

**Selfkonsep en Coping by Kinders
met Allergieë**

Mona-Marique Heyns

SELFKONSEP EN COPING BY KINDERS MET ALLERGIEë

Mona-Marique Heyns

Hons. (B.A.)

Skripsie voorgelê ter gedeeltelike nakoming van die vereistes vir die graad Magister Artium in Kliniese Psigologie aan die Potchefstroomse Universiteit vir Christelike Hoër Onderwys

Studieleier: Dr. E. van Rensburg

POTCHEFSTROOM

2002

BEDANKINGS

Hiermee my opregte dank en waardering aan:

- My Skepper vir die vermoëns aan my geskenk;
- Dr. E. van Rensburg, my studieleier, vir haar leiding en ondersteuning;
- Prof. H.S. Steyn van die Statistiese Konsultasiedienste vir sy hulp en leiding met die statistiese verwerking van die data;
- A. du Plooy vir die taalkundige versorging;
- Alle kinders, ouers en onderwysers wat deelgeneem het aan die projek;
- My ouers, familie en vriende vir hul geduld en motivering.

OPSOMMING

SELFKONSEP EN COPING BY KINDERS MET ALLERGIEË

Sleuteltermes: psigologiese weerbaarheid, allergieë, selfkonsep, coping, kinders, middelkindertydperk, stressors.

Die doel van hierdie ondersoek was om te bepaal of daar verskille is tussen kinders met allergieë en kinders sonder allergieë ten opsigte van twee komponente van psigologiese weerbaarheid, naamlik selfkonsep en coping. Die konstruksie van selfkonsep en coping, asook die verskillende tipes allergieë is vanuit die literatuur ontleed. Daar is ook gefokus op die verbande tussen hierdie konstruksie.

Tydens die empiriese ondersoek het die studiepopulasie bestaan uit kinders in hul laat-middelkinderjare (Grade 4-7) vanuit skole wat in verskeie streke van Suid-Afrika geïdentifiseer is op grond van 'n beskikbaarheidssteekproef. Die kinders in die steekproef is op ewekansige wyse geselekteer deur van klaslyste gebruik te maak. In die huidige ondersoek is selfkonsep geoperasionaliseer deur die Piers-Harris Children's Self-Concept Scale (PH) van Piers (1984). Die subskale sluit in : PH 1 (gedrag), PH 2 (intellektuele en skolastiese status), PH 3 (fisiese voorkoms en karaktertrekke), PH 4 (angstigheidsvlak), PH 5 (populariteit), en PH 6 (geluk en tevredenheid).

Coping is deur die Stress Response Scale (SRS) van Chandler (1986) geoperasionaliseer. Die subskale is as volg: SRS A (impulsief/na buite lewend), SRS P (passief-aggressief), SRS O (impulsief/ooraktief), SRS R (onderdruk), en SRS D (afhanklik).

Daar is geen verskille tussen die kinders met allergieë en die kinders sonder allergieë gevind ten opsigte van hul selfkonsep nie. Daar is wel 'n

betekenisvolle verskil gevind tussen die twee groepe ten opsigte van een subskaal van die SRS, naamlik SRSR (onderdruk). Dit dui daarop dat kinders met allergieë moontlik meer geneig is om hul emosies te onderdruk in reaksie op 'n stressor, as kinders sonder allergieë.

Hierdie skripsie is afgesluit deur aanbevelings te maak vir moontlike verdere navorsing, asook vir die praktiese inplementering van die bevindinge.

SUMMERY

SELF-CONCEPT AND COPING OF CHILDREN WITH ALLERGIES

Keywords: psychological well-being, allergies, self-concept, coping, children, stressors.

The aim of this research was to determine if there are significant differences between children with allergies and children without allergies. The current research focused on two components of psychological well-being: self-concept and coping. The constructs self-concept and coping, as well as the different types of allergies, together with the relationships between these constructs were analysed from the literature.

For the purposes of the empirical study, the study population consisted of children in their late middle childhood (Grades 4-7) from schools which were identified in various regions of South Africa by means of an availability sample. The children in the samples were randomly selected from the class lists. In the present investigation self-concept was operationalised by the Piers Harris Children's Self-Concept Scale (PH) of Piers (1984). The sub-scales include:

PH 1 (behaviour), PH 2 (intellectual and school status), PH 3 (physical appearance and attributes), PH 4 (anxiety), PH 5 (popularity), and PH 6 (happiness and satisfaction).

Coping was operationalised by the Stress Response Scale (SRS) of Chandler (1986). The sub-scales include:

SRS A (impulsive/acting out), SRS P (passive-aggressive), SRS O (impulsive/overactive), SRS R (repressed), and SRS D (dependant)

No differences were found between the group with allergies and the group without allergies on the Piers Harris Self-Concept Scale. This means that there are no significant differences between the self-concept of children with allergies and children without allergies. Significant relationships were found

between the two groups on the Stress Response Scale (SRSR). This suggests that children with allergies are possibly more likely to repress their emotions in reaction to a stressor, than children without allergies.

This mini-dissertation was concluded with recommendations for future research as well as for the practical implementation of the findings.

INHOUDSOPGAWE

	Bladsy
BEDANKINGS	i
OPSOMMING	ii
SUMMARY	iv
LYS VAN TABELLE	xiii
HOOFSTUK 1	
INLEIDING, PROBLEEMSTELLING EN DOELSTELLINGS	1
1.1 Inleiding	1
1.2 Probleemstelling en oriëntering	1
1.3 Doelstellings	5
1.4 Hipoteses	5
1.5 Ontplooiing van die studie	6
HOOFSTUK 2	
ALLERGIEë	7
2.1 Inleiding	7
2.2 Definiëring en Omskrywing van allergieë	7
2.3 Die etiologie van allergieë	9

2.3.1	Allergene as oorsake van allergieë	9
2.3.2	Oorerwing as oorsaak van allergieë	10
2.4	Die simptome van allergieë	12
2.5	Die behandeling van allergieë	12
2.5.1	Diagnosering deur middel van verskillende tipes toetse	13
2.5.2	Omgewingsbeheer	14
2.5.3	Medikasie	14
2.5.4	Psigoterapie	15
2.6	Kliniese beeld en voorkoms van verskillende tipes allergieë	15
2.6.1	Allergiese Rhinites	16
2.6.1.1	Hooikoors	16
2.6.1.1.1	Oorsake van hooikoors	17
2.6.1.1.2	Simptome van hooikoors	17
2.6.1.1.3	Diagnosering van hooikoors	18
2.6.1.1.4	Behandeling van hooikoors	18
2.6.1.2	Chroniese allergiese rhinites	19
2.6.1.2.1	Oorsake van chroniese rhinites	19
2.6.1.2.2	Simptome van chroniese rhinites	20
2.6.1.2.3	Diagnosering van chroniese rhinites	21
2.6.1.2.4	Behandeling van chroniese rhinites	21
2.6.2	Ekseem	21
2.6.2.1	Oorsake van ekseem	21
2.6.2.2	Simptome van ekseem	22
2.6.2.3	Behandeling van ekseem	22
2.6.3	Allergiese asma	23
2.6.3.1	Oorsake van allergiese asma	24

2.6.3.2	Simptome van allergiese asma	24
2.6.3.3	Behandeling van allergiese asma	25
2.6.4	Voedselallergieë	26
2.6.4.1	Simptome van voedselallergieë	27
2.6.4.2	Oorsake van voedselallergieë	28
2.6.4.3	Klassifikasie van voedselallergieë en gepaste behandelingsmetodes	28
•	Laktose intolleransie	29
•	Melkallergieë	29
•	Graan allergieë	30
2.7	Psigologiese faktore wat met allergieë verband hou	30
2.8	Samevattend	33

HOOFSTUK 3

	SELFKONSEP EN COPING	34
3.1	Inleiding	34
3.2	Selfkonsep	34
3.2.1	Definieëring en omskrywing van die selfkonsep	35
3.2.2	Dimensies van die selfkonsep	37
3.2.2.1	Liggaamsbeeld	38
3.2.2.2	Kognitiewe self	38
3.2.2.3	Sosiale self	39
3.2.2.4	Self-esteem	39

3.2.3	Multidimensionaliteit van die selfkonsep	40
3.2.4	Ontwikkeling van die selfkonsep	42
3.2.5	Teoretiese beskouings oor selfkonsep	45
3.2.5.1	Psigoanalitiese beskouings	45
3.2.5.2	Rogers	47
3.2.5.3	Maslow	48
3.2.5.4	Allport	50
3.2.5.5	Bandura	52
3.2.6	Die rol van ander in die ontwikkeling van die selfkonsep	54
3.2.6.1	Ouers	55
3.2.6.2	Onderwysers en die skoolomgewing	56
3.2.6.3	Portuurgroepverhoudings	58
3.2.7	Die rol van temperament	60
3.2.8	Samevattend	60
3.3	Coping	61
3.3.1	Definiëring en omskrywing van coping	61
3.3.2	Klassifikasie van tipes coping strategieë	63
3.3.3	Ander faktore wat die coping van die kind beïnvloed	66
3.3.3.1	Ouers	67
3.3.3.2	Sibbe	67
3.3.3.3	Onderwysers en die skoolomgewing	68
3.3.3.4	Temperamentele eienskappe van die kind self	68
3.3.4	Coping as komponent van psigologiese weerbaarheid	69

3.4	Selfkonsep en coping by kinders met chroniese siektetoestande	69
3.4.1	Omskrywing van allergieë as chroniese siektetoestand	70
3.4.2	Faktore wat die chroniese siek kind se copingvermoë beïnvloed	70
3.5	Samevattend	73
 HOOFSTUK 4		
 METODE VAN ONDERSOEK		
4.1	Inleiding	74
4.2	Metode van ondersoek	74
4.2.1	Navorsingsontwerp	74
4.2.2	Ondersoekgroep	74
4.3	Meetinstrumente	75
4.3.1	Biografiese vraelys	76
4.3.2	Piers Harris Children's Self-Concept Scale	77
4.3.3	Stress Response Scale	80
4.3.4	Mediese vraelys	85
4.4	Navorsingsprosedure	86
4.5	Navorsingshipoteses	87
4.6	Statistiese verwerking van resultate	89
4.6.1	T-toetse om te bepaal of daar verskille is in die selfkonsep en coping van kinders met allergieë en kinders sonder allergieë.	89

4.6.2	Cohen se tegniek vir die bepaling van praktiese betekenisvolheid van die verskille in selfkonsep en coping in kinders met allergieë en kinders sonder allergieë.	91
4.7	Praktiese probleme ondervind in die ondersoek	92
4.8	Etiese aspekte	93
4.9	Samevattend	93
HOOFSTUK 5		
RESULTATE EN INTERPRETASIE		94
5.1	Inleiding	94
5.1.1	Bespreking van die ondersoekgroep	94
5.2	Uiteensetting van doelstellings	95
5.2.1	Doelstelling 1: Om te bepaal of daar verskille bestaan tussen kinders met allergieë en kinders sonder allergieë ten opsigte van selfkonsep	95
5.2.1.1	Bespreking van resultate uit tabel 1	96
5.2.2	Doelstelling 2: Om te bepaal of daar verskille bestaan tussen kinders met allergieë en kinders sonder allergieë ten opsigte van coping	99
5.2.2.1	Bespreking van resultate uit tabel 2	100
5.3	Evaluering van doelstellings en hipoteses	102
5.3.1	Doelstelling 1	102
5.3.2	Doelstelling 2	103

5.4	Samevattend	104
HOOFSTUK 6		
GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS		
6.1	Inleiding	105
6.2	Samevatting van doel en uiteensetting van die studie	105
6.3	Gevolgtrekkings	106
6.3.1	Enkele gevolgtrekkings vanuit die literatuur	106
6.3.2	Gevolgtrekkings uit die empiriese ondersoek	107
6.4	Leemtes in die studie	107
6.5	Aanbevelings	109
BRONNELYS		
		110

LYS VAN TABELLE

		Bladsy
Tabel 1:	Verskille tussen kinders met allergieë en kinders sonders allergieë ten opsigte van selfbeeld (Piers Harris Children's Self-Concept Scale)	96
Tabel 2:	Verskille tussen kinders met allergieë en kinders sonder allergieë ten opsigte van coping (Stress Response Scale)	100

Hoofstuk 1

INLEIDING, PROBLEEMSTELLING EN DOELSTELLINGS

1.1 Inleiding

In hierdie studie word gefokus op die verskille tussen kinders met allergieë en kinders sonder allergieë ten opsigte van twee komponente van psigologiese weerbaarheid, naamlik selfkonsep en coping. Die studie vorm 'n onderafdeling van 'n inter-universitêre navorsingsprojek, rakende psigologiese weerbaarheid by kinders. Die titel van die oorkoepelende projek is: **Psigologiese weerbaarheid by kinders in die Suid-Afrikaanse konteks.**

1.2 Probleemstelling en oriëntering

Daar is huidig 'n klemverskuiwing in die sosiale wetenskappe, waar weg beweeg word van die fokus op individuele patologie en meer gefokus word op die oorsprong en aard van psigologiese gesondheid, psigologiese welsyn en psigologiese weerbaarheid.

Die term welsyn word gebruik om te verwys na 'n toestand van gesonde ontwikkeling, geestesgesondheid of lewensvredeneid (Visser, 1991). Psigologiese welsyn op individuele vlak word beskryf in terme van positiewe kenmerke soos emosionele intelligensie, weerbaarheid, optimisme, eerlikheid, interpersoonlike vaardighede, kreatiwiteit, emosionele self-regulering en die vermoë tot liefde en werk (Wissing, 2000).

Psigologiese weerbaarheid, wat as komponent van psigologiese welsyn gesien word kan gedefinieer word as die vermoë om aan te pas by veranderinge, uitdagings en teleurstellings deur die lewensgang (Joseph, 1994). Hy beskryf dit verder as die houdings, coping-gedrag en persoonlike sterktes wat waargeneem word by mense wat teenstrydighede hanteer, en

goed aanpas by die veranderinge wat van hul verwag word deur hul lewensomstandighede. Masten en Coatsworth (1998) definieer psigologiese weerbaarheid as die vermoë waaroor sommige individue beskik om ten spyte van moeilike omstandighede steeds goeie ontwikkelingsuitkomst te behaal.

Grotberg (1997) deel die kenmerke van psigologiese weerbaarheid in drie hoofafdelings in, naamlik, eksterne ondersteuning, innerlike persoonlike sterktes en sosiale interpersoonlike sterktes. Eksterne ondersteuning sluit in die kind se persepsie van ondersteuning van ouers, portuurgroep en onderwysers. Innerlike persoonlike sterktes sluit in outonomie, temperament, prestasiemotivering, selfagting, geloof, moraliteit, vertroue in ander en die self, empatie en lokus van kontrole. Sosiale interpersoonlike sterktes sluit in kreatiwiteit, uithouvermoë, humor, kommunikasie, probleemoplossing, impulscontrole, behoefte aan vertrouensverhoudings en intellektuele vermoëns.

Navorsers bevraagteken waarom sommige kinders meer weerbaar as ander is (Rutter, 1990; Werner & Smith, 1982) en identifiseer beskermende faktore wat moontlik as buffers dien. Kinders met 'n goeie selfbeeld, positiewe sosiale oriëntasie en addisionele ondersteuning van volwassenes, blyk beter te cope onder moeilike omstandighede as kinders wat nie oor hierdie kenmerke beskik gedurende die kinderjare nie (Wolkow & Ferguson 2001).

Smith en Carlson (1997) bring psigologiese weerbaarheid in verband met coping en definieer dit as pogings om interne en eksterne ekwilibrium te herstel of te behou, tydens bedreigings deur middel van menslike aktiwiteite, insluitende denke en aksies. Dit is die teenwoordigheid van beskermende faktore of prosesse wat die verhouding tussen stres en risiko aan die een kant en coping en bevoegdheid aan die ander kant modereer. Beide konstruksie behels pogings om interne en eksterne ekwilibriums te handhaaf in die teenwoordigheid van stressors (Smith & Carlson, 1997). Volgens Joseph (1994) is copingvaardighede belangrik in die ontwikkeling en onderhouding van weerbaarheid by kinders. Hy beskryf goeie copingvaardighede as die effektiewe hantering van stressors.

Coping-gedrag in kinders word nie beperk tot kinders wat ekstreme vorme van stres ervaar nie, alhoewel coping meestal in verband gebring word met konsepte soos risiko, weerbaarheid, kwesbaarheid en navorsing rakende kinders wat stresvolle omstandighede deurmaak (Masten & Coatsworth 1998; Almqvist & Hwan, 1999).

Lazarus en Folkman (1984) definieer coping as die pogings wat die individu aanwend om situasies of eise te hanteer wat as potensieel gevaarlik of stresvol beleef word. Daar word onderskei tussen twee algemene vorms van coping, naamlik **probleem-gefokusde** en **emosioneel-gefokusde** coping. **Emosioneel-gefokusde** coping behels die hantering van gevoelens wat voorkom in respons op 'n probleem. Hierdie tipe coping is spesifiek belangrik in situasies waar die probleem buite beheer blyk te wees. **Probleem-gefokusde** coping spreek die probleem direk aan, en word gebruik wanneer die individu voel dat die probleem binne sy beheer is (Lazarus & Folkman, 1984).

Volgens Joseph (1994) word suksesvolle coping verhoog wanneer fisiese gesondheid geoptimaliseer word. Goeie voeding en gereelde oefening is voorvereistes vir beide emosioneel-en-probleem-gefokusde coping.

Brooks (1994) beklemtoon dat selfkonsep een van die belangrikste konstrakte is in die ontwikkeling en behoud van psigologiese weerbaarheid by kinders en dat psigologiese weerbare kinders oor 'n positiewe selfkonsep beskik. Selfbegrip is 'n sleutelkomponent in die etiologie van psigologiese weerbaarheid by kinders. Hierdie kinders het nie slegs 'n breë kennis van hulself nie, maar het ook begrip vir die stresvolle situasie waarin hul hulself bevind. Hy verwys na positiewe selfkonsep as die basis van psigologiese weerbaarheid.

Gedurende die middelkinderjare ontwikkel die selfkonsep vinnig. Cole *et al.* (2000) beskou ook dan hierdie tydperk as 'n kritieke periode in die ontwikkeling van die selfkonsep. Gedurende hierdie tydperk word kinders

daarvan bewus dat hul relatiewe sterktes het in sommige areas, maar swakhede in ander.

Kliwer (1997) is van mening dat chroniese siektetoestande kan inmeng met die ontwikkeling van die selfkonsep. Hier word veral verwys na swak liggaamsbeeld, identiteitsprobleme, swak verhoudings met portuurgroep en swak skoolbywoning. Verskeie studies vind 'n verband tussen chroniese siektetoestande by kinders en hul psigologiese kenmerke, veral angstigheid en skaamheid (Hart *et al.*, 1995).

Chroniese siekte is 'n belangrike stressor vir 'n groot aantal kinders en gesinne, en allergieë word beskou as een van die mees algemene chroniese kindersiektes (Wiehahn, 1991). Enige chroniese siekte, net vanweë die feit dat dit 'n langtermyn toestand is, plaas stremming op beide die ouers en die kinders (Viljoen, 1986). Simptome wissel in ernstigheid, en is meestal 'n bron van ongemak, irritasie en ongelukkigheid vir beide die kind en die ouers (Wiehahn, 1991). Die fisiese effekte van 'n chroniese siektetoestand is moontlik die mees opvallende manifestasie, wat daartoe lei dat die psigologiese aspekte soms nie raakgesien word nie. Algemene psigososiale probleme wat by kinders met chroniese sieketoestande voorkom, sluit in lae selfbeeld, gevoelens van isolasie en swak skoolprestasie (Li Meng Goh, 1999).

Tipe I allergie, of kortweg allergie genoem, is 'n reaksie van die liggaam op die binnedring van stowwe wat die liggaam as vreemd beskou. Dit is 'n immunologiese reaksie wat, anders as die gewone immunologiese reaksie, die liggaam self benadeel (Viljoen, 1986). Tipe I allergie sluit in hooikoors, asma, enseem, urtikara en voedselallergieë (Rapp, 1991).

Uit bogenoemde is dit dus duidelik dat suksesvolle hantering van kinders met allergieë, verskeie aanpassings in lewenswyse kan vereis en verskillende effekte kan hê op die psigologiese weerbaarheid van kinders en hul families.

Die navorsingsvrae wat dus aan die orde kom is:

1. Verskil kinders met allergieë van kinders sonder allergieë ten opsigte van selfkonsep?
2. Verskil kinders met allergieë van kinders sonder allergieë ten opsigte van coping?

1.3 Doelstellings

Die doelstellings van hierdie studie behels die volgende:

- 1.3.1 Om te bepaal of kinders met allergieë verskil van kinders sonder allergieë ten opsigte van selfkonsep.
- 1.3.2 Om te bepaal of kinders met allergieë verskil van kinders sonder allergieë ten opsigte van coping.

1.4 Hipoteses

Die hipoteses van die huidige ondersoek behels die volgende:

- 1.4.1 Daar bestaan wel verskille tussen kinders met allergieë en kinders sonder allergieë ten opsigte van selfkonsep.
- 1.4.2 Daar bestaan wel verskille tussen kinders met allergieë en kinders sonder allergieë ten opsigte van coping.

1.5 Ontplooiing van die studie

Die ontplooiing van die studie kan as volg uiteengesit word: In Hoofstuk 2 word gefokus op die verskillende tipes allergieë, asook die oorsake, simptome en behandeling van elke tipe. Die psigologiese faktore wat met allergieë verband hou word ook bespreek. Hoofstuk 3 handel oor selfkonsep en coping by kinders. Die empiriese ondersoek volg in Hoofstuk 4 en die resultate en bespreking daarvan in Hoofstuk 5. Laastens word 'n aantal gevolgtrekkings gemaak en aanbevelings gedoen met betrekking tot die studie in Hoofstuk 6.

Hoofstuk 2

ALLERGIEë

2.1 Inleiding

Allergieë soos hooikoors, allergiese asma en atopiese ekseem affekteer minstens 15% van die samelewing en daar is bewyse dat dit aan die toeneem is. Allergieë dra ook by tot afwesigheid van skool en werk en veroorsaak menige gesondheidsprobleme. Dit skep dus 'n belangrike sosio-ekonomiese probleem (Rapp, 1991; Hart, Lahey, Hynd, Loeber & McBurnett, 1995).

In hierdie hoofstuk sal daar 'n uiteensetting van allergieë gegee word. Die verskillende tipes allergieë sal geklassifiseer en breedvoerig bespreek word in terme van oorsake, simptome en behandeling. Ten slotte sal die psigologiese faktore wat met allergieë verband hou, bespreek word.

2.2 Definiëring en omskrywing van allergieë

'n Allergie is 'n abnormale hoë sensitiwiteitsreaksie tot normaalweg skadelose substansie soos stof, stuifmeel, voedselsoorte of medisyne wat ingesam, gesluk of ingespuut word, of in kontak met die vel of oë kom. Medici gebruik die term allergie om insidente te beskryf waar hipersensitiwiteit die resultaat is van 'n verhoogte reaksie van die immuunsisteem in respons op eksterne substansie (Potter, Motola, Morris, Groenewald & Lee, 2001).

Stein (1992) beskryf allergieë as 'n abnormale en ontoepaslike reaksie van die liggaam teenoor 'n normaalweg skadelose stof. Hierdie substansie wat allergiese reaksies veroorsaak word allergene genoem. Die immuunsisteem van 'n allergiese persoon reageer wanneer 'n allergeen in hul liggaam geabsorbeer word. Die substansie is 'n skadelike indringer, wat veroorsaak dat die witbloedselle IgE teenliggaampies produseer. By die mees algemene

allergieë word 'n teenliggaampie immunoglobulien (IgE), met die eerste blootstelling aan 'n allergeen vrygestel. Die liggaam produseer histamien, wat allergiese simptome soos waterige oë, loopneus, niesbuie ensovoorts teweegbring. Die allergiese simptome is die liggaam se manier om die persoon daarvan bewus te maak dat hy iets ingesluk, ingesem of aangeraak het wat die immuunsisteem benadeel (Tidwell, 2001; Rutherford & McGeady 2001).

'n Persoon met allergieë toon dus 'n reaksie na kontak met 'n geringe dosis van 'n allergeen, wat normaalweg nie 'n reaksie sou veroorsaak nie. Nie-allergiese individue kan allergene verdra en ontwikkel nie simptome nie, terwyl die liggaam van die allergiese persoon sensitief raak teenoor die allergeen en teenliggaampies vorm. Met herhaalde blootstelling aan die spesifieke allergeen aktiveer die teenliggaampies die vrystelling van chemiese stowwe, byvoorbeeld histamien, wat lei tot die kliniese tekens en simptome van allergieë. Die reaksie is gewoonlik beperk tot een sisteem in die liggaam, soos die vel, respiratoriese of gastro-intestinale stelsels. Al die stelsels van die liggaam is selde gesamentlik betrokke (Morris, 2001).

Allergiese reaksies kan matig wees, soos byvoorbeeld 'n loopneus, of ernstig, soos asemnood. Sommige tipes allergieë produseer veelvuldige simptome, en in uitsonderlike gevalle kan die allergiese reaksie 'n skoktoestand veroorsaak. In so 'n geval daal die bloeddruk drasties, wat tot hartstilstand kan lei. Die term *atopie* word gebruik om 'n spesiale tipe allergie te beskryf, waar onmiddellike positiewe veltoetse korreleer met onmiddellike simptome by 'n pasiënt wat blootgestel word aan sekere allergene (Wamboltz, Schmitz & Mrazek, 1998).

Viljoen (1986) verdeel die verskillende immunologiese reaksies wat in die liggaam voorkom in vier groepe:

Tipe 1: die onmiddellike allergiese hipersensitiwiteitsreaksie of onafhanklike reaksie.

Tipe 2: die sitotoksiese allergiese reaksie.

Tipe 3: die immuunkomplekse, anti-liggaam allergiese reaksie.

Tipe 4: die sel-onmiddelijke of vertraagde allergiese reaksie.

Volgens Viljoen (1986) word die term **allergie** deur meeste medici gebruik om die Tipe 1 allergie aan te toon. Vir die doeleindes van hierdie studie sal allergie ook as sambreelterm gebruik word.

2.3 Die etiologie van allergieë

Substanses wat allergiese reaksies veroorsaak staan bekend as allergene. Vervolgens sal daar 'n uiteensetting gegee word van die algemeen bekendste allergene wat in die huis-en-werksomgewing voorkom. Aangesien allergieë 'n oorerflike toestand is, sal die verskillende aspekte wat verband hou met die oorerflikheid van allergieë ook bespreek word onder die etiologie.

2.3.1 Allergene as oorsaak van allergieë

Allergene is die eksterne substansie wat allergieë veroorsaak. Daar is meer as 300 omgewingsfaktore wat daarvoor bekend is dat hulle allergieë veroorsaak. Allergene wat algemene allergiese simptome veroorsaak, sluit in huishoudelike stof, kat en hondehare, stuifmeel, voedselsoorte (melk, eiers), en antibiotika (penisilline).

Oor die algemeen is mense veral allergies vir substansies in die werksomgewing (verf, saagsels, rubber, katoen, plastiek), troeteldiere (rotte, muise, voëls) en medikasie (anti-inflammatoriese middels). Meeste mense is allergies vir slegs 'n enkele allergeen, terwyl ander vir verskillende substansies terselfdertyd allergies kan wees. Om 'n allergie te ontwikkel moet die kind eers blootgestel

word aan die substans wat later dan as 'n allergeen beskou sal word (Potter *et al.*, 2001).

Volgens Viljoen (1986) is allergene substansie wat vrylik in die omgewing voorkom. Hy beskryf allergene as :

- substansies wat ingeasem word, soos stof, stuifmeel en dierehare,
- substansies wat mondeling ingeneem word, soos medisyne en voedselsoorte,
- substansies waarmee die vel in aanraking kom, soos antibiotiese salf en dierehare, en
- inspuittings en insekbyte.

Die belangrikste allergene wat betrokke is by die Tipe 1 allergie is :

1. Stuifmeel
2. Dierse epiteel
3. Vere
4. Huisstof
5. Huisstofmiet

Die identifikasie en voorkoming van allergene tuis en in die werkplek of skoolomgewing verbeter die prognose van allergieë en is koste-effektief (Rutherford, 2001).

2.3.2 Oorerwing as oorsaak van allergieë

Allergieë kom algemeen in families voor. Die risiko verdubbel dat die kind 'n allergiese toestand sal ontwikkel wanneer 'n geskiedenis van allergieë binne die familie voorkom (Thompson, 1998). Viljoen (1986) en Thompson (1998) is dus beide van mening dat Tipe I allergie meestal oorgeërf word en die kind dus 'n genetiese geneigdheid daartoe het. Hierdie predisposisie word omskryf as *atopie*.

Atopie in die kliniese sin, vereis die genetiese basis van hoë IgE responsiwiteit, sowel as 'n waarneembare reaksie met blootstelling aan 'n allergeen. Die atopiese toestand kom algemeen in families voor. Atopiese individue produseer verhoogte hoeveelhede IgE, en die variasie van vlakke van IgE is grootliks geneties bepalend (Wamboltz *et al.*, 1998). Algemene atopiese kondisies is byvoorbeeld hooikoors, allergiese asma en skielike voedselreaksies.

As een ouer 'n allergie het, is die kans tussen 30-50% dat die kind ook 'n allergie sal ontwikkel. Wanneer beide die ouers allergieë toon, verhoog die kans na tussen 60-80%. Sommige kinders met geen familiegeskiedenis van allergieë nie, kan steeds allergieë ontwikkel. Omgewingsfaktore blyk hier die primêre oorsaak te wees (Tidwell, 2001). Kinders gebore met 'n genetiese geneigdheid tot allergieë, ontwikkel soms eers later as volwassenes die allergie. Presies wat hierdie gene aktiveer en wanneer dit gebeur, bly steeds onverklaarbaar.

Dit is dus duidelik dat genetiese en immunologiese predisposisies die belangrikste oorsake van allergieë is, maar dit kan aangehelp word deur die tipe melkvoeding wat gebruik word, die moeder se diëet tydens borsvoeding, asook omgewingsfaktore (Thompson, 1998). Ander navorsers glo weer dat meermalige blootstelling aan 'n allergeen kan lei tot die opbou van teenliggaampies wat mettertyd kan lei tot die allergiese reaksie. Wanneer die individu gesensitiseer is, sal hy/sy herhaaldelik terugkerende simptome ontwikkel elke keer as hy/sy aan die allergeen blootgestel word (Dugdale, 1998).

Asma het ook 'n sterk genetiese predisposisie. Volgens Miller (2002) het kinders met een asmatiese ouer ongeveer 20% kans om die siekte te ontwikkel, terwyl diegene met twee asmatiese ouers 'n 50% kans het. Risikofaktore vir die ontwikkeling van asma by kinders met hierdie genetiese predisposisie sluit vroeë blootstelling aan virale infeksies, hoogs allergiese substansie, asook emosionele stres in die familie in.

2.4 Die simptome van allergieë

Die simptome van 'n allergiese reaksie wissel van individu tot individu. Dit kan matig tot lewensbedreigend wees. Die reaksie kan enige orgaan in die liggaam affekteer en is nie beperk tot waar die allergeen die liggaam binnedring nie. Dit kom gewoonlik op die vel, in die oë, neus, sinusse, keel, maagwande en longe voor (Dugdale, 1998).

'n Allergiese kind toon gewoonlik spesifieke fisiese simptome wat 'n aanduiding van die allergie kan wees. Blou-bruin verkleuring rondom beide oë, asook pofferigheid onder die oë kom algemeen voor. Die wange en ore kan rooi verkleur, die kind kan deur sy mond asemhaal, gedurig sy neus vryf, snuif, nies, en sukkel om gemaklik asem te haal. Kinders wat sukkel om asem te haal, kan snak na hul asem of vir lang periodes aaneen hoes wanneer hul plat lê, wat kan lei tot versteurde slaappatrone (Tidwell, 2001).

Sommige kinders ervaar 'n kombinasie van bogenoemde simptome. In ekstreme gevalle, kan die kind 'n lewensbedreigende toestand ontwikkel, naamlik anafilaktiese skok. So 'n ernstige reaksie tot 'n allergeen vereis onmiddellike mediese aandag (Rutherford & McGeady, 2001).

Die spesifieke simptome wat van toepassing is op elke tipe allergie, sal meer volledig in 2.6 bespreek word.

2.5 Die behandeling van allergieë

Daar sal vervolgens 'n oorsig gegee word van die verskillende tipes behandeling wat vir allergieë oor die algemeen gebruik kan word. Die effektiëste behandelingsmetodes vir elke spesifieke allergie sal meer volledig onder 2.6 bespreek word.

Kupstas (2001), Stein (1992) en Rapp (1991) stem ooreen dat effektiewe behandeling van allergieë uit verskeie fasette bestaan, naamlik, afneem van verskeie toetse, omgewingsbeheer, farmakologie/medikasie en psigoterapie.

2.5.1 Diagnostisering deur middel van verskillende tipes toetse

Volgens Kupstas en Uhrbach (2001) kan verskeie toetse gedoen word om presies vas te stel wat die belangrikste allergeen is wat die allergiese reaksie veroorsaak. Daarna kan die toepaslikste behandelingsprosedure gevolg word wat die beste resultate sal lewer.

Bloedtoetse kan gedoen word om die verhoogte witbloedseltellings op te spoor, vlakke van spesifieke teenliggaampies te bepaal en reaksies op sekere allergeen ekstrakte te ondersoek. Bloedtoetse is nie altyd betroubaar nie, en vir die beste resultate moet dit verkieslik deur 'n patoloog uitgevoer word. Sommige medici gebruik hierdie toetse, terwyl ander verkies om dit nie te gebruik nie, omdat kinders meestal die trek van bloed as baie traumaties ervaar.

By *veltoetse* word fyn snytjies op die kind se vel gemaak, en 'n vloeibare vorm van die allergeen word daarop aangewend. Indien die kind allergies is vir die spesifieke allergeen, sal 'n uitslag byna onmiddelik as reaksie verskyn. Die geneesheer kan dan die noodsaaklike behandelingsprosedure volg.

Eliminasie diëte is die enigste gewaarborgde manier waardeur die spesifieke allergeen betrokke by voedselallergieë bepaal kan word. Die kind moet 'n baie streng dieet volg, wat slegs uit voedselsoorte bestaan wat byna nooit allergiese reaksies veroorsaak nie. Hierdie voedselsoorte sluit in: appelkose, pere, beet, papats, rys, lamsvleis, hoendervleis, suiker, sout, olyfolie en mineraalwater. 'n Nuwe voedselsoort word elke week by die dieet gevoeg. As die kind nie enige allergiese reaksies teenoor die voedselsoort toon nie, word dit nie as allergeen beskou nie. As allergiese reaksies wel voorkom, word die voedselsoort permanent uit die dieet verwyder. Alhoewel hierdie 'n

baie stadige proses is, is die eindresultate meer betroubaar (Kupstas & Uhrbach, 2001).

2.5.2 Omgewingsbeheer

Persone met allergieë word geadviseer om hul huishoudelike omgewing so in te rig dat daar so min moontlik blootstelling aan allergene is. Die volgende is van belang:

- Meubels en ander huishoudelike items moet verkieslik nie gestoor word waar dit stof kan opgaan nie en gordyne en matte moet verkieslik verwyder word. As dit nie verwyder kan word nie, moet dit maklik wasbaar wees en gereeld gewas word.
- Daar word ook aanbeveel dat persone met asma die huis tydelik moet verlaat voordat daar geverf word.
- Troeteldiere soos katte en honde moet verkieslik vermy word, of slegs buite die huis aangehou word. Hierdie diere moet nooit in die slaapkamer of op die beddens toegelaat word nie.
- Sigaretrook moet verkieslik nie in die huis toegelaat word nie (Rapp, 1991).

2.5.3 Medikasie

Daar is verskeie tipes medikasie beskikbaar vir die behandeling van die verskillende tipes allergieë. Geneeshere sal die gepaste medikasie voorskryf vir die spesifieke simptome waarmee die kind presenteer. Die spesifieke medikasie wat vir die verskillende tipes allergieë gebruik kan word sal nie vir die doeleindes van hierdie studie volledig bespreek word nie.

2.5.4 Psigoterapie

Bronne van emosionele ondersteuning wat die kind kan help om te cope met sy/haar situasie, sluit in terapie by 'n professionele persoon en bywoning aan ondersteuningsgroepe vir kinders met chroniese siektes. Familie en vriende kan ook as belangrike ondersteuningsisteme dien. Verder is dit belangrik dat die kind ingelig bly oor sy toestand, sodat hy meer in beheer voel. Hoe meer die kind leer van sy allergie, hoe beter sal hy die behandelingsmetodes en sy emosies verstaan. Hy sal ook 'n gesonde lewensstyl kweek wat sy individuele behoeftes bevredig (Perkel, 2000).

Volgens Varma (1993) kan gedragsterapie suksesvol aangewend word om negatiewe response en angssimptome van kinders te verminder. Asmatiese kinders word byvoorbeeld aangeleer om brongiale spasma te voorkom deur korrekte asemhaling. Ontspanningsoefeninge word ook suksesvol gebruik, waar die kind aangeleer word om spiergroepe sistematies te ontspan.

Nadat die kind se allergie gediagnoseer en behandel is, moet hy/sy steeds volhou met terapie om te cope met moontlike nuwe probleme. Soms voel hierdie kinders ontoereikend, verwerp, skuldig en raak aggressief, en het dikwels 'n dringende behoefte om goed oor hulself te voel. Baie allergiese kinders voel dikwels fisies en emosioneel onwel. Al hierdie probleme kan dan in terapie bespreek word (Perkel, 2000).

2.6 Kliniese beeld en voorkoms en verskillende tipes allergieë

Vervolgens sal die mees algemene tipes allergieë bespreek word. Daar sal spesifiek gefokus word op die oorsake, simptome en behandeling van elke tipe allergie. Die vier hoofgroepe sluit in: allergiese rhinites (hooikoors en chroniese rhinites), ekseem, allergiese asma en voedselallergieë.

2.6.1 Allergiese Rhinites

Weinberg (1996) beskryf allergiese rhinites as 'n algemene kondisie in Suid-Afrika. Dit is die mees algemene allergiese kondisie in meeste gemeenskappe en affekteer enigiets tussen 20 tot 30% van die bevolking. Kinders word spesifiek geaffekteer deur die gevolge van hierdie allergie, veral omdat nasale obstruksies gewoonlik lei tot versteurde slaappatrone, gehoorprobleme, swak eetlus en vertraagde groei.

Allergiese rhinites word verder beskryf as 'n inflammasie van die mukus membraan wat die neus uitvoer. Allergiese reaksies in die neus kom algemeen voor wanneer die nasale filtratiesistiem ingeasemde membrane vasvang. Herhaaldelike blootstelling aan die allergeen verander nasale sensitiwiteit, sodat kleiner hoeveelhede van dieselfde allergeen langdurige simptome veroorsaak (Potter *et al.*, 2001).

Allergiese rhinites veroorsaak 'n jeukende neus, gereelde niesbuie, waterige oë en jeuking in die sagte verhemelte. Die kinders vryf gewoonlik hul neuse in 'n opwaartse rigting en hierdie gewoonte word die "allergiese saluut" genoem (Rapp, 1991).

Allergiese rhinites kan seisoenaal voorkom, en staan bekend as seisoenale allergiese rhinites of hooikoors. Dan is daar ook die toestand waar simptome dwarsdeur die jaar voorkom. Dit staan bekend staan as chroniese rhinites.

2.6.1.1 Hooikoors

Hooikoors word wêreldwyd beskou as die mees algemene allergiese reaksie. Dit is 'n vorm van allergiese neusvliesontsteking, wat slegs tydens sekere tye van die jaar voorkom, wanneer die lug vol stuifmeel van bome, grassoorte en blomme is (Anderson, 1996). Dit ontwikkel gewoonlik gedurende die kinderjare of vroeë volwassenhed. Die risiko om hooikoors te ontwikkel word bepaal deur 'n oorgeërfde allergiese predisposisie, asook deur die

blootstelling van die kind aan gras, boom of -saadstuifmeel. Die voorkoms van hooikoors wissel dus van een omgewing na die volgende, afhangesende van die plantegroei wat in die area voorkom (Weinberg, 1996).

2.6.1.1.1 Oorsake van hooikoors

Seisoenale allergiese rhinites word veral veroorsaak deur stuifmeel en grassade. Daar is 'n enorme verskeidenheid inheemse en eksotiese grassoorte in Suid-Afrika, en die grasseisoen kan vir so lank as 9 maande voortduur in meeste streke van die land (Viljoen, 1986).

2.6.1.1.2 Simptome van hooikoors

Beide die neus en ore word geaffekteer en die simptome sluit in: (Viljoen, 1986; Anderson, 1996)

- Skielike en herhaaldelike nies-episodes
- Jeukerige neus
- Waterige neusafskeiding / loopneus
- Nasale obstruksie
- Waterige en jeukerige oë
- Slapeloosheid
- Maagaandoenings

Al die bogenoemde simptome veroorsaak aansienlike ongemak. Ander bykomende simptome sluit in: jeuking van die sagte verhemelte en jeuking van die gehoorkanale. Hooikoorslyers ontwikkel soms ook hoofpyn en kom algemeen geïrriteerd voor. Hooikoors toon dikwels komplikasies soos sinusitus en middelloorontsteking wat by ongeveer 'n derde tot 'n helfte van hooikoorslyers voorkom. Sinusitus toon simptome soos hoofpyn, hoesbuie en koors en veroorsaak ook keelseer as gevolg van 'n post-nasale drup (Viljoen, 1986).

In die eerste seisoen kan die simptome geïnterpreteer word as die resultaat van 'n verlengde verkoue. Die seisoenale aard van die kondisie sal later makliker herken word.

2.6.1.1.3 Diagnosering van hooikoors

Ouers kan hooikoors gewoonlik maklik diagnoseer, want 'n deeglike geskiedenis beklemtoon dikwels die seisoenale aard van die simptome. Die kind presenteer met 'n geswelde gesig, rooi waterige oë en rooi opgeswelde traankliere. Die neus skei 'n groot hoeveelheid waterige vloeistof af en die neusgate is bleek, nat en opgeswel (Weinberg, 1996). 'n Tipiese seisoenale geskiedenis en 'n positiewe veltoets sal die diagnose bevestig (Potter *et al.*, 2001).

2.6.1.1.4 Behandeling van hooikoors

Rapp (1991) meen dat daar geen werklike permanente genesing vir hooikoors is nie, maar simptomatiesse verligting is wel moontlik. Die mees effektiewe behandelingsmetode is om blootstelling aan die allergeen te verminder. Dit is egter byna onmoontlik om die stuifmeeltelling in die lug te vermy. Om hierdie rede word simptomatiesse behandeling gebruik in alle pasiënte met hooikoors. Kupstas (2001) stem saam dat simptomatiesse verligting die beste oplossing is en noem drie maniere waarop hooikoors beheer kan word:

- Vermy blootstelling aan stuifmeel. Die maklikste manier om stuifmeel te vermy is om binneshuis te bly, veral tydens die vroeë oggendure wanneer stuifmeeltellings gewoonlik hoër is.
- Persone met hooikoors reageer goed op die toediening van medikasie. Baie individue is van mening dat hooikoors simptome goed onder beheer gehou kan word deur die gebruik van medikasie. Medikasie sal

simptomatiese verligting verskaf, maar nie die allergie permanent genees nie. Antihistamien is die mees algemene medikasie vir hooikoors, omdat dit veilig en effektief is. Dit werk die effek van histamien teen, wat die substans is wat deur die liggaam vrygestel word tydens 'n allergiese reaksie.

- 'n Verdere moontlikheid is die toediening van inspuitings om die simptome van hooikoors te verlig. Hoewel hierdie behandeling baie effektief kan wees, is dit 'n langdurige proses, en word meestal slegs aanbeveel wanneer medikasie nie simptomatiese verligting tot gevolg gehad het nie (Kupstas, 2001).

Anderson (1996) is van mening dat neusdruppels, wat neosinefrien en soortgelyke middels bevat, nuttig is om die neusholtes skoon te maak en die jeukerigheid uit te skakel. In ernstiger gevalle is steroïdes, soos Prednisolone, dikwels doeltreffend om die individu in die hooikoorsseisoen teen die simptome te vrywaar.

2.6.1.2 Chroniese allergiese rhinites

Hierdie tipe allergie is meer algemeen in Suid-Afrika as die seisoenale tipe allergie (Viljoen, 1986). Kinders is gewoonlik allergies vir allergene wat dwarsdeur die jaar teenwoordig is, byvoorbeeld stof, miete, dierehare en fungusspore.

2.6.1.2.1 Oorsake van chroniese rhinites

Die oorsake van 'n geblokkeerde neus en aanhoudende niesbuie kan soms baie vermoeiend wees en moeilik bepaal en behandel word. In Suid-Afrika kom seisoenale allergieë dikwels vir verskeie maande van die jaar voor en simptome kan byna standhoudend teenwoordig wees. Die teenwoordigheid

van huisdiere (katte, honde, perde, rotte, hamsters, hase) asook huisstofmiere veroorsaak gewoonlik hierdie chroniese allergie.

Chroniese allergiese rhinites kan as gevolg van allergiese of nie-allergiese toestande voorkom. Die mediese geskiedenis, en 'n volledige mediese ondersoek sal die diagnose bevestig al dan nie. As allergene soos huisstof, miere en diere wel geïdentifiseer word, kan medici bruikbare advies gee ten opsigte van vermyding van allergene en ook aanbevelings maak ten opsigte van medikasie en behandeling (Potter *et al.*, 2001).

2.6.1.2.2 Simptome van chroniese rhinites

Tipiese simptome van nie-seisoengebonde allergiese rhinites is soos dié van 'n permanente verkoue. Die simptome kom ook voor in jong kinders, self so jonk as twee tot drie jaar. Dit kom egter meer algemeen voor by adolessente en jong volwassenes.

Volgens Viljoen (1986) sluit die mees algemene simptome in :

- Ernstige nasale blokkasie
- Aanhoudende nies, veral in die vroeë oggendure
- Waterige nasale afskeiding
- Ernstige otites media kom ook algemeen voor

Nasale blokkasie veroorsaak ongemak, gedurige hoofpyn en slaapversteurings. Asemhaling deur die mond kan baie ongerieflik wees. Laasgenoemde lei tot droë en gebarste lippe, en kinders word baie dors in die nag wat lei tot aanhoudende vloeistofinname. Gewoontes wat algemeen waargeneem word by hierdie kinders is aanhoudende vryf van die neus, asook gesigtrekkinge (soos 'n hasie) in 'n poging om die nasale blokkasie te verlig (Weinberg, 1996).

2.6.1.2.3 Diagnose van chroniese rhinites

Dieselfde diagnostiese benadering as by hooikoors.

2.6.1.2.4 Behandeling van chroniese rhinites

Behandeling is tweeledig, naamlik omgewingsbeheer en medikasie. Voldoende omgewingsbeheermaatreëls is 'n belangrike voorvereiste vir enige behandelingsplan. By meeste pasiënte is huisstof, miete of troeteldiere die primêre allergeen. Programme om huisstof te verminder behoort in die pasiënt se kamer gevolg te word. Meeste mense wil nie graag van hul troeteldiere ontslae raak nie. Hulle kan geadviseer word om nie honde of katte in hul beddens toe te laat nie en om hul troeteldiere een maal per week te bad. Sigaretrook, deodorante, haarsproei, saagsels en bordkryt moet ook sover moontlik vermy word (Potter *et al.*, 2001).

2.6.2 Ekseem

Volgens Morris (2001) is atopiese ekseem, of atopiese dermatitis 'n chroniese en jeukerige uitslag op die vel. Ekseem word verder beskryf as 'n akute of chroniese ontsteking van die huid, gekenmerk deur 'n verskeidenheid nat, rowe, skubagtige, jeukende of branderige letsels (Viljoen, 1986). Die individu kla gewoonlik dat die vel jeuk en brand, veral snags. Sere kan dwarsoor die liggaam uitbreek, maar dit kom meestal aan die voete, hande, ore en bene voor (Wardley, Puntis & Taitz, 1997).

2.6.2.1 Oorsake van ekseem

Ekseem kan op enige leeftyd en by beide geslagte voorkom, maar begin gewoonlik op ses maande, of in die periode wanneer borsvoeding gestaak of afgeskaal word. Ouers begin hul babas op hierdie stadium soliede kos, soos

byvoorbeeld pap, gee. Ekseem word dikwels veroorsaak deur sekere voedselsoorte, stof, skimmel, suurdeeg, chemiese middels, of kontak met ander middels en voorwerpe (Rapp, 1991). Uiterstes van hitte en koue, en selfs emosionele spanning skyn 'n rol te speel by hierdie kwaal (Anderson, 1996).

2.6.2.2 Simptome van ekseem

Volgens Wardley *et al.* (1997) affekteer ekseem ongeveer 3% van kinders. Die infantiele fase begin rondom twee tot ses maande en 50% van kinders ontgroeï dit teen drie-jarige ouderdom. Die kinderjarefase strek vanaf vierjarige ouderdom tot ongeveer tien-jarige ouderdom, en kan selfs tot adolessensie en volwassenheid duur (Wardley *et al.*, 1997). Die uitslag verskyn eerste op die wange, gewigte, enkels en naby die voue van die arms en bene. By sommige kinders kom die uitslag op enige deel van die liggaam voor, in die vorm van klein tot groot ronde kolle. Meeste kinders krap soveel dat die uitslag begin bloei (Rapp, 1991) en sekondêre infeksies ontstaan wanneer die aangetasde areas gekrap word (Morris, 2001).

Atopiese dermatites word dikwels met asma en hooikoors geassosieer. As die kind gelukkig is, sal die veluitslag na ongeveer twee jaar verdwyn, en nuwe vorme van allergieë sal nie ontwikkel nie. Meer dikwels sal ekseem egter slegs vervang word met 'n ander tipe allergie. As die kind baie allergies is sal die ekseem voortduur en 'n ander manifestasie van allergieë, byvoorbeeld hooikoors of asma sal ook waarneembaar word (Rapp, 1991). Meeste kinders ontgroeï dus nie ekseem nie en die toestand kan voortduur tot in volwassenheid (Morris, 2001).

2.6.2.3 Behandeling van ekseem

As 'n kind se allergiese dermatites vererger gedurende die warm maande, kan stuifmeeltellings die oorsaak wees van hierdie seisoenale patroon.

Wanneer 'n voedselsoort ekseem veroorsaak, sal die velgedeeltes kort nadat die spesifieke voedselsoort ingeneem is, rooi en jeukerig raak. Voedselsoorte soos lemoene en eiers, kontak met wol, sybokhaar, en sommige ander materiaalsoorte en kosmetiese produkte moet verkieslik vermy word. Ekseem verbeter soms as kinders aanvullende vitamien A, B6, E, biotin, en essensiële vetsure inneem (Rapp, 1991).

2.6.3 Allergiese asma

Asma is een van die algemeenste chroniese allergiese siektetoestande dwarsoor die wêreld. Volgens Kupstas (2001) is ongeveer 5% van die wêreldpopulasie aan asma. Allergiese reaksies soos hooikoors, ekseem en voedselallergieë is oor die algemeen nie lewensbedreigend nie, terwyl asma wel lewensbedreigend kan wees (Potter *et al.*, 2001).

Verskeie navorsers en medici stem saam dat asma moeilik definieerbaar is, omdat dit met variasies in graad en verskeidenheid van aard voorkom. Definisies sluit in:

- Asma is 'n siektetoestand wat gekarakteriseer word deur 'n verhoogte respons van die trachea tot 'n spesifieke meganisme, wat 'n vernouing in die lugweë veroorsaak. Hierdie vernouing verander in intensiteit. Dit kan spontaan verander, of as 'n resultaat van behandeling (Kupstas, 2001).
- Die National Heart, Lung and Blood Institute (NHLBI) definieer asma as 'n chroniese inflammatoriese siektetoestand van die lugweë, waar brongiale hiper-reaktiwiteit herhaalde episodes van nies, kortasem, benoudheid en hoesbuie veroorsaak (Miller, 2002).

Asma gaan gepaard met aanvalle van brongiale obstruksie wat kan wissel in erns van 'n bors wat fluit (hoorbare gehyng) tot hewige asemnood. Die pasiënt ervaar 'n gevoel van benoudheid. Hoesbuie en hygende asemhaling kom

voor, asook 'n voortdurende gekug in 'n poging om die lugweë oop te kry (Viljoen, 1986).

2.6.3.1 Oorsake van allergiese asma

Nie alle asma word veroorsaak deur allergieë nie en alle allergieë ontwikkel nie in asma nie. Die ontwikkeling van asma word bepaal deur die interaksie tussen genetiese faktore, blootstelling aan allergene in die omgewing en non-spesifieke faktore byvoorbeeld rook, lugbesoedeling, infeksies, oefening, koue lug en emosies. Daar is egter nog baie onduidelikhede rakende die oorerflike komponente van asma. Dit word huidiglik bespiegel dat genetiese faktore ongeveer 50% bydra tot die ontwikkeling van asma. Dit is egter duidelik dat omgewingsfaktore 'n groot rol speel (Hest & Halcken, 2000; Miller, 2002).

Siektetoestande soos verkoue en griep is in baie gevalle die inisiële oorsaak van asma in kinders. Dit is tipies dat 'n kind sy eerste asma-aanval sal kry een tot twee dae na die aanvang van 'n respiratoriese siekte. 'n Verdere tipe asma wat in kinders opgemerk word, is oefening-geïnduseerde asma. Na 'n paar minute van matige tot strawwe oefening begin die kind se bors fluit, en die aanval kan enigiets van 20 minute tot verskeie ure duur. Hierdie tipe asmatiese aanval kan egter meestal voorkom word (Rapp, 1991).

2.6.3.2 Simptome van allergiese asma

Volgens Pearlman en Bierman (1980) is die simptome van asma die ergste gedurende die nag en vroegoggend, met 'n verbetering gedurende die dag. Simptome kan wissel van 'n geringe hoesie, tot ernstige hoesbuie met gepaardgaande asemnood.

Viljoen (1986) en Miller (2002) stem saam dat die volgende simptome kenmerkend is van allergiese asma:

- Dispnee of moeilike asemhaling
- Aanhoudende hoes
- Bors wat fluit

Hierdie simptome fluktueer met of sonder gebruik van medikasie. Gedurende aanvalle is asemhaling moeilik, maar dit kan normaal wees tussen aanvalle.

Allergiese hoesbuie kan van die eerste aanduidings wees dat asmatiese geneigdheid tot asma voorkom. Allergieë verhoog ook die vatbaarheid vir asma, en 'n allergiese hoesbui kan dus vinnig ontwikkel in asmatiese brongitis (Rapp, 1991). Asmatiese aanvalle is eers episodies van aard, met intervalle van simptomevrye periodes tussenin. Soos die siektetoestand meer chronies word, verminder die aantal simptomevrye intervalle (Pearlman & Bierman, 1980).

In nie-atopiese asma hou episodes van moeilike asemhaling hoofsaaklik verband met virale respiratoriese infeksies. Hier speel omgewingsallergene nie 'n belangrike rol nie. Blootstelling aan allergene binneshuis is egter wêreldwyd 'n belangrike risikofaktor vir asmatiese simptome, en blootstelling aan allergene hou verband met die graad van asma wat voorkom (Hest & Halken, 2000).

2.6.3.3 Behandeling van allergiese asma

Chroniese asma verlang gewoonlik daaglikse medikasie, terwyl 'n akkute asma-aanval meestal mediese stabilisering in 'n hospitaal vereis (Kupstas, 2001).

Die volgende riglyne vir die behandeling van asma is deur die South African Childhood Working Group uitgereik:

- Verminder blootstelling aan bekende stowwe in die omgewing wat allergieë kan veroorsaak, insluitende atmosferiese besoedeling.
- Behandel simptome stapsgewys soos dit presenteer.
- Maak seker dat kinders, hul ouers en versorgers die simptome verstaan en aktief betrokke is in die hantering daarvan (Hest & Halcken, 2000).

Vir die voorkoming van herhaaldelike aanvalle sal geneeshere medikasie, saam met bogenoemde voorkomingsmaatreëls gebruik.

2.6.4 Voedselallergieë

As gevolg van die gebrek aan ooreenstemming met betrekking tot definisie en diagnostiese kriteria, is voedselallergieë een van die mees betwiste onderwerpe in die allergiepraktyk (Potter *et al.*, 2001). Hierdie allergiese siektebeeld verskil van die ander allergieë juis omdat die reaksie in enige liggaamsdeel kan manifesteer. Omdat die allergeen egter 'n voedselsoort is, word dit voedselallergieë genoem (Viljoen, 1986). Baie van die teenreaksies betrek egter nie die immuunsisteem nie, en word dus nie as allergieë in die klassieke sin van die woord beskou nie.

Voedselintolleransie is die non-spesifieke term wat verwys na enige teenreaksie veroorsaak deur voedsel of voedselaanvullings. Voedselallergieë is slegs een van die reaksies en verwys spesifiek na voedselintolleransie waar die liggaam se immuunsisteem direk betrokke is. Sekere medici verkies die term voedselintolleransie slegs vir teenreaksies teen voedsel waarin die liggaam se immuunsisteem onbetrokke bly, byvoorbeeld bederfde blikkieskos wat vergiftiging kan veroorsaak. Die ensiem wat sekere voedselsoorte verteer, ontbreek by sommige individue. Laktose-intolleransie word byvoorbeeld veroorsaak deur die afwesigheid van die ensiem laktose wat noodsaaklik is vir die vertering van melksuiker-laktose. Nog 'n voorbeeld van nie-allergiese voedsel-intolleransie is die reaksie van natuurlike chemikalieë in voedsel of voedselaanvullings. Hierdie reaksies kan ooreenstem met ware

allergiese reaksies en kan verkeerdelik as voedselallergieë gesien word (Thompson, 1998).

2.6.4.1 Simptome van voedselallergieë

Simptome van die klassieke voedselallergieë presenteer vyftien minute tot een uur na voedselinname. Voedselreaksies kan vir tien minute tot ses dae aanhou, maar verdwyn meestal binne twintig minute tot twee ure (Rapp, 1991). Hierdie simptome kan beperk word tot die spysverteringstelsel, of kan in ander dele van die liggaam ook voorkom. Simptome van die boonste gedeelte van die spysverteringstelsel (wat 'n vinnige reaksie is) sluit in swelling van lippe, jeukerigheid van die lippe en rooiheid om die mond. Soms is die mond baie geïrriteerd en swelling van die uvula (kleintongetjie) kom voor. Kossoorte wat hierdie reaksie ontlok is meestal neute, eiers, skulpvis, sitrusvrugte en bessies (Motola, 2002).

Baie ouers vind dat sekere voedselsoorte herhaaldelik die oorsaak is van sekere abdominale klagtes is. Dit is algemeen bekend dat deur geringe kontak met vis, eiers, graanprodukte en sommige neute, allergiese individue baie siek kan word. Simptome sluit naarheid, swelling van die lippe en tong, en asemhalingsprobleme in (Rapp, 1991).

Hoewel dit soms ontken word, kan voedselverwante allergieë tot 'n wye verskeidenheid klagtes lei, wat nie verband hou met die spysverteringstelsel nie. Dit sluit in hoofpyne, neus-en-keelklagtes, moegheid, hiperaktiwiteit, depressie, agitatie, spierpyne, veluitslag en spierspanning. Onreëlmatige hartklop en probleme met betrekking tot aandag en konsentrasie is ook aangemeld (Rapp, 1991; Thompson, 1998).

Reaksie in die laer deel van die spysverteringstelsel, kan langer neem om te ontwikkel. Die gevolg is dan naarheid of braking, maagkrampe (koliek) en diarree (Thompson, 1998).

Daar word baie bespiegel oor die effek van voedselallergieë op die sentrale senuweestelsel. Sentrale senuweestelsel toestande wat verband hou met voedselallergieë sluit in migraine, allergiese uitputtingsindroom en hiperaktiwiteit. Voedselsoorte wat migraine veroorsaak is sjokolade, rooiwyn, kaas, melk en eiers. Kinders met allergiese uitputtingsindroom is meestal bleek met swart kringe onder die oë en lyk altyd moeg (Motola, 2002).

'n Interessante nie-allergiese reaksie is die psigologiese reaksie teenoor voedsel. Dit is bewys dat die individu 'n sekere voedselsoort sal vermy as 'n negatiewe reaksie in die verlede ervaar is. As die persoon dit weer later eet, kan nuwe-effekte weer ervaar word (Viljoen, 1986).

2.6.4.2 Oorsake van voedselallergieë

Voedselallergieë wissel van matig tot lewensbedreigend. In die ergste graad kan sommige voedselsoorte selfs lewensbedreigende anafilaktiese reaksies veroorsaak. Een ernstige allergiese reaksie tot voedsel kan die individu se risiko verhoog vir sekere ander soortgelyke reaksies. Algemene voedselallergene sluit in: grondboontjies, soja, vis (veral skulpvis), bessies, pepers, melkproteïene, graan en eiers.

Voedselallergieë kan kwantiteitsensitief wees. Die individu sal dus nie die reaksie ervaar totdat hy nie 'n sekere hoeveelheid van die voedselsoort ingeneem het nie. Ernstige reaksies kan wel voorkom met inname van 'n baie klein hoeveelheid van die voedselallergeen (Kupstas, 2001).

2.6.4.3 Klassifikasie van voedselallergieë en gepaste behandelingsmetodes

Vir die doeleindes van hierdie studie sal die voedselallergieë met die hoogste voorkoms bespreek word. Dit sluit in laktose-intolleransie, melkallergieë en graanallergieë.

- **Laktose-intolleransie**

Laktose-intolleransie word beskryf as die onvermoë om laktose te verteer. Laktose word verkry in melk (ook borsmelk). 'n Ensiem, laktase, is noodsaaklik vir die vertering van laktose, maar wanneer hierdie ensiem ontbreek kan die volgende simptome presenteer: abdominale krampe, diarree, gas en 'n opgeblaasde gevoel. Simptome kan binne een uur presenteer, of eers verskeie dae later. Die intensiteit van simptome varieer ook (Rutherford, 2001).

'n Verskeidenheid behandelingsopsies is moontlik vir pasiënte wat met laktose-intolleransie gediagnoseer word. Laktase is beskikbaar op voorskrif (in druppels en tabletvorm) en kan by melk en ander suiwelprodukte gevoeg word. Melk en kase met verlaagte laktose-vlakke is ook beskikbaar, terwyl jogurt en suurroom soms aanvaarbaar is, omdat meeste van die laktose reeds omgesit is. Meeste medici beveel egter aan dat pasiënte suiwelprodukte heeltemal uit hul dieët sny en geleidelik terugbring, of geleidelik meer suiwelprodukte eet totdat geen probleme ervaar word nie (Rapp, 1991; Thompson, 1998).

- **Melkallergieë**

Volgens Kupstas (2001) is melkallergieë 'n allergiese reaksie teen een van die proteïne in melk. 'n Allergiese reaksie teen melk kan een of meer van die volgende simptome tot gevolg hê: veluitslag, ekseem, aanhoudende niesbuie, asma, hooikoors of 'n anafilaktiese reaksie. Die moontlikheid bestaan ook dat 'n individu beide laktose-intollerant en allergies vir melk kan wees.

Verskeie navorsers stem saam dat daar gaan werklike effektiewe behandeling beskikbaar is vir melkallergieë nie. Die beste aanbeveling is die vermyding van melkprodukte (Rapp, 1991; Potter *et al.*, 2001; Thompson, 1998).

- **Graan allergieë**

Allergiese reaksies vir graanprodukte is moeilik beheerbaar, omdat graan in so 'n wye verskeidenheid produkte voorkom. Meeste allergiese reaksies is matig, terwyl ander redelik ernstig kan wees. Algemene simptome sluit in: loopneus, rooi oë en spysverteringsprobleme (Anderson, 1996).

Die bekendste graan-allergeen is gluten, wat 'n mengsel is van proteïne wat voorkom in koring en ander graanprodukte. Gluten is die bestanddeel in meel wat aan brood 'n sponsagtige voorkoms verskaf. Dit word ook as basis gebruik in kosmetiese romme en poeiers. Reaksies kan wissel van loopneus tot waterige oë en spysverteringsprobleme. Addisionele simptome in kinders sluit in: onvermoë om te konsentreer, geïrriteerdheid en geheueprobleme. Sommige navorsers meen daar is 'n moontlike verband tussen aandagtekort-hiperaktiwiteitsversteuring en ongediagnoseerde gluten-allergieë (Thompson, 1998).

Wat behandeling betref is vermyding weereens die beste opsie. Dit is moeilik om gluten te vermy in geprosesseerde voedsel, omdat dit as binder, stabiliseerder en verdikker gebruik word. Selfs produkte soos lipglans, grimering, sjampoe en handerom bevat gluten. 'n Aantal plaasvervangers vir graanprodukte is wel beskikbaar en resepte is verkrygbaar by dieëtkundiges en medici (Thompson, 1998; Rutherford, 2001).

2.7 Psigologiese faktore wat met allergieë verband hou

Chroniese siektes soos asma en ander allergieë kan 'n negatiewe effek op kinders se siening van hulself, hul ouers se siening van hulle en hul lewens oor die algemeen hê. Emosionele faktore kan simptome in asmatiese en allergiese kinders ontlok. Emosionele en gedragsprobleme hou verband met swak beheer oor die asma of allergieë en vererger die erns van die siektetoestand (Hest & Halken, 2000).

Tidwell (2001) is van mening dat allergieë 'n kind se leer en speelvermoë negatief kan beïnvloed, omdat 'n slaaptkort of die newe-effekte van medikasie, konsentrasievermoë en geheue verswak. Studies toon dat kinders met ernstige allergieë meer geneig is om depressief, geïrriteerd en aggressief te wees as kinders sonder allergieë. Rapp (1991) sluit hierby aan en meen dat kinders met allergieë as gevolg van sosiale beperkings soms min vriende het en nooit hul volle potensiaal op sosiale en fisiese vlak bereik nie. Hierdie kinders mag later glo dat hul onbevoeg is en 'n lae selfbeeld kom algemeen voor. Sonder terapie sal hul moontlik nooit tot hul volle potensiaal ontwikkel nie. Die sibbe van die allergiese kind kan ook afgeskeep voel, omdat die "siek" kind meestal die aandag kry. Terapie kan ook soms in hierdie gevalle nodig wees. As beide die kind en die ouers verstaan waarom die kind op 'n sekere manier optree, is dit makliker om aan te pas by die probleme wat allergieë soms in die huis skep.

Volgens Feingold (1975) word 'n assosiasie tussen allergieë en emosionele- en gedragsprobleme lankal reeds vermoed. Hierdie assosiasies val in verskillende kategorieë:

- Allergieë en na-buite-gerigte ("acting out") gedrag
- Allergieë en depressie
- Allergieë en sosiale angstigtheid

Die na-buite-gerigte gedrag sluit simptome in soos hiperaktiwiteit, aggressie, geïrriteerdheid en opposisionaliteit. Speer (1958) en Klein *et al.* (1985) rapporteer 'n allergiese irriteerbaarheid sindroom ("allergic irritability syndrome") in jong kinders en meen dat allergiese rhinites kan bydra/lei tot hiperaktiewe en uitdagende gedrag in sommige kinders. Ander navorsers meen dat hiperaktiwiteit en ander gedragsprobleme geassosieer kan word met voedselallergieë.

Speer (1958) beskryf verder die allergiese uitputtingsindroom ("allergic tension fatigue syndrome") wat oor die algemeen deur allergene veroorsaak word, waar episodes van irriteerbare en na-buite-gerigte gedrag ("acting out")

met klagtes van moegheid, apatie, slaperigheid en algemene negatiwiteit afgewissel word.

Gedurende die 1980's ondersoek verskeie studies die verhouding tussen voedselallergieë en simptome van depressie. Die oorhoofse indruk was dat daar 'n subgroep pasiënte was by wie voedselallergene simptome van depressie vooruitgaan. Daar is ook 'n moontlike verbintenis tussen allergieë en simptome van sosiale angstigheid, insluitende gedragsinhibisie en skaamheid. In 'n uitgebreide studie rakende gedragsgeïnhibeerde kinders, het Rosenberg en Kagen (1989) bevind dat hierdie kinders hoër vlakke van hooikoors het as nie-gedragsgeïnhibeerde kinders, sowel as 'n vroeë ontwikkelingsgeskiedenis wat baba-allergieë, irriteerbaarheid, insomnie en koliek insluit.

In 'n verdere studie rakende gedragsgeïnhibeerde kinders (Reznick *et al.*, 1986) is 'n verhoogde insidensie van allergie gevind in skaam of angstige individue (soos aangehaal deur Hart *et al.*, 1995). In 'n drie jaar opvolgstudie van kinders wat op twee-jarige ouderdom as uitsonderlik skaam waargeneem is, het Reznick *et al.* (1986, soos aangehaal deur Hart *et al.*, 1995) gevind dat die kinders wat 'n patroon volgehou het van geïnhibeerde gedrag oor 'n vyf jaar periode, meer geneig was om 'n ouer-aangemelde geskiedenis van allergie as baba te hê. Hulle presenteer ook met 'n sterker positiewe familiegeskiedenis van allergieë as kinders waar hierdie gedragspatrone nie voorgekom het nie (Hart *et al.*, 1995).

Alhoewel meeste beskrywings van die verhouding tussen allergieë en emosionaliteit gebaseer is op subjektiewe kliniese indrukke (Klein *et al.*, 1985) vind verskeie huidige gekontroleerde studies 'n assosiasie tussen verskeie tipes allergieë en kinders se psigologiese gedragseienskappe, veral angstigheid en sosiale onttrekking (Hart *et al.*, 1995).

Vanuit 'n psigologiese perspektief sal verwag word dat kinders wat aan allergieë en asma lei, skaam word as gevolg van siekte verwante beperkinge van hul sosiale ontwikkeling. 'n Ander moontlikheid is ook dat die skaamheid

en allergieë gesamentlik voorkom as gevolg van biologiese kwesbaarheid of predisposisie in die brein (Miller, 2002). Dit is dus onduidelik of die psigologiese faktore 'n oorsaak of effek van die allergieë is.

Dit is dus verstaanbaar waarom sommige kinders met allergieë psigologiese probleme ontwikkel. Dit sal moeilik wees om nie te vra: "waarom ek?", na 'n leeftyd van ongemak, beperkinge en verskeie vorms van ontkenning en verwerping nie. By kinders is dit nie die psigologiese probleme wat allergieë veroorsaak nie, maar die allergieë wat die psigologiese probleme veroorsaak. (Rapp, 1991).

2.8 Samevattend

Uit bogenoemde bespreking is dit dus duidelik dat allergieë 'n siektetoestand is wat baie kinders in Suid-Afrika en dwarsoor die wêreld beïnvloed. Die kind word nie net fisies geaffekteer nie, maar ook op emosionele en sosiale vlakke. Dit is dus belangrik dat die klem verskuif van hoofsaaklik mediese behandelingsmetodes, na 'n multi-dissiplinêre benadering. Hierdie benadering sal die allergiese kind se prognose verbeter en lei tot algemene welstand by die kind. Met die toepassing van goeie behandelingsprosedure en baie ondersteuning van ouers, onderwysers en ander belangrike persone kan die allergiese kind 'n normale en gelukkige lei.

Hoofstuk 3

SELFKONSEP EN COPING

3.1 Inleiding

In hierdie hoofstuk sal selfkonsep en coping as komponente van psigologiese weerbaarheid bespreek word.

Eerstens sal daar gekyk word na die definiëring en omskrywing van die selfkonsep, asook na die verskeie dimensies van die selfkonsep. Verder sal die ontwikkeling van die selfkonsep bespreek word. Verskeie teoretiese beskouinge met betrekking tot selfkonsep sal ook bespreek word. Laastens sal daar gekyk word na die rol van ander in die ontwikkeling van die selfkonsep by die kind.

In die tweede deel van die hoofstuk sal coping gedefinieer en omskryf word. Die verskillende tipes copingstrategieë sal uiteengesit en bespreek word. Die rol wat verskeie ander faktore in die coping van die kind speel sal verder bespreek word. Ten slotte sal daar gekyk word na selfbeeld en coping by kinders met chroniese siektetoestande.

3.2 Selfkonsep

Die aspekte rondom selfkonsep is van kardinale belang tydens die kind se ontwikkeling. Die ontwikkeling van 'n positiewe selfkonsep op 'n vroeë ouderdom kan lei tot 'n positiewe selfkonsep later in die lewe. 'n Positiewe houding moedig kinders aan om hul eie keuses te maak, nuwe dinge te probeer en te strew na sukses.

Daar bestaan onduidelikheid vanuit die literatuur en navorsing oor die verskil tussen selfkonsep en self-esteem. Samuels (1977) beskryf self-esteem as die evaluerende aspek van die selfkonsep, terwyl Flemming en Courtney (1984) selfkonsep as 'n meer algemene term beskou, wat self-esteem insluit. Vir die doeleindes van hierdie studie word die term selfkonsep as sambreelterm gebruik, wat spesifieke selfskemas insluit.

3.2.1 Definiëring en Omskrywing van die selfkonsep

Gedurende die afgelope paar dekades het sielkundiges se siening van die selfkonsep drastiese transformasie ondergaan. Vroeë navorsers definieer die selfkonsep as 'n unitêre, monolitiese entiteit – 'n stabiele, veralgemeende siening van die self – en fokus tipies hul navorsing op 'n enkele aspek van die selfkonsep, naamlik self-esteem. In teenstelling, fokus huidige navorsers op 'n multi-faset, dinamiese konstruksie wat die selfkonsep definieer as 'n kognitiewe skema, 'n georganiseerde struktuur wat kenmerke, waardes, episodiese en semantiese herinneringe oor die self bevat en ook die prosessering van self-relevante inligting beheer (Campbell, Trapnel, Heine, Katz, Lavalley & Lehman, 1996). Die huidige konseptualisering maak ruimte vir 'n onderskeid tussen die inhoud en struktuur van selfkonsep. Die inhoud kan onderverdeel word in komponente van kennis - “wie of wat is ek?” en evaluerende komponente – “hoe voel ek oor myself?”. Strukturele eienskappe van die selfkonsep verwys na hoe die kenniskomponente van spesifieke self-aannames georganiseer is (Campbell *et al.*, 1996).

Volgens Joseph (1994) is selfkonsep die individu se houding teenoor homself. Dit is die skatting van hoe suksesvol en bekwaam jy is. Mense met 'n goeie selfkonsep sien hulself as positief en is gedurig op soek na geleenthede vir selfontwikkeling. Hulle is bewus van hul eie sterk en swak punte en vergelyk hulself nie voortdurend met ander nie. Hulle voel nie bedreig deur ander se sukses nie, en is selfversekerd sonder om oormatige selfvertroue te toon.

Malkina-Pykh (2001) definieer selfkonsep as die totaliteit van komplekse, georganiseerde en dinamiese sisteme van aangeleenthede, oortuigings, houdings en opinies wat elke persoon het van sy persoonlike bestaan, terwyl Yawkey (1980) meen dat die selfkonsep 'n versameling van unitêre eenheidsprosesse is, sowel as 'n stel afsonderlike komponente, wat alles reflekteer wat die kind weet, sowel as hoe hy oor homself voel op gegewe tye en in verskillende situasies. Selfkonsep reflekteer die individu se gevoelens, geaardheid, temperament en denkwyse. Elke individu vorm persepsies, verwagtinge en oordele van sy eie gedrag in 'n belangrike situasie en maak dan self-aannames van sukses of mislukking. Soos die individu se belewenis van 'n situasie toeneem, sal sy selfaannames en patrone van self-versterking begin stabiliseer (Yawkey, 1980).

Rogers (1961) lewer ook 'n belangrike bydrae tot die definiëring van die selfkonsep. Hy verskil van bogenoemde skrywers en meen dat die self die sentrale komponent van die mens se persoonlikheid en persoonlike aanpassing is. Hy beskryf die self as 'n sosiale produk wat ontwikkel uit interpersoonlike verhoudings en voortdurend strewe na konsekwentheid. 'n Basiese menslike behoefte bestaan na positiewe agting van ander en van die self. Daar is in elke persoon 'n geneigdheid tot selfaktualisering en ontwikkeling, solank as wat dit toegelaat en aangemoedig word deur die omgewing.

Laastens sal gefokus word op Piers (1984) se definisie van die selfkonsep. Hy beskryf die selfkonsep deur te verwys na 6 belangrike konsepte:

- Eerstens, word selfkonsep beskou as essensieël fenomenologies van aard. Dit kan nie direk geobserveer word nie, maar is ook afhanklik van gedrag of self-rapportering.
- Tweedens, bevat selfkonsep beide globale en spesifieke komponente. Globale selfkonsep reflekteer hoe die kind oor homself voel as 'n totale

persoon, terwyl spesifieke selfkonsep fokus op aparte aspekte, byvoorbeeld fisiese self, akademiese self en morele self.

- Dertens, is selfkonsep relatief stabiel. Alhoewel dit deur ervaring gevorm word, verander dit nie maklik of drasties nie. Selfkonsep is veral meer situasioneel-afhanklik by kinders, maar word meer stabiel met verloop van tyd.
- Vierdens, het selfkonsep 'n self-evaluerende, sowel as 'n self-beskrywende komponent. Dit verteenwoordig die individu se oordele ten opsigte van homself/haarself.
- Vyfdens, word selfkonsep op verskillende maniere beleef en uitgedruk deur kinders tydens verskillende stadiums van ontwikkeling.
- Laastens, dien die selfkonsep as 'n belangrike organisatoriese funksie, en speel ook 'n sleutelrol in motivering. 'n Relatief stabiele selfkonsep help die individu om nuwe situasies beter te hanteer en gedrag te struktureer ten opsigte van voorspelde doelwitte.

Vervolgens sal die verskillende dimensies van die selfkonsep uiteengesit word.

3.2.2 Dimensies van die selfkonsep

Die selfkonsep is al bestudeer as 'n kenmerk of eienskap van die individu, as primêr kognitief (sentreer rondom verskille in selfkennis), as affektief (met klem op die graad waarin die individu van homself hou), asook as globale selfkonsep versus 'n reeks domein-spesifieke evaluasies, naamlik akademiese, sosiale en fisiese selfkonsep (Watson, Suls & Haig, 2002).

Volgens Samuels (1977) sluit die dimensies van die selfkonsep die volgende in: liggaamsbeeld, kognitiewe self, sosiale self en self-esteem (die evaluerende aspek van die selfkonsep).

Die kind evalueer dus sy eie liggaam, akademiese vermoëns en homself in verskillende rolle (skolier, vriend, seun/dogter) en gebruik terme soos “goed” en “sleg” om homself te beskryf in elk van bogenoemde dimensies. Vervolgens sal die verskillende dimensies bespreek word.

3.2.2.1 Liggaamsbeeld

Liggaamsbeeld sluit die fisiese en seksuele self in , en speel 'n belangrike rol in psigologiese ontwikkeling. Volgens Brown (1998) speel die volgende psigologiese komponente 'n belangrike rol in die struktuur van die liggaamsbeeld op beide bewuste en onbewuste vlakke:

- *Die subjektiewe persepsie van die liggaam* (voorkoms en vermoë om te funksioneer).
- *Die geïnternaliseerde psigologiese faktore* (ontwikkel uit die individu se persoonlike en emosionele ervarings).
- *Die sosiologiese faktore* (hoe ouers en ander persone in die gemeenskap teenoor die individu optree).
- *Die ideale liggaamsbeeld* (geformuleer deur die individu se houding teenoor sy eie liggaam, verkry vanuit sy ervarings, persepsies, vergelykings en identifisering met ander se liggame).

3.2.2.2 Kognitiewe self

Kinders se selfkennis en houdings oor hulself, asook die houdings van diegene rondom hulle, is die resultaat van verhoogde kognitiewe ontwikkeling. Osborne (1996) beskryf die ontwikkeling van die verskeie kognitiewe selwe

tydens die vroeë kinderjare. Hy meen dat verskeie kognitiewe strukture georganiseer word tydens die kind se interaksie met mense en objekte in verskeie periodes van persoonlike ontwikkeling. Die kind se konsep van sy liggaam ontwikkel eerste (somatiese self), volgende ontwikkel sy sensoriese organe (reseptor-effektor self), en laastens sy konsep van sosiale gedrag (sosiale self).

Bandura (1995) is van mening dat individue wat oor kennisies van self-effektiwiteit beskik, hoër self-esteen en groter psigologiese wysyn ervaar. Hierdie bevinding sluit aan by die werk van Osborne (1996). Hy vind dat individue met hoër en laer selfkonsepte, informasie ten opsigte van sukses en mislukking verskillend prosesseer. Mense met hoër selfkonsepte is geneig om gebeure toe te skryf aan interne, stabiele en spesifieke oorsake, terwyl diegene met laer selfkonsepte geneig is om baie waarde te heg aan ander se opinies (Blaine & Crocker, 1993).

3.2.2.3 Sosiale self

Die sosiale self omvat die rasse, etiese, kulturele en die religieuse self. Die kind word geaffekteer deur die gemeenskap waarin hy grootword, omdat daar sekere verwagtinge aan hom gestel word. Die kind internaliseer hierdie verwagtinge en probeer daaraan voldoen. Die ouers vorm vroeg in die kind se lewe die skakel tussen sosiale struktuur en persoonlikheid. Onderwysers en die portuurgroep help later om die sosiale self te definieer. Dit blyk of die basiese sosiale self geïnternaliseer word en die kind lei om op sekere gepredetermineerde wyses op te tree. Die sosiale self kan egter verander in nuwe sosiale situasies later in die individu se lewe (Samuels, 1977).

3.2.2.4 Self-esteen

Die konsep self-esteen is een van die wydste bestudeerde dimensies in die veld van psigologie. Self-esteen is 'n prominente konsep in psigopatologie,

gesondheidspsigologie, persoonlikheidsielkunde asook in die sosiale sielkunde. Die konstruk word nie beperk tot die akademiese gemeenskap nie, en verskeie ander velde soos die politiek en opvoedkunde beskou ook die versterking van die self-esteem as 'n belangrike sosiale doelwit (Watson *et al.*, 2002).

Volgens Brown (1998) ontwikkel die self-esteem vanuit 'n gevoel van geborgenheid ("belonging") en 'n gevoel van bemeestering ("mastery"). Hy maak gebruik van Erikson (1963) se ontwikkelingsstadiums om sy model te ondersteun. Die eerste ontwikkelingstaak (vertroue vs. wantroue), wat op die eerste ontwikkelingsjaar van die kind betrekking het, lei tot gevoelens van geborgenheid en eiewaarde. Die tweede ontwikkelingsstadium lei tot 'n gevoel van bemeestering by die kind. Brown (1998) is van mening dat beide die gevoelens van geborgenheid en bemeestering noodsaaklik is vir die ontwikkeling van hoë eiewaarde.

Samuels (1977) beskryf self-esteem as die evaluerende aspek van die selfkonsep. 'n Individu met 'n goeie self-esteem respekteer homself, beskou homself as waardig en voel bevoeg. Hy definieer self-esteem as:

- die behoefte aan liefde en waardering van ander,
- die behoefte om sterk, superieur en standvastig te wees, sowel as
- die behoefte om "goed" en liefdevol te wees.

3.2.3 Multidimensionaliteit van selfkonsep

Die multidimensionaliteit van die selfkonsep word deur verskeie perspektiewe ondersteun.

James (1890) onderskei tussen 3 aspekte wat deel uitmaak van die individu, naamlik: materiële self, die sosiale self en die spirituele self. Die materiële self verwys na die individu se liggaam, sy fisiese behoeftes, fisiese besittings en onmiddellike familie. Die sosiale self verwys na die individu se behoefte

aan bewondering en erkenning, asook na die rolle wat die individue speel. Die spirituele self verwys na die individu se innerlike self, insluitende gevoelens, impulse, denke en fantasieë.

Strein (1995) sien die selfkonsep as 'n oorkoepelende globale eienskap van die individu; 'n stel self-aannames wat spesifiek verband hou met verskillende domeine van gedrag. Die globale siening wat gekonseptualiseer word as "self-esteem" of "algemene selfkonsep", is die ouer en meer algemene siening by terapeute. Die Piers Harris Children's Self Concept Scale (Piers, 1984) maak ook gebruik van die globale model, alhoewel domein-spesifieke skale voorsien word. In teenstelling met die tradisionele model van globale selfkonsep, beklemtoon multi-faset modelle self-evaluasie van spesifieke bevoegdhede en eienskappe. Dit sluit in akademiese selfkonsep, fisiese selfkonsep en sosiale selfkonsep. Uitgebreide empiriese navorsing in ontwikkelingsielkunde en opvoedkundige sielkunde oor die afgelope vyftien jaar ondersteun die multi-faset model (Strein, 1995).

Shavelson, Hubner & Stanton (1976) beskou weer die selfkonsep as hiërargies, met persepsies oor persoonlike gedrag in sekere situasies aan die basis van die hiërargie, afleidings oor die self in breër domeine (sosiaal, fisies, akademies) in die middel van die hiërargie en 'n globale algemene konsep aan die bopunt. Die hiërargiese algemene konsep aan die bopunt is redelik stabiel, maar soos afbeweeg word met die hiërargie, word die selfkonsep al hoe meer situasie-spesifiek en dus minder stabiel. Die fasette van die selfkonsep word met ontwikkeling al hoe meer uitgebrei. Die baba differensieer homself nie aanvanklik met sy omgewing nie, terwyl kleuters se selfkonsep globaal, ongedifferensieerd en situasie spesifiek is. Met ouderdom word die selfkonsep meer gedifferensieer en geïntegreer in 'n multi-faset, hiërargiese konstruksie.

3.2.4 Ontwikkeling van die selfkonsep

Die middelkinderjare is 'n kritieke periode in die ontwikkeling van die selfkonsep. Vanaf 'n vroeë ouderdom sien die kind homself as 'n globale entiteit, as 'n persoonlikheid in geheel, eerder as gedifferensieerde dele van 'n persoonlikheid. Die individu beskou homself as bevoeg of onbevoeg, as goed of sleg. As 'n jong kind homself as onbevoeg beskou tree hy volgens maniere op wat konsekwent is met sy gevoelens. Die selfkonsep is dus van belang by die kind, omdat dit sal bepaal hoe hy oor homself voel, en teenoor ander optree. Die selfkonsep bepaal ook hoe jong kinders ervaringe beleef en evalueer (of positief of negatief) afhangend van hoe hul hulself sien. Hierdie persepsies beïnvloed weer hul siening van ander (Yawkey, 1980).

Volgens Yawkey (1980) is 'n enkele ervaring of situasie selde die bepaler in die ontwikkeling van die selfkonsep. Cole, Maxwell, Martin, Peeke, Seroczynski, Tram, Hoffman, Ruiz, Jaques & Maschman (2000) stem saam dat die selfkonsep stabiliseer soos wat die kind ontwikkel. Kinders se beskouings oor hul eie bevoegdhede word al hoe meer realisties en word ook gekoppel aan die goedkeuring van ander. Hul selfaannames hou ook meer verband met mekaar, soos waargenome bevoegdhede en onbevoegdhede mekaar uitbalanseer (Harter, 1993). Een aspek van die selfkonsep verander dus nie maklik sonder dat die ander naby verwante aspek ook verander nie.

Die selfkonsep word gevorm deur subjektiewe persepsies, verwagtinge en oordele van die self in verband met ontwikkelingsprobleme, konflikte en take. Dit geskied binne 'n konteks van kulturele waardes en praktyke (Erikson, 1963; Yawkey, 1980).

Sosiale sielkundiges James (1890) en Cooley (1902) beskryf die ontwikkeling van die selfkonsep op twee verskillende maniere. Volgens James (1890) is selfkonsep die resultaat van die verskil tussen wat die individu wil wees en wat hy is en dink hy moontlik kan wees. As die ideale self naby is aan wat die individu is of wil wees, hou die persoon van homself. As sy siening van homself egter nie is wat hy graag wil hê dit moet wees nie en hy dink dat hy

nooit sy doelwitte sal kan bereik nie, kritiseer hy homself. Die gevolg hiervan is die ontwikkeling van 'n swak selfkonsep.

Cooley (1902) glo weer dat die individu se selfbeeld ontwikkel deur terugvoering van ander. Hy beweer dat die individu 'n neiging het om homself te evalueer soos wat hy glo ander hom evalueer. Hy verwys daarna as die "looking glass self". Mense se opinies van hulself word dus beïnvloed deur opinies wat ander reflekteer. Hierdie opinies van ander word dan in die selfkonsep geïntegreer.

Die meeste kinders ondergaan waarneembare veranderinge op sosiale en kognitiewe vlakke tussen kleuterskool en laerskool (5-7 jaar). Vanaf die begin van hul laerskool jare is meeste kinders se selfpersepsies baie positief en verwagtinge van die self is onrealisties optimisties. Elke kind dink dat hy die beste in sy klas is. Oor die volgende jaar ontvang die kind meer bevoegdheidsverwante terugvoer. Evaluasie van kinders word meer prestasiegerig en kriteria vir sukses word meer objektief. Kinders se optredes word beoordeel deur hul te vergelyk met ander eerder as met hul eie vorige vlak van funksionering. Die kind ontdek ook nou sy sterk en swak punte in sekere areas. 'n Aantal kinders behou hoë selfpersepsies in 'n verskeidenheid areas, maar meeste kinders ontwikkel meer realistiese self-aannames (Cole *et al.*, 2000).

Osborne (1996) sluit hierby aan en meen dat die kind tussen sewe en dertienjarige ouderdom 'n kapasiteit vir abstrakte denke ontwikkel. Dit beteken dat hul wiskundige en wetenskaplike konsepte bemeester, en ook menslike konsepte soos emosionele toestande van ander begin verstaan. Hierdie vermoë tot abstrakte denke stel die kind in staat om nie slegs op 'n onlangse gebeurtenis te reageer nie, maar om 'n reeks situasies saam te voeg: alles wat hy hoor, sien en voel. Hieruit leer die kind baie van ander mense, maar ook baie van hulself en hul plek in die wêreld. Die uiteinde is dat die kind se idees oor homself begin stabiliseer, en die abstrakte idees konstant bly, ten spyte van die variasies van dag tot dag ervaringe.

Harter (1986), Cole *et al.* (2000) en Osborne (1996) stem dus almal saam dat kinders reeds teen agt-jarige ouderdom 'n relatief goed ontwikkelde selfkonsep behoort te hê. Volgens Harter (1986) en Cole *et al.* (2000) is daar vyf belangrike domeine waarvolgens kinders hulself na waarde skat:

- *Fisiese voorkoms*: hoe fisies aantreklik die individu vir ander is
- *Sosiale aanvaarding*: hoe populêr die kind is en hoe maklik dit vir ander is om met hom/haar oor die weg te kom.
- *Skolastiese bevoegdheid*: die kind se vermoë om akademies goed te presteer in vergelyking met ander skoolmaats.
- *Atletiese en artistiese vaardighede*: die individu se koördinasie en sport vaardighede, sowel as hoe kreatief hy/sy is.
- *Gedragspatrone*: hoe goedgemanierd, betroubaar en selfgekontroleerd die kind is.

Harter (1986) meen verder dat kinders wat bevoegd voel en goed vaar in domeine wat vir hul van belang is, 'n hoër globale self-esteem het as kinders wat nie goed vaar of bevoegd voel in domeine wat hulle as belangrik beskou nie. Die domeine wat die kind as belangrik beskou, word meestal ook deur die samelewing, portuurgroep en sy ouers as belangrik gesien.

Uit bogenoemde is dit dus duidelik dat kinders se self-persepsies gedurende die middelkinderjare al hoe meer begin korrelleer met ander se goedkeuring, verwagtinge en objektiewe kriteria. Hierdie verhoging in stabiliteit is moontlik die resultaat van verhoogte integrasie van hierdie self-konstruksie in 'n meer samehangende sisteem van self-aannames. Die oorhoofse prentjie is die van verhoogte stabiliteit in domein-spesifieke selfkonsep oor die loop van die middelkinderjare.

3.2.5 Teoretiese beskouings oor selfkonsep

Om beter te verstaan wat die ontwikkeling van die selfkonsep beïnvloed sal vervolgens gekyk word na wat die kenners gesê het oor selfkonsep.

3.2.5.1 Psigoanalitiese beskouings

Vervolgens sal die psigoanalitiese en psigodinamiese perspektiewe ten opsigte van selfkonsep beskou word.

Freud (1963) beskou die *vermoë om lief te hê* en die *vermoë om te werk* as die twee sleutelemente tot “psigologiese gesondheid.” Vir kinders is die sleutel tot gesondheid hul skoolwerk, asook verhoudings met familie, hul portuurgroep en ander belangrike persone in hul lewens. Hy beskryf self-esteem as ‘n by-produk van produktiewe aktiwiteite en verhoudings. Hy beklemtoon ses kondisies vir die behoud van self-esteem en psigologiese gesondheid in kinders:

- *Gevoel dat jy behoort (“Belonging”)*: Kinders het die behoefte om deel te wees van ‘n familie, asook om deur hul portuurgroep aanvaar te word.
- *“Advocacy”*: Kinders het minstens een persoon in hul lewens nodig wat hul kan vertrou om hul deur moeilike omstandighede te help.
- *Risikobestuur (“Risk management”)*: Die kind se self-esteem verhoog wanneer hy begin om risiko’s te neem en uitdagings te bemeester. Dit is belangrik dat die kind glo hy was suksesvol wanneer hy sy beste poging gelewer het en dat dit aanvaarbaar is om soms risiko’s te neem en te misluk.

- *Bemagtiging ("Empowerment")*: Die kind moet leer om 'n toepaslike mate van beheer oor sy eie lewe te begin neem. Hy moet geleentheid gebied word om keuses te maak en besluite te neem. Dit sal lei tot bemagtiging.
- *Uniekheid ("Uniqueness")*: Dit is belangrik dat kinders voel hulle is spesiaal en uniek.
- *Produktiwiteit ("Productivity")*: Kinders voel goed oor hulself wanneer hulle iets suksesvol uitgevoer het. Aanmoediging en positiewe versterking deur die ouers en onderwysers bly steeds van kardinale belang.

Freud (1963) beklemtoon verder dat primêre narsisisme teenwoordig is tydens die vroegste lewensstadia. Pasgebore babas beskik nie oor die vermoë om ander lief te hê nie en al hul energie word in hulself belê. Die baba weet nog nie dat ander persone wat aan hul behoeftes voldoen, apart van hulself bestaan nie. Hul kan dus nie onderskei tussen hul eie liggaamlike sensasies en die van die eksterne wêreld nie. Soos wat die kind groei en ontwikkel, word hy bewus van die moeder, en begin om haar te idealiseer. Die liefde en versorging van die moeder stel die kind in staat om later hierdie idealisasie na homself oor te dra.

Die ontwikkeling van selfkonsep vanuit die **objekrelasieteorie** sal vervolgens uiteengesit word. Melanie Klein (1882-1960) was die grondlegger van hierdie teorie en Fairburn (1898-1964) het op haar gedagtes uitgebrei (Cashdan, 1988).

Die self-sisteem ontwikkel vanuit genetiese predisposisies, soos die temperament waarmee elke individu gebore word. Hierdie genetiese komponent maak ongeveer die helfte van ons self-sisteem uit. Die ander helfte word gevorm deur ons interaksie met die wêreld rondom ons. Die eerste twee jaar van die kind se lewe word beskou as die belangrikste periode van hierdie interaksie, wanneer die self-sisteem ontwikkel. Objekte kan mense (ma, pa en ander) wees, of voorwerpe waarmee die kind 'n band

vorm. Hierdie objekte en die ontwikkelende kind se verhouding met hulle, word geïnkorporeer in die self, en word die boustene van die self-sisteem. Vroeg in sy lewe het die kind baie min kennis oor sy eie identiteit. Dit is dus deur verhoudings met belangrike ander mense in die kind se lewe wat hy dele van ander (objekte) "inneem" en sy eie self-strukture bou, wat uiteindelik na verwys word as persoonlikheid (Cashdan, 1988).

Opsommend kan dus gesê word dat objekrelasie verwys na die self-struktuur wat elke individu internaliseer in die vroeë kinderjare. Cashdan (1988) stel dit as volg: "In psycho-analytic theory, self-esteem depends on the nature of the inner image to which we measure ourselves and on the ways to our disposal to live up to this image" (p. 65).

3.2.5.2 Rogers

Humanistiese psigoloog Rogers (1961) beklemtoon die belangrike rol van onkondisionele liefde en aanvaarding in die ontwikkeling van die selfkonsep. Hy meen dat die individu slegs tot 'n volle funksionerende persoon kan ontwikkel wanneer hy, veral tydens die kinderjare, onvoorwaardelike aanvaarding ontvang. Dit beteken dat daar minstens een of enkele persone (verkieslik die ouers) moet wees wat die kind onder alle omstandighede met aanvaardende liefde behandel.

Hierdie onvoorwaardelike positiewe aanvaarding beteken dat die persoon waardeer en liefgehê moet word net soos hy is. Die kind word dus nie slegs aanvaar wanneer hy aan ander se vereistes voldoen nie. Om hierdie tipe liefde aan die kind te voorsien, beteken dit nie dat die ouers alles wat die kind doen moet goedkeur nie. Dit is belangrik om direkte en akkurate terugvoer aan die kind te gee, ten opsigte van sy tekortkominge sowel as sterktes .

Onkondisionele positiewe aanvaarding versterk die selfkonsep om die volgende redes:

- Dit gee aan die kind die gevoel dat mense hom liefhet en waardeer, een van die kondisies wat Maslow gevoel het belangrik is in die ontwikkeling van die selfkonsep.
- Wanneer die kind voel dat hy onvoorwaardelik aanvaar word, hoef hy hom nie voortdurend te bekommer dat hy die sekuriteit van basiese liefde en aanvaarding van ander sal verloor nie. Hy het dus meer energie en tyd om sy eie doelwitte te bereik en self te ontwikkel (Rogers, 1961).

In sy persoonsgesentreerde benadering sien hy persoonlikheid nie as 'n statiese entiteit wat uit kenmerke en patrone bestaan nie, maar eerder as 'n dinamiese fenomeen wat voortdurend veranderende kommunikasie, verhoudings en selfkonsepte insluit.

3.2.5.3 Maslow

Maslow (1954) leier in die veld van die Humanistiese sielkunde, glo dat 'n gesonde selfkonsep noodsaaklik is vir 'n persoon om waarlik produktief en suksesvol te wees. Hy is van mening dat mense nie slegs beheer word deur meganiese kragte of onbewuste instinktiewe impulse nie, maar fokus op menslike potensiaal en glo dat die individu strewende om die hoogste vlakke van sy vermoëns te bereik (Kaplan & Sadock, 1997).

Maslow (1954) meen dat die selfkonsep uit twee basiese bronne bestaan, naamlik:

- liefde, aanvaarding, respek wat elke individu ontvang van belangrike persone in sy/haar lewe, en
- die individu se eie gevoel van bevoegdheid en sukses.

Maslow ontwikkel 'n hiërargie van behoeftes en sluit self-esteem behoeftes in as een van die meer gevorderde psigologiese behoeftes van die mens (Kaplan & Sadock, 1997). Hy onderskei tussen lae vlak behoeftes en hoë vlak behoeftes, en meen 'n optimaal ontwikkelde persoon funksioneer op die

hoogste vlak (wat hy self-aktualisering noem). Hierdie vlak kan slegs bereik word wanneer 'n persoon se laer vlak behoeftes gereeld bevredig word (Louw, 1990). Al die basiese behoeftes vorm die basis van die hiërargie en die behoeftes wat handel oor die mens se hoogste potensiaal is aan die bopunt. Elke vlak van die hiërargie is afhanklik van die vorige laer vlak. Die individu sal dus nie die tweede behoefte behaal as die eerste behoefte nie bevredig is nie.

Die vlakke sluit in :

- *Fisiologiese behoeftes*: dit sluit in die behoefte aan suurstof, water, voedsel, slaap, seks en vermyding van pyn.
- *Veiligheidsbehoefte*: volwassenes ervaar meestal slegs hierdie behoefte in tye van nood, terwyl kinders gereeld tekens van onsekerheid toon en 'n behoefte het om veilig te voel. Dit sluit in 'n veilige omgewing, stabiliteit en beskerming.
- *Behoeftes aan liefde en aanvaarding*: wanneer die fisiologiese en veiligheidsbehoefte vervul is, sal die individu die behoefte ontwikkel aan vriende, familie en affeksionele behoeftes in die algemeen.
- *Self-esteem behoeftes*: Maslow beskryf twee weergawes van self-esteem, 'n hoër en laer een. Die laer vlak is die behoefte aan respek van ander, die behoefte aan status, erkenning, aandag, waardering, waardigheid en reputasie. Die hoër vlak sluit in die behoefte aan self-respek, insluitende gevoelens soos selfvertroue, bevoegdheid, prestasie, bemeestering, onafhanklikheid en vryheid. Die negatiewe kant van hierdie behoefte is lae self-esteem en gevoelens van minderwaardigheid.
- *Self-aktualiseringsbehoefte*: Maslow sien self-aktualisering as 'n voortgesette proses. Dit sluit in die behoefte om jou potensiaal te vervul, om alles te wees wat jy kan wees. Self-geaktualiseerde mense is

probleemgeoriënteerd, positief oor die lewe en bewus van die noodsaaklikheid van persoonlike groei. Die basiese teorie is dat soos die individu meer self-geaktualiseer word, hy wyser word en outomaties weet wat om te doen in 'n wye verskeidenheid situasies.

Maslow (1954) beskryf die eerste vier vlakke as essensieel vir oorlewing. Selfs liefde en self-esteem is belangrik in die instandhouding van gesondheid. Hy meen dat hierdie behoeftes geneties in elke persoon "ingebou" is, soos instinkte. Elke individu beweeg stap vir stap deur die vlakke van die hiërargie. Die pasgebore baba se fokus is op die fisiologiese. Kort daarna ontwikkel 'n behoefte aan veiligheid en 'n behoefte aan liefde en aanvaarding volg. Daarna ontwikkel die behoefte aan self-esteem. In stresvolle situasies (byvoorbeeld wanneer die individu se lewe bedreig word) kan die individu regresseer na 'n laer vlak behoefte. As die kind dus ernstige probleme (byvoorbeeld die dood van 'n ouer, siekte en mishandeling) tydens sy ontwikkeling ervaar, kan hy volgens Maslow (1954) fikseer op daardie stel behoeftes vir die res van sy lewe.

Vervolgens sal Allport (1961) se siening van die selfkonsep bespreek word.

3.2.5.4 Allport

Gordon Allport, stigter van die Humanistiese skool van psigologie is veral bekend as 'n persoonlikheidspsigoloog, maar het met sy beskrywing van proprieale ontwikkeling ook 'n belangrike bydrae tot ontwikkelingspsigologie gelewer (Kaplan & Sadock, 1997). Die term propriaal, wat letterlik "die self" beteken, dui op sodanige sake wat die individu as sentraal, waardevol en intiem belewe. Allport (1961) glo dat 'n gevoel van self-waarde, 'n individu se enigste waarborg van sy persoonlike bestaan is. Die self ontwikkel deur 'n reeks stadiums, van bewustheid van die liggaam tot 'n self-identiteit.

Vervolgens sal Allport (1961) se beskrywing van die ontwikkeling van proprieale funksie verduidelik word:

- *Liggaamlike selfgevoel:* Die eerste propriale funksie wat ontwikkel is die gevoel dat “hierdie my liggaam is”. Die baba word geleidelik bewus van sy eie liggaam, onder meer as gevolg van kinestetiese ervarings en botsing met voorwerpe. Hierdie kennis van die liggaam brei met ervaring uit. Dit sluit mettertyd ‘n subjektiewe liggaamsbeeld in, asook kennis oor die liggaam se vermoëns en swakhede.
- *Selfidentiteit:* Dit is die individu se besef dat hy, ten spyte van veranderings wat hy gedurig ondergaan, dieselfde persoon bly. Hierdie funksie begin duidelik ontwikkel wanneer die kind, kort na sy tweede verjaarsdag sy eie naam leer ken en woorde soos “ek” en “my” begin gebruik. Die selfidentiteitsbesef word mettertyd duideliker en vorm ‘n deurlopende lyn deur die hele lewe.
- *Eiewaarde:* Allport (1961) beskou die gevoel van eiewaarde en trots as ‘n fundamentele behoefte van alle mense. Die kind begin teen drie of vierjarige ouderdom ‘n gevoel van trots op sy eie prestasies en vaardighede ontwikkel. Die gevoel van eiewaarde ontwikkel en verander dwarsdeur sy lewe, na gelang die individu ervarings opdoen en sy waardestelsel verander. Kinders se trots en gevoel van eiewaarde is meestal afhanklik van hul sukses op sport, akademiese en sosiale gebiede, of wat ook al vir die kind belangrik (propriaal) is.
- *Selfuitbreiding:* Vanaf vierjarige ouderdom begin die kind al hoe meer waarde heg aan sy besittings en ander sake buite homself. Hierdie “besittings” soos speelgoed, die gesinsmotor en sy ouers word in ‘n mate deel van homself. Hierdie selfuitbreiding gaan deur sy totale lewe aan en inkorporeer ook mettertyd ‘n verskeidenheid sake soos sy skool, taal, land, godsdiens en wêreldbeskouing. Allport (1961) is van mening dat die mens is wat hy liefhet.
- *Die selfbeeld:* In die kleuterjare begin die kind ‘n konsep van homself vorm. Hy word daarvan bewus dat hy oor sekere eienskappe beskik,

asook dat hy aan sekere eise van sy ouers behoort te voldoen. Verder vorm hy ook wense en ideale oor hoe hy graag sou wou wees. Hierdie drie aspekte van die self, naamlik die beeld van jouself “soos jy is”, “soos jy behoort te wees” en “soos jy graag wil wees” kristaliseer mettertyd duideliker uit. Elkeen ondergaan deur die lewensloop veranderinge, namate die persoon en die samelewingseise en -invloede verander.

- *Die rasionele self:* Teen ongeveer ses-jarige ouderdom begin die kind op 'n bewuste en toenemend formele wyse van rasionele denke gebruik maak. Rasionele funksies verbeter met ouderdom en opvoeding, en word mettertyd meer propriaal. Die kind beskou homself toenemend as 'n rasionele wese. Hy heg waarde aan sy insig in sake en neem besluite op grond van sy eie siening van sake, nie bloot omdat ander mense so sê nie.
- *Propriale self:* Die toppunt van propriale ontwikkeling word bereik wanneer die persoon vir homself langtermyn doelwitte en ideale stel. Hierdie punt word tydens adolessensie of later bereik. Baie mense bereik egter nooit hierdie punt nie. Allport meen dat die vermoë om jou eie lewe te beplan en te rig een van die belangrikste onderskeidende kenmerke van 'n optimaal ontwikkelde persoon is (Allport, 1961).

3.2.5.5 Bandura

Die gevoel van basiese bevoegdheid speel ook 'n belangrike rol in die ontwikkeling van die selfkonsep. Bandura (1977) verwys na hierdie gevoel van bevoegdheid as *self-effektiwiteit* (“self efficacy”). Dit is die individu se evaluasie van sy eie vermoëns om lewenssituasies te hanteer en sy eie oordeel van sy bekwaamhede om sekere take en aktiwiteite uit te voer.

Die konstruk self-effektiwiteit is grootliks deur Bandura ontwikkel en pas binne die raamwerk in van die sosiale konstruksie teorie. Elke individu het verwagtinge

oor sy eie vermoëns, en poog om aktiwiteite te vermy wat bo sy vermoëns is. As die kind glo hy kan goed lees, sal hy soek na geleenthede om te lees, en steeds volhou wanneer struikelblokke op sy pad kom. Maar as die kind glo hy is 'n swak leser, sal hy die aktiwiteit probeer vermy of sal vinnig moed opgee. Waargenome self-effektiwiteit beïnvloed dus die kind se keuse van aktiwiteit. Dit beïnvloed hoe hard hy sal probeer, en wat hy sal doen as daar struikelblokke is.

Volgens Bandura (1977) word verwagtinge bepaal deur:

- die sukses en mislukking wat in vorige situasies ervaar is,
- ander se sukses en mislukking in daardie situasie,
- die terugvoer wat elke individu van ander kry oor hoe suksesvol hy/sy sal wees, en
- die individu se eie interne fisiese toestand.

Kinders wat nie glo dat hul die verlangde effekte deur hul aksies sal kry nie, het weinig motivering om 'n aksie uit te voer of om te volhard in moeilike omstandighede (Bandura, Pastorelli, Barbaranelli & Caprara, 1991).

Self-oortuigings ontwikkel uit verskeie bronne:

- *Ervarings van bemeestering:* Die individu se eie ervarings van bemeestering is 'n belangrike bron in die ontwikkeling van sy self-effektiwiteitsoortuigings. As die individu sy eie aksies as suksesvol beskou, verhoog self-effektiwiteit, terwyl aksies wat as mislukking beskou word lei tot die verlaging in self-effektiwiteit.
- *Ervarings van bemiddeling:* Die individu word blootgestel aan sukses en mislukking van ander. Sosiale vergelyking en prestasies van ander het dus 'n impak op die vorming van die individu se self-persepsies van effektiwiteit.

- *Verbale oortuigings*: Dit behels die terugvoer wat die individu van ander kry rakende sy eie self-effektiwiteit. Positiewe terugvoer moedig mense aan en bemagtig hulle, terwyl negatiewe terugvoer self-oortuigings kan verswak.
- *Fisiologiese toestande*: Die individu kan ook 'n aanduiding kry van sy self-effektiwiteit deur te let op fisiologiese toestande soos moegheid, spanning, angstigheid en gemoedstoestande. Individue "lees" hulself en kan hul selfvertroue tydens 'n handeling aflei van die emosionele toestand wat hulle ervaar.

Selfkonsep en *self-effektiwiteit* word oor die algemeen onderskei op grond van spesifiekheid, waar self-effektiwiteit gesien word as meer spesifiek en konteksgebonde, terwyl selfkonsep as meer algemeen beskou word (Bandura, 1977).

3.2.6 Die rol van ander in die ontwikkeling van die selfkonsep

Psigoloë stem saam dat hoewel die middelkinderjare 'n relatief rustige periode is wat die fisiese ontwikkeling betref, hierdie tydperk van kritieke belang is vir die kind se kognitiewe, sosiale, emosionele en selfkonsepontwikkeling. Ontwikkeling op hierdie terreine stel hom in staat om steeds beter begrip van sy leefwêreld te vorm. Dit is 'n leefwêreld wat gestimuleer word deur die dramatiese uitbreiding van sy sosiale omgewing. Die ontwikkeling tydens middelkinderjare en veral die uitbreidings van ervarings, berei die kind deeglik voor vir die aanpassing en uitdagings van die adolessente jare wat gaan volg. 'n Ewewigtige ontwikkeling gedurende die middelkinderjare lê daarom 'n stewige fondament vir latere ontwikkeling (Louw, 1990).

Murray, Rose, Bellavia & Holmes (2002) is van mening dat gevoelens van selfwaarde 'n mate van verbintenis met ander reflekteer. Lae selfkonsep reflekteer 'n behoefte aan aanvaarding en interpersoonlike verbindings.

Mense met 'n lae selfkonsep het 'n groot behoefte aan aanvaarding van ander, en 'n intense behoefte om ingesluit te voel. Onvervulde behoeftes aan aanvaarding kan dus individue met lae selfkonsep sensitiseer ten opsigte van die sosiale leidrade in hul omgewings. Hulle sal dan hul energie fokus op die gebeurtenisse wat moontlik ander se goedkeuring sal wegdra.

Vir die doeleindes van hierdie studie is dit belangrik om te bepaal wat die doel van ander in die ontwikkeling van die selfkonsep is. Daar word ook bevraagteken watter persone in die kind se lewe die grootste invloed uitoefen, veral op die ontwikkeling van die selfkonsep. Uit verskeie literatuurbronne is dit duidelik dat verskillende bronne tydens verskillende fases van die kind se ontwikkeling belangrike invloede uitoefen. Tot ongeveer sewe jaar is dit meestal die ouers (veral ma) van wie die kind die meeste inligting oor homself kry. Hierna word die kind se klasonderwysers 'n belangrike bron van inligting vir die kind oor homself. Teen ongeveer nege jaar verskuif die fokus na die kind se portuurgroep. Wat ander kinders van die kind dink word nou die sterkste bron van die kind se siening van homself (Brown, 1998).

Vervolgens sal elkeen van hierdie groepe bespreek word.

3.2.6.1 Ouers

Rogers (1961) en Sullivan (1953) beklemtoon die noodsaaklike rol wat ouers speel in die ontwikkeling van 'n gevoel van eiewaarde in die kind. Wanneer kinders onvoorwaardelik aanvaar word deur hulle ouers, word hul in staat gestel om vir hulself positiewe self-agting te ontwikkel. Daarteen sal kinders wat slegs aanvaar word wanneer hulle aan sekere vereistes voldoen, hulself ook later net kan aanvaar wanneer hulle aan daardie vereistes voldoen (Rogers, 1961).

Die selfkonsep ontwikkel vanaf geboorte en aangesien die ouers die kind se primêre versorgers is, is die bydraes wat hulle maak ten opsigte van die selfkonsep van die baba, voorskoolse en skoolgaande kind van groot waarde

(Joseph, 1994). Dit is belangrik dat ouers gereeld positiewe terugvoer gee aan hul kinders, om sodoende hul selfkonsep te versterk. Kinders wat nooit positiewe terugvoer ontvang nie, dink dat die wêreld niks van hulle verwag nie. Kinders wat slegs negatiewe terugvoer ontvang, soos “dom, lui, onnosel” internaliseer hierdie aannames en voel onbevoeg. Verder is dit ook belangrik dat ouers duidelike en konsekwente boodskappe aan die kind oordra. Teenstrydige boodskappe lei tot verwarring by die kind (Harter, 1993).

Ouers moet kinders nie so oorbeskerm dat hulle nie hulle eie identiteit kan ontwikkel nie. Kinders moet eerder aangemoedig word om onafhanklikheid en kreatiwiteit te ontwikkel. Ouers moet goeie rolmodelle wees waarmee die kind kan identifiseer. Kinders leer om met hul persoonlike omgewings te identifiseer deur identifikasie en kontra-identifikasie (Harter, 1993). Bandura (1995) meen dat ouers met sterk oortuigings van hul eie self-effektiwiteit, 'n positiewe invloed het op die ontwikkeling van vermoëns of bemeesteringsvaardighede by hul kinders. Samuels (1977) glo dat die ouers se houdings teenoor hulself en hul kind 'n belangriker rol speel in die opvoeding van die kind, as spesifieke opvoedingsprosesse.

3.2.6.2 Onderwysers en die skoolomgewing

Die kind se onderwysers en skoolomgewing speel ook 'n belangrike rol in die ontwikkeling van 'n positiewe selfkonsep. Die onderwyser speel nie net 'n sentrale rol in die skoolgaande kind se leerervaring nie, maar vervul 'n belangrike rol in feitlik alle fasette van sy ontwikkeling. Hy fasiliteer leer, leer die kind sosiale vaardighede aan, bevorder self-ondersoek by die kind en verbreed die kind se leefwêreld (Louw, 1990). Tydens skoolure kan die kind kenmerke van positiewe selfkonsep aanleer, soos om ander te vertrou, onafhanklik te raak, nuwe belange te eksploreer en nuwe vermoëns te ontwikkel (Joseph, 1994).

Bandura (1995) voel ook dat opvoedingsfaktore by skole 'n belangrike rol speel in die ontwikkeling van self-effektiwiteit by die kind. Kinders met laer

self-effektiwiteit ten opsigte van akademiese prestasie, ervaar dikwels verwerping van hul portuurgroep. Onderwysers se self-esteem oortuigings speel ook 'n belangrike rol in die ontwikkeling van die kind se oortuigings. Onderwysers wat in hul eie vermoëns glo om te onderrig, skep toestande in die klaskamer wat self-gerigte vaardighede bou.

Met sy toetrede tot die skool vind daar 'n drastiese verandering tot die kind se lewe plaas. Alhoewel die huis nog steeds die primêre invloedssfeer vir die kind is, oefen die skool tydens die middelkinderjare 'n baie belangrike invloed op die ontwikkeling van die kind uit (Louw, 1990). Onderwysers moet in gedagte hou dat kinders nie hul selfvertroue kan ontwikkel deur slegs eenvoudige take uit te voer in skoolverband nie. Kinders moet leer om risikos te neem en soms te sukkel om uiteindelik te beseef dat hul wel iets kan vermag wat hul voorheen gedink het onmoontlik is. Dit is juis dan wanneer hulle selfvertroue begin ontwikkel (Elkind, 1981).

Die hedendaagse skoolomgewing is baie kompetender en dit is bykans onmoontlik vir die kind om produktief te funksioneer in die skool, voordat hy nie geleer het om met kompetisie te cope nie. Die kind moet dus leer om kompetender te wees, maar moet ook soms kan verloor, sonder om soos 'n mislukking te voel (Louw, 1990). Kinders wat kan verloor sonder om soos 'n mislukking te voel, is besig om te groei in die proses.

Volgens Elkind (1981) sal kinders wat in die voorskoolse jare reeds 'n redelike mate van sosiale ondervinding opgedoen het, emosionele sekuriteit ervaar. Kinders wat 'n mate van onafhanklikheid van die ouers ontwikkel het, en wat oor outonomie beskik om hul aggressiewe impulse te kan beheer, sal makliker in die skool aanpas as kinders wat nog onseker van hulself is en buite die gesinsverband nog weinig sosiale ondervinding opgedoen het.

Erikson (1959) beskou die laerskooltydperk as die tydperk wanneer kinders, afhange van hul ervarings, gevoelens van arbeidsaamheid teenoor minderwaardigheid ontwikkel. Wanneer kinders tydens vroeë skooljare ondersteuning en aanmoediging van hul ouers en onderwysers kry, ontwikkel

werkywer. Hierdie stelling sluit aan by die werk van Harter (1993), wat van mening is dat hoe meer sosiale ondersteuning kinders glo hulle ontvang, hoe hoër sal hulle self-esteem wees. Kry hulle egter nie voldoende ondersteuning en aanmoediging nie, en is hulle nie in staat om die vereistes wat die skoolomgewing stel te hanteer nie, kan gevoelens van minderwaardigheid ontwikkel. Die ervarings wat kinders dus vroeg in hul skoolloopbaan beleef, kan 'n direkte invloed op hul siening van hul eie vermoëns uitoefen en hul selfkonsep positief of negatief beïnvloed.

Bedell *et al.* (soos aangehaal uit Piers, 1984) stel die hipotese dat lewensstressors 'n belangrike faktor is in die psigologiese funksionering van die chroniese siek kind. Hulle fokus op die selfkonsep van 45 chroniese siek kinders wat 'n drie-week kamp bygewoon het. Die kinders se ouderdomme strek vanaf ses tot vyftien jaar. Die Social Readjustment Rating Scale (Holmes & Rahe, soos aangehaal uit Piers, 1984) is afgeneem en die resultate is gebruik om die kinders in lae en hoë stres groepe te verdeel. Die lae stres groep is vergelykbaar met vlakke behaal deur die normatiewe voorbeelde, terwyl die hoë stres groep bo-gemiddelde resultate getoon het. Die tipes chroniese siektes is eweredig versprei tussen die lae stres groep en die hoë stres groep. Verskille tussen die groepe reflekteer dus verskille wat voortspruit uit resultate van lewensstressors, en nie die tipe siektetoestand self nie. Die kinders se tellings op die Piers Harris totale skaal is vergelyk en die lae stres groep het aansienlik hoër selfkonsep getoon ten opsigte van die totale telling en alle subskale, behalwe angs. Hierdie resultate dui dus aan dat omgewingsfaktore die psigologiese aanpassing van die chroniese siek kind beïnvloed (Piers, 1984).

3.2.6.3 Portuurgroepverhoudings

Murray *et al.* (2002) is van mening dat gevoelens van self-waarde 'n mate van verbintenis met ander reflekteer. Lae selfkonsep reflekteer 'n behoefte aan aanvaarding en interpersoonlike kontak. Kinders met 'n lae selfkonsep het 'n groot behoefte aan aanvaarding van ander nodig, en het 'n intense behoefte

om “ingesluit” te voel. Onvervulde behoeftes aan aanvaarding kan dus die individu met ‘n lae selfkonsep sensitiseer ten opsigte van die sosiale leidrade in sy omgewing. Hy sal dan tipies sy energie fokus op gebeurtenisse wat moontlik ander se goedkeuring sal wegdra.

Volgens Harter (1986) word sosiale vergelykings van kleins af gebruik om die self te evalueer. Die wyse waarop die kind behandel word deur ander kinders in hul ouderdomsgroep het ‘n belangrike invloed op die ontwikkeling van die selfkonsep. Faktore soos liggaamlike voorkoms, lidmaatskap aan minderheidsgroepe en prestasie speel ‘n belangrike rol by die wyse waarop die kind deur sy portuurgroep aanvaar word. Verskeie studies bevind dat portuurgroepviktimsiering geassosieer kan word met laer selfwaarde in kinders. Joseph (1994) en kollegas bevind dat kinders wat hoë vlakke van viktimsiering rapporteer ook laer vlakke van selfwaarde rapporteer op die Harter skaal (Grills & Ollendick, 2002).

Volgens Louw (1990) ontwikkel kinders in die middelkinderjare ‘n sensitiwiteit vir ander mense, wat meebring dat hul ook daarvan bewus word dat hulle deur ander waargeneem word en dat mense op grond van hul waarneming sekere afleidings maak wat hul optrede teenoor die kind kan beïnvloed. Kinders beseef dus dat hul deur hul gedrag sekere reaksies van ander kan uitlok. Hierdie ontwikkeling bring mee dat kinders op hierdie stadium al baie beter toegerus is vir die eise wat sosiale deelname aan hulle gaan stel.

Ook Leonetti (1980) is van mening dat self-esteem ‘n baie belangrike funksie vervul in die kind se interpersoonlike verhoudings. Omdat die mens ‘n intense behoefte het om te behoort, sal verwerping deur ander moontlik lei tot die verswakking van die individu se selfkonsep. Mense met ‘n lae selfkonsep bevredig in ‘n mate hul begeerte vir selfverheffing deur indirekte metodes, soos om te assosieer met ander wat suksesvol is (Brown, 1998). Elke individu se interpersoonlike verhoudings word dus beïnvloed deur hul eiewaarde of self-esteem. Daarom sal ‘n individue met ‘n lae selfkonsep moontlik versigtig wees in sosiale interaksies, omdat hulle minder positiewe bronne het om op terug te val.

In sy spel ontdek die kind homself feitlik in alle opsigte. Spel is dus belangrik in die ontwikkeling van die kind se selfkonsep. Hy leer homself dus identifiseer as seun of meisie, mooi of onaantreklik, slim of dom. Hy leer dit alles op grond van sy eie gedrag en die terugvoer van ander en kry sodoende 'n goeie idee van sy vaardighede en swakhede, asook van ander mense se evaluering daarvan (Louw, 1990).

3.2.7 Die rol van temperament

Die kind se houding teenoor homself word nie uitsluitlik gevorm deur sy ervarings nie. Kinders ontwikkel hul eie temperament in die proses. Temperament is soos persoonlikheid: sommige kinders word optimisties, pessimisties of besluiteloos "gebore". As gevolg hiervan is hulle meer geneig om te glo dat hul "goed" of "sleg" is, of is hul meer onseker van hulself. Dit is dus duidelik dat hierdie onderliggende temperament van die kind ook beïnvloed hoe hy oor homself dink en voel (Murray, 2002).

Uit bogenoemde bespreking is dit dus duidelik dat die ontwikkeling van die kind se selfkonsep deur verskillende faktore beïnvloed word. 'n Negatiewe ervaring met ouers, onderwysers of die portuurgroep kan blywende skade aanrig in terme van hoe die kind oor homself voel.

3.2.8 Samevattend

Uit bogenoemde bespreking is dit duidelik dat die ontwikkeling van 'n positiewe selfkonsep kort na geboorte begin en dwarsdeur die lewensloop voortduur. Ouers en onderwysers het dus geleenthede om kinders se positiewe selfkonsep te help ontwikkel. 'n Positiewe selfkonsep is een van die waardevolste geskenke wat ouers en opvoeders aan die kind kan gee. Alhoewel dit soms tyd en geduld verg, is die resultate van 'n positiewe selfkonsep absoluut die moeite werd.

In die volgende gedeelte van die hoofstuk sal daar op coping gefokus word.

3.3 Coping

Vervolgens sal coping bespreek word. Daar sal veral gefokus word op die definiëring en omskrywing van coping, die klassifikasie van verskillende copingstrategieë, asook die verskillende faktore wat die coping van die kind beïnvloed.

Volgens Band en Weisz (1988) is dit algemeen bekend dat kinders stres ervaar, maar die samelewing het verbasend min kennis rakende die aard van stres en coping by meeste kinders in alledaagse lewenssituasies. Carson en Bittner (1994) sluit hierby aan en voel ook dat meeste navorsing rakende stres by kinders fokus op die maniere waarop kinders reageer op stresvolle gebeure en daaglikse probleemsituasies, die negatiewe effekte van stres op kinders, asook verskeie faktore wat bydrae tot weerbaarheid (beskermende faktore) en kwesbaarheid (kwesbaarheidsfaktore).

Die meerderheid van die navorsing rakende stres en coping betrek volwassenes. Volwasse navorsing kan nie presies aandui hoe kinders op stres reageer nie, maar verskaf wel konseptualiserings wat navorsing oor kinders en coping kan lei. Vir die doeleindes van hierdie studie sal daar dus van literatuur gebruik gemaak word wat navorsing rakende kinders, maar ook volwassenes gebruik.

3.3.1 Definiëring en omskrywing van coping

Die betekenis van die term “coping” het gedurende die afgelope aantal jare gereeld verander. Coping is ‘n konstruk wat deur verskeie navorsers gebruik word, maar definisies van coping varieer na gelang van verskillende teoretiese perspektiewe.

Vervolgens sal verskillende outeurs se definisies van coping gegee word:

Lazarus en Folkman (1984) definieer coping as voortdurend veranderende kognitiewe en -gedragspogings, om situasies wat as potensieël stresvol of gevaarlik beleef word, te bemeester, te verminder of te verdra (interaksionele perspektief).

Volgens Kleinke (1998) het hierdie definisie drie sleutelkomponente:

1. Dit impliseer dat coping 'n sekere hoeveelheid beplanning en inspanning vereis.
2. Dit veronderstel nie noodwendig dat die uitkoms van 'n coping respons altyd positief sal wees nie.
3. Dit beklemtoon dat coping 'n proses is wat oor 'n tydperk plaasvind.

Skinner en Wellborn (1994) definieer coping as 'n organisatoriese konstruk, wat beskryf hoe mense hul eie gedrag, emosies en motivering reguleer ten spyte van psigologiese nood (motiveringperspektief).

Bothma (1999) beskou coping as verskillende perseptuele, kognitiewe of gedragsresponse waardeur gepoog word om situasies wat as moeilik, pynlik, bedreigend, en oorskrydend van bronne (interne of eksterne eise) geëvalueer/getakseer word, te oorleef, te vermy of te kontroleer, of om die interpretasie van die gebeure of konsekwensies daarvan te beïnvloed.

Vanuit die behavioristiese perspektief word coping beskryf as die mate waarin die individu sekere stressors kan hanteer, terwyl die psigoanalitiese perspektief coping beskou as die onbewuste verdediging van die individu teen stres (Anon, 1999).

3.3.2 Klassifikasie van tipes copingstrategieë

Die verskillende copingstrategieë wat deur die individu gebruik word sal vervolgens beskryf word. Hierdie strategieë kan individueel of in verskeie kombinasies aangewend word. Copingstrategieë kan gedefinieer word as die response wat die persoon gewoonlik aanwend in reaksie op 'n bedreiging. Dit is dus 'n reeks response wat 'n persoon meestal verkies om te gebruik in die spesifieke situasie (Kleinke, 1991). Volgens Moos en Schaefer (1993) kan hierdie strategieë nie as reg of verkeerd geklassifiseer word nie, aangesien strategieë wat effektief is in een situasie, nie noodwendig effektief sal wees in 'n ander nie.

Lazarus en Folkman (1984) beskryf copingstrategieë as response op sekere situasies wat as stresvol geëvalueer (getakseer) word. Hul onderskei tussen twee tipes taksering:

- *Primêre taksering:*

Wanneer die individu blootgestel word aan potensiële gevare of stresvolle situasies, vra hy homself onmiddelik af of hy in gevaar verkeer. Die wyse waarop ons lewensgebeure evalueer of takseer (positief, negatief of neutraal), het 'n groot invloed op ons emosies en gevoelens. Primêre taksering betrek fisiese en psigologiese welstand.

- *Sekondêre taksering:*

Sekondêre taksering kom voor wanneer die individu homself afvra of daar enigiets is wat hy kan doen aan 'n lewenssituasie wat hy as stresvol beleef. Die proses van sekondêre taksering hang grootliks af van die individu se bevoegdheid, bemeestering van die situasie en self-esteem. In die meeste gevalle sal die individu se sekondêre taksering sekere stappe uitlig wat geneem moet word om die situasie beter te hanteer. Sekondêre en primêre taksering het beide 'n impak op die wyse waarop jy op 'n uitdaging sal reageer.

Lazarus en Folkman (1984) onderskei verder tussen probleem-gefokusde en emosie-gefokusde coping:

Met *probleem-gefokusde coping* poog die individu om die stressor te verwyder deur te soek na oplossings vir probleme (byvoorbeeld om medikasie te gebruik wat die siektesimptome kan verlig). Hierdie strategieë kan na binne of buite gerig wees. Probleem-gefokusde strategieë wat na buite gerig word fokus op die verandering van 'n situasie of gedrag van ander. Probleem-gefokusde strategieë wat na binne gerig word behels die coping wat die individu aanwend om sy persoonlike behoeftes en verhoudings te heroorweeg en nuwe copingvaardighede aan te leer.

In *emosie-gefokusde coping* fokus die individu op die hantering van sy eie emosies in respons op 'n probleem. Dit is veral belangrik in situasies waar die uitkoms nie beheerbaar is nie. Voorbeelde sluit in: uitdrukking van gevoelens en soeke na ondersteuning van ander.

Navorsing toon dat kinders se gebruik van emosie-gefokusde coping oor die algemeen toeneem met ouderdom. Ouer kinders gebruik 'n groter verskeidenheid copingresponse en fokus meer op die positiewe faktore wat met die stressor geassosieer word (Band & Weisz, 1988). Die vermoë om te onderskei tussen beheerbare en nie-beheerbare stresvolle situasies neem ook toe met ouderdom, en speel 'n belangrike rol by effektiewe coping (Wolchick & Sandler, 1997).

Volgens Joseph (1994) sal die effektiwiteit van die kind se copingvaardighede afhang van die omvang van die probleem, asook sy eie vermoë tot buigbare denke. Die vermoë om 'n situasie vanuit verskeie perspektiewe te beskou, word beskryf as kognitiewe buigzaamheid. Kognitiewe buigzaamheid versterk ons vermoë tot weerbaarheid, deurdat dit die oorweging van verskeie strategieë toelaat. Verskeie navorsers, insluitende Lazarus en Folkman (1984) beklemtoon die belangrikheid van buigbare denke in die vermindering van stres.

Moos (1993) onderskei tussen 8 tipes coping response:

- *Logiese analise:*

Hierdie kategorie dek kognitiewe strategieë waar die individu poog om die stressor te verstaan en homself voor te berei vir die stressor en moontlike gevolge daarvan. Die individu gee aan een aspek van die krisis op 'n slag aandag en breek dus oorweldigende probleme op in klein, potensieël hanteerbare deeltjies.

- *Positiewe herdefiniëring:*

Dit sluit in kognitiewe strategieë waar die individu die basiese realiteite van die situasie aanvaar, maar dit herstruktureer om iets positiefs daaruit te verkry. Voorbeelde sluit in: wanneer die persoon homself oortuig dat dinge erger kon gewees het, homself sien in 'n positiewe posisie in vergelyking met ander, of fokus op iets positiefs wat uit die krisissituasies kan ontwikkel.

- *Soeke na ondersteuning:*

Hierdie vaardigheid behels die inwin van inligting oor die krisis, oorweging van verskeie opsies en hul moontlike uitkomst.

- *Probleemoplossing:*

Hierdie kategorie sluit gedragspogings in waar die individu aksie neem en die probleem direk aanspreek.

- *Kognitiewe vermyding:*

Dit sluit in kognitiewe pogings om realistiese denke oor die probleem te vermy. Die individu minimaliseer of vermy dus die ernstigheid van die krisis. Hierdie vermyding kan gemik wees op die krisis self of op die langtermyn implikasies.

- *Aanvaarding:*
Hierdie vaardigheid sluit kognitiewe pogings in, soos om op die probleem te reageer deur dit te aanvaar. Die individu besef dus dat die basiese omstandighede nie kan verander nie.
- *Soeke na alternatiewe belonings:*
Hierdie kategorie behels gedragspogings waar die individu betrokke raak in ander aktiwiteite en alternatiewe bronne van satisfaksie probeer skep. Die individu poog dus om sy verliese te vervang deur sy aktiwiteite te verander en nuwe bronne van satisfaksie te ontwikkel.
- *Emosionele ontlasting:*
Hierdie kategorie behels gedragspogings waar die individu poog om spanning te verminder deur negatiewe gevoelens uit te druk. Die persoon sal dus openlik sy gevoelens van hartseer of woede uitdruk, deur byvoorbeeld hardop te skree wanneer hy kwaad is of te huil wanneer hy hartseer is.

Beide Moos (1993) en Kleinke (1991) is van mening dat hierdie strategieë selde eksklusief gebruik word. Individue wat die beste cope, is diegene wat oor 'n battery copingstrategieë beskik en wat buigsaam is om hul response by die situasie aan te pas.

3.3.3 Ander faktore wat die coping van die kind beïnvloed

Vervolgens sal die belangrikste persone wat 'n invloed uitoefen op die coping van die kind, bespreek word. Hulle sluit in die ouers, sibbe, onderwysers en die kind se portuurgroep. Die invloed van die kind se eie temperamentele eienskappe op sy coping word ook bespreek.

3.3.3.1 Ouers

Kleinke (1991) beklemtoon die belangrikheid daarvan dat ouers kinders die geleentheid moet bied om nuwe dinge te ontdek, en hul te leer dat hulle 'n invloed op hul eie sosiale en fisiese omgewing kan hê. Deur dinge vir die kind te maklik te maak, leer die ouers die kind indirek om hulpeloos te wees. Dit is belangrik dat die kind leer om uitdagings op sy eie te bemeester en struikelblokke self te oorkom. Dit is deur hierdie proses wat die kind leer hoe om betekenisvolle doelwitte te stel en die vermoë ontwikkel om mislukkinge te verwerk.

Bowlby (1973) is van mening dat wanneer die kind bedreig voel deur iets, soos byvoorbeeld 'n siektetoestand, is hy/sy geneig om na 'n beskermende figuur te soek, van wie hy/sy ondersteuning kan ontvang. Slegs dan voel die kind vry om nuwe dinge te begin eksploreer. Hierdie rol word meestal deur die kind se ouers vervul. Binne die konteks van onsekerheid is deurlopende toegang tot hierdie persoon van uiterste belang om sodoende die kind in staat te stel om aan te pas by sy veranderende situasie.

3.3.3.2 Sibbe

Positiewe verhoudings met sibbe kan volgens Wolchik en Sandler (1997) op die volgende wyses bydrae tot gesonde coping by die kind:

- Kinders leer om te onderskei tussen toepaslike en ontoepaslike aggressiewe gedrag deur in konfliktsituasies met sibbe betrokke te raak.
- Sibbe kan dien as stresbuffers vir mekaar wanneer die ouers nie beskikbaar is nie.
- Ondersteuning van, en samewerking met sibbe verhoog gevoelens van self-effektiwiteit wat ook lei tot verhoogde coping.

3.3.3.3 Onderwysers en die skoolomgewing

Stressors in skoolverband kan baie vorme aanneem. Akademiese prestasie kan byvoorbeeld gelyk gestel word aan die kind se gevoel van selfwaarde. Onderwysers wat onnodige druk op die kind plaas om te presteer en hom forseer om soos 'n volwassene op te tree, kan sy kwesbaarheid verhoog (Carson & Bittner, 1994).

Groepsdruk om aan te pas by die portuurgroep, asook druk om te vinnig "groot te word" kan ook sommige kinders nadelig beïnvloed. Volgens Wolchik en Sandler (1997) lei sosiale verwerping en isolasie tot moontlike gedragsprobleme, vroeë skoolverlating en geestesgesondheidsprobleme by kinders.

3.3.3.4 Temperamentele eienskappe van die kind self

Carson en Bittner (1994) glo dat die kind se eie temperamentele eienskappe sy coping gedrag op verskeie maniere affekteer:

- Verhoog of beperk sy omvang van potensiële response.
- Beïnvloed die tipes situasies wat die kind as stresvol ervaar.
- Beïnvloed ander se persepsies oor, en response teenoor die kind.

Temperamentele eienskappe wat algemeen as meer problematies beskou word, sluit byvoorbeeld in: swak aanpassingsvermoë tot verandering, onvoorspelbaarheid van gedrag, hoë intensiteit van reaksie en negatiewe gemoedskwaliteit, en word geassosieer met die ontwikkeling van aanpassingsprobleme, leerprobleme en psigopatologie. Hierdie kinders kan moontlik ook meer vatbaar wees vir stresvolle lewensgebeure (Carson & Bittner, 1994).

3.3.4 Coping as komponent van psigologiese weerbaarheid

Volgens Joseph (1994) is self-esteem nie die enigste faktor verantwoordelik vir die ontwikkeling van 'n gesonde en produktiewe persoonlikheid nie. 'n Individu benodig ook weerbaarheid, die "gom" wat ons laat funksioneer wanneer ons gekonfronteer word met uitdagings en moeilike situasies. Dit is die houdings, coping gedrag en persoonlike sterktes wat uitstaan in diegene wat goed aanpas by veranderinge wat deur sekere lewenssituasies verlang word. Joseph (1994) gebruik die volgende definisie vir weerbaarheid: "the ability to bounce back from a bad or difficult situation".

Volgens Joseph (1994) is daar vier eienskappe wat algemeen voorkom by weerbare kinders:

1. Weerbare kinders het 'n deelnemende benadering tot probleemoplossing, eerder as 'n passiewe benadering.
2. Weerbare kinders besit die vermoë om hul ervarings op positiewe en konstruktiewe maniere uit te druk.
3. Weerbare kinders is goedgeaard en kom oor die algemeen goed met ander oor die weg.
4. Weerbare kinders ontwikkel vroeg in hul lewens 'n houding dat die lewe sinvol is en dat elke individu beheer het oor gebeure in sy eie lewe.

3.4 Selfkonsep en coping by kinders met chroniese siektetoestande

Aangesien hierdie studie hoofsaaklik fokus op die selfbeeld en coping van kinders met allergieë ('n chroniese siektetoestand), sal laasgenoemde twee komponente van psigologiese weerbaarheid by kinders vervolgens bespreek word, deur spesifiek te fokus op die chroniese siek kind.

3.4.1 Omskrywing van allergieë as chroniese siektetoestand

'n Chroniese siekte is 'n kondisie wat vir meer as drie maande voortduur. Alhoewel chroniese siektes kanker en ander lewensbedreigende kondisies insluit, val allergieë en asma ook in die chroniese kategorie. Kinders met chroniese siektes word nie slegs fisies beïnvloed nie, maar ook op emosionele en sosiale vlakke. Die kind kan byvoorbeeld vir langer periodes van die skool afwesig wees en sodoende agter raak met sy werk, en ook uitmis op sosiale aangeleenthede. Dit is dus 'n groot uitdaging vir kinders met allergieë om 'n positiewe houding te behou ten spyte van al die struikelblokke (Perkel, 2000).

Elke kind reageer verskillend op die nuus van 'n chroniese siekte. Kinders bevraagteken soms hul doelwitte en ideale, en ontwikkel ook gevoelens van angstigheid. Verdere gevoelens wat ervaar kan word sluit in woede, verlies, rou en ontkenning. Een van die vrese wat kan ontstaan, kan moontlik verband hou met die behandeling van die allergie. Die kind kan homself bekommer oor die moontlike pyn wat met die behandeling gepaardgaan, asook met inmenging in vriendskappe, skoolwerk en die kostes verbonde aan die medikasie. Al verloop alles goed tydens die behandeling, kan die kind steeds hartseer en kwaad voel en die vraag vra: "hoekom ek?" Dit is belangrik dat die ouers die kind daaraan moet herinner dat die allergiese toestand nie 'n straf is vir iets wat hy/sy verkeerd gedoen het nie (Perkel, 2000).

3.4.2 Faktore wat die chroniese siek kind se copingvermoë beïnvloed

Volgens Patterson en Blum (1996) word chroniese siektetoestande meestal beskou as 'n bedreiging en 'n las waarmee die kind moet saamleef. Copingresponse word geaktiveer om hierdie negatiewe gevoelens te verminder of te verwyder. Kognitiewe copingstyle kan verdeel word in ontkenning en rasionalisering, terwyl affektiewe copingresponse vrees, skuld,

angstigheids, hulpeloosheid en verwerping insluit. Gedrags-copingstrategieë sluit in vermyding, hulpelose afhanklikheid en nie-aktiewe deelname.

Die copingvermoë en aanpassing van die chroniese siek kind word deur verskeie faktore beïnvloed. Risikofaktore hou met die siekte verband, terwyl weerstandsfaktore met die kind self verband hou. Alhoewel daar geen een tot een verhouding is tussen enige spesifieke risikofaktor en 'n spesifieke uitkoms nie, sluit die areas wat 'n invloed het die volgende in:

- *Die graad waartoe die siektetoestand die kind se funksionering beïnvloed*
Dit blyk dat funksionele onvermoë die risiko van psigologiese probleme verhoog. Die verhouding word egter gekompliseer deur ander faktore. Die hipotese word gemaak dat die aanwesigheid van siekte kan bydra tot die verhoogte psigologiese funksionering, omdat die onvermoë om die kondisie te ontken of weg te steek, die kind kan noodsaak om aan te pas by sy omstandighede en sy status te aanvaar.

- *Aard van die siektetoestand*

Die ernstigheid en verloop van die siekte, asook die direkte lewensbedreiging, beïnvloed ook die psigologiese uitkomst.

- *Tipiese mediese prosedures en vorige hospitaal ervaringe*

Direkte intervensies – pynlik of nie – asook hoe gereeld en waar hul uitgevoer word speel ook 'n belangrike rol in die manier waarop die chroniese siek kind cope.

- *Inmenging met nie-siekte verwante aspekte van die kind se lewe*

Dit kom gereeld voor dat 'n siektetoestand ander areas van die kind se lewe affekteer. Afwesigheid van skool kom algemeen voor, wat kan lei tot probleme ten opsigte van akademiese verpligtinge.

- *Familiefunksionering*

Die kind word verder beïnvloed deur die manier waarop die familie funksioneer, asook deur die effek van die siektetoestand op die familie.

Ouers, sibbe, grootouers en ander familielede toon sekere reaksies tot die siekte, wat die kind weer indirek beïnvloed. Ouers se emosionele welstand en copingstyle affekteer die kind direk, omdat die ouer as rolmodel dien vir die kind en die ouer se gedrag die familieomgewing kan verander. Huweliksprobleme en familiefunksionering kan dus positief of negatief deur die siekte beïnvloed word, maar siekte alleen veroorsaak nie noodwendig langdurige familieprobleme nie.

Die algemene idee is dat die kind die beste funksioneer wanneer die familie buigbaar en ondersteunend is, en wanneer kommunikasie oop en duidelik is.

- *Individuele karaktereienskappe en interne hulpbronne van die kind*

Die kind se persoonlikheid voor die aanvang van die siekte, sy funksionering en sy copingvermoëns is in interaksie met die siekte-verwante situasie, en affekteer die vlak van bekommernis en gevoel van nood by die kind.

- *Demografiese veranderlikes soos ouderdom, geslag en sosiale klas*

Hierdie veranderlikes het dikwels 'n invloed op die aanpassings, psigiatriese- en -gedragsprobleme by die kind. Dit beïnvloed ook die keuse en uitkoms van die copingvaardighede wat gebruik sal word.

- *Eksterne bronne en ondersteuningsisteme*

Toepaslike ondersteuning van die buitewêreld kan 'n positiewe effek hê op die kind se aanpassing, en hou verband met persoonlike, finansiële en geografiese faktore (Patterson & Blum, 1996).

Suksesvolle coping verhoog wanneer fisiese gesondheid geoptimaliseer word. Ontspanningsoefeninge, gebalanseerde voeding en oefening dra positief by tot fisiese gesondheid en effektiewe coping (Joseph, 1994).

3.5 Samevattend

Uit bogenoemde bespreking is dit dus duidelik dat verskeie faktore as stressors kan dien in die kind se lewe. Die aanleer van copingvaardighede is dus belangrik in die opbou en instandhouding van weerbaarheid. Stressors is soms egter so oorweldigend dat selfs die mees weerbare individu dit moeilik vind om te cope en die bystand van ander benodig. Hierdie gedrag is egter nie 'n teken dat die kind sukkel om te cope of 'n mislukking is nie. Die besef dat jy hulp nodig het is op sigself 'n goeie copingvaardigheid.

Hoofstuk 4

METODE VAN ONDERSOEK

4.1 Inleiding

In hierdie hoofstuk sal die metode van die empiriese ondersoek uiteengesit word. Dit sluit in: 'n gedetailleerde uiteensetting van die navorsingsontwerp, ondersoekgroep, meetinstrumente, asook die prosedure gebruik in die analisering van die data.

4.2 Metode van ondersoek

4.2.1 Navorsingsontwerp

Vir die doeleindes van hierdie studie is daar van 'n eenmalige dwarsdeursnitontwerp gebruik. Hierdie ontwerp behels dat data op 'n spesifieke tyd ingesamel word, terwyl data op verskillende tye ingesamel word met die longitudinale ontwerp. Die voordeel van die eenmalige dwarsdeursnitontwerp is dat die maksimum inligting in 'n relatief kort periode ingesamel word, terwyl die gebruik van 'n longitudinale ontwerp baie meer tydrowend en arbeidsintensief sal wees (Coetzee, Visser, Van Lill, Van Niekerk & Van Staden, 1990).

4.2.2 Onderzoekgroep

- **Studiepopulasie**

Die populasie bestaan uit kinders in hul laat-middelkinderjare (9-13 jaar) wat uit beskikbare skole in Vaalpark (Vrystaat), Potchefstroom (Noordwes), Johannesburg (Gauteng), Bloemfontein (Vrystaat), Kroonstad (Vrystaat) en

Badplaas (Mpumalanga) geïdentifiseer is om die steekproef so divers moontlik te maak. Die seleksie van beskikbare skole was sodanig dat verskeie sosio-ekonomiese substrata en taalgroepe verteenwoordig is en alle bevolkingsgroepe ingesluit is. Uit die beskikbare geïdentifiseerde skole is ongeveer 1000 kinders genader. Verskeie navorsers het meegewerk ten einde die data in te samel. Die Piers Harris Children's Self-Concept scale (PH) is deur 'n totaal van 287 kinders met allergieë en 627 kinders sonder allergieë voltooi. Daar is 217 Stress Response Scale (SRS) vraelyste van die allergiese groep en 437 van die groep sonder allergieë gebruik in die huidige studie. Die finale getalle van die kinders met allergieë wissel tussen 217 en 287 terwyl die kinders sonder allergieë wissel tussen 437 en 627.

- **Steekproef**

Tydens die steekproeftrekking is klaslyste gebruik om Gr 4 tot Gr 7 leerlinge te selekteer. Die hoeveelheid leerlinge wat uit elke graad getrek is, was proporsioneel tot die gewig wat die groep gedra het ten opsigte van die studiepopulasie by die betrokke skool. Vervolgens is daar aan die geïdentifiseerde groep toestemmingsbriewe gestuur. Hulle is dan in die studie ingesluit op grond van hul gewilligheid om aan die studie deel te neem.

4.3 Meetinstrumente

Afrikaanse sowel as Engelse weergawes van die volgende toetse is vir die doeleindes van hierdie studie gebruik:

- ◆ **Toetsbattery vir kinders**

- 'n Biografiese vraelys
- Die Piers Harris Children's Self-Concept Scale (PH)

◆ **Toetsbattery vir ouers**

- Die Stress Response Scale (SRS)
- Mediese vraelys

4.3.1 Biografiese vraelys

◆ **Rasionaal**

Met behulp van 'n biografiese vraelys is biografiese besonderhede wat vir die ondersoek benodig is, ingesamel. Die huidige studie het gebruik gemaak van die inligting met betrekking tot die ouderdomme van die deelnemers.

◆ **Aard, administrasie en interpretasie van die vraelys**

Hierdie vraelys sluit vrae in rakende ouderdom, geslag, etniese groep, moedertaal, onderwystaal, skoolloopbaan en gesinsomstandighede. Die vraelys bestaan uit twaalf vrae waarvan die leerlinge telkens die toepaslike alternatief in die toepaslike ruimte moes invul. Die vrae is gekodeer ten einde nasien en data-verwerking te fasiliteer.

◆ **Betroubaarheid en geldigheid**

Geen betroubaarheids- en geldigheidsindekse is geïdentifiseer ten opsigte van hierdie vraelys nie, aangesien dit spesifiek vir die huidige ondersoek ontwerp is en slegs ten doel gehad het om biografiese besonderhede in te samel.

◆ **Motivering vir keuse en gebruik**

Vir die doeleindes van die studie was sekere biografiese gegewens van belang vir die navorser. Gevolglik is hierdie instrument geselekteer ten einde die huidige navorser in staat te stel tot 'n fyner ontleding van sodanige aspekte.

4.3.2 Piers Harris Children's Self-Concept Scale: (Piers, 1984)

◆ **Rasionaal:**

Die Piers Harris Children's Self-Concept Scale (The way I feel about myself) is ontwikkel as 'n hulpmiddel in die evaluasie van selfkonsep in kinders en adolessente. Selfkonsep word deur Piers (1984) beskryf as 'n relatief stabiele stel selfaannames wat beide 'n beskrywing en evaluasie van die individu se gedrag en houdings reflekteer. Hy is ook van mening dat die evaluasie van die kind se selfkonsep verband hou met ander aspekte van sy persoonlikheid. Die toets kan dus ook gebruik word as voorspeller van die kind se toekomstige gedrag, en help in die ontwikkeling en implementering van voortydige intervensieprogramme.

◆ **Aard, administrasie en interpretasie:**

Die Piers Harris Children's Self-Concept Scale is 'n selfrapporteringsvraelys, bestaande uit tagtig items. Die toets word onderverdeel in ses subskale. Vervolgens sal 'n kort beskrywing van elke skaal gegee word:

▪ *Skaal 1: Gedrag ("Behaviour")*

Hierdie skaal reflekteer die graad waarin die kind sy probleemgedrag erken of ontken.

- *Skaal 2: Intellektuele en skolastiese status ("Intellectual and school status")*

Hierdie skaal sluit in:

- a) Self-evaluasie van die kind se vermoë ten opsigte van intellektuele en akademiese take.
- b) Algemene tevredenheid met skool en verwagtinge vir die toekoms.

- *Skaal 3: Fisiese voorkoms en Karaktertrekke ("Physical appearance and attributes")*

Hierdie skaal gee inligting rakende die kind se houdings of persepsies ten opsigte van sy fisiese voorkoms of eienskappe soos leierskap, asook die vermoëns om sy idees uit te druk.

- *Skaal 4: Angstigheid ("Anxiety")*

Hierdie skaal meet algemene emosionele versteurings en disforiese gemoedstoestande. Die individuele items gee 'n aanduiding van die teenwoordigheid van emosies soos skaamheid, kommer, hartseer, vrees en 'n algemene gevoel van verwerping.

- *Skaal 5: Populariteit ("Popularity")*

Die kind se evaluasie van sy gewildheid by sy portuurgroep word in hierdie subskaal gereflekteer. Lae tellings is 'n aanduiding van skaamheid, swak interpersoonlike vaardighede of persoonlikheidstreke wat moontlik die kind kan isoleer.

- *Skaal 6: Geluk en Teverdenheid ("Happiness and Satisfaction")*

Hierdie skaal fokus op die kind se algemene lewenstevredenheid. Lae tellings dui op algemene dissatisfaksie, gevoelens van negatiewe selfwaarde en die begeerte dat dinge anders moet wees.

Bogenoemde subskale sluit die meerderheid van die tagtig items in. 'n Algehele evaluering van die selfkonsep word verkry in drie opsommende totale tellings, wat dan bymekaar getel word om die totale roupunt en persentietellings te verkry, asook 'n opsommende stanege telling.

Die skaal is ontwerp vir kinders tussen agt en agtien jaar en kan op individuele basis of in groepsverband afgeneem word. Die toets neem ongeveer vyftien tot twintig minute om te voltooi. Vir die doeleindes van hierdie studie is die Piers Harris Children's Self-Concept Scale afgeneem op 'n groep kinders tussen nege en dertien-jarige ouderdomme (laa-middelkinderjare).

Die Piers Harris is vir die doeleindes van hierdie projek met die hand nagesien, alhoewel dit ook deur 'n rekenaar nagesien kan word. Beide die totale routellings en routellings van die onderskeie subskale word gebruik. Hoë tellings op beide die totale roupunt en die verskeie subskale, dui op 'n positiewe selfkonsep, terwyl lae tellings op 'n swak selfkonsep dui (Piers, 1984).

◆ **Betroubaarheid en geldigheid**

Piers (1984) rapporteer toets-hertoets betroubaarheid wat wissel tussen 0.42 en 0.96, asook interne konsekwenheid wat wissel tussen 0.88 en 0.93. Hierdie betroubaarheidstellings vergelyk gunstig met ander persoonlikheidsmetings in kinders en adolessente. In die implementering van die "Selfbeskrywings Vraelys", wat selfkonsep evalueer, bevind Piers 'n stabiliteit en interne konsekwenheid van 0.61 en 0.92. Dit is dus duidelik dat die Piers Harris Children's Self Concept Scale oor aanvaarbare vlakke van stabiliteit en interne konsekwenheid beskik (Piers, 1984).

Metings van die inhouds-, kriteriumverwante en konstruktiegeldigheid van die Piers Harris Children's Self-Concept Scale is geakkumuleer by wyse van 'n aantal empiriese studies. Hierdie studies het 'n verskeidenheid benaderings gevolg, insluitend item-analise, interkorrelasies tussen die skale en items, asook vergelykings van die response van verskeie kriteriumgroepe.

Die Piers Harris is ook met ander skale vergelyk, wat gelyksoortige konstrunkte meet. Die resultate van hierdie studies wissel van aanvaarbare tot minder

bevredigende geldigheid. Piers (1984) skryf die diskrepans in die betroubaarheid toe aan veranderlikes soos ouderdom, geslag, intelligensie en sosio-ekonomiese status.

◆ **Motivering vir gebruik van die toets**

Verskeie navorsers identifiseer 'n positiewe selfkonsep as een van die eienskappe waaroor 'n psigologiese weerbare kind beskik (Rudolph & Thompson, 1996; Joseph, 1994; Smith & Carlson, 1997). Dit is dus in belang van die kind se psigologiese welsyn dat 'n negatiewe selfkonsep vroeg geïdentifiseer word en dat die kind 'n kans gegun word om 'n positiewe selfkonsep te ontwikkel.

Die Piers Harris Children's Self-Concept Scale is gekies as die instrument om selfkonsep te meet, aangesien dit 'n gestandaardiseerde vraelys vir kinders en adolessente is, en oor voldoende psigometriese eienskappe beskik. Dit bied ook die geleentheid vir 'n gedetailleerde interpretasie, omdat dit voorsiening maak vir die assessering van selfhoudings met betrekking tot verskeie lewensdomeine (Piers, 1984).

4.3.3 Stress Response Scale – SRS (Chandler, 1986)

◆ **Rasionaal**

Volgens Chandler (1986) bied 'n kind se ervaring van en met stres 'n nuttige paradigma vir kliniese assessering. 'n Multidimensionele assessering moet aandag aan die volgende skenk:

- a) Die identifisering van stressors in die kind se lewe.
- b) Eksplorاسie van die kind se belewing van bogenoemde stressors.

- c) **Assesering van die impak van stres op die kind se gesondheid, sowel as akademiese en sosiale funksionering.**
- d) **Assesering van die impak van stres op die kind se gedragaanpassing (Chandler, 1986).**

Chandler (1985) omskryf kinders se copingstyle as hul kenmerkende response op stres. Hy stel 'n model wat gebaseer is op twee persoonlikheidsdimensies, naamlik aktief-passief en introversief-ekstroversief. Hy stel die hipotese dat verskeie copingstyle/stresresponspatrone manifesteer tydens die kinderjare, elk verskillend gesitueer op 'n kontinuum van aanpassende tot wanaangepaste gedrag. Hierdie copingstyle effekteer die wyse waarop die kind op stres respondeer (Chandler, 1985).

Die Stres Response Scale is gebaseer op die volgende aannames:

- a) Die kind se respons op stres konstitueer 'n gedragrespons tot 'n spesifieke tipe stressor.
- b) Die simptome van kinders wat emosionele aanpassingsprobleme manifesteer, verteenwoordig ekstreme voorbeelde van wanaangepaste coping.

Die skaal is dus deur Chandler (1986) ontwerp ten einde informasie met betrekking tot die impak van stres op die kind se gedragaanpassing, asook die kind se copingstyl te bied. Hierdie doelwit word deur middel van die instrument op 'n tweeledige wyse bereik: ten eerste word die omvang van wanaanpassing daardeur bepaal en tweedens beskryf dit die tipe gedragpatroon wat in respons op stres kan manifesteer.

Hy identifiseer die volgende vier moontlike gedragpatrone:

- *Afhanklik*: nie-assertief, gebrekkige selfvertroue, neem selde deel aan aktiwiteite.
- *Impulsief*: veeleisend, selfsugtig, gereelde woede uitbarstings, ondeund, spraaksaam.
- *Passief-Aggressief*: onderpresteer, nie-koöperatief, hardkoppig.

- *Onderdruk*: sensitief, bekommerd, hiperwaaksaam, gebrekkige selfvertroue, bang vir nuwe situasies, word maklik ontstel.

Chandler (1986) veronderstel dus dat aanpassingsprobleme beskou kan word as wanaangepaste stres hanterings- of copingstrategieë.

◆ **Aard, administrasie en interpretasie**

Die Stres Response Scale is 'n veertig-item gedragsbeoordelingskaal. Items word gegradeer op 'n ses punt skaal wat strek van 0=nooit tot 5=altyd. Dit word algemeen gebruik vir kinders tussen vyf en vyftien jaar. Daar is wel eksperimentele norme beskikbaar vir kinders tot en met agttien-jarige ouderdom. Normaalweg word die skaal ingevul deur iemand wat bekend is met die kind se gedrag, byvoorbeeld die ouers of onderwyser. Items is ontwerp om nie spesifiek ten opsigte van die kind se huis of skool te wees nie.

Twee aparte prosedures ten opsigte van die nasien van die instrumente word gebruik. Die eerste prosedure word gebruik om die totale telling te bereken en die tweede vir die berekening van die subskaaltellings, naamlik:

1. Impulsief (na buite lewend-A)
2. Passief-Aggressief
3. Impulsief (ooraktief-O)
4. Onderdruk
5. Afhanklik

Die totale telling word bereken deur die toegeskryfde waardes (0-5) van die items bymekaar te tel. As gevolg van positiewe konnotasie word items 20, 23, 27, 31, 36, 38 en 39 omgekeerd nagesien (byvoorbeeld 0=5, 1=4 ens.). By wyse van die normtabelle kan die totale routelling dan omgeskakel word in of 'n t-telling of 'n persentielrang. In hierdie ondersoek is van die totale routelling gebruik gemaak.

Elke subskaaftelling word gedefinieer deur 'n groepering van geselekteerde items vanuit die skaal. Subskaaftellings kan bereken word deur weereens die toegeskryfde waardes (0-5) van elke relevante item gelys op die nasienblad bymekaar te tel. As gevolg van positiewe konnotasies of negatiewe faktorladings word sommige items omgekeerd nagesien. Sodanige items is op die nasienblad met 'n "R"-suffiks geïdentifiseer. Op die wyse word 'n profiel van die kind se gekose responspatroon verkry.

Alhoewel daar in hierdie studie van die handnasienmetode gebruik gemaak is, kan die SRS ook in gevalle van groot datastelle met behulp van die rekenaar nagesien word.

Die totaalstelling van die SRS bied die beste meting van die omskrywing van wanaanpassing, terwyl die subskaaftellings betekenisvol in die beskrywing van gekose stresresponspatrone blyk te wees (Chandler, 1986). In albei gevalle dui hoër tellings in die rigting van meer wanaanpassing of 'n groter geneigdheid tot daardie patroon.

◆ **Betroubaarheid en geldigheid**

Chandler (1986) rapporteer toereikende toets-hertoetsbetroubaarheid.

Spesifieke indekse is as volg:

- Totaalstelling: 0.86 - 0.87
- Impulsief (A): 0.79 - 0.83
- Passief-Aggressief: 0.83 - 0.90
- Impulsief (O): 0.72 - 0.83
- Onderdruk: 0.78 - 0.80
- Afhanklik: 0.73 - 0.87

Chandler (1986) maak verder melding van bevredigende Alpha-koëffisiënte ('n meting van interne konsekwentheid) te wete 0.94 en 0.89. Ten opsigte van interbeoordeelaar-ooreenstemming (met ander woorde tussen ouers en

onderwysers) meld hy die volgende spesifieke indekse (bereken by wyse van Pearson Produkmomentkorrelasies):

- Gemiddelde ooreenstemming op die Impulsief (A) subskaal: $r = 0.72$
- Gemiddelde ooreenstemming op die Onderdruk subskaal: $r = 0.54$
- Gemiddelde ooreenstemming op die Afhanklikheid subskaal: $r = 0.45$
- Swak ooreenstemming op die Impulsief (O) subskaal: $r = 0.24$

Gebaseer op 'n verskeidenheid navorsingsprojekte rapporteer Chandler (1986) uiteenlopende resultate ten opsigte van geldigheid. Oor die algemeen wil dit egter voorkom of die SRS voldoen aan die vereistes vir toereikende konstruktgeldigheid, inhoudsgeldigheid, konkurrente geldigheid, diskriminante geldigheid, asook kriteriumverwante geldigheid.

◆ **Motivering vir keuse en gebruik**

Chandler (1986) meen dat die SRS betekenisvol aangewend kan word vir die insameling van inligting wat dan uiteindelik 'n kardinale rol speel ten opsigte van:

- Toenemende insig in die kind,
- die ontwerp van effektiewe, voortydige intervensies gemik op die ontwikkeling van meer toepaslike stresreageringsresponse,
- algemene gedragsbeheerriglyne vir ouers, onderwysers en ander betekenisvolle volwassenes ten opsigte van die hantering van kinders met soortgelyke stresreagerings- en gedragspatrone, en
- omvattende lewensstres-assessering.

Die SRS dra dus by tot groter begrip van die kind se ervaring van en respons op stres, oftewel die kind se coping. Laasgenoemde is een van die hoofkonstrukte waarop hierdie studie fokus. Chapman (1986) koppel sekere copingstrategieë as volg aan die subskale:

- Afhanklike Respons – Gelate aanvaarding

- Impulsiewe Respons – Emosionele ontlasting
- Passief-Aggressief Respons – Ontwikkeling van alternatiewe belonings
- Onderdrukte Respons – Kognitiewe vermyding

Die kontinuum van coping-effektiwiteit strek van aanpassend tot wanaanpassend. Wanaanpassende coping verhoog met verloop van tyd die waarskynlikheid van negatiewe ontwikkelingsuitkomst. Dus kan gedragsimptome soos impulsiwiteit, passiewe aggressiwiteit, afhanklikheid of repressie (subskale van SRS) beskou word as of voorbeelde of resultate van gebrekkige coping (Carson & Bittner, 1994) en kan die voortydige identifisering en remediëring daarvan tot voordeel van die kind strek.

4.3.4 Mediese vraelys

♦ Rasionaal

Met behulp van die mediese vraelys is mediese inligting wat vir die doeleindes van hierdie spesifieke studie nodig was, ingesamel.

♦ Aard, administrasie en interpretasie

Hierdie vraelys het vroeë ingesluit oor sekere mediese simptome wat die kind moontlik ervaar. Die ouers het die toepaslike simptome wat deur die kind ervaar word, aangedui.

♦ Betroubaarheid en geldigheid

Geen betroubaarheids- en geldigheidsindekse is geïdentifiseer ten opsigte van hierdie vraelys nie, aangesien dit spesifiek vir die huidige ondersoek

ontwerp is en slegs ten doel gehad het om mediese besonderhede in te samel.

◆ **Motivering vir keuse en gebruik**

Vir die doeleindes van hierdie studie is 'n onderskeid gemaak tussen allergiese en nie-allergiese kinders. Gevolglik is die mediese vraelys as instrument geselekteer om 'n onderskeid tussen die twee groepe te maak.

4.4 Navorsingsprosedure

◆ **Oriëntering**

Die huidige studie maak deel uit van 'n inter-universitêre navorsingsprojek van die Potchefstroomse Universiteit vir Christelike Hoër Onderwys en die Universiteit van die Vrystaat, onder leiding van dr. E. van Rensburg en dr. R. Beukes. Verskeie beplanningssessies tussen die deelnemers aan die projek is gehou en die meetinstrumente is gesamentlik bekom. Die deelnemers aan die projek het elkeen 'n streek en 'n skool geïdentifiseer ten einde die studie so omvattend en verteenwoordigend moontlik te maak. Stedelike en plattelandse gebiede, asook verskillende bevolkings- en taalgroepe is in die studie ingesluit.

◆ **Fases in die navorsingsproses**

Die ondersoek is in die volgende fases uitgevoer en afgehandel:

1. Die samewerking van skoolhoofde van geselekteerde skole is eerstens verkry. Die kinders is by wyse van ewekansige seleksie uit die beskikbare skole getrek vir deelname. Inligtingsbriewe wat die doel

van die ondersoek verduidelik het, is aan die ouers gestuur ten einde hul toestemming tot deelname aan die projek te verkry.

2. Die toetsbattery is op klein groepe kinders by die skole afgeneem onder toesig van 'n psigometris en met behulp van 'n assistent.
3. Die SRS en 'n inligtingsbrief is aan die ouers gestuur.
4. Vier dae na afloop van die kindertoetsing is die ouervraelyste terugbesorg aan die toetsafnemer.
5. Die vraelyste is deur die toetsafnemer nagesien.
6. 'n Databank met al die toetsdata is saamgestel.
7. Data wat relevant is vir hierdie navorsing is deur die huidige ondersoeker onttrek.

4.5 Navorsingshipoteses

4.5.1 Die eerste hipotese van die huidige ondersoek lui as volg:

NUL HIPOTESE 1:

Geen verskille bestaan ten opsigte van kinders met allergieë en kinders sonder allergieë ten opsigte van selfkonsep nie.

ALTERNATIEWE HIPOTESE 1:

Daar bestaan wel verskille ten opsigte van kinders met allergieë en kinders sonder allergieë ten opsigte van selfkonsep.

In hierdie geval kan die statistiese hipotese as volg uitgedruk word:

$$H_0: \mu_1 = \mu_2$$

$$(H_0: \mu_1 - \mu_2 = 0)$$

$$H_1: \mu_1 \neq \mu_2$$

$$(H_1: \mu_1 - \mu_2 \neq 0)$$

waar die simbole die volgende betekenis dra:

- H_0 : Die nul-hipotese
- H_1 : Die nie-rigtingewende alternatiewe hipotese
- μ_1 : Die gemiddelde van toetstellings behaal deur kinders met allergieë ten opsigte van daardie meetinstrumente wat selfkonsep en coping evalueer
- μ_2 : Die gemiddelde van toetstellings behaal deur kinders sonder allergieë ten opsigte van daardie meetinstrumente wat selfkonsep en coping evalueer.

4.5.2 Die tweede hipotese van die huidige studie lui soos volg:

NUL HIPOTESE 2:

Geen verskille bestaan ten opsigte van kinders met allergieë en kinders sonder allergieë ten opsigte van coping nie.

ALTERNATIEWE HIPOTESE 2:

Daar bestaan wel verskille ten opsigte van kinders met allergieë en kinders sonder allergieë ten opsigte van coping.

In hierdie geval kan die statistiese hipotese as volg uitgedruk word:

$$H_0: \mu_1 = \mu_2$$

$$(H_0: \mu_1 - \mu_2 = 0)$$

$$H_1: \mu_1 \neq \mu_2$$

$$(H_1: \mu_1 - \mu_2 \neq 0)$$

waar die simbole die volgende betekenis dra:

- H_0 : Die nul-hipotese
- H_1 : Die nie-rigtingewende alternatiewe hipotese
- μ_1 : Die gemiddelde van toetstellings behaal deur kinders met allergieë ten opsigte van daardie meetinstrumente wat selfkonsep en coping evalueer
- μ_2 : Die gemiddelde van toetstellings behaal deur kinders sonder allergieë ten opsigte van daardie meetinstrumente wat selfkonsep en coping evalueer.

4.6 Statistiese verwerking van resultate

Die resultate van die vraelyste en skale is ontleed by wyse van t-toetse vir die bepaling van statistiese beduidendheid, asook Cohen se tegniek vir die bepaling van praktiese betekenisvolheid. Genoemde statistiese tegnieke sal vervolgens kortliks bespreek word:

4.6.1 T-toets metode om te bepaal of daar verskille is in die selfkonsep en coping van kinders met allergieë en kinders sonder allergieë

Aangesien die doel van hierdie studie is om te bepaal of daar verskille is in die selfkonsep en coping van twee verskillende groepe (allergiese en nie-allergiese kinders), is die t-toets vir onafhanklike groepe as statistiese tegniek

geselekteer. Met behulp van hierdie tegniek word aandag geskenk aan die verskil tussen twee populasiegemiddeldes, dit wil sê $\mu_1 - \mu_2$ (Coetzee *et al.*, 1990). Daar word aangeneem dat die tersaaklike populasie normaal verdeel is.

Coetzee *et al.* (1990) is van mening dat die gemiddeld van die steekproef van verskiltellings tussen gemiddeldes 0 behoort te wees. Hierdie verskiltellings word nou omgeskakel om statistiese waardes te toets. Indien aanvaar word dat die variansies (of standaardafwyking) van die twee populasies onbekend is, is dit nodig dat die standaardfout van die verskil in gemiddeldes bereken moet word.

Coetzee *et al.* (1990) spesifiseer die volgende stappe om die waarde van t uit te werk:

Stap 1:

Stel die statistiese hipoteses:

$$H_0: \mu_1 = \mu_2$$

$$(H_0: \mu_1 - \mu_2 = 0)$$

$$H_1: \mu_1 \neq \mu_2$$

$$(H_1: \mu_1 - \mu_2 \neq 0)$$

waar die verskillende simbole die volgende betekenis dra:

- H_0 : die nul-hipotese
- H_1 : die nie-riktigewende alternatiewe hipotese
- μ_1 : die gemiddelde van toetstellings behaal deur kinders met allergieë op daardie instrumente wat selfkonsep en coping meet
- μ_2 : die gemiddelde van toetstellings behaal deur kinders sonder allergieë op die instrumente wat selfkonsep en coping meet

Stap 2:

Beraam die berekende waarde van t met behulp van die berekeningsformule

Stap 3:

Bereken die grade van vryheid:

$$N - 2 = n_1 - n_2 - 2$$

Die waarde van t kan nou van die t -tabel afgelees word

Stap 4:

Onder normale omstandighede word die volgende beslissingsreël aanvaar:

$$\alpha = 0.05 \text{ (waar } \alpha \text{ die verwerpingsgebied spesifiseer)}$$

Slegs $p < 0.05$ word beskou as statistiesbeduidend onder welke omstandighede die nul-hipotese verwerp en die alternatiewe hipotese aanvaar kan word (Moore & McCabe, 1993). In die huidige studie word t uitgedruk as 'n p -waarde.

4.6.2 Cohen se tegniek vir die bepaling van praktiese betekenisvolheid van die verskille in selfkonsep en coping in kinders met allergieë en kinders sonder allergieë

Ten einde uitsprake oor betekenisvolheid te vergemaklik, beveel Steyn (1999) die gebruik van die gestandaardiseerde verskil aan. Dit verwys na die verskil tussen twee gemiddeldes (of 'n gemiddelde vanaf 'n gegewe waarde) gedeel deur die standaardafwyking (Steyn, 1999).

Laat μ_1 en μ_2 twee populasies se gemiddeldes voorstel, terwyl σ die (gemeenskaplike) standaardafwyking is, dan is die gestandaardiseerde verskil (d):

$$d = \frac{\mu_1 - \mu_2}{\sigma}$$

Hierdie waarde, d , word ook die effekgrootte van die verskil in populasies genoem. Cohen (soos aangehaal deur Steyn, 1999) noem dit d en gee ook riglyne (met die nodige regverdiging) vir die beoordeling daarvan, naamlik:

- $|d| = 0.2$: klein effek, wat beteken dat die resultaat as nie-betekenisvol beskou kan word.
- $|d| = 0.5$: matige effek, wat moontlik op betekenisvolheid dui
- $|d| \geq 0.5$: groot effek, wat beteken dat die resultate betekenisvol en van praktiese belang is.

Vir die doeleindes van hierdie studie sal gelet word op die effekgroottes wat op 'n matige of groot effek dui.

4.7 Praktiese probleme ondervind in die ondersoek

Die huidige navorser was nie deel van die eerste groep wat die databasis gebruik het nie. Daar is wel aangemeld dat die eerste groep verskeie probleme ervaar het:

- Die koördinerings van tydskedules het verskeie probleme veroorsaak, aangesien sommige ondersoekers hul data vinniger ingesamel het en derhalwe vroeër gereed was vir die statistiese verwerking daarvan. Die groot afstande tussen ondersoekers het hier 'n rol gespeel.
- Sommige vraelyste was onvolledig gedupliseer en deelnemers aan die projek het nie al die vraelyste ingevul nie. Dit lei dus daartoe dat sommige van die data baie onvolledig is en dat die steekproef baie wissel.
- Met die insleutel van die data is verskeie probleme ondervind:
 - 1) Nie alle ondersoekers het dieselfde rekenaarpakket gebruik nie.
 - 2) Die formaat van die data het verskil ten spyte van duidelike riglyne.

- 3) Sommige ondersoeker het slegs totaaltellings aangedui en nie die oorspronklike routellings nie.
- 4) Van die oorspronklike vraelyste is nie beskikbaar vir verwerking rakende betroubaarheid en geldigheid nie, weens die feit dat die betrokke ondersoekers vir 'n tydperk in die buiteland was.

Die groot poel inligting (literatuur en data) wat op hierdie wyse ingesamel is, het die huidige ondersoeker egter toegang gegee tot ander inligting en 'n wyer spektrum data as wat deur 'n enkeling ingesamel kon word.

4.8 Etiese aspekte

- 1) Ingeligte toestemming is van die ouers sowel as die skoolhoofde verkry
- 2) Deelname aan die navorsing was opsioneel
- 3) Die toetse is afgeneem deur sielkundiges, intern-sielkundiges en psigometriste
- 4) Alle data rakende deelnemers is as anoniem hanteer, ten einde die identiteit van die deelnemers te beskerm
- 5) Daar was geen veiligheidsrisiko aan die navorsing verbonde nie

4.9 Samevattend

Die fokus van hierdie hoofstuk was op die uiteensetting van die empiriese ondersoek, met verwysing na die ontwerp, ondersoekgroep, meetinstrumente, prosedure en wyse van statistiese ontleding van die gegewens. In die volgende hoofstuk sal die resultate van die ondersoek uiteengesit en interpreteer word.

Hoofstuk 5

RESULTATE EN INTERPRETASIE

5.1 Inleiding

In hierdie hoofstuk sal die resultate van die empiriese ondersoek beskryf en geïnterpreteer word. Daar word, deur middel van ontleding van die resultate van t-toetse, asook Cohen se tegniek, bepaal of statistiese beduidende en prakties betekenisvolle verskille bestaan in die coping en selfkonsep van allergiese en nie-allergiese kinders. Tabelle sal gebruik word om die inligting op 'n sinvolle manier weer te gee. Elke tabel sal van 'n sleutel voorsien word om die afkortings te verduidelik.

Die resultate sal volgens doelstellings bespreek word, wat beteken dat elke afsonderlike navorsingsvraag dus op sy eie beantwoord word. Eerstens sal daar gekyk word of daar wel verskille bestaan tussen kinders met allergieë en kinders sonder allergieë ten opsigte van selfkonsep. Daarna sal vasgestel word of daar verskille bestaan tussen kinders met allergieë en kinders sonder allergieë ten opsigte van coping.

Na die bespreking van die data van die spesifieke doelstelling sal 'n kort gevolgtrekking gegee word. Aan die einde van die hoofstuk sal ook 'n samevatting en evaluering van die gegewens gegee word. Daar sal deurgaans op die moontlike tekortkominge en beperkings van die navorsing gewys word.

5.1.1 Bespreking van die ondersoekgroep

Hierdie ondersoekgroep het bestaan uit 914 kinders ten opsigte van selfbeeld, en 654 kinders ten opsigte van coping. Ten opsigte van selfbeeld was 287 kinders in die allergiese groep en 627 kinders in die groep sonder allergieë.

Ten opsigte van coping was 217 kinders in die allergiese groep en 437 in die groep sonder allergieë. Die groep met allergieë verteenwoordig dus 31-33% van die steekproef. Volgens Rapp (1991) en Hart *et al.* (1995) affekteer allergieë soos hooikoors, allergiese asma en ekseem ongeveer 15% van die samelewing. Die huidige studie se voorkomssyfers is dus hoër as die mees onlangse publikasies wat die voorkoms van kinders met allergieë identifiseer.

5.2 Uiteensetting van doelstellings

5.2.1 Doelstelling 1: Om te bepaal of daar verskille bestaan tussen kinders met allergieë en kinders sonder allergieë ten opsigte van selfkonsep.

In hierdie gedeelte word die resultate van t-toetse vir onafhanklike groepe, sowel as Cohen se tegniek weergegee en geïnterpreteer ten einde die statistiese beduidendheid en die praktiese betekenisvolheid van verskille in die gemiddeldes van die twee steekproefpopulasies (kinders met allergieë en kinders sonder allergieë) te beraam. As sodanig sal sekere uitsprake dan met betrekking tot verskille tussen die twee groepe ten opsigte van selfbeeld gemaak word.

Tabel 1: Verskille tussen kinders met allergieë en kinders sonder allergieë ten opsigte van selfbeeld (Piers Harris Children's Self-Concept Scale)

Subskale	Allergiese groep (\bar{x}_A) (n=287)	Nie-allergiese groep (\bar{x}_{NA}) (n=627)	P-waarde	Cohen-effek (d-waarde)
PH 1	12,139	12,134	0,9809	0,0018
PH 2	12,265	12,305	0,8713	-0,0116
PH 3	8,5749	8,7033	0,5103	-0,468
PH 4	9,2056	9,0686	0,5300	0,0446
PH 5	7,7073	7,6013	0,5635	0,0419
PH 6	8,0697	7,9219	0,3081	0,0734
PHT	57,962	57,734	0,8140	0,017

\bar{x}_A : Gemiddeld van allergiese kinders

\bar{x}_{NA} : Gemiddeld van nie-allergiese kinders

* Statisties beduidend

** Prakties betekenisvol

PH1 Gedrag

PH2 Intellektuele en skoolstatus

PH3 Fisiese voorkoms en karaktertrekke

PH4 Angs

PH5 Populariteit

PH6 Geluk en tevredenheid

PHT Totale selfkonsep

5.2.1.1 Bespreking van resultate uit tabel 1

Die volgende afleidings kan uit die resultate van Tabel 1 gemaak word:

Die resultate van die huidige studie toon dat daar geen statistiese of praktiese betekenisvolle verskille geïdentifiseer is tussen kinders met allergieë en kinders sonder allergieë, ten opsigte van enige van die subskale van die Piers Harris Children's Self-Concept Scale nie. Die huidige navorser kon dus geen betekenisvolle verskille vind tussen kinders met allergieë en kinders sonder allergieë ten opsigte van hul selfkonsep nie.

Die volgende afleidings kon dus gemaak word ten opsigte van die verskillende subskale van die Piers Harris Children's Self-Concept Scale (Piers, 1984):

Uit die resultate van die subskaal PH 1 is dit duidelik dat daar nie 'n betekenisvolle verskil is tussen die graad waarin kinders met allergieë en kinders sonder allergieë hul probleemgedrag erken of ontken nie.

Die resultate van PH 2 toon dat kinders met allergieë en kinders sonder allergieë se self-evaluerende vermoëns ten opsigte van intellektuele en akademiese take ooreenstem. Verder blyk daar 'n ooreenstemmende tevredenheid met skool en verwagtinge vir die toekoms tussen die twee groepe kinders te wees.

Uit PH 3 se resultate kom dit voor of die allergiese en nie-allergiese groepe se houdings of persepsies ten opsigte van hul fisiese voorkoms en eienskappe soos leierskap, asook hul vermoë om idees uit te druk, ooreenstem.

Uit PH 4 is dit duidelik dat daar geen betekenisvolle verskil is tussen kinders met allergieë en kinders sonder allergieë se angsvlakke nie.

Beide groepe kinders ervaar hulself as ewe gewild by hul portuurgroep. Uit die resultate van PH 5 is daar nie melding van skaamheid of swak interpersoonlike vaardighede by een van die twee groepe nie.

Verder is dit duidelik uit PH 6 se resultate dat kinders met allergieë en kinders sonder allergieë ewe veel lewenstevredenheid te ervaar.

Uit bogenoemde inligting is dit dus duidelik dat daar geen beduidende verskille tussen die twee groepe kinders ten opsigte van enige van die ses subskale, of die totale skaal van die Piers Harris Children's Self-Concept Scale gevind is nie.

Hierdie resultate weerspreek Kliewer (1997) se aannames dat chroniese siektetoestande kan inmeng met die ontwikkeling van die selfkonsep van die kind. Hy verwys veral na swak liggaamsbeeld, identiteitsprobleme, swak verhoudings met portuurgroep en swak skoolbywoning. Li Meng Go (1999) stem saam dat chroniese siektes by kinders geassosieer word met 'n verhoogde risiko vir psigologiese en -gedragsprobleme. Hierdie kinders voel soms geïsoleer van hul portuurgroep, wat 'n lae selfkonsep tot gevolg kan hê. Verskeie ander studies vind ook 'n verband tussen chroniese siektetoestande by kinders en hul psigologiese kenmerke, maar in die huidige studie is daar geen verskille tussen die kinders met allergieë en kinders sonder allergieë ten opsigte van hierdie aspekte gevind nie.

Vanuit die literatuur is daar egter duidelike bewyse dat alle kinders met dieselfde siektetoestand, nie noodwendig dieselfde psigologiese probleme sal ontwikkel nie. Dit is dus duidelik dat addisionele faktore 'n rol speel in die bepaling van die uitkoms (Patterson & Blum, 1996).

Huidige navorsers poog om hierdie risikofaktore, sowel as beskermende faktore te identifiseer om sodoende probleme te voorspel en/of te voorkom. Breë groepe risikofaktore wat reeds geïdentifiseer is, sluit in die erns van die siektetoestand, die persoonlikheid van die kind, die kind se familiestruktuur, asook die kind se ondersteuningsisteme.

Indien die prognose van die siekte goed is, die kind genoegsame ondersteuning van sy familie ontvang, sy sosiale vaardighede nie drasties ingeperk word deur die siektesimptome nie, en genoegsame mediese en addisionele hulp beskikbaar is, kan kinders met allergieë normaal funksioneer. Ten spyte van al die risikofaktore is die toekoms van kinders

met allergieë nie noodwendig duister, as die geskikte omgewing geskep word nie (Bussing, 1996).

Piers (1984) noem dat die bevindinge vanuit die Piers Harris Children's Self-Concept Scale geïntegreer moet word met inligting vanuit ander bronne, om sodoende 'n volledige prentjie van die kind se positiewe en negatiewe self-evaluasie te verkry. Hierdie bronne van interpreteerbare inligting varieer ten opsigte van die graad waarvolgens dit gespesifiseer word, die veralgemeenbaarheid ten opsigte van non-toets situasies, asook die steun op meer abstrakte vlakke van kliniese betrokkenheid en interpretasie. Aangesien die Piers Harris Children's Self-Concept Scale vir die doeleindes van die huidige studie in groepsverband afgeneem is, kon daar nie volledige inligting van ander bronne, soos byvoorbeeld die ouers en onderwysers ingesamel word, om sodoende 'n volledige prentjie van elke kind se selfevaluasie te verkry nie.

Die resulate uit die huidige studie kan ook moontlik 'n aanduiding wees van die sterktes van die kinders met allergieë. Hierdie kinders pas dus suksesvol aan ten spyte van hulle tekortkominge.

In die volgende doelstelling sal spesifiek op die coping van die chroniese siek kind gefokus word.

5.2.2 Doelstelling 2: Om te bepaal of daar verskille bestaan tussen kinders met allergieë en kinders sonder allergieë ten opsigte van coping.

Daar is van t-toetse en Cohen se effekgroottes gebruik gemaak om verskille ten opsigte van coping tussen kinders met allergieë en kinders sonder allergieë uit te lig.

Tabel 2: Verskille tussen kinders met allergieë en kinders sonder allergieë ten opsigte van coping (Stress Response Scale / SRS)

Subskale	Allergiese groep ($\bar{x}A$) (n=217)	Nie-allergiese groep ($\bar{x}NA$) (n=437)	P-waarde	Cohen-effek (d-waarde)
SRS A	20,235	20,018	0,7396	0,0280
SRS P	18,811	19,098	0,7257	-0,0295
SRS O	25,336	24,540	0,0683	0,1441
SRS R	11,203	10,295	*0,0171	0,2052
SRS D	13,714	13,839	0,7016	-0,0304

* Statisties beduidend

** Prakties betekenisvol en statisties beduidend

$\bar{x}A$: Gemiddeld van allergiese groep

$\bar{x}NA$: Gemiddeld van nie-allergiese groep

SRSA: impulsief (na-buite-lewend/ "acting out")

SRSP: passief-aggressief

SRSO: impulsief (ooraktief)

SRSR: onderdruk ("repressed")

SRS D: afhanklik ("dependant")

5.2.2.1 Bespreking van resultate uit tabel 2:

Die volgende afleidings kan uit die resultate van tabel 2 gemaak word:

Uit die resultate van tabel 2 is dit duidelik dat daar 'n statistiese beduidende verskil is ($p=0,0171$) ten opsigte van die SRSR subskaal, tussen kinders met allergieë en kinders sonder allergieë.

SRSR meet die mate waartoe kinders hul emosies onderdruk. Vir die doeleindes van hierdie studie kan dus aanvaar word dat kinders met allergieë meer geneig is om hul emosies te onderdruk in reaksie op 'n stressor, as kinders sonder allergieë. Volgens Chandler (1986) word kinders wat hoë tellings op die SRSR skaal behaal meestal beskryf as sensitief, hul kry maklik seer, word gou ontstel en is bang vir nuwe situasies. Verder het hul ook gebrekkige selfvertroue.

Hierdie bevinding stem ooreen met die bevindings van Feingold (1975) wat 'n assosiasie vind tussen allergieë en emosionele probleme. Hy is van mening dat kinders met allergieë meer geneig is om depressief te word en ook 'n groter mate van sosiale angstigheid ervaar. Li Meng Goh (1999) sluit hierby aan en meen dat emosionele probleme verband hou met swak beheer oor die allergieë en die erns van die siektetoestand vererger.

Daar is bewyse vanuit die literatuur dat die chroniese siek kind meer gereeld afwesig is by die skool, as kinders sonder 'n chroniese siektetoestand. Die rede vir hul afwesigheid is meestal doktersafsprake en siek dae. Algemene copingstrategieë wat deur hierdie kinders gebruik word is om gebruik te maak van pouses en vrye tyd om skoolwerk in te haal. Die kind word dus tot 'n groot mate uitgesluit van sosiale aktiwiteite in skoolverband, wat kan lei tot 'n gevoel van isolasie (Patterson & Blum, 1996).

Bussing (1996) is van mening dat die kind se ouderdom, die erns van die siektetoestand, sowel as ondersteuning van familie en vriende 'n kind se vermoë om te cope, affekteer. Sommige kinders het dus die vermoë om te cope met die negatiewe aspekte rondom die allergiese siektetoestand, terwyl ander onttrek en 'n lae selfkonsep ontwikkel. Dit is daarom belangrik dat ouers en onderwysers sensitief moet wees vir elke kind se persoonlike sterktes en swakhede, en op die uitkyk moet wees vir tekens van frustrasie by die kind, asook die oorsake daarvoor.

Die huidige navorser kon geen verdere statisties beduidende of prakties betekenisvolle verskille op die ander subskale vind nie. Kinders met allergieë

en kinders sonder allergieë verskil met ander woorde nie ten opsigte van die frekwensie waarmee hulle die volgende stresresponspatrone gebruik nie.

- SRSA (Impulsief, na-buite-lewend)
- SRSP (Passief-Aggressief)
- SRSO (Impulsief/ooraktief)
- SRSD (Afhanklike gedrag)

Daar kan gevolglik ten slotte aangeneem word dat kinders met allergieë, in 'n meerdere mate as kinders sonder allergieë, 'n onderdrukte ("repressed") responspatroon in reaksie op stres manifesteer en waarskynlik in 'n meerdere mate as kinders sonder allergieë van emosionele ontlading in hul pogings tot coping gebruik maak.

Die huidige navorser was egter van mening dat daar 'n meer beduidende verskil tussen kinders met allergieë en kinders sonder allergieë uit die resultate sou blyk. Dit is dus duidelik uit die navorsing dat kinders met allergieë se copingvaardighede beter is as wat aanvanklik gehipotetiseer is.

5.3 Evaluering van doelstellings en hipoteses

Vervolgens sal die navorsingsresultate kortliks saamgevat word, en die doelstellings en hipoteses van die studie geëvalueer word.

5.3.1 Doelstelling 1: Om te bepaal of kinders met allergieë verskil van kinders sonder allergieë ten opsigte van selfkonsep

In hierdie doelstelling is van t-toetse vir onafhanklike groepe, sowel as Cohen se tegniek gebruik gemaak ten einde die statistiese beduidendheid en praktiese betekenisvolheid van verskille in die gemiddeldes van die twee steekproefpopulasies te bereken. Die hipotese is gestel dat daar wel verskille

is tussen kinders met allergieë en kinders sonder allergieë ten opsigte van selfkonsep.

Die huidige navorser kon egter geen verskille vind tussen die selfkonsep van kinders met allergieë en die selfkonsep van die groep sonder allergieë nie. Hierdie resultate lei dus tot die verwerping van die alternatiewe hipotese in al ses die subtoetse van die Piers Harris Children's Self-Concept Scale.

5.3.2 Doelstelling 2: Om te bepaal of kinders met allergieë verskil van kinders sonder allergieë ten opsigte van coping

In hierdie doelstelling is weereens van t-toetse en Cohen se effekgroottes gebruik gemaak om verskille ten opsigte van coping tussen kinders met allergieë en kinders sonder allergieë uit te lig. Die hipotese is getel dat daar wel verskille is tussen kinders met allergieë en kinders sonder allergieë ten opsigte van coping.

Die nul-hipotese 2 word slegs verwerp vir die subtoets SRSR: onderdruk ("repressed") van die SRS, wat impliseer dat verskille slegs bestaan met betrekking tot die frekwensie waarmee kinders met allergieë en kinders sonder allergieë van uitdrukking van hul emosies as copingstrategie gebruik maak (Chandler, 1986). Nie-verwerping van die nul-hipotese geld vir die volgende subskale van die Stress Response Scale:

- SRSA: impulsief (na-buite-lewend/ "acting out")
- SRSP: passief-aggressief
- SRSO: impulsief (ooraktief)
- SRSD: onderdruk ("repressed")
- SRST: afhanklik ("dependant")

Bogenoemde impliseer dus dat daar slegs 'n verskil gevind is tussen die twee groepe, ten opsigte van die mate waartoe hulle hul emosies onderdruk.

5.4 Samevattend

In hierdie hoofstuk is die resultate van die empiriese ondersoek gerapporteer, geïnterpreteer en bespreek. Verskille ten opsigte van selfbeeld en coping tussen kinders met allergieë en kinders sonder allergieë is ondersoek deur middel van t-toetse as aanduiding van praktiese betekenisvolheid van enige sodanige verskille tussen die twee groepe.

Daar is geen prakties betekenisvolle of statisties beduidende verskille gevind tussen die twee groepe ten opsigte van selfbeeld nie. Daar is wel 'n statisties beduidende verskil tussen kinders met allergieë en kinders sonder allergieë ten opsigte van die SRSR skaal wat coping meet, wat daarop dui dat allergiese kinders meer geneig is om hul emosies te onderdruk as nie-allergiese kinders.

In die volgende hoofstuk sal 'n samevatting en 'n aantal gevolgtrekkings weergegee word. Leemtes in die huidige studie sal aangedui word en aanbevelings sal gemaak word vir verdere navorsing. Laastens sal ook aanbevelings gemaak word vir die praktiese benutting van hierdie inligting.

Hoofstuk 6

GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS

6.1 Inleiding

In hierdie hoofstuk word die samevatting van die bevindings vanuit die literatuurondersoek en empiriese ondersoek weergegee, asook die belangrikste gevolgtrekkings soos dit uit die navorsingsresultate gemaak is. Verder word enkele aanbevelings vir verdere navorsing en die praktiese bruikbaarheid en implementering van sommige aspekte van die bevindings gegee. Laastens sal enkele leemtes van die ondersoek bespreek word.

6.2 Samevatting van doel en uiteensetting van die studie

Hierdie studie was 'n onderafdeling van 'n inter-universitêre navorsingsprojek om selfbeeld en coping (twee komponente van psigologiese weerbaarheid) te ondersoek by kinders met allergieë. Die titel van die oorkoepelende navorsingsprojek is as volg: Psigologiese weerbaarheid by kinders in die Suid-Afrikaanse konteks.

In die literatuurstudie is 'n uiteensetting van allergieë gegee. Die verskillende tipes allergieë is geklassifiseer en breedvoerig bespreek deur te verwys na die oorsake, simptome en behandeling van elke tipe allergie. Psigologiese faktore wat met allergieë verband hou is ook bespreek, en verskeie navorsers stem saam dat 'n assosiasie tussen allergieë en emosionele-en gedragsprobleme bestaan. Kinders met allergieë het ook soms sosiale beperkings en die kind se interpersoonlike verhoudings word dus ook nadelig beïnvloed deur die siektetoestand.

Hierdie spesifieke studie het twee doelstellings gehad. Die eerste doelstelling van die studie was om te bepaal of daar verskille bestaan tussen kinders met

allergieë en kinders sonder allergieë ten opsigte van selfkonsep. T-toetse , sowel as Cohen se tegniek is gebruik ten einde die resultate te bepaal. Daar is egter geen statisties beduidende of prakties betekenisvolle verskille tussen die allergiese en nie-allergiese groepe gevind nie.

Wat die tweede doelstelling betref, is bepaal of daar verskille bestaan tussen kinders met allergieë en kinders sonder allergieë ten opsigte van coping. Daar is slegs op een van die subskale van die Stres Response Scale, naamlik die SRSR, 'n betekenisvolle verskil tussen die twee groepe gevind. Hierdie skaal meet die mate waartoe die kinders hul emosies uitdruk. Uit hierdie resultate kom dit dus voor dat kinders met allergieë meer geneig is om hul emosies te onderdruk as kinders sonder allergieë.

6.3 Gevolgtrekkings

6.3.1 Enkele gevolgtrekkings vanuit die literatuurondersoek

Hoewel daar baie bronne beskikbaar is oor allergieë by kinders, is daar 'n tekort aan literatuur oor die psigologiese implikasies van chroniese siektetoestande, spesifiek allergieë, op die funksionering van die kind. Die huidige studie het dus mediese en psigologiese komponente geïntegreer ten einde die effek van allergieë op die psigologiese funksionering van die kind te bepaal.

Daar is spesifiek op twee komponente van psigologiese weerbaarheid gefokus, naamlik selfkonsep en coping.

Campbell *et al.* (1996) is van mening dat selfkonsep een van die belangrikste konstrunkte is in die ontwikkeling en behoud van psigologiese weerbaarheid. Volgens Yawkey (1980) is die aspekte rondom die selfkonsep van kardinale belang tydens die kind se ontwikkeling. 'n Positiewe houding moedig kinders aan om hul eie keuses te maak, nuwe dinge te probeer en te strew na sukses.

Joseph (1994) is van mening dat copingvaardighede belangrik is in die ontwikkeling en onderhouding van weerbaarheid by kinders. Individue maak gebruik van verskillende copingstrategieë. Lazarus en Folkman (1984) beskryf copingstrategieë as response op sekere situasies wat as stresvol geëvalueer word. Die verskillende copingstrategieë is volledig in Hoofstuk 3 bespreek.

6.3.2 Gevolgtrekkings uit die empiriese ondersoek

Die eerste doelwit van die studie was om te bepaal of daar verskille is tussen kinders met allergieë en kinders sonder allergieë ten opsigte van selfkonsep. Die resultate toon dat daar geen statistiese of praktiese betekenisvolle verskille geïdentifiseer is tussen die twee groepe, ten opsigte van die Piers Harris Children's Self-Concept Scale nie. Dit kom dus voor of beide die groepe kinders se houdings teenoor hulself in dieselfde kategorie val. Kinders met allergieë en kinders sonder allergieë het dus 'n soortgelyke beeld van hulself wat die volgende aspekte betref: intellektuele en skoolstatus, fisiese voorkoms en karaktertrekke, angs, populariteit, geluk en tevredenheid, asook totale selfkonsep.

Die tweede doelwit was om te bepaal of daar wel verskille bestaan tussen kinders met allergieë en kinders sonder allergieë ten opsigte van coping. Daar is uit die empiriese ondersoek bevind dat kinders met allergieë meer geneig is om hul emosies te onderdruk in reaksie op 'n stressor, as kinders sonder allergieë. Hierdie kinders word beskryf as sensitief, kry maklik seer, word gou ontstel en is bang vir nuwe situasies. Hulle het ook gebrekkige selfvertroue. Daar is geen ander verskille ten opsigte van coping tussen die twee groepe kinders uit die empiriese ondersoek gevind nie.

6.4 Leemtes in die studie

Daar was 'n aantal leemtes in die studie, naamlik:

6.2.1 Sommige van die geselekteerde meetinstrumente se betroubaarheid en geldigheid was minder bevredigend tot swak. Leeuwner (2000) wys op verskeie redes vir sodanige onbevredigende resultate, byvoorbeeld:

- Die toetsbattery was waarskynlik te lank vir die kinders, sodat verveeldheid en vermoedheid wesenlike steuringsveranderlikes in die studie kon gewees het.
- Sommige van die items in die meetinstrumente kon moontlik te moeilik vir sommige van die jonger kinders in die studie gewees het.
- Sommige van die meetinstrumente is verouderd en in sommige gevalle nie sensitief vir kulturele verskille nie.

Hierdie aspekte laat dus die vraag ontstaan of hierdie toetsbattery wel toepaslik vir gebruik in die huidige studie was.

6.2.2 Resultate is telkens vergelyk met groepe buite die Suid Afrikaanse konteks, met ander omstandighede as die ondersoekgroep. Hierdie aspek kon moontlik 'n invloed gehad het op die interpretasie van die resultate.

6.3.3 Daar bestaan geen skaal wat spesifiek fokus op die copingstrategieë wat deur kinders in die middelkinderjare gebruik word nie. Die Stress Response Scale bied geen informasie met betrekking tot die stressors waaraan die kind blootgestel was nie. Die ontwikkeling van so 'n skaal in verdere navorsing kan moontlik hierdie probleem oplos.

6.5 Aanbevelings

- Die huidige ondersoek fokus spesifiek op kinders met allergieë. Verdere ondersoeke na ander komponente van psigologiese weerbaarheid by volwassenes met allergieë of ander chroniese siektetoestande kan ook van waarde wees.
- 'n Program om die psigologiese weerbaarheid van kinders (spesifiek met chroniese siektetoestande) te verbeter, kan moontlik uit hierdie studie voortvloei. Hierdie studie het slegs op twee komponente van psigologiese weerbaarheid, naamlik coping en selfbeeld gefokus, maar die program kan al die komponente van psigologiese weerbaarheid dek.
Dit is belangrik dat die volgende persone by die programme betrek word:
 - ouers
 - onderwysers
 - persone uit die gemeenskap
- Psigologiese weerbaarheid is 'n redelike nuwe veld, en daar is dus baie potensiaal vir navorsing, aangesien konstrunkte nog nie duidelik gedefinieer is en meetinstrumente nog nie ontwikkel is nie.

Ter afsluiting van hierdie studie kan die volgende woorde aangehaal word: "...a positive self-concept is one of the most valuable gifts a parent or teacher can give a child. An "I can" attitude can lead a child down a path of success and accomplishment. We need to be sensitive to each child's personal strenghts and weaknesses. We need to watch for signs of frustration and then try to determine the cause. Although this takes time, the results of a positive self-concept are well worth the effort" (Anon, 1999).

BRONNELYS

ALLPORT, G. (1961). *Patterns of Growth in Personality*. New York: Holt, Rinehart & Winston.

ALMQVIST, K. & HWAN, P. (1999). Iranian refugees in Sweden: Coping processes in children and their families. Childhood, 6 (2): 167-188.

ANDERSON, C. (1996). *Moderne Mediese Voorligter*. Kaapstad: Sentinel

ANON. (1999). Coping with life stressors. [Beskikbaar op die Internet:] <http://www.athealth.com>. [Date of access: 2002-08-13].

BAND ,E.B & WEISZ, J.R. (1988). How to feel better when it feels bad: Children's perspectives on coping with everyday stress. Developmental Psychology, 24 (2): 247-253.

BANDURA, A. (1977). Self-efficacy: Towards a unifying theory of behavioural change. Psychological review, 84 (2): 191-215.

BANDURA, A. (1995). *Self-efficacy in changing societies*. New York: Cambridge University Press.

BANDURA, A., PASTORELLI, C., BARBARANELLI, C & CAPRARA, G.V. (1991). Self-efficacy Pathways to Childhood Depression. Journal of Personality and Social Psychology, 76 (2): 258-269.

BLAINE, B & CROCKER, J. (1993). Self-esteem and self-serving biases in reactions to positive and negative events. An integrative review. In Baumeister, R.F. *Low Self-esteem: the puzzle of low self-regard*. New York: Plenum Press

BOTHMA, A.C. (1999). Stres, Coping, Psigologiese Welsyn en Lewenskwaliteit van Boere in die Vrystaat. Potchefstroom: PU vir CHO (Skripsie-M.A.).

BOWLBY, J. (1973). Attachment and loss: Separation : anxiety and anger. (Volume 2). New York: Basic Books.

BROWN, J.D. (1998). The Self. Boston: McGraw-Hill

BROOKS, R.B. (1994). Children at risk: Fostering resilience and hope. American Orthopsychiatric Association, 64 (4): 545-553.

BUSSING, R. (1996). Youth with chronic conditions and their transition into adulthood. Adolescent Medical Journal, 150: 181-186.

CARSON, D.K. & BITTNER, M.T. (1994). Temperament and school-aged children's coping abilities and responses to stress. Journal of Genetic Psychology, 155 (3): 289-302.

CAMPBELL, J.D., TRAPNEL, P.D., HEINE, S.J., KATZ, I.M., LAVALLEE, L.F. & LEHMAN, D.R. (1996). Self-Concept Clarity: Measurement, Personality Correlates and Cultural Boundries. Journal of Personality and Social Psychology, 70 (1):141-156.

CASHDAN, S. (1988). Object relations theory: Using the relationship. New York: W.W.Norton

CHANDLER, L.A. (1985). Assessing stress in children. New York: Praeger.

CHANDLER, L.A. (1986). The Stress Response Scale: For Children: A Measure of Behavioural Maladjustment. Pittsburg: Department of Psychology in Education.

COETZEE, C.H., VISSER, D., VAN LILL, B., VAN NIEKERK, S. & VAN STADEN, F. (1990). Enigste studiegids vir PSY 314-E: Sielkundige navorsing. Pretoria: UNISA

COLE, D.A., MAXWELL, S.E., MARTIN, J.M., PEEKE, L.G., SEROCZYNSKI, A.D, TRAM, J.M., HOFFMAN, K.B, RUIZ, M.D., JAQUES, F. & MASCHMAN, T. (2000). The development of multiple domains of child and adolescent self-concept: a cohort sequential longitudinal design. Child Development, 72 (6): 1723-1746.

COOLEY, C.H. (1902). Human nature and the social order. New York: Charles Scribner's Sons.

DUGDALE, D.C. (1998). What are Allergies? [Beskikbaar op die Internet:] [http:// www.ivillagehealth.com](http://www.ivillagehealth.com). [Date of access: 2002-06-29].

ELKIND, D. (1981). The Hurried Child. MA: Addison Westley Publishing Company.

ERIKSON, E.H. (1959). Identity and the Life Cycle. Psychological Issues, 1: 18-164.

ERIKSON, E.H. (1963). Childhood and Society. (2nd ed.). New York: W.W. Norton.

FEINGOLD, B. (1975). Food additives in clinical medicine. International Journal of Dermatology, 14:112-114.

FLEMMING, J.S. & COURTNEY, B.E. (1984). The dimensionality of self-esteem: II. Hierarchical facet model for revised measurement scales. Journal of Personality and Social Psychology, 46 (2): 404-421.

FREUD, S. (1963). Early writings. New York: Collier Books.

- GREEF, B. (2000). Verheldering van Selfkonsep as Komponent van Psigologiese Welsyn. Potchefstroom: PU vir CHO (Skripsie-M.A.).
- GRILLS, A.E. & OLLENDICK, T.H. (2002). Peer Victimization, Global Self-worth and Anxiety in Middle School Children. Journal of Clinical and Adolescent Psychology, 31 (1): 59-68.
- GROTBERG, E.H. (1997). The international resilience project. [Beskikbaar op die Internet:] Egrot@erols.com. [Date of access:2002-05-19].
- HART, E.L., LAHEY, B.B., HYND, G.W., LOEBER, R., Mc BURNETT, K. (1995). Association of chronic overanxious disorder with Atopic Rhinitis in boys: a four year longitudinal study. Journal of Clinical Child Psychology, 24 (3): 332-337.
- HARTER, S. (1986). Process underlying the construction, maintenance and enhancement of the self-concept in children. In Suls, J. & Greenwald, A.G. (Eds.), *Psychological perspectives of the self*, (Volume 3). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- HARTER, S. (1993). Causes and consequences of low self-esteem in children and adolescents. In Baumeister, R.F. *Self-esteem: The puzzle of low self-regard*. New York: Plenum Press.
- HEST, A, & HALKEN, S. (2000). Your Child and Asthma. [Beskikbaar op die Internet:] [http:// www.athealth.com](http://www.athealth.com). [Date of access: 2002-06-29].
- HUYSAMEN, G.K. (1983). *Psychological measurement: an introduction with South African examples*. Pretoria: Academica.
- JAMES, W. (1890). *The principles of psychology*. (Volume 1). New York: Holt.

- JOSEPH, J.M. (1994). *The resilient child: Preparing today's youth for tomorrow's world*. New York: Plenum Press.
- KAPLAN, H.I. & SADOCK, B.J. (1997). *Synopsis of Psychiatry*. Lippincopp, Williams & Wilkens.
- KERNIS, M.H. (1995). *Efficacy, agency and self-esteem*. New York: Plenum Press.
- KLEIN, G.L., ZIERING, R.W., GIRSH, L.S. & MILLER, M.F. (1985). The allergic irritability syndrome: Four case reports and a position statement from the Neuro-allergy Committee of the American College of Allergy. *Annals of Allergy*, 55:22-24.
- KLEINKE, C.L. (1991). *Coping with life challenges*. California: Brooks/Cole Publishing Company.
- KLIEWER, W. (1997). *Children's Coping with Illness*.
- KUPSTAS, E. (2001). *Frequently Asked Questions: Allergies and Asthma*. [Beskikbaar op die Internet:] <http://www.cs.unc.edu/kupstas/FAQ1.html>. [Date of access: 2002-08-09].
- KUPSTAS, E. & UHRBACH, A. (2001). *Frequently asked questions: Allergies and Asthma*. [Beskikbaar op die Internet:] <http://www.cs.unc.edu/kupstas/FAQ2.html>. [Date of access: 2002-08-09].
- LAZARUS, R.S. & FOLKMAN, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer
- LEEUWNER, M. (2000). *Geslagsverskille in die psigologiese weerbaarheid en stresreagering van kinders in die laat-middelkinderjare*. Potchefstroom: PU vir CHO (Skripsie: M.A.).

LEONETTI, R. (1980). Self-concept and the school child. Philosophical Library, New York.

LI MENG GOH, D. (1999) The impact of Chronic Illness on a Child. [Beskikbaar op die Internet:] [http:// www. childresearch.net/](http://www.childresearch.net/) [Date of access: 2002-05-01].

LOUW, D.A. (1990). Menslike ontwikkeling. Pretoria: HAUM.

MALKINA-PYKH, I.G. (2001). Rhythmic Movement Psychotherapy: Quality of Life Research. [Beskikbaar op die Internet;] [http:// www.ineco.org/](http://www.ineco.org/). [Date of access: 2002-09-10].

MASLOW, A. (1954). Motivation and Personality. New York: Harper.

Mc GEADY, S & RUTHERFORD, K. (2001). Food Allergies. [Beskikbaar op die Internet:] [http:// www.kidshealth.org/](http://www.kidshealth.org/). [Date of access: 2002-09-15].

MASTEN, A.S & COATSWORTH, J.D. (1998). The development of competence in favourable and unfavourable environments: Lessons from research on successful children. American Psychologist, 53 (2): 205-220.

MILLER, B.D. (2002). Where Psyche Meets Soma in Asthma. Psychiatric Times, XIX (1): 160-168.

MOORE, D.S. & MCGABE, G.P. (1993). Introduction to the practice of statistics. New York: W.H. Freeman and Company.

MOOS, R.H. (1993). Coping Responses Inventory Youth Form (CRI-Y): Professional Manual: Psychological Assessment Resources. Odessa, Florida.

MOOS, R.H. & SCHAEFER, J.A. (1993). Coping resources and processes: Current concepts and measures.

MORRIS, A. (2001). Allergy Society of South Africa: Treatment of Enzema and Atopic Dermatitis. [Beskikbaar op die Internet:] <http://www.allergysa.org/enzema.htm>. [Date of access: 2002-06-24].

MOTOLA, C. (2002). Allergy Society of South Africa: Food Allergy. [Beskikbaar op die Internet:] [http:// www.allrgysa.org/food.htm](http://www.allrgysa.org/food.htm). [Date of access:2002-04-18].

MURRAY, S.K., ROSE, P., BELLAVIA, G.M. & HOLMES, J.G. (2002). Journal of Personality and Social Psychology, 83 (3): 556-573.

OSBORNE, R.E (1996). *Self: An eclectic approach*. Boston: Allyn and Bacon

PATTERSON, J. & BLUM, R.W. (1996). Risk and resilience among children and youth with disabilities. Adolescent Medical Journal, 150: 181-186.

PEARLMAN, D.S. & BIERMAN, C.W. (1980). Asthma. (Bronchial asthma reactive airways disorder). *Allergic Diseases of Infancy, Childhood and Adolescence*. London: Saunders

PERKEL, D. (2000). Dealing with a chronic illness. [Beskikbaar op die Internet:] [http:// www.kidshealth.org](http://www.kidshealth.org) [Date of access: 2002-05-15].

PIERS, E.V. (1984). *Piers-Harris Children's Self-Concept Scale: Revised Manual*. Los Angeles: WPS.

POTTER, P.C., MOTOLA, C., MORRIS, A., GROENEWALD, M., & LEE, S. (2001). Allergy Society of South Africa: Good Allergy Practice for South Africa. [Beskikbaar op die Internet:] [http:// www.allergysa.org/html/practice1.html](http://www.allergysa.org/html/practice1.html). [Date of access: 2002-05-24].

RAPP, D.J. (1991). *Is this your child: discovering and treating unrecognized allergies*. New York: William Morrow and Company, Inc.

REZNICK, J.S. (1986). Developmental Psychology Homepage. [Beskikbaar op die Internet:]. [http:// www.reznick@unc.edu](http://www.reznick@unc.edu). [Date of access: 2002-08-25].

ROGERS, C.R. (1961). On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy. Boston: Houghton Mifflin Co.

ROSENBERG, A. & KAGEN, T. (1989). Physical and Physiological Correlates of Behaviour Inhibition. Developmental Psychology, 22: 753-770.

RUTHERFORD, K. (2001). Food Allergies. [Beskikbaar op die Internet:] [http:// www.kidshhealth.org/kid/ill.html](http://www.kidshhealth.org/kid/ill.html). [Date of access: 2002-05-15]

RUTHERFORD, M.D. & McGEADY, S. (2001). All About Allergies. [Beskikbaar op die Internet:] <http://www.kidshhealth.org/parent/medical/allergies> [Date of access: 2002-05-18].

RUTTER, M. (1990). Psychosocial resilience and protective factors. New York: Cambridge University Press

SAMUELS, S.C. (1977). Enhancing Self Concept in Early Childhood: Theory and Practice. New York: Human Sciences Press.

SHAVELSON, R.J., HUBNER, J.J. & STANTON, G.C. (1976). Validation of Construct Interpretations. Review of Educational Research, 46: 407-441.

SKINNER, E.A. & WELLBORN, J.G. (1994). Coping during Childhood and Adolescence: A Motivational Perspective.

SMIT, G.J. (1991) Psigometrika: Aspekte van Toetsgebruik. Pretoria: HAUM tersiër.

SMITH, C. & CARLSON, R.E. (1997). Stress, Coping and Resilience in Children and Youth. Social Service Review, June 231-256.

STEIN, K.F. (1995). Schema model of the self-concept. IMAGE, Journal of Nursing Scholarship, 27 (3): 187-193.

STEIN, E. (1992). Allergies and Learning Disabilities. International Journal of Disability, Development and Education, 39 (2): 147-152.

STEYN, H.S. (1999). Praktiese beduidendheid: Die gebruik van effekgroottes. Wetenskaplike bydraes, Reeks B: Natuurwetenskappe nr. 117. Potchefstroom: PU vir CHO.

STREIN, W. (1995). Assessment of Self-Concept. [Beskikbaar op die Internet:] [http:// www. ERIC Digest.com/](http://www.ERIC Digest.com/). [Date of access: 2002-06-06].

SPEER, F. (1958). The Allergic Tension Fatigue Syndrome in Children. Allergy, 12: 207-214

SULLIVAN, H.S. (1953). The interpersonal thoery of psychiatry. New York: W.W. Norton & Company Inc.

THOMPSON, C.K. & RUDOLPH, L.B. (1996). Counselling Children. New York: Brooks/Cole Publishing Company.

THOMPSON, J.M. (1998). Nutritional Requirements of Infants and Young Children. Great Brittan: MPG Books Limited.

TIDWELL, M. (2001). Children and chronic illness. [Beskikbaar op die Internet:] [http:// www.athealth.com](http://www.athealth.com). [Date of access: 2002-08-05].

VARMA, V. (1993). Coping with Unhappy Children. Great Brittain: Redwood Books.

VILJOEN, M.C. (1986). Allergieë en die psigologiese funksionering van die kind. Universiteit van Port Elizabeth. (Ph.D)

VISSER, M. (1991). In pursuit of wellness in children. (referaat gelewer by die Nasionale kongres van die Psigologiese Assosiasie van Suid-Afrika, Pretoria, Oktober).

WAMBOLTZ, M.Z., SCHMITZ, S. & MRAZEK, D. (1998). Genetic association between Atopy and Behavioural Symptoms in Middle Childhood. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 39 (7): 1007-1016.

WARDLEY, B.L., PUNTIS, J.W.L. & TAITZ, L.S. (1997). Handbook of Child Nutrition. New York: Oxford University Press.

WATSON, D., SULS, J. & HAIG, J. (2002). Global Self-Esteem in Relation to Structural Models of Personality and Affectivity. Journal of Personality and Social Psychology, 83 (1): 185-197.

WEINBERG, A. (1996). Allergy Society of South Africa: Allergic Rhinites in Children. [Beskikbaar op die Internet:] [http:// www.allergysa.org/allrhin.htm](http://www.allergysa.org/allrhin.htm). [Date of access: 2002-06-24].

WERNER, E.E. & SMITH, R.S. (1982). Vulnerable but invincible: A longitudinal study of resilient children and youth. New York: McGraw-Hill Book Company.

WIEHAHN, C.T. (1991). Stress and coping in families with allergic children. University of Port Elizabeth. (Skripsie-M.A.).

WISSING, M.P. (2000). Wellness: Construct clarification and the framework for future research and practice. Keynote address at the first South African National Wellness Conference, Port Elizabeth, South Africa. 2-5 May.

WOLCHICK, S.A & SANDLER, I.N. (1997). Handbook of children's coping : Linking theory and intervention: New York: Plenum Press.

WOLKOW, K.E. & FERGUSON, H.B. (2001). Community factors in the development of resiliency: considerations and future directions. Community Mental Health Journal, 37 (6): 489-496.

YÁWKEY, T.D. (1980). The self-concept of the young child. Brigham Young University Press.