie;

- Tydens gesinsterapie word die hele gesin betrek, hoewel gesinslede die gesinsterapeut individueel mag besoek;

- Nie-gesinslede, soos byvoorbeeld onderwysers, dokters of maatskaplike werkers mag deur die gesinsterapeut ingesluit word in ’n sessie;

- Gesinsterapie bied aan die gesinslede die geleentheid om te fokus op die gesin se vermoë om probleme op te los en gevoelens en emosies weer te gee;

- Tydens ’n gesinsterapeutiese sessie word gefokus op gesinsrolle, reëls en gedragsprobleme binne die gesin en word bepaal wat aanleiding gee tot konflik binne die gesin;

- Tydens gesinsterapie word gefokus op die gesin se saambindende faktore (byvoorbeeld omgee vir mekaar) sowel as tekortkominge binne die gesin (byvoorbeeld gebrekkige vertrouensverhoudinge);

- Gesinsterapie bied die geleentheid om te fokus op spesifieke probleme en hoe die gesin dit benader en hanteer (byvoorbeeld selfmutilasie);

- Tydens gesinsterapie word die gesin deur 'n gesinsterapeut begelei om gesinsinteraksies te verbeter of te herstel en word nuwe vaardighede aangeleer om probleme te oorkom;

- Tydens gesinsterapie word riglyne neergelê om individuele en gesinsdoelwitte te bereik en om probleme te oorkom en te voorkom (soos die voorkoming van verdere selfmutilasie deur 'n gesinslid).

3.4.2 Gesinsterapie met selfmutileerders

Verskeie navorsers soos Hohlfelder (2004:36), Ryan (2007:17) en Hoffman *et al.* (2010:24-30) is van mening dat gesinsterapie toereikend aangewend kan word om hulp te verleen aan selfmutileerders.

Die mees prominente navorsing wat egter by wyse van gesinsterapie met selfmutileerders onderneem is, is die werk van Selekman (2002b). In sy bekende werk: **"Living on the Razor's Edge: Solution – Oriented Brief Family Therapy with Self-Harming Adolescents"** (2002) stel Selekman (2000b) 'n geïntegreerde en aanpasbare probleem-oplossende gesinsterapeutiese model voor vir hulpverlening aan adolessente wat hulleself mutileer.

Selekman (2009) verwys na hierdie model as 'n *"collaborative, strengths-based"* gesinsterapeutiese model en beskryf dit as geïntegreerd, navorsingsgebaseerd, sensitief vir geslags- en kulturele aspekte, 'n model wat fokus op die adolessent se mening, met die gesinsterapeut as katalisator vir die vestiging van verhoudinge binne 'n uitgebreide sosiale konteks. Verder maak hy gebruik van die menslike bewussyn en fokus hy veral op visualisasie en meditasie, soos onder ander die mantra, klankmeditasie en die

visualisering van sukses, as hulpmiddele in sy gesinsterapeutiese hulpverlening aan adolessente wat hulleself mutileer. Hy maak ook gebruik van die volgende stresontladingstegnieke:

- Die afkoel-kamer;
- Veranderinge van sensasie deur jouself te bederf;
- Redenasievaardighede;
- Die skepping of gebruikmaking van ’n selfgesprekkasset;
- ’n Kontrak met ’n beste vriend of volwassene; en
- Die soeke na vrede in die natuur.

Aansluitend by bogenoemde stresontladingstegnieke stel Selekman (2009) die volgende voor vir die voorkoming van selfmutilasie: voorkomende optrede deur die ouer; konstruktiewe ouer-bestuurstrategieë; gesinsbindingsrituele en oplossings-georiënteerde eksperimente; die portuurgroep as ondersteuning in gesinsterapie; en gesamentlike strategieë en meganismes met groter ondersteuningsisteme om selfmutilasie te voorkom.

In die lig van voorgaande omskrywinge blyk dit duidelik dat gesinsterapie toereikend aangewend kan word om terapeuties hulp te verleen aan die selfmutileerder, omrede selfmutilasie volgens Selekman (2002b) meestal ontstaan vanweë ontoereikende gesinsomstandighede; die selfmutileerder meesal deel van so ’n gesin is waar gesinsverhoudinge moontlik versteur is; en dat terapeutiese hulpverlening aan die selfmutileerder meesal die ouer insluit wanneer aan hom/haar terapeuties hulp verleen word (Selekman, 2002b).

In die volgende afdeling word kognitiewe gedragsterapie vir hulpverlening aan die selfmutileerder van nader beskou.

3.5 KOGNITIEWE GEDRAGSTERAPIE

Verskeie navorsers, soos Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon en Heard (1991:1060-1064), Moore (1996:54) en Strong (1998:172-175), is van mening dat kognitiewe gedragsterapie toereikend aangewend kan word om terapeuties hulp te verleen aan die selfmutileerder.

3.5.1 Die terapeutiese vertrekpunt van kognitiewe gedragsterapie

Volgens die kognitiewe gedragsterapeutiese benadering is selfmutilasie aangeleerde gedrag wat veroorsaak word deur destruktiewe denke, wat verder gehandhaaf word deur positiewe en negatiewe versterking, wat verkry word deur aandag te trek en deur die ontlading van stres (Strong, 1998:172). Walsh en Rosen (1988:163-164) beskryf bogenoemde vertrekpunt deur ŉ onderskeid te tref tussen innerlike negatiewe versterking en eksterne negatiewe sowel as positiewe versterking. Hulle verduidelik dat die leerder selfmutilasie toepas om verligting te verkry van gevoelens van aggressie, selfhaat, depressie en skuldgevoelens, asook om simpatie en koestering van andere te verkry.

Aansluitend by bogenoemde opmerkinge dat selfmutilasie aangeleerde gedrag is, fokus hierdie benadering op die selfmutileerder se huidige bestaan en identifiseer hulle eerstens watter gebeure, denke en emosies aanleiding gee tot selfmutilasie. Sodra hulle bepaal het wat die aanleidende oorsake tot selfmutilasie is, poog hulle om hierdie gebeure, denke en emosies te wysig of te vervang met positiewe gedrag om sodoende selfmutilasie te voorkom. Bogenoemde word bewerkstellig deur byvoorbeeld van die volgende terapeutiese tegnieke gebruik te maak.

3.5.2 Terapeutiese tegnieke wat kognitiewe gedragsterapeute aanwend om selfmutilasie te voorkom

Die terapeutiese tegnieke wat deur kognitiewe gedragsterapeute aangewend word om selfmutilasie te voorkom is om onder andere ŉ plan van aksie te ontwerp om die selfmutileerder daartoe in staat te stel om hoë-risiko emosies, gevoelens en situasies te hanteer, byvoorbeeld die aanleer van alternatiewe

gedrag om onaanvaarbare gedrag te wysig. Dit behels ook die aanleer van interpersoonlike en kommunikasievaardighede, die toepas van selfbeheersing en alternatiewe optrede (Walsh & Rosen, 1988:163-164). Volgens Strong (1998:173) en Yaryura-Tobias *et al.* (1995:33-38) behels die alternatiewe optrede of gedrag onder andere die volgende: praat met ŉ betroubare persoon of vriend oor jou gevoelens en emosies alvorens jy jouself mutileer; verandering van die omgewing wat negatiewe emosies uitlok; neem deel aan aktiwiteite of oefeninge om sodoende meganiese denke, emosies en gevoelens te wysig

Indien gelet word op die terapeutiese tegnieke wat deur kognitiewe gedragsterapie aangewend word, wil dit voorkom asof hierdie terapeutiese tegniek wel toereikend aangewend kan word om hulp te verleen aan die selfmutileerder, omrede:

- Die selfmutileerder geneig is om impulsief van aard te wees. Deur eers ŉ gesprek met ŉ betroubare persoon te voer, kan selfmutilasie moontlik voorkom word;

- Aangesien die selfmutileerder dikwels blootgestel word aan ontoereikende opvoedingsomstandighede soos kindermishandeling en verwaarlosing, sal ŉ verandering van omgewing betekenisvol bydra tot die vermindering van selfmutilasie (Brink, 2005:13).

Die navorser is van mening dat die tegnieke ook deur die gewone onderwyser gebruik kan word deur soos volg op te tree: die aanwend van pogings om leerders by die portuurgroep in te skakel, ondersteuning in die aanleer van inter-persoonlike vaardighede, die skep van groepsgesprekgeleenthede vir die leerder om probleme te verbaliseer en die inskakeling van die leerder by skoolaktiwiteite. Ten opsigte van die voorafgaande, het die navorser in Fase 2 van sy opleidingsprogram hierdie aspekte aangespreek.

Hoewel alternatiewe denke en optrede, soos voorgestel deur kognitiewe gedragsterapie, nie altyd selfmutilasie voorkom nie, is Zila en Kiselica

(2001:51) dit eens dat hierdie wyse van optrede die daad van selfmutilasie ten minste uitstel of voorkom dat dit nie so dikwels plaasvind nie.

Dialektiese gedragsterapie as wyse van terapeutiese intervensie met selfmutileerders word in die volgende afdeling bespreek.

3.6 DIALEKTIESE GEDRAGSTERAPIE (DGT)

By die beskouing van die bestaande literatuur oor terapeutiese hulpverlening aan selfmutileerders, is verskeie navorsers soos byvoorbeeld Brown (2001); Linehan en Dimeff (2001:10-13); Muehlenkamp (2006:166-185), Kiehn en Swales (2008), Palladini (2008:22), Sanderson (2008) en Kerr, Muehlenkamp en Turner (2010:240-259) van mening dat dialektiese gedragsterapie die ideale terapeutiese metode is om toereikend hulp te verleen aan selfmutileerders.

3.6.1 Die terapeutiese vertrekpunt van dialektiese gedragsterapie

Dialektiese gedragsterapie is gedurende 1993 spesifiek ontwikkel deur Dr Marsha Linehan, 'n sielkundige verbonde aan die Universiteit van Washington, Seattle, vir individue wat gedagtes oor selfmoord gekoester het (Strong, 1998:173). Daarna is dit verder verfyn vir die terapeutiese behandeling van grenslynpersoonlikheidsversteuringe (Sanderson, 2008).

Aansluitend by bogenoemde opmerking meld Sanderson (2008) verder dat dialektiese gedragsterapie (DGT) 'n modifikasie van kognitiewe gedragsterapie is, en dat in die ontwikkeling van dialektiese gedragsterapie, Dr Linehan eers gebruik gemaak het van kognitiewe gedragsterapie om terapeutiese hulp te verleen aan individue wat geneig was tot selfmutilasie en gedagtes oor selfmoord gekoester het. Aangesien kognitiewe gedragsterapie nie die nodige resultate opgelewer het nie, het sy en haar navorsingspan dialektiese gedragsterapie ontwikkel om bogenoemde individue te behandel.

In aansluiting by die bogenoemde opmerkinge oor die ontwikkeling van dialektiese gedragsterapie, meld Sanderson (2008) verder dat dialektiese gedragsterapie van die vertrekpunt uitgaan dat selfmutilasie aangeleerde

gedrag is om intense negatiewe emosies te beheer. Negatiewe emosies soos skuld, skaamte, angs en aggressie is normale emosies van die mens. Sekere individue, soos byvoorbeeld die wat ’n geneigdheid tot selfmutilasie vertoon, beleef negatiewe emosies egter meer intens as normale individue. Sulke individue, wie se emosies nie net met medikasie beheer kan word nie (soos byvoorbeeld die kompulsiewe selfmutileerder se gedrag), word deur die dialektiese gedragsterapeutiese benadering as “emosioneel broos” beskou.

Behalwe vir die bogenoemde emosionele broosheid wat sekere individue ervaar, wys dialektiese gedragsterapie op ’n verdere bydraende faktor tot die ontwikkeling van selfmutilasie: ’n nie-ondersteunende omgewing. Met ’n nie-ondersteunende omgewing verwys dialektiese gedragsterapie na die ander mense wat teenwoordig is in die selfgemutileerde se lewe wat hom/haar emosioneel afkraak.

Dialektiese gedragsterapie gaan dan van die veronderstelling uit dat bogenoemde twee faktore, naamlik emosionele broosheid en ’n nie-ondersteunende omgewing oorsaaklik is vir die ontstaan van selfmutilerende gedrag (Linehan & Dimeff, 2001:10-13; Sanderson, 2008).

3.6.2 Dialektiese gedragsterapeutiese tegnieke wat gebruik word om selfmutilasie te voorkom

Volgens Kiehn en Swales (2008), Sanderson (2008) en Kerr *et al*. (2010:240-259) maak dialektiese gedragsterapeute gebruik van die volgende vier hoofwyses van terapeutiese intervensie wanneer hulle hulp verleen aan selfmutileerders:

- Individuele terapie;
- Groepsterapie/vaardighede;
- Telefoniese ondersteuning; en
- Terapeutiese konsultasie

Volgens Sanderson (2008) word selfmutileerders eerstens verplig om weekliks individuele terapiesessies van een tot een en ŉ half uur by te woon. Tweedens word hulle verplig om weekliks ŉ twee-uurlikse groepsvaardigheidsessie by te woon – wat minstens vir een jaar geskeduleer is. Anders as in die geval van gewone groepsterapeutiese sessies is hierdie groepsvaardigheidsessies, klasse waartydens selfmutileerders die volgende vier vaardighede aanleer: “mindfulness”; interpersoonlike vaardighede; emosionele regulering; en strestoleransie. Derdens word selfmutileerders versoek om hulle terapeute te skakel vir voorligting alvorens hulle oorgaan tot ŉ daad van selfmutilasie. In sommige gevalle maak dialektiese gedragsterapeute ook van medikasie gebruik om selfmutileerders te ondersteun (Kiehn & Swales, 2008; Palladini, 2008:6; Sanderson, 2008; Kerr *et al.,* 2010:240-259).

In aansluiting by bogenoemde wyses van terapeutiese intervensie wat in dialektiese gedragsterapie aangewend word, is die hoofdoelwit van dialektiese gedragsterapie volgens Sanderson (2008:2-3) om vir kliënte ŉ lewe te skep wat hulle as sinvol beleef. Hoewel die belewing van sinvolheid wissel van kliënt tot kliënt, is die gemeenskaplikheid geleë in die wysiging van negatiewe gedagtes wat moontlik tot die vernietiging van die kliënt mag lei (Sanderson, 2008). Volgens Sanderson (2008) verdeel dialektiese gedragsterapeute hulle behandeling in vier fases, met doelwitte wat in elke fase bereik moet word:

Fase Een: Die wegbeweeg van nie in beheer wees van jou gedrag nie na in beheer wees van jou gedrag. Hiervolgens word lewensbedreigende gedrag (soos byvoorbeeld pogings tot selfmoord, gedagtes aan selfmoord en selfmutilasie) verminder en uitgeskakel. Verder, word hospitalisasie vir krisisintervensie verminder en selfs gestop. Gedrag wat lewensgehalte vernietig, byvoorbeeld depressie, fobies, eetversteurings, die nie-bywoning van skool of werk, verwaarlosing van mediese probleme, die ontbreking van fondse en ŉ nie-ondersteunende huisvesting en vriendekring, word verminder.

Die toename in ondersteunende gedrag en omstandighede wat die lewe die moeite werd maak, soos byvoorbeeld: om skool by te woon, om ŉ goeie werk

te beklee, om vriende te hê, om genoeg geld te hê om van te lewe, oor goeie huisvesting te beskik en om nie altyd depressief en angstig te wees nie, word in die vooruitsig gestel. Vaardighede wat die mens daartoe in staat stel om aandag te beheer, nuwe vriendskappe te sluit en verhoudings te verbeter, insig in die eie emosies te verkry en om emosionele pyn te verdra sonder om oor te gaan tot ŉ daad van selfmutilasie of destruktiewe gedragsoptrede, word aangeleer.

Fase Twee: Die wegbeweeg van emosionele leegheid na emosionele sinvolheid. Die hoofdoelwit in hierdie fase is om die kliënt te ondersteun om normale gevoelens te belewe en gevoelens van dissosiasie, vermydingsgedrag of gevoelens van post-traumatiese stres te voorkom. Dialektiese gedragsterapie verwys na hierdie fase as die fase van "stille depressie". Die doelwit van dialektiese gedragsterapie is egter nie om die kliënt in stilte te laat sukkel nie. In hierdie fase werk die terapeut met die kliënt om sy emosies te beheer en om hom nie af te sluit nie en ook nie toe te laat dat sy emosies (die kliënt se emosies) hom/haar beheer nie.

Fase Drie: Bou van ŉ normale lewe en die oplossing van alledaagse probleme. In Fase Drie werk kliënte met alledaagse probleme soos byvoorbeeld verhoudingsprobleme, werksontevredenheid en loopbaan-doelwitte. Sommige kliënte verkies om voort te gaan met hulle huidige terapeute om doelwitte te bereik, terwyl sommige kliënte hulle terapie beëindig en poog om doelwitte op hulle eie te bereik en sommige kliënte onttrek uit terapie en ŉ nuwe terapeut kry met ander terapeutiese ondersteuning en doelwitte.

Fase Vier: Beweeg van onvoltooidheid na voltooidheid. Die meeste kliënte sukkel steeds met eksistensiële onvoltooidheid, selfs nadat Fase Drie van dialektiese gedragsterapie afgehandel is. Kliënte vind dan meestal tevredenheid in religieuse of geestelike bindinge. Kliënte is in hierdie fase soms ook geneig om van werk te verander of bestaande verhoudings te beëindig.

Met bogenoemde opmerking wil die navorser volstaan en samevattend soos volg opmerk oor dialektiese gedragsterapie. By nadere beskouing van die werkswyse van Dialektiese Gedragsterapie is die navorser van mening dat daar sekere aspekte van die werkswyse is wat sinvol deur die gewone onderwyser aangewend kan word ter ondersteuning van selfmutileerers. Die volgende kan byvoorbeeld toegepas word: die gee van ondersteuning met verhoudingsprobleme en probleme met inskakeling by portuurgroepe en om skool die moeite werd te maak deur 'n ondersteunende omgewing vir die selfmutileerder te skep.

Die navorser fokus vervolgens op die gebruik van die S.A.F.E.-program in die konteks van selfmutilasie.

3.7 DIE SELF-ABUSE FINALLY ENDS (S.A.F.E)-PROGRAM

By die nadere beskouing van die literatuur blyk dit dat verskeie navorsers soos byvoorbeeld Lukomski en Folmer (2004:91-93) en Collins (2007:26) van mening is dat die S.A.F.E.-program effektief aangewend kan word om selfmutilasie te voorkom. Collins (2007:26) meld verder dat die S.A.F.E.-program, wat ook bekend staan as die *"S.A.F.E.-Alternatives Program"* of as *"Self-Abuse-Finally-Ends",* in 1985 ontwikkel is deur Conterio en Lader in Oak Park Illinois in die Verenigde State van Amerika. Volgens Collins (2007) maak die S.A.F.E.-program van die volgende werkswyse en terapeutiese tegnieke gebruik om selfmutilasie te voorkom.

3.7.1 Die terapeutiese vertrekpunt van die S.A.F.E.-program

Die werkswyse van die S.A.F.E.-program is volgens Collins (2007:26) so saamgestel dat dit aan sowel voltydse as buite-pasiënte hulp kan verleen ('n besluit wat in samewerking met die terapeut en die selfmutileerder geneem word afhangende van die ergheidsgraad van die selfmutilasie). Collins (2007:26) merk verder op dat die S.A.F.E.-program die enigste terapeutiese program is wat oor 'n sentrum beskik waar selfmutileerders voltyds behandel kan word (99% van die selfmutileerders wat deur die sentrum behandel word, is tans vroue). Collins (2007:26-31) meld verder dat die S.A.F.E.-program se sentrum op die volgende wyses te werk gaan om selfmutilasie te voorkom:

Daar word ’n kontrak met die selfmutileerders gesluit wat bepaal dat hulle nie hulleself sal mutileer terwyl hulle behandeling ontvang by die sentrum nie. Indien van die selfmutileerders egter die kontrak verbreek en hulleself wel mutileer, word hulle nie gestraf of ontslaan nie maar word stappe geneem om die selfmutileerder se veiligheid en beskerming te verseker. Fisieke en emosionele steun word deur die personeel van die sentrum gebied.

’n Verdere aspek van die werkwyse van die S.A.F.E.-program is dat selfmutileerders ontmoedig word om hulle letsels van selfmutilasie aan andere te wys, omrede die personeel van mening is dat die selfmutileerder die gebeure van selfmutilasie herleef wanneer hulle dit aan andere wys of vertoon. Die program word meestal geskeduleer vir dertig dae, hoewel pasiënte die reg het om die program te verlaat as hulle nie daarmee wil voortgaan nie. Die program is gerig op die identifisering van alternatiewe wyses van die hantering van emosies en die deurdink van prosesse. Die doelstelling van die S.A.F.E.-program is om selfmutileerders te ondersteun om volgens hulle ouderdom en denke op te tree en te funksioneer (Johnson, 2003:18). Volgens Conterio en Lader (1998:224) word hierdie doelstellings bereik deur die volgende:

- opvoeding;
- die stel van grense;
- die toepassing van gevolge;
- die gee van ondersteuning en erkenning; en
- die toedig van eie verantwoordelikheid aan selfmutileerders vir hulle dade en optredes.

Die eerste fase van hierdie proses sluit ’n verandering van houding in, wat daartoe bydra dat selfmutileerders besef hulle is in beheer van hulle eie gedrag. Die volgende aspek wat hierop volg (te wete wat by selfmutileerders tuisgebring word) is dat elke gevoel of emosie nie noodwendig ’n fisieke optrede of reaksie van hulle vereis nie.

Aansluitend by bogenoemde omskrywinge aangaande die werkswyse wat die S.A.F.E.-program volg, maak hulle ook gebruik van die volgende tegnieke om selfmutilasie te voorkom.

3.7.2 Terapeutiese tegnieke van die S.A.F.E.-program

Collins (2007:27-31) omskryf hierdie tegnieke soos volg:

- **Tegniek Een: ’n Kontrak vir geen mutilasie nie**

Bogenoemde kontrak sluit die volgende in:

  - ’n Kontrak tussen die terapeut en die selfmutileerder wat riglyne verskaf ten opsigte van verwagtinge en verantwoordelikhede, asook hoe gedrag wat die terapeutiese intervensie bedreig, hanteer sal word.

  - Die selfmutileerder neem deel aan die ontwikkeling van die kontrak.

  - Die wyse van behandeling waarvolgens ooreengekom word, is samewerkend van aard (voorkom dat die terapeut beheer en straf uitoefen en sodoende die sukses van die terapie nadelig beïnvloed).

  - Die ooreenkoms tussen die terapeut en die mutileerder kan korttermyn van aard wees, byvoorbeeld van dag tot dag of van week tot week, afhangende van die ergheidsgraad en gereelde voorkoms van die selfmutilerende gedrag by die selfmutileerder.

- **Tegniek Twee: Die Impulskontrole Logboek**

Die Impulskontrole Logboek is ’n terapeutiese tegniek waarmee die selfmutileerder sy gedrag monitor indien hy of sy ’n behoefte tot selfmutilasie ervaar. Die Impulskontrole Logboek sien soos volg daarna uit (Collins, 2007:29) (sien Tabel 3.1).

Tabel 3.1: Tegniek Twee: Die Impulskontrole Logboek

Die Impulskontrole Logboek is ’n terapeutiese tegniek wat die selfmutileerder gebruik wanneer hy/sy ’n behoefte tot selfmutilasie ervaar.

Onbeheerbare gedrag/gedagtes oor selfmutilasie	Tyd en datum	Plek	Situasie	Gevoel	Wat sal die gevolge van die selfmutilasie wees?	Watter boodskap probeer jy oordra?	Aksie geneem	Uitkomste

Volgens Johnson (2003:19) is die doelwit van die Impulskontrole Logboek om ŉ verband te skep vir die mutileerder tussen sy gevoelens, aksies en reaksies.

- **Tegniek Drie: Die Vyf Alternatiewe Wyses van Optrede om selfmutilasie te voorkom**

Hierdie vyf alternatiewe of tydelike aandagafleiers van selfmutilasie is geskep om die selfmutileerder se aandag af te lei van gedagtes oor moontlike selfmutilasie. Vir vyf alternatiewe wyses van optrede om selfmutilasie te voorkom, kan gekies word uit die volgende alternatiewe wyses van optrede: die aanwending van die Impulskontrole Logboek; die skryf van ŉ verhaal; in gesprek tree met ŉ vertrouenspersoon; gaan stap; luister na musiek; skep kunstige take of werkies; die speel van ŉ musiekinstrument; of die voorbereiding van kos (Johnson, 2003:20; Collins, 2007:30).

- **Tegniek Vier: Skryf van Opdragte**

Die skryf van opdragte veronderstel die skryf van ŉ outobiografie om die eie siening oor die self te identifiseer, die eie emosies en aggressies te ontleed asook die vroulike en manlike persoon wat die meeste invloed op die selfmutileerder uitoefen te bepaal en planne vir die toekoms te maak.

Samevattend beskou blyk dit asof bogenoemde program ŉ stap in die regte rigting is en dat die S.A.F.E.-program ŉ bydrae lewer om selfmutilasie te voorkom. Veral as daarop gelet word dat bogenoemde program ŉ ondersteunende buitepasiënt-program het waar die selfmutileerder verder steun kan ontvang sodra hy die sentrum verlaat het (Collins, 2007:30).

Die volgende terapeutiese tegniek wat aan die orde gestel gaan word, is die behandeling van selfmutilasie by wyse van medikasie.

3.8 DIE BEHANDELING VAN SELFMUTILASIE BY WYSE VAN MEDIKASIE

Verskeie navorsers soos Hohlfelder (2004:34-35); Johnson (2003:13-14) en Lukomski en Folmer (2004:91-93); het bevind dat selfmutilasie toereikend behandel kan word by wyse van medikasie.

In noue aansluiting by bogenoemde inleidende opmerking is Smith (2005) van mening dat medikasie vir selfmutilasie oorweeg behoort te word by alle matige vorme van selfmutilasie wat die volgende vorme van selfmutilasie insluit: kompulsiewe, impulsiewe, episodiese en herhalende vorme van selfmutilasie. Volgens Collins (2007:5) word hierdie vorme van selfmutilasie gekenmerk deur die volgende wyses van selfmutilasie: selfsnyding, selfbranding, die mutilering van die vel, die uittrek van hare, die breek van bene, selfslaning, die stukkend of oopmaak van rowe en die byt van naels. Die pas vermelde vorme en wyses van selfmutilasie vertoon verder ŉ noue verband met die chemies-biologiese (*cf.* 2.3.2) en afhanklikheidsteorieë (*cf.* 2.3.3) vir die ontstaan van selfmutilasie wat medikasie vereis om selfmutilasie te voorkom.

In teenstelling met Smith (2005), is Conterio en Lader (soos aangehaal deur Johnson, 2003:13-14) van mening dat psigoterapie die beter opsie ten opsigte van hulpverlening is wanneer met selfmutileerders gewerk word. Genoemde outeurs meld egter verder dat medikasie oorweeg behoort te word wanneer die selfmutileerder simptome vertoon wat verwant is aan dié van ander versteuringe, soos byvoorbeeld depressie en bipolêre versteuringe. Medikasie wat deur Conterio en Lader (in Johnson, 2003:13-14) aanbeveel word vir bogenoemde versteuringe wat ook voorkom by die selfmutileerder, is onder andere: Zoloft, Paxil en Prozac. Ook Strong (1998:163-164) is van mening dat medikasie ŉ belangrike ondersteunende rol vertolk in die behandeling en voorkoming van selfmutilasie. Sy verwys onder andere na die antidepressant Prozac, wat die serotonienvlakke in die brein verhoog, om sodoende selfmutilasie en obsessiewe-kompulsiewe gedrag te voorkom.

Conterio en Lader soos aangehaal deur Johnson (2003:14), meld verder dat medikasie soos Lithium, Tegretol, Depakote en Neurontin aangewend kan

word om die selfmutileerder se gemoedstoestand te stabiliseer om sodoende selfmutilasie te voorkom. Johnson (2003:14) verwys verder na ’n ander groep van medikasie, bekend as angsweerders, wat aangewend word vir selfmutileerders wat aan angsversteurings ly. Conterio en Lader, soos aangehaal deur Johnson (2003:14), waarsku egter teen die gebruik van bogenoemde medikasie, omrede ’n toevallige of bewustelike oordosering van hierdie medikasie aanleiding kan gee tot die belewing van die “gevoel van afgestomptheid” waaraan selfmutileerders verslaaf raak (“numbing”). Conterio en Lader (aangehaal deur Johnson, 2003:14) waarsku ook teen die gebruik van Xanax, omrede die gebruik van hierdie medikasie kan aanleiding gee tot ‘n toename in selfmutilasie.

Conterio en Lader (soos aangehaal deur Johnson, 2003:14) meld verder dat anti-psigotiese middele, soos Clozapine, aangewend kan word vir die behandeling van byvoorbeeld skisofrenie en obsessiewe-kompulsiewe versteuringe wat saam met selfmutilasie voorkom. Volgens Strong (1998:164) kan Naltrexone aangewend word vir die behandeling van dissosiatiewe versteuringe en gee dit daartoe aanleiding dat die selfgemutileerde wel pyn belewe wanneer hulle hulleself mutileer.

Volgens Johnson (2003:14) bestaan daar tans geen medikasie vir die verligting van die simptome van selfmutilasie wat ’n ooreenkoms met persoonlikheidsversteuringe (soos byvoorbeeld grenslynpersoonlikheids-versteuringe) vertoon nie. Die aanwending van angswerende medikasie kan egter veroorsaak dat die angsbelewinge van die selfmutileerder verlig word.

Hohlfelder (2004:35) dui aan dat streshormone, soos dopamien, adrenalien en norepinefrien, ook ’n betekenisvolle rol in die fisiologiese aspekte van selfmutilasie speel. Sy verwys verder na Favazza (in Hohlfelder, 2004:35) wat van mening is dat hierdie hormone selfs tydens terugflitse in nagmerries en die herlewing van trauma geaktiveer kan word en dat die aktivering daarvan kan lei tot selfmutilasie.

In die volgende afdeling val die fokus spesifiek op skoolgebaseerde ondersteuningsprogramme vir die hantering van selfmutilasie in Amerikaanse konteks van Lumomski en Folmer (2007) en Lieberman (2004).

3.9 HULPPROGRAMME VIR DIE ONDERSTEUNING VAN SELFMUTILEERDERS IN SKOOLVERBAND

Vir die doeleindes van die betrokke navorsing fokus die navorser op ‘n nadere omskrywing van die skoolgebaseerde ondersteuningsprogramme in Amerikaanse konteks van Lukomski en Folmer (2004) en Lieberman (2004). Die rede waarom die navorser bogenoemde twee hulpprogramme nader omskryf, is omdat die vermelde twee programme suksesvol in Amerika gebruik word en dus riglyne kon bied vir die ontwikkeling van die opleidingsprogram wat die navorser in gedagte het vir Suid-Afrikaanse skole.

Beide Lukomski en Folmer (2004:91-93) sowel as Lieberman (2004) is byvoorbeeld van mening dat die skool en die onderwyser betrek behoort te word by die identifisering en ondersteuning van die selfmutileerder.

Die wyses van hulpverlening wat bogenoemde navorsers aanbeveel, verskil ten opsigte van inhoud en aard. Lukomski en Folmer (2004:93) bied riglyne aan wat die skool en onderwyser kan volg wanneer hulp verleen word aan die selfmutileerder in skoolverband, terwyl Lieberman (2004) ’n meer uitgebreide wyse van optrede aanbeveel, waarvolgens die skool se ondersteuningspan en onderwysers hulp verleen aan selfmutileerders.

In noue aansluiting by voorgaande omskrywinge gaan die navorser eerstens fokus op die hulpverleningsprogram van Lukomski en Folmer (2004:91-93) en daarna aandag gee aan die hulpverleningsprogram van Lieberman (2004).

3.9.1 Lukomski en Folmer se hulpverleningsprogram aan selfmutileerders

Lukomski en Folmer (2004:93) stel die volgende aspekte as riglyne aan onderwysers en skole wanneer met selfmutileerders gewerk word:

- **Die identifisering van selfmutileerders**

Hiervolgens veronderstel bogenoemde outeurs dat die onderwyser bewus moet wees van die voorkoms van selfmutilasie in skoolverband; selfmutilasie moet kan identifiseer; en moet voorkom dat die selfmutileerder geïsoleer word.

Bogenoemde outeurs merk verder op dat sportafrigters, liggaamsopvoeding-onderwysers, verpleegkundiges en mede-leerders in 'n gunstiger posisie verkeer om selfmutilasie te identifiseer as ander onderwysers in die skool vanweë die feit dat selfmutileerders daartoe geneig is om hulle letsels te verberg. Lukomski en Folmer (2004:93) meld verder dat onderwysers bewus moet wees van die volgende moontlike gedragskenmerke van leerders omrede hulle moontlik hulleself mutileer:

- die dra van lang moue op warm somerdae; en
- die voorkoms van parallelle snymerke op die een kant van die liggaam van die leerder.

Sodra 'n leerder met bogenoemde gedrag geïdentifiseer word moet die onderwyser simpatieke steungewing aan die leerder verleen om verdere emosionele isolasie van die leerder te voorkom. Lukomski en Folmer (2004:93) meld dat selfmutilasie soms deur die portuurgroep opgemerk word en dat dit daarom noodsaaklik is dat inligting oor selfmutilasie aan die leerders verskaf behoort te word sodat hulle meer insig in die probleem kan verkry.

Aansluitend by bogenoemde omskrywinge beveel Lukomski en Folmer (2004:92-93) verder die volgende wyses van optrede (intervensie en verwysing) aan wanneer onderwysers selfmutilasie in die skool identifiseer.

- **Intervensie**

Onder intervensie veronderstel Lukomski en Folmer (2004:92-93) korrektiewe optrede deur die onderwyser, wat emosionele steungewing aan die selfmutileerder insluit en 'n verwysing na die ondersteuningspan van die skool of 'n skoolsielkundige vir verdere kundige hulpverlening. Daar sal

veronderstel word dat onderwysers en ondersteuningspanne opgelei moet word.

Die skoolsielkundige se taak is dan om die aard van die selfmutilasie te bepaal, hulp te verleen en die leerder te verwys vir verdere hulpverlening en ondersteuning.

- **Verwysing**

Met verdere ondersteuning en verwysing veronderstel Lukomski en Folmer (2004:92-93) dat die skoolsielkundige en ondersteuningspan van die skool daarna die leerder en sy ouers sal ondersteun en verwys na ŉ terapeut wat spesialiseer in terapeutiese hulpverlening aan selfmutileerders.

Vervolgens fokus die navorser op ŉ nadere omskrywing van Lieberman (2004) se hulpprogram.

3.9.2 Lieberman se hulpverleningsprogram vir selfmutilasie

Lieberman (2004), ŉ skoolsielkundige en leier van die Los Angeles Verenigde Skooldistrikte se Selfmoordvoorkomingseenheid en mede-voorsitter van die Noodondersteuningspan van die Nasionale Vereniging van Skoolsielkundiges in die VSA, het die volgende hulpverleningsriglyne en wyses van optrede voorgestel wat skole en onderwysers kan volg om hulp te verleen aan selfmutileerders. Die riglyne is soos volg:

- **Die opleiding van die skool se ondersteuningspan om selfmutilasie te kan identifiseer**

Volgens hom behoort ŉ skool se krisisspan te bestaan uit die volgende lede: die skoolsielkundige, die skoolvoorligter of welsynwerker, die skoolverpleegster en ŉ toepaslike bestuurslid van die skool. Die taak van die krisisspan is om te fokus op die mediese behoeftes van die selfmutileerder; die bepaling van die selfmoordrisiko's verbonde aan die selfmutilerende gedrag; die daarstel van ondersteuningsnetwerke (byvoorbeeld die ouers en professionele geestesgesondheidsdienste); en die in kennis stel van die ouer en (indien nodig) ander kinderbeskermingsdienste. Leerders moet volgens

Lieberman (2004) altyd individueel behandel word en slegs teruggeplaas word by die ouer as hulle veiligheid verseker kan word.

- **Die deurgee van inligting aan alle volwassenes om tekens van selfmutilasie te kan identifiseer**

Volgens Lieberman (2004) is ouers en onderwysers, onder andere ook sportafrigters en liggaamsopvoeding-onderwysers in 'n meer unieke posisie om selfmutilasie te kan identifiseer op grond van die volgende gedrag wat selfmutileerders openbaar, naamlik die dra van lang moue om hulle letsels te verberg; en aggressie, emosionele afgestomptheid of emosionele ongebalanseerde optrede in klasverband.

- **Die opleiding van onderwysers om toepaslik op te tree teenoor selfmutileerders**

Volgens Lieberman (2004) is opleiding vir die hantering van selfmutilasie noodsaaklik aangesien dit verseker dat die selfgemutileerde met respek en aanvaarding hanteer word. Hy merk verder op dat daar 'n duidelike onderskeid moet bestaan ten opsigte van die take van die skool se ondersteuningspan (risiko-assessering en verdere ondersteuning) en die van die ander personeel by die skool (identifisering en aanvanklike intervensie en verwysing).

- **Die vermaning om versigtig op te tree wanneer leerders onderrig word aangaande selfmutilasie**

Volgens Lieberman (2004) moet onderwysers versigtig wees en slegs die nodige inligting aan leerders weergee wanneer hulle die aard van selfmutilasie met hulle bespreek. Verder moet mede-leerders aangemoedig word om inligting oor selfmutilasie (van mede-leerders of vriende) bekend te maak. Die boodskap wat uitgedra behoort te word, is dat selfmutilasie 'n geestesgesondheidsprobleem is en dat selfmutileerders professionele hulp benodig.

- **Stel ouers in kennis en maak hulle betrokke**

Sodra ’n leerder geïdentifiseer word as ’n selfmutileerder, behoort die ouers daarvan in kennis gestel te word en ook moontlike professionele hulp aan hulle voorgestel word. Volgens Lieberman (2004) is dit verkieslik dat die leerder teenwoordig is wanneer die ouers gekontak word om misverstande te voorkom. Die skoolhoof en die onderwyser moet egter op so ’n wyse optree dat dit altyd in belang van die leerder is.

- **Die skool behoort saam te werk met die ouers en ’n sielkundige**

Aangesien behandeling oor ’n tydperk geskied is dit noodsaaklik dat die skool se geestesgesondheidswerker sy optrede sal koördineer met die leerder se sielkundige en sy ouers, sodat sy optrede nie bots met hulle hulpverlenings-program nie. Sodra die selfmutileerders terug is in die skoolopset is dit noodsaaklik dat hulle ten minste een vertroueling (onderwyser) het na wie hulle kan gaan as hulle ’n behoefte tot selfmutilasie ervaar. Sulke persone is volgens Lieberman (2004) meestal die skoolsielkundige, die skoolver-pleegster, die welsynwerker of skoolvoorligter. Volgens Lieberman (2004) kan ook gebruik gemaak word van geen-mutilasie ooreenkomste wat alternatiewe optrede veronderstel om selfmutilasie te voorkom.

- **Die beperkte weergee van inligting oor selfmutilasie**

Lieberman (2004) meld verder dat skole moet poog om nie te veel inligting oor selfmutilasie aan die leerders bekend te stel nie, omrede ’n breë blootstelling aan selfmutilasie daartoe kan lei dat risiko-leerders kan begin om hulleself te mutileer (aansteeklike gedrag).

Aansluitend by bogenoemde riglyne wat Lieberman (2004) bied aan onderwysers vir hulpverlening aan selfmutileerders stel hy ook die volgende wyse van optrede voor vir onderwysers wanneer hulle met selfmutileerders werk:

- Die stig van ’n vertrouensverhouding. Hoewel selfmutilasie problematies ervaar kan word deur die onderwyser, is dit noodsaaklik dat hy/sy nie die

selfmutileerder moet vervreem nie, maar moet poog om ’n vertrouens-verhouding met hom/haar te probeer stig. Daarna is dit noodsaaklik dat die onderwyser die leerder na ’n geestesgesondheidspersoneellid verwys. Leerders moet hierna gemonitor word totdat hulle veilig is of in die sorg van hulle ouers is.

- Die aanspreek van mediese behoeftes deur die onderwyser (behandeling van letsels is die eerste prioriteit).

- Die onderwyser moenie met afgryse of ongeloof reageer wanneer hy met selfmutilasie gekonfronteer word nie.

- Bewerkstellig kontak sonder om opdringerig te wees (byvoorbeeld: “Ek kan sien dat jy ’n probleem het. Kan ek iemand kry om jou te help?”).

- Moenie beskuldigend of direktief optree nie (byvoorbeeld: “Dit is duidelik dat iets jou pla en dat jy hulp nodig het. Kan ek jou help?”).

- Neem kennis dat die selfmutilerende gedrag ’n wyse is waarop die selfgemutileerde poog om in beheer te wees van sy of haar lewe.

- Bewys empatie, maar moenie probeer voorgee jy weet hoe hulle voel nie.

- Beklemtoon hoop (“Ek is seker ek sal iemand kan kry om jou te help”).

Aansluitend by bogenoemde riglyne stel Lieberman (2004) verder voor dat die onderwyser die selfmutileerder na die skool se ondersteuningspan neem en hom verseker dat hy hulp sal ontvang en veilig is.

Met bogenoemde omskrywinge van die riglyne en moontlike wyses van optrede wat Lieberman (2004) aan die onderwyser bied om hulp te verleen aan die gemutileerde in skoolverband, wil die navorser volstaan en soos volg samevattende opmerkings maak oor die gebruik van die voorafgaande hulpprogramme in skole vir selfmutileerders.

Beide voorgestelde hulpverleningsprogramme vir selfmutileerders in skole is dit eens dat die onderwyser en die skool ’n belangrike rol behoort te vertolk in

die identifisering en hulpverlening aan die selfmutileerder. Bogenoemde twee skoolgebaseerde hulpverleningsprogramme sluit verder nou aan by die gemeenskaps- en pastorale rol van die onderwyser in inklusiewe onderwys en die Nasionale Strategie vir Sifting, Identifisering, Assessering en Ondersteuning. Lukomski en Folmer (2004) se voorgestelde hulpverleningsprogram kom in 'n mate ooreen met die hulpverleningsprogram van Lieberman (2004), hoewel Lieberman (2004) meer inligting aan die onderwyser en die skool se ondersteuningspan bied ten opsigte van identifisering en verdere optrede. Vir die navorser bied bogenoemde hulpprogramme tesame met die verskeie terapeutiese benaderings egter waardevolle riglyne vir die ontwikkeling van 'n eie opleidingsprogram vir Suid-Afrikaanse skole wat deur die onderwyser, die DGOS en die SGOS gebruik kan word vir die identifisering van en hulpverlening aan selfmutileerders in inklusiewe klaskamers.

3.10 SAMEVATTING

Samevattend beskou blyk dit dat die pas vermelde terapeutiese benaderings en hulpprogramme wat in Hoofstuk 3 bespreek is, almal 'n besondere bydrae kan lewer om selfmutilasie te voorkom. Aansluitend by bogenoemde terapeutiese benaderings en hulpprogramme ontstaan die vraag egter watter rol bogenoemde terapeutiese benaderings en hulpprogramme kan vertolk in die ontwikkeling van 'n skoolgebaseerde opleidingsprogram vir die bemagtiging van Suid-Afrikaanse onderwysers met beperkte sielkundige opleiding en agtergrond. Die antwoord op hierdie vraag kan moontlik verkry word deur te let op enkele perspektiewe vir basiese hulpverlening wat deur die navorser geïdentifiseer is uit die voorafgaande omskrywinge, naamlik:

- Die terapeutiese hulpverlenings (*cf.* 3.2-3.7) kan nie deur die onderwyser toegepas word nie omrede die onderwyser nie geregistreer is by die Raad vir Gesondheidsberoepe in Suid-Afrika as psigoterapeute nie. 'n Evaluering van die terapeutiese benaderings dui egter op waardevolle inligting wat gebruik kan word in die ontwikkeling van 'n skoolgebaseerde opleidingsprogram vir onderwysers wat nie sielkundige en terapeutiese opleiding of agtergrond het nie. Die navorser is van mening dat die

volgende tegnieke in die terapeutiese benaderings ook deur gewone onderwysers gebruik kan word as deel van basiese hulpverlening aan selfmutileerders. Selfmutileerders kan geleer word om hulle emosionele spanning en angs te beheer deur onder andere die volgende:

(1) Om oor vrese en emosies te leer praat, dit wil sê, die aanleer van kommunikasievaardighede (*cf.* 3.3.2, 3.5.1, 3.7.2).

(2) Die belangrike rol van vriende of volwassenes as vertrouelinge om probleme mee te deel (*cf.* 3.4.2, 3.6.1, 3.7.2).

(3) Alternatiewe optrede om selfmutilasie te voorkom deur byvoorbeeld die volgende: 'n selfgesprekkasset, tyd in die natuur deurbring, deelneem aan aktiwiteite, gaan stap, musiek luister of kuns beoefen (*cf.* 3.4.2, 3.5.1, 3.7.2).

(4) Skole kan doelbewus poog om skool die moeite werd te maak deur die aanbied van simpatieke steungewing (*cf*. 3.6.2, 3.7.2).

- Die skoolgebaseerde hulpprogramme van Lukomski en Folmer (2004) en Lieberman (2004) beskou dit as noodsaaklik dat die onderwyser betrek word by die identifisering van en hulpverlening aan die selfmutileerder. Die onderwysers kan dit nie tans in Suid-Afrika doen nie, omrede hulle volgens Prinsloo (2001:344-348) en Engelbrecht (2006:253-264) nie oor die nodige kennis en vaardighede beskik nie. Bogenoemde hulpprogramme kan ook nie klakkeloos toegepas word in 'n Suid-Afrikaanse konteks nie, omrede Suid-Afrikaanse skole 'n eie unieke wyse van optrede voorstel ten opsigte van die hulpverlening aan leerders wat hindernisse tot leer ervaar. Die wyse van optrede is in Hoofstuk 2 (*cf.* 2.6.3) nader omskryf, aan die hand van Die Nasionale Strategie ten opsigte van die Sifting, Identifisering, Assessering en Ondersteuning.

- In die samestelling van 'n opleidingsprogram vir onderwysers in Suid-Afrikaanse skole om selfmutileerders in inklusiewe klaskamers te kan identifiseer en om aan hulle basiese hulp te kan verleen sal die navorser

gevolglik daarop moet let dat die volgende elemente in die opleidingsprogram teenwoordig is, naamlik:

- die opleiding van onderwysers sodat hulle oor die nodige kennis en vaardighede sal beskik om potensiële selfmutileerders in inklusiewe klaskamers te identifiseer en om basiese hulp te verleen;
- die opleiding van onderwysers om toepaslik op te tree teenoor selfmutileerders sodat die selfmutileerders se veiligheid, waardigheid en anonimiteit verseker kan word;
- die opleiding van onderwysers om toepaslik op te tree teenoor ouers en professionele persone en instansies soos byvoorbeeld maatskaplike werkers, medici en sielkundiges om sodoende te verseker dat inligting rakende die selfmutileerder korrek gekanaliseer word; en
- die noue skakeling van onderwysers met die SGOS en DGOS wanneer 'n ondersteuningsplan vir selfmutileerders geïmplementeer word.

Met bogenoemde omskrywinge wil die navorser volstaan en vervolgens in Hoofstuk 4 fokus op die nadere omskrywing van die navorsingsontwerp wat in die konteks van die studie gebruik is.

HOOFSTUK 4

EMPIRIESE ONDERSOEK

4.1 INLEIDING

Soos reeds vermeld in Hoofstuk 1 word die onderwyser ten spyte van sy gemeenskaps- en pastorale rol nie toereikend toegerus vir die identifisering van en hulpverlening aan selfmutileerders wat ook hindernisse tot leer ervaar nie (Prinsloo, 2001:344-348; Engelbrecht, 2006:253-264; Department of Education, 2008:12-105).

Die hoofdoel met Hoofstuk 4 is om ’n omvattende beskrywing en motivering te gee van die empiriese ondersoek wat in hierdie studie onderneem is, om te bepaal tot watter mate onderwysers in inklusiewe klaskamers oor kennis en vaardighede beskik om selfmutileerders te identifiseer en basiese hulp aan hulle te verleen. Die navorsing wou ook vasstel of onderwysers bewus is van die impak van selfmutilasie op onderrig en leer en op die emosionele en sosiale ontwikkeling van die leerder. Daar wou ook vasgestel word wat onderwysers se houding teenoor hulle pastorale rol is, watter ondersteuningstrukture daar bestaan om aan leerderbehoeftes te voldoen en in watter mate hulle ten gunste van ‘n opleidingsprogram vir die identifisering van en ondersteuning en basiese hulpverlening aan selfmutileerders sou wees.

Die wyse waarop die navorsing uitgevoer is, word in hierdie hoofstuk breedvoerig bespreek aan die hand van die volgende aspekte:

- Doelwit en doelstellings van die navorsing
- Navorsingsraamwerk
- Navorsingsontwerp
- Navorsingstrategie
- Dataversamelingsinstrumente

- Loodsondersoek
- Populasie en steekproef
- Data-analise en interpretasie van data
- Etiese oorwegings

4.2 DOELWIT EN DOELSTELLINGS VAN DIE NAVORSING

Die oorkoepelende doel van hierdie studie was om vas te stel tot watter mate Suid-Afrikaanse onderwysers in inklusiewe klaskamers kundig en vaardig is ten opsigte van die identifisering van en basiese hulpverlening aan leerders wat hulleself mutileer en indien nie, om gebaseer op die literatuurstudie en die data 'n skoolgebaseerde opleidingsprogram te ontwikkel om onderwysers te ondersteun in die identifisering van en basiese hulpverlening aan leerders wat hulleself mutileer. Die oorkoepelende doel is soos volg in die volgende doelwitte geoperasionaliseer:

- Die aard en kenmerke van selfmutilasie by leerders is ondersoek deur middel van 'n literatuurstudie;
- Die oorsake van selfmutilasie by leerders is ondersoek deur middel van 'n literatuurstudie;
- Ondersoek is deur middel van 'n vraelys ingestel na die omvang van kennis en vaardighede waaroor Suid-Afrikaanse onderwysers beskik rakende die aard, oorsake en kenmerke van selfmutilasie onder leerders in inklusiewe klaskamers en om basiese hulp te verleen.
- Ondersoek is deur middel van 'n vraelys ingestel na Suid-Afrikaanse onderwysers se houding ten opsigte van basiese hulpverlening aan selfmutileerders in inklusiewe klaskamers;
- Daar is vasgestel tot watter mate biografiese veranderlikes 'n invloed op Suid-Afrikaanse onderwysers se kennis en vaardighede rakende die

identifisering van en basiese hulpverlening aan selfmutileerders in inklusiewe klaskamers het;

- Beskikbare opleidingsprogramme vir die bemagtiging van Suid-Afrikaanse onderwysers om selfmutileerders in inklusiewe klaskamers te identifiseer en basiese hulp te verleen, is geëvalueer deur middel van 'n literatuurstudie en 'n vraelys; en

- Om deur middel van verwysings na die literatuurstudie en empiriese data gevolgtrekkings te maak en 'n opleidingsprogram te ontwikkel om Suid-Afrikaanse onderwysers te bemagtig om leerders in inklusiewe klaskamers wat hulleself mutileer te identifiseer en basiese hulp te verleen.

Om bogenoemde doelstellings te bereik, moes die navorser eerstens die navorsing in 'n navorsingsraamwerk posisioneer waarvolgens bepaal is of die studie deur 'n objektiewe of subjektiewe, of 'n gekombineerde objektiewe en subjektiewe lens hanteer sou word. Die navorsingsraamwerk vir die studie word vervolgens bespreek.

4.3 NAVORSINGSRAAMWERK

Nieuwenhuis (2007a:47) omskryf 'n navorsingsraamwerk as 'n versameling aannames of oortuigings oor fundamentele aspekte of realiteite wat tot 'n spesifieke wêreldbeskouing kan lei. Lincoln en Guba (*in* Niewenhuis, 2007a:48) is van mening dat 'n navorsingsraamwerk dit verteenwoordig wat ons van die wêreld dink, maar nie kan bewys nie. Dit wil sê, ons handelinge of optrede in die wêreld, sowel as ons handelinge en optredes as navorsers, kan nie geskied sonder om na daardie paradigmas (wêreldbeskouinge) te verwys nie.

Met die vasstelling van die navorsingsraamwerk vir die studie het die navorser die volgende aannames, soos onderskei word deur Maree en Van der Westhuizen (2007:31-33), ondersoek:

Ontologiese aannames. Sekerheid moes verkry word of die navorser die sosiale navorsingswerklikheid vanuit ’n objektiewe of subjektiewe perspektief wou verstaan.

Epistemologiese aannames. Die navorser se epistemologiese aannames het beteken dat daar besluit moes word of die navorser die data deur middel van eksakte syfers of deur die menings en persepsies van deelnemers wou insamel of van beide metodes gebruik wou maak (Maree & Van der Westhuizen, 2007:33).

Metodologiese aannames. Hier moes die navorser besluit tussen ’n nomotetiese benadering geskoei op prosedures en metodes om algemene reëls te ontdek, of ’n ideografiese benaderingswyse wat op die verstaan van individuele gedrag fokus, of ’n kombinasie van beide (Maree & Van der Westhuizen, 2007:33).

Aangesien die navorser die probleem waarop die studie gefokus het oorwegend vanuit ’n objektiewe en in ‘n mindere mate vanuit ‘n subjektiewe perspektief wou verstaan, het die navorser in die konteks van die studie van ’n post-positivistiese navorsingsraamwerk gebruik gemaak. Vervolgens sal die post-positivistiese navorsingsraamwerk in noue aansluiting by die sienings van Creswell (2009:6-7) en Nieuwenhuis (2007a:65-66) nader omskryf word.

- Alleen objekte, waarneembare feite, kan die basis van wetenskap wees.
- Teologiese (supernaturalisme) of metafisiese (abstrakte) aansprake moet swig voor die positiewe, naamlik dit wat verduidelik kan word by wyse van wetenskaplike wette.
- Kennis is nie ’n vaste entiteit nie, en absolute waarheid kan nooit gevind word nie. Gevolglik is bevindinge wat by wyse van navorsing bekom word altyd feilbaar.
- Navorsing is ’n proses waarvolgens aannames gemaak word waarna die aannames verfyn of verwerp word vir ander meer aanvaarbare aannames.
- Data, bewyse en rasionele oorwegings vorm kennis.

- Navorsing poog om relevante en ware verklarings te ontwikkel wat enersyds die situasie kan verduidelik en andersyds die onderlinge verband kan beskryf.

- Objektiwiteit is ’n essensiële aspek van bevoegdheidsondersoeke, maar die subjektiewe dimensie behoort nie ten volle uitgesluit te word nie.

- Die post-positivistiese benadering aanvaar dat die realiteit meervoudig en subjektief is, en ook deur individue gekonstrueer word.

In aansluiting by die post-positivistiese navorsingsraamwerk se uitgangspunte, het die navorser in die betrokke studie gepoog om hoofsaaklik inligting te bekom vanuit ’n eksterne en objektiewe verwysingsraamwerk, wat aangevul is met ’n kleiner dimensie, wat op interne en subjektiewe oordeel van die deelnemers aan die navorsing berus het. Die post-positivistiese raamwerk wat in hierdie studie gebruik is, het ook die navorsingsontwerp wat in die konteks van die studie gebruik is, bepaal.

4.4 NAVORSINGSONTWERP

Nieuwenhuis (2007b:70) en Mouton (2001:55) omskryf ‘n navorsingsontwerp as ’n strategie wat deur die navorser gebruik word vir die keuse van deelnemers, die toestande waaronder data ingesamel word, die gebruik van instrumente, dataversamelingstegnieke en data-analise.

Gesien teen die agtergrond van die post-positivistiese raamwerk en die doelwit met die navorsing, is data hoofsaaklik kwantitatief versamel. ‘n Klein kwalitatiewe dimensie is egter ook ingebou tydens die versameling van die data (Ivankova *et al*., 2007:260), aangesien die navorser van mening was dat onderwysers se kennis en vaardighede vir die identifisering van en basiese hulpverlening aan selfmutileerders vanuit ’n objektiewe sowel as subjektiewe oogpunt, bepaal behoort te word.

Aangesien die navorsing hoofsaaklik kwantitatief van aard was, maar ook ’n klein kwalitatiewe dimensie ingesluit het, word beide kwantitatiewe en kwalitatiewe navorsingsontwerpe van nader toegelig.

4.4.1 Kwantitatiewe navorsing

Maree en Pietersen (2007a:154) omskryf kwantitatiewe navorsing soos volg:

"Quantitative research is a process that is systematic and objective in its ways of using numerical data from only a selected sub-group of a universe (or population) to generalise the findings to the universe that is being studied."

'n Kwantitatiewe navorsingsmetode behels dus tegnieke van data-insameling en -analise wat primêr gebaseer is op wiskundige of statistiese prosedures eerder as op verbale prosedures (Cohen & Swerdlik, 2002:660). Kwantitatiewe navorsing word gevolglik gekenmerk deur die verkryging van presiese, numeriese data. Aangesien die navorser in die betrokke studie onderwysers se kennis, vaardighede en houdings ten opsigte van die identifisering van en basiese hulpverlening aan selfmutileerders deur presiese meting wou verkry, was kwantitatiewe navorsing noodsaaklik.

Die navorser moes die geldigheid van die gebruik van die kwantitatiewe navorsingsontwerp in die konteks van die studie waarborg. Die volgende afdeling fokus op die maatreëls wat die navorser aangewend het om die geldigheid te verseker.

4.4.1.1 Die versekering van geldigheid van die kwantitatiewe navorsing

Vermeulen (1998:48) verwys na die *"Standards for Educational and Psychological Testing"* wat geldigheid omskryf as: die mate van toepaslikheid, betekenisvolheid en nuttigheid van die afleidings wat aan navorsings-bevindings gekoppel kan word. Volgens Dane (1990:34) verwys geldigheid in die algemeen na die mate waarin 'n afleiding of bevinding as logies/geldig verklaar kan word. Dane (1990:148) en McMillan en Schumacher (2006:134-142) onderskei tussen interne, eksterne, konstruk- en statistiese gevolgtrekkingsgeldigheid. Vir nadere toeligting sal bogenoemde vorme van geldigheid kortliks aan die orde gestel word.

- **Interne geldigheid** verwys na die mate waarin redelike afleidings uit die navorsingsverloop gemaak kan word (Leedy & Ormrod, 2005:79). In die

geval van hierdie betrokke studie word die interne geldigheid ondersteun deur die feit dat die afleidings en bevindings gemaak is deur van kwantitatiewe en kwalitatiewe data gebruik te maak (Leedy & Ormrod, 2005:79; Maree & Van der Westhuizen, 2007:39). Nie een van die deelnemers het tydens die navorsing onttrek of belangstelling verloor nie, wat verseker het dat daar genoegsame data ingesamel is. Volledige response is deurgaans verkry met dieselfde aantal onderwysers (McMillan & Schumacher, 2006:138). Verder, het die navorser ook die invloed van biografiese veranderlikes in die konteks van die studie gekontroleer om sodoende die invloed daarvan op die data vas te stel, en die bevindinge ook daarvolgens te rapporteer.

- **Eksterne geldigheid** verwys volgens Gall, Borg en Gall (1996:473) en Leedy en Ormrod (2005:99) na die mate waarin die navorsingsbevindinge van toepassing gemaak kan word op deelnemers wat nie aan die navorsingsproses deelgeneem het nie. Eksterne geldigheid verwys na die verband tussen die navorsingservaring en die alledaagse praktyk; dit verwys na die mate waarin die navorsingsresultate vir die praktyk geldig is en toegepas kan word. Aangesien die navorser se steekproef nie willekeurig getrek het nie, en slegs op onderwysers van twee distrikte van die Gauteng Onderwysdepartment gefokus het, kan daar nie aangeneem word dat die steekproef wat gebruik is, verteenwoordigend was van alle Suid-Afrikaanse onderwysers nie. Die resultate van die studie kan nie veralgemeen word nie. Die navorser is bewus daarvan dat die studie ten opsigte van eksterne geldigheid ‘n leemte toon.

- **Konstrukgeldigheid** in hierdie betrokke studie word ondersteun deur die feit dat die inhoud van die vraelys gebaseer is op die konseptualisering van die aard, oorsake en kenmerke van selfmutilasie in die literatuur (McMillan & Schumacher, 2006:140), sowel as die pastorale rol van die onderwyser (SA, 1996:50-51). Die promotor en mede-studieleiers van die navorser het ook die vraelysitems gekontroleer om te verseker dat die items wel die konstruk selfmutilasie in ooreenstemming met die literatuur hanteer het.

- **Statistiese gevolgtrekkingsgeldigheid**: In die konteks van die navorsing is die navorser daarvan oortuig dat die vaslegging van data en hulp met interpretasie deur die Statistiese Konsultasiediens van die Vaaldriehoekkampus van die NWU akkuraat was en dat gepaste statistiese metodes gebruik is om data te analiseer (McMillan & Schumacher, 2006:140).

In direkte aansluiting by bogenoemde omskrywinge word vervolgens gefokus op die kwalitatiewe navorsingsontwerp wat in die konteks van die studie gebruik is.

4.4.2 Kwalitatiewe navorsing

Kwalitatiewe navorsing maak van verskeie vorme van dataversameling gebruik soos byvoorbeeld observasies, onderhoude, objekte, geskrewe dokumente, oudiovisuele materiaal, elektroniese dokumente, soos byvoorbeeld e-posboodskappe en webtuistes of enige ander materiaal wat kan help om die navorsingsvraag te beantwoord (Leedy & Ormrod, 2005:143).

Volgens Nieuwenhuis (2007a:51) bestudeer kwalitatiewe navorsing mense of sisteme deur interaksie en waarneming van die deelnemers in hulle natuurlike omgewing en fokus op hulle interpretasies van die probleem. Tydens kwalitatiewe navorsing maak die navorser staat op die opinies en sieninge van die deelnemers om ’n situasie te probeer verstaan uit die perspektiewe van die deelnemers (Creswell, 2005:39). Die doel met kwalitatiewe navorsing is om ryk beskrywende data ten opsigte van die verskynsel te kry om sodoende ’n dieper begrip vir die verskynsel wat ondersoek word te ontwikkel (Nieuwenhuis, 2007a:50).

Alhoewel die betrokke navorsing nie uitsluitlik kwalitatief van aard was nie, het die studie ook gesteun op die kwalitatiewe data wat verkry is met die oop vrae in die vraelys. Die data wat met die oop vrae verkry is, is ondersteunend tot die kwantitatiewe data wat met die vraelyste verkry is gebruik om ’n holistiese beeld van onderwysers se kennis, vaardighede en houdings te verkry. Met behulp van die oop vrae is die volgende inligting verkry: hoe

onderwysers bewus word van selfmutileerders, die tipe opleiding wat hulle ontvang het om hulp aan selfmutileerders te verleen, hulle siening van die invloed van selfmutilasie op onderrig en leer sowel as op emosionele en sosiale ontwikkeling van die leerder, hulle menings rakende die pastorale rol van die onderwyser, watter ondersteuningstrukture vir hulle beskikbaar is om selfmutileerders te identifiseer en basiese hulp te verleen, en watter geleenthede hulle vir leerders met probleme skep om oor hulle probleme te praat.

Net soos in die geval van die kwantitatiewe navorsing, moes die navorser hom ook vergewis van kriteria waarvolgens die geldigheid van die kwalitatiewe data-insameling gewaarborg kon word.

4.4.2.1 Geldigheid van die kwalitatiewe navorsing

McMillan en Schumacher (2006:404) omskryf kwalitatiewe geldigheid soos volg:

"validity of qualitative designs is the degree to which the interpretations and concepts have mutual meanings between the participant and the researcher."

In aansluiting by bogenoemde omskrywinge is Kruger (2006) verder van mening dat geldigheid in kwalitatiewe navorsing die volgende vrae moet kan beantwoord:

- Meet die navorser regtig wat hy dink met die navorsing gemeet behoort te word?

- Hoor die navorser regtig dit wat die deelnemers probeer sê?

Vir die doeleindes van hierdie betrokke studie is geldigheid verseker deur te fokus op die kriteria van Lincoln en Guba (1985:301-331), Lincoln en Guba (in Babbie en Mouton, 2001:276-278) en Creswell (2009:190-193):

- **Geloofwaardigheid.** Volgens Lincoln en Guba (1985:301-316) word geloofwaardigheid verseker deur die volgende: langdurige betrokkenheid, volgehoue waarneming en triangulasie. Die navorser het in die konteks

van die betrokke studie voldoende tyd gebruik om die doelstellings met die navorsing te bereik. In die proses het die navorser die bestaande literatuur deurgrond en die kenmerke relevant tot die probleem van die ondersoek geïdentifiseer. Bykomend is van 'n vraelys as 'n dataversamelingsinstrument gebruik gemaak om bevindinge te verryk, om sodoende die grootste aantal moontlike dimensies van die probleem te ontsluit. Gereelde gespreksvoering met die betrokke promotor en mede-studieleiers, waartydens die navorser sy bevindinge bekend gestel het, het as basis gedien waardeur bepaal kon word of die betrokke bevindinge toereikend was. Alle moontlike beskouinge met betrekking tot die navorsingsprobleem is ondersoek en in die maak van bevindinge in aanmerking geneem. Die navorser het na die voltooiing van die data-analise bevindinge met die deelnemers gedeel om te verseker dat interpretasies wat ten opsigte van die response op die oop vrae gemaak is, korrek was.

- **Veralgemening.** Veralgemening verwys na die toepaslikheid van bevindinge wat tydens die navorsing gemaak word na ander kontekste en ander deelnemers (Babbie & Mouton, 2001:277). Aangesien die navorser se steekproef nie verteenwoordigend was nie, kan die navorsingbevindinge nie veralgemeen word nie. Die navorser het gepoog om die veralgemening van die resultate te verhoog deur die navorsingskonteks en die kenmerke van die deelnemers in detail te beskryf, wat tot 'n mate die toepaslikheid van die bevindinge na ander soortgelyke kontekste en onderwysers moontlik kan maak (Babbie & Mouton, 2007:277).

- **Betroubaarheid.** In hierdie verband het die betrokke promotor en mede-studieleiers die kodering van die data wat met die oop vrae ingesamel is vir akkuraatheid en volledigheid geverifieer (Lincoln & Guba, 1985:316-318).

- **Ooreenstemming.** Dit was vir die navorser noodsaaklik dat die bevindinge gefundeer was in die versamelde data (Lincoln & Guba, 1985:323). Om dit te bereik is daar na afloop van die studie gebruik gemaak van 'n

ouditproses (Lincoln & Guba, 1985:319). Van die bevindinge wat gemaak is op grond van die data wat met die oop vrae verkry is, is willekeurig geselekteer en daar is deur die navorser se promotors teruggegaan na die response van die deelnemers om vas te stel of die bevindinge van die navorser korrek was.

- **Reflektering.** Deur die herhaaldelike toepassing van reflektering tydens die insameling van kwalitatiewe data wat met die oop vrae verkry is, het die navorser verseker dat gereelde evaluerings gemaak is ten opsigte van objektiwiteit tydens die navorsing om te bepaal of alle interpretasies sinvol en afgestem was op die bereiking van die navorsingsdoelstellings (Lincoln & Guba, 1985:327).

In die volgende afdeling fokus die navorser op die keuse van toepaslike navorsingstrategieë wat tydens die navorsing gebruik is.

4.5 NAVORSINGSTRATEGIEË

Gesien teen die agtergrond van ‘n oorwegend kwantitatiewe ontwerp en kleiner kwalitatiewe dimensie, is daar in hierdie studie is van beide kwantitatiewe en ’n kwalitatiewe strategieë gebruik gemaak.

4.5.1 Die kwantitatiewe navorsingstrategie

Vir die kwantitatiewe studie is ’n nie-eksperimentele beskrywende opname-navorsingstrategie gebruik (Leedy & Ormrod, 2005:179-185; McMillan & Schumacher, 2006:23).

Beskrywende navorsing is ’n samevatting van ’n bestaande fenomeen deur gebruik te maak van nommers of syfers om individue of groepe te karakteriseer. Volgens Leedy en Ormrod (2005:179) veronderstel beskrywende navorsing die identifisering van karakteristieke of kenmerke van ’n waarneembare fenomeen, of ondersoek dit die moontlike korrelasies tussen twee of meer fenomene. Opname-navorsing is beskrywende navorsing wat die aard van bestaande toestande ondersoek en beoog om iets te karakteriseer soos dit is, sowel as om menings en houdings te bepaal

(McMillan & Schumacher, 2006:24, 183). In die konteks van die studie het die navorser beoog om die onderwysers se kennis, vaardighede en houdings ten opsigte van die identifisering van en hulpverlening aan selfmutileerders te beskryf.

Opname-navorsing rig 'n verskeidenheid vrae aan gewillige deelnemers en som daarna hulle response op by wyse van persentasies, die gereeldheid van die voorkoms van spesifieke response, of meer gesofistikeerde indekse, en maak daarna gevolgtrekkings oor 'n bepaalde populasie deur te let op die response van die gekose groep wat gebruik is vir die navorsing (Leedy & Ormrod, 2005:184).

4.5.2 Die kwalitatiewe navorsingstrategie

In aansluiting by die kwantitatiewe navorsingstrategie, het die navorser ook gebruik gemaak van 'n kwalitatiewe fenomenologiese strategie omrede die menings van die onderwysers beter verstaan wou word. Leedy en Ormrod (2010:141) omskryf 'n fenomenologiese studie soos volg:

"A phenomenological study is a study that attempts to understand people's perceptions, perspectives, and understandings of a particular situation".

In aansluiting by die siening van Merriam (2009:24-27), het die navorser 'n fenomenologiese studie gedoen om te probeer verstaan hoe een of meer individue 'n fenomeen ervaar of verstaan. Fenomenologiese navorsers gaan van die standpunt uit dat daar gemeenskaplike punte in persone se ervaring van 'n fenomeen is en hulle probeer daardie gemeenskaplikheid vind (Johnson & Christensen, 2000:397). Die navorser wou gemeenskaplikhede in die sienings van onderwysers rakende die volgende verkry deur middel van oop vrae in die vraelys:

- Hoe onderwysers bewus word van selfmutileerders
- Die tipe opleiding wat onderwysers ontvang het om selfmutileerders te identifiseer en hulp te verleen
- Die invloed van selfmutilasie op onderrig en leer

- Die invloed van selfmutilasie op emosionele en sosiale ontwikkeling
- Die pastorale rol van die onderwyser
- Die implementering van ’n opleidingsprogram vir die identifisering van en hulpverlening aan selfmutileerders
- Die tipe ondersteuningstrukture tot onderwysers se beskikking om hindernisse tot leer te ondersteun
- Die geleenthede wat onderwysers aan leerders bied om oor hulle probleme te praat.

Vervolgens gee die navorser aandag aan die dataversamelingsinstrument wat in die konteks van die studie gebruik is.

4.6 DATAVERSAMELINGSINSTRUMENTE

Volgens Delport (2005:166) kan vraelyste, kontrolelyste en indekse en skale gebruik word om data vir ’n kwantitatiewe studie in te samel. Vir die doel van hierdie studie is daar op ’n vraelys wat aan die hand van die voorafgaande literatuurstudie opgestel is besluit. Die gebruik van ’n vraelys het die navorser in staat gestel om in ooreenstemming met die doelstellings van die studie, die omvang van onderwysers se kennis en vaardighede vir die identifisering van en ondersteuning aan selfmutileerders objektief te bepaal.

Verder, was dit vir die navorser meer koste-effektief en tydbesparend om die vraelyste by die betrokke skole af te lewer en weer te gaan haal, as wat die skedulering van onderhoude sou gewees het. Deelnemers sou ook die vrae met vrymoedigheid kon beantwoord omrede hulle anonimiteit gewaarborg is, wat daartoe aanleiding kon gee dat hulle response waarskynlik meer eerlik was as wat die geval sou wees in ’n persoonlike onderhoud (Leedy & Ormrod, 2005:185).

Alvorens die vraelys saamgestel is, moes die navorser homself eers vergewis van die kriteria wat in ag geneem moet word by die samestelling van ’n vraelys. Die volgende aspekte verskaf ’n oorsig van die literatuur wat die

navorser in ag geneem het met die samestelling en ontwikkeling van die vraelys.

4.6.1 Vraelys met geslote en oop vrae

Vraelyste is een van die mees algemene en betroubare instrumente waarmee data ingesamel kan word en word dikwels aangewend om dataversameling meer effektief en gestandaardiseerd te maak. Vraelyste word dikwels aangewend om die hoofbron van data in primêre navorsing te verskaf, gee belangrike data ten opsigte van individue of ’n groep weer, en is gerig op beskrywing en meting (Saslow, 1982:13).

Soos aangedui deur Cohen *et al*. (2007:318) was die doel van die vraelys gerig deur die doelstellings van die navorsing. Met bogenoemde feitlikheid in gedagte is verskeie afdelings in die vraelys ingebou wat ooreengestem het met die oorkoepelende doelstelling en doelwitte van die studie (*cf.* 4.6.2.2).

Aansluitend by bogenoemde omskrywinge onderskei Maree en Pietersen (2007a:157) verskillende soorte vraelyste wat deur navorsers aangewend kan word wanneer hulle navorsing doen, te wete: vraelyste wat gerig is op voltooiing in groepe, vraelyste wat deur die pos gestuur word aan deelnemers, telefoniese opnames en een-tot-een opnames. Vir die doeleindes van die betrokke navorsing is op die een-tot-een opname besluit om onderwysers die kans te gee om individueel en op hulle tyd die vraelys te voltooi. By elk van die skole wat aan die navorsing deelgeneem het, was ’n Departementshoof verantwoordelik vir die uitdeel van die vraelyste sowel as vir die opneem van die voltooide vraelyste. Die vraelyste is ’n week nadat dit by die onderskeie skole uitgedeel is, deur die navorser afgehaal.

In aansluiting by bogenoemde werkswyse wat deur die navorser in die studie gebruik is, meld Cohen *et al*. (2007:320) dat daar verskeie tipes vraelyste bestaan, soos byvoorbeeld: die gestruktureerde vraelys, die semi-gestruktureerde vraelys en geslote en oop vraelyste. Die tipe data wat die navorser wil verkry sal bepaal of oop (gestruktureerd) of geslote (ongestruktureerde) vrae gebruik sal word (Bell *in* Maree & Pietersen, 2007a:161).

'n Gestruktureerde vraelys verwys na 'n reeks vrae wat in 'n duidelike struktuur en volgorde aangebied word aan deelnemers wat moet kies tussen een van die opsies wat aangebied word om die vraag te beantwoord. Die deelnemers respondeer of lewer kommentaar op die wyse wat hulle dink die beste is (Cohen *et al*., 2007:321). Tydens die ontwerp van 'n vraelys is dit noodsaaklik dat die navorser in gedagte moet hou watter tipe data deur die vraelys gegenereer sal word deur die vrae in die vraelys asook die statistiese tegnieke wat nodig sal wees om dit te analiseer (Maree & Pietersen, 2007a:158). Aangesien die navorser wou vasstel tot watter mate onderwysers oor kennis en vaardighede rakende die identifisering van en ondersteuning aan selfmutileerders beskik, soos wat in die literatuur uiteengesit word, wou die navorser op spesifieke inligting fokus, wat die gebruik van gestruktureerde geslote vrae geskik gemaak het. Geslote vrae konfronteer die deelnemers met 'n aantal vrae waartydens hulle 'n keuse moet uitoefen, en is makliker om te administreer en te analiseer (Maree & Pietersen, 2007a:161).

Oop vrae is vrae wat gevra word met 'n oop spasie sodat die deelnemer daarop kan reageer by wyse van 'n woord of 'n sin (Maree & Pietersen, 2007a:160.) Oop vrae veronderstel nie spesifieke response op die gestelde vrae nie. Oop vrae dwing nie die deelnemers om rigied te kies tussen beperkte response nie, maar bied aan die deelnemer die geleentheid om vrae eerlik en in detail te beantwoord vanuit sy eie verwysingsraamwerk (Bell *in* Maree & Pietersen, 2007a:160).

Daar sal vervolgens gelet word op die ontwerp van die vraelys.

4.6.2 Die ontwerp van die vraelys

Volgens Maree en Pietersen (2007a:58) is die ontwerp van die vraelys 'n baie belangrike faset in die navorsingsproses omrede dit hier is waar data gegenereer word. Die navorser het in noue aansluiting by Maree en Pietersen (2007a:159) aandag geskenk aan die volgende aspekte tydens die ontwerp van die vraelys, te wete: die voorkoms van die vraelys, die opeenvolging van vrae, die bewoording van die vrae en die respons-kategorieë. Vervolgens sal

bogenoemde aspekte ter wille van volledigheid kortliks van nader toegelig word.

- Die voorkoms van die vraelys. Die navorser het die volgende aspekte soos voorgestel deur Maree en Pietersen (2007a:159) geïnkorporeer om die vraelys gebruikersvriendelik te maak. Die drukwerk was netjies gedoen op A5-grootte bladsye, duidelike instruksies is aan die deelnemers voorsien terwyl die doel met die vraelys duidelik uiteengesit is.

- Die voltooiing van die vraelys. Volgens Maree en Pietersen (2007a:159) is dit verkieslik dat leerders ’n vraelys in minder as 30 minute moet kan voltooi en volwassenes in minder as 20 minute. Verder behoort ’n vraelys nie meer as 100 tot 120 items te bevat nie. In die konteks van die betrokke studie, het die navorser ’n week toegelaat vir die voltooiing van 87 items deur die onderwysers.

- Vraagopeenvolging. Die vrae in die vraelyste was gestruktureer in verskillende afdelings om verwarring by die deelnemers te voorkom. In elke afdeling was die vrae verbind met ’n spesifieke aspek van selfmutilasie (Maree & Pieterson, 2007a:160). Spesiale aandag is gegee aan die bewoording van die vrae. Sommige van die riglyne wat Maree en Pietersen (2007a:160) aanbeveel, is ingebou in die vraelys.

    - duidelike en onbevooroordeelde taal is gebruik;
    - dubbelsinnige en komplekse vrae is vermy;
    - hipotetiese vrae is vermy;
    - items was geformuleer as stellings en vrae;
    - leidende vrae wat deelnemers in ’n sekere rigting lei is vermy; en
    - dubbel-negatiewe vrae is vermy.

In noue aansluiting by voorgaande omskrywinge aangaande die ontwerp van die vraelys is verder gelet op die tipe vrae wat in die vraelys gebruik is.

4.6.2.1 Die tipe vrae wat in die vraelys gebruik is

Die navorser het in die samestelling van die vraelys gebruik gemaak van oop en geslote vrae (*cf.* 4.6.1.1). Bell (*in* Maree & Pietersen, 2007a:161) en Cohen *et al*. (2007:324-334) onderskei tussen verskillende tipes geslote vrae, naamlik: lys, rangorde, skatting, kategorie, hoeveelheid, tabel en skaal. Vir die doeleindes van die navorsing is gebruik gemaak van Likert skaaltipe-vrae. Volgens Bell (*in* Maree & Pietersen, 2007a:167) help skaal-vrae die navorser om te fokus op die sterkte van gevoel of houding. Die responskeuses word weergegee sodat die veranderlikes wat gemeet word weergegee kan word as 'n numeriese telling wat óf dui op rangorde, interval óf 'n ratio-tipe (Bell *in* Maree & Pietersen, 2007a:167). In hierdie betrokke studie is van nominale skale wat bestaan het uit twee of meer klasse (byvoorbeeld, manlik/vroulik) gebruik gemaak in die afdeling van die vraelys wat gefokus het op Biografiese Inligting (Afdeling A). Ordinale skale is byvoorbeeld gebruik om onderwysers se houding ten opsigte van die moontlike implementering van 'n ondersteuningsprogram vir die hantering en ondersteuning van selfmutileerders in inklusiewe klaskamers te bepaal (byvoorbeeld: sterk positief, positief, negatief, sterk negatief).

4.6.2.2 Die struktuur van die vraelys

Met verwysing na die literatuur is die vraelys so ontwikkel dat dit enersyds onderwysers se kennis en vaardighede ten opsigte van die identifisering van selfmutilasie kon bepaal, en andersyds kon bepaal wat hulle houding is ten opsigte van die moontlike implementering van 'n opleidingsprogram vir die ondersteuning van en basiese hulpverlening aan selfmutileerders in inklusiewe klaskamers.

Die navorser het een vraelys ontwerp wat in Afrikaans en Engels beskikbaar was. Beide vraelyste is van 'n meegaande inligtingsbrief voorsien wat die doel van die vraelys aan die deelnemers verduidelik het. Die vraelys was verder onderverdeel in vyf afdelings (*cf.* Addendum D).

In direkte aansluiting by die literatuur is die vraelys soos volg gestruktureer:

- **Afdeling A:** Biografiese Inligting en Opleiding as Onderwyser wat vir die statistiese ontleding gebruik is om doelwit vyf te bereik.

- **Afdeling B.** Kennis aangaande leerders wat hulleself mutileer. Die sewe geslote vrae wat in hierdie afdeling gevra is, was gerig op die onderwyser se kennis aangaande die konsep selfmutilasie en om hulle kennis rakende die verskeie vorme wat selfmutilasie aanneem, te bepaal. Verder is ook gepoog om vas te stel of die onderwysers al selfmutileerders in hulle klasse gehad het, en indien wel, hoeveel seuns/dogters betrokke was en op watter wyses die leerders hulleself gemutileer het. Met hierdie afdeling het die navorser beoog om doelwitte een en drie te bereik.

- **Afdeling C**. Die redes/oorsake vir die identifisering van selfmutilasie, asook die moontlike impak daarvan op onderrig en leer en emosionele en sosiale ontwikkeling, is in hierdie afdeling vasgestel. In hierdie afdeling wat uit twee geslote en twee oop vrae bestaan het, wou die navorser aan die onderwyser die geleentheid bied om sy eie mening of siening te opsigte van selfmutilasie weer te gee. Hierdie afdeling het gefokus op die bereiking van doelwitte een en twee.

- **Afdeling D**. Hierdie afdeling het gefokus op onderwysers se menings rakende die moontlike implementering van ’n opleidingsprogram om onderwysers te bemagtig vir die bewusmaking en ondersteuning van leerders wat hulleself mutileer in inklusiewe klaskamers. Die afdeling het uit vier geslote en drie oop vrae onderskeidelik, bestaan. Verder het die navorser ook vasgestel oor watter kennis en vaardighede die onderwyser beskik om leerders wat sekere hindernisse ten opsigte van leer ervaar, te ondersteun, of hulle enersyds geleenthede skep om sodanige leerders te ondersteun, en andersyds of daar ondersteuningstrukture in inklusiewe onderwys bestaan vir basiese hulpverlening aan sodanige leerders, wat ook selfmutileerders insluit. Met die items in hierdie afdeling wou doelwitte een, vier en ses bereik word.

4.6.2.3 Die loodsondersoek

'n Steekproef van 50 onderwysers wat nie deel van die oorspronklike steekproef was nie, is geïdentifiseer vir die loodsondersoek uit Distrik D8 in Vanderbijlpark, om die kwaliteit en toepaslikheid van die vraelys vas te stel. Die uitkoms van die loodsondersoek was 'n aanduiding of die vraelys 'n betroubare en geldige instrument is. Die Statistiese Konsultasiediens van die Noordwes-Universiteit se Vaaldriehoekkampus is gebruik om die geldigheid en betroubaarheid van die dataversamelingsinstrument te bepaal. Die bevindinge van die loodsondersoek word in Hoofstuk 5 weergegee (*cf.* 5.2).

Ten einde te verseker dat die vraelys aan die kriteria vir betroubaarheid voldoen het, moes die navorser homself vergewis van die statistiese prosedures waarvolgens betroubaarheid bepaal word. Die prosedures word in die volgende afdeling van nader toegelig.

4.6.2.4 Die betroubaarheid van die vraelys

Die betroubaarheid van 'n instrument hou verband met die konsekwentheid van die metings, die presiesheid waarmee dit meet, asook die mate waarin foute in die meting teenwoordig is (Cohen & Swerdlik, 2002:666). Hoë betroubaarheid word verkry wanneer die instrument dieselfde resultaat sal lewer as die navorsing op dieselfde steekproef herhaal word (Maree & Pietersen, 2007a:147). Om aan hierdie vereistes te beantwoord is die Cronbach-Alpha-koëffisiënt en inter-itemkorrelasies gebruik.

Die Cronbach-Alpha-koëffisiënt is bereken om die interne konsekwentheid van die verskeie afdelings in die vraelys te bepaal. Die Cronbach-Alpha is 'n betroubare koëffisiënt wat die mate waartoe items (soos byvoorbeeld voorkom in 'n vraelys) betroubaar is tot mekaar, bereken (Akbaba, 2006:183). Die Cronbach-Alpha meet die konsekwentheid tussen individuele items in 'n skaal (Simon, 2008). Sekaran (2000) wys daarop dat interne konsekwente betroubaarheid hoër word soos die Cronbach-Alpha nader aan 1 beweeg. In die meeste Sosiale Wetenskappe word 'n Cronbach-Alpha-koëffisiënt van tussen 0.7 en 0.8 as aanvaarbaar beskou, wanneer daar gewerk word met 'n groep items wat oorweeg moet word op 'n skaal (soos in die geval van die

onderhawige studie), sommige gebruik egter 0.75 of 0.8, terwyl ander meer toegeeflik is en 0.60 aanvaar (Simon, 2008). Volgens Simon (2008) en Garson (2008) is 0.60 toepaslik vir ’n eerste verkennende studie rakende ‘n onderwerp. Die data in Tabel 5.1 en 5.2 (*cf.* 5 2) dui aan dat die vraelys aan betroubaarheidskriteria voldoen het.

Inter-itemkorrelasies is ook bepaal vir die items wat in die verskeie afdelings van die vraelys voorgekom het. Inter-itemkorrelasies word gebruik om die betroubaarheid van die dataversamelingsinstrument te bepaal deur te skat hoe goed die items wat dieselfde konstruk reflekteer, dieselfde resultate weergee (Trochim, 2006). Volgens Clark en Watson (1995:316) is inter-itemkorrelasies van tussen 0.15 en 0.5 ’n aanvaarbare waarde. Die vraelys wat deur die navorser in die betrokke studie gebruik is, het aan die vereistes beantwoord (*cf.* Tabel 5.3).

Aansluitend by bogenoemde omskrywinge is ook gefokus op kriteria om die geldigheid van die vraelys wat in die betrokke navorsing gebruik is, te verseker.

4.6.2.5 Die geldigheid van die vraelys

Geldigheid in die navorsing is verseker deur aan kriteria vir inhouds-, konstruk- en gesiggeldigheid te voldoen.

- **Inhoudsgeldigheid** verwys na die mate waarin die instrument die hele inhoud van die spesifieke konstruk wat dit omsluit volledig meet (Maree & Pietersen, 2007d:217). Inhoudsgeldigheid dui aan hoe goed die onderskeie dele van die inhoudsdomein wat in die vraelys ondersoek word, verteenwoordig is in toepaslike dele in die vraelys (Leedy & Ormrod, 2005:92). In hierdie betrokke navorsing was die inhoudsgeldigheid van die dataversamelingsinstrument ondersteun deur die feit dat die vraelys gekonstrueer is volgens die essensiële komponente van die inhoudsdomein, soos beklemtoon in die literatuur en in ooreenstemming met die doelstellings van die studie, naamlik die aard, kenmerke en redes/oorsake vir selfmutilasie; ondersteuningstrukture vir hulpverlening

aan leerderbehoeftes, insluitend selfmutilasie sowel as menings ten opsigte van die implementering van ŉ opleidingsprogram vir die bemagtiging van onderwysers vir die identifisering van en ondersteuning aan selfmutileerders in inklusiewe klaskamers.

- Aansluitend by bogenoemde omskrywing het die navorser, soos reeds vermeld, ook gefokus op **konstrukgeldigheid** tydens die samestelling van die vraelys. Volgens Maree en Pietersen (2007c:217) is konstruk-geldigheid die tipe van geldigheid wat benodig word vir standaardisering, en gaan dit oor hoe toepaslik die konstruk wat deur die instrument gedek word, gemeet is deur verskillende groepe of verwante items. Volgens Leedy en Ormrod (2005:92) dui konstrukgeldigheid op die mate waartoe ŉ instrument ŉ kenmerk meet wat nie direk waargeneem kon word nie, maar na verwys moet word. Die navorser benodig die bewys dat die vraelysitems die bepaalde konstruk meet. Cronbach Alpha koëffisiënte wat bepaal is, het aangedui dat die vraelys wel die konstruk waarop dit gefokus het, gemeet het (*cf.* 5.2). Verder het die promotor en mede-studieleiers wat kenners van die vakgebied was, die vraelys gekontroleer vir konstrukgeldigheid, voordat dit gebruik is.

- Die vraelys het ook beantwoord aan die kriteria vir **gesiggeldigheid,** omrede die instrument gemeet het wat die navorser wou gehad het dit moes meet (Leedy & Ormrod, 2005:92). Die verskeie afdelings in die vraelys was daarop gerig om in ooreenstemming met die doelstellings van die studie, onderwysers se kennis en vaardighede ten opsigte van die identifisering van selfmutilasie te bepaal en om vas te stel of hulle ten gunste was van die implementering van ŉ opleidingsprogram vir die bemagtiging van onderwysers vir die identifisering van en ondersteuning en basiese hulpverlening aan selfmutileerders in inklusiewe klaskamers.

Die vraelys het dus voldoen aan die betroubaarheids- en geldigheidskriteria en het genoegsaam die aard van die konstruk gedek om sodoende te verhoed dat verkeerde afleidings gemaak word (McMillan & Schumacher, 2006:141).

Vervolgens fokus die navorser op ’n nadere omskrywing van die deelnemers aan die studie.

4.7 POPULASIE EN STEEKPROEF

Welman *et al*. (2005:52) en Freedman en Taub (2006:33) omskryf ’n populasie as ’n totale versameling van eenhede/mense, in die geval van die studie, alle onderwysers in Suid-Afrika wat in inklusiewe klaskamers onderrig gee, waaroor die navorser ’n gevolgtrekking wil maak. Op grond van tyd, logistiese en finansiële redes, kan ’n totale populasie selde in ’n studie gebruik word, en word ’n steekproef van die populasie geneem om ’n navorsingsprobleem te ondersoek. Freedman en Taub (2006:119), McMillan en Schumacher (2006:119) en Maree en Pietersen (2007c:172) onderskei tussen die volgende vorme van steekproeftrekking:

- onwaarskynlike selektering; en
- waarskynlike selektering.

Vervolgens sal hierdie twee wyses van selekterings van steekproewe kortliks nader omskryf word, en die navorser se keuse vir die selektering van die steekproef gemotiveer word.

In aansluiting by Whitley (2002:394), Leedy en Ormrod (2005:199-2006) en Freedman en Taub (2006:16-17) bestaan **onwaarskynlike selektering** uit deelnemers van wie die navorser dit maklik vind om inligting te bekom. Deelnemers word geselekteer as navorsingsdeelnemers en nie omrede hulle verteenwoordigend is van die populasie nie, maar omrede dit vir die navorser maklik is om die beoogde data vanaf die geselekteerde deelnemers te verkry (onderwysers – studiepopulasie). Vir die doeleindes van die betrokke studie het die navorser eerstens gebruik gemaak van ’n doelgerigte en gerieflikheidsteekproef.

In hierdie studie het die navorser se studiepopulasie bestaan uit Hoërskole in die D2- en D12-distrikte van die Gauteng Departement van Onderwys. ’n Totaal van 700 onderwysers uit die 16 Hoërskole in die D2- en D12-distrikte,

het die studiepopulasie gevorm. Hierdie twee distrikte is as die studiepopulasie gekies omrede die navorser uit die aard van sy werk as Sielkundige in hierdie areas, goeie kontak met skoolhoofde in hierdie twee distrikte het, en dus maklike toegang tot die skole kon verkry. Daar is doelgerig hoofsaaklik op Hoërskoolonderwysers gefokus, aangesien die literatuur aangedui het dat die meerderheid selfmutileerders onder andere tussen 11 en 15 jaar oud kan wees (*cf.* 1.1). Die besluit om van ’n doelgerigte steekproefneming gebruik te maak het op die navorser se oordeel berus, omrede hy van mening was dat hy die verlangde inligting rakende die navorsingsprobleem by die onderwysers in die betrokke skole sou kry.

Van die nagenoeg 43 onderwysers wat daar in elke skool was, is daar met behulp van **waarskynlike, willekeurige steekproefneming** 20 onderwysers in elke skool geselekteer om aan die studie deel te neem met behulp van ’n tabel met willekeurige nommers (Leedy & Ormrod, 2005). Volgens Freedman en Taub (2006:14) verwys waarskynlike selektering na ’n wyse van selektering wanneer enige persoon in die populasie ’n kans staan om geselekteer te kan word vir navorsing. ’n Totaal van 320 onderwysers is willekeurig vanuit die agt Oud-Model C- skole (n = 160) en agt Township-skole (n = 160) getrek om aan die navorsing deelgeneem. Een van die Township-skole se onderwysers se vraelys was onvolledig voltooi, en is aan die studie onttrek, wat meegebring het dat 159 Townhip-skool onderwysers aan die studie deelgeneem het. Die onderwysers was onderskeidelik manlik en vroulik, blank en nie-blank, en Afrikaans- en Engelssprekend met verskillende jare dienservaring en kwalifikasies.

Met voorgaande omskrywinge rakende die deelnemers aan die studie wil die navorser volstaan, en vervolgens fokus op die analise en interpretasie van die data.

4.8 DATA-ANALISE EN -INTERPRETASIE

4.8.1 Kwantitatiewe data-analise

Data-analise is deur middel van beskrywende statistiek gedoen (Pietersen & Maree, 2007a:183). Die algemene aard van die toetsdata is deur middel van

frekwensies, gemiddeldes en standaardafwykings bepaal om voorlopige afleidings te maak (Pietersen & Maree, 2007a:183). Beskrywende statistiek maak geen definitiewe afleidings of voorspellings nie (Cohen *et al.* 2007:504). Data is deur middel van grafieke en tabelle vir maklike interpretasie voorgestel (Pietersen & Maree, 2007a:183-189).

Met die doel om meer as net ’n opsomming en beskrywing van die data te bied, is daar ook van parametriese inferensiële statistiese prosedures gebruik gemaak (Pietersen & Maree, 2007b:198-213). Inferensiële statistiek maak afleidings en voorspellings gebaseer op die ingesamelde data. Dit behels onder andere die toets van hipoteses, korrelasies, regressies, die toets vir verskille (t-toetse), analise van variasie en faktoranalise (Pietersen & Maree, 2007b:198-213; Cohen *et al.,* 2007:504-506).

Vir hierdie studie is inferensiële statistiek gebruik om te bepaal of verskille, wat moontlik tussen die sienings van die onderwysers van Oud-Model C-skole en Township-skole kan bestaan, statisties beduidend is of nie (De Vos, Fouche & Venter, 2002:244). **Onafhanklike t-toetse** is vir hierdie doel gebruik (Cohen *et al.,* 2007:543; McMillan & Schumacher, 2006:299). Indien daar statisties beduidende verskille voorgekom het, is Cohen se d bereken om die praktiese betekenis van die verskille te bepaal. P-waardes kleiner as 0.05 is as statisties beduidend aanvaar, wat beteken het dat in die gevalle waar die kleiner waardes voorgekom het, met redelike sekerheid aangeneem is dat daar verskille in die twee groepe se sienings was.

Om te bepaal of die statistiese beduidende verskille tussen gemiddeldes enige praktiese betekenis gehad het, is **Cohen se *d*** bereken en soos volg geïnterpreteer:

- 0.2 klein praktiese effek
- 0.5 medium praktiese effek
- 0.8 groot praktiese effek (Steyn, 2005:20).

Cohen se *d* is slegs gerapporteer vir verskille wat statisties beduidend van aard was. Slegs verskille wat medium en groot praktiese effek opgelewer het, is in die interpretasie van die data vermeld.

Ten opsigte van die data wat vir Afdeling B van die vraelys verkry is, is 'n **nie-parametriese chi-kwadraat** gebruik om die verband te bepaal tussen die nominale veranderlikes in Afdeling B1 en B6, en of dit statisties beduidend is of nie (*cf.* 5.9). P-waardes kleiner as 0.05 is as statisties beduidend aanvaar, en die praktykeffek van die statisties beduidende verskille is deur die berekening van die **Pearson-korrelasie-koëffisiënt** (*r* -waarde) vasgestel. Die volgende interpretasies is van toepassing vir die bepaling van die effekgrootte:

- *r* = 0,10 klein effek
- *r* = 0,30 medium effek
- *r* = 0,50 groot effek (Field, 2005:4, 7)

4.8.2 Kwalitatiewe data-analise van die oop vrae

'n Inhoudsanalise is gebruik om 'n gedetailleerde en sistematiese ondersoek van die inhoud van die response op die oop vrae te doen met die doel om patrone en temas te identifiseer (Leedy & Ormrod, 2005:142). Met die inhoudsanalise is daar na insigte, betekenisse en nuanses in die data gesoek (Merriam, 2009:205). 'n Inhoudsanalise verwys na 'n induktiewe prosedure waarvolgens die inhoud van geskrewe of gesproke kommunikasie ondersoek en geverifieer word (Cohen *et al.,* 2007:475).

Die volgende stappe wat deur Cohen *et al.* (2007:476) en McMillan en Schumacher (2006:336-376) voorgestel is, word vir die uitvoer van 'n inhoudsanalise deur die navorser gebruik. Die volgende stappe is toegepas:

- Die response vir die oop vrae is bestudeer en kodes is geïdentifiseer. Kodes verwys na die beskrywende naam vir die inhoud van die respons wat die antwoord op die vraag verskaf het.

- Kodes wat dieselfde betekenis gehad, of kodes wat herhaal is, is saam gegroepeer.

- Verwantskappe tussen kategorieë is vasgestel met die doel om patrone en verskille tussen die response van die Oud-Model C- en Township- skole se onderwysers te identifiseer.

- ’n Opsomming is in tabelvorm gemaak, om die belangrike idees en sienings van die onderwysers weer te gee.

- ’n Visuele voorstelling van die temas wat geïdentifiseer is, is aangebied (*cf.* Figuur 5.1, Figuur 5.2).

4.9 ETIESE OORWEGINGS

In ooreenstemming met Leedy en Ormrod (2005:101-102; 220-222); McMillan en Schumacher (2006:334-335); Cohen *et al*. (2007:273-275); Creswell (2009:88-92) en Merriam (2009:233-234) is die volgende etiese aspekte in ag geneem:

- Toestemming is by die Departement van Onderwys verkry (*cf.* Addendum A) om die navorsing te onderneem by skole. Nadat toestemming verleen is, is daar deur middel van persoonlike besoeke aan die hoofde van die betrokke skole toestemming verkry om die vraelyste aan onderwysers (Gr 8 – 9 en Gr 10 – 12) te oorhandig. Daar is ook ‘n vergadering met onderwysers wat aan die studie deelgeneem het belê voordat die vraelyste voltooi is, om die doel van die studie aan hulle te verduidelik voordat hulle inwillig om aan die studie deel te neem.

- ’n Vergadering is daarna met die hoofde en Departementshoofde, wat verantwoordelik vir die hantering van die vraelyste by die skole sou wees, belê, om die werkswyse vir die voltooiing van die vraelyste deur die onderwysers te bespreek.

- Alle deelnemers het ’n ingeligte toestemmingsvorm skriftelik onderteken, waarvolgens hulle, hulle bereidwillig verklaar het om aan die navorsing deel te neem (*cf.* Addendum B)

- Vertroulikheid en anonimiteit is tydens die navorsing gewaarborg. Die onderwysers se privaatheid is nie geskend nie. Daar is van numeriese

kodes in plaas van name gebruik gemaak om anonimiteit en vertroulikheid te verseker. Die data is ook slegs deur die navorser, studieleier en statistiese konsultasiediens hanteer. Deelnemers se deelname was vrywillig en hulle kon te enige tyd hulle deelname onttrek.

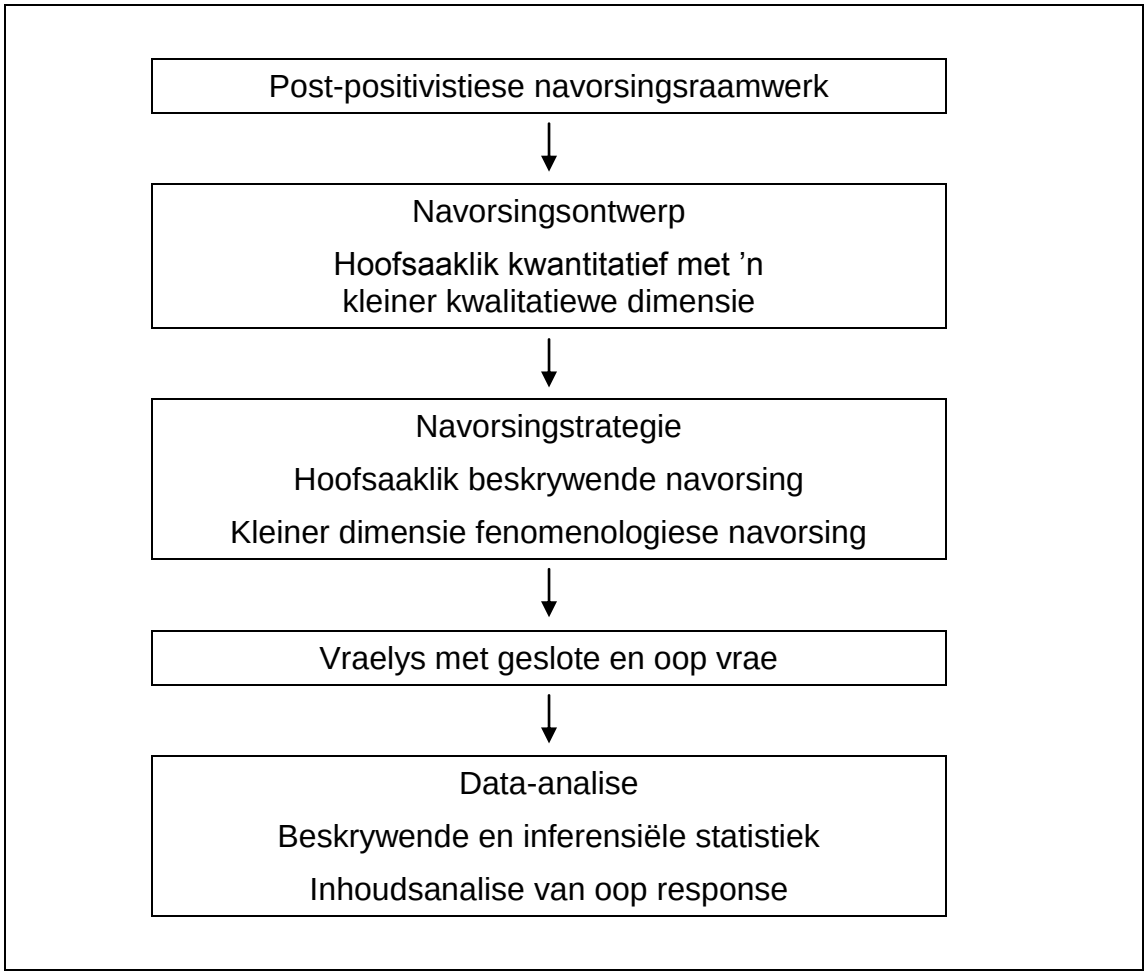
- Die onderwysers is ingelig rakende wat van hulle verwag sou word tydens die navorsing, en daar is ook aan hulle verduidelik hoekom hulle gekies is om deel te neem.

- Die resultate is so eerlik en akkuraat as moontlik gerapporteer deur slegs dit wat vanuit die data bevind is te rapporteer, sonder om iets anders daarin te lees.

- 'n Aansoek vir etiese klaring om die studie te mag uitvoer is aan die Noordwes-Universiteit se Etiekkomitee voorgelê. 'n Sertifikaat is deur die Etiekkomitee uitgereik, waarvolgens volle magtiging vir die uitvoer van die studie verleen is (*cf.* Addendum C).

4.10 SAMEVATTING

In hierdie hoofstuk het die navorser 'n duidelike uiteensetting gegee van die empiriese ondersoek wat uitgevoer is om data in te samel. Die volgende figuur, Figuur 4.1, bied 'n oorsig oor die empiriese ondersoek wat in die konteks van die studie gevolg is:



Figuur 4.1: Oorsig oor die empiriese navorsing

In Hoofstuk 5 word die analise en interpretasie van die data wat met die response van die onderwysers op die geslote en oop vraelysitems verkry is, hanteer.

HOOFSTUK 5

DATA-ANALISE EN -INTERPRETASIE

5.1 INLEIDING

Hierdie hoofstuk verteenwoordig die statistiese analise en die interpretasies van die response wat van die onderwyserdeelnemers in Oud-Model C-skole en Township-skole verkry is vir die geslote en oop response in die vraelys.

Die data-analise en -interpretasies word op die volgende wyse hanteer:

- Betroubaarheid van die vraelys vir die loodsondersoek en die werklike studie.
- Biografiese inligting van die respondente.
- Data-analise en -interpretasie: onderwyserresponse – geslote vrae.
- Data-analise en -interpretasie: onderwyserresponse – oop vrae.
- Data-analise en -interpretasie: 'n vergelyking tussen Oud-Model C-skole en Township-skole: Afdeling C en D.
- Data-analise en -interpretasie: 'n vergelyking tussen Oud-Model C-skole en Township-skole: Afdeling B.
- Analise van variansie: die invloed van biografiese veranderlikes op die response.

Die volgende afdeling gee 'n nadere omskrywing van die betroubaarheid van die vraelys vir die loodsondersoek en die werklike studie.

5.2 DIE BETROUBAARHEID VAN DIE VRAELYS VIR DIE LOODSONDERSOEK EN DIE WERKLIKE STUDIE

Tabelle 5.1 en 5.2 gee ŉ aanduiding van die Cronbach-Alpha-koëffisiënte wat bereken was vir die verskeie konstrukte in die onderwyservraelys vir die loodsondersoek en die werklike studie.

Tabel 5.1: Cronbach-Alpha-koëffisiënte: loodsondersoek

Vraelyskonstrukte		*a*
B:	Kennis aangaande selfmutilasie	0.783
C1:	Redes en identifikasie van selfmutilasie	0.848
C2:	Kenmerke van selfmutilasie	0.770
D2:	Taakareas van die pastorale rol	0.585
D5:	Kennis en vaardighede van die onderwysers	0.801

Tabel 5.2: Cronbach-Alpha-koëffisiënte: werklike studie

Vraelyskonstrukte		*a*
B:	Kennis aangaande selfmutilasie	0.822
C1:	Redes en identifisering van selfmutilasie	0.865
C2:	Kenmerke van selfmutilasie	0.854
D2:	Taakareas van die pastorale rol	0.963
D5:	Kennis en vaardighede	0.963

Die Cronbach-Alpha-koëffisiënte is bereken om die interne konsekwentheid van die verskeie items in die vraelys te bepaal. Die Cronbach-Alpha is ŉ betroubare koëffisiënt wat aandui tot watter mate items in ‘n vraelys, positief korreleer met mekaar (Simon, 2008; Akbaba, 2006:183). Sekaran (2000) wys daarop dat die interne betroubaarheid hoër word soos die Cronbach-Alpha nader na 1 toe beweeg.

In die meeste Sosiale Wetenskappe, word 'n Cronbach-Alpha-koëffisiënt tussen 0.7 en 0.8 as aanvaarbaar beskou, wanneer daar gewerk word met 'n versameling van items wat in oorweging geneem moet word op 'n skaal (Simon, 2008). Sommige navorsers gebruik egter 0.75 of 0.80 terwyl ander meer toegeeflik is en 0.60 aanvaar (Simon, 2008). Volgens Simon (2008) en Garson (2008) kan 0.60 as aanvaarbaar beskou word vir 'n eerste verkennende navorsingstudie. Aangesien hierdie studie 'n eerste verkennende navorsingstudie was, is dit duidelik uit Tabel 5.2 en Tabel 5.3 dat die vraelys vir onderwysers beantwoord het aan die riglyne vir betroubaarheid.

Inter-itemkorrelasies is ook bereken vir die verskeie items wat gelys is in die verskeie afdelings van die vraelys. 'n Inter-itemkorrelasie word gebruik om te bepaal hoe goed die items wat dieselfde konstruk meet, soortgelyke resultate oplewer (Trochim, 2006). Die volgende resultate is verkry vir die verskeie konstrukte in die vraelys. Tabel 5.3 rapporteer die inter-itemkorrelasies vir die loodsondersoek.

Tabel 5.3: Inter-itemkorrelasie: loodsondersoek

Vraelyskonstrukte		Inter-itemkorrelasie
B:	Kennis aangaande selfmutilasie	0.321
C1:	Redes en identifisering van selfmutilasie	0.561
C2:	Kenmerke van selfmutilasie	0.201
D2:	Taakareas van die pastorale rol	0.191
D5:	Kennis en vaardighede	0.513

In Tabel 5.4 word die resultate vir die inter-itemkorrelasies vir die werklike studie aangedui.

Tabel 5.4: Inter-itemkorrelasie: werklike studie

Vraelyskonstrukte	Inter-itemkorrelsies
B: Kennis aangaande selfmutilasie	0.345
C1: Redes en identifisering van selfmutilasie	0.351
C2: Kenmerke van selfmutilasie	0.290
D2: Taakareas van die pastorale rol	0.174
D5: Kennis en vaardighede	0.523

Volgens Clark en Watson (1995:316) is 'n inter-itemkorrelasie tussen 0.15 en 0.5 'n toelaatbare en aanvaarbare waarde. Die loodsondersoek sowel as die werklike studie het aan hierdie kriteria voldoen.

Die volgende afdeling fokus op die biografiese inligting van die deelnemers wat deel was van die betrokke studie. Die data word weergegee in tabelle en grafieke. Die data in die grafieke is afgerond tot die naaste heelgetal.

5.3 BIOGRAFIESE INLIGTING VAN DIE DEELNEMERS

Die navorser het 320 vraelyste onder die onderwysers versprei (160 vraelyste aan Oud-Model C-skoolonderwysers en 160 vraelyste aan Townshipskool-onderwysers). Die navorser het al die vraelyste wat versprei is onder die betrokke onderwysers terug ontvang. Een vraelys is onvoltooid terug ontvang van een van die Townshipskool-onderwysers, wat nie in berekening gebring is vir die navorsing nie. Daar het dus 160 Oud-Model C-skoolonderwysers en 159 Township-skoolonderwysers aan die studie deelgeneem.

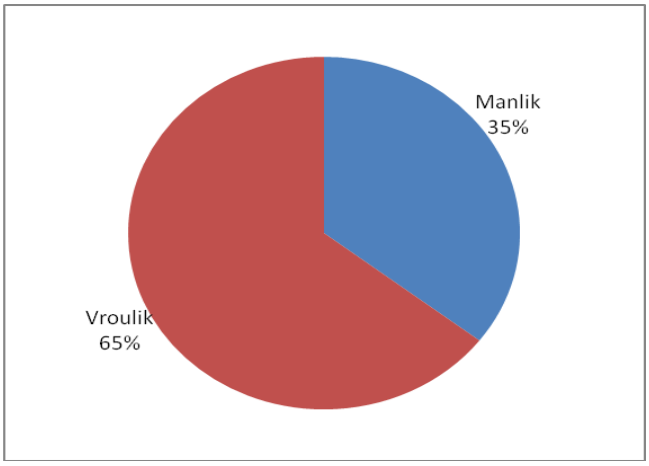
5.3.1 Biografiese inligting van die onderwysers

In Tabel 5.5 word die biografiese inligting ten opsigte van die onderwysers se geslag weergegee.

5.3.1.1 Die geslag van die onderwysers

Tabel 5.5: Geslag van die onderwysers

Geslag	*f*	%
Manlik	113	35.4
Vroulik	206	64.6
Totaal	319	100.0



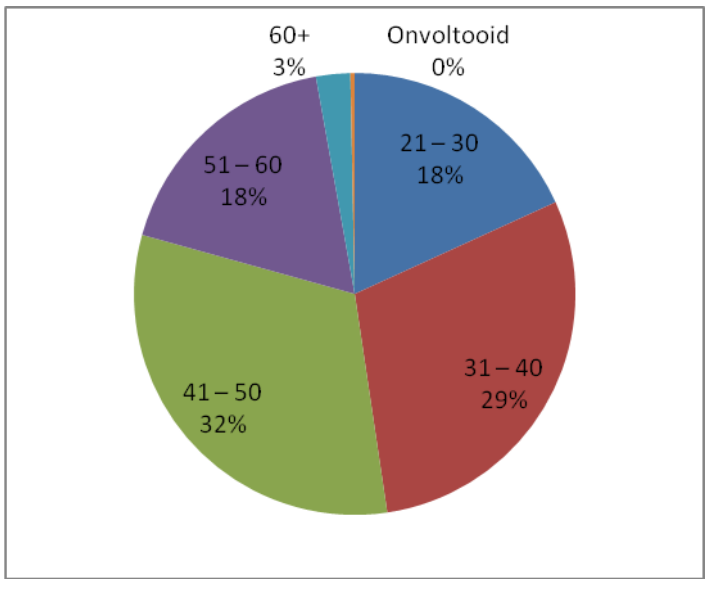
Tabel 5.5 dui aan dat meer vroulike onderwysers (n = 206) as manlike onderwysers (n = 113) deelgeneem het aan die navorsing.

In Tabel 5.6 word die biografiese inligting ten opsigte van die onderwysers se ouderdom weergegee.

5.3.1.2 Die ouderdom van die onderwysers

Tabel 5.6: Ouderdom van die onderwysers

Ouderdom	*f*	%
21 – 30	58	18.2
31 – 40	94	29.5
41 – 50	101	31.7
51 – 60	57	17.9
60+	8	2.5
Totaal	318	99.7
Onvoltooid	1	0.3
Totaal	319	100.0



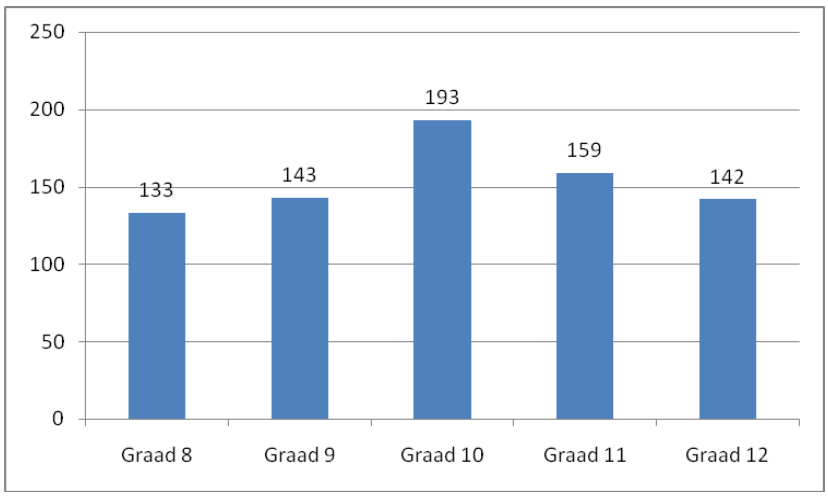
Tabel 5.6 dui aan dat die oorgrote meerderheid van die onderwysers wat aan die navorsing deelgeneem het tussen die ouderdomme van 41 en 50 jaar oud is (n = 101), gevolg deur die ouderdomsgroep van 31 – 40 (n = 94).

In Tabel 5.7 word die biografiese inligting weergegee rakende die graad of grade wat die onderwysers onderrig.

5.3.1.3 Graad of grade wat die onderwysers onderrig

Tabel 5.7: Graad of grade wat die onderwysers onderrig

Graad	***f***
Graad 8	133
Graad 9	143
Graad 10	193
Graad 11	159
Graad 12	142
Onvoltooid	1
Totaal	319



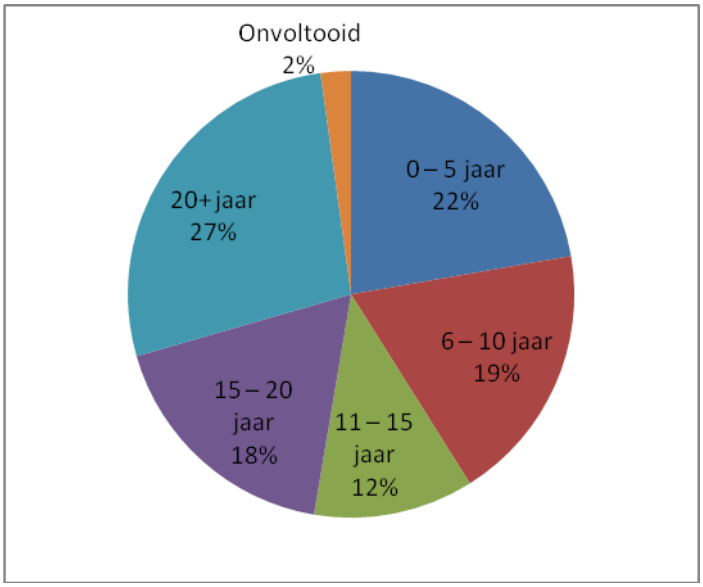
Tabel 5.7 toon dat die grootste groep onderwysers wat aan die navorsing deelgeneem het betrokke is by die onderrig van Graad 10-leerders (n = 193), gevolg deur ‘n groep wat Graad Gr 11-leerders onderrig (n = 159), gevolg deur Graad 9 (n = 143); Graad 12 (n = 142) en Graad 8 (n = 133). Persentasies is nie vir die frekwensies bereken nie, aangesien baie van die ondewysers betrokke is by die onderrig van meer as een van die genoemde grade.

In Tabel 5.8 word die biografiese inligting weergegee rakende onderwyservaring van die onderwysers wat aan die navorsing deelgeneem het.

5.3.1.4 Die onderwyservaring van die onderwysers

Tabel 5.8: Die onderwyservaring van die onderwysers

	f	%
0 – 5 jaar	71	22.3
6 – 10 jaar	60	18.8
11 – 15 jaar	37	11.6
15 – 20 jaar	57	17.9
20+ jaar	87	27.3
Totaal	312	97.8
Onvoltooid	7	2.2
Totaal	319	100.0



Tabel 5.8 toon aan dat die grootste groep onderwysers wat aan die navorsing deelgeneem het oor onderwyservaring van 20+ jaar beskik het (27.3%) gevolg deur die groep wat oor onderwyservaring van 0 – 5 jaar beskik het (22.3%).

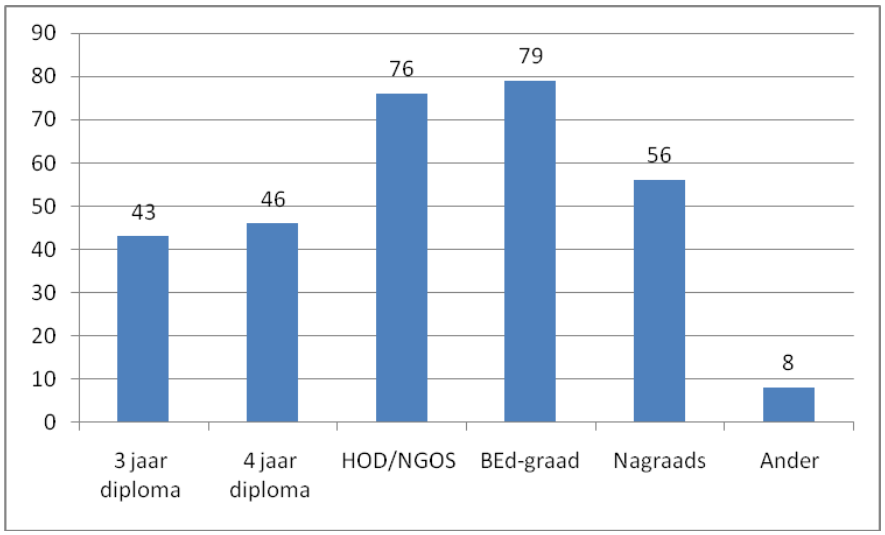
In Tabel 5.9 word die biografiese inligting weergegee rakende die kwalifikasies van die onderwysers wat aan die navorsing deelgeneem het.

5.3.1.5 Die kwalifikasies van die onderwysers

Tabel 5.9: Die kwalifikasies van die onderwysers

Kwalifikasies	***f***	**%**
3 jaar onderwysdiploma aan 'n onderwyskollege	43	13.5
4 jaar onderwysdiploma aan 'n onderwyskollege	46	14.4
3 jaar graad plus 'n HOD/NGOS aan 'n universiteit	76	23.8
4 jaar BEd-graad	79	24.8
Nagraadse kwalifikasie	56	17.6
Ander	8	2.5
Totaal	308	96.6
Onvoltooid	11	3.4

Totaal	319	100.0



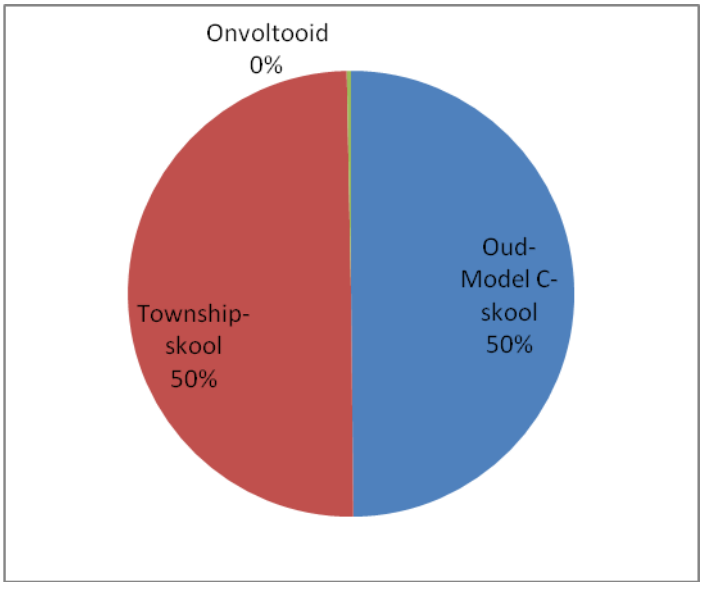
Tabel 5.9 toon aan dat die meerderheid onderwysers wat aan die navorsing deelgeneem het oor ŉ 4 jaar BEd-graad beskik het (24.8%), gevolg deur onderwysers met ŉ 3 jaar graad plus ŉ Hoër Onderwysdiploma of Nagraadse Onderwyssertifikaat (23.8%).

In Tabel 5.10 word die biografiese inligting weergegee rakende die tipe skool waar die onderwysers onderrig (Oud-Model C-skole of Township-skole).

5.3.1.6 Die tipe skool waar die onderwysers onderrig

Tabel 5.10: Die tipe skool waar die onderwysers onderrig

Tipe skool	***f***	**%**
Oud-Model C-skool	160	50.1
Township-skool	159	49.8
Onvoltooid	1	0.3
Totaal	319	100.0



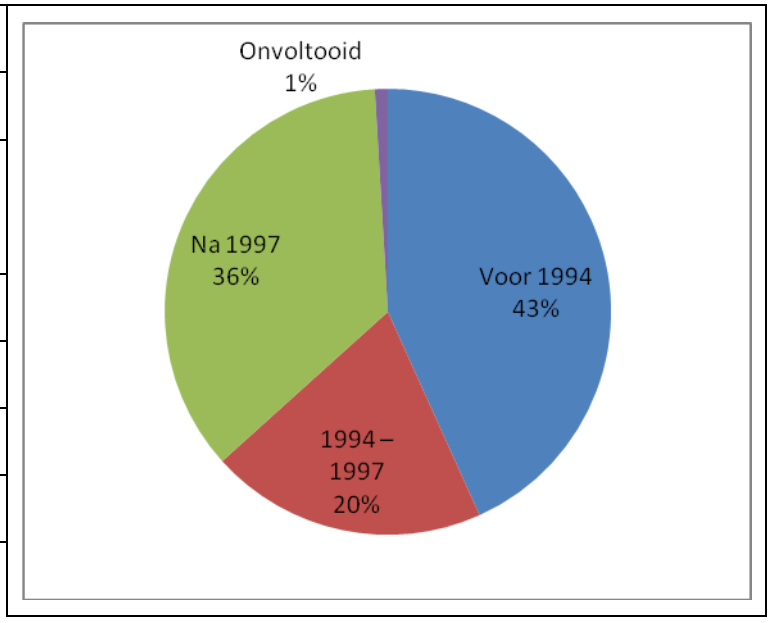
Tabel 5.10 toon aan dat min of meer 'n gelyke aantal onderwysers in beide skole deelgeneem het aan die navorsing (Oud-Model C-skole (50.1%); en Township-skole (49.8%).

In Tabel 5.11 word die biografiese inligting weergegee van wanneer die onderwysers hulle onderwyskwalifikasies behaal het.

5.3.1.7 Wanneer onderwyskwalifikasies behaal is

Tabel 5.11: Wanneer onderwyskwalifikasies behaal is

Tydperk	***f***	**%**
Voor 1994	138	43.2
Tussen 1994 – 1997	64	20.1
Na 1997	114	35.7
Totaal	316	99.1
Onvoltooid	3	.9
Totaal	319	100



Tabel 5.11 dui daarop dat die meerderheid van die onderwysers wat aan die navorsing deelgeneem het hulle onderwyskwalifikasies voor 1994 behaal het (43.2.1%) gevolg deur onderwysers wat hulle kwalifikasies na 1997 behaal het (35.7%). In die derde plek was onderwysers wat hulle kwalifikasies tussen 1994 en 1997 behaal het (20.1%).

Aangesien die beleid op inklusiewe onderwys wat klem lê op die pastorale rol van die onderwyser na 1997 in werking getree het, wou die navorser vasstel of daar verskille is tussen die response van die onderwysers rakende hulle kennis en vaardighede vir die identifisering van en hulpverlening aan selfmutileerders, hulle sienings rakende die pastorale rol van die onderwyser, en hulle houding oor die implementering van 'n opleidingsprogram vir die

identifisering van en hulpverlening aan selfmutileerders, wat moontlik verband kon hou met wanneer hulle hul kwalifikasies verwerf het.

Die biografiese data is gebruik om vas te stel of daar verskille is tussen die Oud-Model C-skole en Township-skole se onderwyserresponse was rakende hulle kennis en vaardighede vir die identifisering van en basiese hulpverlening aan selfmutileerders, hulle sienings rakende die pastorale rol van die onderwyser, en hulle houding oor die implementering van 'n opleidingsprogram vir die identifisering van en basiese hulpverlening aan selfmutileerders.

In die volgende afdeling word die data-analise en -interpretasie van die onderwysers op die geslote vrae in die vraelys hanteer.

5.4 DATA-ANALISE EN -INTERPRETASIE: AFDELING B

In hierdie afdeling het die vraelysitems daarop gefokus om onderwysers se kennis rakende leerders wat hulself mutileer, te bepaal. Die response wat vir elkeen van die onderafdelings in Afdeling B verkry is, word vervolgens bespreek. Slegs data vir die voltooide response word gerapporteer.

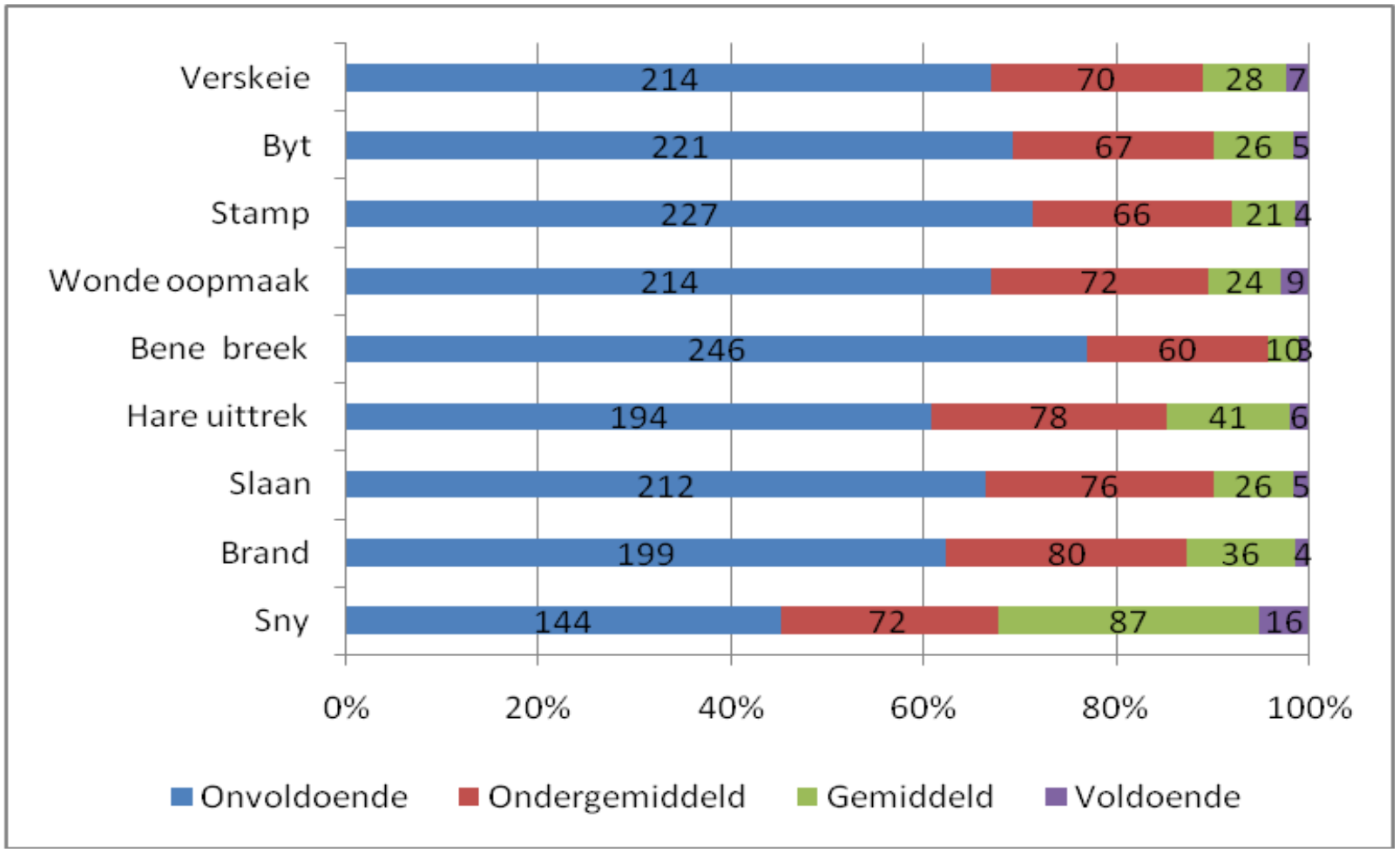
5.4.1 B1: Kennis aangaande leerders wat hulleself mutileer

In hierdie afdeling wou die navorser vasstel tot watter mate onderwysers kundig is rakende die verskillende vorme van selfmutilasie.

Tabel 5.12 tabuleer en stel die data vir die onderwysers se kennis rakende leerders wat hulleself mutileer ook grafies voor.

Tabel 5.12: Kennis rakende leerders wat hulleself mutileer

		Onvoldoende kennis		Onder-gemiddelde kennis		Gemiddelde kennis		Voldoende kennis		Totaal	
		1		2		3		4			
		f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
1.	Leerders wat hulself sny	144	45.1	72	22.6	87	27.3	16	5.0	319	100
2.	Leerders wat hulself brand	199	62.4	80	25.0	36	11.3	4	1.3	319	100
3.	Leerders wat hulself slaan	212	66.4	76	23.8	26	8.2	5	1.6	319	100
4.	Leerders wat hul eie hare uittrek	194	60.8	78	24.4	41	12.9	6	1.9	319	100
5.	Leerders wat hul eie bene breek	246	77.1	60	18.8	10	3.1	3	1	319	100
6.	Leerders wat ou wonde/rowe oopmaak	214	67.1	72	22.6	24	7.5	9	2.8	319	100
7.	Leerders wat liggaamsdele stamp	227	71.1	66	20.7	21	6.6	4	1.3	318	99.7
8.	Leerders wat liggaamsdele byt	221	69.3	67	21.0	26	8.1	5	1.6	319	100
9.	Leerders wat hulself op verskeie maniere mutileer	214	67.1	70	21.9	28	8.8	7	2.2	319	100


Verskeie
Byt
Stamp
Wonde oopmaak
Bene breek
Hare uittrek
Slaan
Brand
Sny
214
70
28
7
221
67
26
5
227
66
21
4
214
72
24
9
246
60
10
3
194
78
41
6
212
76
26
5
199
80
36
4
144
72
87
16
0%
20%
40%
60%
80%
100%
Onvoldoende
Ondergemiddeld
Gemiddeld
Voldoende

Tabel 5.12 dui daarop dat die oorgrote aantal onderwysers oor onvoldoende kennis beskik rakende leerders wat hulleself op die volgende wyses mutileer. Die meerderheid beskik oor onvoldoende kennis rakende leerders wat hulle eie bene breek (77.1%); leerders wat hul eie liggame stamp (71.1%); leerders wat liggaamsdele byt (69.3%); leerders wat ou wonde/rowe oopmaak en leerders wat hulleself op verskeie maniere mutileer (67.1%); leerders wat hulleself slaan (66.4%); leerders wat hulleself brand (62.4%); leerders wat hulle eie hare uittrek (60.8%); en leerders wat hulleself sny (45.1%).

Aansluitend by bogenoemde bevindinge het die volgende aantal onderwysers soos volg aangetoon dat hulle oor ondergemiddelde kennis beskik rakende leerders wat hulleself op die volgende wyses mutileer: leerders wat hulleself brand (25%); leerders wat hulle eie hare uittrek (24.4%); leerders wat hulleself slaan (23.8%); leerders wat hulleself sny en leerders wat ou wonde/rowe oopmaak (22.6%); leerders wat hulleself op verskeie maniere mutileer (21.9%); leerders wat eie liggaamsdele byt (21.0%); leerders wat eie liggaamsdele stamp (20.7%); en leerders wat hulle eie bene breek (18.8%).

‘n Volgende groep onderwysers het aangedui dat hulle oor ’n gemiddelde kennis beskik rakende leerders wat hulleself mutileer op die volgende wyses: leerders wat hulleself sny (27.3%); leerders wat hulle eie hare uittrek (12.9%); leerders wat hulleself brand (11.3%); leerders wat hulleself op verskeie maniere mutileer (8.8%); leerders wat hulleself slaan (8.2%) en leerders wat hulle eie liggaamsdele byt (8.1%); leerders wat ou wonde/rowe oopmaak (7.5%); leerders wat hulle eie liggaamsdele stamp (6.6%); en leerders wat hulle eie bene breek (3.1%).

‘n Aantal onderwysers het aangetoon dat hulle oor voldoende kennis beskik rakende die volgende wyses waarop leerders hulleself mutileer: leerders wat hulleself sny (5.0%); leerders wat ou wonde/rowe oopmaak (2.8%); leerders wat hulleself op verskeie maniere mutileer (2.2%); leerders wat hulle eie hare uittrek (1.9%); leerders wat hulleself slaan en leerders wat hulle eie liggaamsdele byt (1.6%); leerders wat hulleself brand (1.3%) en leerders wat

hulle eie liggaamsdele stamp (1.3%); en leerders wat hulle eie bene breek (1%).

Aangesien die oorgrote meerderheid onderwysers in die navorsing aangetoon het dat hulle oor onvoldoende en ondergemiddelde kennis beskik rakende die verskeie wyses waarop leerders hulleself mutileer teenoor dié wat aangetoon het dat hulle oor gemiddelde en voldoende kennis beskik, beklemtoon hierdie bevindinge die noodsaaklikheid van die implementering van 'n opleidingsprogram vir onderwysers om meer kennis te verkry rakende die verskillende vorme van selfmutilasie in inklusiewe klaskamers.

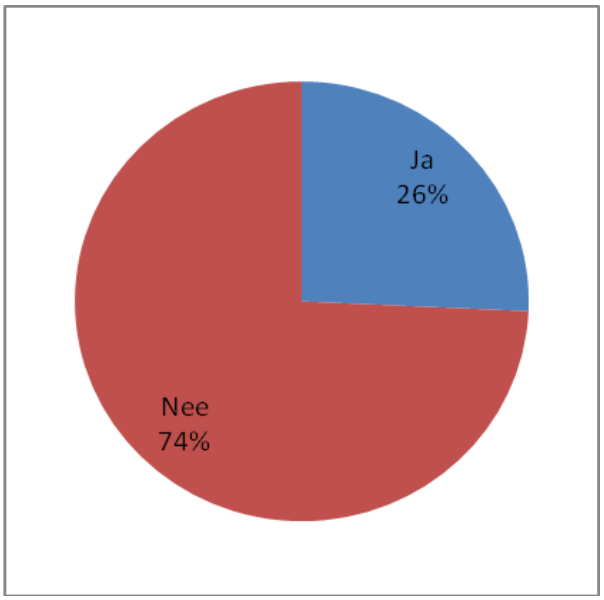
Bogenoemde data wat verkry is stem ooreen met die navorsing van White *et al.* (1999:59-68), Ayton *et al.* (2003:305), Sinclair en Green (2005:1112-1115), Lovell (2007:109-121) en Nixon *et al.* (2008:306-312), waar bevind is dat onderwysers meestal nie kundig is ten opsigte van die verskillende vorme van selfmutilasie nie (*cf.* 1.1).

5.4.2 B2: Onderwysers se huidige bewustheid van leerders wat hulleself mutileer

In Tabel 5.13 word die data wat verkry is vir onderwysers se bewus wees van leerders wat hulleself mutileer weergegee.

Tabel 5.13: Onderwysers se huidige bewustheid van leerders wat hulleself mutileer

Bewus wees	*f*	%
Ja	82	25.7
Nee	237	74.3
Totaal	319	100



Tabel 5.13 dui daarop dat die oorgrote meerderheid onderwysers tans onbewus daarvan is dat leerders hulleself mutileer (74.3%) terwyl 'n kleiner getal onderwysers daarvan bewus is daarvan dat leerders hulleself mutileer (25.7%).

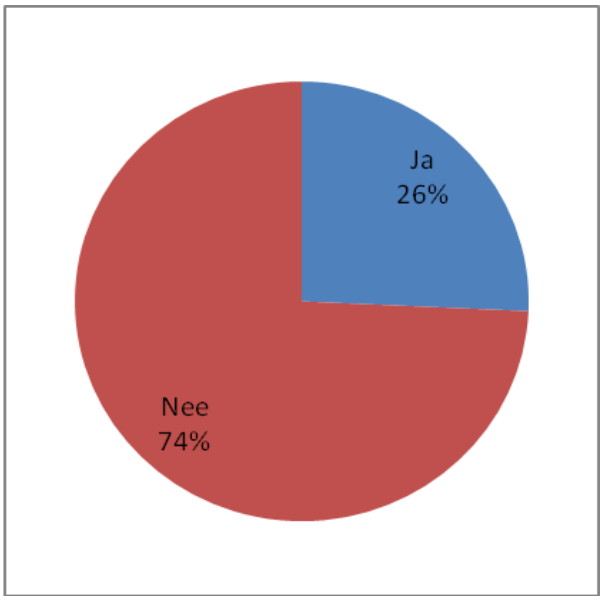
Bogenoemde response kan in verband gebring word met die navorser se bevindinge in Tabel 5.12, naamlik dat die meerderheid onderwysers dalk oor onvoldoende kennis rakende selfmutilasie beskik en waarskynlik daarom ook, soos in Tabel 5.13 aangetoon word, meestal onbewus is van die voorkoms van selfmutilasie in inklusiewe klaskamers.

5.4.3 B4: Opleiding van onderwysers om leerders wat hulleself mutileer te kan ondersteun

In Tabel 5.14 word die data rakende die onderwysers se opleiding om leerders in inklusiewe klaskamers wat hulleself mutileer te kan ondersteun, aangedui.

Tabel 5.14: Opleiding van onderwysers om leerders wat hulleself mutileer te kan ondersteun

Opleiding	*f*	%
Ja	82	25.7
Nee	237	74.3
Totaal	319	100



Tabel 5.14 dui daarop dat die oorgrote aantal onderwysers in die navorsing geen opleiding ontvang het om leerders wat hulleself mutileer te ondersteun nie (74.3%). 'n Klein groepie (25.7%) het klaarblyklik wel opleiding ontvang om leerders wat hulleself mutileer te ondersteun.

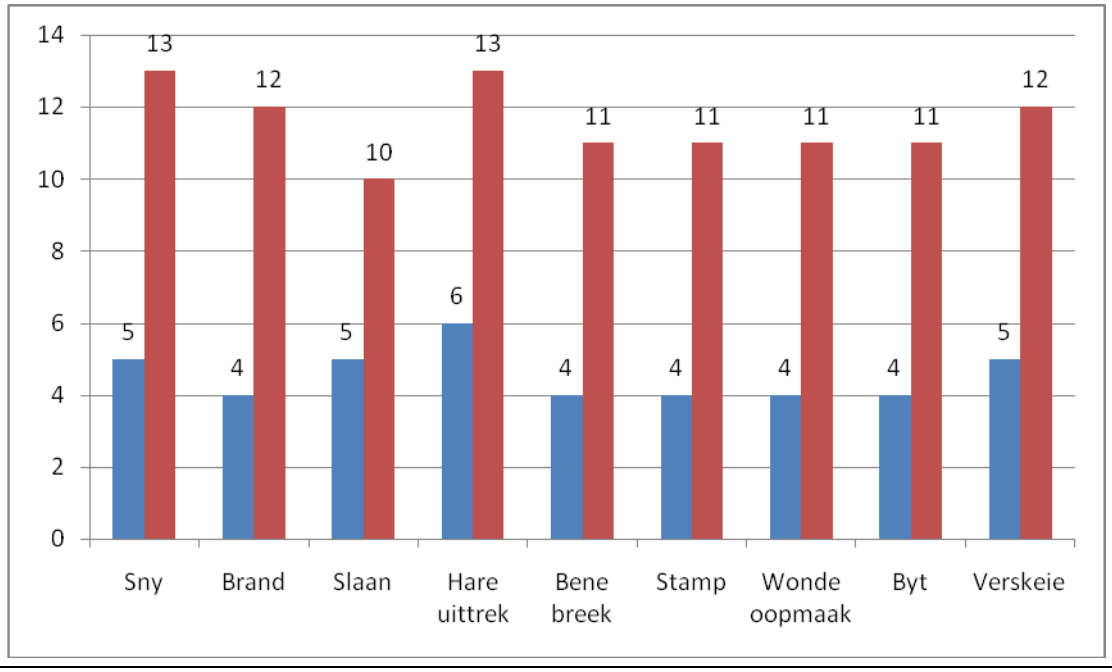
Bogenoemde resultate korreleer met bestaande navorsing wat aantoon dat onderwysers, ten spyte van hulle gemeenskaps- en pastorale rol, tans nie opgelei en betrek word om leerders wat hulleself mutileer te identifiseer en te ondersteun in inklusiewe klaskamers nie (Prinsloo, 2001:344-348; Engelbrecht, 2006:253-264) (*cf.* 1.1, 2.6.2). Hierteenoor toon die gemeenskaps- en pastorale rol van die onderwysers, soos uiteengesit in die Norme en Standaarde vir Opvoeders (SA, 2000:reg. 3), dat die onderwysers wel oor praktiese bevoegdhede, grondslagbevoegdhede en refleksiewe bevoegdhede behoort te beskik om leerders wat hindernisse tot leer ervaar, te ondersteun (*cf.* 2.6.2). Gebaseer op die response maak die navorser versigtig die gevolgtrekking dat dit blyk nie die geval te wees met die onderwysers wat aan die studie deelgeneem het nie.

5.4.4 B6: Aantal leerders waarvan onderwysers bewus is wat hulleself mutileer

In Tabel 5.15 word die aantal leerders waarvan onderwysers bewus is wat hulleself mutileer, vermeld.

Tabel 5.15: Aantal selfmutileerders waarvan onderwysers bewus is

	Oud-Model C	Township
1. Leerders wat hulleself sny	5	13
2. Leerders wat hulleself brand	4	12
3. Leerders wat hulleself slaan	5	10
4. Leerders wat hull eie hare uittrek	6	13
5. Leerders wat hulle eie bene breek	4	11
6. Leerders wat hulle eie liggaamsdele stamp	4	11
7. Leerders wat wonde/rowe oopmaak	4	11
8. Leerders wat hulle eie liggaamsdele byt	4	11
9. Leerders wat hulleself op verskeie maniere mutileer	5	12



Tabel 5.15 dui daarop dat dit blyk dat die Township-skole se onderwysers meer bewus is as die Oud-Model C-skole se onderwysers van verskillende vorme van selfmutilasie. Die data dui aan dat min of meer dieselfde aantal Townshipskool-onderwysers (tussen 10 en 13 onderwysers) bewus is van

leerders wat hulle op die vermelde maniere van selfmutilasie mutileer. In ooreenstemming met hierdie response, is die Oud-Model C-skole se onderwysers, alhoewel in ‘n mindere mate (tussen 4 en 6 onderwysers) ook hoofsaaklik bewus van leerders wat hulle op verskeie maniere mutileer.

Die bogenoemde data wat op die moontlike beperkte bewus-wees van die onderwysers rakende leerders wat hulleself mutileer dui, kom ooreen met die nagevorsde literatuur soos byvoorbeeld aangetoon in Hoofstuk 1 van die betrokke navorsing (Hohlfelder, 2004:2; Heslop & Macaulay, 2009:10) (*cf.* 1.1). Die reponse van die onderwysers kan moontlik in verband gebring word met die feit dat ander mense en ook onderwysers dikwels nie bewus is van die voorkoms van leerders wat hulleself mutileer nie, omrede geheimhouding en die dra van lang moue om hulle selfmutilasie te versteek (Turner, 2002:25-29; Collins, 2007:12) (*cf.* 2.5). Die response kan andersyds ook daarop dui dat daar werklik nie leerders in die betrokke onderwysers se onderrig-leerkonteks is wat hulleself mutileer nie.

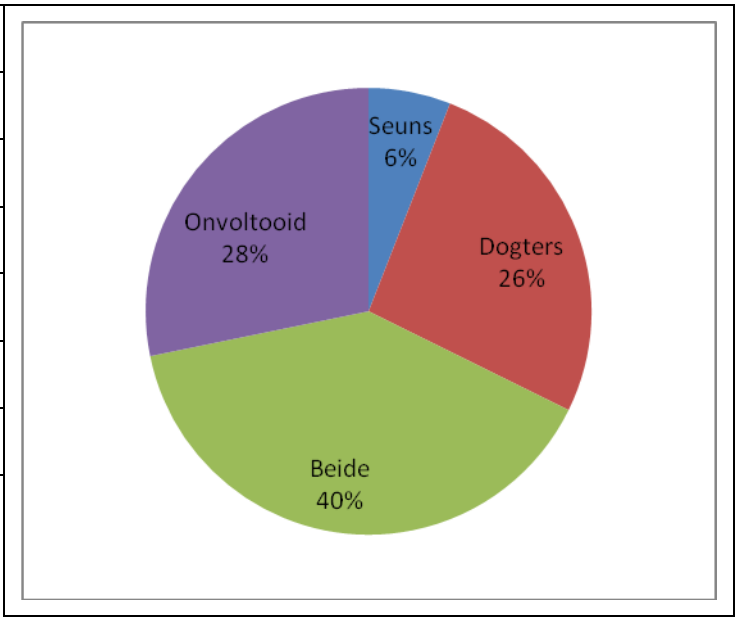
Die eersgenoemde bevinding wat op die moontlike onbewus-wees van onderwysers ten opsigte van selfmutilasie kan dui, versterk die navorser se aanbeveling dat onderwysers van ’n opleidingsprogram voorsien behoort te word, om groter bewuswording van selfmutilasie te bevorder.

5.4.5 B7: Geslag van die leerders wat betrokke is by selfmutilasie

In Tabel 5.16 word die data met betrekking tot die geslag van leerders wat volgens die onderwysers se ervaring hoofsaaklik betrokke is by selfmutilasie aan die orde gestel.

Tabel 5.16: Geslag van leerders wat volgens die onderwysers se ervaring hoofsaaklik betrokke is by selfmutilasie

	f	%
Seuns	19	6.0
Dogters	84	26.3
Beide	126	39.5
Totaal	229	71.8
Onvoltooid	90	28.2
Totaal	319	100.0



Tabel 5.16 dui daarop dat die meerderheid onderwysers in die navorsing van mening is dat beide geslagte (seuns en dogters) hulle skuldig maak aan selfmutilasie (39.5%). Die data het verder aangetoon dat die onderwysers van mening is dat meisies (26.3%) meer betrokke is by selfmutilasie as seuns (6.0%).

Bogenoemde menings van die onderwysers stem ooreen met die nagevorsde literatuur wat aantoon dat beide geslagte (seuns en dogters) betrokke is by selfmutilasie, hoewel dit meer algemeen onder dogters as seuns voorkom, vanweë die feit dat selfmutilasie waarskynlik meer bekend gemaak word deur dogters as in die geval van seuns. Gericke (in Vorster, 2007:11) merk byvoorbeeld op dat ± 1% van die bevolking van Suid-Afrika (seuns en dogters) betrokke is by selfmutilasie (*cf.*1.1), terwyl Turner (2002:25-29) en Collins (2007) van mening is dat die selfmutileerder eerder vroulik is hoewel selfmutilasie ook by die manlike geslag voorkom (*cf.* 2.5).

In die volgende afdeling fokus die navorser op die response wat verkry is vir Afdeling C, wat gefokus het op die redes vir selfmutilasie sowel as die identifikasie en impak van selfmutilasie op onderrig en leer en emosionele en sosiale ontwikkeling.

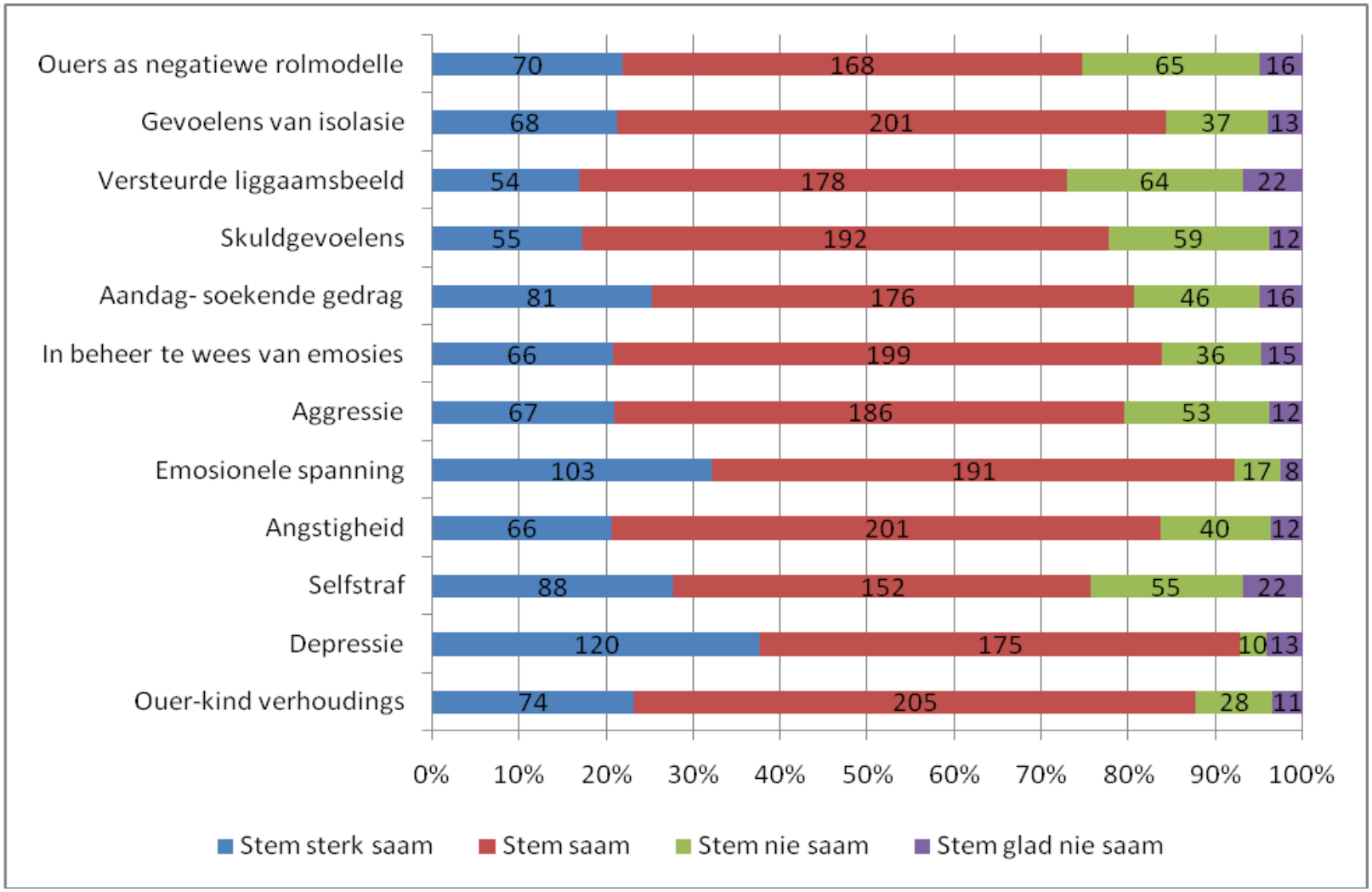
5.5 DATA-ANALISE EN -INTERPRETASIE: AFDELING C

5.5.1 C1: Redes/oorsake vir selfmutilasie en die impak van selfmutilasie

In Tabel 5.17 word die onderwysers wat aan die navorsing deelgeneem het se sienings en persepsies aangaande die moontlike oorsake van selfmutilasie weergegee.

Tabel 5.17: Onderwysers se sienings rakende die identifikasie van selfmutilasie by leerders

		Stem ten sterkste saam		Stem saam		Stem nie saam nie		Stem ten sterkste nie saam nie		Totaal		Onvoltooid	
		1		2		3		5					
Onderwysers se sienings rakende die identifikasie van selfmutilasie by leerders		*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
1	Ouer-kind verhoudings	74	23.2	205	64.3	28	8.8	11	3.4	318	99.7	1	0.3
2	Depressie	120	37.6	175	54.9	10	3.1	13	4.1	318	99.7	1	0.3
3	Selfstraf	88	27.6	152	47.6	55	17.2	22	6.9	317	99.4	2	0.6
4	Angstigheid	66	20.7	201	63.0	40	12.5	12	3.8	319	100	0	0
5	Emosionele spanning	103	32.3	191	95.9	17	5.3	8	2.5	319	100	0	0
6	Aggressie	67	21.0	186	58.3	53	16.6	12	3.8	318	99.7	1	0.3
7	Nie in beheer te wees van emosies nie	66	20.7	199	62.4	36	11.3	15	4.7	316	99.1	3	0.9
8	Aandag- soekende gedrag	81	25.4	176	55.2	46	14.4	16	5.0	319	100.0	0	0
9	Skuldgevoelens	55	17.2	192	60.2	59	18.5	12	3.8	318	99.7	1	0.3
10	Versteurde liggaamsbeeld	54	16.9	178	55.8	64	20.1	22	6.9	318	99.7	1	0.3
11	Gevoelens van isolasie	68	21.3	201	63.0	37	11.6	13	4.1	319	100.0	0	0
12	Ouers as negatiewe rolmodelle	70	21.9	168	52.7	65	20.4	16	5.0	319	100.0	0	0


Ouers as negatiewe rolmodelle
70
168
65
16
Gevoelens van isolasie
68
201
37
13
Versteurde liggaamsbeeld
54
178
64
22
Skuldgevoelens
55
192
59
12
Aandag- soekende gedrag
81
176
46
16
In beheer te wees van emosies
66
199
36
15
Aggressie
67
186
53
12
Emosionele spanning
103
191
17
8
Angstigheid
66
201
40
12
Selfstraf
88
152
55
22
Depressie
120
175
10
13
Ouer-kind verhoudings
74
205
28
11
0%
10%
20%
30%
40%
50%
60%
70%
80%
90%
100%
Stem sterk saam
Stem saam
Stem nie saam
Stem glad nie saam

Die meerderheid van die onderwysers wat aan die navorsing deelgeneem het, het onderskeidelik saamgestem en ten sterkste saamgestem dat die volgende aspekte as die belangrikste redes aangevoer kan word waarom leerders hulleself mutileer:

- emosionele spanning (95,9%; 32.3%);
- ouer-kind verhoudings (64.3%; 23.2%);
- angstigheid (63.0%; 20.7%);
- gevoelens van isolasie (63.0%; 21.3%);
- nie in beheer te wees van emosies nie (62.4%; 20.7%);
- skuldgevoelens (60.2%; 17.2%);
- aggressie (58.3%; 21.0%);
- versteurde liggaamsbeeld (55.8%; 16.9%);
- aandag-soekende gedrag (55.2%; 25.4%);
- ouers as negatiewe rolmodelle (52.7%; 21.9%);
- depressie (54.9%; 37.6%); en
- selfstraf (47.6%; 27.6%).

Die response van die onderwysers ondersteun die sienings van Cutter *et al.* (2008) en Dougherty *et al.* (2009:22-27) (*cf.* 2.3.1) wat bevind het dat leerders hulleself mutileer omrede selfmutilasie die volgende oplossings bied, naamlik:

- ’n tydelike verligting van intense gevoelens van angstigheid en druk;
- die verplasing van innerlike pyn na buite;
- die in beheer wees van intense emosies; en
- ’n geleentheid vir selfstraf.

In aansluiting by bogenoemde dui Turner (2002:457-474), Tyler *et al.* (2003:457-474), Brink (2005:16) sowel as Dombeck (2009) en Tuisku *et al.* (2009:1125-1136) aan dat ontoereikende opvoedingsverhoudinge aanleidend is tot die voorkoms van selfmutilasie (*cf.* 2.4.1), en Selekman (2002a) het die volgende redes vir selfmutilasie by leerders geïdentifiseer:

- hulle beleef hulle ouers as nie waarderend nie en los van hulle; en
- hulle voel emosioneel dood en onsigbaar in die oë van hulle ouers.

Verder vermeld Collins (2007:11) (*cf.* 2.4.2) die volgende redes waarom leerders hulleself mutileer:

- hulle is kronies kwaad, angstig en geïrriteerd;
- hulle beleef hoë vlakke van aggressie; en
- hulle is depressief en selfvernietigend.

In ooreenstemming met die literatuur blyk dit dus uit die response van die onderwysers dat hulle ’n goeie idee het van wat as moontlike redes vir selfmutilasie aangevoer kan word. Al die items in hierdie afdeling van die vraelys het op moontlike redes/oorsake vir selfmutilasie gedui. Daar is egter ‘n klein aantal response wat daarop dui dat kennis by die onderwysers wat aan die studie deelgeneem het ontbreek rakende die redes vir selfmutilasie aangesien daar onderwysers is wat ten sterkste nie-saamgestem het met die genoemde oorsake.

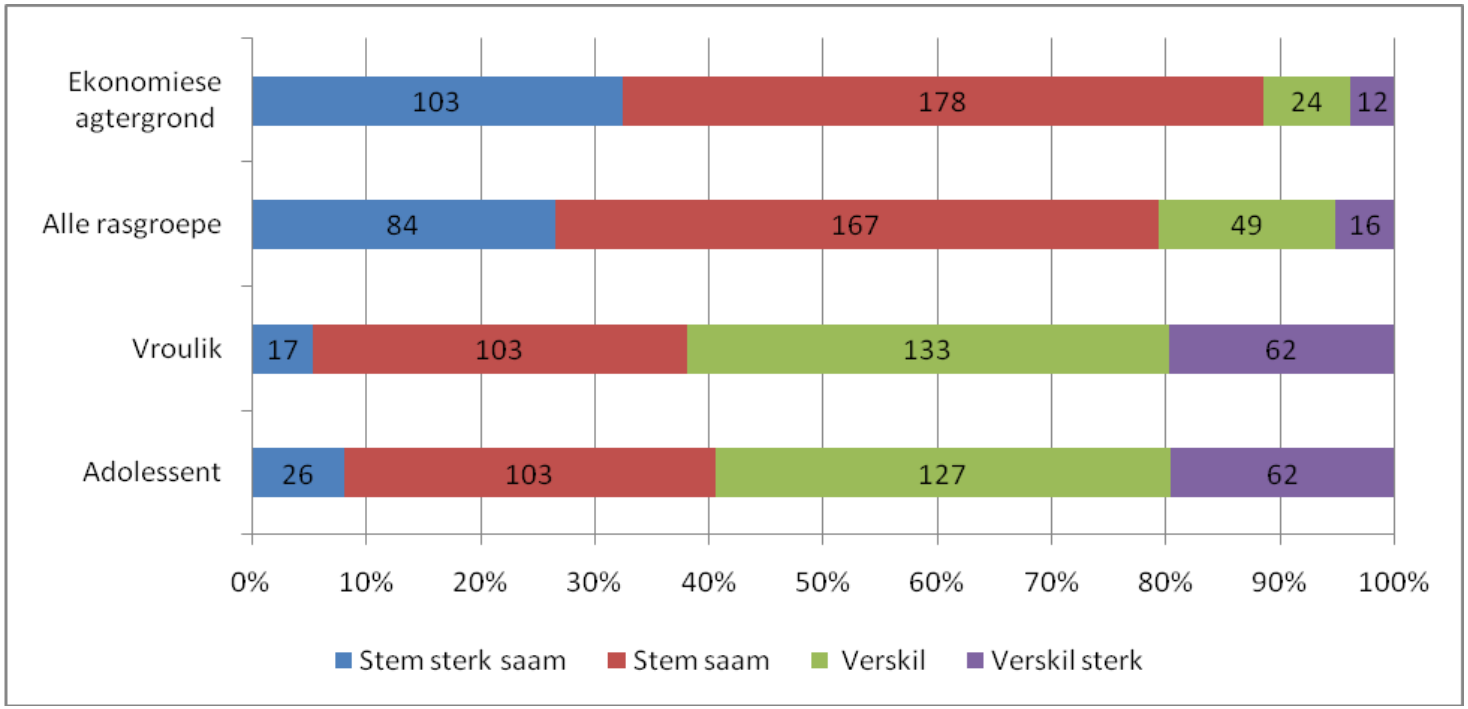
5.5.2 C2: Kenmerke en gedragseienskappe wat volgens die onderwyser ’n aanduiding van selfmutilasie by leerders kan wees

In Tabel 5.18 word die onderwyser se response rakende die kenmerke en gedragseienskappe wat ’n aanduiding van selfmutilasie by leerders in inklusiewe klaskamers kan wees, nader toegelig. In ooreenstemming met die literatuur (*cf*. 2.5) word die data in drie afdelings groepeer, naamlik biografiese kenmerke, sigbare gedragskenmerke en nie-sigbare gedragskenmerke.

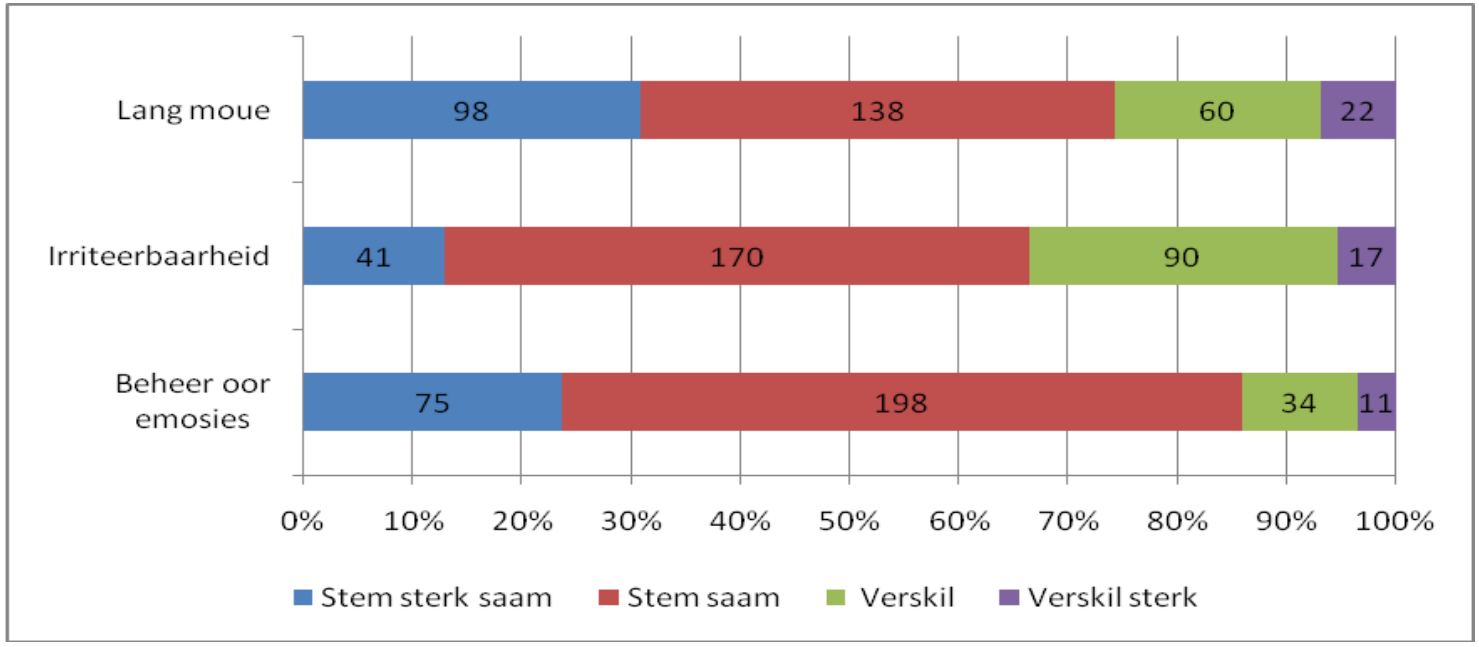
Tabel 5.18: Kenmerke en gedragseienskappe wat volgens die onderwysers 'n aanduiding van selfmutilasie by leerders kan wees

	Onderwysers se sienings rakende die gedragseienskappe wat 'n aanduiding kan wees van selfmutilasie	Stem ten sterkste saam		Stem saam		Stem nie saam nie		Stem ten sterkste nie saam nie		Totaal		Onvoltooid	
		1		2		3		4					
		f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Biografiese kenmerke													
12	Selfmutilasie kom slegs by adolessente voor	26	8.2	103	32.3	127	39.8	62	19.4	318	99.7	1	0.3
13	Selfmutilasie kom hoofsaaklik onder die vroulike geslag voor	17	5.3	103	32.3	133	41.7	62	19.4	315	98.7	4	1.3
14	Selfmutilasie kom by leerders van alle ras-groepe voor	84	26.3	167	52.4	49	15.4	16	5.0	316	99.1	3	0.9
15	Selfmutilasie kom by leerders van alle sosio-ekonomiese agtergronde voor	103	32.3	178	55.8	24	7.5	12	3.8	317	99.4	2	0.6

Onderwysers se sienings rakende die gedragseienskappe wat ‘n aanduiding kan wees van selfmutilasie	Stem ten sterkste saam		Stem saam		Stem nie saam nie		Stem ten sterkste nie saam nie		Totaal		Onvoltooid	
	1		2		3		4					
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%

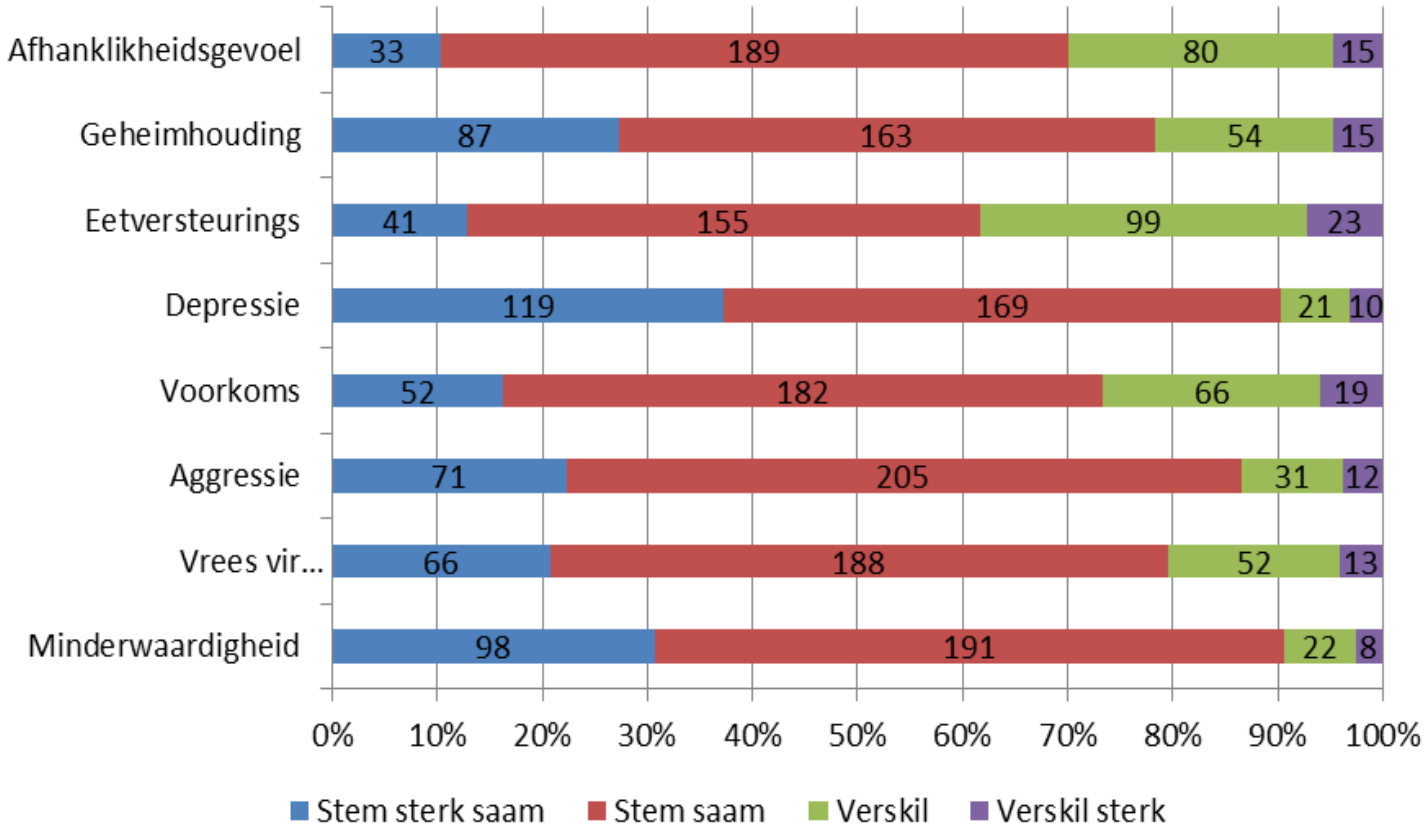


Onderwysers se sienings rakende die gedragseienskappe wat ‘n aanduiding kan wees van selfmutilasie		Stem ten sterkste saam		Stem saam		Stem nie saam nie		Stem ten sterkste nie saam nie		Totaal		Onvoltooid	
		1		2		3		4					
		f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Sigbare gedragskenmerke													
4	Swak beheer oor emosies	75	23.5	198	62.1	34	10.7	11	3.4	318	99.7	1	0.3
5	Maklik geïrriteerd	41	12.9	170	53.3	90	28.2	17	5.3	318	99.7	1	0.3
9	Dra lang moue op warm dae	98	30.7	138	43.3	60	18.8	22	6.9	318	99.7	1	0.3



Onderwysers se sienings rakende die gedragseienskappe wat ‘n aanduiding kan wees van selfmutilasie		Stem ten sterkste saam		Stem saam		Stem nie saam nie		Stem ten sterkste nie saam nie		Totaal		Onvoltooid	
		1		2		3		4					
		f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Nie-sigbare gedragskenmerke													
1	Minderwaardigheidsgevoelens	98	30.7	191	59.9	22	6.9	8	2.5	319	100	0	0
2	Vrees vir verwerping	66	20.7	188	58.9	52	16.3	13	4.1	319	100	0	0
3	Onderdrukte aggressie	71	22.2	205	64.3	31	9.7	12	3.8	319	100	0	0
6	Ontevrede met voorkoms	52	16.3	182	57.1	66	20.6	19	6.0	319	100	0	0
7	Depressie	119	37.3	169	53.0	21	6.6	10	3.1	319	100	0	0
8	Eetversteurings	41	12.9	155	48.6	99	31.0	23	7.2	318	99.7	1	03
10	Geneigdheid tot geheimhouding	87	27.3	163	51.1	54	16.9	15	4.7	319	100	0	0
11	Sterk afhanklikheidsgevoel	33	10.3	189	59.2	80	25.1	15	4.7	317	99.4	2	0.6

Onderwysers se sienings rakende die gedragseienskappe wat ‘n aanduiding kan wees van selfmutilasie	Stem ten sterkste saam		Stem saam		Stem nie saam nie		Stem ten sterkste nie saam nie		Totaal		Onvoltooid	
	1		2		3		4					
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%



Tabel 5.18 toon aan dat die meeste onderwysers wat aan die navorsing deelgeneem het, onderskeidelik saamgestem en ten sterkste saamgestem het met die volgende as die belangrikste kenmerke of gedragseienskappe van selmutileerders:

- onderdrukte aggressie (64.3%, 22.2 %);
- swak beheer oor emosies (62.1%, 23.5%);
- minderwaardigheidsgevoelens (59.9%; 30.7%);
- sterk afhanklikheidsgevoel (59.2%; 10.3%);
- vrees vir verwerping (58.9%, 20.7%)
- ontevrede met voorkoms (57.1%; 16.3%);
- kom by leerders van alle sosio-ekonomiese agtergronde voor (55.8%; 32.3%);
- depressie (53.0%; 37.3%);
- raak maklik geïrriteerd (53.3%; 12.9%);
- kom by leerders van alle rasgroepe voor (52,4%; 26.3%);
- geneig tot geheimhouding (51.1%; 27.3%); en
- dra langmoue op warm dae (43.3%; 30.7%);
- eetversteurings (48.6%; 12.9%);
- kom slegs by adolessente voor (32.3%; 8.2%); en
- kom hoofsaaklik onder die vroulike geslag voor (32.3%; 5.3%).

Bogenoemde menings of sienings van die onderwysers wat deelgeneem het aan die navorsing korreleer met die volgende literatuur, waar onder andere die volgende as belangrike redes vir selfmutilasie aangedui is:

- selfmutileerders beskik oor ’n lae selfkonsep (minderwaardigheidsgevoelens) (Collins, 2007:11) (*cf*. 2.4.2);

- vrees vir verwerping (*cf.* Collins, 2007:11) (*cf.* 2.4.2);

- onderdrukte aggressie en raak maklik geïrriteerd (*cf.* Collins, 2007:11) (*cf.* 2.4.2);

- swak beheer oor emosies (*cf.* Turner, 2002:104; Jirage, 2008) (*cf*. 2.4.7); en

- depressie (*cf.* Thornton, 1996:1-2; Turner, 2002:104; Joyce *et al.,* 2010:250-257) (*cf.* 2.4.7)

Die response dui aan dat die onderwysers oor ‘n redelike kennis rakende die gedragseienskappe van selfmutileerders beskik. ‘n Aantal onderwysers het egter aangedui dat hulle nie saamstem met die gemelde gedragseienskappe as kenmerkend van selfmutileerders nie. Aangesien al die items in die vraelys moontlike gedragseienskappe van selfmutileerders ondervang het, blyk dit dus dat sommige onderwysers onkundig rakende die gedragseienskappe is.

Vervolgens word gefokus op die onderwysers se menings rakende die moontlike implementering van ’n opleidingsprogram om onderwysers te bemagtig vir die identifisering en ondersteuning van leerders wat hulleself mutileer in inklusiewe klaskamers.

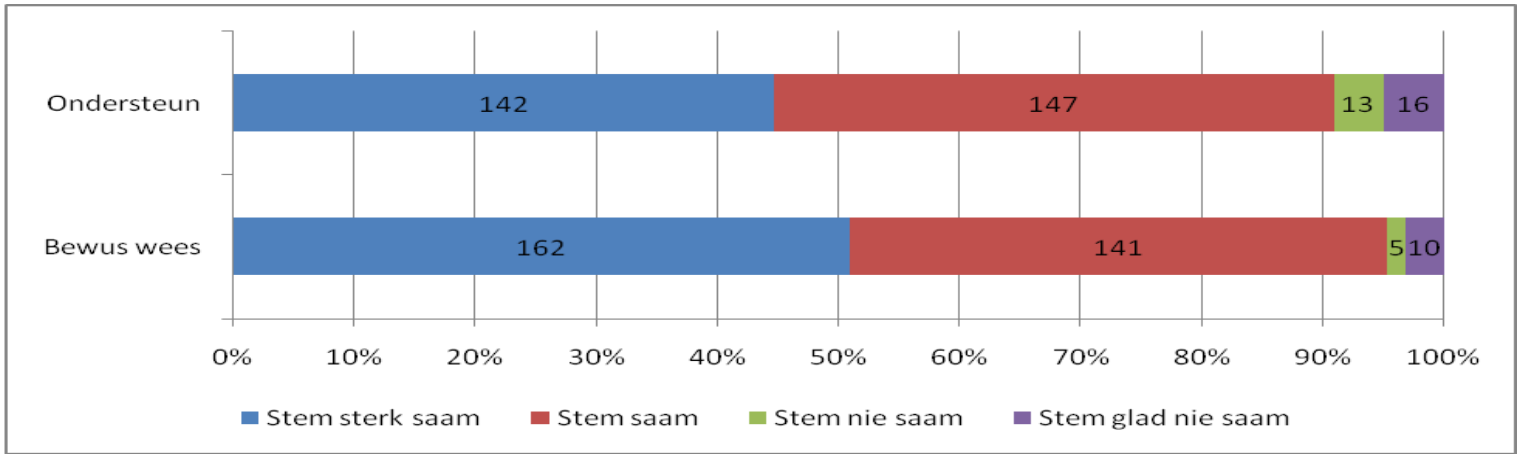
5.6 DATA-ANALISE EN -INTERPRETASIE: AFDELING D

5.6.1 D1: Onderwysers se menings rakende die moontlike implementering van ’n opleidingsprogram om onderwysers te bemagtig vir die identifisering van en basiese hulpverlening aan leerders wat hulleself mutileer in inklusiewe klaskamers

In Tabel 5.19 word die onderwysers se menings, rakende die moontlike implementering van ’n opleidingsprogram om onderwysers te bemagtig vir die bewuswording en ondersteuning van leerders in inklusiewe klaskamers wat hulleself mutileer, van nader beskou.

Tabel 5.19: Onderwysers se menings rakende die moontlike implementering van 'n opleidingsprogram om onderwysers te bemagtig vir die bewuswording en ondersteuning van leerders wat hulleself mutileer in inklusiewe klaskamers

Onderwysers se sienings tov die implementering van 'n opleidingsprogram		Stem ten sterkste saam		Stem saam		Stem nie saam nie		Stem ten sterkste nie saam nie		Totaal		Onvoltooid	
		1		2		3		4					
		f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
1	Dit is nodig dat onderwysers bewus moet wees van leerders wat hulself mutileer	162	50.8	141	44.2	5	1.6	10	3.1	318	99.7	1	0.3
2	Onderwysers behoort ondersteuning te kan bied aan leerders wat hulself mutileer	142	44.5	147	46.1	13	4.1	16	5.0	318	99.7	1	0.3



Tabel 5.19 toon aan dat 50.8% van die onderwysers ten sterkste saam gestem het en 44.2% saamgestem het dat dit nodig is dat onderwysers bewus moet wees van leerders wat hulleself mutileer. ’n Totaal van vyf onderwysers (1.6%) het aangedui dat hulle nie saam stem dat onderwysers bewus moet wees van leerders wat hulleself mutileer nie, terwyl ’n totaal van 10 onderwysers (3.1%) aangedui het dat hulle ten sterkste nie saam stem met die idee dat onderwysers bewus moet wees van leerders wat hulleself mutileer nie. Dit blyk dus dat die meerderheid van die onderwysers wat aan die studie deelgeneem het dit eens is dat dit belangrik is vir die onderwyser om bemagtig te word om bewus te wees van selfmutileerders in hulle klasse.

Aansluitend by bogenoemde bevindinge het 44.5% van die onderwysers aangedui dat hulle ten sterkste saamstem dat onderwysers ondersteuning behoort te kan bied aan leerders wat hulleself mutileer, en 46.1% het aangedui dat hulle saamstem dat onderwysers ondersteuning behoort te kan bied aan leerders wat hulleself mutileer. Slegs 4.1% en 5.0% het onderskeidelik aangedui dat hulle nie saamstem, en ten sterkste nie saamstem dat onderwysers ondersteuning behoort te kan bied aan leerders wat hulleself mutileer nie.

Gesien teen die agtergrond van die pastorale rol wat die onderwyser volgens die Norme en Standaarde vir Opvoeders (SA, 2000:reg. 3) moet vertolk, is hierdie respons bemoedigend. Dit blyk asof die onderwysers nie ’n probleem het met hulle pastorale rol, wat onder andere van hulle verwag om in die behoeftes van leerders wat hindernisse tot leer ervaar (wat ook selfmutilasie insluit), te voorsien nie.

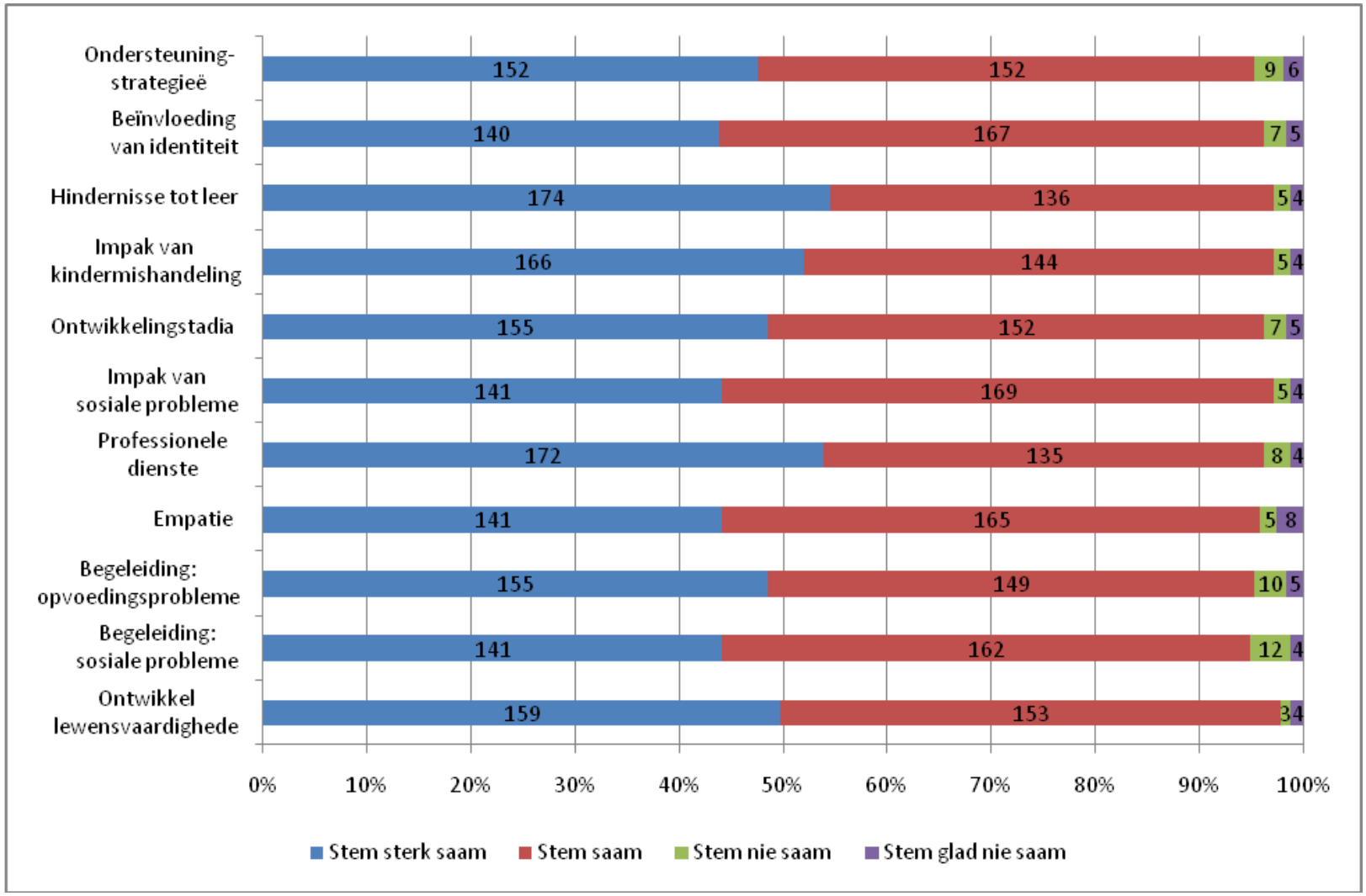
In direkte aansluiting by voorgaande omskrywinge wil die navorser vervolgens fokus op die onderwysers se menings rakende die taakareas van die pastorale rol van die onderwyser.

5.6.2 D2: Die taakareas van die pastorale rol van die onderwyser

In Tabel 5.20 word gefokus op die onderwysers se sienings/menings rakende die taakareas van die pastorale rol van die onderwyser.

Tabel 5.20: Onderwysers se menings rakende die taakareas van die pastorale rol van die onderwyser

	Taakareas van die pastorale rol van die onderwyser	Stem ten sterkste saam		Stem saam		Stem nie saam nie		Stem ten sterkste nie saam nie		Totaal	
		1		2		3		4			
		f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
1	Die ontwikkeling van lewensvaardighede by leerders	159	49.8	153	48.0	3	0.9	4	1.3	319	100.0
2	Die begeleiding van leerders wat sosiale probleme ondervind	141	44.2	162	50.7	12	3.8	4	1.3	319	100.0
3	Die begeleiding van leerders wat opvoedingsprobleme ondervind	155	48.6	149	46.7	10	3.1	5	1.6	319	100.0
4	Die toon van empatie teenoor leerderprobleme	141	44.2	165	51.7	5	1.6	8	2.5	319	100.0
5	Die skakeling met professionele dienste vir hulpverlening aan leerders	172	53.9	135	42.3	8	2.5	4	1.3	319	100.0
6	Die dra van kennis rakende die impak van gemeenskaps- en gesinsprobleme op leerders	141	44.1	169	53.0	5	1.6	4	1.3	319	100.0
7	Om kundig te wees rakende die verskillende ontwikkelingstadia waardeur leerders beweeg	155	48.6	152	47.6	7	2.2	5	1.6	319	100.0
8	Om kundig te wees rakende die impak van kindermishandeling op leerders	166	52.0	144	45.1	5	1.6	4	1.3	319	100.0
9	Om kundig te wees ten opsigte van hindernisse tot leer	174	54.5	136	42.6	5	1.6	4	1.3	319	100.0
10	Om kundig te wees ten opsigte van invloede wat leerders se identiteit kan beïnvloed	140	43.8	167	52.4	7	2.2	5	1.6	319	100.0
11	Om kundig te wees ten opsigte van strategieë om leerders wat probleme ervaar, te ondersteun	152	47.6	152	47.6	9	2.8	6	2	319	100.0


Ondersteuning-strategieë
Beïnvloeding van identiteit
Hindernisse tot leer
Impak van kindermishandeling
Ontwikkelingstadia
Impak van sosiale probleme
Professionele dienste
Empatie
Begeleiding: opvoedingsprobleme
Begeleiding: sosiale probleme
Ontwikkel lewensvaardighede
152 152 9 6
140 167 7 5
174 136 5 4
166 144 5 4
155 152 7 5
141 169 5 4
172 135 8 4
141 165 5 8
155 149 10 5
141 162 12 4
159 153 3 4
0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
Stem sterk saam
Stem saam
Stem nie saam
Stem glad nie saam

Tabel 5.20 dui aan dat baie onderwysers deeglik bewus blyk te wees van wat hulle taakareas as deel van hulle pastorale rol behels, aangesien die meerderheid onderwysers (tussen 42.3% en 54.5%) wat aan die studie deelgeneem het ten sterkste saamgestem het, of saamgestem het met die al die items in hierdie afdeling van die vraelys wat na die taakareas van die pastorale rol van die onderwyser in ooreenstemming met die Norme en Standaarde vir opvoeders verwys het. Dit wil dus voorkom dat onderwysers wel bewus is van die inhoud van die Norme en Standaarde vir Opvoeders (SA, 2000:reg. 3) waarin die pastorale rol van die onderwyser uiteengesit word. Baie van die onderwysers wat aan die studie deelgeneem het, blyk dus deeglik bewus te wees van die feit dat hulle empatie teenoor leerders met leerderbehoeftes moet toon en kennis van verskillende leerderbehoeftes behoort te dra, met die doel om leerders wat probleme ervaar te identifiseer en toepaslike ondersteuning en hulp te kan verleen. Vir die navorser is dit egter kommerwekkend dat daar tog ’n klein groepie onderwysers is, alhoewel in die minderheid, wat ten opsigte van elk van die vraelysitems nie saamgestem het of ten sterkste nie saamgestem het (0.9%; 3.8%) dat die vermelde taakareas deel van die pastorale rol van die onderwyser is nie. Dit kan wees dat hierdie onderwysers voel dat die taakareas onredelike druk op die onderwyser plaas. Gesien teen die agtergrond van die inklusiewe onderwysbeleid in Suid-Afrika is die navorser van mening dat alle onderwysers hulle sal vereenselwig met hulle pastorale rol om hindernisse tot leer effektief aan te spreek.

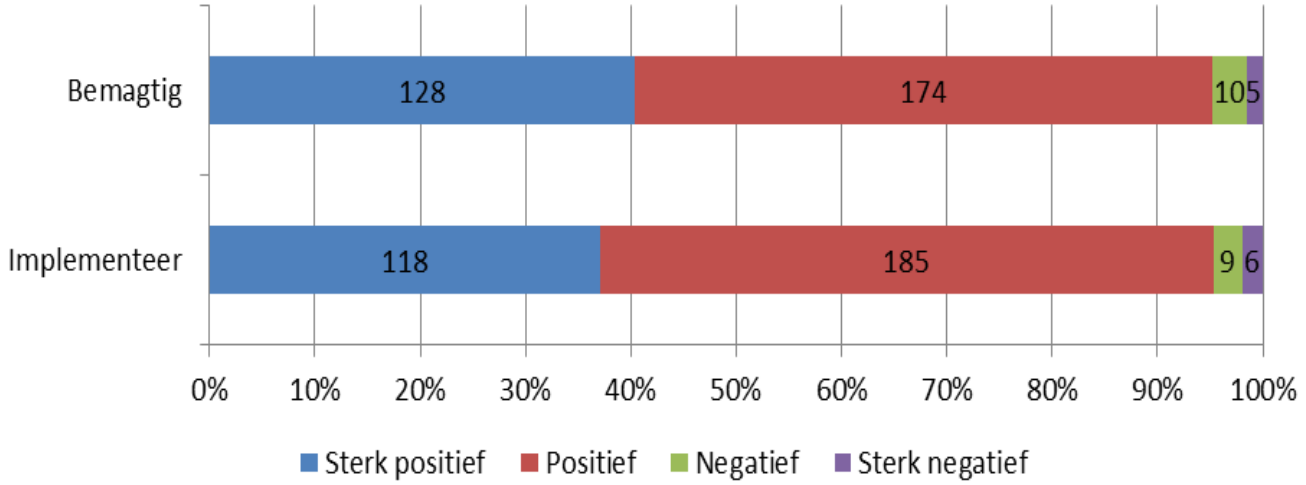
Vervolgens fokus die navorser op die onderwysers se menings rakende die moontlike implementering van ’n opleidingsprogram om onderwysers wat skoolhou in inklusiewe klaskamers te bemagtig om bewus te word van leerders wat hulleself mutileer en om aan hierdie leerders ondersteuning te bied.

5.6.3 D4: Onderwysers se menings rakende die moontlike implementering van ’n opleidingsprogram om onderwysers te bemagtig vir die identifisering van en basiese hulpverlening aan selfmutileerders

In Tabel 5.21 word gefokus op die onderwysers se menings rakende die moontlike implementering van ’n opleidingsprogram om onderwysers wat skoolhou in inklusiewe klaskamers te bemagtig om bewus te word van leerders wat hulleself mutileer en om aan hierdie leerders ondersteuning te bied.

Tabel 5.21: Onderwysers se menings rakende die moontlike implementering van ’n opleidingsprogram om onderwysers te bemagtig vir die identifisering van en basiese hulpverlening aan leerders wat hulleself mutileer in inklusiewe klaskamers

Onderwysers se menings rakende die moontlike implementering van ’n opleidingsprogram		Sterk positief		Positief		Negatief		Sterk negatief		Totaal		Onvoltooid	
		f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
1	Dit behoort definitief in inklusiewe klaskamers geïmplementeer te word	118	37.0	185	58.0	9	2.8	6	1.9	318	99.7	1	0.3
2	Dit sal beslis onderwysers in inklusiewe klaskamers bemagtig	128	40.1	174	54.5	10	3.1	5	1.6	317	99.4	2	0.6



Tabel 5.21 toon aan dat 37.0% van die onderwysers wat aan die studie deelgeneem het, sterk positief gevoel het dat ’n opleidingsprogram om onderwysers wat skoolhou in inklusiewe klaskamers te bemagtig om bewus te word van leerders wat hulleself mutileer en om aan hierdie leerders ondersteuning te bied, geïmplementeer behoort te word. In aansluiting hierby, was 58.0% van die onderwysers positief rakende die implementering van ’n opleidingsprogram in inklusiewe klaskamers. Slegs 2.8% het aangedui dat hulle negatief voel oor die implementering van ’n opleidingsprogram in inklusiewe klaskamers, en 1.91% het aangedui dat hulle sterk negatief voel oor die moontlike implementering van ’n opleidingsprogram in inklusiewe klaskamers om selfmutileerders te ondersteun.

Die response het ook aangetoon dat ‘n opleidingsprogram wel sou bydra tot die bemagtiging van onderwysers in die identifisering van en ondersteuning aan selfmutileerders aangesien 54.5% en 40.1% onderskeidelik positief en sterk positief gevoel het dat ‘n opleidingsprogram onderwysers kan bemagtig. ‘n Klein groepie onderwysers, (3.1%), was negatief en sterk negatief (1.6%) rakende die idee dat ‘n opleidingsprogram sou bydra tot die bemagtiging van onderwysers in die hantering van selfmutileerders.

Die data dui aan dat die meerderheid onderwysers wat aan die studie deelgeneem het van mening is dat ’n opleidingsprogram definitief in inklusiewe klaskamers geïmplementeer behoort te word om selfmutileerders te ondersteun. Verder het die onderwysers ook die siening gehuldig dat ’n opleidingsprogram beslis onderwysers in inklusiewe klaskamers sal bemagtig. Die response op beide voorafgaande vrae, bied aan die navorser ’n rasionaal vir die ontwikkeling van ’n opleidingsprogram vir die identifisering van en hulpverlening aan selfmutileerders. In teenstelling met die siening van Hoadley (2007:254-256) dat onderwysers oorbelas is en dat hulpverlening aan leerders by sosiale dienste tuishoort, wil dit voorkom asof die onderwysers wat aan die studie deelgeneem het anders dink en ook hulpverlening as een van hulle take, bykomend tot onderrig en leer, beskou.

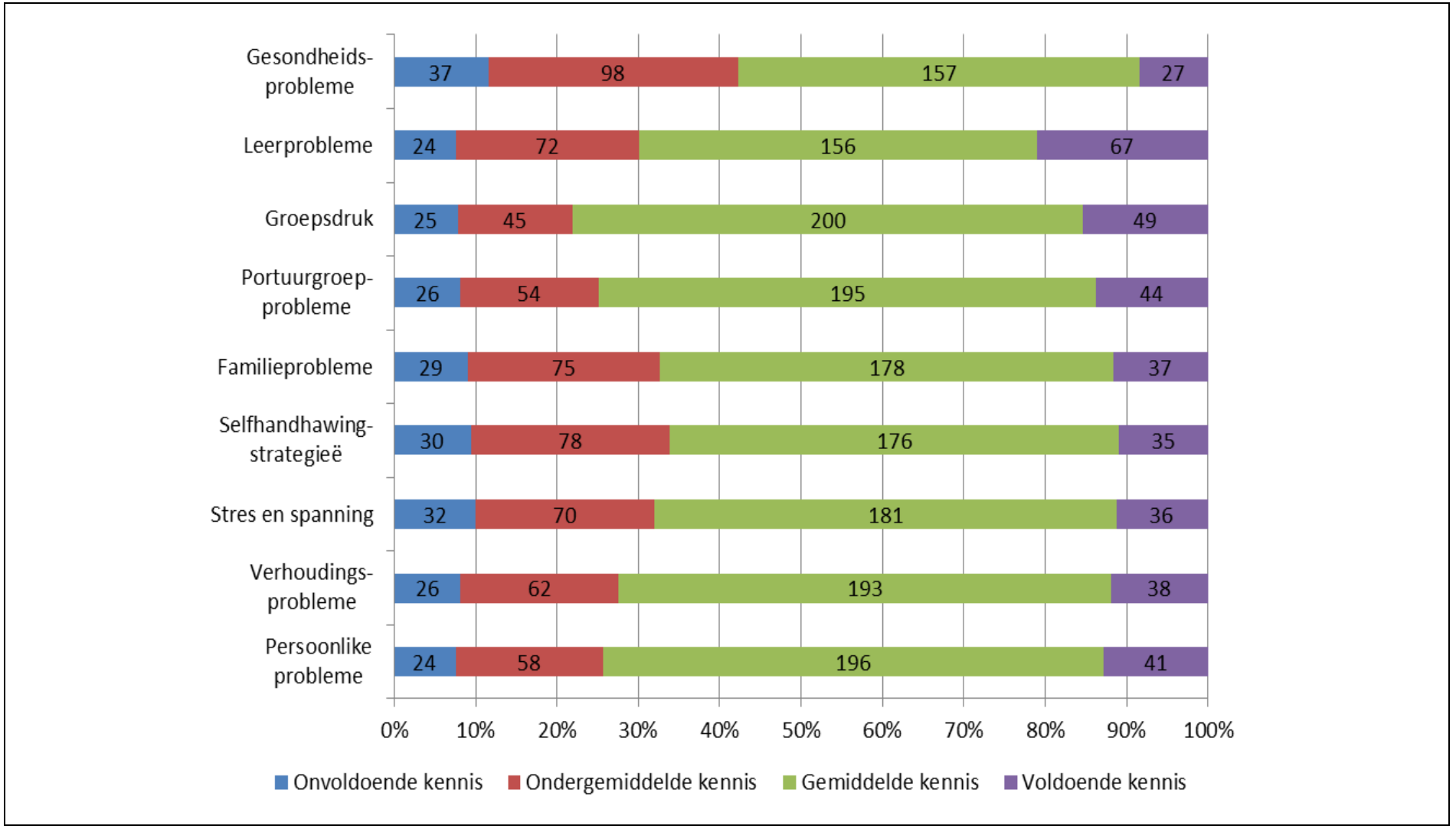
In die volgende afdeling fokus die navorser op die onderwysers se kennis en vaardighede rakende die ondersteuning van leerders wat hindernisse tot leer ervaar soos dit weergegee word in D5 van die navorsing (vraelys).

5.6.4 D5: Onderwysers se kennis en vaardighede rakende die ondersteuning van leerders wat hindernisse tot leer ervaar

In Tabel 5.22 word gefokus op die onderwysers se kennis en vaardighede rakende die ondersteuning van leerders wat sekere hindernisse tot leer ervaar.

Tabel 5.22: Onderwysers se kennis en vaardighede rakende die ondersteuning van leerders wat hindernisse tot leer ervaar

Onderwysers se kennis en vaardighede rakende die ondersteuning van leerders wat hindernisse tot leer ervaar		Onvol-doende kennis		Ondergemid-delde kennis		Gemiddelde kennis		Voldoende kennis		Totaal	
		1		2		3		4			
		f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
1	Persoonlike probleme	24	7.5	58	18.2	196	61.4	41	12.9	319	100.0
2	Verhoudingsprobleme	26	8.2	62	19.4	193	60.5	38	11.9	319	100.0
3	Stres en spanning	32	10.0	70	22	181	56.7	36	11.3	319	100.0
4	Selfhandhawings- (“coping”) strategieë	30	9.4	78	24.4	176	55.2	35	11.0	319	100.0
5	Familieprobleme	29	9.1	75	23.5	178	55.8	37	11.6	319	100.0
6	Portuurgroepprobleme	26	8.2	54	16.9	195	61.1	44	13.8	319	100.0
7	Groepsdruk	25	7.8	45	14.1	200	62.7	49	15.4	319	100.0
8	Leerprobleme	24	7.5	72	22.6	156	48.9	67	21.0	319	100.0
9	Gesondheidsprobleme	37	11.6	98	30.7	157	49.2	27	8.5	319	100.0


Gesondheids-probleme
37
98
157
27
Leerprobleme
24
72
156
67
Groepsdruk
25
45
200
49
Portuurgroep-probleme
26
54
195
44
Familieprobleme
29
75
178
37
Selfhandhawing-strategieë
30
78
176
35
Stres en spanning
32
70
181
36
Verhoudings-probleme
26
62
193
38
Persoonlike probleme
24
58
196
41
0%
10%
20%
30%
40%
50%
60%
70%
80%
90%
100%
Onvoldoende kennis
Ondergemiddelde kennis
Gemiddelde kennis
Voldoende kennis

Tabel 5.22 toon dat meer as 50% van die onderwysers aangedui het dat hulle oor ’n gemiddelde kennis beskik om ondersteuning ten opsigte van al die gemelde hindernisse tot leer aan te bied. Leerprobleme en gesondhheids-probleme blyk die twee areas te wees waar die onderwysers ’n sterk behoefte aan meer kennis het, aangesien slegs 48.9% aangedui het dat hulle oor voldoende kennis vir die hantering van leerprobleme beskik, en 49.2% het aangedui dat hulle oor voldoende kennis rakende die hantering van gesondheidsprobleme beskik. Wat vir die navorser kommerwekkend is, is dat daar ’n aantal onderwysers is wat oor ’n ondergemiddelde (14.1%-30.7%) en onvoldoende kennis (7.5%-11.6%) rakende die ondersteuning van hindernisse tot leer beskik. Tussen 8.5% en 21% van die onderwysers het aangedui dat hulle oor voldoende kennis beskik.

Aansluitend by bogenoemde bevindinge wil dit dus voorkom asof dit noodsaaklik is dat die onderwyser via universitêre opleiding en indiensopleiding deur die Departement van Onderwys beter toegerus te word vir die bied van ondersteuning aan leerders wat hindernisse tot leer ervaar. Indien onderwysers beter toegerus kan word vir die hantering van leerders met persoonlike probleme, verhoudingsprobleme, stres en spanning, selfhandhawing, familieprobleme, portuurgroep probleme, groepsdruk, leerprobleme en gesondheidsprobleme, sou hulle in staat wees om selfmutileerders te ondersteun, aangesien selfmutileerders hulleself by wyse van die vermelde eienskappe kenbaar maak:

- persoonlikheidsprobleme (*cf.* Lukomski & Folmer, 2004:92; Comer, 2005*;* Glassman *et al.,* 2007:2483-2490) (*cf.* 2.3.1);
- verhoudingsprobleme (*cf.* Turner, 2002:25; Selekman, 2002a; Brink, 2005:15; Comer, 2005; Pitonyak, 2005:5) (*cf.* 2.4.1, 2.4.3);
- stres en spanning (*cf.* Comer, 2005; Woldorf, 2005:196-200; Collins, 2007:13) (*cf.* 2.3.1);
- selfhandhawingstrategieë (*cf.* Turner, 2002:56; Bowman & Kaye in Collins, 2007:13) (*cf.* Figuur, 2.6; 2.3.1);

- familieprobleme (*cf.* Selekman, 2002a; Brink, 2005; Dombeck, 2009; Tuisku *et al.,* 2009:1125-1136) (*cf.* 2.4.1);
- portuurgroepprobleme/groepsdruk (sosiale onttrekking of aanmoediging van selfmutilasie) (*cf.* Selekman, 2002a; Pitonyak, 2005:5) (*cf.* 2.4.1, 2.4.3);
- leerprobleme (*cf.* Turner, 2002:25-29; Collins, 2007:12) (*cf.* 2.5); en
- eetversteuringe (*cf.* Manley & Leichner, 2003:32-36; Favaro *et al.,* 2004:31-43; Eberly, 2005:26-29) (*cf*. 2.4.8).

Gesien teen die agtergrond van die selfmutileerder wat persoonlike probleme, verhoudingsprobleme, stres en spanning, familieprobleme, portuurgroep-probleme en leerprobleme ervaar, is die navorser van mening dat hy met redelike sekerheid kan aanneem dat onderwysers as gevolg van hulle gemiddelde tot onder-gemiddelde kennis ten opsigte van hindernisse tot leer nie toereikend aan selfmutileerders basiese hulp sal kan verleen nie.

Vervolgens is die fokus op die data-analise van die oop vrae wat in die navorsing gebruik is.

5.7 DATA-ANALISE EN -INTERPRETASIE: ONDERWYSERRESPONSE: OOP VRAE

In hierdie afdeling word ’n nadere omskrywing gegee van die onderwysers wat aan die navorsing deelgeneem het se response rakende die oop vrae wat in die vraelys ingeskakel was.

Daar sal vervolgens gefokus word op die nadere omskrywing van die onderwysers se response rakende Vraag B3 van die vraelys, wat handel oor die onderwysers se bewuswording van leerders wat hulleself mutileer en hoe hulle van die leerders bewus geword het.

Die response van die Oud-Model C-skole en Township-skole rakende hoe hulle bewus geword het van leerders wat hulleself mutileer, word in Tabel 5.23 saamgevat in die volgorde van belangrikheid waarmee hulle deur die respondente vermeld is. Die belangrikheid van ’n betrokke respons is bepaal

deur ’n opname te maak van hoeveel onderwysers dieselfde siening omtrent ’n sekere aspek gehad het.

5.7.1 Afdeling B3: Bewuswording van leerders wat hulleself mutileer

Tabel 5.23: Onderwysers se bewuswording van selfmutilasie by leerders

Oud-Model C-skole		Township-skole	
1.	waarneming van snymerke	1.	mede-leerders rapporteer selfmutilasie van selfmutileerders aan onderwysers
2.	mede-leerders rapporteer selfmutilasie van selfmutileerders aan onderwysers	2.	waarneming van snymerke
3.	leerders erken aan onderwysers dat hulle hulleself mutileer	3.	ingelig deur mede-kollegas
4.	ingelig deur mede-kollegas	4.	bewuswording deurdat familielid se kind hom-/haarself mutileer
5.	inligting van leerders self verkry tydens berading met leerders	5.	bewuswording tydens ’n klasbespreking oor selfmutilasie
6.	kleredrag, bewuswording tydens skoolkamp; waarneming van letsels; kontak deur ouer; polse wat verbind was; inligting verkry vanaf selfmutileerders se sielkundiges		

Vanuit die response blyk dit dat die onderwysers wel bewus is van sekere van die kenmerke, waaronder snymerke en kleredrag, waarvolgens selfmutileerders geïdentifiseer kan word. Die literatuur vermeld ook kenmerke soos snymerke en kleredrag waarvolgens die selfmutileerder uitgeken kan word (Turner, 2002:25-29; Collins, 2007:12) (*cf.* 2.5). Dit blyk egter vanuit die response, dat die minder opsigtelike en moeilik waarneembare kenmerke soos gevoelens van minderwaardigheid, swak impulskontrole, ontevredenheid met die liggaam, stres, angstigheid en eetversteurings, sensitiwiteit vir verwerping, onderdrukte aggressie en ontoereikende gesinsopset nie deur die onderwysers vermeld is nie (Turner, 2002:25-29; Collins, 2007:12) (*cf.* 2.5) Alhoewel die response in 5.5.2 aangedui het dat onderwysers kennis dra van die kenmerke van die selfmutileerder, vind hulle dit klaarblyklik moeilik om die moeilik-waarneembare kenmerke te identifiseer, aangesien hulle response

geen moeilik-waarneembare kenmerke vermeld het nie. Dit kan ook wees dat onderwysers nie bewus is van die omvang van die verskillende kenmerke van selfmutilasie nie, wat weereens die noodsaaklikheid van ’n opleidingsprogram onderstreep. Gebaseer op die response, argumenteer die navorser dat dit ook noodsaaklik is om onderwysers meer te sensiteer ten opsigte van die moeilik waarneembare kenmerke van selfmutilasie.

Dit is opmerklik dat onderwysers waarskynlik met mekaar praat oor leerders wat moontlike selfmutileerders is, dat die probleem nie geïgnoreer word nie, en dat leerders self ook bewus is van hulle maats wat hulleself mutileer en dit kom aanmeld. ’n Positiewe aspek wat uit die response van die Oud-Model C-skole se onderwysers na vore gekom het, is die feit dat daar selfmutileerders is wat klaarblyklik die vrymoedigheid het om self aan onderwysers te erken dat hulle hulleself mutileer. In hierdie gevalle sou dit dus belangrik wees dat onderwysers toegerus moet wees om korrektief op te tree en as vertroueling vir die selfmutileerder te figureer. In die konteks van die data wat in 5.6.4 verkry is wat daarop gedui het dat onderwysers oor gemiddelde tot onder-gemiddelde kennis beskik kan korrektiewe optrede dalk problematies wees. Die data dui andersyds ook daarop dat daar wel onderwysers is wat klaarblyklik vertroue by leerders inboesem, sodat hulle die vrymoedigheid het om onderwysers met hulle probleme te nader, wat die belangrike rol van die onderwyser vir basiese hulpverlening benadruk. ‘n Groot mate van ooreenstemming in die wyses van bewuswording van selfmutilasie word tussen die response van die Oud-Model C-skole en die Township-skole se onderwysers opgemerk. Beide groepe vermeld waarneming deur middel van snymerke, mede-leerders en mede-kollegas.

Vervolgens word die tipe opleiding wat die onderwysers ontvang het om leerders wat hulleself mutileer te kan ondersteun, aan die orde gestel.

5.7.2 Afdeling B5: Opleiding om leerders wat hulleself mutileer te kan ondersteun

Die Oud-Model C-skoolonderwysers se response rakende vraag B5 was soos volg:

- die oorgrote meerderheid onderwysers het aangedui dat hulle **Sielkunde** as vak geneem het, wat hulle tot ’n mate daartoe in staat stel om leerders wat hulleself mutileer, te kan ondersteun;
- ’n tweede groep het aangedui dat hulle ’n **beradingskursus** voltooi het, wat hulle daartoe in staat stel om leerders wat hulleself mutileer, te kan ondersteun;
- ’n derde groep het aangedui dat hulle **opleiding ontvang het by die skool** (indiensopleiding) rakende selfmutilasie, wat hulle in ’n mate toerus om leerders wat hulleself mutileer te kan ondersteun; en
- ’n vierde groep het aangedui dat hulle **deel van hulle betrokke skole se ondersteuningspanne** is en dat aan hulle inligting verskaf is om ondersteuning te kan verleen aan leerders wat hulleself mutileer.

In direkte aansluiting by voorgaande response van die onderwysers wat verbonde is aan Oud-Model C-skole, was die Township-skoolonderwysers se response rakende die tipe opleiding wat hulle ontvang het om leerders wat hulleself mutileer te ondersteun, soos volg:

- enkeles het opgemerk dat hulle **’n diploma-kursus** voltooi het waarin kennis rakende selfmutilasie voorgekom het wat hulle tot ’n mate toerus om leerders wat hulleself mutileer te kan ondersteun; en
- ’n tweede groep het aangedui dat hulle **kennis van Sielkunde** hulle tot ’n mate in staat stel om ondersteuning te verleen aan leerders wat hulleself mutileer.

Samevattend beskou, wil dit dus voorkom asof daar wel ’n sekere aantal onderwysers en skole is wat oor basiese kennis en opleiding beskik vir die bewuswording van selfmutilasie onder leerders, wat hulle wel tot ’n mate in staat stel om ondersteuning en basiese hulp te verleen aan leerders wat hulleself mutileer. Die hoeveelheid opleiding by beide Oud-Model C-skoolonderwysers en Township-skoolonderwysers (soos aangetoon deur die response), blyk egter beperk te wees tot enkele onderwysers, terwyl die oorgrote meerderheid onderwysers skynbaar oor geen opleiding beskik om selfmutileerders te kan ondersteun nie. Bogenoemde bevindinge beklemtoon

dus die noodsaaklike implementering van ’n opleidingsprogram vir onderwysers om selfmutileerders te identifiseer en basiese hulp te verleen. Verder ondersteun hierdie response die bevindinge in 5.6.4 dat onderwysers nie oor voldoende kennis beskik rakende die hantering van hindernisse tot leer nie.

Die response ondersteun die data wat verkry is in 5.4.1 en 5.4.3 waar die onderwysers aangedui het dat hulle oor onvoldoende of ondergemiddelde kennis rakende wyses waarop leerders wat hulleself mutileer, beskik. In die konteks van die studie het 74.3% aangedui dat hulle geen opleiding ontvang het nie, teenoor die 25.7% wat aangedui het dat hulle wel opleiding ontvang het (*cf.* Tabel 5.14) om leerders wat hulleself mutileer te ondersteun. Die gebrek aan opleiding ondersteun ook uitsprake in die literatuur wat aandui dat Suid-Afrikaanse onderwysers oor gebrekkige kennis vir die hantering van hindernisse tot leer beskik (Prinsloo, 2001:344-348; Engelbrecht, 2006:253-264) (*cf.* 1.1). In aansluiting hierby is Eloff en Kgwete (2007:355) (*cf.* 2.6.2) van mening dat onderwysers beter opgelei behoort te word om inklusiewe onderwys effektief te implementeer.

Vervolgens fokus die navorser op die response wat verkry is vir die oop vrae in Afdeling C van die vraelys, naamlik die moontlike impak daarvan op onderrig en leer en op emosionele en sosiale ontwikkeling.

5.7.3 Afdeling C3: Negatiewe invloede van selfmutilasie op onderrig en leer

Die response van die Oud-Model C-skole en Township-skole rakende die negatiewe invloed wat selfmutilasie op onderrig en leer het, word in Tabel 5.24 saamgevat, in die volgorde van belangrikheid waarmee hulle deur die respondente genoem is. Die belangrikheid van ’n betrokke respons is bepaal deur ’n opname te maak van hoeveel onderwysers dieselfde siening omtrent ’n sekere aspek gehad het.

Tabel 5.24: Onderwysers se menings rakende die negatiewe invloede van selfmutilasie op onderrig

Oud-Model C-skole		Township-skole	
1.	negatiewe invloed uitoefen op die leerders se konsentrasie	1.	gebrekkige konsentrasie
2.	afleibaarheid in klasverband	2.	selfmutileerders is daartoe geneig om akademies swak te presteer
3.	onbetrokkenheid teenoor onderrig	3.	selfmutileerders is geneig om die klas te ontwrig
4.	negatiwiteit teenoor akademie en onttrekking aan onderrig	4.	onderwysers beskik nie oor die nodige kennis van selfmutilasie nie – daarom sal selfmutileerders 'n negatiewe invloed uitoefen op onderrig en leer
5.	sal nie vir die onderwysers luister nie en sal onderrig belemmer	5.	selfmutileerders is geneig tot afwesighede
6.	geneig tot afwesighede	6.	selfmutileerders is negatief teenoor die onderwyser
7.	selfmutileerders sal onderrig negatief beïnvloed	7.	selfmutileerders hanteer dinge sleg ("cope" nie) en skep dissiplinêre probleme
8.	sal ander leerders se aandag aflei	8.	selfmutileerders is geïrriteerd en vertoon aandagsoekende gedrag wat onderrig en leer negatief kan beïnvloed.
9.	sal gedragsprobleme in die klas openbaar		
10.	selfmutileerders is passief in die klassituasie		

Bogenoemde menings van die onderwysers rakende die negatiewe invloed wat selfmutilasie op **onderrig** kan uitoefen**,** korreleer tot 'n mate met die nagevorsde literatuur soos weergegee word in Hoofstuk 1 en 2 van die betrokke studie wat selfmutileerders soos volg beskryf:

- hulle openbaar aandagsoekende gedrag (*cf.* Pitonyak, 2005:5; Claes & Vandereycken, 2007:305-315; Collins, 2007:13; Cutter *et al.,* 2008; Dougherty *et al.,* 2009:22-27; Tantum & Huband, 2009:58) (*cf*. 2.3.1, 2.4.3);
- hulle kom geïrriteerd voor (*cf.* Turner, 2002:52; Collins, 2007:11) (*cf.* 2.4.2, 2.5);
- gereelde afwesighede kom voor (Thornton, 1996:1) (*cf.* 2.4.7); en

- hulle is negatief en ongemotiveerd (Turner, 2002:25-29; Collins, 2007:12) (*cf.* 2.5). Negatiwiteit en ongemotiveerdheid kan volgens die navorser tot passiwiteit tydens die onderrig-leergebeure lei.

Verder vertoon die response van die Oud-Model C-skole se onderwysers en die Township-skole se onderwysers sekere ooreenkomste. Beide groepe onderwysers is dit eens dat selfmutileerders onder andere afwesig kan wees, konsentrasieprobleme ervaar, negatief en passief ten opsigte van onderrig is, en ontwrigtende gedrag openbaar.

Vervolgens fokus die navorser op die response wat verkry is vir die negatiewe invloed wat selfmutilasie op **leer** kan uitoefen. In Tabel 5.25 word die response van die onderwysers weergegee in die volgorde van belangrikheid waarmee hulle deur die respondente genoem is. Die belangrikheid van ’n betrokke respons is bepaal deur ’n opname te maak van hoeveel onderwysers dieselfde siening omtrent ’n sekere aspek gehad het.

Tabel 5.25: Onderwysers se menings rakende die negatiewe invloed van selfmutilasie op leer

Oud-Model C-skole		Township-skole	
1.	konsentrasieprobleme	1.	sukkel met konsentrasie
2.	selfmutileerders is negatief teenoor leer	2.	selfmutilasie lei tot swak akademiese vordering
3.	selfmutileerders is ontoereikend gemotiveerd	3.	selfmutileerders stel nie belang in leer nie
4.	selfmutileerders is oor die algemeen nie geïnteresseerd in leer nie	4.	selfmutileerders ontwrig ander leerders sodat leer nie plaasvind nie
5.	selfmutileerders bekommer hulle gedurig en sukkel om te leer	5.	selfmutilasie lei tot afwesighede en swak akademiese prestasie
6.	selfmutileerders belewe fisieke en emosionele pyn wat lei tot afwesighede wat leer negatief beïnvloed	6.	Selfmutileerders hanteer dinge sleg (“cope” nie) en hulle gedrag beïnvloed mede-leerders en verhinder leer
7.	selfmutileerders maak van swak studiemetodes gebruik	7.	selfmutileerders is nie geïnteresseerd in leer oor die algemeen nie
8.	selfmutileerders doen nie huiswerk nie, het geen selfvertroue nie en steur mede-leerders	8.	selfmutileerders het geen selfvertroue nie

Samevattend beskou bestaan daar die volgende ooreenkomste en verskille rakende die Oud-Model C-skole en Township-skole se response met betrekking tot die moontlike negatiewe invloede wat selfmutilasie kan uitoefen op leer:

Vir beide groepe is konsentrasie die grootse probleem wat by selfmutileerders leer negatief kan beïnvloed. Aansluitend by bogenoemde respons was die onderwysers van beide Oud-Model C-skole en Township-skole dit eens dat selfmutilasie leerprestasie negatief kan beïnvloed – die volgende ooreenstemmende response is opgemerk:

- selfmutileerders sukkel met konsentrasie;
- selfmutileerders is nie geïnteresseerd in leer nie;
- selfmutileerders beïnvloed mede-leerders negatief; en
- selfmutileerders het geen selfvertroue nie.

Die response van die onderwysers stem ooreen met die argumente in die literatuur wat ook bogenoemde as negatiewe invloede van selfmutilasie op leer aandui (DSM-IVTM, 1994:423-436, 654; Thornton, 1996:1; Selekman, 2002a; Turner, 2002:25-29; Collins, 2007:11, 12) (*cf.* 2.4.2, 2.4.7, 2.5).

In die volgende afdeling fokus die navorser op die response wat verkry is op die oop vrae in Afdeling C 4 van die vraelys. Hierdie vrae het van die onderwysers verwag om hulle menings rakende die invloed van selfmutilasie op die emosionele en sosiale ontwikkeling van die leerder te gee.

5.7.4 Afdeling C4: Negatiewe invloede van selfmutilasie op die emosionele en sosiale ontwikkeling van die leerder

In Tabel 5.26 word die response van die onderwysers ten opsigte van die invloed van selfmutilasie op emosionele ontwikkeling van die leerder weergegee in die volgorde van belangrikheid waarmee hulle deur die respondente genoem is. Die belangrikheid van ’n betrokke respons is bepaal

deur ’n opname te maak van hoeveel onderwysers dieselfde siening omtrent ’n sekere aspek gehuldig het.

By die nadere beskouing van die response van die Oud-Model C-skool-onderwysers en die van die Township-skoolonderwysers, figureer die volgende ooreenstemmende temas en verskillende menings, rakende die moontlik negatiewe invloed wat selfmutilasie kan uitoefen op die emosionele ontwikkeling van die leerder.

Tabel 5.26: Invloed van selfmutilasie op emosionele ontwikkeling

Oud-Model C-skole		**Township-skole**	
1.	Depressie	1.	Swak selfbeeld
2.	Selfmutileerders gee op ’n verkeerde manier uiting aan hulle gevoelens	2.	Depressie
3.	Selfmutileerders kan nie hulle gevoelens wys nie	3.	Selfmutilasie gee aanleiding tot aggressie
4.	Swak selfbeeld	4.	Selfmutileerders is geneig om teruggetrokke te wees
5.	Selfmutileerders is geneig om teruggetrokke te wees wat hulle selfbeeld negatief kan beïnvloed	5.	Selfmutileerders is geneig om eenkant te wees
6.	Selfmutilasie gee aanleiding tot die volgende gedrag by leerders: emosionele uitbarstings; geheimhouding en onvolwasse gedrag wat hulle emosionele ontwikkeling belemmer	6.	Poginge tot selfmoord
7.	Selfmutilasie kan aanleiding gee tot die volgende gedrag: afgestomptheid, aggressie en aandagsoekende gedrag	7.	Selfmutileerders is nie in beheer van hulle emosies nie, hulle is gedurig in konflik met mede-leerders en is ’n gevaar vir mede-leerders
		8.	Selfmutileerders is verbitterd, gevoelloos, angstig, ervaar skuldgevoelens en is geneig tot geheimhouding, hulle bejammer hulleself, skakel nie by die groep in nie en is onstabiel

Bogenoemde response van die Oud-Model C-skoolonderwysers en die van die Township-skoolonderwysers rakende die moontlike negatiewe invloede

wat selfmutilasie kan uitoefen op die emosionele ontwikkeling van die leerder, korreleer met mekaar sowel as met die nagevorsde literatuur wat die selfmutileerder se **emosionele gedrag** soos volg tipeer:

- die selfmutileerder beleef gevoelens van skuld, skaamte, depressie en selfhaat (*cf.* Child Study Centre, 2001:3; Turner, 2002:47, 52; Collins 2007:11) *(cf.* 2.3.2);
- selfmutileerders beskik oor ’n lae selfkonsep (*cf*. Collins, 2007:11, 12) (*cf.* 2.4.2; 2.5);
- hulle is kronies kwaad, angstig en geïrriteerd (*cf.* Turner, 2002:46; Collins, 2007:11) (*cf.* 2.3.3, 2.4.2, 2.5);
- hulle beleef hoë vlakke van aggressie wat verband hou met grenslynpersoonlikheidsversteuringe *(cf*. DSM-IV TM, 1994:654; Collins, 2007:11; Ray, 2007:21) *(cf.* 2.4.2);
- hulle is depressief en selfvernietigend *(cf.* Thornton, 1996:1; Turner, 2002:104; Collins, 2007:11; Joyce *et al.,* 2010:250-257) (*cf.* 2.4.2, 2.4.7); en
- selfmutileerders is geneig tot geheimhouding (*cf.* Hohlfelder, 2004:2) (*cf.* 1.1).

Ongeag die feit dat onderwysers min of geen opleiding in die identifisering en hantering van selfmutilasie het nie (*cf.* 5.4.3, 5.7.2), blyk dit tog asof hulle bewus is van die negatiewe effek wat selfmutilasie op die emosionele gedrag van ‘n leerder kan uitoefen.

Vervolgens word die onderwysers se sienings rakende die invloed van selfmutilasie op die sosiale ontwikkeling (vorming van vriendskappe en verhoudings) van die leerder, hanteer.

’n Nadere beskouing van die onderwysers van die Oud-Model C-skole en Township-skole se response rakende die moontlike negatiewe invloede wat selfmutilasie op die sosiale ontwikkeling van leerders kan uitoefen, dui op die volgende ooreenstemmende temas en verskille. Tabel 5.27 rapporteer die ooreenkomste en verskille in die volgorde van belangrikheid waarmee hulle

deur die respondente genoem is. Die belangrikheid van ’n betrokke respons is bepaal deur ’n opname te maak van hoeveel onderwysers dieselfde siening omtrent ’n sekere aspek gehad het.

Tabel 5.27: Invloed van selfmutilasie op sosiale ontwikkeling

Oud-Model C-skole		Township-skole	
1.	Geïsoleerdheid	1.	Alleenheid of eenkant wees van die selfmutileerder
2.	Alleenheid	2.	Isolasie
3.	A-sosialiteit	3.	A-sosialiteit
4.	Teruggetrokkenheid	4.	Teruggetrokkenheid
5.	Meng nie met mede-leerders nie	5.	Meng nie met mede-leerders nie
6.	Skaam	6.	Skaam
7.	Verkeerde verhoudings; meng met ander selfmutileerders	7.	Selfbejammering, geneigdheid tot konflik, introvert, vrees vir verwerping, kommunikeer nie met mede-leerders nie
8.	Geheimhouding	8.	Geheimhouding
9.	Verkeerde vriende; openbaar aandagsoekende gedrag	9.	Verkeerde vriende, openbaar aandagsoekende gedrag
10.	Vertrou nie andere en mede-leerders nie en is geneig tot sosiale isolasie	10.	Vertrou nie andere en mede-leerders nie en is geneig tot sosiale isolasie

Die inligting in Tabel 5.27 toon sterk ooreenkomste tussen die response van die Oud-Model C-skoolonderwysers en die Township-skoolonderwysers aan. Bogenoemde bevindinge rakende die Oud-Model C-skoolonderwysers se response, en die van die Township-skoolonderwysers met betrekking tot die moontlike negatiewe invloede wat selfmutilasie moontlik op die sosiale ontwikkeling (vriendskappe en verhoudings) van die leerders kan uitoefen, korreleer soos volg met die nagevorsde literatuur se tipering van selfmutileerders:

- selfmutileerders is geneig tot depressie, isolasie, frustrasie en vervreemding (*cf.* Thornton, 1996:1; Turner, 2002:59, 104; Hohlfelder, 2004:26; Lukomski & Folmer, 2004:91-93, Comer, 2005, Woldorf, 2005:190-200, Claes & Vandereycken, 2007:305-315, Jirage, 2008,) (*cf.* 2.3.1, 2.4.7);

- selfmutileerders beleef ’n behoefte om in te skakel by ’n portuurgroep wat selfmutilasie aanmoedig en erkenning daaraan gee (c*f.* Selekman, 2002a*)* (*cf.* 2.4.1);

- selfmutileerders het onstabiele persoonlike verhoudings (DSM-IV TM, 1994:654; Pitonyak, 2005:5) (*cf*. 2.4.3);

- selfmutileerders onttrek hulleself aan sosiale aktiwiteite (Pitonyak, 2005:5; Claes & Vandereycken, 2007:305-315) (*cf.* 2.4.3); en

- selfmutileerders is skaam en isoleer hulleself (Thornton, 1996:1; Pitonyak, 2005:5; Claes & Vandereycken, 2007:305-315) (*cf*. 2.4.3, 2.4.7).

Ten spyte van die feit dat onderwysers min of geen opleiding in die identifisering en hantering van selfmutilasie het nie, blyk dit tog asof hulle bewus is van die negatiewe effek wat selfmutilasie op die sosiale gedrag van ‘n leerder kan uitoefen.

In die volgende afdeling fokus die navorser op die onderwysers se response wat verkry is vir die vrae in Afdeling D3 van die vraelys. Met hierdie vrae wou die navorser vasstel hoe onderwysers voel oor die pastorale rol wat hulle in die klaskamers moet vervul.

5.7.5 Afdeling D3: Onderwysers se gevoel oor die pastorale rol wat hulle moet vertolk

Die meerderheid van die onderwysers wat verbonde is aan die Oud- Model C-skole het aangedui dat hulle positief voel oor die pastorale rol wat hulle moet vertolk in inklusiewe klaskamers.

Hulle het egter die volgende voorstelle gemaak vir ’n meer toereikende funksionering van die pastorale rol van die onderwyser:

- dat meer tyd aan die onderwysers verleen word om sy pastorale rol te vervul aangesien daar te veel akademiese druk is;

- dat die pastorale rol slegs vir identifisering van leerders wat hindernisse tot leer ervaar aangewend moet word en dat die leerders daarna verwys moet word vir professionele ondersteuning;

- dat die pastorale rol van die onderwyser ondergeskik moet wees aan die onderwyser se akademiese rol; en

- dat die onderwyser in die uitoefening van sy pastorale rol die ouer mag betrek vir ondersteuning aan die leerder.

In teenstelling met die positiewe reaksie van Oud-Model C-skool-onderwysers rakende die uitoefening van die pastorale rol van die onderwyser, was daar egter ook onderwysers wat negatief was teenoor die pastorale rol van die onderwyser:

- ’n beperkte aantal onderwysers van die Oud-Model C-skole was negatief teenoor die pastorale rol wat hulle as onderwysers moet vertolk om die volgende redes:
    - hulle is van mening dat hulle nie oor genoegsame tyd en opleiding beskik om die pastorale rol toereikend te kan vertolk nie;
    - hulle is van mening dat die pastorale rol die taak van sielkundiges is;
    - hulle het alreeds te veel akademiese werk wat hulle moet doen en hulle klasse is te groot; en
    - hulle is van mening dat hulle deur die Gautengse Departement van Onderwys verbied word om hulle pastorale rol uit te oefen.

In noue aansluiting by die response van die Oud-Model C-skole se onderwysers, was die Township-skole se onderwysers se response soos volg:

- ’n groot meerderheid van die onderwysers was ten gunste van die vervulling van die pastorale rol van die onderwyser terwyl sommige egter die volgende voorstelle gemaak het vir die meer toereikende funksionering van die onderwyser se pastorale rol:

- onderwysers moet opgelei moet word om hulle pastorale rol te kan vertolk;
- meer tyd moet aan die onderwyser verleen word om hulle pastorale rol te kan vertolk; en
- die onderwyser/leerder-ratio moet verminder word.

In teenstelling met die positiewe response van die Township-skool-onderwysers rakende die vervulling van hulle pastorale rol, was daar egter ook ’n klein aantal Township-skoolonderwysers wat nie ten gunste was van die vervulling van hulle pastorale rol nie. Hulle besware was soos volg:

- hulle klasse is te groot (aantal leerders) en hulle beskik nie oor genoegsame tyd om hulle pastorale rol te vervul nie;
- hulle beskik nie oor die nodige kennis en vaardighede nie; en
- dit is te veel werk en hoort by sielkundiges.

Bogenoemde response ondersteun Eloff en Kgwete (2007:355) se argumente dat opleiding van onderwysers, kleiner klasse wat meer individuele aandag aan leerders moontlik sal maak en genoegsame hulpbronne belangrik is om dit vir onderwysers moontlik te maak om hindernisse tot leer aan te spreek.

Samevattend beskou, is die oorgrote meerderheid onderwysers ten gunste van die vervulling van hulle pastorale rol wat daarop dui dat die oorgrote meerderheid onderwysers moontlik ook ten gunste is van die implementering van ’n opleidingsprogram vir die identifisering en ondersteuning van leerders wat hulleself mutileer in inklusiewe klaskamers. Die feit dat onderwysers nie oor voldoende kennis en vaardighede beskik vir die uitvoer van hulle pastorale rol nie, en dat kleiner klasse nodig is vir die uitvoer van die pastorale rol, het ook duidelik uit die response na vore gekom.

Vervolgens fokus die navorser op vraag D6 in Afdeling D van die vraelys.

5.7.6 D6 (a): Leerarea/-areas of vak/vakke wat onderwysers tans onderrig

Die onderwysers wat aan die studie deelgeneem het, het ŉ wye verskeidenheid leerareas en vakke onderrig. Feitlik alle leerareas en vakke is deur die studie verteenwoordig. Die onderwysers se menings rakende die moontlike implementering van ŉ opleidingsprogram vir onderwysers om leerders wat hulleself mutileer in inklusiewe klaskamers te kan ondersteun, kan dus teen die agtergrond van onderrig in alle leerareas en vakke gesien word.

Met die volgende vraag wou die navorser vasstel of onderwysers vir leerders die geleentheid skep om oor probleme in die klas te praat.

5.7.7 D6 (b): Die skep van geleenthede vir leerders om in die klas te praat oor probleme wat hulle dalk ervaar

Die meerderheid Oud-Model C-skoolonderwysers het geantwoord dat hulle wél geleenthede skep vir leerders wat probleme ervaar om in die klas daaroor te praat. Hulle het verduidelik dat hulle dit op die volgende wyses doen:

- hulle praat met die leerders privaat na klas of gedurende pouses;
- hulle hou klasbesprekings om moontlike probleme wat leerders ervaar te bespreek in groepsverband; en
- hulle praat met leerders individueel tydens sportafrigting as hulle vermoed dat die leerder probleme ervaar.

Hierteenoor was daar ŉ klein groepie onderwysers wat opgemerk het dat hulle nie geleenthede skep vir leerders om in die klas oor probleme wat hulle ervaar te praat nie, op grond van die volgende redes:

Die oorgrote meerderheid het aangedui dat akademiese werkslading dit onmoontlik maak om met leerders oor hulle probleme te praat. Sommiges het aangedui dat hulle nie met leerders oor hulle probleme praat nie omrede hulle nie genoegsaam daarvoor opgelei is nie, en gevolglik nie oor die nodige

kennis beskik om leerders te ondersteun nie. Verder het die onderwysers aangedui dat hulle van mening is dat leerders ongemaklik voel as hulle onderwysers met hulle oor moontlike probleme wat hulle ervaar probeer praat, en party het opgemerk dat hulle nie met leerders oor hulle probleme praat nie, maar dit na hulle vakhoofde verwys. 'n Aantal onderwysers het aangedui dat hulle nie met leerders oor hulle probleme praat nie, omrede hulle van mening is dat dit nie hulle vakgebied is nie.

Die Township-skoolonderwysers se response was soos volg:

'n Groot aantal onderwysers het aangedui dat hulle wél geleenthede skep in die klas vir leerders om oor hulle probleme met hulle te praat. Die volgende wyses waarop hulle vir die leerders geleenthede skep om te praat is vermeld:

Hulle bied aan die leerders die geleentheid om op 'n individuele basis privaat met hulle te praat oor probleme wat hulle ervaar. Sommige onderwysers het aangedui dat hulle groepsbesprekings in hulle klasse hou oor moontlike probleme wat leerders kan ervaar. Van die onderwysers het aangedui dat hulle debatte in hulle klasse hou oor moontlike probleme wat leerders mag ervaar of dat hulle opstelle aan die leerders in hulle klas gee om moontlike probleme wat hulle ervaar te verwoord, en dat hulle vraelyste aan die leerders in hulle klas uitdeel om te voltooi waartydens die leerders die probleme wat hulle ervaar kan aandui.

In teenstelling met die positiewe response van die Township-skool-onderwysers rakende die skep van geleenthede vir leerders in hulle klas om oor hulle probleme te praat, was daar egter ook enkele onderwysers wat "nee" geantwoord het. Hulle antwoorde was soos volg:

Baie onderwysers het aangedui dat hulle nie geleenthede in hulle klasse skep vir leerders om oor hulle probleme te praat nie, omrede hulle nie oor genoegsame tyd daarvoor beskik nie. Die volgende is as redes weergegee waarom hulle nie oor leerders se probleme in die klas praat nie:

- hulle is onbewus van leerders wat probleme ervaar;

- hulle is van mening dat leerders nie met manlike onderwysers oor hulle probleme sal of wil praat nie; en

- hulle is van mening dat dit die taak is van die onderwysers wat Lewensoriëntering as vak onderrig.

By die nadere beskouing van voorgaande response rakende die onderwysers se bereidwilligheid om met leerders wat probleme in hulle klasse ervaar te praat, maak die navorser versigtig die gevolgtrekking dat die oorgrote meerderheid onderwysers ten gunste is van die ondersteuning en basiese hulpverlening aan leerders wat hindernisse tot leer, waaronder selfmutilasie, ervaar. Die navorser is egter daarvan bewus dat die aanbevelings en besware van die onderwysers in ag geneem behoort te word, aangesien tyd en groot leerdergetalle definitiewe struikelblokke in die ondersteuning van leerders wat hindernisse tot leer kan ervaar, kan wees. Die response van die onderwysers ondersteun die uitsprake van Eloff en Kgwete (2007:351-355); Hoadley (2007:254-256) en Giese *et al.,* (2005:37-42), waarvolgens die pastorale rol 'n addisionele werkslas vir onderwysers meebring en die sukses van die uitvoer van die rol slegs kan slaag indien onderwysers kleiner klasse kan hanteer en voldoende opgelei is (*cf.* 2.6.2).

Die laaste oop vraag in die vraelys het gefokus op onderwysers se siening van die beskikbare ondersteuningstrukture om hulle te help om ondersteuning aan leerders se behoeftes te gee.

5.7.8 Afdeling D7: Ondersteuningstrukture in inklusiewe klaskamers om bewus te word van die behoeftes van leerders; en om ondersteuning aan leerbehoeftes te gee

Die Oud-Model C-skoolonderwysers se response rakende die ondersteuning-strukture wat in inklusiewe klaskamers beskikbaar is om bewus te word van die volgende behoeftes van leerders was soos volg:

Die meerderheid onderwysers het aangedui dat hulle daarvan bewus is dat Sielkundiges tot die beskikking van leerders is wat probleme ervaar. Baie het aangedui dat hulle skole oor 'n skoolgebaseerde ondersteuningspan beskik,

wat die probleme van die leerders kan hanteer. Sommige onderwysers het aangedui dat leerders wat probleme ervaar deur maatskaplike werkers binne en buite skoolverband ondersteun word. Van die response het aangedui dat die voogonderwysers en kollegas in hulle skool daarvoor verantwoordelik is om die leerders se probleme te hanteer en op te los; dat probleme wat leerders ervaar tydens personeelvergaderings bespreek en hanteer word; en dat die leerders se probleme aangespreek word deurdat hulle skole opleidingskursusse aanbied om hulle toe te rus om die probleme te hanteer.

In aansluiting by die response van die Oud-Model C-skoolonderwysers, het die response van die Township-skoolonderwysers die volgende uitgewys:

'n Groot aantal onderwysers het aangedui dat hulle daarvan bewus is dat die SGOS tot die beskikking is van leerders wat probleme ervaar. Baie van die onderwysers het aangedui dat hulle daarvan bewus is dat maatskaplike werkers binne en buite die skole tot die beskikking is van leerders wat probleme ervaar. Sommige onderwysers het aangedui dat hulle onbewus is van bestaande ondersteuningstrukture om leerders wat probleme ervaar te ondersteun. Hierdie respons is enersyds kommerwekkend, omrede hierdie onderwysers moontlik werklik nie daarvan bewus is nie, of andersyds oor ontoereikende kennis beskik rakende die ondersteuningstrukture wat daar in skole bestaan om leerders te ondersteun. Beide moontlikhede dui egter daarop dat dit noodsaaklik is om die onderwyser meer bewus te maak van sy gemeenskaps- en pastorale rol, sowel as die toepassing van die Nasionale Strategie vir Sifting, Identifisering, Assessering en Ondersteuning van leerders wat hindernisse tot leer ervaar (*cf.* 2.6).

Van die response het aangedui dat hulle daarvan bewus is dat voogonderwysers leerders met probleme ondersteun; dat hulle berading aan leerders gee wat probleme ervaar en boeke aan leerders gee om na te lees oor die probleme wat hulle ervaar. Van die onderwysers het die volgende ondersteuningstrukture vermeld wat bestaan om leerders se probleme aan te spreek:

- gemeenskapsforums;

- ouers;
- fasiliteerders; en
- die Suid-Afrikaanse Raad vir Alkoholisme en Afhanklikheid van Verdowingsmiddels (SANRA).

In samevatting kan uit die inligting wat bekom is gesien word dat die Oud-Model C-skoolonderwysers sowel as die Township-skoolonderwysers in sekere opsigte ooreenstem en verskil rakende ondersteuningstrukture waarvan hulle bewus is om leerders wat hindernisse tot leer ervaar te ondersteun. Die ooreenkomste en verskille was soos volg:

- die meerderheid onderwysers verbonde aan die Oud-Model C-skole was bewus van sielkundiges, die SGOS en maatskaplike werkers as ondersteuningstrukture. Hierteenoor was die onderwysers van die Township-skole eerstens meer bewus van die SGOS en daarnaas maatskaplike werkers en voogonderwysers wat steun aan leerders kan verleen.

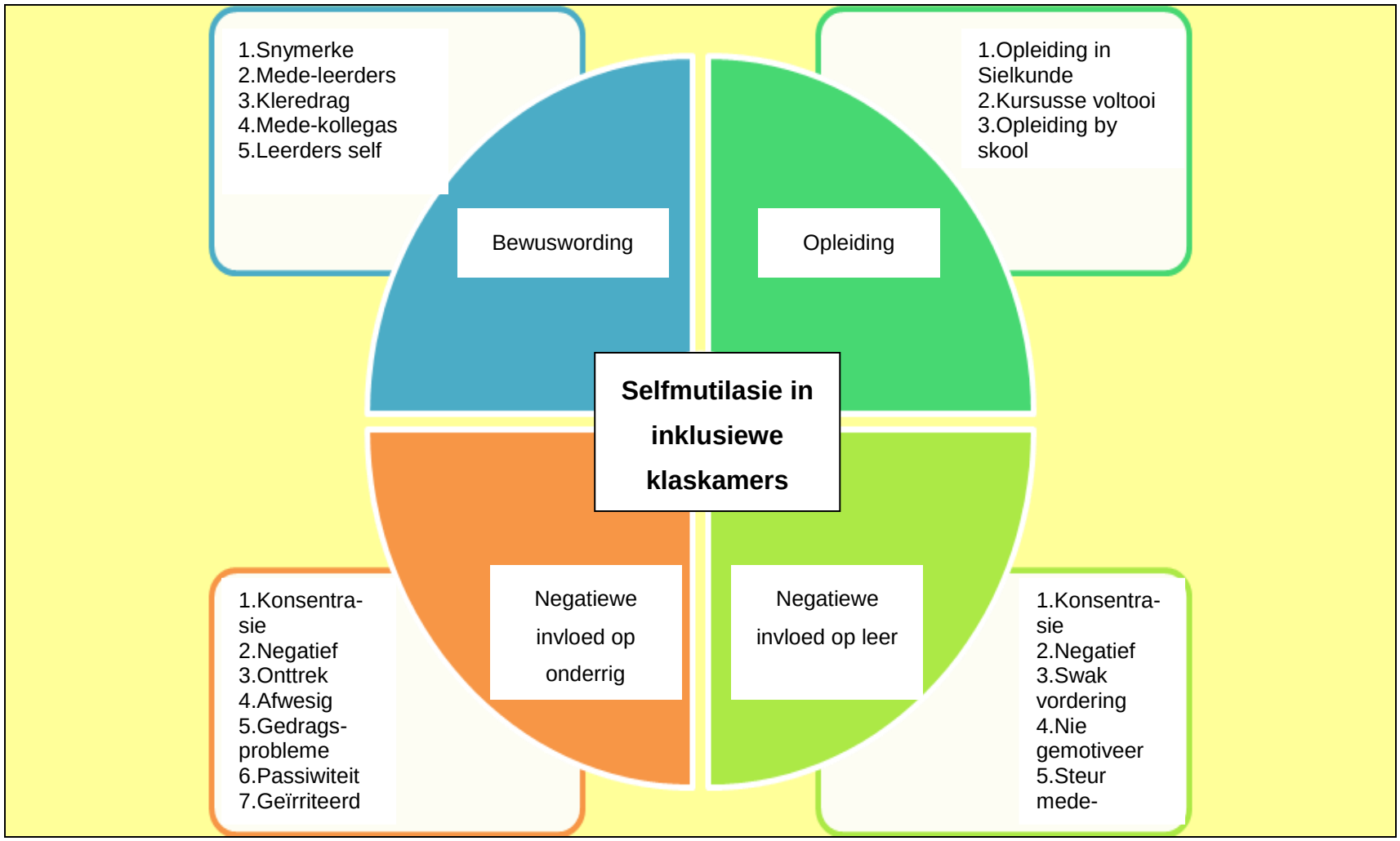
- 'n Aantal onderwysers verbonde aan die Township-skole was van mening dat daar geen ondersteuningstrukture bestaan om leerders wat hindernisse tot leer ervaar te ondersteun nie. (*cf.* 2.6).

  Beide groepe onderwysers het die volgende as ondersteuningstrukture vermeld:

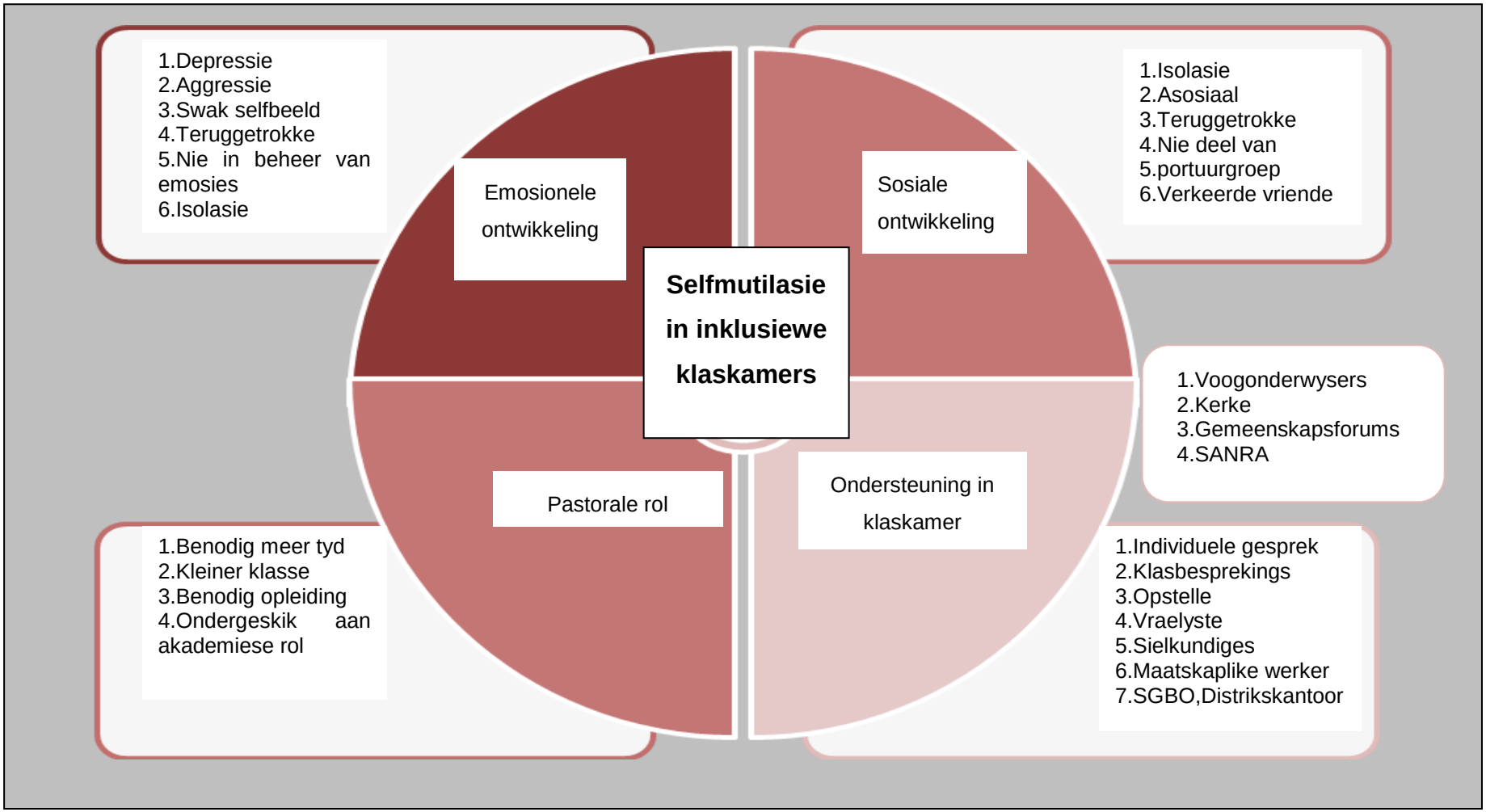
- beraders en voogonderwysers, fasiliteerders;
- SGOS
- kerke, gemeenskapsorganisasies en ouers;
- Suid-Afrikaanse Polisie;
- kinderbeskemingseenhede; en
- opleidingskursusse, boeke en die Suid-Afrikaanse Raad vir Alkoholisme en Afhanklikheid van Verdowingsmiddele (SANRA).

Bogenoemde response van beide die Oud-Model C-skole en die Township-skole, het geensins daarop gedui dat daar gestruktureerde opleidingsprogramme beskikbaar is, wat onderwysers bemagtig vir die identifisering van en basiese hulpverlening aan leerderbehoeftes nie. Met die response kon ook nie met sekerheid vasgestel word of die onderwysers bewus is van wat die rol wat die SGOS en DGOS behels nie. Verder, het nie een van die skole se onderwysers verwys na die implementering en gebruik van die Nasionale Strategie vir die Sifting, Identifisering, Assessering en Ondersteuning van leerders met leerbehoeftes nie (Department of Education, 2008:12) (*cf.* 2.6.3). Die opleidingsprogram wat die navorser in die vooruitsig stel sal aan beide voorgenoemde aspekte aandag gee as deel van basiese hulpverlening

By wyse van opsomming word die belangrikste response wat met behulp van die oop vrae van die Oud-Model C-skole en Township-skole se onderwysers verkry is, visueel voorgestel in Figuur 5.1 en 5.2.



Figuur 5.1: Selfmutilasie: bewuswording, opleiding van onderwysers en invloed op onderrig en leer



Figuur 5.2: Selfmutilasie: invloed op emosionele en sosiale ontwikkeling, siening van die pastorale rol en ondersteuning vir probleme

Met bogenoemde omskrywinge wil die navorser volstaan en vervolgens fokus op ’n vergelyking tussen die response van die Oud-Model C-skole en Township-skole.

5.8 DATA-ANALISE EN -INTERPRETASIE: ’N VERGELYKING TUSSEN OUD-MODEL C-SKOLE EN TOWNSHIP-SKOLE: AFDELINGS C EN D

5.8.1 Inleiding

Om te bepaal of daar enige statistiese beduidende verskille bestaan tussen die Oud-Model C-skole en die response van die Township-skole wat by wyse van ’n vraelys verkry is, is die response vergelyk ten opsigte van hulle gemiddeldes wat vir elke afdeling in die vraelys verkry is. T-toetse is gebruik om te bepaal of die verskille wat voorgekom het statisties beduidend was of nie (Pietersen & Maree, 2007c:230). Om die effekgrootte en die statistiese beduidendheid van verskille te bepaal, is Cohen se *d* bereken en die effekgroottes is soos volg geïnterpreteer:

- 0.2: klein effekgrootte;
- 0.5: gemiddelde effekgrootte; en
- 0.8: groot effekgrootte (Steyn, 2005:20).

Tabel 5.28 rapporteer die gemiddeldes, standaardafwykings en die statistiese beduidendheid van die verskille tussen die gemiddeldes, sowel as die effek-groottes van die statistiese beduidendheidsverskille in praktyk tussen die Oud- Model C-skool- en die Township-skoolonderwysers se response vir die verskeie afdelings van die vraelys. Figuur 5.3 bied ’n visuele voorstelling van die gemiddeldes wat verkry is vir die verskillende afdelings van die vraelys.

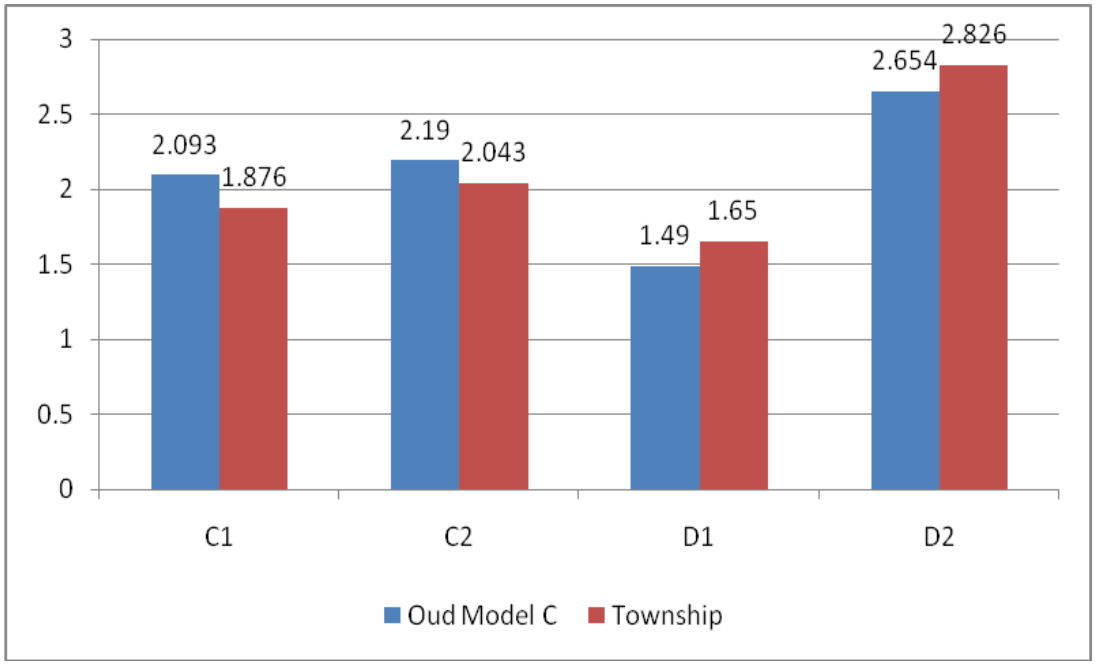
In Tabel 5.28 word die data vir die verskille tussen die Oud-Model C- en Township-skole vir die verskillende afdelings in die vraelys gerapporteer.

Tabel 5.28: Verskille tussen onderwyserresponse: Oud-Model C-skole versus Township-skole

Afdeling in vraelys		N	Gemiddeld $\bar{x}$	Standaard afwyking *s*	Bed. *p*	t	Cohen se *d*	Effek grootte
C1: Redes/oorsake vir selfmutilasie	Oud-Model C Township	160 159	2.093 1.876	0.522 0.367	0.000*	-4.279	0.416	Klein
C2: Kenmerke of gedragseienskappe van selfmutilasie	Oud Model C Township	160 159	2.190 2.043	0.506 0.340	0.003*	-3.025	0.291	Klein
D2: Taakareas van die pastorale rol	Oud Model C Township	160 159	1.490 1.650	0.541 0.498	0.006*	2.764	0.296	Klein
D5: Kennis en vaardighede vir die ondersteuning van leerders	Oud Model C Township	160 159	2.654 2.826	0.669 0.605	0.017*	2.402	0.257	Klein

* Statistiese beduidendheid: $p < 0.05$

Figuur 5.3: Gemiddeldes van afdelings in vraelys



Vervolgens word die interpretasie vir die verskille wat opgemerk is, vir elk van die afdelings in die vraelys hanteer.

Die volgende riglyn is in die interpretering van die resultate gebruik: dit is belangrik om te vermeld dat 'n laer gemiddeld op 'n meer positiewe respons dui, omrede dit nader aan "1" is, wat die respons "stem ten sterkste saam" verteenwoordig het. In die konteks van die studie was dit belangrik dat onderwysers ten sterkste sou saamstem met die stellings in die vraelys, aangesien dit daarop sou dui dat hulle oor voldoende kennis rakende die oorsake en kenmerke van selfmutilasie beskik. Die teendeel, "stem ten sterkste nie saam nie", sou dui op onvoldoende kennis wat die daarstel van 'n opleidingsprogram sou motiveer en ondersteun. 'n Sterk respons ten gunste van "stem glad nie saam nie", wat deur "4" aangedui is, sou ook bydra tot die motivering en ondersteuning vir die ontwikkeling van 'n opleidingsprogram.

Vervolgens word die data vir elk van die afdelings bespreek.

5.8.2 C1: Redes/oorsake vir selfmutilasie

Die gemiddeld vir die Township-skole vir die vrae in hierdie afdeling was 1.876 en die van die Oud-Model C-skole was 2.093. Die onderwysers moes in hierdie afdeling aandui in watter mate hulle saamstem met die genoemde redes/oorsake as werklike redes/oorsake vir selfmutilasie. Die klein standaardafwykings wat vir beide groepe opgemerk is, dui aan dat die response van die deelnemers redelik gesentreerd was rondom die gemiddeld, en dat daar nie groot variansie in die response was nie. Verder lyk dit asof die Township-skole se onderwysers oor beter kennis rakende die redes vir en die identifisering van selfmutilasie beskik het. Om te bepaal of die verskil tussen die twee gemiddeldes statisties beduidend is, is 'n t-toets gebruik. Die t-toets het 'n statistiese beduidendheid van $p < 0.05 = 0.000$ opgelewer. Dit beteken dat die Township-skole se onderwysers werklik oor 'n beter kennis rakende die oorsake vir selfmutilasie beskik het, en dat die verskil nie maar aan toeval toegeskryf kon word nie. Alhoewel die verskil statisties beduidend was, is slegs 'n klein effekgrootte in praktyk opgemerk ($d = 0.416$).

5.8.3 C2: Kenmerke of gedragseienskappe van selfmutilasie

In hierdie afdeling moes die onderwysers ook aandui in watter mate hulle saamstem dat die genoemde kenmerke wel kenmerke van selfmutilasie is. Die gemiddeld vir die response in hierdie afdeling was 2.043 vir die Township-skole en 2.190 vir die Oud-Model C-skole. 'n Klein standaardafwyking vir die response van beide groepe is weer opgemerk, wat aandui dat daar nie baie variansie in die response was nie. Dit lyk egter weereens asof die Township-skole se onderwysers oor beter kennis beskik rakende die kenmerke of gedragseienskappe van selfmutilasie. Om te bepaal of die verskil tussen die twee gemiddeldes statisties beduidend is, is 'n t-toets gebruik. Die t-toets het 'n statistiese beduidendheid van $p < 0.05 = 0.003$, met 'n klein effekgrootte in praktyk, $d = 0.291$, aangedui.

Die resultate dui aan dat die Township-skole se onderwysers werklik oor meer kennis rakende die kenmerke of gedragseienskappe van selfmutilasie beskik het as die Oud-Model C-skole se onderwysers, en dat die verskille wat tussen

die twee groepe voorgekom het, nie net aan toevalligheid toegeskryf kan word nie.

Ten opsigte van die response wat verkry is vir die voorafgaande twee afdelings maak die navorser die gevolgtrekking dat selfmutilasie dalk aan die toeneem is in Township-skole en onderwysers in hierdie skole dalk doelbewus daarop ingestel is om meer kennis rakende die oorsake vir en kenmerke van die verskynsel in te win.

5.8.4 D2: Taakareas van die gemeenskaps- en pastorale rol van die onderwyser

In hierdie afdeling moes die onderwysers aandui in watter mate hulle saamstem dat die aangeduide taakareas ressorteer onder hulle pastorale rol. Die gemiddeld van die Oud-Model C-skole se onderwysers vir hierdie afdeling was 1.490 en dié vir die Township-skole was 1.650. Soos by die vorige twee afdelings was die variansie in die response baie gering aangesien ’n standaardafwyking van 0.541 en 0.498 onderskeidelik vir die Oud-Model C-skole en die Township-skole se onderwysers bereken is. Ten opsigte van hierdie response lyk dit asof die Oud-Model C-skole se onderwysers in hierdie geval oor beter kennis beskik rakende die taakareas van die gemeenskaps- en pastorale rol van die onderwyser. Om te bepaal of die verskil tussen die twee gemiddeldes statisties beduidend is, is ’n t-toets gebruik. Die t-toets het ’n statistiese beduidendheid van $p < 0.05 = 0.006$ met ’n klein praktykeffek van 0.296 opgelewer. Dit beteken dat die beter kennis van die Oud-Model C-skool- onderwysers nie maar aan toevalligheid toegeskryf kon word nie.

5.8.5 C5: Kennis en vaardighede vir die ondersteuning van leerders

In hierdie afdeling moes die onderwysers aandui in watter mate hulle oor kennis beskik om ten opsigte van sekere probleme/hindernisse tot leer ondersteuning aan leerders te bied. Die gemiddeld van die Oud-Model C-skole se onderwysers was 2.654 en die vir die Township-skole was 2.826. Die lyk dus asof die Oud-Model C-skole se onderwysers oor beter kennis beskik rakende die kennis en vaardighede vir die ondersteuning van leerders. Om te bepaal of die verskil tussen die twee gemiddeldes statisties beduidend

is, is ’n t-toets gebruik. Die t-toets het ’n statistiese beduidendheid van $p < 0.05 = 0.017$ opgelewer. Hierdie statistiese beduidendheid het slegs ’n klein effekgrootte van $d = 0.257$ opgelewer. Dit beteken dat die beter kennis waaroor die Oud-Model C-skole se onderwysers beskik het, nie maar toevallig was nie.

Ten opsigte van die response wat verkry is vir die voorafgaande twee afdelings maak die navorser die gevolgtrekking dat die response moontlik daarop kan dui dat onderwysers in Oud-Model C-skole beter toegerus is vir die vervulling van hulle gemeenskaps- en pastorale rol en dat hulle daarom moontlik beter ondersteuning aan leerders wat hindernisse tot leer ervaar sal kan bied as die onderwysers in die Township-skole.

5.9 DATA-ANALISE EN -INTERPRETASIE: ’N VERGELYKING TUSSEN OUD-MODEL C-SKOLE EN TOWNSHIP-SKOLE: AFDELING B

5.9.1 Inleiding

In die konteks van die studie het die data wat vir Afdeling B1 verkry is nie normaliteit vertoon nie, en op aanbeveling van die Statistiese Konsultasiediens is nie-parametriese prosedures vir die vergelyking van die response vir Afdeling B gebruik . Die Chi-kwadraat, ’n nie-parametriese prosedure, wat frekwensies vergelyk en bepaal of daar ’n statisties beduidende verband of assosiasie bestaan, is gebruik (Pietersen & Maree, 2007c:246-247). In die konteks van die studie wou die navorser vasstel of daar ’n statistiese verband tussen die response van die Oud-Model C-skole en die Township-skole se onderwysers is ten opsigte van hulle kennis rakende die verskillende vorme van selfmutilasie (Cohen *et al.,* 2007:525).

Om te bepaal of die verband statisties beduidend is, is van t-toetse gebruik gemaak. Wanneer p kleiner as 0.05 is, is die verskille as statisties beduidend beskou. Om die sterkte van die verband te bepaal, is Cramer se V bereken omdat die data meer as slegs 2 x 2 tabelle omvat het (Leech, Barrett & Morgan, 2008:244). Die volgende interpretasies is van toepassing om die omvang van die effek te bepaal:

- 0.10: klein effek
- 0.30: medium effek
- 0.50: groot effek (Pietersen & Maree, 2007b:212)

In Tabel 5.29 word die frekwensies wat verkry is rakende die kennis van die onderwysers aangaande leerders wat hulleself mutileer gerapporteer.

Die onderwysers moes op ’n vierpunt-skaal aandui of hulle oor onvoldoende kennis (1), onder-gemiddelde kennis (2), gemiddelde kennis (3) of voldoende kennis (4) (*cf.* Tabel 5.29) rakende die verskillende vorme van selfmutilasie beskik. Indien die meerderheid van die response op die besit van “onvoldoende kennis” sou dui, sou dit ‘n sterk motivering vir die ontwikkeling van ‘n opleidingsprogram vir onderwysers bied.

Vervolgens word die data vir elkeen van afdelings B1 (Kennis aangaangde leerders wat hulself mutileer) en B6 (Aantal leerders waarvan onderwysers bewus is wat hulself mutileer), bespreek.

‘

Tabel 5.29: Kennis aangaande leerders wat hulleself mutileer

			N	1	2	3	4	Chi-kwadraat x^2	*p*	Cramer se V	Effek-grootte
1	Leerders wat hulleself sny	1	160	103	30	22	5	53.652	0.000*	0.340	Medium
		2	159	41	41	65	12				
2	Leerders wat hulleself brand	1	160	123	27	9	1	32.012	0.000*	0.314	Medium
		2	159	76	52	27	4				
3	Leerders wat hulleself slaan	1	160	121	31	6	2	15.837	0.001*	0.280	Klein
		2	159	91	44	20	4				
4	Leerders wat hulle eie hare uittrek	1	160	115	30	13	2	18.588	0.000*	0.266	Klein
		2	159	79	47	28	5				
5	Leerders wat hulle eie bene breek	1	160	134	20	4	2	8.819	0.032*	0.224	Klein
		2	159	112	39	6	2				
6	Leerders wat ou wonde/rowe oopmaak	1	160	126	22	10	2	23.126	0.000*	0.288	Klein
		2	159	88	49	14	8				
7	Leerders wat liggaamsdele stamp	1	160	124	26	8	2	6.730	0.081	0.237	Klein
		2	159	103	39	13	3				
8	Leerders wat hulle eie liggaamsdele byt	1	160	117	25	16	2	7.828	0.050*	0.264	Klein
		2	159	104	41	10	4				
9	Leerders wat hulleself op verskeie maniere mutileer	1	160	124	26	6	4	18.876	0.000*	0.245	Klein
		2	159	90	43	22	4				

* Statistiese beduidendheid: $p < 0.05$ 1=Oud-Model C skole 2=Township skole

'n Vergelyking van die frekwensies vir die verskillende items in Tabel 5.29 het statistiese beduidende verbande van $p < 0.05$ tussen die Oud-Model C-skole en die Township-skole se onderwysers opgelewer vir response ten opsigte van al die items in die afdeling behalwe vir item 7, waar 'n statistiese nie-beduidende verband van $x^2 = 6.730$, $p > 0.05 = 0.081$ aangetoon is tussen die persepsies van die onderwysers van Oud-Model C-skole en Township-skole rakende die verskillende vorme van selfmutilasie.

In die konteks van die studie was die verband tussen die onvoldoende kennis van Oud-Model C-skole se onderwysers met betrekking tot die verskillende vorme van selfmutilasie statisties beduidender as die verband tussen die kennis van die Township-skole se onderwysers en die verskillende vorme van selfmutilasie. Die navorser kon met sekerheid aanneem dat daar wel 'n statisties beduidende verskil in die sienings van die twee groepe onderwysers is met betrekking tot hulle kennis rakende die vorme van selfmutilasie, en dat die Oud-Model C-skole in vergelyking met die Township-skole tot 'n groter mate oor onvoldoende kennis beskik. Hierdie bevinding word ondersteun deur die bevindinge wat in 5.8.2 en 5.8.3 gerapporteer is, naamlik dat Township-skole se onderwysers beter kennis rakende die oorsake van selfmutilasie en die kenmerke van selfmutilasie het.

Aangesien die navorser ook die invloed van die verskillende biografiese veranderlikes op die response van die onderwysers wou vasstel (*cf.* 5.3), word die resultate vir die analise van die data met betrekking tot die verskillende biografiese veranderlikes in die volgende afdeling uiteengesit.

5.10 DIE INVLOED VAN BIOGRAFIESE VERANDERLIKES OP DIE RESPONSE

5.10.1 Inleiding

In die volgende afdeling sal die impak van die biografiese veranderlikes op die onderwysers se response van nader beskou word. Die biografiese veranderlikes is ondersoek om hulle invloed te bepaal op die deelnemers se persepsies rakende hulle siening ten opsigte van die moontlike

implementering van 'n opleidingsprogram vir onderwysers om leerders wat hulleself mutileer te kan identifiseer en te kan ondersteun in inklusiewe klaskamers. Die veranderlikes was:

- geslag;
- ouderdom;
- grade wat onderrig word;
- onderwyservaring;
- hoogste kwalifikasie; en
- wanneer onderwyskwalifikasie behaal is.

'n ANOVA is gebruik om die data van die vermelde biografiese veranderlikes saam te vat in verhouding tot die verskeie afdelings in die vraelys. Die ANOVA het aangedui dat daar slegs ten opsigte van een biografiese veranderlike, naamlik ouderdom, verskille in die onderwysers se siening met betrekking tot Afdeling C1: Redes vir en die identifisering van selfmutilasie, was.

Om te bepaal tussen watter ouderdomsgroepe die verskille voorgekom het ten opsigte van die redes vir en die identifisering van selfmutilasie, is daar van *post-hoc*-toetse gebruik gemaak, naamlik die Tukey-HSD- (Honestly Significant Difference) toets (McMillan & Schumacher, 2006:302). Aangesien die aantal deelnemers in Groep 5 te min was vir die toepassing van die Tukey-HSD statistiese prosedure om beduidendheid te bepaal, is die deelnemers van Groep 5 by die deelnemers van Groep 4 gevoeg. Die volgende ouderdomsgroeperings is dus in ag geneem:

Oorspronklike groepering	Veranderde groepering
1 = 21 – 30	1 = 21 – 30
2 = 31 – 40	2 = 31 – 40
3 = 41 - 50	3 = 41 – 50
4 = 51 – 60	4 = 51+

5 = 60+

Daar is slegs verskille opgemerk tussen die response van Groep 1 (21-30 jaar) en Groep 3 (41-50 jaar). Tabel 5.30 dui die resultate vir die verskil in response vir die twee ouderdomsgroepe aan.

5.10.2 Tukey-HSD-toetsresultate ten opsigte van ouderdom

Tabel 5.30: ANOVA en Tukey-HSD: ouderdom van onderwysers en redes vir en die identifisering van selfmutilasie (Vraag C1)

ANOVA *p*	**Groep**	**N**	**Gem $\bar{x}$**	**Std. afw *s***	**Tukey *p***	**Cohen *d***	**Effek-grootte**
0.004*	Groep 3 (41-50 jaar)	101	2.089	0.529	0.002*	0.512	Medium
	Groep 1 (21-30 jaar)	58	1.818	0.357			

* Statistiese beduidendheid: $p < 0.05$.

Aangesien Groep 1 minder deelnemers as Groep 3 gehad het, maak die navorsing versigting die volgende gevolgtrekking. Na aanleiding van die Tukey-resultate blyk dit dat die ouderdomsgroep 21 – 30 beter kennis aangaande die redes vir die identifisering van selfmutilasie gehad het as die ouderdomsgroep 41-50, aangesien $p < 0.05 – 0.002$.

Die rede hiervoor kan moontlik teen die volgende agtergrond verklaar word:

- daar is eers gedurende 1990 omvattende navorsing oor selfmutilasie onderneem wat dalk meer tot die jonger geslag spreek (*cf.* Timofeyev *et al.,* 2002) (*cf*.2.1.1); en

- selfmutilasie het onlangs meer onder die publieke oog gekom vanweë die feit dat bekende persone, waarmee jonger mense dalk eerder identifiseer, erken het dat hulle hulleself mutileer, soos byvoorbeeld wyle Prinses Diana van Wallis, Angelina Jolie en Johnny Depp (*cf.* Strong, 1998:19; Caperton, 2004:7; Shapiro, 2008:125) (*cf.* 2.1.1).

Indien bogenoemde feitlikhede in ag geneem word, is dit dus te verstane dat onderwysers tussen die ouderdom van 21-30 meer bewus kan wees van die voorkoms van selfmutilasie onder leerders as onderwysers vanuit die ouderdomsgroep van 40-50, vir wie selfmutilasie dalk ’n redelike onbekende verskynsel in hulle jonger jare was en moontlik beskou is as ’n onderafdeling van die grenslynpersoonlikheidsversteuring (DSM-IV TM, 1994:654; Joyce *et al.,* 2010:250-257) (cf.2.4.2).

5.11 SAMEVATTING

In aansluiting by die voorgaande omskrywinge rakende die data-analise en interpretasie word die navorsingsbevindinge soos vervat word in Hoofstuk 5 kortliks saamgevat:

- Slegs ’n klein persentasie van die onderwysers (25.7%) is bewus van leerders wat hulleself mutileer, terwyl 74.3% onbewus daarvan is. Die respons kan moontlik toegeskryf word aan ’n gebrek aan kennis om hierdie tipe leerder te identifiseer, of dat daar werklik nie selfmutileerders in die betrokke skole is nie (*cf.* 5.4.2, 5.4.4).

- Die response het aangedui dat 74.3% van die onderwysers geen opleiding ontvang het in die identifisering van en hantering van selfmutilasie nie. Sommige van die onderwysers is van mening dat hulle graad in Sielkunde, of die beradingskursusse en -opleiding wat die skool aangebied het, hulle kan help in die identifisering van en ondersteuning aan selfmutileerders (*cf*. 5.4.3, 5.7.2).

- Die data het aangetoon dat ondewysers in ‘n beperkte mate bewus is van leerders wat hulleself mutileer (*cf.* 5.4.4). Die respons kan moontlik toegeskryf word aan die feit dat daar moontlik geen leerders is wat hulleself mutileer nie, of dat onderwysers oor beperkte kennis beskik en sodoende nie bewus word van sodanige leerders nie.

- Onderwysers beskik oor ’n redelike hoeveelheid kennis rakende die identifisering van en die redes vir selfmutilasie (*cf.* 5.5.1), aangesien hulle wel onder andere emosionele spanning, ouer-kind verhoudings,

angstigheid, gevoelens van isolasie en skuldgevoelens as redes vir selfmutilasie aangedui het. Die onderwysers het ook aangedui dat hulle sekere kenmerke of gedragseienskappe wat ’n aanduiding van selfmutilasie by leerders kan wees, kon identifiseer. In hierdie verband het hulle minderwaardigheidsgevoelens, depressie, aggressie, swak emosionele beheer en verwerping as van die belangrikste kenmerke geïdentifiseer (*cf.* 5.5.2).

- Ten opsigte van die hantering van hindernisse tot leer, het die response van die onderwysers aangetoon dat hulle geensins oor voldoende kennis beskik vir die hantering van hindernisse tot leer nie. ’n Gemiddelde tot ondergemiddelde kennis rakende die hantering van die hindernisse tot leer, veral ten opsigte van leesprobleme en gesondheidsprobleme, is opgemerk (*cf.* 5.6.4).

- Onderwysers beskik oor ’n redelike hoeveelheid kennis rakende die negatiewe invloed wat selfmutilasie kan uitoefen op onderrig en leer, en het onder andere konsentrasieprobleme, negatiwiteit, onbetrokkenheid en ontwrigtende gedrag as belangrike kenmerke uitgewys (*cf.* 5.7.3). Gesien teen die agtergrond van onvoldoende kennis rakende die hantering van leerprobleme (*cf.* 5.6.4), blyk hierdie ‘n leemte te wees wat aangespreek behoort te word.

- Ten opsigte van kennis rakende die negatiewe invloede wat selfmutilasie op die emosionele en sosiale ontwikkeling van die leerder uitoefen, het die onderwysers ook aangedui dat hulle tot ’n sekere mate bewus is van die negatiewe invloed. In hierdie verband het hulle depressie, swak selfbeeld en asosiale gedrag uitgewys (*cf.* 5.7.4). Die response dui egter daarop dat daar nog ruimte vir die uitbreiding van die onderwysers se kennis is.

- Die meerderheid van die onderwysers wat aan die navorsing deelgeneem het, is ten gunste van die vervulling van hulle gemeenskaps- en pastorale rol en die implementering van ’n opleidingsprogram om hulle te bemagtig vir die bewuswording en ondersteuning van leerders wat hulleself mutileer in inklusiewe klaskamers (*cf.* 5.7.5). Verder was die onderwysers van

mening dat hulle oor genoegsame kennis rakende die taakareas van die pastorale rol van die onderwyser beskik (*cf.* 5.6.2).

- Baie van die onderwysers bied geleenthede aan leerders om met hulle te praat oor probleme wat hulle ervaar deur individuele gespreksvoering, besprekings in die klas, die skryf van opstelle of die voltooiing van vraelyste (*cf.* 5.7.7). Onderwysers reik dus uit na leerders om uitlaatkleppe vir probleme te skep.

- Die meeste onderwysers is bewus van ondersteuningstrukture om ondersteuning te verleen aan die leerbehoeftes van leerders, en het in hierdie verband verwys na voogonderwysers, gemeenskapsforums, SANRA, kerke, maatskaplike werkers, sielkundiges, die SGOS en die DSOF van die onderwysdepartement (*cf.* 5.7.8). Geen melding word egter gemaak van opleidingsprogramme om onderwysers te bemagtig nie.

- Dit blyk dat selfmutilasie dalk aan die toeneem is in Township-skole en onderwysers in hierdie skole dalk doelbewus daarop ingestel is om meer kennis rakende die redes vir en kenmerke van die verskynsel in te win, aangesien Township-skole se onderwysers oor beter kennis rakende die identifisering en oorsake van selfmutilasie beskik het (*cf.* 5.8.2, 5.8.3).

- Dit wil voorkom asof onderwysers in Oud-Model C-skole beter toegerus is vir die vervulling van hulle gemeenskaps- en pastorale rol en dat hulle daarom ook beter ondersteuning aan leerders wat hindernisse tot leer ervaar kan bied as die onderwysers in die Township-skole. Die response het ook aangedui dat onderwysers hulpverlening aan leerders wat hindernisse tot leer ervaar, as deel van hulle onderrigtaak beskou (*cf.* 5.6.3) en dat leerders klaarblyklik vrymoedigheid het om wel met onderwysers oor hulle probleme te praat (*cf.* 5.7.1).

- Die navorser kon aanneem dat daar wel ’n statisties beduidende verskil in die sienings van die twee groepe onderwysers is met betrekking tot hulle kennis rakende die vorme van selfmutilasie, en dat die Oud-Model C-skole

in vergelyking met die Township-skole tot ’n groter mate oor onvoldoende kennis beskik (*cf.* 5.9.1).

- Dit het geblyk dat die ouderdomsgroep 21 – 30 jaar beter kennis aangaande die redes vir die identifisering van selfmutilasie gehad het as die ouderdomsgroep 41-50 jaar (*cf.* 5.10.2)

Die pas vermelde navorsingsbevindinge bied dus aan die navorser ’n rasionaal vir die ontwikkeling van ’n opleidingsprogram wat bogenoemde tekortkominge en behoeftes van die onderwyser ten opsigte van die identifisering van en hulpverlening aan selfmutileerders aanspreek. Die opleidingsprogram word in Hoofstuk 6 uiteengesit.

HOOFSTUK 6

’N OPLEIDINGSPROGRAM VIR ONDERWYSERS VIR DIE IDENTIFISERING VAN EN ONDERSTEUNING AAN SELFMUTILEERDERS IN INKLUSIEWE KLASKAMERS

6.1 INLEIDING

Na aanleiding van die literatuurstudie en data-analise en -interpretasie wat in Hoofstuk 5 uitgevoer is, het die navorser op grond van die volgende bevindinge besluit om ’n opleidingsprogram vir die bemagtiging van onderwysers in die identifisering van en hulpverlening aan selfmutileerders te ontwikkel. Die opleidingsprogram is noodsaaklik gesien teen die agtergrond van die pastorale en gemeenskapsrol wat onderwysers moet vervul (SA, 1996:47*) (cf.* 2.6.2), sowel as die sienings van Prinsloo (2001:344-348) en Engelbrecht (2005:37-41) (*cf.* 1.1, 2.6.2) dat verbetering van houding, opleiding en kennis van onderwysers nodig is om inklusiewe onderwys suksesvol te implementeer. Verder het die data-analise aangetoon dat onderwysers nie voldoende kennis besit vir die hantering van hindernisse tot leer nie (*cf. 5*.6.4). Die onderwysers het ook hulpverlening as deel van hulle taak beskou (*cf*. 5.6.3) en aangedui dat leerders klaarblyklik vrymoedigheid het om wel met onderwysers oor hulle probleme te praat (*cf.* 5.7.1), wat onderwysers in ‘n ideale posisie plaas vir basiese hulpverlening aan selfmutileerders. Lieberman (2004) (*cf.* 3.9) argumenteer ook dat onderwysers in ‘n unieke posisie verkeer om selfmutilasie te identifiseer weens hulle daaglikse betrokkenheid by leerders waarvolgens hulle veranderinge ten opsigte van kleredrag, emosies en aggressie kan opmerk.

Die rasionaal vir die ontwikkeling van die program word nie alleen gemotiveer vanuit die voorafgaande uitsprake in die literatuur en op grond van die data-analise nie, maar ook gekoppel aan die navorser se eie ervaring wat aangedui het dat daar 'n toename in selfmutilasie op skool is, en dat onderwysers meeste van die tyd onbewus daarvan is (*cf.* 1.1).

Die bevindinge van die navorsing dui aan dat onderwysers wat aan die studie deelgeneem het nie heeltemal onkundig is ten opsigte van selfmutilasie nie, maar dat hulle oor beperkte kennis rakende die aard, oorsake en kenmerke van selfmutilasie beskik. Dit blyk vanuit die bevindinge dat onderwysers positief is oor die pastorale rol wat hulle in die klaskamer moet vervul, maar andersyds het hulle ook aangedui dat hulle nie voldoende kennis het om hindernisse tot leer te ondersteun nie. In hierdie verband is die navorser van mening dat 'n opleidingsprogram vir die identifisering van en basiese hulpverlening aan selfmutileerders wat beslis ook hindernisse tot leer ervaar (*cf.* 5.7.3, 5.7.4), vir die onderwysers wat aan die studie deelgeneem het, van waarde kan wees.

6.2 STRUKTUUR VAN DIE OPLEIDINGSPROGRAM

In ooreenstemming met die siening van Hoadley (2007:254-256) (*cf.* 2.6.2) beoog die navorser met die opleidingsprogram nie om onderwysers te verhinder om hulle kerntaak, naamlik onderrig en leer, uit te voer nie.

In ooreenstemming met die skoolgebaseerde programme van Lukomski en Folmer (2004) (*cf.* 3.9.1) en Lieberman (2004) (*cf.* 3.9.2), is die navorser van mening dat hy met die opleidingsprogram bo en behalwe die identifisering van en hulpverlening aan selfmutileerders, ook die volgende kan bereik:

- om groter bewustheid, respek en aanvaarding by skole, onderwysers en die SGOS ten opsigte van selfmutilasie te bewerkstellig;
- om nie slegs onderwysers met sielkundige agtergrond en kennis te betrek nie, aangesien alle onderwysers daagliks in 'n ideale posisie is om leerders daagliks waar te neem en bewus te word van veranderings in kleredrag en gedrag en houding in die algemeen;
- om onderwysers in staat te stel om toepaslik op te tree as selfmutileerders geïdentifiseer word;
- om onderwysers as vertrouelinge by skole te laat funksioneer vir selfmutileerders wat in terapeutiese behandeling is;

- om simpatieke steungewing aan en begrip en empatie vir die gesitueerdheid van die selfmutileerder aan te moedig;

- om die isolering van selfmutileerders te voorkom;

- om korrektiewe optrede teenoor die selfmutileerder te bevorder en emosionele steungewing aan selfmutileerders aan te moedig, sowel as die verleen van basiese hulp en die verkryging van gespesialiseerde hulp vir die leerder;

- om basiese hulpverlening aan selfmutileerders te bevorder deur onderwysers bewus te maak van afleibaarheidstegnieke wat aan selfmutileerders voorgestel kan word om stres en emosionele spanning te verlig, wat negatief op onderrig en leer kan inwerk. In hierdie verband steun die navorser op sekere tegnieke vanuit die terapeutiese benaderings wat in Hoofstuk 3 aan die orde gestel is, waarvoor die onderwyser nie opleiding as sielkundige of terapeut nodig het nie. Hierdie tegnieke word in 6.5.1 van nader toegelig.

Die opleidingsprogram wat in die vorm van ’n skyfievertoning met praktiese oefeninge aangebied word, behels volgens die voorstel van die navorser, die voltooiing van drie fases, wat in werkswinkel formaat aangebied kan word.

- Fase Een: Kennis en inligting aan die onderwyser rakende selfmutilasie.

- Fase Twee: Praktiese wenke aan die onderwyser om selfmutileerders te identifiseer en basiese hulp te verleen.

- Fase Drie: Ondersteuning aan selfmutileerders:

    - Fase Drie (a): Ondersteuning en basiese hulpverlening aan die selfmutileerder deur die onderwyser, ouers, medici en sielkundiges; en/of

    - Fase Drie (b): Ondersteuning en basiese hulpverlening van die selfmutileerder deur die onderwyser en die Skoolgebaseerde

Ondersteuningspan in samewerking met die Distriksgebaseerde Ondersteuningspan.

Onderwysers sal tydens die opleiding bewus gemaak word van **etiese kwessies** rondom die hantering van selfmutileerders. Toestemming moet van selfmutileerders en/of hulle ouers verkry word om gebruik te maak van die basiese hulpverleningsprogram wat die skool aanbied. Dit bly ook die leerders se keuse of hulle wil deelneem aan die basiese hulpverleningsprogram. , , Leerders moet ook ingelig word dat indien hulle toestem om van die hulpverleningsprogram by die skool gebruik te maak, dat hulle persoonlike inligting bekend gemaak sal word aan die SGOS en DGOS om hulle verder te ondersteun. Dit sal dus beteken dat anonimiteit nie gewaarborg kan word nie.

Vervolgens word die inhoud wat in elk van die fases van die opleidingsprogram ingebou is, kortliks toegelig.

6.2.1 Fase 1: Kennis en inligting aan die onderwyser rakende selfmutilasie

Alhoewel die navorsing aangetoon het dat onderwysers wel 'n sekere mate van kennis rakende die voorkoms en vorme van selfmutilasie het, het die navorser dit goed gedink om ter wille van die volledigheid van die opleiding, ook 'n komponent oor die voorkoms en vorme van selfmutilasie in te bou wat uitbrei op die bestaande kennis waaroor die onderwysers beskik. Fase 1 is spesifiek gemik op die onderwysers en het ook ten doel om onderwysers 'n dieper begrip te gee van die fenomeen selfmutilasie om sodoende leerders wat daarby betrokke is beter te verstaan, en groter empatie vir die selfmutileerder aan te moedig. Dit is vir die navorser belangrik dat die onderwyser groter begrip vir die diepgewortelde emosionele spanning en angs wat met selfmutilasie gepaard gaan, sal ontwikkel.

Vir die ontwikkeling van Fase 1 van die opleidingsprogram steun die navorser op bestaande inligting in die literatuur, soos in Hoofstukke 2 en 3 uiteengesit is.

Fase Een van die opleidingsprogram spreek die volgende aspekte aan : definisies van selfmutilasie; selfmutilasie as leefwêreldlike verskynsel; die verskil tussen selfmutilasie en ‘n selfmoordpoging; die verskeie vorme van selfmutilasie; die oorsake van selfmutilasie; selfmutilasie en verwante toestande; en identifiseerbare kenmerke van die selfmutileerder.

6.2.2 Fase 2: Praktiese wenke aan die onderwyser om selfmutileerders te identifiseer en basiese hulp te verleen.

Die navorser is bewus van die feit dat die onderwyser in sy identifisering van en ondersteuning aan die selfmutileerder nie terapeuties by die selfmutileerder betrokke mag raak nie, aangesien onderwysers nie geregistreer is as beraders of sielkundiges by die Raad vir Gesondheidsberoepe in Suid-Afrika nie. Die onderwyser kan egter van sekere afleibaarheidstegnieke gebruik maak sonder om grense te oorskry, wanneer hy basiese hulp aan die selfmutileerder verleen (*cf.* 6.2). Die onderwyser kan ook gebruik maak van die raakhoor-, raaksien- en raakvoeltegniek (Jacobs, 1987:13) wat volgens die navorser op 'n doelbewuste daaglikse betrokkenheid van die onderwyser by die leerder dui. Hierdie terapeutiese tegniek wat op ’n Opvoedkundige Sielkundige benadering gegrond is, en in die opleidingsprogram aan die onderwysers bekend gestel word, word in Tabel 6.1 verduidelik.

Tabel 6.1: Die raakhoor-, raaksien- en raakvoeltegniek

Raakhoor	Dit beteken dat die onderwyser in sy daaglikse betrokkenheid met leerders werklik sal hoor wat leerders sê, en nie slegs sal hoor wat hy graag wil hoor nie.
Raaksien	Dit beteken dat die onderwyser werklik in sy daaglikse betrokkenheid met leerders na leerders sal kyk om te sien of daar tekens van depressie, gespannenheid of angstigheid by die leerder teenwoordig is.
Raakvoel	Die onderwyser moet nie die leerder se aggressie, angs of depressie gedistansieerd waarneem nie, maar daarby betrokke raak en tot so ’n mate in die leerder se gemoedstoestand invoel dat hy die leerder se gevoelens kan aanvoel. Slegs dan kan die onderwyser op dieselfde gevoelsgolflengte as die leerder kom (Roets, 1991:88-89).

Die toepassing van bogenoemde tegniek sal met behulp van praktiese gevallestudies tydens die opleidingsessies ingeoefen word.

6.2.3 Fase 3: Ondersteuning aan die selfmutileerder

In hierdie fase beoog die navorser om aan die onderwyser verskillende moontlikhede waarvolgens selfmutileerders ondersteun kan word, as deel van basiese hulpverlening aanbied. In die konteks van die opleidingsprogram is dit belangrik om daarop te let dat die selfmutileerder die keuse uitoefen ten opsigte van die ondersteuning wat hy/sy wil ontvang. Die keuses word in Fase 3a en Fase 3b uiteengesit.

In hierdie fase word gespesialiseerde ondersteuning vir die selfmutileerder verkry. Die onderwyser speel steeds ‘n ondersteuningsrol deur as vertroueling vir die selfmutileerder op te tree en steeds basiese hulp te verleen in samewerking met die SGOS en DGOS.

6.2.3.1 Fase 3a: Ondersteuning deur die ouers, medici en sielkundiges

Tabel 6.2 verduidelik die ondersteuning wat deur die ouers, medici en sielkundiges aan selfmutileerders verleen kan word nadat die selfmutileerder deur die onderwyser geïdentifiseer is, en die selfmutileerder besluit het op ondersteuning deur die ouers, medici en sielkundiges.

Tabel 6.2: Ondersteuning deur die ouers, medici en sielkundiges

Selfmutileerder	Onderwyser
Versoek dat die skool nie van sy selfmutilasie moet weet nie – stem egter in dat ouers ingelig mag word deur die onderwyser	Onderwyser kontak die ouers en lig hulle in die teenwoordigheid van die leerder in dat die leerder hom-/haarself mutileer Die onderwyser versoek dat die ouer die leerder na ’n geneesheer en sielkundige neem vir behandeling en terapeutiese ondersteuning Onderwyser gaan voort om leerder emosioneel te ondersteun en implementeer die wenke van die sielkundige/terapeute. Onderwyser bly leerder se vertroueling.

Indien die selfmutileerder egter ten gunste is van ondersteuning deur die onderwyser en die SGOS is, kan ondersteuning soos volg verloop, soos in Fase 3b uiteengesit word.

6.2.3.2 Fase 3b: Ondersteuning deur die onderwyser en SGOS

Tabel 6.3 verduidelik die ondersteuning wat deur die onderwysers en die SGOS verleen kan word nadat die selfmutileerder deur die onderwyser geïdentifiseer is, en die selfmutileerder besluit het op hierdie tipe ondersteuning.

Tabel 6.3: Ondersteuning deur die onderwyser en Skoolgebaseerde Ondersteuningspan

Selfmutileerder	Onderwyser
Is ten gunste van ondersteuning deur die onderwyser en die SGOS	Stel die selfmutileerder op sy gemak en verseker hom/haar van professionele ondersteuning deur die SGOS
	1. Onderwyser stel leerderprofiel saam en deel die inligting met die skool se SGOS, bestuur en die hoof. 2.Besluitneming aangaande strategieë om die leerder verder te assesseer, te ondersteun en te moniteer deur die SGOS in samewerking met die DGOS

6.3 DIE OPLEIDINGSPROGRAM

Om aan die onderwysers wat die opleiding bywoon die geleentheid te gee om vertroud te raak met die teoretiese aspekte ten opsigte van selfmutilasie, sowel as die praktiese toepassing van die teorie, het die navorser die volgende opleidingsprogram ontwikkel. Die navorser is van mening dat die opleiding ongeveer twee dae behoort te duur waartydens die eerste dag aan teoretiese aspekte aandag gegee kan word, en dat daar tydens die tweede dag meer op die praktiese identifisering en ondersteuning van potensiële selfmutileerders gefokus word. Volgens hierdie indeling, stel die navorser daarom voor dat Fase 1 van die opleidingsprogram op dag 1 hanteer word, en Fase 2 en Fase 3 op dag twee.

Die navorser is bewus daarvan dat die aanbieding uitgebreide inligting bevat, wat enersyds dalk vir die onderwyser sonder sielkundige agtergrond oorweldigend kan wees. Die navorser maak daarom die voorstel dat hy die opleidingsprogram alternatiewelik eers aan die SGOS aanbied, aangesien die personeel betrokke by die SGOS waarskynlik oor beter kennis en opleiding rakende die hantering van hindernisse tot leer beskik, vir wie die inligting in die opleidingsprogram meer toeganklik mag wees. Daarna kan die SGOS

besluit om ‘n vereenvoudigde weergawe van die opleiding aan die res van die onderwyspersoneel aan te bied. Die navorser is bereid om behulpsaam te wees met die opstel van ‘n vereenvoudigde werkswinkel aanbieding en om tydens die aanbieding teenwoordig te wees om vrae te beantwoord en probleme aan te spreek.

SELFMUTILASIE

’N OPLEIDINGSPROGRAM VIR ONDERWYSERS

S.L. Vos

FASE 1: KENNIS EN INLIGTING RAKENDE SELFMUTILASIE

Die volgende temas word tydens die opleiding in Fase 1 hanteer:

- DEFINISIES VAN SELFMUTILASIE
- SELFMUTILASIE AS LEEFWÊRELDLIKE VERSKYNSEL
- DIE VERSKIL TUSSEN SELFMUTILASIE EN 'N SELFMOORDPOGING
- VERSKEIE VORME VAN SELFMUTILASIE
- OORSAKE VAN SELFMUTILASIE
- SELFMUTILASIE EN VERWANTE TOESTANDE
- IDENTIFISEERBARE KENMERKE VAN DIE SELFMUTILEERDER

Voordat die teoretiese inligting rakende die aard, oorsake en kenmerke van selfmutilasie hanteer word, beoog die navorser om die aanbieding in te lei met ‘n aktiwiteit om onderwysers ‘n kykie te gee in die emosionele belewenis van ‘n selfmutileerder (gebaseer op ‘n voorbeeld van Samaritans, 2011).

Lees die onderstaande brief van ‘n Graad 8 leerder aan ‘n vriendin.

Inleiding: die verstaan van selfmutilasie

Beste Thea

Ek het al baie gelees oor mense wat hulleself beseer en altyd gedink dat dit net mal mense of swakkelinge is wat so iets doen. Nou sit ek in dieselfde bootjie al vir meer as ses maande en dit word nie beter nie. In teendeel, die behoefte om myself te sny word erger, en ek besef dat ek dringend hulp nodig het.

My Ma en Pa is besig om te skei, en ek hanteer dit baie sleg. Ek is lief vir albei en kan nie kant kies nie, en wil graag by albei bly. Snags huil ek my aan die slaap, en ek kan op niks anders fokus nie. Ek is baie kwaad vir hulle, want dit voel vir my hulle is selfsugtig – kan hulle dan nie sien wat dit aan my doen nie, of het hulle my nie meer lief nie? My skoolwerk het baie verswak en ek is nie meer gemotiveerd om te leer nie. Dit voel of my hele wêreld in duie gestort het, en ek geen ideale en toekomsdrome meer het nie. Ek voel so nutteloos!

Ek skeep my vriende ook af, want ek voel depressief en het nie lus om uit te gaan nie. Al my vriende het ook gelukkige ouerhuise, en ek voel skaam oor wat by my ouerhuis gebeur, en wil nie met hulle daaroor praat ook nie. Al waaraan ek kan dink is om 'n oplossing vir my situasie te kry. Op hierdie stadium is die enigste manier waarop ek my woede teenoor my Ma en Pa kan verlig deur myself met 'n lemmetjie te sny. Wanneer ek die bloed sien, voel dit asof ek van die woede in my ontslae raak, en vir 'n kort rukkie kan vergeet van my omstandighede.

My probleem is dat ek weet ek moet ophou om myself te sny, want ek is bang my Ma of Pa of iemand by die skool kom dit agter. Het jy vir my raad of hulp?

Wilma

Groepaktiwiteit 1

Gebruik 10 minute om saam met ‘n kollega die volgende vrae te beantwoord.

1. Beskryf die gevoelens wat Wilma in haar ronddra.
2. Watter probleme ervaar Wilma tans in haar lewe?
3. Sou u sê dat Wilma aandag probeer soek deur haarself te sny?
4. Wilma word tans gekonfronteer met twee probleme, haar ouers se egskeiding en die feit dat sy haarself sny. Waaroor dink u sou sy eerder praat, die egskeiding of die feit dat sy haarself sny? Motiveer u antwoord.
5. Skryf kortliks in u eie woorde neer wat selfmutilasie vir u beteken, voordat ons na die aanbieding toe oorgaan.

WAT IS SELFMUTILASIE?

- "… and the blood that flows from my vein
  is just the price of staying sane…" – The Grinning Reaper.

- "… when everything feels like the movies,
  yeah you'd bleed just to know you're alive …" – The Goo Goo Dolls.

VERSKILLENDE DEFINISIES VAN SELFMUTILASIE

VERSKILLENDE DEFINISIES VAN SELFMUTILASIE

- "… The intentional injuring of one's own body, without apparent suicidal intent." (Klonsky, Oltmans & Turkheimer, 2003: 1501).
- "… Self-harm, self mutilation, self-abuse or self-inflicted violence.
- It is the deliberate harming or alteration of one's body tissue, without the conscious intent to commit suicide.
- Damage is rarely life-threatening.
- Location of the wound in done is a pot that can be hidden (E1rists, thighs, abdomen).
- Not yet officially recognised as a disorder in the DSM.
- Can be a coping mechanism to relieve stress, pain, fear, anxiety." (Collins, 2007:4).

SELMUTILASIE IS DUS:

- 'n Herhalende, opsetlike en doelgerigte handeling waardeur die eie liggaam gemutileer word, sonder die bedoeling om selfmoord te pleeg.
- Selfmutilasie gee uiting aan opbouende spanning, angs, aggressie en is 'n poging tot die beëindiging van emosionele afgestomptheid.

SELFMUTILASIE :
‘N KONSEPVERKLARING

Agtergrond vir die onderwyser

Selfmutilasie is ’n eeue-oue verskynsel wat ontstellend werklik in ons eie samelewing toeneem;

Die gemiddelde ouderdom van leerders wat hulleself mutileer is 15 jaar terwyl die jongste leerder 11 jaar oud was (Baywaters & Rolfe, 2002);

In Suid-Afrika bestaan daar weinig statistiek oor die voorkoms van selfmutilasie;

Statistics South Africa (2007) bevat byvoorbeeld geen inligting oor die voorkoms van selfmutilasie nie;

Gericke (in Vorster, 2007:11) is egter van mening dat selfmutilasie by ±1% van die bevolking van Suid-Afrika voorkom (seuns en dogters ingesluit). Navorsing onderneem deur White, Legget en Beech (1999), Ayton, Rasool en Cottrell (2003), en Nixon, Cloutier en Jansson (2008) sowel as my eie ervaring as opvoedkundige sielkundige in privaat praktyk tussen 2006 en 2011 dui op die toenemende voorkoms van selfmutilasie by leerders; en dat onderwysers is soms heeltemal onbewus van die feit dat leerders hulleself mutileer. Die Norme en Standaarde vir Opvoeders (SA, 2000:reg. 3) verwag van onderwysers om ’n gemeenskaps en pastorale rol te vertolk en om leerders te ondersteun wat hindernisse tot leer ervaar (wat selfmutilasie insluit).

SELFMUTILASIE

- Selfmutilasie is 'n eeu-oue verskynsel
- Selfmutilasie is vinnig aan die toeneem in ons huidige samelewing

SELFMUTILASIE

- Die gemiddelde ouderdom van leerders wat hulself mutileer is 15 jaar
- Die jongste leerder was 11 jaar oud

(Baywaters & Rolfe, 2002)

SELFMUTILASIE

- In Suid-Afrika bestaan daar weinig statistiek oor die voorkoms van selfmutilasie.
- Statistiek Suid-Afrika (2004) bevat byvoorbeeld GEEN inligting oor die voorkoms van selfmutilasie nie.
- Gericke (in Vorster, 2007:11) is egter van mening dat selfmutilasie by plus-minus 1% van die bevolking van Suid-Afrika voorkom (seuns en dogters)

WAARSKUWINGSTEKENS

NAVORSING DEUR:

- White Legget en Beech (1999)
- Ayton, Rasool en Cattrell (2003)
- Nixon, Cloutier en Jansson (2008)

DUI OP DIE TOENEMENDE VOORKOMS VAN SELFMUTILASIE BY LEERDERS

SELFMUTILASIE

- Onderwysers is soms heeltemal onbewus van die feit dat leerders hulleself mutileer
- Dit is ten spyte van die Beleid op Inklusiewe Onderwys (Department of Education, 2002:7), die Nasionale Strategie ten opsigte van die deurskouing, identifisering, assessering en ondersteuning van leerders en die Norme en Standaarde vir Opvoeders (SA, 2000:reg. 3)
- Hierdie dokumente verwag van onderwysers om 'n gemeenskaps- en pastorale rol te vertolk, en om leerders wat hindernisse tot leer ervaar (soos byvoorbeeld selfmutilasie) te identifiseer en te ondersteun.

DIE VERSKIL TUSSEN SELFMUTILASIE EN 'N SELFMOORDPOGING

SELFMUTILASIE:	'N SELFMOORDPOGING:
• Wil nie hulle eie lewens neem nie • Mede-leerders en volwassenes reageer gewoonlik met skok en afgryse – dit veroorsaak egter NIE die einde van selfmutilasie nie • Selfmutileerder gaan voort met selfmutilasie, ten spyte daarvan dat hulle stresvolle omgewing verander word	• Wil hulle eie lewens neem • Pogings tot selfmoord lei tot aktiewe respons van persoon in die leerder se omgewing – stop verdere pogings tot selfmoord • Leerders wat geneig is tot 'n selfmoordpoging se gedrag verander gewoonlik positief wanneer hulle uit 'n stresvolle omgewing verwyder word

SELFMUTILASIE:	'N SELFMOORDPOGING:
• Selfmutileerders pleeg selde selfmoord • Selfmutileerders beleef verligting na 'n episode van selfmutilasie • Selfmutilasie gee nie aanleiding tot herhalende gedagtes oor doodgaan en dood nie	• Leerders wat geneig is tot selfmoordpogings is dikwels suksesvol • Pogings tot selfmoord lei NIE tot verligting by die leerder nie • Selfmoordgedrag gee aanleiding tot herhalende gedagtes oor doodgaan en die dood

VORME VAN SELFMUTILASIE

VERSKILLENDE VORME VAN SELFMUTILASIE

1. EKSTREME SELFMUTILASIE
2. STEREOTIPE SELFMUTILASIE
3. MATIGE VORME VAN SELFMUTILASIE
    - 3.1. KOMPULSIEF
    - 3.2. IMPULSIEF
    - 3.3. EPISODIES
    - 3.4. HERHALEND

EKSTREME SELFMUTILASIE:

Die verwydering of amputasie van:

- Ledemate
- Kastrasie
- Oogverwydering

- Hou nou verband met PSIGOTIESE GEDRAG of DWELMMISBRUIK
- Ekstreme selfmutilasie is dikwels lewensbedreigend

STEREOTIPE SELFMUTILASIE:

Herhalende en rituele wyses van selfmutilasie:

- Stamp van die kop
- Slaan en byt van die liggaam

Hou verband met

ORGANIESE

DISFUNKSIE en

PSIGOTIESE GEDRAG

MATIGE VORME VAN SELFMUTILASIE

- Die mees algemeen voorkomende vorm van selfmutilasie
- Begin +- ouderdom 14 tot 24 jaar

WYSES VAN SELFMUTILASIE

- Selfbranding
- Selfsnyding
- Mutilering van die vel
- Trigotillomanie
- Breek van bene
- Oopmaak van rowe

KOMPULSIEWE SELFMUTILASIE:

(gekenmerk deur die herhalende aard daarvan)

- Byt van naels, beskadiging van vel, trigotillomanie
- Ervaar kompulsies om hulleself te mutileer
- Beleef hoë angsvlakke – verligting na hulle hulself gemutileer het
- Toon ooreenkoms met Obsessiewe-Kompulsiewe gedrag

IMPULSIEWE SELFMUTILASIE

- Selfmutilasie vind feitlik outomaties plaas,

  as reaksie op eksterne stimuli (byvoorbeeld angs, aggressie)

- Word onderverdeel in: episodiese en herhalende selfmutilasie

EPISODIES	: Kom slegs in 'n beperkte aantal kere voor
HERHALEND	: Kom gereeld voor en is byna verslawend (dwelm)

WYSES VAN SELFMUTILASIE:

- Selfsnyding
- Branding
- Beskadig vel met naalde
- Krap van vel
- Selfslaning
- Oopkrap van ou wonde

VOORKOMS:

- Gewrigte
- Voorarms
- Gesig
- Genitalieë
- Heupe
- Bene
- Maag
- Borste

DIE OORSAKE VAN SELFMUTILASIE

VERSKILLENDE TEORIEË OOR SELFMUTILASIE

- **PSIGOLOGIESE;**
- **CHEMIES-BIOLOGIESE; EN**
- **AFHANKLIKHEIDSTEORIEË.**

PSIGOLOGIESE TEORIEË

- Die psigologiese teorieë verklaar selfmutilasie as ‘n wyse van optrede wat die selfmutileerder aanwend om emosionele balans te bewerkstellig.
- Volgens Lukomski en Folmer (2007) en Comer (2005) beleef die selfmutileerder die volgende emosies voordat hulle hulself mutileer:
  - Depressie;
  - Isolasie;
  - Frustrasie; en
  - Vervreemding.

Bogenoemde emosies gee aanleiding tot die belewing van hoë vlakke van angstigheid waarvan hulle voel hulle moet ontvlug – mutileer hulleself dan om emosionele balans te bewerkstellig.

Agtergrond vir die ondewyser

Die psigologiese teorieë verklaar selfmutilasie as ’n wyse van optrede wat die selfmutileerder aanwend om emosionele balans te bewerkstellig (Lukomski & Folmer, 2004:91-93). Ook Dallam (1997:151-153), Comer (2005) en Woldorf (2005:196-200) wys daarop dat die selfmutileerder nie daartoe in staat is om op ’n normale wyse emosionele balans te bewerkstellig nie en is hy van mening dat die redes daarvoor gesetel is in die volgende oorsake: dit mag onveilig (vanweë psigologiese en fisieke redes) vir die selfmutileerder wees om emosies tuis te openbaar omrede sy/haar ouers emosionele uitbarstings verbied, ignoreer of verwerp; die selfmutileerder se ouers self nie daartoe in staat is om op ’n normale wyse uitdrukking te gee aan emosies nie. Indien hulle wel uitdrukking gee aan emosies, gaan dit meestal gepaard met woedeuitbarstings en geweld. Selfmutileerders word soms blootgestel aan negatiewe voorbeelde (soos drank- en dwelmmisbruik) as leerskool vir die hantering van intense emosionele belewinge. Selfmutileerders het soms nooit normale voorbeelde van hoe om emosionele stres te hanteer nie; enhulle het by ander geleer dat selfmutilasie ’n wyse is waarop jy emosionele balans kan bewerkstellig.

Volgens Lukomski en Folmer (2004:91-93) en Comer (2005) beleef die selfmutileerder die volgende emosies voordat hulle hulleself mutileer:

depressie; isolasie; frustasie en vervreemding. Bogenoemde emosies gee dan aanleiding tot die belewing van hoë vlakke van angstigheid waarvan hulle voel hulle moet ontvlug – gevolglik wend die selfmutileerder hom/haarself dan tot selfmutilasie om emosionele balans te bewerkstellig.

CHEMIES-BIOLOGIESE TEORIEË

- Verskeie navorsers soos Gibson (2008) en Davidson en Frey (2007) beskryf die chemiese-biologiese teorie as oorsaak van selfmutilasie aan die hand van 'n chemiese wanbalans of die toestroming van verslawende endorfiene wanneer selfmutilasie plaasvind.

- Cutter *et al.* (2008)) merk soos volg op:

  "When a person injures himself endorphins are released in the body and function as natural painkillers"

Volgens Lukomski en Folmer (2004:91-93) vind die toestroming van endorfiene plaas nadat selfmutilasie plaasgevind het en gee dit aanleiding tot die inhibering van pyn en spanning en ervaar die selfmutileerder aangename gevoelens of euforie.

Selekman (2009) bevestig die bevindinge van Lukomski en Folmer (2004:91-93) en merk soos volg op oor die toestroming van endorfiene by die selfmutileerder:

"Like addiction to a particular drug, the endorphin "high" provides fast acting relief for adolescents from their emotional distress and other stressors in their lives."

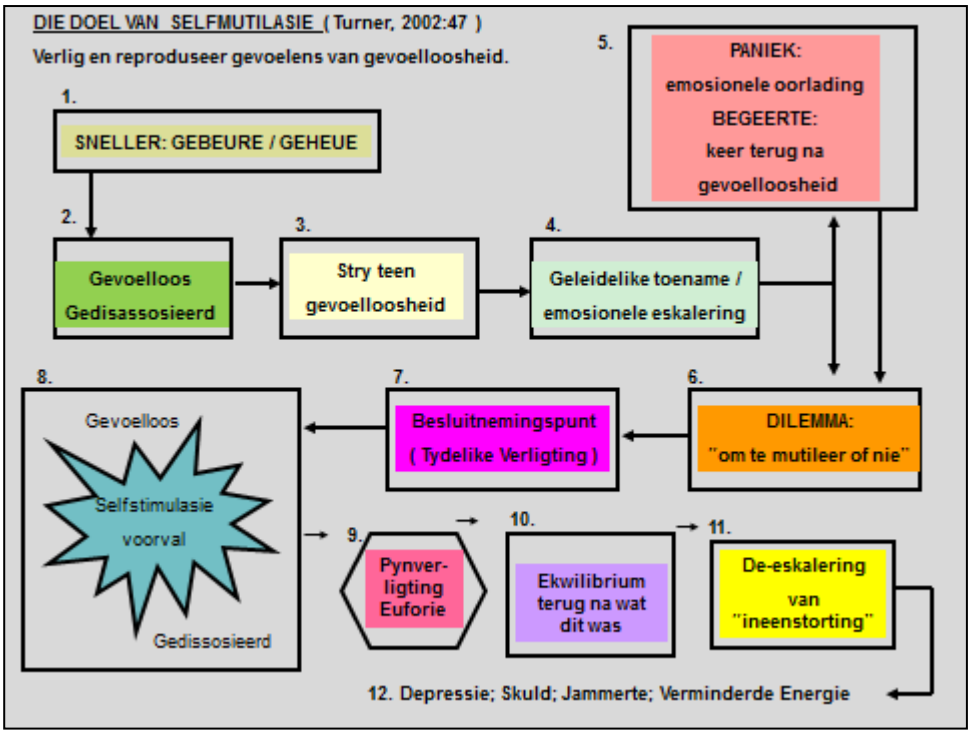
Die probleem is egter dat die selfmutileerder se liggaam 'n toleransie ontwikkel vir endorfiene wat daartoe aanleiding gee dat die selfmutilasieproses elke keer meer intens moet wees om dieselfde euforiese gevoelens te belewe, wat kan lei tot die verslawing aan selfmutilasie (Comer, 2005).

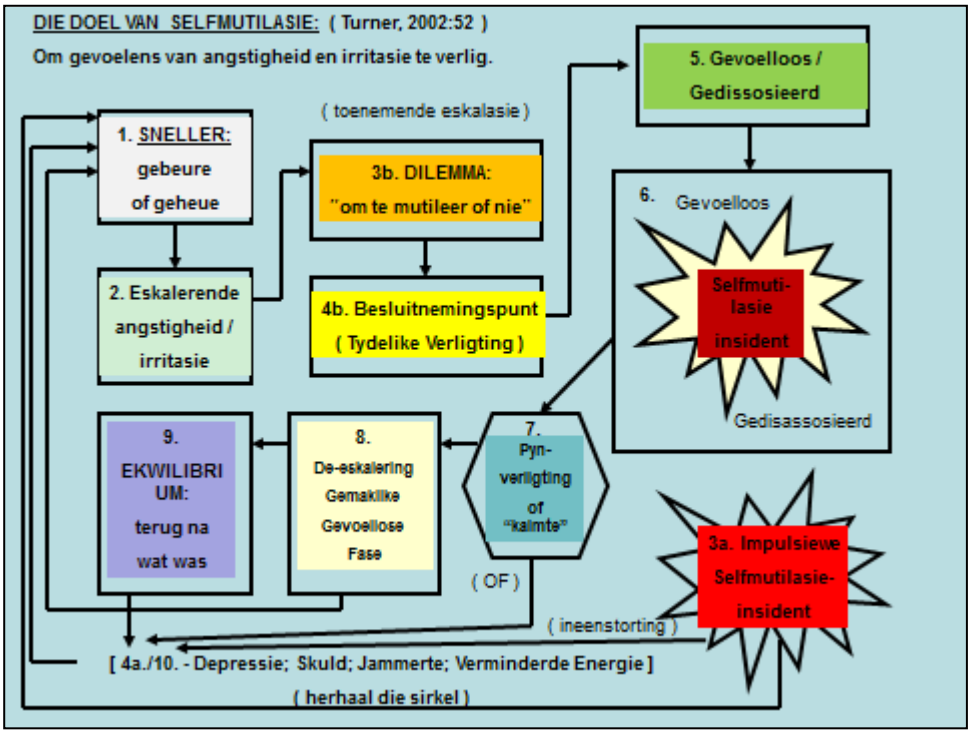
Aansluitend by bogenoemde opmerking van Comer (2005) merk die Child Study Centre (2001:3) op dat die positiewe of euforiese belewenis wat met die toestroming van endorfiene beleef word altyd opgevolg word deur **gevoelens van skuld, skaamte, depressie en selfhaat en sodoende 'n negatiewe sirkel te skep van herhaling en verslawing aan selfmutilasie.**

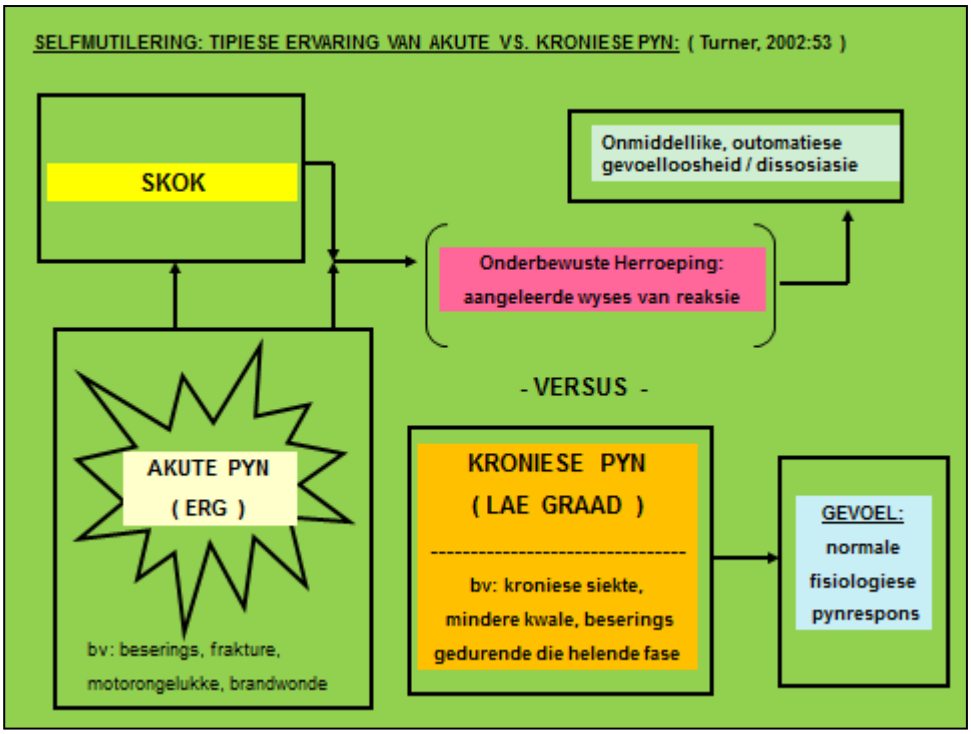
TURNER SE AFHANKLIKHEIDSTEORIE

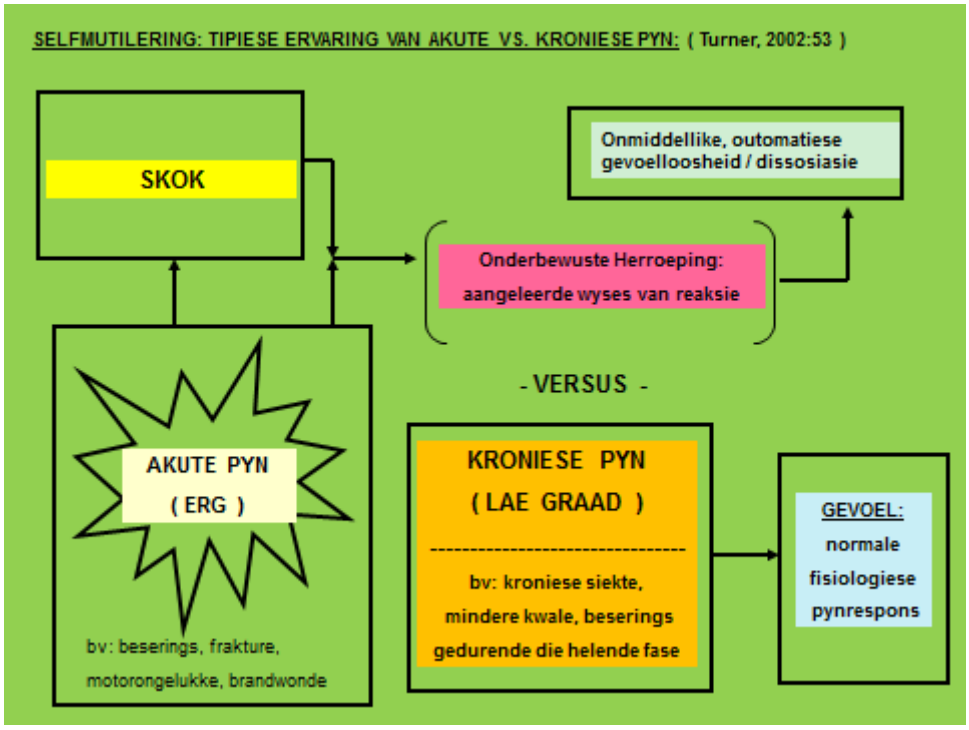
Turner (2002:32-62) beskou selfmutilasie as 'n dwelm of handeling waaraan die selfmutileerder verslaaf raak. Sy merk soos volg op in die verband (Turner, 2002:37):

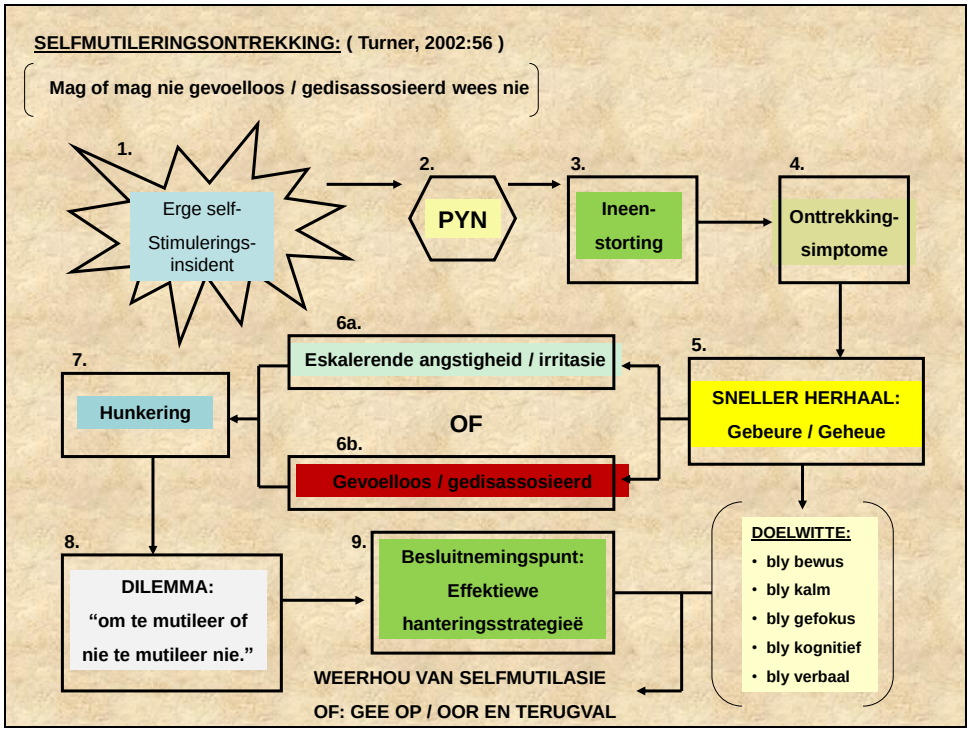
"Self-injurers use their addiction as a way to self-medicate, as alcoholics and other addicts often do. Deliberate self-injury can be either a method of stimulation to escape depression, numbness, and feeling 'dead inside' or a method to relieve anxiety and agitation."




DIE DOEL VAN SELFMUTILASIE: (Turner, 2002:52)
Om gevoelens van angstigheid en irritasie te verlig.
(toenemende eskalasie)
1. SNELLER: gebeure of geheue
2. Eskalerende angstigheid / irritasie
3b. DILEMMA: "om te mutileer of nie"
4b. Besluitnemingspunt (Tydelike Verligting)
5. Gevoelloos / Gedissosieerd
6. Gevoelloos
Selfmuti-lasie insident
Gedisassosieerd
7. Pyn-verligting of "kalmte"
8. De-eskalering Gemaklike Gevoellose Fase
9. EKWILIBRIUM: terug na wat was
3a. Impulsiewe Selfmutilasie-insident
(OF)
(ineenstorting)
[4a./10. - Depressie; Skuld; Jammerte; Verminderde Energie]
(herhaal die sirkel)


SELFMUTILERING: TIPIESE ERVARING VAN AKUTE VS. KRONIESE PYN: (Turner, 2002:53)
SKOK
Onmiddellike, outomatiese gevoelloosheid / dissosiasie
Onderbewuste Herroeping: aangeleerde wyses van reaksie
- VERSUS -
AKUTE PYN (ERG)
bv: beserings, frakture, motorongelukke, brandwonde
KRONIESE PYN (LAE GRAAD)
bv: kroniese siekte, mindere kwale, beserings gedurende die helende fase
GEVOEL: normale fisiologiese pynrespons


SELFMUTILERING: TIPIESE ERVARING VAN AKUTE VS. KRONIESE PYN: (Turner, 2002:53)
SKOK
Onmiddellike, outomatiese gevoelloosheid / dissosiasie
Onderbewuste Herroeping: aangeleerde wyses van reaksie
- VERSUS -
AKUTE PYN (ERG)
bv: beserings, frakture, motorongelukke, brandwonde
KRONIESE PYN (LAE GRAAD)
bv: kroniese siekte, mindere kwale, beserings gedurende die helende fase
GEVOEL: normale fisiologiese pynrespons


SELFMUTILERINGSONTREKKING: (Turner, 2002:56)
Mag of mag nie gevoelloos / gedisassosieerd wees nie
1.
Erge self-Stimulerings-insident
2.
PYN
3.
Ineen-storting
4.
Onttrekking-simptome
5.
SNELLER HERHAAL: Gebeure / Geheue
6a.
Eskalerende angstigheid / irritasie
OF
6b.
Gevoelloos / gedisassosieerd
7.
Hunkering
8.
DILEMMA: "om te mutileer of nie te mutileer nie."
9.
Besluitnemingspunt: Effektiewe hanteringsstrategieë
DOELWITTE:
• bly bewus
• bly kalm
• bly gefokus
• bly kognitief
• bly verbaal
WEERHOU VAN SELFMUTILASIE
OF: GEE OP / OOR EN TERUGVAL

SELFMUTILASIE

EN VERWANTE TOESTANDE

By nadere beskouing van die literatuur blyk dit dat daar 'n noue verband bestaan tussen die voorkoms van selfmutilasie en die volgende verwante toestande:

- Ontoereikende opvoedingsverhoudinge
- Grenslynpersoonlikheidsversteuring
- Post-traumatiese versteuringe (stres)
- Angsversteuringe
- Impulskontrole versteuringe
- Disassosiatiewe versteuringe
- Gemoedsversteuringe
- Eetversteuringe

By nadere beskouing van die literatuur blyk dit dat daar 'n noue verband bestaan tussen die voorkoms van selfmutilasie en die volgende verwante toestande:

- Ontoereikende opvoedingsverhoudinge
- Grenslynpersoonlikheidsversteuring
- Post-traumatiese versteuringe (stres)
- Angsversteuringe
- Impulskontrole versteuringe
- Disassosiatiewe versteuringe
- Gemoedsversteuringe
- Eetversteuringe

ONTOEREIKENDE OPVOEDINGSVERHOUDINGE

Byvoorbeeld:

- Ontoereikende binding tussen ouer en kind
- Traumatiese belewinge tydens kinderjare
- Ontoereikende ouerlike ondersteuning en voorlewing
- 'n Kind wat nie veiligheid en geborgenheid van sy ouers as baba belewe nie, sal nie later daartoe in staat wees om hoë vlakke van angstigheid te beheer nie, wat aanleiding kan gee tot selfmutilasie om van angstigheid ontslae te raak (Bink, 2005:16 en Dombeck, 2009).
- Kindermishandeling en verwaarlosing
- Gesinsverbrokkeling, afwesige ouers, ouer- en groepsdruk

Voorbeelde van ontoereikende opvoedingsverhoudinge wat in die literatuur vermeld word is onder andere: ontoereikende binding tussen ouer en kind; traumatiese belewinge tydens kinderjare; ontoereikende ouerlike ondersteuning en voorlewing; 'n kind wat nie veiligheid en geborgenheid van sy ouers as baba belewe nie, sal later nie daartoe in staat wees om hoë vlakke van angstigheid te beheer nie wat aanleiding kan gee tot selfmutilasie om van angstige gevoelens ontslae te raak (Tyler *et al.,* 2003:457-474; Brink, 2005:16; Dombeck, 2009; Tuisku *et al.,* 2009:1125-1136); kindermishandeling en verwaarlosing (fisiek, emosioneel en seksueel) toon 'n noue verband met die voorkoms van selfmutilasie (Briere & Gill, 1998:610; Turner, 2002:88-89); en faktore soos gesinsverbrokkeling, afwesige ouers, en groepdruk en die vinnige oplossingsindroom van die samelewing is bydraend tot die voorkoms van selfmutilasie (Selekman, 2002a);

Selekman (2002a) merk die volgende op om die verband tussen ontoereikende opvoedingsverhoudinge en die voorkoms van selfmutilasie te illustreer:

" ... belangrike redes wat daartoe aanleiding gee dat tieners hulleself mutileer is:

Omrede hulle belewe dat hulle nie deur hulle ouers waardeer word nie en emosioneel los van hulle ouers staan.

Hulle 'n behoefte beleef tot inskakeling by 'n portuurgroep wat selfmutilasie aanmoedig en daaraan erkenning gee.

Hulle voel emosioneel dood en onsigbaar in die oë van hulle ouers. Selfmutilasie laat hulle lewend voel en bevestig hulle bestaan in realiteit.

Meisies gebruik soms selfmutilasie as 'n beheermeganisme om staande te bly teen oorheersende ouers, veral in gevalle waar die vader die dominante figuur is ten opsigte van dissipline en besluitneming."

Verdere voorbeelde van ontoereikende opvoedingsverhoudinge wat 'n noue verband met selfmutilasie vertoon is:

alkoholisme en depressie by ouers; en

'n vroeë geskiedenis van mediese behandeling, hospitalisasie en die plasing in versorgingseenhede tydens vroeë kinderjare (Brink, 2005:16; Comer, 2005).

GRENSLYNPERSOONLIKHEIDSVERSTEURINGE EN SELFMUTILASIE

DIE GRENSLYNPERSOONLIKHEIDS-VERSTEURDE (DSM-IV TM 1994:654)	DIE SELFMUTILEERDER (COLLINS, 2007:11)
• Herhaalde pogings tot selfmoord en selfmutilasie • Affektiewe onstabiliteit – geïrriteerd en angstig • Kroniese gevoelens van leegheid • Woedeuitbarstings • Verbygaande stresverwante paranoïese wanbeelde of disassosiatiewe simptome	• Depressief en self-vernietigend • Angstig, geïrriteerd • Beplan nie vir die toekoms nie • Kronies kwaad • Hoë vlakke van aggressie

POST-TRAUMATIESE STRES EN SELFMUTILASIE

Traumatiese gebeure wat kan aanleiding gee tot die ontwikkeling van post-traumatiese stres is (DSM-IV TM, 1994:424-429):

- Die dood van 'n kind
- Natuurrampe
- Ongelukke (motor of vliegtuig)
- Blootstelling aan misdaad
- Die waarneming van kriminele geweld
- Oorlog
- Seksuele kindermishandeling
- Emosionele en fisieke mishandeling
- Kultusbetrokkenheid

SIMPTOME VAN POST-TRAUMATIESE STRES

- Gebrekkige affek-modulering
- Ambivalensie
- Selfvernietigende en impulsiewe gedrag
- Aandagsoekende gedrag
- Herbelewing van post-traumatiese gebeure
- Disassosiatiewe simptome
- Somatiese klagtes
- Gevoelens van nuttelоosheid
- Skaamte
- Gevoelens van hulpeloosheid en moedeloosheid
- Slagofferbelewenis
- Voel permanent beskadig
- Verlies aan geloof
- Aggressie en wantroue
- Sosiale onttrekking
- Voel voortdurend bedreig en onveilig
- Ontoereikende interpersoonlike verhoudinge

DIE VERBAND TUSSEN POST-TRAUMATIESE STRES EN SELFMUTILASIE

Greenspan & Samuel (1989:789-790; Tull, 2009)

- "Persone wat aan post-traumatiese stres ly pas soms selfmutilasie toe omrede die selfmutilasieproses hulle terugskok na hulle werklike of huidige bestaan (ook bekend as "begronding").

- Sommige persone wat aan post-traumatiese stres ly, mag soms terugflitse of oomblikke van disassosiasie beleef.

- Deur hulleself egter te beseer of te mutileer (sny of brand), kan hulle hulle liggaam terugskok na die huidige of werklike bestaan soortgelyk aan die wyse waarop vlugsout aangewend word."

ANGSVERSTEURINGE
EN SELFMUTILASIE

TIPES ANGSVERSTEURINGE:

- ALGEMENE ANGSVERSTEURINGE
- PANIEKAANVALLE
- OBSESSIEWE-KOMPULSIEWE VERSTEURING

Volgens Turner (2002:110) vertoon die volgende angsversteuringe 'n noue verband met die voorkoms van selfmutilasie by leerders:

algemene angsversteuringe;

paniekaanvalle;

paniekaanvalle; en

obsessiewe-kompulsiewe versteuringe.

Om die verband tussen bogenoemde angsversteuringe en selfmutilasie te illustreer sal die simptome van bogenoemde angsversteuringe en bevindinge vanuit die literatuur oor selfmutilasie langs mekaar in tabelvorm geplaas word.

ALGEMENE ANGSVERSTEURINGE EN SELFMUTILASIE

ALGEMENE ANGSVERSTEURINGE (DSM-IV TM, 1994:432-436)	**SELFMUTILASIE (JOHNSON, 2003:10)**
• Rusteloosheid • Moegheid • Swak konsentrasie • Geïrriteerdheid • Spierspanning • Slaapsteurnisse	Selfmutileerders vertoon hoë vlakke van angstigheid voordat hulle hulself mutileer.

PANIEKAANVALLE EN SELFMUTILASIE

PANIEKAANVALLE (DSM-IV TM, 1994:395) [4 of meer simptome bestaan skielik, en piek binne 10 minute]	SELFMUTILASIE (DAVIDSON & FREY, 2007; CUTTER ET AL., 2008)
Palpitasies, woeste geklop van die hart, sweet, gevoel van versmoring, verstikking, borspyne, naarheid, maagongemak, lighoofdigheid, gevoelens van depersonalisasie, vrees vir beheer- en verstandsverlies, vrees om dood te gaan, prikkelende en gevoellose sensasie, koue en warmgloede.	**Die selfmutileerder belewe ook paniek voor en na selfmutilering.**

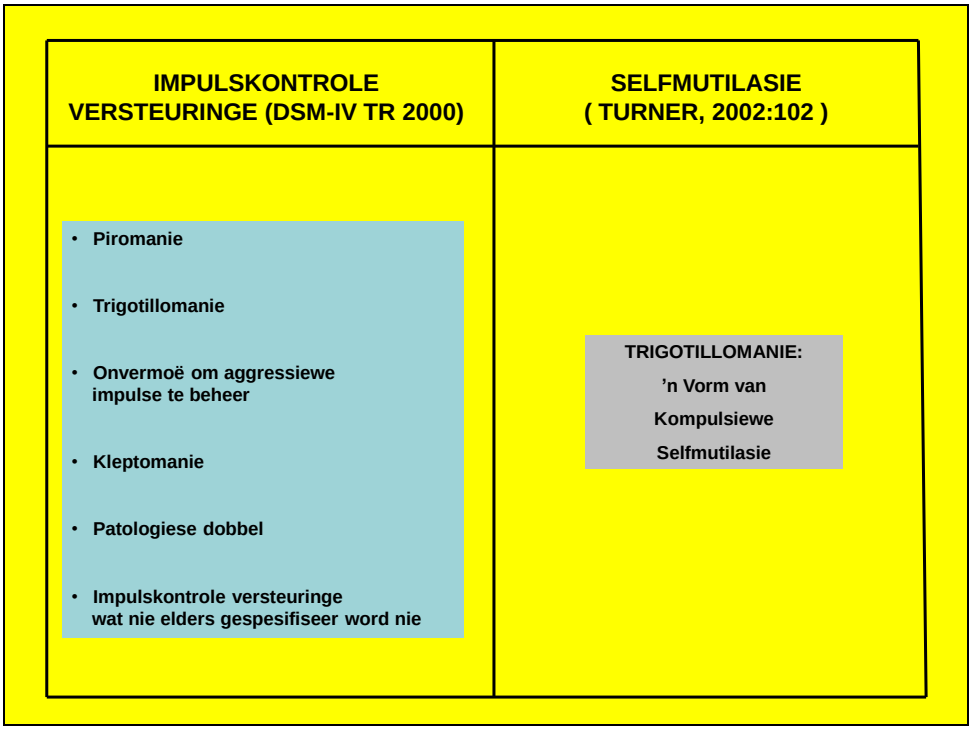
OBSESSIEF-KOMPULSIEWE GEDRAG EN SELFMUTILASIE

OBSESSIES: (DSM-IV TM, 1994:422-423)	SELFMUTILASIE: (SMITH, 2005; TURNER, 2002:47,52)
• **Herhalende denke, impulse of beelde wat inmeng met 'n persoon se daaglikse funksionering en wat angs en spanning veroorsaak.** • **Dit is NIE bloot alledaagse bekommernisse nie.** • **Die persoon probeer die denke, impulse of beelde onderdruk of neutraliseer deur ander denke of aksies aan te wend.** • **Die persoon is daarvan bewus dat obsessiewe denke, impulse of beelde 'n produk is van sy eie verbeelding.**	**Vertoon 'n noue verband met kompulsiewe, impulsiewe en herhalende vorme van selfmutilasie**

OBSESSIEF-KOMPULSIEWE GEDRAG EN SELFMUTILASIE

KOMPULSIES: (DSM-IV TM, 1994:422-423)	SELFMUTILASIE: (SMITH, 2005; TURNER, 2002:47,52)
• Herhalende gedrag of verstandshandelinge wat die persoon gedwing voel om uit te voer as respons op 'n obsessie a.g.v. reëls wat rigied toegepas moet word. • Die herhalende gedrag of verstandshandelinge is gerig op die voorkoming of vermindering van spanning, of die voorkoming van moontlike gevreesde gebeure of situasies.	Vertoon 'n noue verband met kompulsiewe, impulsiewe en herhalende vorme van selfmutilasie

IMPULSKONTROLE VERSTEURINGE EN SELFMUTILASIE



Piromanie: 'n obsessiewe, impulsiewe behoefte om brand te stig

Trigotillomanie: 'n obsessiewe, impulsiewe behoefte om jou eie hare uit te trek

Kleptomanie: 'n obsessiewe, impulsiewe behoefte om te steel

DISSOSIATIEWE VERSTEURINGE EN SELFMUTILASIE

DISSOSIATIEWE VERSTEURINGE **(DSM-IV TM, 1994:477)** **[onderskei die volgende 5 kategorieë]**	**SELFMUTILASIE:** (THE AMERICAN ASSOCIATION FOR MARRIAGE AND FAMILY THERAPY, 2001 ; TURNER, 2002:103 ; GIBSON, 2008)
• Dissosiatiewe Amnesie • Fuga • Identiteitsversteuringe • Depersonaliseringsversteuringe • Dissosiatiewe versteuringe wat nêrens elders gespesifiseer word nie	Volgens bogenoemde outeurs beleef self-mutileerders dikwels gevoelens van dissosiasie en depersonalisasie.

Amnesie: die onvermoë in belangrike persoonlike inligting te onthou

Fuga: 'n skielike verlating van die bekende verblyfplek na 'n onbekende plek, gepaardgaande met die onvermoë om jou eie verlede te onthou

Depersonaliseringsversteuringe: die teenwoordigheid van twee of meer persoonlikhede wat 'n persoon se gedrag beheer

GEMOEDSVERSTEURINGE EN SELFMUTILASIE

VOLGENS TURNER (2002:104) KOM SELFMUTILASIE MEER ALGEMEEN VOOR BY DIE VOLGENDE VORME VAN GEMOEDSVERSTEURINGE:

- MAJOR DEPRESSIE
- DISTIMIE
- BIPOLÊRE VERSTEURINGE

GEMOEDSVERSTEURINGE EN SELFMUTILASIE

MAJOR DEPRESSIE

'n Erge vorm van depressie
met die volgende simptome:

- **'n Depressiewe toestand**
- **Neerslagtigheid**
- **Gewigsverlies of gewigstoename**
- **Insomnia**
- **Gevoelens van skuld**
- **Skaamte en minderwaardigheid**
- **Dink gereeld aan selfmoord en die dood**

GEMOEDSVERSTEURINGE EN SELFMUTILASIE: (2)

DISTIMIESE VERSTEURINGE

'n Konstante depressiewe toestand
van ten minste 2 jaar
met die volgende simptome:

- Afname of toename aan eetlus
- Swak selfbeeld
- Moegheid
- Insomnia of toename in slaapgedrag
- Minderwaardigheidsgevoelens
- Sukkel met konsentrasie
  en om besluite te neem

GEMOEDSVERSTEURINGE EN SELFMUTILASIE (3)

BIPOLÊRE VERSTEURINGE

DEPRESSIE EN EEN
OF MEER MANIESE FASES
SONDER DEPRESSIE

<u>Die volgende simptome word vertoon tydens die maniese fases:</u>

- Toename in belangrikheid
- Praat aanhoudend
- Deelname aan gewaagde
  of risiko-aktiwiteite

<u>Die depressiewe fase vertoon die volgende simptome:</u>

- Toename in slaappatrone
- Afname in persoonlike
  versorging en eetlus

EETVERSTEURINGE
EN SELFMUTILASIE

Die DSM-IV TM (1994:544-550) onderskei die volgende vorme van eetversteuringe:

- ANOREXIA NERVOSA
- BULIMIA NERVOSA

ANOREXIA NERVOSA:

Die weiering of vrees om 'n normale minimum liggaamsgewig vir ouderdom en lengte te handhaaf. Staking van menstruasie by vroulike leerders.

Twee Tipes:

- Ooretende-Purgerende Tipe
- Beperkende Tipe: weerhou van ooreting-purgering

BULIMIA NERVOSA:

Herhalende episodes van ooreting en nie in beheer te wees van die eetproses nie.

-- Selftoegepaste vomering
of oormatige oefening
om gewigstoename te oorkom

Strong (1998:116-117) het bevind dat 80% van die selfmutileerders waarmee sy 'n onderhoud gevoer het ook eetversteuringe beleef het.

SY MERK SOOS VOLG OP: *"Each uses the body to work out psychological conflicts to obtain relief from overwhelming feelings of tension, anger, loneliness, emptiness and self-hatred, and to physiologically manage such post-traumatic symptoms as dissociation, flashbacks and hyper-arousal. Both are impulsive, secretive, ritualistic and ridden with shame and guilt. And they each involve attacks on the body, a disturbance in body image and in attempt to control body boundaries."*

IDENTIFISEERBARE KENMERKE VAN DIE SELFMUTILEERDER

Volgens Turner (2002:25-29) en Collins (2007:12)
vertoon die selfgemutileerde leerder die volgende identifiseerbare kenmerke:

- **Die selfmutileerder is waarskynlik ’ n pre-adolossent of adolessent met ’n ouderdom wat wissel tussen 11 en 18 jaar (hoewel selfmutilasie ook by volwassenes voorkom).**
- **Die selfmutileerder is waarskynlik vroulik (hoewel selfmutilasie ook by die manlike geslag voorkom).**
- **Selfmutileerders beskik oor ’n bogemiddelde intellektuele vermoë en is afkomstig vanuit alle rasse en sosio-ekonomiese agtergronde.**
- **Die selfmutileerder is meestal gesitueer in ’n ontoereikende gesinsopset.**
- **Die selfmutileerder was heel waarskynlik mishandel en/of gemolesteer as kind.**

Die volgende tabel sal aan die onderwysers verskaf word vir ‘n kriptiese oorsig oor die kenmerke van die selfmutileerder.

Tabel 6.4: Kenmerke van die selfmutileerder

Biografiese kenmerke
Hoofsaaklik tussen 11 en 18 jaar oud (kom ook by volwassenes voor)
Meestal vroulik (kom ook by mans voor)
Bo-gemiddelde intellektuele vermoë
Afkomstig vanuit alle rasse en sosio-ekonomiese agtergronde
Waarskynlik mishandel of gemolesteer as kind
Gesitueer in ‘n ontoereikende gesinsopset
Blootgestel aan post-traumatiese en stresverwante omstandighede
Sigbare gedragskenmerke
Swak impulskontrole
Reageer op gevoel (meestal nie rasioneel nie)
Kronies angstig en geneig tot geïrriteerdheid
Voel nie in beheer van hulle omstandighede nie
Dra soms klere met lang moue om selfmutilasie te versteek
Geneigdheid tot isolasie (a-sosiaal)
Gevoelens van negatiwiteit
Gebrek aan motivering
Swak konsentrasie
Nie-sigbare gedragskenmerke
Voel meestal minderwaardig (hou nie van hom-/haarself nie)
Hipersensitief vir verwerping
Beleef hoë vlakke van onderdrukte aggressie
Ly moontlik aan ‘n eetversteuring
Probleme met seksuele oriëntasie en belewing
Ontevrede met liggaam en voorkoms
Sukkel met depressie en gemoedsversteuringe

FASE TWEE:

Praktiese wenke aan die onderwyser

om selfmutileerders te identifiseer en basiese hulp te verleen

DIE RAAKHOOR-, RAAKSIEN-, RAAKVOELTEGNIEK

Bogenoemde terapeutiese tegniek

(wat die onderwyser wel mag gebruik)

kom voor in die Relasieterapeutiese Tegniek

van Jacobs (1987:13).

- Die terapeutiese tegniek

(wat 'n Opvoedkundige Sielkundige benadering is)

behels die volgende:

RAAKHOOR:
Dit beteken dat die onderwyser werklik sal hoor wat die leerder sê, en nie slegs sal hoor wat hy/sy graag wil hoor nie.

RAAKSIEN:
Dit beteken dat die onderwyser werklik na die leerder sal kyk of daar tekens van depressie, gespannendheid of angstigheid by die leerder teenwoordig is.

RAAKVOEL:
Die onderwyser moet nie die leerder se aggressie, angs of depressie gedistansieerd waarneem nie, maar daarby betrokke raak en tot so 'n mate in die leerder se gemoedstoestand invoel, dat hy/sy die leerder se gevoelens kan aanvoel. Slegs dan kan die onderwyser op dieselfde gevoelsgolflengte van die leerder kom (Roets, 1991:88-89).

PRAKTIESE TOEPASSING : 'n Gevallestudie

Michelle is 'n Graad 10-leerder verbonde aan 'n hoërskool in Gauteng. Sy is teruggetrokke, meng nie met die portuurgroep nie, en neem nie aan sport deel nie.

Haar akademiese prestasie is ondergemiddeld, ten spyte van 'n bogemiddelde intellektuele vermoë. Sy dra altyd klere met lang moue (winter en somer).

Tydens onderrig kom sy onbetrokke en belangeloos voor, doen selde huiswerk en is gereeld afwesig.

Tydens 'n gesprek met die onderwyser oor haar afwesighede en weiering om huiswerk te doen, het die volgende na vore gekom: haar ouerhuis is onstabiel, sy word maklik kwaad, voel depressief en dink soms aan selfmoord.

RAAKHOOR, RAAKSIEN EN RAAKVOEL

VAN POTENSIEEL SELFGEMUTILEERDE LEERDERS

RAAKHOOR:

- **Michelle se ouerhuis is onstabiel**
- **Sy word maklik kwaad, is depressief en oorweeg soms selfmoord**

RAAKHOOR, RAAKSIEN EN RAAKVOEL

VAN POTENSIEEL SELFGEMUTILEERDE LEERDERS:

RAAKSIEN:

- **Michelle is in Graad 10 (+- 16 jaar oud) en vroulik**
- **Sy is teruggetrokke en meng nie met die portuurgroep nie**
- **Sy neem nie aan sport deel nie**
- **Haar akademiese prestasie is ondergemiddeld ten spyte van 'n bogemiddelde intellektuele vermoë**
- **Sy dra altyd klere met lang moue**
- **Sy is onbetrokke en belangeloos tydens onderrig en leer**
- **Sy doen selde huiswerk en is gereeld afwesig**

RAAKHOOR, RAAKSIEN EN RAAKVOEL VAN POTENSIEEL SELFGEMUTILEERDE LEERDERS:

RAAKVOEL:

- **Michelle is ongelukkig, eensaam, depressief en voel waarskynlik dat niemand vir haar omgee nie, omdat sy meen sy is nie die moeite werd om te ken nie (swak selfbeeld)**

DIE SKEP VAN ’N VERTROUENSVERHOUDING

- Aansluitend by bogenoemde potensiële identifisering van die selfgemutileerde by wyse van Raakhoor, Raaksien en Raakvoel, is dit noodsaaklik dat die onderwyser 'n vertrouensverhouding met die leerder stig.

- 'n Vertrouingsverhouding word gestig deur aan die leerder te wys dat die onderwyser vir hom of haar omgee en bereid is om hom of haar emosioneel en fisiek te ondersteun.

Indien die selfmutieerder die onderwyser in sy/haar vertroue neem, en erken dat hy/sy homself/haarself mutileer is dit noodsaaklik vir die onderwyser om soos volg op te tree (Lieberman, 2004; Gibson, 2010):

- Die onderwyser moet nie met skok en afgryse reageer nie.
- Bewerkstellig kontak sonder om opdringerig te wees.
- Moenie beskuldigend of direktief optree nie.
- Neem kennis dat selfmutilasie 'n wyse is waarvolgens die leerder probeer om in beheer te wees van sy/haar lewe.
- Bewys empatie, maar moenie probeer om te weet hoe hulle voel nie.
- Beklemtoon hoop ("Ek sal iemand kry om jou te help").

Sodra ’n vertrouensverhouding met die selfmutileerder deur die onderwyser gestig is en die selfmutileerder veilig voel, kan die onderwyser die selfmutilasiesvraelys gebruik wat deur die navorser ontwerp is om meer inligting, met die toestemming van die leerder, oor die leerder te verkry vir die samestelling van ‘n profiel wat vir verdere ondersteuning deur die SGOS, medici, sielkundiges, ouers en maatskaplike werkers gebruik kan word.

DIE SELFMUTILASIEVRAELYS

Die selfmutilasievraelys bestaan uit die volgende afdelings:

AFDELING EEN:
Agtergrondsinligting rakende die selfmutileerder.

AFDELING TWEE:
Die vorm / vorme van selfmutilasie wat die leerder toepas.

AFDELING DRIE:
Die oorsake van die selfmutilasie.

AFDELING VIER:
Inligting rakende verwante toestande
(soos byvoorbeeld eetversteuringe)
wat saam met die selfmutilasie voorkom.

SELFMUTILASIEVRAELYS:

"Beantwoord asseblief die volgende vrae so eerlik as moontlik.

Wees verseker van die vertroulike hantering van die inhoud daarvan

deur die onderwyser en die skoolgebaseerde ondersteuningspan."

* Nadat die selfmutileringsvraelys voltooi is, kan die onderwyser op grond van die inligting wat verkry is uit die verskillende afdelings van die vraelys, 'n persoonsprofiel van die selfmutileerder saamstel wat bestaan uit:

  - Agtergrondsgeskiedenis
  - Vorme van selfmutilasie
  - Oorsake van selfmutilasie
  - Inligting rakende verwante toestande en selfmutilasie

AFDELING EEN:

1. Hoe oud is jy? _____
2. In watter graad is jy? _____
3. Hoe oud was jy toe jy jouself vir die eerste keer self beseer het?

   _____
4. Is jou ouers of vriende daarvan bewus dat jy jouself mutileer?

   _____
5. Op watter wyse steek jy jou selfmutilering weg vir jou ouers en vriende?

   _____

   _____

AFDELING TWEE:

1. Op watter wyse / wyses mutileer jy jouself?

   _____
2. Wanneer mutileer jy jouself (oggend, middag of aand)?

   _____
3. Wat gebruik jy om jouself te mutileer? _____
4. Hoe gereeld mutileer jy jouself? _____
5. In watter vertrek / vertrekke mutileer jy jouself?

   _____
6. Op watter wyse versorg jy die wond / wonde nadat jy jouself gemutileer het?

   _____

AFDELING VIER:

1. Dink jy jou ouers is lief vir jou en gee om vir jou?
2. Ondervind jy probleme by jou ouerhuis?
3. Mutileer sommige van jou vriende ook hulleself?
4. Sukkel jy om vriende te maak?
5. Hoe voel jy oor jouself?
6. Was jy blootgestel aan enige traumatiese gebeure, soos byvoorbeeld 'n inbraak by julle huis, 'n motorkaping, mishandeling of molestering?
7. Voel jy dikwels dat die lewe nie die moeite werd is nie?
8. Dink jy soms daaraan om selfmoord te pleeg?
9. Hoe voel jy oor jou eie liggaam en voorkoms?
10. Druk jy soms jou vinger in jou keel om te vomeer nadat jy geëet het, om te verhoed dat jy gewig optel?
11. Voel jy soms dat jy nie kan ophou eet nie?
12. Is jy bekommerd oor jou liggaamsgewig?
13. Ondervind jy probleme met die volgende: ongemotiveerd en negatief teenoor skoolwerk, sukkel om te konsentreer?

Addisionele gevallestudies vir die inoefening van die raakhoor-, raaksien- en raakvoeltegniek deur die onderwysers word ingesluit in Afdeling 6.3.1 van die studie.

FASE 3

HULPVERLENING

FASE 3a.) PRIVAAT ONDERSTEUNING DEUR DIE OUERS, MEDICI EN SIELKUNDIGES:

Indien die selfmutileerder versoek dat die skool NIE van sy/haar selfmutilasie moet weet nie, kan die onderwyser op die volgende wyse ondersteuning verleen:

SELFMUTILEERDER	ONDERWYSER
• Versoek dat die skool NIE van sy/haar selfmutilering moet weet nie. • Onderwyser verkry toestemming van leerder dat hy die ouers van die leerder mag inlig	• Onderwyser kontak ouers en lig hulle in die teenwoordigheid van die leerder in dat hy/sy hom-/haarself mutileer. • Die onderwyser versoek dat die ouers die leerder na 'n geneesheer en sielkundige neem vir behandeling en terapeutiese ondersteuning. • Onderwyser gaan voort om die leerder emosioneel te ondersteun, en implementeer die wenke van professionele instansies of sielkundiges • Onderwyser vervul steeds die rol van vetroueling vir die leerder en verleen basiese hulp.

FASE 3b.)

ONDERSTEUNING DEUR DIE ONDERWYSER EN SGOS in samewerking met DGOS

Indien die selfmutileerder ten gunste is van ondersteuning deur die onderwyser en die SGOS en DGOS, kan die ondersteuning soos volg verloop:

DIE SELFMUTILEERDER	DIE ONDERWYSER
• Is ten gunste van ondersteuning deur die onderwyser in samewerking met die SGOS • Verky toestemming van leerder om ouers te kontak en om selfmutilasievraelys te voltooi	• Stel die selfmutileerder op sy / haar gemak en verseker hom / haar van die professionele ondersteuning deur die SGOS • Stel ouers op hulle gemak en verseker hulle van die ondersteuning van die SGOS • Verduidelik aan leerder en ouers die rol van die SGOS. • Stel persoonsprofiel van leerder saam met behulp van die selfmutilasievraelys. • Deel die inligting met die skool se SGOS. • SGOS reël vir verdere assessering, ondersteuning en monitering van leerder in samewerking met DGOS en ouers.

DIE SKOOLGEBASEERDE ONDERSTEUNINGSPAN

Verleen ondersteuning aan die selfmutileerder op die volgende wyse:

- Verseker en reël dat die selfmutileerder mediese versorging ontvang.
- Besoek die selfmutileerder en verseker hom/haar van professionele ondersteuning, empatie en begrip van die SGOS.
- Verduidelik op ondersteunende wyse aan die selfmutileerder dat hy/sy professionele mediese en sielkundige ondersteuning benodig.

- Verkry toestemming van die selfmutileerder om sy/haar ouers te kontak.
- Kontak die ouers en ontvang hulle by die skool.
- Ondersteun die ouers emosioneel en verduidelik aan hulle dat die leerder hom-/haarself mutileer, en dat hy/sy mediese en sielkundige ondersteuning benodig.
- Verseker die leerder en ouers van die skool se samewerkende ondersteuning met medici en sielkundiges om die selfmutilasie te stop.
- Onderwyser kan steeds as vertroueling van die selfmutileerder op tree en wenke van die sielkundiges of terapeute toepas om die leerder te help.

Dit is dus veral in Fase 3 waar die onderwysers se aandag daarop gevestig sal word dat die toepassing van die Nasionale Strategie vir Sifting, Identifisering, Assessering en Ondersteuning ter sprake kom (*cf.* 2.6.3).

Samevatting: rol van die onderwyser

Fase 1

- Verkry kennis rakende die aard, oorsake en kenmerke van selfmutilasie

Fase 2

- Raak vertroud met die raaksien-, raakhoor- en raakvoel-tegniek vir identifisering van selfmutileerder
- Skep vertrouensverhouding met selfmutileerder
- Verkry toestemming vir voltooiing van selfmutilasievraelys
- Stel profiel van selfmutileerder saam
- Verkry toestemming om ouers te kontak

Fase 3

- Verduidelik aan leerder en ouers twee moontlikhede vir ondersteuning: privaat of deur die SGOS in samewerking met DGOS en wat elk behels
- Stel leerderprofiel aan SGOS beskikbaar
- Ongeag die keuse vir ondersteuning, bly die onderwyser die vertroueling van die selfmutileerder, wat wenke van professionele instansies, sielkundiges of terapeute toepas om selfmutileerder te help.
- Die onderwyser verleen ook steeds basiese hulp ten opsigte van die bewusmaking van selfmutileerders met betrekking tot afleibaarheidstegnieke om selfmutilasie te voorkom, sowel as om die negatiewe invloed van selfmutilasie op onderrig en leer en emosionele en sosiale ontwikkeling teen te werk (*cf.* 6.5)

SELFMUTILASIE:

’n Praktiese Opleidingsprogram vir Onderwysers

DEUR:

Sydney L. Vos

Ten einde onderwysers die geleentheid te bied om die inligting wat tydens die opleidingsprogram aangebied is prakties toe te pas, bied die navorser addisionele gevallestudies aan wat tydens die opleidingsessies deur onderwysers in groepe uitgevoer kan word.

6.3.1 Addisionele gevallestudies vir die inoefening van die raakhoor-, raaksien- en raakvoeltegniek en die verlening van hulp

6.3.1.1 Gevallestudie 1

Om die toepassing van die raakhoor-, raaksien- en raakvoeltegniek te illustreer, maak die navorser van die volgende gevallestudie, waarin ’n selfmutileerder hindernisse ten opsigte van onderrig en leer, sowel as ten opsigte van emosionele en sosiale ontwikkeling ervaar, gebruik. Tydens die opleiding sal daar van die onderwysers verwag word om die gevallestudie uit te voer, waartydens hulle moet verduidelik hoe hulle die identifiseringsproses en basiese hulpverleningsproses en ondersteuningsproses sou hanteer.

Die onderstaande gevallestudie bied ’n voorbeeld van ’n leerder wat homself mutileer, maar nog nie deur die onderwysers opgemerk of geïdentifiseer is as selfmutileerder nie.

Die navorser wil dit egter benadruk dat daar tydens die opleiding duidelik gestel sal word dat van die kenmerke wat met selfmutilasie verbind word, ook op ander hindernisse tot leer kan dui, en dat onderwysers dus nie in alle gevalle wanneer hulle die kenmerke waarneem moet aanneem dat die leerders hulleself mutileer nie.

Ian is ‘n Graad 8-leerder verbonde aan 'n hoërskool in Gauteng. Hy is baie afleibaar in klasverband en sukkel om toereikend te konsentreer. Sy akademiese prestasie, veral in tale, is swak ten spyte van 'n bo-gemiddelde intellektuele vermoë. Hy is aggressief en gereeld in konflik met mede-leerders en onderwysers. Vanweë sy gedrag word hy nie deur die portuurgroep aanvaar nie. Verder is die onderwysers oor die algemeen negatief teenoor hom omrede hy die onderrig-leeraktiwiteite ontwrig en sy mede-leerders steur. Tydens 'n gesprek met een van sy onderwysers oor sy gedrag, kom die volgende na vore: hy sukkel met lees, spelling en konsentrasie. Hy voel kwaad en depressief omrede sy mede-leerders en die onderwysers nie van hom hou nie, en hy dink hy is dom. Sy ouers is bereid om hom te help, maar weet nie hoe nie. Hulle beskik ook nie oor 'n mediese fonds nie.

Indien ’n onderwyser voortdurend van die raakhoor-, raaksien- en raakvoeltegniek gebruik maak, sal die volgende belangrike tekens, soos vermeld inTabel 6.4, wat daarop kan dui dat Ian moontlik ’n selfmutileerder is, geïdentifiseer kan word.

Die onderwysers sal gevra word om deur middel van die raaksien-, raakhoor- en raakvoeltegniek die moontlike tekens in tabelvorm te identifiseer. Tabel 6.5 bied ’n voorbeeld van hoe die aktiwiteit voltooi behoort te word.

Tabel 6.5: Praktiese toepassing: raakhoor, raaksien, raakvoel

Raakhoor	Raaksien	Raakvoel
Sukkel met konsentrasie Swak akademiese prestasie Bo-gemiddelde intellektuele vermoë Sukkel met tale Aggressief, konflik Nie aanvaar deur portuurgroep Onderwysers negatief Ouers bereid om te help Geen mediese fonds	Hiperaktief Sukkel met konsentrasie Gereeld in konflik betrokke Nie aanvaar deur portuurgroep	Depressief en ongelukkig Kwaad vir mede-leerders Kwaad vir onderwysers

Deur bogenoemde tegnieke in te span kan die onderwyser vasstel dat die leerder se gedrag te wyte is aan hiperaktiewe en afleibare gedrag, wat sy onderrig en leer, asook sy sosiale en emosionele ontwikkeling negatief beïnvloed. Aangesien hiperaktiewe en afleibare gedrag nie slegs kenmerkend van selfmutileerders is nie, moet die onderwyser eerstens ’n vertrouensverhouding met hom probeer stig om aan hom die geleentheid te bied om oor sy probleme te gesels.

Aangesien die onderwyser met die identifisering van die bogenoemde kenmerke nog nie sekerheid sal hê of die leerder wel ‘n selfmutileerder is nie, is dit belangrik dat ’n vertrouensverhouding tussen die leerder en onderwyser gestig word, deur aan die leerder te wys dat die onderwyser vir hom omgee, bereid is om hom emosioneel en fisiek te ondersteun en aan hom die geleentheid te bied om oor sy probleme te praat.

6.3.1.2 Gevallestudie 2

Om die toepassing van die raakhoor-, raaksien- en raakvoeltegniek te illustreer, maak die navorser van die volgende gevallestudie gebruik waar ’n selfmutileerder hindernisse ten opsigte van onderrig en leer, sowel as ten opsigte van emosionele en sosiale ontwikkeling ervaar. Tydens die opleiding sal daar van die onderwysers verwag word om die gevallestudie prakties uit te voer, waartydens hulle moet verduidelik hoe hulle die identifiseringsproses en die basiese hulpverleningsproses en ondersteuningsproses sou hanteer.

Michelle is ‘n Graad 10-leerder verbonde aan 'n hoërskool in Gauteng. Sy is teruggetrokke, meng nie met die portuurgroep nie en neem ook nie deel aan sport nie. Haar akademiese prestasie is ondergemiddeld (ten spyte van 'n bo-gemiddelde verstandelike vermoë). Sy dra altyd klere met lang moue –winter en somer. Tydens onderrig kom sy onbetrokke en belangeloos voor, doen selde huiswerk en is gereeld afwesig. Tydens 'n gesprek met 'n onderwyser oor haar afwesighede en weiering om huiswerk te doen het die volgende na vore gekom: haar ouerhuis is onstabiel, sy word maklik kwaad en voel baie keer depressief. Sy dink soms daaraan om selfmoord te pleeg.

Die onderwysers sal gevra word om deur middel van die raaksien-, raakhoor- en raakvoeltegniek die moontlike tekens in tabelvorm te identifiseer. Tabel 6.6 bied ’n voorbeeld van hoe die aktiwiteit voltooi behoort te word.

Tabel 6.6: Praktiese toepassing: raakhoor, raaksien, raakvoel

Raakhoor	Raaksien	Raakvoel
Ouerhuis is onstabiel	Sy is in Graad 10	Sy is ongelukkig
Sy word maklik kwaad	Sy is 16 jaar oud en vroulik	Sy is eensaam
Sy is depressief	Teruggetrokke	Sy is depressief
Sy oorweeg selfmoord	Meng nie met die portuurgroep nie	
	Neem nie aan sport deel nie	
	Ondergemiddelde prestasie	
	Dra altyd klere met lang moue	
	Onbetrokke en belangeloos	
	Doen selde huiswerk	
	Gereeld afwesig	

Deur bogenoemde tegnieke kan die onderwyser Michelle reeds as ’n potensiële selfmutileerder identifiseer. Om egter te bepaal of sy werklik haarself mutileer, is dit noodsaaklik dat die onderwyser ’n vertrouensverhouding met haar moet stig om aan haar die geleentheid te bied om oor haar probleme te gesels.

’n Vertrouensverhouding word gestig deur aan die leerder te wys dat die onderwyser vir haar omgee en bereid is om haar emosioneel en fisiek te ondersteun en aan haar die geleentheid te bied om oor haar probleme te praat.

In die konteks van beide gevallestudies kan die onderwyser soos volg optree in ooreenstemming met die sienings van Lieberman (2004) en Gibson (2010).

1. Die onderwyser moet nie met skok en afgryse reageer nie. Volgens die Samaritans (2011) moet die onderwyser probeer vermy om soos volg te reageer: "*Sjoe, maar dit is verskriklik!", "O nee, jy behoort by 'n dokter of berader uit te kom wat van sulke goed af iets weet"* , *"Jy is laf om jouself so te sny. Ruk jouself reg en hou op om dit te doen" en "Hoe voel jy?".*

2. Bewerkstellig kontak met die leerder sonder om opdringerig te wees. Sodra 'n vertrouensverhouding met die selfmutileerder deur die onderwyser gestig is en die selfmutileerder veilig voel, kan die onderwyser die selfmutilasiesvraelys gebruik wat deur die navorser ontwerp is om meer inligting oor die selfmutileerder te verkry. Hierdie inligting word gebruik vir verdere ondersteuning deur die SGOS, medici, sielkundiges, ouers en maatskaplike werkers.

3. Beklemtoon hoop deur aan te dui dat daar hulp vir die leerder verkry sal word.

4. Moenie beskuldigend of verwytend optree nie.

5. Onthou dat selfmutilasie 'n wyse is waarvolgens die leerder probeer om in beheer te wees van sy of haar lewe.

6. Bewys empatie maar moenie probeer weet hoe die selfmutileerder voel nie. Dit is belangrik om 'n vertrouensverhouding met die leerder te probeer stig.

7. Vra aan die leerder of sy ouers gekontak kan word om die probleem met hulle te bespreek, en stel voor dat hulp verleen kan word in die vorm van 'n private sielkundige of mediese hulp, of deur middel van die onderwyser en die SGOS (soos in Fase 3 van die opleidingsprogram uiteengesit is).

8. Indien private hulpverlening gekies word, kan die ouers onderneem om die leerder vir mediese, sielkundige of terapeutiese steungewing te neem.

9. Die onderwyser kan dan vriendelik versoek dat die verslae van die mediese, sielkundige of terapeutiese personeel aan die skool se SGOS deurgegee word vir die implementering van toepaslike aspekte, soos

aanbeveel deur die sielkundiges of terapeute, om die onderrig en leer en ontwikkeling van die leerder te bevorder.

10. Indien steungewing deur die skool in samewerking met die DGOS verkies word, verduidelik die onderwyser die werkswyse van die SGOS aan die ouer en die leerders. Die onderwyser stel in samewerking met die SGOS ’n leerderprofiel saam ooreenkomstig die riglyne in die Nasionale Strategie vir Sifting, Identifisering, Assessering en Ondersteuning (Department van Onderwys, 2008:11). Die navorser se selfmutileringsvraelys wat in die opleidingsprogram voorkom, kan gebruik word om agtergrondsinligting te verkry vir verdere assessering, aksiebeplanning en monitering deur die SGOS en die DGOS. Die SGOS is dus verantwoordelik om die steungewing aan die leerder met behulp van die DGOS te reël.

11. Gereelde skakeling tussen ouers, onderwyser en SGOS volg om die leerder se vordering te monitor.

12. Die onderwyser funksioneer steeds as vertroueling om basiese hulp aan die leerder te verleen in terme van die identifisering van afleibaarheidstegnieke om selfmutilasie te vermy, en die negatiewe invloed wat selfmutilasie op onderrig en leer kan uitoefen, te bekamp.

Dit is vir die navorser belangrik dat die onderwysers van die eenvoudige stappe, soos in bogenoemde twee gevallestudies gebruik is, gebruik sal maak om in die toekoms moontlike selfmutileerders te identifiseer en vroegtydig ondersteuning en basiese hulp te verleen.

Aangesien onderrig en leer die kerntaak van die onderwyser is (Morrow, 2005:56; Hoadley, 2007:254) (*cf.* 2.6.2) en die response van die onderwysers daarop gedui het dat hulle nie kundig genoeg is om onder andere, leerprobleme te hanteer nie (*cf.* 5.6.4), bied die navorser ook riglyne aan vir die hantering van die negatiewe invloede van selfmutilasie op onderrig en leer wat deel van die opleidingsprogram sal uitmaak.

6.4 PRAKTIESE RIGLYNE VIR BASIESE HULPVERLENING TEN OPSIGTE VAN DIE NEGATIEWE INVLOEDE VAN SELFMUTILASIE OP ONDERRIG EN LEER

Die literatuur sowel as die response van die onderwysers het onder andere aangedui dat hulle bewus is dat selfmutilasie probleme met konsentrasie, negatiwiteit, onbetrokkenheid en ontwrigtende gedrag kan meebring (Turner, 2002:52; Cutter *et al.,* 2008; Dougherty *et al.,* 2009:22-27) (*cf*. 2.3.3, 2.5, 5.7.3).

In die volgende afdelings word voorstelle gemaak waarvolgens onderwysers selfmutileerders kan ondersteun om meer te konsentreer, meer positief en gemotiveerd te wees ten opsigte van hulle leerwerk, meer betrokke tydens onderrig en leer te wees en af te sien van ontwrigtende gedrag.

6.4.1 Riglyne vir verbetering van konsentrasie

Onderwysers kan doelbewus deur middel van gestruktureerde en visuele lesaanbiedinge, sowel as aktiewe leerderbetrokkenheid tydens onderrig en leer bydra tot verbetering in konsentrasie van alle leerders.

6.4.2 Riglyne vir verbetering van motivering en 'n meer positiewe gesindheid

Die onderwyser kan die selfmutileerder ondersteun deur byvoorbeeld te fokus op die sterk punte in die akademiese werk van die selfmutileerder en prys en lof daarvoor aanbied. Leeromgewings wat aangenaam en veilig is en waar alle leerders aanvaar word en welkom voel, kan verseker dat leerders meer positiewe houdings ten opsigte van leer openbaar.

6.4.3 Riglyne om meer leerderbetrokkenheid te verseker

Die onderwyser kan doelbewus probeer om tydens elke les, insette van die selfmutileerders te verkry om hulle by die onderrig-leergebeure betrokke te maak.

6.4.4 Riglyne om af te sien van ontwrigtende gedrag

In hierdie verband is dit belangrik dat onderwysers leerders betrokke moet maak tydens die aanbied van 'n les. Elke leerder moet 'n spesifieke taak of opdrag tydens elke les as individu of in ‘n groep waar hy ‘n spesifieke rol moet vertolk, ontvang. Daar moet geen tyd gelaat word vir leerders om niks te doen nie.

Aangesien selfmutileerders intense emosionele spanning ervaar wat ook hulle sosiale ontwikkeling kan beïnvloed, bied die navorser vervolgens ook basiese riglyne aan vir die hantering van die negatiewe invloede wat selfmutilasie op die emosionele en sosiale ontwikkeling van die leerder het.

6.5 PRAKTIESE RIGLYNE VIR BASIESE HULPVERLENING TEN OPSIGTE VAN DIE NEGATIEWE INVLOEDE VAN SELMUTILASIE OP EMOSIONELE EN SOSIALE ONTWIKKELING

Ten opsigte van die negatiewe invloede wat selfmutilasie op die emosionele en sosiale ontwikkeling van die leerder uitoefen, het die onderwysers, in ooreenstemming met die literatuur ook aangedui dat hulle bewus is daarvan dat selfmutileerders onder andere depressie, swak selfbeeld en a-sosiale gedrag kan openbaar.

In die volgende afdelings maak die navorser voorstelle waarvolgens onderwysers basiese hulp aan selfmutileerders kan verleen om moontlik minder depressief te wees, 'n beter selfbeeld te ontwikkel en meer sosiaal betrokke te wees.

6.5.1 Riglyne vir die vermindering van depressie/angs/emosionele spanning

Indien die onderwyser bewus is van selfmutileerders kan daar weekliks miskien tydens 'n pouse informele gesprekvoering met die selfmutileerder plaasvind, waar strategieë voorgestel kan word wat die selfmutileerder kan gebruik om depressie te verminder, byvoorbeeld:

- Probeer dadelik in gesprek tree met 'n vertrouenspersoon.

- Gaan stap of beoefen sport.

- Moedig sterker betrokkenheid by portuurgroepaktiwiteite aan om emosionele en sosiale vaardighede te verbeter, en isolasie te voorkom.

- Luister na musiek of leer om 'n musiekinstrument te bespeel.

- Groepsterapie kan nie deur die gewone onderwyser gebruik word nie, maar kommunikasie wat ‘n belangrike rol in groepsterapie speel kan aangemoedig word onder selfmutileerders sodat hulle leer om oor hulle vrese en emosies te praat (Tantum & Whittaker, 1992:460) (*cf.* 3.3.2). Selfmutileerders kan aangemoedig word om neer te skryf wat hulle pla en sodoende skriftelik aan hulle negatiewe gevoelens uiting gee. Dit is veral belangrik om meganismes vir kommunikasie te skep vir selfmutileerders wat nie deur onderwysers geïdentifiseer word nie, of met wie ‘n vertrouensverhouding nie gestig kan word nie. Onderwysers kan byvoorbeeld gebruik maak van ‘n houer voor in die klas waar enige leerder op ‘n daaglikse basis anoniem negatiewe gevoelens kan neerskryf en in die houer plaas, om sodoende ‘n uitlaatklep vir emosionele spanning te bied.

  Die gebruik van tegnologie kan aangemoedig word, byvoorbeeld bel jou vriende of stuur 'n sms en vertel hoe jy voel of wat jou pla, gebruik *"facebook“* om jou gevoelens en emosies te kommunikeer. Die navorser het uit eie ervaring ondervind dat selfmutileerders veral 'n gebrek aan emosionele woordeskat het en bang is om te praat. Dit is dus belangrik dat hulle gevoelswoorde moet aanleer, om byvoorbeeld te sê: *ek voel vandag hartseer want.....“,* en *ek is ontsteld omdat .....“*

- Kunsterapie kan nie gebruik word nie, maar kuns as afleibaarheidstegniek kan ingeskakel word om uitdrukking te gee aan probleme en emosies wat nie maklik gekommunikeer kan word nie (Eaton *et al.,* 2007:256-262; MacAlester, 2009) (*cf.* 3.3.2).

- Sekere tegnieke wat vermeld word in gesinsterapie en in die S.A.F.E.-program wat onder selfmutileerders aangemoedig kan word is onder andere: die maak van ‘n selfgesprekkasset, kontak en gesprekke met vertrouelinge, vriendskappe, die deurbring van tyd in die natuur, stap, musiek, en die skryf van ‘n eie outobiografie wat fokus op ‘n siening van die self, emosies en mense wat ‘n invloed op die selfmutileerer uitoefen (Johnson, 2003:20; Collins, 2007:30; Selekman, 2009b) (*cf.* 3.4.2).

- Onderwysers kan egter ook met groot vrug die tegnieke wat hulle reeds toepas gebruik, naamlik die bied van geleenthede aan leerders om met hulle te praat oor probleme wat hulle ervaar deur individuele gesprekvoering, besprekings in die klas, die skryf van opstelle of die voltooiing van vraelyste (*cf.* 5.7.7).

6.5.2 Riglyne vir die verbetering van die leerder se selfbeeld

Die verantwoordelikheid vir sekere administratiewe en organisatoriese take in die klaskamer kan aan selfmutileerders toegeken word om hulle selfwaarde te verhoog. Prys en lof behoort ook deur die onderwyser uitgedeel te word vir die suksesvolle hantering van die take. Onderwysers kan ook seker maak dat alle leerders in die klas mekaar ken en iets weet van mekaar se belangstellings.

6.5.3 Riglyne vir die verbetering van sosiale betrokkenheid

Deur gebruik te maak van koöperatiewe leeraktiwiteite waar leerders in groepe elkeen 'n spesifieke sosiale rol vertolk in die bereiking van gemeenskaplike leeruitkomste, kan sosiale betrokkenheid van die selfmutileerder bevorder word. Selfmutileerders behoort ook doelbewus by sosiale aktiwiteite ingeskakel te word en uitgenooi te word om deel te neem om isolasie en afsondering te voorkom.

6.6 SAMEVATTING

In Hoofstuk 6 is gefokus op die ontwikkeling van ’n opleidingsprogram om onderwysers te bemagtig vir die identifisering van en ondersteuning aan leerders wat hulleself mutileer in inklusiewe klaskamers. Die program sluit ‘n teoretiese en praktiese komponent in.

Die opleidingsprogram het uit die volgende drie fases bestaan:

Fase 1: Kennis en inligting aan die onderwysers rakende die aard, oorsake en kenmerke van selfmutilasie;

Fase 2: Praktiese wenke aan die onderwyser om selfmutileerders te identifiseer en basiese hulp te verleen

Fase 3: (3a) Ondersteuning van die selfmutileerder deur die onderwyser, ouers, medici en sielkundiges, of

(3b): Ondersteuning van die selfmutileerder deur die onderwyser en die Skoolgebaseerde Ondersteuningspan sowel as die Distriksgebaseerde Ondersteuningspan.

Die onderwyser kan 'n belangrike rol speel in die bewusmaking van die SGOS van leerders wat moontlik by selfmutilasie betrokke is. Verder kan onderwysers deur die toepassing van basiese riglyne soos vervat in 6.5, baie doen om die kwaliteit van die selfmutileerder se onderrig-leerervaring en emosionele en sosiale ontwikkeling te verbeter. Die verleen van sielkundige en mediese hulp val egter buite die bevoegdheid van die gewone klasonderwyser.

Die navorser fokus in Hoofstuk 7 op die bevindinge, aanbevelings, leemtes en bydraes van die navorsing.

HOOFSTUK 7

SAMEVATTING, BEVINDINGS EN AANBEVELINGS

7.1 INLEIDING

In hierdie hoofstuk beoog die navorser om die aanvanklike doelstellings van die studie te hersien om vas te stel of die doelstellings wel bereik is. Dit is die navorser se taak om te bewys dat die literatuurstudie, die empiriese ondersoek, en die ontwikkeling van ’n opleidingsprogram om onderwysers daartoe in staat te stel om die selfmutileerder in inklusiewe klaskamers te identifiseer en om hom/haar toereikend te kan ondersteun en basiese hulp te verleen, ’n bydrae gelewer het tot die oplossing van die navorsingsprobleem.

Die uitleg van die hoofstuk is soos volg:

- ’n Oorsig oor die studie;
- Bevindings uit die literatuurstudie;
- Bevindings van die empiriese ondersoek;
- Bevindings rakende die doelstellings van die studie;
- Aanbevelings; en
- Beperkings van die studie.

7.2 ’N OORSIG OOR DIE STUDIE

Die navorser beoog om ’n oorsig van die vorige hoofstukke te verskaf met die doel om die belangrike punte uit elke hoofstuk saam te vat sodat die hoofmomente in elke hoofstuk uitgelig word.

7.2.1 Hoofstuk 1

In Hoofstuk 1 het die navorser die leser georiënteer ten opsigte van die probleemstelling van die studie, naamlik die toename in selfmutilasie onder leerders op skool, en die mate waartoe onderwysers kundig is ten opsigte van die identifisering van en ondersteuning van selfmutileerders in inklusiewe klaskamers (*cf*. 1.1).

7.2.2 Hoofstuk 2

In Hoofstuk 2 is die sentrale konsepte waarop die studie gebaseer is bespreek. ’n Diepgaande literatuurstudie is onderneem om selfmutilasie as lewenswêreldlike verskynsel nader toe te lig. Die navorser het veral aandag gegee aan ’n historiese oorsig oor die voorkoms van selfmutilasie (*cf.* 2.1.1); ’n verklaring van wat selfmutilasie presies behels (*cf.* 2.2, 2.2.1); die vorme van selfmutilasie (*cf.* 2.2.2); die oorsake van selfmutilasie (*cf*. 2.3) en verwante toestande (*cf.* 2.4), en die kenmerke van die selfmutileerder (*cf.* 2.5). Daarna het die navorser gefokus op die mate waartoe die onderwyser in staat is om leerders wat hulleself mutileer te kan identifiseer en ondersteuning aan hulle te kan verleen in inklusiewe klaskamers, gesien teen die agtergrond van die gemeenskaps- en pastorale rol van die onderwyser, sowel as die Nasionale Strategie vir Sifting, Identifisering, Assessering en Ondersteuning (*cf.* 2.6, 2.6.2). Hierdie hoofstuk het as basis gedien vir die ontwikkeling van die vraelys en die opleidingsprogram om onderwysers daartoe in staat te stel om selfmutileerders te identifiseer en basiese hulp te verleen.

7.2.3 Hoofstuk 3

In Hoofstuk 3 is gefokus op die nadere omskrywing van verskeie terapeutiese benaderings en hulpprogramme wat met selfmutileerders onderneem word, waaronder kunsterapie, groepsterapie, gesinsterapie, kognitiewe gedragsterapie en dialektiese gedragsterapie (*cf*. 3.2-3.6). Verder is enkele hulpprogramme vir die ondersteuning van selfmutileerders binne skoolverband ook van nader toegelig. Die riglyne vervat in die S.A.F.E.-program (*cf.* 3.7.1, 3.7.2), sowel as die skoolgebaseerde programme van Lukomski en Folmer (2004) (*cf.* 3.9.1) en Lieberman (2004) (*cf.* 3.9.2) het ’n

belangrike invloed gehad op die tipe opleidingsprogram wat deur die navorser ontwikkel is. Verder is enkele afleibaarheidstegnieke binne die verskillende terapeutiese benaderings ook toepaslik gevind vir die gebruik deur gewonde onderwysers, en in die opleidingsprogram opgeneem (*cf.* 6.5.1, 7.2).

7.2.4 Hoofstuk 4

In Hoofstuk 4 het die navorser 'n breedvoerige uiteensetting en verduideliking van die empiriese navorsing gegee. Die navorser het van kwantitatiewe beskrywende navorsing, met behulp van 'n self-ontwikkelde vraelys wat uit oop en geslote vrae bestaan het, (*cf*. 4.4, 4.5, 4.6) gebruik gemaak. Die vraelys is deur 319 onderwysers, wat doelgerig en willekeurig vir die navorsing gekies is uit 16 sekondêre skole (8 Oud-Model C-skole en 8 Township-skole, uit Distrik D2 en D 12 in die Krugersdorp-/Roodepoort-area), beantwoord (*cf.* 4.7). Die doel met die vraelys was om kwantitatief onderwysers se kennis en vaardighede ten opsigte van die aard, oorsake en kenmerke van selfmutilasie te bepaal. Andersyds, wou die navorser deur middel van die oop vrae kwalitatief vasstel hoe onderwysers bewus word van selfmutileerders, die tipe opleiding wat hulle ontvang het om hulp aan selfmutileerders te verleen, hulle siening van die invloed van selfmutilasie op onderrig en leer sowel as op emosionele en sosiale ontwikkeling van die leerder, hulle menings rakende die pastorale rol van die onderwyser, watter ondersteuningstrukture vir hulle beskikbaar is om selfmutileerders te identifiseer en basiese hulp te verleen, en watter geleenthede hulle vir leerders met probleme skep om oor hulle probleme te praat (*cf.* 4.6.4.1).

7.2.5 Hoofstuk 5

In Hoofstuk 5 is gefokus op die data-analise en die interpretasie van die response wat van die onderwyserdeelnemers in Oud-Model C-skole en Township-skole verkry is vir die geslote en oop response van die vraelys. Die data-analise en -interpretasie het die volgende bevindinge opgelewer:

- Slegs 'n klein persentasie van die onderwysers is bewus van leerders wat hulleself mutileer, terwyl sommige onderwysers totaal onbewus daarvan is (*cf.* 5.4.2, 5.4.4).

- Die meerderheid onderwysers het geen opleiding ontvang in die identifisering en hantering van selfmutilasie nie (*cf*. 5.4.3, 5.7.2).

- Die onderwysers beskik oor ’n beperkte hoeveelheid kennis rakende die identifisering van en die redes vir selfmutilasie (*cf.* 5.4.1), maar kon sekere kenmerke of gedragseienskappe wat ’n aanduiding van selfmutilasie by leerders kan wees, identifiseer. In hierdie verband het hulle minderwaardigheidsgevoelens, depressie, aggressie, swak emosionele beheer en verwerping geïdentifiseer (*cf.* 5.5.2).

- Die response van die onderwysers het aangetoon dat hulle geensins oor voldoende kennis beskik vir die hantering van hindernisse tot leer nie (*cf.* 5.6.4). Die hantering van leerprobleme en gesondheidsprobleme blyk veral problematies te wees.

- Onderwysers beskik oor ’n redelike hoeveelheid kennis rakende die negatiewe invloed wat selfmutilasie kan uitoefen op onderrig en leer, en het onder andere konsentrasie, negatiwiteit, onbetrokkenheid en ontwrigtende gedrag as belangrike kenmerke uitgewys (*cf.* 5.7.3).

- Ten opsigte van kennis rakende die negatiewe invloede wat selfmutilasie uitoefen op die emosionele en sosiale ontwikkeling van die leerder, het hulle depressie, swak selfbeeld en asosiale gedrag uitgewys (*cf.* 5.7.4).

- Die meerderheid van die onderwysers wat aan die navorsing deelgeneem het, is ten gunste van die vervulling van hulle gemeenskaps- en pastorale rol en die implementering van ’n opleidingsprogram om hulle te bemagtig vir die bewuswording en ondersteuning van leerders wat hulleself mutileer in inklusiewe klaskamers (*cf.* 5.7.5). Verder het die onderwysers oor genoegsame kennis rakende die taakareas van die pastorale rol van die onderwyser beskik (*cf.* 5.6.2).

- Die meeste onderwysers bied geleenthede aan leerders om met hulle te praat oor probleme wat hulle ervaar deur individuele gespreksvoering, besprekings in die klas, die skryf van opstelle of die voltooiing van vraelyste (*cf.* 5.7.7).

- Die meerderheid van die onderwysers is bewus van ondersteuning-strukture om ondersteuning te verleen aan die leerbehoeftes van leerders, en het in hierdie verband verwys na voogonderwysers, gemeenskaps-forums, SANRA, kerke, maatskaplike werkers, sielkundiges, die SGOS en die distrikskantore van die onderwysdepartement (*cf.* 5.7.8).

7.2.6 Hoofstuk 6

In hierdie hoofstuk het die navorser in noue aansluiting by die literatuurstudie en die data-analise en -interpretasie, 'n opleidingsprogram ontwikkel om onderwysers te bemagtig vir die identifisering van en ondersteuning en basiese hulpverlening aan leerders wat hulleself mutileer in inklusiewe klaskamers. Die opleidingsprogram is in drie fases verdeel, naamlik:

- Fase Een: Kennis en inligting aan die onderwyser rakende die aard, oorsake en kenmerke van selfmutilasie.

- Fase Twee: Praktiese wenke aan die onderwyser om selfmutileerders te identifiseer en basiese hulp te verleen.

- Fase Drie: Hulpverlening aan die selfmutileerder.

In Fase Een van die opleidingsprogram is kennis en inligting aan die onderwyser rakende selfmutilasie gegee. Die opleidingsprogram het bestaan uit die volgende komponente wat in die vorm van 'n skyfievertoning aangebied word: 'n definisie van selfmutilasie; die verskeie vorme van selfmutilasie; die oorsake van selfmutilasie; selfmutilasie en verwante toestande; en identifiseerbare kenmerke van die selfmutileerder (*cf.* 6.2.1).

In Fase Twee word die onderwyser deur middel van praktiese gevallestudies gelei om die selfmutileerder te identifiseer deur middel van die raaksien-, raakhoor- en raakvoel-tegniek, asook om basiese hulp te verleen en 'n vertrouensverhouding met die selfmutileerder te stig (*cf.* 6.4, 6.5).

In Fase Drie van die opleidingsprogram word gefokus op die volgende: die wyse waarvolgens die onderwyser ondersteuning en basiese hulp kan verleen aan leerders wat hulleself mutileer in inklusiewe klaskamers, naamlik

privaatondersteuning of deur die SGOS in samewerking met die DGOS (*cf.* 6.2.3). In beide gevalle bly die onderwyser as vertroueling van die selfmutileerder optree, en implementeer wenke van sielkundiges en terapeute by wie die selfmutileerder in behandeling is, om die leerder te ondersteun.

Die opleidingsprogram bied ook basiese riglyne aan onderwysers vir die hantering van probleme ten opsigte van onderrig en leer en emosionele en sosiale ontwikkeling (*cf.* 6.4).

7.3 BEVINDINGE UIT DIE LITERATUURSTUDIE

In hierdie afdeling fokus die navorser op die bevindinge met betrekking tot twee aspekte wat sentraal gefigureer het in die studie, te wete: selfmutilasie as leefwêreldlike verskynsel en die moontlike rol wat die onderwyser kan vertolk in die identifisering en ondersteuning van selfmutileerders in inklusiewe klaskamers.

7.3.1 Selfmutilasie as leefwêreldlike verskynsel

Die literatuurstudie het aangedui dat selfmutilasie ŉ eeu-oue verskynsel is wat ontstellend werklik in ons huidige samelewing figureer, meestal sonder dat ouers en onderwysers daarvan bewus is (*cf.* 1.1).

Die literatuurstudie het verder aangetoon dat selfmutilasie verskeie vorme aanneem, soos die ekstreme tipe, stereotipe en matige vorme van selfmutilasie (Simeon & Hollander, 2001:1-15; Collins (2007:5) (*cf*. 2.2.2). Die oorsake daarvoor is uiteenlopend van aard, en kan van nader toegelig word aan die hand van byvoorbeeld psigologiese teorieë, chemiese-biologiese teorieë en afhanklikheidsteorieë (*cf.* Turner, 2002:32-62; Woldorf, 2005:196-200; Ryan, 2007:8-9) (*cf.* 2.3.1; 2.3.2; 2.3.3). Verder is bevind dat selfmutilasie in noue verband voorkom met verskeie verwante toestande, soos byvoorbeeld ontoereikende opvoedings-verhoudinge, grenslynpersoonlikheidsversteuringe, post-traumatiese versteuringe, angsversteuringe, impulskontrole versteuringe, dissosiatiewe versteuringe, gemoedsversteurings en eetversteuringe (Brand, 2001:134; Turner, 2002:110; Tyler *et al.,* 2003:457-474; Brink, 2005:13; Pitonyak, 2005:5; Claes &

Vandereycken, 2007:305-315; Ray, 2007:21; Cutter *et al.,* 2008; Joyce *et al.,* 2010:250-257) (*cf.* 2.4.1-2.4.8). In aansluiting by die voorgaande bevindinge, was dit ook moontlik om die selfmutileerder aan die hand van identifiseerbare kenmerke, waaronder bo-gemiddelde intellektuele vermoë; gesitueer in ’n ontoereikende gesinsopset; beleef hoë vlakke van onderdrukte aggressie; sukkel met depressie en gemoedsversteurings; blootgestel aan post-traumatiese en stresverwante omstandighede; geneigdheid tot isolasie; gevoelens van negatiwiteit; gebrek aan motivering; en swak konsentrasie (Turner, 2005:25-29, Collins, 2007:12) (*cf*. 2.5), te identifiseer.

7.3.2 Die rol wat die onderwyser kan vertolk in die identifisering en ondersteuning van leerders wat hulleself mutileer in inklusiewe klaskamers

Die literatuurstudie het aangetoon dat die onderwyser vanweë die inklusiewe onderwysbeleid ’n gemeenskaps- en pastorale rol het om te vervul (SA, 1996:47, Department of Education, 2001:5) (*cf.* 2.6). Hierdie rol behels onder andere dat onderwysers kundig moet wees met betrekking tot hindernisse tot leer in die klaskamer en oor kennis moet beskik om hierdie hindernisse te oorkom. Kundigheid ten opsigte van die beskikbaarheid van ondersteuningsdienste en hoe hierdie dienste aangewend kan word tot voordeel van die leerder, is van kardinale belang. Die onderwysers moet ook kundig te wees met betrekking tot die inskakeling van intervensiestrategieë om leerprobleme en ander probleme te voorkom (*cf.*2.6.1-2.6.3).

7.4 BEVINDINGE VAN DIE EMPIRIESE ONDERSOEK

Met die empiriese ondersoek wou die navorser vasstel of onderwysers ten gunste was van die moontlike implementering van ’n opleidingsprogram om hulle daartoe in staat te stel om selfmutileerders te kan identifiseer en ondersteun in inklusiewe klaskamers.

7.4.1 Bevindinge ten opsigte van die data-analise en -interpretasie: onderwyserresponse geslote vrae

Slegs ’n klein persentasie van die onderwysers (25.7%) is bewus van leerders wat hulleself mutileer, terwyl 74.3% onbewus daarvan is. Die response het aangedui dat die onderwysers geen opleiding ontvang het in die identifisering van en hantering van selfmutilasie nie (74%). Sommige van die onderwysers is van mening dat hulle kennis van Sielkunde, of die beradingskursusse en opleiding wat die skool aangebied het, hulle kan help in die identifisering van en ondersteuning aan selfmutileerders (*cf*. 5.4.3, 5.7.2). Die onderwysers het emosionele spanning, ouer-kind verhoudings, angstigheid, gevoelens van isolasie en skuldgevoelens as redes vir selfmutilering aangedui (*cf*. 5.5.1). Minderwaardigheidsgevoelens, depressie, aggressie, swak emosionele beheer en verwerping is as gedragseienskappe van selfmutileerders geïdentifiseer (*cf.* 5.5.2).

Ten opsigte van die hantering van hindernisse tot leer, het die response van die onderwysers aangetoon dat hulle geensins oor voldoende kennis beskik nie, veral nie ten opsigte van leerprobleme en gesondheidsprobleme (*cf.* 5.6.4)

Die data wat met die vraelys verkry is, het ook die volgende aangetoon: onderwysers beskik oor onvoldoende kennis rakende leerders wat hulleself mutileer; onderwysers was onbewus van leerders wat hulleself mutileer en die oorgrote meerderheid onderwysers het geen opleiding ontvang om leerders wat hulleself mutileer te ondersteun nie (*cf*. 5.4.1; 5.4.2; 5.4.3; 5.4.4; 5.5.2).

Die Township-skole se onderwysers het oor ’n beter kennis rakende die redes vir die identifisering van selfmutilasie beskik as die Oud-Model C-skole se onderwysers (*cf*. 5.8.2). In aansluiting hierby het die Township-skole se onderwysers ook oor meer kennis rakende die kenmerke of gedragseienskappe van selfmutilasie beskik as die Oud-Model C-skole se onderwysers (*cf*. 5.8.3).

Die Oud-Model C-skole se onderwysers het oor ’n beter kennis beskik rakende die taakareas van die gemeenskaps- en pastorale rol van die

onderwyser as die Township-skole se onderwysers (*cf.* 5.8.4). In aansluiting hierby het die Oud-Model C-skole se onderwysers ook oor ’n beter kennis beskik rakende die kennis en vaardighede vir die ondersteuning van leerders wat hindernisse tot leer ervaar (*cf.* 5.8.5).

Die Oud-Model C-skole het in vergelyking met die Township-skole in ’n groter mate oor onvoldoende kennis beskik oor die verskillende vorme van selfmutilasie (*cf*. 5.9.1).

Die ouderdomsgroep 21 – 30 jaar het ’n beter kennis aangaande die redes vir die identifisering van selfmutilasie gehad as die ouderdomsgroep 41-50 jaar (*cf.* 5.10.2).

7.4.2 Data-analise en -interpretasie van oop vrae

Die data-analise het op ‘n beperkte bewus-wees van die moeilik waarneembare kenmerke van selfmutilasie gedui (*cf.* 5.7.1), sowel as ontoereikende opleiding ten opsigte van die hantering van hindernisse tot leer (*cf*. 5.7.2). Rakende die negatiewe invloed wat selfmutilasie kan uitoefen op onderrig en leer, het die onderwysers onder andere konsentrasie, negatiwiteit, onbetrokkenheid en ontwrigtende gedrag as belangrike kenmerke uitgewys (*cf.* 5.7.3). Ten opsigte van die negatiewe invloede wat selfmutilasie op die emosionele en sosiale ontwikkeling van die leerder uitoefen, het die onderwysers depressie, swak selfbeeld en a-sosiale gedrag uitgewys (*cf.* 5.7.4). Die meerderheid van die onderwysers wat aan die navorsing deelgeneem het, is ten gunste van die vervulling van hulle gemeenskaps- en pastorale rol, en die implementering van ’n opleidingsprogram om hulle te bemagtig vir die bewuswording en ondersteuning van leerders wat hulleself mutileer in inklusiewe klaskamers (*cf.* 5.7.5). Die meeste onderwysers bied geleenthede aan leerders om met hulle te praat oor probleme wat hulle ervaar deur individuele gespreksvoering, besprekings in die klas, die skryf van opstelle of die voltooiing van vraelyste (*cf.* 5.7.7), en hulle is bewus van ondersteuningstrukture om ondersteuning te verleen aan die leerbehoeftes van leerders (*cf.* 5.7.8).

7.5 BEVINDINGS TEN OPSIGTE VAN DIE DOELSTELLINGS VAN DIE STUDIE

Die oorkoepelende doel van hierdie studie was om vas te stel in watter mate Suid-Afrikaanse onderwysers in inklusiewe klaskamers kundig is ten opsigte van die identifisering van en basiese hulpverlening aan leerders wat hulleself mutileer, en indien nie, om ’n skoolgebaseerde opleidingsprogram te ontwikkel om onderwysers te ondersteun in die identifisering van en hulpverlening aan leerders wat hulleself mutileer.

- **Doelstelling een: om die aard en kenmerke van selfmutilasie by leerders te ondersoek deur middel van ’n literatuurstudie**

Die aard van selfmutilasie is ondersoek deur middel van ’n literatuurstudie wat gefokus het op selfmutilasie as leefwêreldlike verskynsel (*cf.* 1.2.1; 2.1.1). Daar is verder gefokus op konsepverklaringe oor selfmutilasie as leefwêreldlike verskynsel en vasgestel wat die verskil is tussen selfmutilasie en selfmoord, asook die verskeie vorme wat selfmutilasie aanneem (*cf*. 2.2; 2.2.2; 2.2.3). Volgens die literatuur is selfmutilasie ’n herhalende, opsetlike en doelgerigte handeling waardeur die eie liggaam beseer word sonder die bedoeling om selfmoord te pleeg (Timofeyev *et al.,* 2002; Klonsky *et al.,,* 1501; Collins, 2007:4) (*cf.* 2.1.1, 2.2). Selfmutilasie gee uiting aan opbouende spanning, angs, aggressie en die beëindiging van emosionele afgestomptheid (Collins, 2007:13; Tantum & Huband, 2009:58) (*cf.* 2.3.1). Die literatuurstudie het verder aangetoon dat selfmutilasie verskeie vorme aanneem, soos die ekstreme tipe, stereotipe en matige vorme van selfmutilasie (Simeon & Hollander, 2001:1-15) (*cf.* 2.2.2). Rakende die kenmerke van selfmutileerder het die literatuurstudie aangedui dat die volgend kenmerke onderskei kan word: biografiese kenmerke wat verband kan hou met sosio-ekonomiese agtergronde en ‘n ontoereikende gesinsopset; sigbare gedragskenmerke wat onder andere verwys na gebrek aan motivering, negatiwiteit, isolasie, swak konsentrasie en kleredrag met lang moue; en nie-sigbare gedragskenmerke wat onder andere eetversteuringe, hipersensitiwiteit, depressie en ontevredenheid met die eie liggaam en voorkoms behels (Turner, 2002:25-29; Collins, 2007:12) (*cf.* 2.5).

- **Doelstelling twee: die oorsake van selfmutilasie by leerders is ondersoek deur middel van ’n literatuurstudie**

Die literatuurstudie het aangetoon dat die oorsake van selfmutilasie verband hou met psigologiese oorsake om emosionele balans te bewerkstellig (Woldorf, 2005:196-200; Lukomski & Folmer, 2004:91-93) (*cf*. 2.3.1); chemies-biologiese oorsake te wyte aan ‘n chemiese wanbalans (Hicks & Hinck, 2007:408-413; Ryan, 2007:8-9) (*cf.* 2.3.2) en afhanklikheidsoorsake wat selfmutilasie as ‘n dwelm beskou waaraan die selfmutileerder verslaaf raak (Turner, 2002:32-62) (*cf.* 2.3.3).

- **Doelstelling drie: ondersoek is deur middel van ’n vraelys ingestel na die omvang van die kennis en vaardighede waaroor Suid-Afrikaanse onderwysers beskik rakende die aard, oorsake en kenmerke van selfmutilasie onder leerders in inklusiewe klaskamers en om basiese hulp te verleen**

Die data wat met die vraelys verkry is, het die volgende opgelewer: onderwysers beskik oor onvoldoende kennis rakende leerders wat hulleself mutileer; onderwysers was onbewus van leerders wat hulleself mutileer en die oorgrote meerderheid onderwysers het ontoereikende opleiding ontvang om leerders wat hindernisse tot leer ervaar te ondersteun (*cf*. 5.4.1, 5.4.3, 5.4.2; 5.4.3; 5.4.4; 5.4.7, 5.5.2).

- **Doelstelling vier: ondersoek is deur middel van ’n vraelys ingestel na Suid-Afrikaanse onderwysers se houding ten opsigte van die bied van basiese hulpverlening aan selfmutileerders in inklusiewe klaskamers**

Ondersoek is deur middel van ’n kwantitatiewe en kwalitatiewe vraelys ingestel na die onderwysers se houding ten opsigte van die bied van ondersteuning aan selfmutileerders in inklusiewe klaskamers. Die meeste onderwysers (Oud-Model C- en Township-skole) was ten gunste was van die ondersteuning van leerders wat hulleself mutileer in inklusiewe klaskamers (*cf.* 5.6.1; 5.6.3).

- **Doelstelling vyf: daar is deur middel van statistiese prosedures vasgestel tot watter mate biografiese veranderlikes 'n invloed op Suid-Afrikaanse onderwysers se kennis en vaardighede rakende die identifisering van en basiese hulpverlening aan selfmutileerders in inklusiewe klaskamers het**

Die Township-skole se onderwysers het oor 'n beter kennis rakende die redes vir die identifisering van selfmutilasie beskik as die Oud-Model C-skole se onderwysers (*cf*. 5.8.2).

Die Township-skole se onderwysers het ook oor meer kennis rakende die kenmerke of gedragseienskappe van selfmutilasie beskik as die Oud-Model C-skole se onderwysers (*cf*. 5.8.3).

Die Oud-Model C-skole se onderwysers het oor 'n beter kennis beskik rakende die taakareas van die gemeenskaps- en pastorale rol van die onderwyser as die Township-skole se onderwysers (*cf.* 5.8.4).

Die Oud-Model C-skole se onderwysers het ook oor 'n beter kennis beskik rakende die kennis en vaardighede vir die ondersteuning van leerders wat hindernisse tot leer ervaar (*cf.*5.8.5).

Die Oud-Model C-skole het in vergelyking met die Township-skole in 'n groter mate oor onvoldoende kennis beskik oor die verskillende vorme van selfmutilasie (*cf*. 5.10.1).

Die ouderdomsgroep 21 – 30 jaar het 'n beter kennis aangaande die redes vir die identifisering van selfmutilasie gehad as die ouderdomsgroep 41-50 jaar (*cf.* 5.10.2).

- **Doelstelling ses: beskikbare opleidingsprogramme waarvolgens Suid-Afrikaanse onderwysers leerders in inklusiewe klaskamers wat hulleself mutileer kan identifiseer en basiese hulp kan verleen, is geëvalueer deur middel van 'n literatuurstudie en 'n vraelys**

- Terapeutiese benaderings en hulpprogramme wat met selfmutileerders onderneem word, waaronder kunsterapie, groepsterapie, gesinsterapie,

kognitiewe gedragsterapie en dialektiese gedragsterapie (*cf*. 3.2-3.6) is met behulp van die literatuurstudie geïdentifiseer as ondersteuningstrukture vir die hantering van selfmutilasie. Verder is enkele hulpprogramme vir die ondersteuning van selfmutileerders binne skoolverband ook van nader toegelig. Die riglyne vervat in die S.A.F.E.-program (*cf.* 3.7.1, 3.7.2), sowel as die programme van Lukomski en Folmer (2004) (*cf.* 3.9.1) en Lieberman (2004) (*cf.* 3.9.2) het 'n belangrike invloed gehad op die opleidingsprogram wat deur die navorser ontwikkel is. Verder is enkele afleibaarheidstegnieke binne die verskillende terapeutiese benaderings ook toepaslik gevind vir die gebruik deur gewonde onderwysers, en is in die opleidingsprogram opgeneem (*cf.* 6.5.1-6.5.3). Geen opleidingsprogramme in die Suid-Afrikaanse konteks kon in die literatuur gevind word nie, en is ook in die onderwysers se response opgemerk nie (*cf*. 5.7.8).

Die response op die vraelys het aangedui dat die meerderheid van die onderwysers bewus is van ondersteuningstrukture vir die hantering van leerderbehoeftes, en het in hierdie verband verwys na voogonderwysers, gemeenskaps-forums, SANRA, kerke, maatskaplike werkers, sielkundiges, die SGBO en die distrikskantore van die onderwysdepartement (*cf.* 5.7.8). Die response het egter nie daarop gedui dat daar beskikbare programme is waarvolgens onderwysers bemagtig word om selfmutileerders te identifiseer en ondersteuning en basiese hulp aan hulle te verleen.

- **Doelstelling sewe: om deur middel van verwysings na die literatuurstudie en die empiriese data gevolgtrekkings te maak en 'n opleidingsprogram te ontwikkel om Suid-Afrikaanse onderwysers te bemagit om selfmutileerders te identifiseer en basiese hulp te verleen**

Gebaseer op die data wat met die vraelys verkry is, sowel as met behulp van die riglyne in die S.A.F.E.-program (*cf.* 3.7.1) en die programme van Lukomski en Folmer (2004) (*cf*. 3.9.1) en Lieberman (2004) (*cf*. 3.9.2), het die navorser die opleidingsprogram ontwikkel wat in Hoofstuk 6 aan die orde gestel is.

Die opleidingsprogram het uit die volgende drie fases bestaan:

Fase 1: Kennis en inligting aan die onderwysers rakende die aard, oorsake en kenmerke van selfmutilasie;

Fase 2: Praktiese wenke aan die onderwyser om selfmutileerders te identifiseer en basiese hulp te verleen

Fase 3: (3a):Ondersteuning van die selfmutileerder deur die onderwyser, ouers, medici en sielkundiges, of

(3b):Ondersteuning van die selfmutileerder deur die onderwyser en die Skoolgebaseerde Ondersteuningspan sowel as die Distriksgebaseerde Ondersteuningspan.

7.6 AANBEVELINGS

Aangesien die studie gefokus het op die ontwikkeling van 'n opleidingsprogram om onderwysers te bemagtig vir die identifisering van en basiese hulpverlening aan leerders wat hulleself mutileer in inklusiewe klaskamers, sal die aanbevelings grootliks gerig wees op die behoeftes en tekortkominge wat deur die literatuur en onderwysers se response openbaar is. Die aanbevelings wat voortvloei uit die literatuurstudie en die empiriese navorsing, is soos volg:

- Onderwysstudente behoort reeds opleiding te ontvang wat hulle daartoe in staat sal stel om selfmutileerders te kan identifiseer en te kan ondersteun in inklusiewe klaskamers, aangesien huidige onderwysers duidelik aangetoon het dat hulle nie oor genoegsame kennis en vaardighede beskik om selfmutileerders te kan identifiseer en ondersteun nie (*cf.* 5.4.1; 5.4.2; 5.4.3; 5.4.4; 5.5.2). Vir hierdie doel kan die navorser se opleidingsprogram gebruik word. Die navorser beplan om na afloop van die eksaminering van sy studie die opleidingsprogram aan die Skool vir Opvoedkundige Wetenskappe aan die Universiteit waar hy werksaam is voor te hou vir moontlike insluiting in die kurrikulum vir onderwysersopleiding.

- Aangesien die navorsing aangedui het dat huidige onderwysers oor onvoldoende kennis en vaardighede beskik om leerders wat hulleself

mutileer te kan identifiseer en ondersteun, behoort onderwysers indiensopleiding te ontvang deur middel van werkswinkels wat hulle daartoe in staat sal stel om selfmutileerders te kan identifiseer en te ondersteun in inklusiewe klaskamers (*cf.* 5.4.1; 5.4.2; 5.4.3; 5.4.4, 5.5.2). Die navorser beoog om die opleidingsprogram na afloop van die eksaminering van die studie aan die Gauteng Departement van Onderwys voor te hou vir moontlike gebruik tydens indiensopleiding van onderwysers.

- Onderwysstudente en onderwysers behoort toereikende opleiding te ontvang aangaande die gemeenskaps- en pastorale rol van die onderwyser om te verseker dat hulle toegerus is om leerders wat hindernisse tot leer ervaar (soos byvoorbeeld selfmutilasie) te kan identifiseer en ondersteun (*cf*. 2.6.2; 5.6.4).

- Onderwysstudente en onderwysers behoort opgelei te word om die Nasionale Strategie ten opsigte van Sifting, Identifisering, Assessering en Ondersteuning effektief toe te pas (*cf.* 2.6.3).

- Skoolgebaseerde Ondersteuningspanne en Distriksgebaseerde Ondersteuningspanne behoort opleiding te ontvang aangaande die ondersteuning van leerders wat hulleself mutileer in inklusiewe klaskamers, om sodoende doeltreffende ondersteuning en hulpverlening te kan lewer (*cf*. 2.6.3).

- Skoolgebaseerde Ondersteuningspanne en Distriksgebaseerde Ondersteuningspanne behoort opleiding te ontvang aangaande die wyse waarop hulle ondersteuning behoort te verleen aan onderwysers en skole wat selfmutileerders geïdentifiseer het (*cf*. 2.6.3).

- Geleenthede moet deur onderwysers in inklusiewe klaskamers geskep word om leerders wat hulleself mutileer geleentheid te bied vir uiting gee aan gevoel en emosie (*cf.* 5.7.7). Voorbeelde van die skep van sulke geleenthede is byvoorbeeld private gesprekke met selfmutileerders deur die onderwyser en die plaas van ’n briewebussie in die klas vir leerders wat

te skaam is om direk met die onderwyser te kommunikeer oor die probleme wat hy/sy ervaar, waarin leerders anoniem van gevoelens en probleme ontslae kan raak.

- Die samestelling en opleiding van multidissiplinêre ondersteuningspanne (sielkundiges; maatskaplike werkers; medici en onderwysers) om toereikend te kan skakel met skole en onderwysers wanneer leerders wat hulleself mutileer deur onderwysers geïdentifiseer word (*cf*. 6.2.3.2).

- Die opleiding van die ouers en voogde van die leerders wat hulleself mutileer rakende die hantering van die selfmutileerder en die skakeling met die skool se Skoolgebaseerde Ondersteuningspan (*cf.* 6.2.3.1).

- Die aanstel van verpleegkundiges by Distrikskantore om mediese bystand te verleen aan leerders wat hulleself mutileer en nie oor die nodige finansies beskik om mediese versorging te bekostig nie.

- Die aanstel van Maatskaplike Werkers en Sielkundiges by Distrikskantore om die nodige terapeutiese hulp te verleen aan die leerders wat hulleself mutileer sowel as die begeleiding en ondersteuning van hulle ouers.

- Die opleiding van portuurgroepleiers by skole deur die onderwysers om leerders wat hulleself mutileer positief te betrek by alternatiewe projekte en aktiwiteite om selfmutileerders se emosionele en sosiale ontwikkeling te normaliseer (*cf.* 2.4.2, 6.4.4, 6.5.3).

- Die Departement van Onderwys behoort ernstig aandag te skenk aan aspekte soos onderwysers se werkslading en kleiner klasse vir die effektiewe implementering van die pastorale rol van die onderwyser, wat deur die literatuur sowel as deur die navorsingsbevindinge (*cf.* 2.6.2, 5.7.5) uitgewys is.

- Onderwysers kan aangeraai word om kursusse in berading te voltooi, wat hulle beter sal toerus vir die identifisering van en basiese hulpverlening aab selfmutileerders.

- **Die navorser maak ook die volgende voorstelle vir die verbetering en verryking van die opleidingsprogram**: dit is belangrik dat die opleidingsprogram ook in Engels vertaal moet word om die konteks waarin die opleiding gedoen kan word, uit te brei.

  Kriteria waarvolgens die effektiwiteit en sukses van die opleidingsprogram gemeet kan word val buite die omvang van hierdie studie, maar behoort geformuleer te word indien die impak van die opleidingsprogram vasgestel wil word.

  Die program kan uitgebrei word om onderwysers te bemagtig ten opsigte van vaardighede vir basiese hulpverlening aan leerders wat familie probleme, groepsdruk, gesondheidsprobleme, of probleme met selfhandhawingstrategieë ervaar (*cf.* Vraelys Afdeling D).

  Die program behoort ook aandag te skenk aan inligting en riglyne vir onderwysers ten opsigte van die sensitiewe hantering en ondersteuning van ouers wat onbewus is van hulle kind se selfmutilasie.

  Groter oorweging behoort ook geskenk te word aan die ontwikkeling van strategieë om leerders wat nie ‘n vertrouensverhouding met onderwysers opbou nie, aan te moedig om oor hulle probleme te praat.

7.7 BEPERKINGS VAN DIE STUDIE

Daar is beperkings in alle opvoedkundige studies. Beperkings wat volgens die navorser in die betrokke studie voorkom is byvoorbeeld die volgende:

- Die feit dat die steekproef geografies gebonde was (Distrik D2 en D12: Krugersdorp/Roodepoort) bemoeilik die veralgemeenbaarheid van die bevindings. Hierdie studie behoort met meer uitgebreide en groter groepe onderwysers opgevolg te word.

- Die gebruik van slegs 'n vraelys kan as 'n metodologiese beperking gesien word, aangesien ryker data en 'n dieper en holistiese betekenis tot die voorkoms, hantering en ondersteuning van selfmutilasie verkry sou kon word, indien onderhoude met die onderwysers bykomend tot die vraelyste

gebruik is. Hierdie studie was egter 'n eerste verkenning van die terrein, en onderhoude kan in opvolgstudies gebruik word om meer inligting te verkry.

- Indien daar met leerders wat hulleself mutileer ook onderhoude gevoer kon word om vas te stel in watter mate hulle ondersteuning ontvang deur onderwysers en hulle skole, en watter tipe ondersteuning hulle benodig, sou 'n dieper dimensie tot die navorsing toegevoeg kon word. Die navorser het aanvanklik beoog om selfmutileerders ook by die navorsing te betrek, maar die voorstel is deur die etiese komitee van die Universiteit afgekeur, op grond van die sensitiwiteit waarmee selfmutilasie gepaard gaan.

7.8 BYDRAE VAN DIE STUDIE

7.8.1 Teoretiese bydrae

Die teoretiese bydra van die betrokke studie is geleë in die feit dat daar in ooreenstemming met wat in die literatuur vermeld word aangetoon is dat die onderwysers wat aan die studie deelgeneem het, waarskynlik nie oor voldoende kennis en vaardighede beskik om selfmutileerders in inklusiewe klaskamers te identifiseer en basiese hulp en ondersteuning te verleen nie. In hierdie verband ondersteun die navorsingsbevindinge die uitsprake van White *et al.* (1999:59-68), Prinsloo (2001:344-348), Ayton *et al*. (2003:305), Engelbrecht (2006:253-264) en Nixon *et al*. (2008:306-312) (*cf.* 1.1) In aansluiting hierby maak die navorser versigtig die aanname op grond van die navorsingsbevindinge dat die kurrikula vir onderwysersopleiding waarskynlik ook nie voldoende daaraan aandag gee om voornemende onderwysers toe te rus vir die hantering van selfmutilasie wat 'n hindernis tot leer is (*cf.* 5.7.2), en daarom oorweging behoort te skenk aan die insluiting van 'n module of leereenheid in 'n module wat hieraan aandag gee.

Die navorser is van mening dat 'n verdere, nuwe bydrae van die betrokke studie voortspruit uit die bevindinge wat daarop gedui het dat Townshipskole se onderwysers oor beter kennis rakende die **redes vir selfmutilasie** en die **kenmerke van selfmutilasie** beskik het as die onderwysers van Oud-Model C-skole (*cf.* 5.8.2; 5.8.3). Hierdie bevinding kan moontlik daarop dui dat

selfmutilasie in Township-skole toeneem, en onderwysers hulle meer bemoei om inligting rakende die fenomeen te bekom, Andersyds, het die navorsingsbevindinge daarop gedui dat die onderwysers van Oud-Model C-skole oor beter kennis rakende die verskillende **vorme van selfmutilasie**, **taakareas van die gemeenskaps- en pastorale rol** van die onderwyser, en **kennis en vaardighede vir die ondersteuning van hindernisse tot leer** beskik het as die onderwysers van die Townshipskole (*cf.* 5.8.4; 5.8.5; 5.9.1). Beide voorafgaande aspekte kan in uitgebreide studies opgevolg word.

Verder, het die studie ook 'n bevinding opgelewer wat daarop gedui het dat jonger onderwysers (21-30 jaar) beter kennis rakende die redes vir die identifisering van selfmutilasie gehad het as onderwysers in die ouderdomsgroep 41-50 jaar (*cf.* 5.10.1). Die voorafgaande bevinding kan ook in opvolgstudies van nader ondersoek word.

Dit is vir die navorser verblydend om te vermeld dat die bevindinge van sy navorsing daarop gedui het dat die meerderheid van die onderwysers wat aan die studie deelgeneem het ten gunste is van hulle gemeenskaps- en pastorale rol wat daarop dui dat hulle bereid is om ondersteuning aan hindernisse tot leer te bied (*cf.* 5.7.5).

7.8.2 Praktiese bydrae

Die praktiese bydrae van die studie is geleë in die feit dat die opleidingsprogram wat deur die navorser ontwikkel is vir indiensopleiding sowel as vir aanvanklike onderwysersopleiding gebruik kan word, om groter bewuswording van en begrip vir die fenomeen selfmutilasie op skool te ontwikkel, sowel as wenke aan die hand te doen vir onderwysers om basiese hulp en ondersteuning aan selfmutileerders te kan verleen.

Die navorser beoog om na afloop van die studie die opleidingsprogram aan die Gauteng Departement van Onderwys bekend te stel en voorspraak te maak vir die skedulering van opleidingsgeleenthede vir indiensopleiding van onderwysers, waarby die navorser gewillig is om betrokke te wees. Hoër Onderwysinstellings, in besonder die instansie waar die navorser werksaam is, sal genader word om die moontlikheid te bespreek vir die insluiting van die

opleidingsmateriaal in relevante modules in die kurrikulum vir onderwysersopleiding.

’n Belangrike bydrae van die opleidingsprogram is dat die riglyne in Fase 2 en Fase 3 ook vir die identifisering en ondersteuning van ander hindernisse tot leer gebruik kan word. Die opleidingsprogram bied dus vir die onderwyser ’n strategie waarvolgens ’n wye spektrum van hindernisse tot leer in inklusiewe klaskamers deur middel van die raaksien-, raakhoor- en raakvoeltegniek geïdentifiseer kan word.

Na afloop van die studie wil die navorser graag die volgende voorstelle maak vir verdere opvolgstudies.

7.9 VOORSTELLE VIR VERDERE STUDIE

Hierdie betrokke studie kan verder uitgebou word deur die navorsing uit te brei op die volgende wyses:

- Navorsing kan onderneem word deur selfmutileerders wat afkomstig is van Oud-Model C-skole en Township-skole se vorme, oorsake en belewing van selfmutilasie met mekaar te vergelyk.

- Verdere navorsing kan die effektiewe ondersteuning van Distriks-gebaseerde en Skoolgebaseerde Ondersteuningspanne bepaal wanneer ondersteuning aan die selfmutileerder, die onderwyser en die skole verleen word.

- Daar kan navorsing gedoen word om die omvang van selfmutilasie in Suid-Afrikaanse skole te bepaal.

- Multi-kulturele navorsing kan onderneem word met leerders wat hulleself mutileer om te bepaal of daar enige kulturele verskille voorkom by die leerders rakende die vorme, oorsake en belewing van selfmutilasie.

- Navorsing kan onderneem word om die invloed van ander veranderlikes soos ouderdom, sosio-ekonomiese milieu, geslag, kultuur, selfbeeld en portuurgroepdruk op die voorkoms van selfmutilasie by leerders te bepaal.

- Verdere navorsing kan die voorkoms van selfmutilasie by seuns en dogters met mekaar te vergelyk rakende die vorme, oorsake en belewing van selfmutilasie.

- Die navorser se vorige voorstel om selfmutileerders by die navorsing te betrek, is afgekeur weens etiese redes. Die navorser ag dit egter belangrik dat navorsing ook met bereidwillige selfmutileerders onderneem behoort te word om die leerders se menings te verkry ten opsigte van die tipe hulpverlening en ondersteuning wat hulle van onderwysers en skole sou verwag.

- Navorsing kan onderneem word om die effektiwiteit van die navorser se voorgestelde opleidingsprogram vir die identifisering en ondersteuning van selfmutileerders te bepaal.

- Navorsing kan onderneem word met groter groepe deelnemers om vas tel stel of selfmutilasie dalk werklik aan die toeneem is in Township-skole (cf. 5.8.2).

- Navorsing kan onderneem word met groter groepe deelnemers om te bepaal of onderwysers in Oud-Model C-skole werklik beter toegerus is vir die vervulling van hulle gemeenskaps- en pastorale rol en dat hulle daarom ook beter ondersteuning aan leerders wat hindernisse tot leer ervaar kan bied as die onderwysers in die Township-skole (*cf.* 5.8.4).

7.10 SAMEVATTING

Dit is noodsaaklik dat daar nie maar net aanvaar moet word dat onderwysers oor die nodige kennis en vaardighede beskik om selfmutileerders te identifiseer en basiese hulp aan hulle te verleen nie.

Aangesien selfmutilasie ‘n hindernis tot leer is, wat onder andere kan lei tot passiwiteit, ongemotiveerdheid, gebrek aan konsentrasie en swak emosionele en sosiale ontwikkeling, behoort onderwysers op grond van die daaglikse betrokkenheid wat hulle met leerders het, die uitdaging te aanvaar om hulleself bekwaam te maak om selfmutileerders te identifiseer en basiese

hulp te verleen. Sodoende kan die skool ‘n veilige hawe word vir hulle wat beheer verloor het en dit deur selfmutilasie probeer verkry.

[UNTITLED]

Sitting on the bathroom floor
With my back against the door
Crying as the time goes by
Repeating to myself “I want to die”.

I grab the razor to my right
The urge to slice I cannot fight
I drag it slowly across my wrist
This feeling I have greatly missed.

A feeling of relief washes over me
I slowly come back to reality
I look at my wrist and all I see
Is blood flowing excessively.

I cover up my arm
To conceal the self-harm
I open up the bathroom door
Overwhelming feelings no more

BRONNELYS

ACTS ***see*** SOUTH AFRICA

AKBABA, A. 2006. Measuring quality in the hotel industry: a study in a business hotel in Turkey. *Journal of hospitality management*, 25:170-192.

AMERICAN ART THERAPY ASSOCIATION. 2002. Information about art therapy and some of the people who are helped by art therapists. http://wnn.art.therapy.us/arttherapy-html. Date of access: 24 February 2009

AMERICAN ASSOCIATION FOR MARRIAGE AND FAMILY THERAPY. AAMFT Consumer Update Adolescent Self Harm. 2002. http://www.aamfr.org/families/consumerupdates/adolescent selfharm.asp Date of access: 18 March 2009.

AMERICAN CANCER SOCIETY, INC. 2009. Art Therapy. http://www.cancer.org/docroot/ETO/content/ETO-5-3x-Art-Therapy.asp? Date of access: 13 August 2009.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. 1994. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th edition. DSM-IV TM. Washington, D.C.: The Psychiatric Association.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. 1994. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th edition (text revision). DSM-IV TM. Washington, D.C.: The Psychiatric Association.

ANON. 2006. Selfskending onder tieners word bestempel as die nuwe heroïen van die jeug. *Rapport:* 14, 7 Mei.

AYTON, A., RASOOL, H. & COTTRELL, D. 2003. Deliberate self-harm in children and adolescents: association with social deprivation. *European child and adolescent psychiatry*, 12:303-307.

BABBIE, E. & MOUTON, J. 2001. The practice of social research. Cape Town: Oxford University Press.

BATTY, D. 1998. Coping by cutting. *Nurse stand*, 12(29):25-26

BAYWATERS, P. & ROLFE, A. 2002. Look beyond the scars. Understanding and responding to self-harm. www.nch.org.uk/self-harm. Date of access: 7 February 2008.

BOWMAN, S. & KAYE, R. 2006. See my pain! Creative strategies and activities for helping young people who self-injure. South Carolina: Youth Light Inc.

BRAND, B. 2001. Establishing safety with patients with dissociative identity disorder. *Journal of trauma and dissociation*, 2(4):133-151.

BRIERE, J. & GIL, E. 1998. Self-mutilation in clinical and general population samples: prevalence, correlates and functions. *American journal of orthopsychiatry*, 68(4):609-620.

BRINK, M. 2005. Depression, self-mutilation & suicide during adolescence. Ongepubliseerde aantekeninge. Melville, Johannesburg: Orban Kleuterskool.

BROWN, T.B. 2009. Coping through cutting. A phenomenology of self-harm. Texas: Texas Technical University. (Thesis – PhD.)

BROWN, M.Z., COMTOIS, K.A., LINEHAN, M.M. 2002. Reasons for suicide attempts and non-suicidal self-injury in women with borderline personality disorder. *Journal of abnormal psychology,* 111(1):198-202.

BURNS, S., DUDLEY, M., HAZELL, P. & PATTON, G. 2005. Clinical management of deliberate self-harm in young people. The need for evidence-based approaches to reduce repetition. *Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 39:121-128.

BYBEL NASLAAN. 2008. Bybelgenootskap van Suid-Afrika. 1953-2003. Amity Printing Press Co. Ltd 287 Jinbo Road Dongs Hau Town, Jiangning, Nanjing. China.

CAPERTON, B. 2004. What school counsellors should know about self-injury among adolescents: a literature review. The Graduate School of Wisconsin-Stout.

CHILD STUDY CENTRE. 2001. Self-injurious behaviour. *The New York child study centre,* 6(2):1-5. November/December.

CHISHOLM, L., HOADLEY, U., KIVILU, M., BROOKES, H., PRINSLOO, C., KGOBE, A., MOSIA, D., NARSEE, H. & RULE, S. 2005. Education workload in South Africa. Pretoria: HSRC Press.

CLAES, L. & VANDEREYCKEN, W. 2007. Is there a link between traumatic experiences and self-injurious behaviours in eating-disordered patients. *Eating disorders*, 15:305-315.

CLAES, L., VANDEREYCKEN, W. & VERTOMMEN, H. 2007. Self-injury in female versus male psychiatric patients: a comparison of characteristics, psychopathology and aggression regulation. *Personality and individual differences,* 42:611-621.

CLARKE, L. & WHITTAKER, M. 1998. Self-mutilation: Culture, contexts and nursing responses. *Journal of clinical nursing*, 7:129-138.

CLARK, L.A. & WATSON, D. 1995. Constructing validity: basic issues in objective scale development. *Psychological assessment*, 7(3):309-319.

CLOUTIER, P., MARTIN, J., KENNEDY, A., NIXON, M.K. & MUEHLENKAMP, J.J. 2010. Characteristics and co-occurrence of adolescent non-suicidal self-injury and suicidal behaviours in paediatric emergency crisis services. *Youth adolescence*, 39:259-269.

COHEN, L., MANION, L. & MORRISON, K. 2007. Research methods in education. 6th ed. Canada: Routledge.

COHEN, R.J. & SWERDLIK, M.E. 2002. Psychological testing and assessment. Boston: McGraw-Hill.

COLLINS, R. 2007. Expressing yourself: working with self-injurers. Rhode Island School Counsellors Association, Spring Conference. April 28.

COMER, W. 2005. Self-injury: a search for understanding. http://www.psyke.org/articles/en/understanding/. Date of access: 8 July 2009.

CONNORS, R. 1996. Self-injury in trauma survivors. *American journal of othopsychiatry,* 66(2):197-206.

CONTERIO, K. & LADER, W. 1998. Bodily harm: the breakthrough treatment program for self-injurers. New York: Hyperion.

COOPER, B. & MILTON, I. 2003. Group art therapy with self-destructive young women. (*In* Wiener, D.J. & Oxford, L.K., *eds.* Action therapy with

families and groups: using creative arts improvisation in clinical practice. Washington, D.C.: American Psychological Association. p. 163-196.)

CRESWELL, J.W. 2005. Educational research: planning, conducting, and evaluating quantitative and qualitative approaches to research. 2nd edition. Upper Saddle River, New Jersey: Pearson Education.

CRESWELL, J.W. 2009. Educational research: planning, conducting, and evaluating quantitative and qualitative approaches to research. 3rd edition. Upper Saddle River, New Jersey: Pearson Education.

CUTTER, D., JAFFE, J. & SEGAL, J. 2008. Self-injury: types, causes and treatment. http://www.helpguide-org/mental/self-injuring-html Date of access: 7 August 2008.

DALLAM, S.J. 1997. The identification and management of self-mutilating patients in primary care. *Nurse practical,* 22:151-165.

DANE, F.C. 1990. Research methods. Pacific Grove : Brooks/Cole Publishing Co.

DARCHE, M.A. 1990. Psychological factors differentiating self-mutilation and non-self-mutilating adolescent inpatient females. *Psychiatric hospital*, 21(1):31-35.

DAVIDSON, T. & FREY, J. 2007. Self-mutilation. http://www.answers/com/topic/self-mutilation Date of access: 19 December 2007.

DELPORT, C.S.L. 2005. Quantitative data collection methods. (*In* De Vos, A.S., *ed.* Research at grass roots. For the Social sciences and human service professions. 3rd edition. Pretoria: Van Schaik. p. 159-190.)

DEPARTMENT of Education ***kyk*** SOUTH AFRICA. Department of Education.

DEPARTEMENT van Onderwys ***kyk*** SOUTH AFRICA. Department of Education.

DE VOS, A.S., FOUCHÉ, C.B. & VENTER, L. 2002. Quantitative data analysis and interpretation. (*In* De Vos, A.S., *ed.* Research at grass roots. For the Social sciences and human service professions. 2nd edition. Pretoria: Van Schaik. p. 222-246.)

DOMBECK, M. 2009. Personality disorders. Defence mechanisms. http://www/sevencountries.org/pol/view-doc Date of access: 1 July 2009.

DONALD, D., LAZARUS, S. & LOLWANA, P. 2002. Educational psychology in social context. Cape Town: Oxford University Press.

DOUGHERTY, D.M., MATHIAS, C.W., MARSH-RICHARD, D.M., PREVETTE, K.N., DAWES, M.A., HATZIS, E.S., PALMES, G. & NOUVION, S.O. 2009. Impulsivity and clinical symptoms among adolescents with non-suicidal self-injury with or without attempted suicide. *Psychiatry research,* 169:22-27.

DSM-IV TM ***kyk*** AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION.

EATON, L.G., DOHERTY, K.L. & WIDRICK, R.M. 2007. A review of research and methods used to establish art therapy as an effective treatment method for traumatized children. *The arts in psychotherapy,* 34:256-262.

EBERLY, M.C. 2005. Understanding self-injurious behaviour in early disorders. The Remuda review: *The Christian journal of early disorders,* 4: 26-30.

ELOFF, I. & KGWETE, L.K. 2007. South African teacher's voices on support in inclusive education. *International focus issue*: 351-355.

ENCYCLOPEDIA OF MENTAL DISORDERS. 2009. Group therapy. Definition, purpose, description, results, resources. http://www.minddisordrs.com/Flu-Inv/Group-therapy.html. Date of access: 14 August 2009.

ENGELBRECHT, J. 2005. Die rol van die onderwyser met betrekking tot die implementering van inklusiewe onderwys: 'n opvoedkundige sielkundige perspektief. Pretoria : Universiteit van Suid-Afrika. (Verhandeling – MEd.Voorligting.)

ENGELBRECHT, P. 2006. The implementation of inclusive education in South Africa after ten years of democracy. *European journal of psychology of education*, 21(3):253-264.

ENGELBRECHT, P., SWART, E. & ELOFF, I. 2007. Inclusive education in South Africa: redefining the scope of practice of educational psychologists. http://www.ispaweb.org.org/en/colloquim/nyborg/Nyborg%20presentations/swart%20&20. Date of access: 13 Februarie 2007.

ENGELGAU, D. 2005. Teens in crisis: cutting on the rise. http://health.discovery.com/premiers/cuters/articles/main-bar-html Date of access: 3 February 2005.

EUROPEAN AGENGY FOR DEVELOPMENT IN SPECIAL NEEDS EDUCATION. 2003. Inclusief onderwijs en de praktijk in de klas. Denmark: European Agency for Development in Special Needs Education.

FAMILY THERAPY. Healing family conflicts – Mayo Clinic.com. 2009. http://www.mayoclinic.com/health/familytherapy /HQ 00662. Date of access: 24 March 2009.

FAVARO, A., FERRARA, S. & SANTONASTASO, P. 2004. Impulsive and compulsive self-injurious behaviour and eating disorders: an epidemiological study. (*In* Levitt, J.L., Sansone, R.A. & Cohn, L., e*ds.* Self-harm behaviour and eating disorders . New York: Routledge. p. 31-43.)

FAVAZZA, A.R. 1989. Why patients mutilate themselves. *Hospital and community psychiatry*, 40(2):137-145.

FAVAZZA, A.R. 1996. Bodies under siege: self-mutilation and body modification in culture and psychiatry. 2nd edition. Baltimore: The John Hopkins University Press.

FAVAZZA, A.R. & CONTERIO, K. 1989. The plight of chronic self-mutilation. *Community mental health journal*, 24(1):22-30.

FAVAZZA, A.R. & ROSENTHAL. R.J. 1990. Varieties of pathological self-mutilation. *Clinical behavioural neurology*, 3:77-85.

FIELD, A. 2005. Discovering statistics using SPSS. 2nd edition. Los Angeles: Sage.

FORD-MARTIN, P. 2009. Art therapy. http://www.answers.com/topic/art-therapy. Date of access: 13 August 2009.

FREEDMAN, R. & TAUB, S. 2006. Sampling. A practical guide for quality management in home & community-based waiver programmes. A product of the National Quality Contraction. Developed by: Human Service Research Institute and the MedSTAT Group, Inc.

FRIEND, M. & WILLIAM, D.B. 1999. Including students with special needs. A practical guide for classroom teachers. 2nd edition. United States of America, Library of Congress Cataloguing-in-Publication Data.

GALL, M.D., BORG, W.R. & GALL, J.P. 1996. Educational research. White Plains. New York: Longman Publishers.

GARSON, D. 2008. Reliability analysis. http://www.z.chass.z.ncsu.edu/garson. Date of access: 12 February 2010.

GIBSON, L.E. 2008. Self-harm. http://www.athealth.com/Consumer/disorders/selfharm.html Date of access: 22 June 2009.

GIBSON, D. 2010. Teachers' management of students who self harm. www.hispitalschoolservices.waedu.Au/docs/deliberate Date of access: 8 October 2010.

GIESE, S., MEINTJIES, H. & MONSON, J. 2005. Schools as nodes of care and support for children affected by HIV, AIDS and poverty. *South African child gauge*: 37-42.

GIUSTI, J.S., TAVARES, H., MIGUEL, E.C. & SCIVOLETTO, S. 2008. Self-mutilation: a symptom of psychiatric disorder with its own characteristics. *International journal of neuropsychiatric medicine,* 13(4):273-274.

GLASSMAN, L.H., WEIERICH, M.R., HOOLEY, J.M., DELIBERTO, T.L. & NOCK, M.K. 2007. Child maltreatment, non-suicidal self-injury, and the mediating role of self-criticism. *Behaviour research and therapy*, 45:2483-2490.

GOTTLIEB, S. 1998. The fire that heals: a phenomenological study of self-burning amongst borderline personality disorder patients. Johannesburg: University of the Witwatersrand (Dissertation – M.A. -Clinical Psychology.)

GREENSPAN, G.S. & SAMUEL, S.E. 1989. Self-cutting after rape. Am Psychiatry, 146(6):789-790.

GRIESEL, M.J. & JACOBS, L.J. 1991. Gesinsterapie. 'n Opvoedkundig-sielkundige perspektief. Pretoria: Academica.

HAINES, J. & WILLIAMS, C.L. 1997. Coping and problem solving of self-mutilators. *Journal of clinical psychology*, 53(2):177-186.

HAWKINS-WALSH, E. 2006. Self-injurious behaviour in adolescents. Incidence and significance of self-injurious behaviour. http://www.medscape.com/viewarticle/532 595 Date of access: 25 Feb. 2009.

HAWTON, K., BERGEN, H., CASET, D., SIMKIN, S., PALMER, B. & COOPER, J. 2007. Self-harm in England: a tale of three cities. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology,* 42: 512-521.

HAWTON, K., FAGG, J., SIMKIN, S., BALE, E. & BOND, A. 1997. Trends in deliberate self-harm in Oxford 1985-1995. Implications for clinical services and the prevention of suicide. *British journal of psychiatry*, 171:556-560.

HAWTON, K., HALL, S., SIMKIN, S., BALE, L., BOND, A., CODD, S., & STEWART, A. 2003. Deliberate self-harm in adolescents: a study of characteristics and trends in Oxford 1990-2000. *Journal of child psychology and psychiatry*, 44(8):1191-1198.

HAWTON, K., HARRISS, L., HODDER, K., SIMKIN, S. & GUNNELL, D. 2001. The influence of the economic and social environment on deliberate self-harm and suicide: an ecological and person-based study. *Psychological medicine,* 31:827-836.

HAWTON, K., RODHAM, K., EVANS, E. & WEATHERALL, R. 2002. Deliberate self-harm in adolescent: self-report survey in schools in England. *British medical journal*,325:1207-1211.

HERMAN, J.L. 1992. Complex PTSD: a syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of traumatic stress*, 5:377-391.

HESLOP, P. & MACAULAY, F. 2009. Hidden pain? Self-injury and people with learning disabilities. Bristol, UK.: Bristol Crisis Service for Women.

HICKS, K.M. & HINCK, S.M. 2007. Concept analysis of self-mutilation. *Journal of advanced nursing*, 64(4):408-413.

HOADLEY, U. 2007. Boundaries of case: the role of the school in supporting vulnerable children in the context of HIV and AIDS. *African journal of AIDS research*, 6(3):251-259.

HOFFMAN, R., GIMENEZ HINCKLE, M. & WHITE KRESS, V. 2010. Letter writing as an intervention in family therapy with adolescents who engage in non-suicidal self-injury. *The family journal: counselling and therapy for couples and families*, 18(1):24-30.

HOHLFELDER, J.L. 2004. A critical analysis of research related to the psychology of self-mutilation. Wisconsin: The Graduate School University of Wisconsin. (Dissertation – MEd.)

IVANKOVA, N.V., CRESWELL, J.W. & PLANO CLARK, V.L.P. 2007. Foundations and approaches to mixed methods research. (*In* Maree, K., *ed.* First steps in research. Pretoria: Van Schaik. p. 254-280.)

JACOBS, B. 2005. Adolescents and self-cutting (self-harm): information for parents. Bringing science to your life. Cooperative extension service. Study guide. New Mexico: College of Agriculture and Home Economics.

JACOBS, L.J. 1987. Relasieterapie. 'n Opvoedkundige sielkundige benadering. Pretoria: UNISA.

JIRAGE, R. 2008. What are different kinds of mood disorders. http://www.buzzlecom/articles/what-are-different-kinds-of-mood-disorders-html. Date of access: 17 July 2009.

JOHNSON, L.D. 2003. An insight into the world of self-injury. Wisconsin: The Graduate School University of Wisconsin. (Dissertation – MEd.)

JOHNSON, B. & CHRISTENSEN, L. 2000. Educational research: quantitative, qualitative and mixed approaches. 2nd edition. Boston: Pearson Education.

JONES, V., DAVIES, R. & JENKINS, R. 2004. Self-harm by people with learning difficulties: something to be expected or investigated? *Disability and society*, 19(5):487-500.

JOYCE, A., PIPER, W., & OGRODNICZUK, J. 2007. Therapeutic alliance and cohesion variables as predictors of outcome in short-term group psychotherapy. *International journal of group psychotherapy*, 57(3):269-297.

JOYCE, P.R., LIGHT, K.J., ROWE, S.L., CLONINGER, C.R. & KENNEDY, M.A. 2010. Self-mutilation and suicide attempts: relationships to bipolar

disorder, borderline personality disorder, temperament and character. *Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 44:250-257.

KERR, P.L., MUEHLENKAMP, J.J. & TURNER, D.O. 2010. Non-suicidal self-injury: a review of current research for family medicine and primary care physicians. *The journal of the American board of family medicine,* 23(2):240-259.

KIEHN, B. & SWALES, M. 2008. An overview of dialectical behaviour therapy in the treatment of borderline personality disorder. http://www.mentalhelp-ner/poc/view-doc.php?type=doc&id=1020 Date of access: 26 March 2008.

KLONSKY, E.D., OLTMANS, T.F. & TURKHEIMER, E. 2003. Deliberate-harm in a nonclinical population: prevalence and psychological correlates. *American journal of psychiatry*, 160(8):1501-1508.

KOCH, K. 2008. The cutting edge – self-injury and mutilation. Pleasure through pain. http://womenshealth.suite 101-com/erticle.cfm Date of access: 22 June 2009.

KRESS, V. & WHITE, E. 2003. Self-injurious. Behaviours: assessment and diagnosis. *Journal of counselling and development*, 81:490-495.

KRUGER, G. 2006. Die bruikbaarheid van webgebaseerde onderrig. http://hagar.up.ac.za/catts/learner/kruger g/agro 700/hoofstuk2.htm Date of access: 12 February 2010.

KRUGER, N. & ADAMS, H. 2000. Psychology for teaching and learning. Sandton: Heineman.

LARK, C. 2001. Art therapy overview: an informal background paper. http://www-art-therapy.com/Arctherapyoverview.htm Date of access: 21 June 2009.

LAVENDER, A. 2008. Self-injury. http://www.4therapy-com/professional/about us/.tem Date of access: 1 April. 2008.

LEECH, N.L., BARRETT, K.C. & MORGAN, G.A. 2008. SPSS for intermediate statistics. Use and interpretation. 3rd edition. New York: Taylor & Francis.

LEEDY, P.D. & ORMROD, J.E. 2005. Practical research planning and design. 8th edition. Upper Saddle River, NJ: Merrill Prentice Hall.

LEVENKRON, S. 1998. Cutting: understanding and overcoming self-mutilation. New York : W.W. Norton & Co.

LEVITT, J.L., SANSONE, R.A. & COHN, L. 2004. Self-harm behaviour and early disorders. http://www.bulimia.com/product details.cfm?PC=1350 Date of access: 3 September 2009.

LIEBERMAN, R. 2004. Understanding and responding to students who self-mutilate. Principal leadership magazine. http://www.nasponline.org/resources/principles/nassp-cutting.aspx Date of access: 8 Augustus 2009.

LIFE SIGNS DIRECTORS. 2008. Life signs self-injury factsheet for teachers and lecturers. www.lifesigns.org.uk-TeachersFactsheet Date of access: 12 August 2010.

LINCOLN, Y.S. & GUBA, E.G. 1985. Naturalistic inquiry. California: Sage.

LINEHAN, M.M., ARMSTRONG, H.E., SUAREZ, A., ALLMON, D. & HEARD, H.L. 1991. Cognitive-behavioural treatment of chronically parasuidical borderline patients. *Archives of general psychiatry*, 48:1060-1064.

LINEHAN, M.M. & DIMEFF, L. 2001. Dialectical behaviour therapy in a nutshell. *The California psychologist*, 34:10-13.

LOCHNER, C., SIMEON, D., NIEHAUS, D.J. & STEIN, D.J. 2002. Tricholtillomania and skin-picking: a phenomenological comparison. *Depress anxiety,* 15(2):83-86

LOUW, D.A. 1989. Suid-Afrikaanse handboek van abnormale gedrag. Johannesburg: Southern Book Uitgewers.

LOVELL, A. 2007. Learning disability against itself: the self-injury/self-harm conundrum. *British journal of learning disabilities*, 36(2):109-121.

LUKOMSKI, J. & FOLMER, J. 2004. Self-mutilation: information and guidance for school personnel. Helping children at home and School. Handouts for families and educators. S5:91-93. http://selfinjury_com/referrals-treatmentprograms. html Date of access: 9 October 2009.

LYSHAK-STELZER, F., SINGER, P., STJOHN, P & CHEMTOB, C.M. 2007. Art therapy for adolescents with posttraumatic stress disorder symptoms: a pilot study. *Art therapy,* 24(4):163-169.

MACALESTER, J. 2009. Art therapy. http://www.macalester.edu/psychology/whathap/UBNRP/resthetics/therapy html Date of access: 13 August 2009.

MALCOLM, C.F. 1994. Torn between skinship and kinshop: the phenomenology of self-mutilation. Grahamstown: Rhodes University. (Thesis – PhD Psychology.)

MANLEY, R.S. & LEICHNER, P. 2003. Anguish and despair in adolescents with eating disorders. Helping to manage suicidal idealism and impulses. *Crisis,* 24(1):32-36.

MALON, D.W. & BERARDI, D. 1987. Hypnosis with self-cutters. *Psychotherapy,* 41:531-541.

MAREE, K. & PIETERSEN, J. 2007a. The quantitative research process. (*In* Maree, K., *ed*. First steps in research. Pretoria: Van Schaik. p. 144-153.)

MAREE, K. & PIETERSEN, J. 2007b. Surveys and the use of questionnaires. (*In* Maree, K., *ed*. First steps in research. Pretoria : Van Schaik. p. 155-169.)

MAREE, K. & PIETERSEN, J. 2007c. Sampling. (*In* Maree, K. First steps in research. Pretoria : Van Schaik. p. 172-180.)

MAREE, K. & PIETERSEN, J. 2007d. Standardisation of a questionnaire. (*In* Maree, J.G., *ed*. First steps in research. Pretoria : Van Schaik. p. 215-222.)

MAREE, K. & VAN DER WESTHUIZEN, C. 2007. Planning a research proposal. (*In* Maree, K., *ed*. First steps in research. Pretoria: Van Schaik. p. 24-45.)

MARTINSON, D. 2001. What is self-injury? http://www.focusas.com/selfinjury.html Date of access: 10 May 2007.

MAYO CLINIC. 2009. Family therapy. Healing family conflicts. http://www.mayoclinic.com/health/family Date of access: 24 March 2009.

MCMILLAN, J.H. & SCHUMACHER, S. 2006. Research in education: evidence-based inquiry. 6th edition. Boston: Pearson.

MENMINGER, K. 1938. Man against himself. New York : Harcourt, Bruce & World, Inc.

MERRIAM, S.B. 2009. Qualitative research. A guide to design and implementation. San Francisco: Jossey Bass.

MILIA, D. 1996. Art therapy with a self-mutilating adolescent girl. *American journal of art therapy,* 42:98-107.

MOORE, J. 1996. Motives underlying bulimic and self-mutilating behaviour. Johannesburg: Rand Afrikaans University. (Dissertation – MEd.)

MORROW, W. 2005. What is teacher's work? Paper prepared at the Kenton Educational Conference, Mpekweni, South Africa, 27-30 October 2005. Fort Hare: Rhodes University.

MOUTON, J. 2001. How to succeed in your master's and doctoral studies: a South African guide and resource book. Pretoria: Van Schaik.

MUEHLENKAMP, J.J. 2006. Empirically supported treatments and general therapy guidelines for non-suicidal self-injury. *Journal of mental health counselling*, 28(2):166-185.

NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH. 2001. Understanding panic disorder. http://www.nimh-gov/anxiety/upd.cfm Date of access: 21 May 2003.

NIEUWENHUIS, J. 2007a. Introducing qualitative research. (*In* Maree, K. 2007. First steps on research. Pretoria : Van Schaik. p. 47-66.)

NIEUWENHUIS, J. 2007b. Qualitative research designs and data gathering techniques. (*In* Maree, K., *ed*. First steps in research. Pretoria: Van Schaik. p. 70-97.)

NIXON, K., CLOUTIER, P. & JANSSON, M. 2008. Non-suicidal self-harm in youth: a population-based survey. *Canadian medical association journal*, 178(3):306-312

PALLADINI, M. 2008. Effective interventions for treating superficial self-mutilators. Social work student papers. Paper 21:1-25.

PATTISON, E.M. & KAHAN, J. 1983. The deliberate self-harm syndrome. *American journal of psychiatry*, 140(7):867-872.

PIETERSEN, J. & MAREE, K. 2007a. Statistical analysis 1: descriptive statistics. (*In* Maree, K., *ed*. First steps in research. Pretoria: Van Schaik. p. 183-196.)

PIETERSEN, J. & MAREE, K. 2007b. Statistical analysis 1: descriptive statistics. (*In* Maree, K., *ed*. First steps in research. Pretoria: Van Schaik. p. 197-213.)

PIETERSEN, J. & MAREE, K. 2007c. Statistical analysis 1: descriptive statistics. (*In* Maree, K., *ed*. First steps in research. Pretoria: Van Schaik. p. 225-252.)

PITONYAK, D. 2005. Supporting a person who is experiencing post traumatic stress disorder (PTSD). David Pitonyak (PhD www.dimagine-com) Philadelphia : South-Coast Training Initiative, Office of Mental Retardation.

PRINSLOO, E. 2001. Working towards inclusive education in South African classrooms. South *African journal of education*, 21(4):344-345.

RAPPAPORT, L. 1998. Focusing and art therapy: tools for working through post-traumatic stress disorder. *Focusing folio,* 17(1):1-6.

RAY, E.H. 2007. A multidimensional analysis of self-mutilation in college students. Texas: The University of Texas at Austin. (Thesis – PhD.)

REED GATES. 2007. Obsessive compulsive disorder free. FAQs. Frequently questions asked about OCD. http://www.ocd-free-org/faqs Date of access: 8 July 2009.

REVELLE, N. & ZINBARG, R. 2009. Coefficients alpha, beta, omega and the glb comments on Sijtsma. *Psychometrika,* 74(1):145-154.

ROETS, H.E. 1991. Die aard van verligting-sensitiwiteit. Pretoria: UNISA. (Verhandeling – MEd.)

ROSEN, S. 1994. The deliberate self-harm syndrome: an explanatory study. Johannesburg : Rand Afrikaans University. (Thesis – PhD.)

ROSS, S. & HEATH, N. 2002. A study of the frequency of self-mutilation in a community sample of adolescents. *Journal of youth and adolescence*, 31(1):67-77.

RYAN, K. 2007. Superficial self-harm behaviour: helping young women who hurt themselves. Utah: Brigham Young University. (Dissertation – MEd.)

SA ***see*** SOUTH AFRICA

SAMARITANS. 2011. Understanding self-injury. Lesson B2. Curriculum area PSHE/SPE Health Education. http://www.samaritans.org Date of access: 2 August 2011.

SANDERSON, P. 2008. Dialectical behaviour therapy: frequently asked questions. http://www.behavioraltech.rg Date of access: 19 March 2008.

SASLOW, C.A. 1982. Basic research methods. London : Addison-Wesley.

SCHAPPEL, E. 1995. The unknown cuts. Some women starve themselves to express pain and confusion. Others turn to self-mutilation. *Allure magazine:*1-8.

SCHIELE, D.R. 1992. The neuropsychobiology of addiction, trauma and dissociation. http://www.geocities.com/kidhistory/trauma/neuropsy.htm?20098 Date of access: 8 July 2009

SCHOLTZ, J.G. 1992. Die belewenis van selfmutilasie by pasiënte met grenspersoonlikheidsversteuring. Pretoria: Universiteit van Pretoria. (Verhandeling – M.A. Kliniese sielkunde.)

SEKARAN, U. 2000. Research methods for business. A skill-building approach. New York : Wiley. p 463.

SELEKMAN, M.D. 2002a. Adolescent self-harm. http://www.letstalkcounseling.com/resources/Adolescent-self-harm.htm Date of access: 18 March 2009.

SELEKMAN, M.D. 2002b. Living on the razor's edge: solution-orientated brief family therapy with self-harming adolescents. New York: W.W. Norton and Company. Available: http://www.highbeam.com/doc/IGI-113304983.html Date of access: 18 March 2009.

SELEKMAN, M.D. 2009. Pathways to solutions with self-harming adolescents: a collaborative strengths-based therapy approach. New York: W.W. Norton and Company. Available: http:///amazon.com/GP/0393703355/ref=sit/dp.pop.ff?utf Date of access: 18 March 2009.

SHALEM, Y. & SLONIMSKY, L. 1999. Can we close the gap? Criteria and obligation in teacher education. *Journal of education*, 24:2-30.

SHAPIRO, S. 2008. Addressing self-injury in the school setting. *The journal of school nursing,* 24(3):124-130.

SHARP, D., LIEBENAU, A., STOCKS, N., BENNEWITH, O., EVANS, M., JONES, W.B., PETERS, T., GOLDBERG, D. & GUNNEL, D. 2003. Locally developed guidelines for the aftercare of deliberate self-harm patients in general practice. *Primary health care research and development*, 4:21-28.

SIMEON, D. & HOLLANDER, E. 2001. Self-injurious behaviours: assessment and treatment. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.

SIMEON, D., STEIN, D.J. & HOLLANDER, E. 1995. Depersonalization disorder and self-injurious behaviour. *Journal of clinical psychiatry*, 56(4):36-39.

SIMON, S. 2008. What's a good value for Cronbach's Alpha? http://www.childrensmercy.org/stats Date of access: 12 February 2010.

SIMPSON, C. 2003. Self-mutilation. ERIC Digest. http://www.ericdigest.org/2003-2/mutilation.html Date of access: 6 July 2007.

SINCLAIR, J. & GREEN, J. 2005. Understanding resolution of deliberate self-harm: qualitative interview study of patients' experiences. *British medical journal*, 330:1112-1115.

SMITH, B.D. 2005. Self-mutilation and pharmacotherapy. *Psychiatry,* 2(10):28-37. Available: http://psychiatry mmc.com/display article-cfm? Date of access: 26 February. 2009.

SMITH, S.E. 2009. What is art therapy. http://www.wisegeele.com/what-is-art-therapy. html. Date of access: 9 July 2009.

SOUTH AFRICA. Department of Education. 1999. Consultative Paper No 1 on Special Education: Building an inclusive educational and training system, first steps. Pretoria: Department of Education.

SOUTH AFRICA. 2000. Norms and Standards for Educators. Government Notice 82.) Government Gazette, 20844 of 4 Feb.

SOUTH AFRICA. Department of Education. 2001. Education White Paper 6: Special Needs Education. Building an inclusive education and training system. Pretoria: Department of Education.

SOUTH AFRICA. Department of Education. 2005. Conceptual and Operational Guidelines for the Implementation of Inclusive Education: District-Based Support Teams. Pretoria: Government Printer.

SOUTH AFRICA. Department of Education. 2008. National Strategy on Screening, Identification, Assessment and Support. School Pack. of Education. Pretoria: Department of Education.

STANLEY, B., GAMEROFF, M.A. MICHALSEN, B.A. & MANN, M.D. 2001. Are suicide attempters who self-mutilate a unique population? *Journal of psychiatry*, 427-432.

STATISTICS SOUTH AFRICA. 2007. Stats online. http://www.statssa.gov.za Date of access: 12 February 2008.

STEIN, D.J., SIMEON, D., COHEN, L.J. & HOLLANDER, E. 1995. Trichotillomania and obsessive-compulsive disorder. *Journal of clinical psychiatry*, 56(4):28-34

STEYN, H.S. 2005. Handleiding vir die beplanning van effekgrootte-indekse en praktiese betekenisvolheid. http://www.puk.ac.za Date of access: 8 August 2008.

STRONG, M. 1998. A bright red scream – self-mutilation and the language of pain. New York: Penguin Putnam.

SUYEMOTO, K.L. & MACDONALD, M.L. 1995. Self-cutting in female adolescents. *Psychotherapy,* 32(1):162-171.

SWART, E. & PETTHIPHER, R. 2001. Theoretical and contextual background. (*In* Engelbrecht, P. & Green, L., *eds*. Responding to the challenges of inclusive education in Southern Africa. Pretoria: Van Schaik. p. 52-66.

TANTUM, D. & HUBAND, N. 2009. Understanding repeated self-injury: a multidisciplinary approach. Basingstoke: Palgrave Macmillan.

TANTUM, D. & WHITTAKER, J. 1992. Personality disorder and self-wounding. *British journal of psychiatry*, 161:451-464.

THERON, C.D. 1986. ‘n Psigodinamiese ondersoek na selfmutilasie. Pretoria: Universiteit van Pretoria. (Verhandeling – MA.)

THORNTON, J. 1996. Mood disorders in children and adolescents. National Institute of mental health. *Anne Brown NARSAD research newsletter:* 1-2.

TIMOFEYEV, A.V., SCHARFF, K., BURNS, N. & OUTTERSON, R. 2002. Timeline: self-mutilation in history. http://wso-williams.Edu/~atimofey/self-mutilation/history/index-html Date of access: 10 May 2008.

TROCHIM, M.K. 2006. Types of reliability. http://www.socialresearchmethods-net/kb/reltypes.php Date of access: 16 February 2010.

TUISKU, V., PELKONEN, M., KIVIRUUSU, O., KARLSSON, L., RUUTU, T. & MARTTUNEN, M. 2009. Factors associated with deliberate self-harm behaviour among depressed adolescent outpatients. *Journal of adolescence,* 32:1125-1136.

TULL, M. 2009. PTSD, cutting, and other forms of self-injury. http://ptsd.about-com/od/relatedconditions/a/DSH and PTSD-htm Date of access: 6 July 2009.

TURNER, V.J. 2002. Secret scars – uncovering and understanding the addiction of self-injury. Minnesota: Hazelden.

TURREL, S.C. & ARMSWORTH, M.W. 2003. A log-linear analysis of variables associated with self-mutilation. Behaviours of women with histories of child sexual abuse. *Violence against women*, 9(4):487-512.

TYLER, K.A., WHITBECK, L.B., HOYT, D.R. & JOHNSON, K.D. 2003. Self-mutilation an homeless youth: the role of family abuse, street experiences and mental disorders. *Journal of research on adolescence*, 13(4):457-474.

UNESCO. 2004. Creating inclusive learning – friendly classrooms. Booklet 4. Thailand: Unesco Asia and Pacific Regional Bureau of Education.

VAN DER KOLK, B.A. 1989. The compulsion to repeat the trauma. Re-enactment, re-victimization, and masochism. *Psychiatric clinics of North America,* 12(2):389-411. Available: http://www.cirp.org/library/psych/vanderkolk Date of access: 1 July 2009.

VERMEULEN, L.M. 1998. Navorsingsoriëntering – 'n praktiese gids vir studente en navorsers. Vanderbijlpark: L.M. Vermeulen Uitgewers.

VORSTER, L. 2007. Oopkop nodig vir selfbesering. *Beeld*: 11, 6 Augustus.

WALSH, B.W. & ROSEN, P.M. 1988. Self-mutilation: theory, research, and treatment. New York: Guilford Press.

WEHMEYER, W. 2007. Opvoedkundig-sielkundige ondersoek na selfmutilasie by adolessente. Pretoria : Universiteit van Suid-Afrika. (Verhandeling – MEd.)

WELMAN, C., KRUGER, F. & MITCHELL, B. 2005. Research methodology. 3rd edition. Cape Town: Oxford University Press.

WESTWOOD, P. & GRAHAM, L. 2003. Inclusion of student with special needs: benefits and obstacles perceived by teachers in New South Wales and South Australia. *Australian journal of learning disabilities*, 8(1):3-15.

WHITE, J., LEGGETT, J. & BEECH, A. 1999. The incidence of self-harming behaviour in the male population of a medium-secure psychiatric hospital. *The journal of forensic psychiatry*, 10(1):59-68, April.

WHITLEY, B.E. 2002. Principles of research in behavioural science. New York: Mc Graw Hill.

WISHART, M. 2004. Adolescent self-harm: an exploration of the nature and prevalence in Banyule/Nillumbik. Boston: Pearson Education.

WOLDORF, G. 2005. Clinical implications of the paradox of deliberate self-injury. *Journal specialist paediatric nursing*, 10:196-200.

WOOD, A., TRAINOR, G., ROTHWELL, J., MOORE, A. & HARRINGTON, R. 2001. Randomized trail of group therapy for repeated deliberate self-harm in adolescents. *Psychiatry*, 40:11.

WOOLSTON, C. 2009. Art therapy. http://www.ahealthyme.com/topic/art. Date of access: 25 Februarie 2009.

YARYURA-TOBIAS, J.A. 1977. Obsessive compulsive disorder: a serotonergic hypothesis. *Orthomolecular psychiatry*, 4:317-326.

YARYURA-TOBIAS, J.A., NEZIROGLU, F.A. & KAPLAN, S. 1995. Self-mutilation, anorexia and dysmenorrhoea in obsessive-compulsive disorder. *International journal of eating disorders*, 17:33-38.

ZILA, L.M. & KISELICA, M.S. 2001. Understanding and counselling self-mutilation in female adolescents and young adults. *Journal of counselling and development*, 79:46-52.

ADDENDUM A

TOESTEMMING: GAUTENG DEPARTMENT VAN ONDERWYS

UMnyango WezeMfundo
Department of Education

Lefapha la Thuto
Departement van Onderwys

Enquiries: Nomvula Ubisi (011)3550488

Date:	28 April 2010
Name of Researcher:	Vos Sydney
Address of Researcher:	53 Wrenstreen
	Rart & Dal
	Krugersdorp 1739
Telephone Number:	0119535458/0722375555
Fax Number:	0169103116
Research Topic:	A Support Programme for Teachers to Manage and Support Learners Who Mutilate Themselves in Inclusive Classrooms
Number and type of schools:	16 Secondary Schools
District/s/HO	Gauteng West

Re: Approval in Respect of Request to Conduct Research

This letter serves to indicate that approval is hereby granted to the above-mentioned researcher to proceed with research in respect of the study indicated above. The onus rests with the researcher to negotiate appropriate and relevant time schedules with the school/s and/or offices involved to conduct the research. A separate copy of this letter must be presented to both the School (both Principal and SGB) and the District/Head Office Senior Manager confirming that permission has been granted for the research to be conducted.

Permission has been granted to proceed with the above study subject to the conditions listed below being met, and may be withdrawn should any of these conditions be flouted:

1. *The District/Head Office Senior Manager/s concerned must be presented with a copy of this letter that would indicate that the said researcher/s has/have been granted permission from the Gauteng Department of Education to conduct the research study.*
2. *The District/Head Office Senior Manager/s must be approached separately, and in writing, for permission to involve District/Head Office Officials in the project.*
3. *A copy of this letter must be forwarded to the school principal and the chairperson of the School Governing Body (SGB) that would indicate that the researcher/s have been granted permission from the Gauteng Department of Education to conduct the research study.*

Office of the Chief Director: Information and Knowledge Management
Room 501, 111 Commissioner Street, Johannesburg, 2000 P.O.Box 7710, Johannesburg, 2000
Tel: (011) 355-0809 Fax: (011) 355-0734

4. *A letter / document that outlines the purpose of the research and the anticipated outcomes of such research must be made available to the principals, SGBs and District/Head Office Senior Managers of the schools and districts/offices concerned, respectively.*
5. *The Researcher will make every effort obtain the goodwill and co-operation of all the GDE officials, principals, and chairpersons of the SGBs, teachers and learners involved. Persons who offer their co-operation will not receive additional remuneration from the Department while those that opt not to participate will not be penalised in any way.*
6. *Research may only be conducted after school hours so that the normal school programme is not interrupted. The Principal (if at a school) and/or Director (if at a district/head office) must be consulted about an appropriate time when the researcher/s may carry out their research at the sites that they manage.*
7. *Research may only commence from the second week of February and must be concluded before the beginning of the last quarter of the academic year.*
8. *Items 6 and 7 will not apply to any research effort being undertaken on behalf of the GDE. Such research will have been commissioned and be paid for by the Gauteng Department of Education.*
9. *It is the researcher's responsibility to obtain written parental consent of all learners that are expected to participate in the study.*
10. *The researcher is responsible for supplying and utilising his/her own research resources, such as stationery, photocopies, transport, faxes and telephones and should not depend on the goodwill of the institutions and/or the offices visited for supplying such resources.*
11. *The names of the GDE officials, schools, principals, parents, teachers and learners that participate in the study may not appear in the research report without the written consent of each of these individuals and/or organisations.*
12. *On completion of the study the researcher must supply the Director: Knowledge Management & Research with one Hard Cover bound and one Ring bound copy of the final, approved research report. The researcher would also provide the said manager with an electronic copy of the research abstract/summary and/or annotation.*
13. *The researcher may be expected to provide short presentations on the purpose, findings and recommendations of his/her research to both GDE officials and the schools concerned.*
14. *Should the researcher have been involved with research at a school and/or a district/head office level, the Director concerned must also be supplied with a brief summary of the purpose, findings and recommendations of the research study.*

The Gauteng Department of Education wishes you well in this important undertaking and looks forward to examining the findings of your research study.

Kind regards

Martha Mashego
ACTING DIRECTOR: KNOWLEDGE MANAGEMENT & RESEARCH

The contents of this letter has been read and understood by the researcher.	
Signature of Researcher:	
Date:	10 May 2010

UMnyango WezeMfundo
Department of Education

Lefapha la Thuto
Departement van Onderwys

GAUTENG WEST

Enquiries: Liz Brooks

TO: SYDNEY VOS
SENIOR PSYCHOLOGIST

FROM: EE FRONEMAN
DISTRICT DIRECTOR

DATE: 8 JUNE 2010

RE: REQUEST TO CONDUCT RESEARCH : GAUTENG WEST SCHOOLS

Your letter dated 18 May 2010 with regard to the above has reference.

Please be advised that permission is hereby granted for you to conduct research at the following schools:

- BASTION HIGH SCHOOL
- KRUGERSDORP HIGH SCHOOL
- MONUMENT HIGH SCHOOL
- NOORDHEUWEL HIGH SCHOOL
- LODIRILE SECONDARY SCHOOL
- MADIBA SECONDARY SCHOOL
- SG MAFAESA SECONDARY SCHOOL
- THUTO LEFA SECONDARY SCHOOL

Yours faithfully

EE FRONEMAN
DISTRICT DIRECTOR

Office of the District Director – Gauteng West District : D2
Cnr Human and Boshoff Street – Krugersdorp 1740
Tel: (011) 953-1313/1646 Fax: (011) 953-4324

GAUTENG DEPARTMENT OF EDUCATION

Johannesburg West District D12
Office of the District Director
Mnyamezeli Ndevu

Date: 10/05/10

Principals of Selected Schools

Dear Colleagues

I hereby grant permission to Mr Sydney Vos to undertake research in the following schools:

Fortè Secondary School	Sebetsa-O-Tholemoputso Secondary School,
Letsibogo Secondary School	PJ Simelane Secondary School
Die Burger High School	Florida Park High School
Hoërskool Florida	Hoërskool Roodepoort.

Please assist this researcher. The results of the research should provide guidance in the management of distressed learners in all schools.

Please note that contact time may not be compromised and that the research should not accrue any costs to the department.

Yours sincerely

10/05/2010

Mr MW Ndevu
District Director

ADDENDUM B

TOESTEMMINGSBRIEWE AAN DEELNEMERS

NORTH-WEST UNIVERSITY
YUNIBESITI YA BOKONE-BOPHIRIMA
NOORDWES-UNIVERSITEIT
VAALDRIEHOEKKAMPUS

INFORMED CONSENT (PRINCIPAL)

Dear Principal

I am busy with a research study for my PhD-degree. I need your permission to involve the teachers whose names appear on the attached list as participants in my study to provide me with information related to my research topic. This document will provide you with information regarding my research project and what the teachers' involvement will entail. If you feel comfortable with the contents of the explanation, I will appreciate it if you could sign the section indicating your consent that the teachers may take part in the study. All teachers will be approached individually as well to indicate in writing whether they will be willing to take part in the research.

Kindly note the following before you give consent to teachers to participate in the project: No training programmes exist at school to support teachers in providing assistance to learners who mutilate themselves. It is the aim of this research to develop such a programme based on the data collected through the completion of questionnaires by the teachers. I will approach the teachers personally to ask for their permission to take part in the study. Participation will not be compulsory and the teachers may withdraw at any time should they feel uncomfortable. With the questionnaire I wish to determine the following: teachers' knowledge and skills related to dealing with self-mutilation among learners, teacher' feelings and perceptions related to dealing with self mutilation as being part of the pastoral role of the teacher, and the support available to teachers if they should become aware of learners who mutilate themselves. I will administer the questionnaires personally at a time that will be convenient to you and the teachers. Questionnaires will be completed anonymously, and will take approximately 30 minutes of the teachers' time. No possible risks are envisaged. There are no direct benefits for taking part in the study. The designed programme, though, may in future assist teachers to deal with self-mutilation.

CONFIDENTIALITY: The information that will be disclosed during the research will be kept confidential by the researcher. When reporting on the information, no names of schools or teachers will be revealed, and each participant will be identified by a code. The research is conducted by a Doctoral student, S.L. Vos under the supervision of Prof. M.M. Grosser from the School of Educational Sciences, North-West University (Vaal Triangle Campus). If you have any questions or queries you can contact Prof. Grosser at 016 910 3063 (work)

CONSENT:

I, …….. (full name of principal/teacher) have read and understand the nature of the participation in the project and agree that ……..…… (name of learner) may participate.

Signature: ……..…….. Date: ……

NORTH-WEST UNIVERSITY
YUNIBESITI YA BOKONE-BOPHIRIMA
NOORDWES-UNIVERSITEIT
VAALDRIEHOEKKAMPUS

INFORMED CONSENT (TEACHER)

Dear Teacher

I am busy with a research study for my PhD-degree. I need your permission to involve you as a participant in my study to provide me with information in order to complete the study. This document will provide you with information regarding my research project and what your involvement will entail. If you feel comfortable with the contents of the explanation, I will appreciate it if you could sign the section indicating your consent that you will take part in the study.

Kindly note the following before you give consent to participate in the project:

No training programmes exist at school to support teachers in assisting learners who mutilate themselves. It is the aim of this research to develop such a programme based on the data collected through the completion of questionnaires by teachers. I will personally administer the questionnaire at a time convenient to you, and the completion of the questionnaire will not take longer than 30 minutes. You will complete the questionnaires anonymously, and may withdraw from the research at any time. With the questionnaire I wish to determine the following: your knowledge and skills related to dealing with self-mutilation among learners, your feelings and perceptions related to dealing with self-mutilation as being part of the pastoral role of the teacher, and the support available to you if you should become aware of learners who experience barriers to learning. No possible risks are envisaged.

There are no direct benefits for taking part in the study. The designed programme, though, may in future assist the learners and teachers to deal with self-mutilation.

CONFIDENTIALITY: The information that will be disclosed after the analysis of data will be kept confidential by the researcher. When reporting on the data obtained, no names of schools or teachers will be revealed, and each participant will be identified by a code.

The research is conducted by a Doctoral student, S.L. Vos under the supervision of Prof. M.M. Grosser from the School of Educational Sciences, North-West University (Vaal Triangle Campus). If you have any questions or queries you can contact Prof. Grosser at 016 910 3063 (work).

CONSENT:

I, ……... (full name of principal/teacher) have read and understand the nature of the participation in the project and agree that ……..…… (name of learner) may participate.

Signature: ……..…….. Date: ……

ADDENDUM C

ETIESE KLARING

NORTH-WEST UNIVERSITY
YUNIBESITI YA BOKONE-BOPHIRIMA
NOORDWES-UNIVERSITEIT

Private Bag X6001, Potchefstroom
South Africa 2520

Tel: (018) 299-4900
Faks: (018) 299-4910
Web: http://www.nwu.ac.za

Ethics Committee
Tel +27 18 299 4850
Fax +27 18 293 5329
Email Ethics@nwu.ac.za

Prof Mary Grosser

ETHICS APPROVAL OF PROJECT

The North-West University Ethics Committee (NWU-EC) hereby approves your project as indicated below. This implies that the NWU-EC grants its permission that, provided the special conditions specified below are met and pending any other authorisation that may be necessary, the project may be initiated, using the ethics number below.

Project title: n Ondersteuningsprogram vir die bemagtiging van onderwysers in die hantering van selfmutilering in inklusiewe klaskamers.

Ethics number: NWU-00045-09-A2

Approval date: 2010/06/22 **Expiry date:** 2015/06/13

Special conditions of the approval (if any): None

General conditions:

While this ethics approval is subject to all declarations, undertakings and agreements incorporated and signed in the application form, please note the following:

- *The project leader (principle investigator) must report in the prescribed format to the NWU-EC:*
  - *annually (or as otherwise requested) on the progress of the project,*
  - *without any delay in case of any adverse event (or any matter that interrupts sound ethical principles) during the course of the project.*
- *The approval applies strictly to the protocol as stipulated in the application form. Would any changes to the protocol be deemed necessary during the course of the project, the project leader must apply for approval of these changes at the NWU-EC. Would there be deviated from the project protocol without the necessary approval of such changes, the ethics approval is immediately and automatically forfeited.*
- *The date of approval indicates the first date that the project may be started. Would the project have to continue after the expiry date, a new application must be made to the NWU-EC and new approval received before or on the expiry date.*
- *In the interest of ethical responsibility the NWU-EC retains the right to:*
  - *request access to any information or data at any time during the course or after completion of the project;*
  - *withdraw or postpone approval if:*
    - *any unethical principles or practices of the project are revealed or suspected,*
    - *it becomes apparent that any relevant information was withheld from the NWU-EC or that information has been false or misrepresented,*
    - *the required annual report and reporting of adverse events was not done timely and accurately,*
    - *new institutional rules, national legislation or international conventions deem it necessary.*

The Ethics Committee would like to remain at your service as scientist and researcher, and wishes you well with your project. Please do not hesitate to contact the Ethics Committee for any further enquiries or requests for assistance.

Yours sincerely

Prof MM Lowes
(chair NWU Ethics Committee)

ADDENDUM D

VRAELYS

VRAELYS AAN ONDERWYSERS

Geagte onderwyser

Ek is tans besig met ’n PhD-studie in Leerderondersteuning aan die Vaaldriehoekkampus van die NWU. My navorsing fokus op die ontwikkeling van ’n opleidingsprogram vir die bemagtiging van onderwysers ten opsigte van die bewusmaking van en basiese hulpverlening aan selfmutileerders in inklusiewe klaskamers. Ek sal dit waardeer as u die vraelys sal voltooi. Die doel met die vraelys is om vas te stel tot watter mate u oor kennis en vaardighede beskik vir die bewuswording ten opsigte van leerders wat hulself mutileer, asook of u oor vaardighede beskik om basiese hulp aan sodanige leerders te bied. ***Selfmutilasie verwys na die intensionele besering van die eie liggaam sonder die bedoeling om selfmoord te pleeg.*** Op grond van u response, beoog ek om ‘n opleidingsprogram te ontwikkel om u behulpsaam te wees om bewus te word van selfmutileerders in u klas en aan hulle basiese hulp te bied. U sal die vraelys anoniem voltooi en alle inligting sal uiters vertroulik hanteer word. U mag u ook enige tyd, indien u ongemaklik voel, aan die navorsing onttrek. Beantwoord asseblief alle vrae so eerlik moontlik. Dankie vir u tyd en samewerking.

Sydney Vos

<u>AFDELING A</u>: BIOGRAFIESE INLIGTING

Beantwoord asseblief die volgende vrae deur met 'n X in die toepaslike blokkie te merk.

1. U geslag

1	2
Manlik	Vroulik

2. U ouderdom

1	2	3	4	5
21-30	31-40	41-50	51-60	60+

3. Graad of grade wat u onderrig

1	2	3	4	5
8	9	10	11	12

4. U onderwyservaring

1	2	3	4	5
0-5 jaar	6-10 jaar	11-15 jaar	15-20 jaar	20 + jaar

5. U hoogste kwalifikasie

1. 3 jaar onderwysdiploma aan 'n onderwyskollege	1
2. 4 jaar onderwysdiploma aan 'n onderwyskollege	2
3 3 jaar graad plus HOD/NGOS aan 'n universiteit	3
4. 4 jaar BEd-graad	4
5. Nagraadse kwalifikasie	5
6. Ander (spesifiseer asseblief)	6

6. Die tipe skool waar u onderrig

1	2
Ex-Model C	Township

7. Wanneer het u u onderwyskwalifikasie behaal?

1	2	3
Voor 1994	Tussen 1994-1997	Na 1997

AFDELING B: KENNIS AANGAANDE LEERDERS WAT HULSELF MUTILEER

1. Voltooi asseblief die volgende om u kennis aangaande leerders wat hullself mutileer met ‘n X in die toepaslike blokkie aan te dui. Sekere vrae gaan van u verwag om ‘n antwoord neer te skryf en nie ‘n keuse uit te oefen nie.

		Onvol-doende kennis	Onder-gemiddelde kennis	Gemiddel-de kennis	Voldoende kennis
1	Leerders wat hulself sny	1	2	3	4
2	Leerders wat hulself brand	1	2	3	4
3	Leerders wat hulself slaan	1	2	3	4
4	Leerders wat hul eie hare uittrek	1	2	3	4
5	Leerders wat hul eie bene breek	1	2	3	4
6	Leerders wat ou wonde/ rowe oopmaak	1	2	3	4
7	Leerders wat liggaamsdele stamp	1	2	3	4
8	Leerders wat liggaamsdele byt	1	2	3	4
9	Leerders wat hulself op verkeie maniere mutileer	1	2	3	4

2. Is u huidig bewus van leerders wat hulself mutileer?

1	2
Ja	Nee

3. Indien “ja”, hoe het u bewus geword van hierdie leerders?

.....

.....

4. As onderwyser in ‘n inklusiewe klaskamer kan dit gebeur dat u gekonfronteer word met leerders wat hulself mutileer. Het u enige opleiding ontvang om leerders wat hulself mutileer te ondersteun?

1	2
Ja	Nee

5. Indien “ja”, spesifiseer asseblief die tipe opleiding wat u ontvang het.

_____

_____

6. Indien u **“ja”** geantwoord het op vraag 4, voltooi asseblief die onderstaande tabel waar die aantal leerders waarvan u bewus is wat hulself mutileer, moet aandui

Indien u “nee” geantwoord het op vraag 4, voltooi die tabel deur ‘n X in die “nie van toepassing” blokkies te plaas.

		Aantal	NvT
1	Leerders wat hulself sny		
2	Leerders wat hulself brand		
3	Leerders wat hulself slaan		
4	Leerders wat hul eie hare uittrek		
5	Leerders wat hul eie bene breek		
6	Leerders wat hul liggaamsdele stamp		
7	Leerders wat ou wonde/rowe oopmaak		
8	Leerders wat hul eie liggaamsdele byt		
9	Leerders wat hulself mutileer op verskeie maniere		

7 Dui asseblief aan, volgens u ervaring, watter geslag (seuns of meisies, of beide) hoofsaaklik by selfmutilasie betrokke is.

<u>AFDELING C:</u> DIE REDES/OORSAKE VIR EN KENMERKE VAN SELFMUTILASIE, ASOOK DIE MOONTLIKE IMPAK DAARVAN OP ONDERRIG EN LEER EN EMOSIONELE EN SOSIALE ONTWIKKELING

Met hierdie afdeling wil daar vasgestel word wat u siening en persepsies aangaande die oorsake vir en kenmerke van selfmutilasie is, asook wat u siening rakende die impak daarvan op onderrig en leer en emosionele en sosiale ontwikkeling is. Voltooi asseblief die onderstaande tabelle deur 'n X in die toepaslike blokkie te merk.

1. In watter mate stem u saam met die volgende wat as moontlike oorsake van selfmutilasie aangedui kan word?

		Stem ten sterkste saam	Stem saam	Stem nie saam nie	Stem ten sterkste nie saam nie
1	Ouer-kind verhoudings	1	2	3	4
2	Depressie	1	2	3	4
3	Selfstraf	1	2	3	4
4	Angstigheid	1	2	3	4
5	Emosionele spanning	1	2	3	4
6	Aggressie	1	2	3	4
7	Nie in beheer te wees van emosies nie	1	2	3	4
8	Aandagsoekende gedrag	1	2	3	4
9	Skuldgevoelens	1	2	3	4
10	Versteurde liggaamsbeeld	1	2	3	4
11	Gevoelens van isolasie	1	2	3	4
12	Ouers as negatiewe rolmodelle	1	2	3	4

2. In watter mate dink u dat die volgende kenmerke of gedragseienskappe ‘n aanduiding van selfmutilasie kan wees?

		Stem ten sterkste saam	Stem saam	Stem nie saam nie	Stem ten sterkste nie saam nie
1	Minderwaardigheidsgevoelens	1	2	3	4
2	Vrees vir verwerping	1	2	3	4
3	Onderdrukte aggressie	1	2	3	4
4	Swak beheer oor emosies	1	2	3	4
5	Maklik geïrriteerd	1	2	3	4
6	Ontevrede met voorkoms	1	2	3	4
7	Depressie	1	2	3	4
8	Eetversteurings	1	2	3	4
9	Dra lang moue op warm dae	1	2	3	4
10	Geneigdheid tot geheimhouding	1	2	3	4
11	Sterk afhanklikheidsgevoel	1	2	3	4
12	Selfmutilasie kom slegs by adolessente voor	1	2	3	4
13	Selfmutilasie kom hoofsaaklik onder die vroulike geslag voor	1	2	3	4
14	Selfmutilasie kom by leerders van alle rasgroepe voor	1	2	3	4
15	Selfmutilasie kom by leerders van alle sosio-ekonomiese agtergronde voor	1	2	3	4

3. Watter negatiewe invloede, indien enige, dink u het selfmutilasie op onderrig en leer?

- Onderrig:

  .....
  .....

- Leer:

  .....
  .....

4. Watter negatiewe invloede, indien enige, dink u het selfmutilasie op die volgende?

- Die emosionele ontwikkeling (uiting gee aan gevoelens en emosies) van die leerder:

  .....
  .....

- Die sosiale ontwikkeling (vorming van vriendskappe en verhoudings) van die leerder:

  .....
  .....

<u>AFDELING D</u>: MENINGS RAKENDE DIE MOONTLIKE IMPLEMENTERING VAN 'N OPLEIDINGSPROGRAM OM ONDERWYSERS TE BEMAGTIG VIR DIE IDENTIFISERING VAN EN BASIESE HULPVERLENING AAN LEERDERS WAT HULSELF MUTILEER IN INKLUSIEWE KLASKAMERS.

Voltooi al die vrae deur u keuse met 'n X in die toepaslike blokkie aan te dui.

Sommige vrae gaan van u verwag om 'n respons neer te skryf en nie 'n keuse uit te oefen nie.

1. Dui aan in watter mate u saamstem met die onderstaande stellings.

		Stem ten sterkste saam	Stem saam	Stem nie saam nie	Stem ten sterkste nie saam nie
1	Dit is nodig dat onderwysers bewus moet wees van leerders wat hulself mutileer	1	2	3	4
2	Onderwysers behoort ondersteuning te kan bied aan leerders wat hulself mutileer	1	2	3	4

2. Dui aan in watter mate u saamstem met die volgende as taakareas van die pastorale rol van die onderwyser deur u keuse met 'n X in die toepaslike blokkie aan te dui.

		Stem ten sterkste saam	Stem saam	Stem nie saam nie	Stem ten sterkste nie saam nie
1	Die ontwikkeling van lewensvaardighede by leerders	1	2	3	4
2	Die begeleiding van leerders wat sosiale probleme ondervind	1	2	3	4

3	Die begeleiding van leerders wat opvoedingsprobleme ondervind	1	2	3	4
4	Die toon van empatie teenoor leerderprobleme	1	2	3	4
5	Die skakeling met professionele dienste vir hulpverlening aan leerders	1	2	3	4
6	Die dra van kennis rakende die impak van gemeenskaps en gesinsprobleme op leerders	1	2	3	4
7	Om kundig te wees rakende die verskillende ontwikkelingsstadia waardeur leerders beweeg	1	2	3	4
8	Om kundig te wees rakende die impak van kindermishandeling op leerders	1	2	3	4
9	Om kundig te wees ten opsigte van hindernisse tot leer	1	2	3	4
10	Om kundig te wees ten opsigte van invloede wat leerders se identiteit kan beïnvloed	1	2	3	4
11	Om kundig te wees ten opsigte van strategieë om leerders wat probleme ervaar, te ondersteun				

3. Hoe voel u oor die feit dat u as onderwyser ‘n pastorale rol moet vervul?

.....

.....

4. Wat is u mening rakende die moontlike implementering van ‘n opleidingsprogram om

onderwysers wat skoolhou in inklusiewe klaskamers te bemagtig vir die identifisering van en basiese hulpverlening aan selfmutileerders?

		Sterk positief	Positief	Negatief	Sterk negatief
1	Dit behoort definitief in inklusiewe klaskamers geïmplementeer te word	1	2	3	4
2	Dit sal beslis onderwysers in inklusiewe klaskamers bemagtig	1	2	3	4

5. In watter mate beskik u oor kennis en vaardighede om leerders te ondersteun rakende die onderstaande hindernisse tot leer? Dui u respons aan deur dit met ‘n X in die toepaslike blokkie te merk.

		Onvoldoende kennis	Ondergemiddelde kennis	‘n Gemiddelde kennis	Voldoende kennis
1	Persoonlike probleme	1	2	3	4
2	Verhoudingsprobleme	1	2	3	4
3	Stres en spanning	1	2	3	4
4	Selfhandhawing (“coping”) strategieë	1	2	3	4
5	Familie-probleme	1	2	3	4
6	Portuurgroep-probleme	1	2	3	4
7	Groepsdruk	1	2	3	4
8	Leerprobleme	1	2	3	4

9	Gesondheidsprobleme	1	2	3	4

6. (a) Watter Leerarea/s of vak/vakke onderrig u tans?

.....

(b) Skep u geleenthede vir leerders om in die klas te praat oor probleme wat hulle dalk ervaar? Indien u “ja” antwoord, verduidelik asseblief hoe u dit doen. Indien u antwoord “nee” was, motiveer hoekom.

.....

.....

.....

7. Watter ondersteuningsstrukture is daar vir u as onderwyser in ‘n inklusiewe klaskamer beskikbaar om (a) bewus te word van die behoeftes van leerders en (b) om ondersteuning en hulpverlening aan leerderbehoeftes te gee.

(a).....

.....

b).....

.....

Dankie dat u die vraelys voltooi het.

NORTH-WEST UNIVERSITY
YUNIBESITI YA BOKONE-BOPHIRIMA
NOORDWES-UNIVERSITEIT
VAAL TRIANGLE CAMPUS

QUESTIONNAIRE TO TEACHERS

Dear teacher

I am currently busy with a PhD degree in Learner Support at the North-West University, Vaal Triangle Campus. My research focuses on the development of a training programme to empower teachers to become aware of and support learners who mutilate themselves in inclusive classrooms. I will appreciate it if you can complete the questionnaire. The purpose of the questionnaire is to determine to what extent you possess knowledge and skills to identify learners who mutilate themselves, as well as skills to provide basic support to such learners. ***Self-mutilation refers to the intentional injuring of one's own body without apparent suicidal intent.*** Based on your responses, I aim to develop a training programme to assist teachers in identifying learners who mutilate themselves and to provide basic support to these learners. You will complete the questionnaire anonymously, and can be assured that all information will be handled with the utmost confidentiality. You may also withdraw from the research at any time if you should feel uncomfortable. Please answer all questions as honestly as possible. Thank you, your time and cooperation are appreciated.

Sydney Vos

SECTION A: BIOGRAPHIC INFORMATION

Please complete the following questions by marking with an X in the applicable block.

1. Your gender

1	2
Male	Female

2. Your age

1	2	3	4	5
21-30	31-40	41-50	51-60	60+

3. Grade or grades that you are teaching

1	2	3	4	5
8	9	10	11	12

4. Your teaching experience

1	2	3	4	5
0-5 years	6-10 years	11-15 years	15-20 years	20 + years

5. Your highest qualification

1. 3-year teaching diploma at a teacher's college	1
2. 4- year teaching diploma at a teacher's college	2
3. 3-year degree plus HDE/PGCE at a university	3
4. 4- year BEd-degree	4
5. Post-graduate degree	5
6. Other (please specify)	6

6. The type of school in which you teach

1	2
Ex-Model C	Township

7. When did you obtain your teaching qualification?

1	2	3
Prior to 1994	Between 1994-1997	After 1997

<u>SECTION B:</u> KNOWLEDGE CONCERNING LEARNERS WHO MUTILATE THEMSELVES

Please complete the following with an X in the applicable block to indicate your knowledge regarding learners who mutilate themselves. Certain questions will expect of you to write a response and not to make a choice.

		Incomplete knowledge	Under average knowledge	An average knowledge	Complete knowledge
1	Learners who cut themselves	1	2	3	4
2	Learners who burn themselves	1	2	3	4
3	Learners who hit themselves	1	2	3	4
4	Learners who pull out their own hair	1	2	3	4
5	Learners who break their own bones	1	2	3	4
6	Learners who open up old wounds/scars	1	2	3	4
7	Learners who bump parts of their body	1	2	3	4
8	Learners who bite parts of their body	1	2	3	4
9	Learners who mutilate themselves in more than one way	1	2	3	4

2. Are you presently aware of learners who mutilate themselves?

1	2
Yes	No

3. If “yes”, how did you become aware of these learners?

.....

.....

4. As a teacher in an inclusive classroom you might also be confronted with learners who mutilate themselves. Have you received any training to assist learners who mutilate themselves?

1	2
Yes	No

5. If “yes”, please specify the kind of training you received.

---

6. If you answered **“yes”** to question 4, please complete the following in the under mentioned table to indicate the following:

   Indicate the number of learners of which you are aware of who are involved in the forms of self-mutilation mentioned in the table below.

If you answered “no” to question 4, then complete the table by marking the “not applicable” blocks with an X.

		Number	N/A
1	Learners who cut themselves		
2	Learners who burn themselves		
3	Learners who hit themselves		
4	Learners who pull out their own hair		
5	Learners who break their own bones		
6	Learners who bump parts of their body		
7	Learners who open up old wounds/scars		
8	Learners who bite parts of their body		
9	Learners who mutilate themselves in more than one way		

7 7. Please indicate which gender (boys or girls or both), according to your experience, are mainly involved in the aforementioned forms of self-mutilation.

<u>SECTION C:</u> THE REASONS FOR AND THE IDENTIFICATION OF SELF-MUTILATION, AS WELL AS THE POSSIBLE IMPACT IT MIGHT HAVE ON TEACHING AND LEARNING AND EMOTIONAL AND SOCIAL DEVELOPMENT

This section wishes to determine your viewpoint and perceptions regarding the reasons for and the identification of self-mutilation, as well as the possible impact it might have on teaching and learning and emotional and social development. Complete the table by marking with an X in the appropriate block.

1. To what extent do you agree with the following being possible reasons why learners mutilate themselves?

		Strongly agree	Agree	Disagree	Strongly disagree
1	Parent-child relationships	1	2	3	4
2	Depression	1	2	3	4
3	Self-punishment	1	2	3	4
4	Anxiety	1	2	3	4
5	Emotional stress	1	2	3	4
6	Aggression	1	2	3	4
7	Not being in control of the own emotions	1	2	3	4
8	Looking for attention	1	2	3	4
9	Feelings of guilt	1	2	3	4
10	Poor body image	1	2	3	4
11	Feelings of isolation	1	2	3	4
12	Parents are negative role models	1	2	3	4

2. To what extent do you think the following characteristics or behaviours are indicative of possible self-mutilation?

		Strongly agree	Agree	Disagree	Strongly disagree
1	Poor self-esteem	1	2	3	4
2	Fear of rejection	1	2	3	4
3	Suppressed aggression	1	2	3	4
4	Poor control over emotions				
5	Easily irritated	1	2	3	4

		Strongly agree	Agree	Disagree	Strongly disagree
6	Dissatisfied with own appearance	1	2	3	4
7	Depressed	1	2	3	4
8	Eating disorders	1	2	3	4
9	Wearing long sleeves on hot days	1	2	3	4
10	An inclination to being secretive	1	2	3	4
11	Strong dependency feelings	1	2	3	4
12	Self-mutilation only occurs among adolescents	1	2	3	4
13	Self-mutilation only occurs among females	1	2	3	4
14	Self-mutilation occurs among all racial groups	1	2	3	4
15	Self-mutilation occurs among learners from different socio-economic backgrounds	1	2	3	4

3. What negative influences, if any, do you think self-mutilation might have on teaching and learning?

- Teaching:

.....

.....

- Learning:

.....

.....

4. What negative influence, if any, do you think self-mutilation might have on the following?

- The emotional development (expression of feelings and emotions) of the learner:

.....

.....

- The social development (establishing friendships and relationships) of the learner:

  .....

  .....

<u>SECTION D</u>: OPINIONS REGARDING THE POSSIBLE IMPLEMENTATION OF A TRAINING PROGRAMME TO EMPOWER TEACHERS TO IDENTIFY SELF-MUTILATORS IN INCLUSIVE CLASSROOMS AND TO PROVIDE BASIC SUPPORT TO THESE LEARNERS

1. Complete the following questions with an X in the applicable block.

Certain questions will expect you to write your own response and not to make a choice.

Indicate the extent to which you agree with the following statements.

		Strongly agree	Agree	Disagree	Strongly disagree
1	It is necessary that teachers should be aware of learners who mutilate themselves	1	2	3	4
2	Teachers should be able to support learners who mutilate themselves	1	2	3	4

2. Indicate the extent to which you agree with the following as being task areas of the pastoral role of the teacher, by marking your choice with an X in the appropriate block.

		Strongly agree	Agree	Disagree	Strongly disagree
1	The development of life skills among learners	1	2	3	4
2	To guide learners who experience social problems	1	2	3	4
3	To guide learners who experience educational problems	1	2	3	4
4	To show empathy towards learner problems	1	2	3	4
5	To liaise with professional services to support learners	1	2	3	4
6	To be knowledgeable regarding the impact of societal and family problems of learners	1	2	3	4
7	To be knowledgeable regarding the different developmental stages that learners go through.	1	2	3	4
8	To be knowledgeable regarding the impact of child abuse on learners	1	2	3	4
9	To be knowledgeable regarding barriers to learning	1	2	3	4
10	To be knowledgeable regarding factors that can influence a learner's identity	1	2	3	4
11.	To be knowledgeable regarding strategies to support learners who experience problems	1	2	3	4

3. How do you feel about the fact that a teacher should fulfil a pastoral role?

.....

.....

4. What is your opinion regarding the possible implementation of a training programme to empower teachers to become aware of and provide basic support learners who mutilate themselves in inclusive classrooms?

Choose, in each question, the one block that describes your opinion the best, and mark it with an **x.**

		Strongly positive	Positive	Negative	Strongly negative
1	It should definitely be implemented in inclusive classrooms	1	2	3	4
2	It will definitely empower the teachers in inclusive classrooms	1	2	3	4

5. To what extent do you possess knowledge and skills to support learners with regard to the following barriers to learning? Please indicate the knowledge and skills that you possess by marking your response with an X in the appropriate block.

		Incomplete knowledge	Under average knowledge	An average knowledge	Complete knowledge
1	Personal problems	1	2	3	4
2	Relationship problems	1	2	3	4
3	Stress and tension	1	2	3	4

		Incomplete knowledge	Under average knowledge	An average knowledge	Complete knowledge
4	"Coping" strategies	1	2	3	4
5	Family problems	1	2	3	4
6	Peer group problems	1	2	3	4
7	Group pressure	1	2	3	4
8	Learning problems	1	2	3	4
9	Health problems	1	2	3	4

6. (a) Which Learning Area/s or subject/s do you teach presently?

.....

(b) Do you create opportunities for learners to talk about problems they might experience in your classroom? If your answer was "yes", please explain how you do it. If your answer was "no", please motivate why.

.....

.....

7. As a teacher in an inclusive classroom, which support structures are available to you to (a) become aware of the needs of learners and (b) provide basic support learner needs.

(a).....

.....

b).....

.....

Thank you for completing this questionnaire.