

**‘N BEHOEFTEBEPALING VIR EMOSIONELE
ONDERSTEUNING AAN DIE ADOLESSENT
MET ‘N TERMINAAL SIEK OUER**

deur

SUZANNE PRETORIUS

Voorgelê ter gedeeltelike vervulling van die
vereistes vir die graad

**MAGISTER DIACONIOLOGIAE
(RIGTING: SPELTERAPIE)**

aan die

UNIVERSITEIT VAN SUID-AFRIKA

STUDIELEIER: ME C. VAN WYK

November 2007

Ek verklaar hiermee dat

**‘N BEHOEFTEBEPALING VIR EMOSIONELE
ONDERSTEUNING AAN DIE ADOLESSENT MET ‘N
TERMINAAL SIEK OUER**

my eie werk is en dat alle bronne wat ek gebruik of aangehaal het deur
middel van volledige verwysings aangedui en erken is.

Handtekening

Datum

Studentenommer: 35914548

Bedankings

Sonder die Here se seën en genade sou hierdie verhandeling nooit begin en voltooi kon word nie. Dankie dat U elke dag oor my waak.

Mamma, dankie vir die gebede en geloof in my. Ma het vir my gewys dat 'n terminale siekte nie beteken dat 'n mens moet moed opgee nie. Dankie dat mamma altyd in my glo.

Pappa, dankie vir die ongelooflike ondersteuning vir my, selfs net die drukkies. Vir 'n beter rolmodel kon ek nie vra nie.

My wonderlike twee sussies, julle is meer as my bloed, julle is my beste vriende ook. Dankie vir wat julle gedurende my studies vir my beteken en gedoen het.

Paul, my broer, baie dankie vir al die hulp met die tegniese aspekte van my verhandeling, die leen van die videokamera en die oneindige geduld.

Carlien van Wyk, baie dankie vir al die leiding en ondersteuning met die verhandeling. Dit word opreg waardeer.

Dora-Marí van Vuuren, baie dankie vir al die hulp en leiding met die taal- en tegniese versorging.

Opsomming

Die studie is onderneem as 'n kwalitatiewe behoeftebepaling vir emosionele ondersteuning aan die adolessent met 'n terminaal siek ouer. Vyf respondente wat in die adolessente lewensfase is (14 tot 18 jaar), met 'n terminaal siek ouer, is by die studie betrek. Individuele ongestruktureerde onderhoude is met elke respondent gevoer ten einde te bepaal wat hul behoefte aan emosionele ondersteuning is. Die onderhoude is met die toestemming van die ouers en respondente op videoband opgeneem en getranskribeer. Agt herhalende temas is uit die onderhoude uitgekies, waarna dit met die literatuur gekontroleer is. Die resultaat van die studie is die bepaling van emosionele behoeftes van die adolessent met 'n terminaal siek ouer.

Sleutelwoorde

Emosionele ondersteuning, adolessente, terminale siekte, geantisipeerde rou, ouer, kwalitatief, gevallestudie, ongestruktureerde onderhoude.

Summary

This study was undertaken as a qualitative needs assessment of emotional support to the adolescent with a terminally ill parent. Five participants in their adolescent life phase (14 to 18 years) with a terminally ill parent, participated in the study. Individual unstructured interviews were conducted with each participant, in order to assess their need for emotional support. With the consent of the parents and adolescents, the interviews were video-recorded and transcribed. Eight recurring themes were selected from the case studies and verified with the existing literature. The result of the study is the assessment of the need for emotional support to the adolescent with a terminally ill parent.

Key words:

Emotional support, adolescence, terminal illness, anticipated grief, parent, qualitative, case study, unstructured interviews.

Verklaring van terme

In die konteks van hierdie studie:

- Word die manlike vorm “hy”, “sy” en “homself” gebruik, om ‘n lomp skryfstyl te verhoed. Die doel hiervan is om nie enige geslagsdiskriminasie of -voorkeur te skep nie.
- Word gebruik gemaak van die begrip “geantisipeerde rou” eerder as “afwagende rou”. Die navorser is van mening dat laasgenoemde term eerder impliseer dat die adolessent reeds verwag en daarvan bewus is dat hy deur sekere emosies en rou gaan. In die werklikheid is hy nie bewus dat sy emosies die gevolg is van rou wat voor die werklike afstewe ervaar word nie. Die term “geantisipeerde rou” is dus ‘n meer akkurate vertaling van die oorspronklike term “*anticipated grief*”.
- Word die woord “gesin” gebruik om na die hele familie te verwys. Die doel hiervan is om nie bloot op die nukleêre gesin te fokus nie, maar ook op die uitgebreide gesin. Die navorser is van mening dat hedendaagse gesinne en versorgers nie net bloot uit die nukleêre gesin bestaan nie, weens toename in egskeidings, pleegsorggesinne, hersaamgestelde gesinne en dies meer.

INHOUDSOPGAWE

1. INLEIDING TOT DIE STUDIE	1
1.1 INLEIDING	1
1.2 RASIONAAL VIR STUDIE EN PROBLEEMSTELING	1
1.2.1 Navorsingsvraag	5
1.2.2 Doelstelling en doelwitte	5
1.3 NAVORSINGSBENADERING	6
1.3.1 Kwalitatiewe benadering	6
1.3.2 Soort navorsing	7
1.3.3 Navorsingstrategie: Instrumentele gevallestudie	9
1.4 NAVORSINGSMETODOLOGIE	10
1.5 ETIESE ASPEKTE	17
1.5.1 Ingeligte toestemming	17
1.5.2 Voorkoming van skade aan respondente	17
1.5.3 Konfidensialiteit en skending van privaatheid	18
1.5.4 Misleiding van respondente	18
1.5.5 Optrede en bevoegdheid van die navorser	19
1.5.6 Ontlonting	19
1.6 DEFINISIES VAN HOOFKONSEPTE	19
1.6.1 Emosionele ondersteuning	20
1.6.2 Adolessent	20
1.6.3 Terminaal siek ouer	21
1.7 INDELING VAN NAVORSINGSVERSLAG	21
1.8 SAMEVATTING	22

2. KONSEPTUELE RAAMWERK OOR TERMINALE SIEKTES EN DIE ADOLESSENT SE ONTWIKKELING	23
2.1 INLEIDING	23
2.2 TEORETIESE BENADERING: EKOLOGIESE MODEL	24
2.3 DEFINIËRING VAN TERMINALE SIEKTES EN PALLIATIEWE SORG	27
2.3.1 Definiëring van terminale siektes	27
2.3.1.1 Die fases van ‘n terminale siekte	29
2.3.1.2 Professionele persone se betrokkenheid by persone wat terminaal siek is	29
2.3.2 Definiëring van palliatiewe sorg	30
2.4 GEANTISIPEERDE ROU EN DIE INVLOED VAN BINDING	31
2.4.1 Definiëring van geantisipeerde rou	32
2.4.2 Die impak van binding op die ervaring van geantisipeerde rou	33
2.4.3 Positiewe aspekte van geantisipeerde rou	36
2.5 ‘N OORSIG VAN DIE ADOLESSENT SE ONTWIKKELING	37
2.5.1 Liggaamlike ontwikkeling	37
2.5.2 Kognitiewe ontwikkeling	38
2.5.2.1 Formeel-operasionele denke	38
2.5.2.2 Wetenskaplike denke	39
2.5.2.3 Absolute redenering	39
2.5.2.4 Egosentrisme	40
2.5.2.5 Geheue	40
2.5.2.6 Abstrakte redenering	41
2.5.3 Sosiale ontwikkeling	42
2.5.3.1 Die ouer-adolessentverhouding	42
2.5.3.2 Die belangrikheid van portuurgroepverhoudings	44
2.5.4 Persoonlikheidsontwikkeling	45

2.5.4.1	Identiteitsvorming	45
2.5.4.2	Die selfkonsep	47
2.5.4.3	Beroepskeuse	47
2.5.5	Morele ontwikkeling	48
2.6	SAMEVATTING	49
3.	DIE ADOLESSENT EN SY GESIN SE ERVARING VAN ‘N TERMINALE SIEKTE	51
3.1	INLEIDING	51
3.2	DIE ADOLESSENT SE GEVOELENS OMTRENT DIE DOOD	52
3.3	ASPEKTE VAN ROU	53
3.3.1	Faktore wat die tydperk van rou beïnvloed	53
3.3.2	Die rouproses	54
3.4	KENMERKE VAN DIE ADOLESSENT WAT ROU ERVAAR	56
3.5	BEHOEFTES VAN DIE ADOLESSENT WAT ROU	58
3.6	DIE ADOLESSENT SE SIENING OOR SY GESONDHEID	60
3.7	VERANDERINGE IN DIE GESINSISTEEM	61
3.7.1	Die adolescent se rolverandering	61
3.7.2	Die gesonde ouer se rolverandering	63
3.7.3	Verandering in die gesin se normale lewe	63
3.7.4	Die gesin se take van rou	64
3.7.5	Sosiale isolasie van die gesin	65
3.7.6	Aanpassing van die gesin tydens die rouproses	65
3.8	BESKRYWING VAN EMOSIONELE ONDERSTEUNING	66
3.8.1	Definiëring van emosionele ondersteuning	67
3.8.2	Emosionele alleenheid	68

3.8.3	Die noodsaaklikheid van emosionele ondersteuning	69
3.8.4	Rolspelers by emosionele ondersteuning	70
3.8.4.1	Die gesin	70
3.8.4.2	Die portuurgroep	71
3.8.4.3	Ander professionele persone	71
3.9	SAMEVATTING	72
4.	RESULTATE VAN DIE EMPIRIESE ONDERSOEK	73
4.1	INLEIDING	73
4.2	NAVORSINGSPROSES	73
4.2.1	Analisering van probleem en beplanning van projek	74
4.2.2	Navorsingsbenadering en -strategie	74
4.2.3	Insameling van data en sintese	75
4.2.4	Data-analise	75
4.3	RESULTATE VAN BIOGRAFIESE GEGEWENS	76
4.4	EMPIRIESE GEGEWENS	77
4.4.1	Tema 1: Behoefte aan ondersteuning met die veranderinge sedert die diagnose	78
4.4.1.1	Subtemas vanuit Tema 1	80
4.4.2	Tema 2: Behoefte om die ouer se terminale siekte te begryp	82
4.4.2.1	Subtemas vanuit Tema 2	84
4.4.3	Tema 3: Behoefte aan genoegsame kennis met betrekking tot die terminale siekte	85
4.4.3.1	Subtemas vanuit Tema 3	86
4.4.4	Tema 4: Behoefte aan ondersteuning in sy huidige omstandighede in die gesin	89
4.4.4.1	Subtemas vanuit Tema 4	90

4.4.5	Tema 5: Emosionele behoeftes tydens die adolessent se spesifieke ontwikkelingstake	92
4.4.5.1	Subtemas vanuit Tema 5	94
4.4.6	Tema 6: Behoeftes aan ondersteuning tydens hospitaalbesoek	97
4.4.6.1	Subtemas vanuit Tema 6	97
4.4.7	Tema 7: Behoeftes aan ondersteuning met besluitneming ten opsigte van sy toekomsplanne	99
4.4.7.1	Subtemas vanuit Tema 7	100
4.4.8	Tema 8: Behoeftes aan genoegsame ondersteuning tydens sy ouer se terminale siekte	101
4.4.8.1	Subtemas vanuit Tema 8	103
4.5	SAMEVATTING	105
5.	GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS	106
5.1	INLEIDING	106
5.2	NAVORSINGSVRAAG	106
5.3	EVALUERING VAN DOELSTELLING EN DOELWITTE	107
5.3.1	Doelstelling	107
5.3.2	Doelwitte van die studie	107
5.4	GELDIGHEID VAN DIE STUDIE	110
5.4.1	Geloofwaardigheid	110
5.4.2	Oordraagbaarheid	111
5.4.3	Afhanklikheid/konsekwentheid	111
5.4.4	Bevestigbaarheid	112
5.5	GEVOLGTREKKINGS	112
5.6	AANBEVELINGS	116
5.6.1	Algemene aanbevelings	116

5.6.2	Aanbevelings oor die navorsingsproses en verdere navorsing	120
5.7	SAMEVATTING	121
BRONNELYS	122
BYLAE A: TOESTEMMINGSBRIEF VIR ONDERHOUDE MET ADOLESSENTE	128

1. INLEIDING TOT STUDIE

1.1. INLEIDING

Adolesensie is 'n uitdagende lewensfase waar verskeie belangrike lewensake voorkom. Adollesente moet leer om 'n groter mate van beheer oor hul emosies op 'n sosiaal aanvaarbare wyse uit te oefen en 'n positiewe selfkonsep te ontwikkel (Gouws, Kruger & Burger, 2000:147). Dit is logies dat katastrofiese gebeure, soos om 'n ouer aan 'n terminale siekte te sien ly, ongewone stres kan veroorsaak. Hierdie tipe stressor, tesame met die verhoogde stres van die adollesentjare, kan vir die adollesent 'n groter uitdaging wees as vir kinders in enige ander lewensfase (Seamands, 1989:14).

Nadeau (1998:1) en Worden (2001:137) voer aan dat '*anticipated grief*' (hierna genoem 'geantisipeerde rou') by adollesente voorkom as daar 'n terminale siekte in die gesin is. Terwyl skielike dood vir enige mens traumaties is, dra geantisipeerde rou 'n onwillekeurige polariteit wat kan lei tot skuldgevoelens. Geantisipeerde rou vind plaas deurdat die adollesent voorkennis van die dood het, en dit is tydens hierdie tydperk dat die adollesent met die proses van rou begin en alreeds verskeie response tot verdriet ervaar terwyl die ouer nog leef.

Daar is in hierdie studie gefokus op die bepaling van die behoefte aan emosionele ondersteuning aan die adollesent met 'n terminaal siek ouer.

Vervolgens sal die rasionaal vir die studie asook die probleemstelling bespreek word.

1.2 RASIONAAL VIR STUDIE EN PROBLEEMSTELLING

Die behoefte aan navorsing oor hierdie tema is hoofsaaklik deur twee determinate bepaal. Eerstens dien die navorser se persoonlike ervaring van 'n ouer wat terminaal siek was tydens haar adollesensie as motivering vir hierdie studie. Die navorser was self met hierdie komplekse gevoelens gekonfronteer. Sy het besef dat emosionele

ondersteuning noodsaaklik is om die adolessent te help sin maak uit sy gevoelens en gesinsomstandighede. Vanuit haar verwysingsraamwerk het sy ontdek dat die adolessent bygestaan kan word deur emosionele ondersteuning te bied.

Tweedens het die navorser besef dat intervensie en navorsing fokus op rouberaad, terwyl daar min klem is op die proses voor die ouer se afsterwe. Tydens hierdie stadium sien die kind sy ouer ly en fisies en emosioneel agteruitgaan. Gesinslede vra ondersteuning by professionele persone as hulle vasgevang voel in hulle emosies tydens die rouproses. Worden (2001:1,4) beskryf dat daar 'n tendens is dat terapeute in die mediese veld 'n groter belangstelling begin toon in die onderwerpe van die dood, palliatiewe sorg, die proses van sterf, verdriet en bedroefdheid. Tog is die navorser van mening dat daar steeds 'n leemte bestaan om geantisipeerde rou aan te spreek.

Tydens die aanvang van die studie is twee kundiges gekonsulteer ten opsigte van die uitvoerbaarheid van die studie. Die navorser het met dr L. van der Merwe, wat tans werksaam is in Karl Bremer Hospitaal, 'n onderhoud gevoer (2006). Sy het erken dat die enigste kontak wat dokters met die gesinne van pasiënte met terminaal siek ouers het, is wanneer hulle die gesin meedeel dat die pasiënt terminaal siek is en hulle voorberei op sy dood. In 'n dokter se opleiding word daar weinig aandag geskenk aan hierdie onderwerp. Dokters het nie die tyd om aan die gesin aandag te skenk en vertroostend teenoor hulle op te tree nie. Dus identifiseer dokters en die meeste ander mediese personeel nie die behoeftes van die ander lede van die gesin nie en word hierdie gesinslede uitgesluit by die behandelingsproses.

Daar is ook 'n onderhoud gevoer met me E. Engelke, 'n senior maatskaplike werker wat al 20 jaar betrokke is by die Christelike Maatskaplike Raad in Mpumalanga (2006). Uit haar ondervinding word enige kind getraumatiseer wanneer die dood intree. Kinders verloor alles wat in die lewe vir hul belangrik is, asook hul standvastigheid. Daar is vir maatskaplike werkers riglyne tot rouberaad, maar min, indien enige, vir die tydperk van diagnose van die terminale siekte tot afsterwe. Vanuit die konsultasie met die bogenoemde kundiges het dit geblyk dat daar wel 'n behoefte aan hierdie studie was, aangesien daar min riglyne in die praktyk is vir die hantering en behoeftes van die ander lede van die gesin waar 'n terminaal siek ouer is.

Die tendens is dat die klem hoofsaaklik geplaas word op die behandeling van die pasiënt, terwyl die ander gesinslede en hulle individuele gevoelens nie in berekening gebring word nie.

Bernstein (1977:9) en Worden (2001:2) stem saam dat sekere studies toon dat jong, adolessente in rou meer fisiese ongemak deurgaen en alternatiewe, byvoorbeeld dwelms en alkohol, beproef om die simptome te probeer verlig. Bowlby (in Worden, 2001:1) ondersteun bogenoemde deur aan te voer dat sy kliniese ervaring bewys dat psigiatriese siektes 'n uitdrukking van patologiese rou kan wees en angs, depressiewe siektes en soms gedragversteurings kan insluit. Louw, Van Ede en Louw (1998:440) voer verder aan dat adolessente gemoedskommeling ervaar en dat dit verband hou met die situasies waarin hulle hulself bevind. Aangesien hulle geneig is om op hulself te fokus, veroorsaak dit komplekse emosies soos angstigtheid, skuld en skaamte. Die navorser is van mening dat hierdie wisselende emosies verder gekompliseer word deur 'n ouer wat terminaal siek is, aangesien daar implikasies en veranderinge is wat die siekte vir die adolessent meebring.

Die navorser ondersteun verder die bogenoemde en voel dat indien 'n adolessent 'n terminaal siek ouer het, dit kan lei tot verhoogde komplekse emosies wat moeilik verstaanbaar en hanteerbaar is vir die adolessent en die mense om hom. Hy het dus addisionele ondersteuning nodig om hom te help om uit hierdie emosies sin te maak.

Die adolessent se komplekse emosies gaan hand aan hand met die mate van ontwikkeling wat in hierdie fase plaasvind. Veral by emosionele, morele en sosiale ontwikkeling speel die verstaan van die wisselvallige emosies 'n kardinale rol. Louw *et al.* (1998:431) en Gouws, Kruger en Burger (2000:65) meld dat Erik Erikson se teorie die adolessente fase beskryf as 'identiteit teenoor identiteitsverwarring'. Erikson beweer dat die adolessent deur 'n identiteitskrisis, dit wil sê 'n tydelike periode van verwarring, gaan waartydens adolessente eksplorieer, bestaande waardes bevraagteken en met alternatiewe rolle eksperimenteer ten einde 'n eie waardestelsel te ontwikkel. Louw *et al.* (1998:474) meld verder dat Kohlberg faktore noem wat adolessente se morele ontwikkeling beïnvloed: kognisie, ouerlike houdings en optrede, interaksie met die portuurgroep, godsdiens, sosio-ekonomiese status, egosentrisme en die heteronome aanvaarding van ander se waardestelsels. Hy het dit

verder in drie fases opgedeel, naamlik die prekonvensionele, die konvensionele en die postkonvensionele vlak. Bogenoemde bring die adolessent se behoefte aan ondersteuning duidelik uit, en toon ook aan hoe belangrik die eie verstaan van sy gevoelens is.

Kübler-Ross (1983:77) voel dat die terminale siekte van 'n ouer 'n groter impak het op die adolessent as op jonger kinders. Wanneer die adolessent reageer op die siekte van 'n ouer deur lasterend, verwarrend en onbeheersd op te tree, het hulle die onvoorwaardelike verstaan nodig van 'n persoon wat nie veroordelend is nie en wat weet dat hul aksies 'n poging is om hulself te verdedig teen die vrees van die toekomstige verlies. Dit is ook belangrik dat die adolessent sy vrese en gevoelens met ander broers of susters deel. Die soeke na innerlike vrede is van uiterste belang.

Bogenoemde stem ooreen met wat reeds vroeër deur die navorser gemeld is, naamlik dat die bykomende verwarrende emosies wat met 'n terminaal siek ouer gepaardgaan, die adolessent meer deurmekaar en onstabiel laat. Die adolessent ontvang in die meeste gevalle wel ondersteuning, maar die navorser wil bepaal tot watter mate daar 'n behoefte hieraan is. Hierdie studie maak 'n bydrae in die opsig dat behoeftes ten opsigte van emosionele ondersteuning aan adolessente met terminaal siek ouers bepaal word.

Die volgende probleem is vir die studie daargestel: Die adolessent met 'n terminaal siek ouer se behoefte aan emosionele ondersteuning is nog nie ondersoek nie. Daar bestaan in die literatuur genoegsame inligting met betrekking tot die adolessent se ervaring na die dood van die ouer, maar min fokus werklik op die geantisipeerde rou voor die ouer se afsterwe. Die konteks waarna daar in hierdie studie verwys word, sal dus grootliks fokus op die impak wat die terminaal siek ouer het op die emosionele behoeftes van die adolessent. Soos reeds gemeld, is die huidige fokus van intervensie in die praktyk by hierdie teikengroep hoofsaaklik op die terminaal siek ouer, en nie die ander gesinslede nie. Professionele persone betree gewoonlik eers die ondersteunende rol wanneer die ouer afsterf en rouberaad moet plaasvind. Dit blyk hieruit dat daar min, indien enige, ondersteuning is tydens geantisipeerde rou.

Ten einde hierdie navorsingsondersoek sinvol aan te pak, het die navorsers 'n duidelike navorsingsvraag voor oë gehad, wat in die volgende paragraaf bespreek word.

1.2.1 Navorsingsvraag

Volgens Flick (1998:49-52) het 'n navorsingsvraag ten doel om die studieterrrein te struktureer en dus sekere inligting te beklemtoon en ander as minder belangrik te ag. Die navorsingsvraag moet beantwoord kan word binne die konteks van die bepaalde raamwerk, met die gegewe en beperkte bronne wat beskikbaar is vir die studie, byvoorbeeld die beskikbare respondente, gewilligheid van deelname aan die studie, geld en tyd.

In hierdie studie het die volgende navorsingsvraag die ondersoek gerig: Wat is die adolessent met 'n terminaal siek ower se behoefte aan emosionele ondersteuning?

1.2.2 Doelstelling en doelwitte

Vanuit die navorsingsvraag vloei die noodsaak om 'n doelstelling en konkrete doelwitte vir die studie daar te stel. Volgens Fouché en De Vos (2005:104) is 'n doelstelling die eindpunt waarop die navorsing gerig is. Dit is die breër, meer abstrakte verklaring. In die lig van die probleemformulering, is die volgende doelstelling geïdentifiseer: Om te bepaal wat die adolessent met 'n terminaal siek ower se behoefte aan emosionele ondersteuning is.

Volgens Fouché en De Vos (2005:104) verwys doelwitte na die meer meetbare, konkrete stappe wat lei tot die doelstelling. Die doelwitte vir die studie was soos volg:

- Om vanuit bestaande literatuur 'n konseptuele raamwerk te skep wat fokus op die ekologiese model, ten einde 'n teoretiese benadering vir die studie te skep.
- Om vanuit 'n konseptuele raamwerk die onderwerpe van terminale siektes, palliatiewe sorg, geantisipeerde rou en die invloed van binding te ondersoek aan die hand van die adolessent se ontwikkeling, ten einde 'n breër prent van die impak van die terminaal siek ower te vorm.

- Om vanuit 'n konseptuele raamwerk die aspekte van rou, die adolessent se gevoelens omtrent die dood, veranderinge in die gesinsisteem, asook 'n beskrywing van emosionele ondersteuning te gee, ten einde 'n uitgebreide literêre basis vir die studie te skep.
- Om deur middel van ongestruktureerde onderhoude die emosionele behoeftes vir die adolessent met 'n terminaal siek ouer te bepaal.
- Om gevolgtrekkings en aanbevelings te maak vir spelterapeute en ander professionele persone, ten opsigte van die unieke behoeftes van adolessente met 'n terminaal siek ouer, en leiding te gee oor die wyse waarop emosionele ondersteuning tot nut kan wees.

Vervolgens sal daar gefokus word op die navorsingsbenadering en soort navorsing, asook die navorsingstrategie wat tydens die studie benut is.

1.3 NAVORSINGSBENADERING

In hierdie studie het die navorser nie van toetsbare veranderlikes gebruik gemaak nie, maar gepoog om te verstaan wat die adolessent met 'n terminaal siek ouer se behoefte aan emosionele ondersteuning is. Die navorser het dus van 'n kwalitatiewe benadering gebruik gemaak, wat vervolgens bepreek word.

1.3.1 Kwalitatiewe benadering

Fouché en Delport (2005:74) haal vir McRoy aan wanneer hulle noem dat kwalitatiewe navorsing holisties van aard is. Die doel daarvan is om die sosiale lewe te probeer verstaan, tesame met die betekenis wat mense aan die alledaagse lewe heg. Smith en Dunworth (2003:603-604) ondersteun die bogenoemde en noem verder dat elke respondent se betekenis en ervaring vasgevang word en lei tot groter begrip vir die respondente se persoonlike en sosiale ervaring. Die kwalitatiewe navorser is geïnteresseerd in begrip eerder as verklarings, en die natuurlike waarneming eerder as gekontroleerde meting, soos by kwantitatiewe meting. Kwalitatiewe navorsing het

dus te doen met begrip vir, en die verkenning van die subjektiewe ervaring van 'n persoon wat 'n verskynsel self beleef.

In hierdie studie het die navorser gepoog om 'n ryk beskrywing en holistiese beeld van die respondente se ervarings aan die leser oor te dra, en spesifiek meer te verstaan van die adolessent met 'n terminaal siek ouer se behoefte aan emosionele ondersteuning. Elke respondent se eie ervaring en persepsies is in ag geneem deur 'n gedetailleerde beskrywing van sy ervaring weer te gee. Vervolgens kan dit lei tot groter begrip vir die adolessent met 'n terminaal siek ouer vanaf die gesin, skool en hulpgewende professies.

Hierdie studie voldoen aan Creswell (in Fouché en De Vos, 2005:103) se vereistes vir kwalitatiewe navorsing wat behels dat individue in hul natuurlike omstandighede bestudeer word en dat die navorser afstand doen van haar rol as 'n kundige om sodoende die storie vanuit die individu se oogpunt te vertel. Dit wil sê die respondente is nie onder eksperimentele omstandighede waargeneem nie, maar die onderhoude is binne 'n informele en natuurlike omgewing gevoer en die onderskeie individue is as kenners van hul eie ervaringwêreld erken. Die navorser het ongestruktureerde onderhoude gevoer juis met die doel om 'n informele atmosfeer te skep.

Henning, Van Rensburg en Smit (2004:3-4) noem dat die veranderlikes in 'n kwalitatiewe studie nie beheer word nie, omdat die navorser poog om die vrye en natuurlike ontwikkeling van die aksie vas te vang en te verstaan. Indien 'n instrument gebruik word, sal die data beperk wees tot die grense van die instrument en sal begrip van 'n verskynsel ook binne hierdie limiet beperk wees.

1.3.2 Soort navorsing

Die studie behels toegepaste navorsing wat verkennend en beskrywend van aard is.

Die *Compact Oxford English Dictionary* (1997:48) definieer *toegepas* as iets wat prakties gebruik kan word, wat in teenstelling is met die teoretiese. So onderskei

Delpont en De Vos (2005:45) tussen basiese navorsing wat teorie genereer en toegepaste navorsing wat prakties is en soek na oplossings vir probleme. Fouché en De Vos (2005:105) beskryf toegepaste navorsing as die “... *scientific planning of induced change in a troublesome situation.*” Derhalwe genereer toegepaste navorsing resultate wat in die praktyk toepaslik, prakties en onmiddellik van nut is.

Toegepaste navorsing is die wetenskaplike beplanning van wat die verskynsel wat ondersoek word, teweeg gebring het. Die doel is om professionele persone te help om hul take te voltooi. Dit fokus dus op probleemoplossing in die praktyk. Toegepaste navorsing word gebruik om aanbevelings en oplossings te bied vir ‘n sekere probleem wat deur ‘n spesifieke groep in ‘n situasie ervaar word (Fouché & De Vos, 2005:105).

Hierdie studie is toegepas van aard aangesien dit praktiese aanbevelings verskaf het om die behoefte te bepaal vir emosionele ondersteuning vir die adolessent met ‘n terminaal siek ouer, en oplossings te identifiseer wat in die praktyk toegepas kan word. Hierdie aanbevelings het gespruit uit die tendense wat na vore getree het na ‘n verkenning van die adolessent se emosionele behoeftes.

Beide verkennende en beskrywende navorsing is tydens hierdie studie benut. Volgens Fouché en De Vos (2005:106) word verkennende navorsing benut om insig tot ‘n situasie, individu of gemeenskap te verkry. Die behoefte van so ‘n studie kan ontstaan as gevolg van die verlies van bestaande inligting tot hierdie nuwe belangstellingsveld. Die *Compact Oxford English Dictionary* (1997:406) verklaar *verken* as ‘n deeglike studie en detail-ondersoek van ‘n verskynsel en ook as ‘n soektog na meer inligting. In hierdie studie is die behoefte tot emosionele ondersteuning vir ‘n adolessent met ‘n terminaal siek ouer verken.

In die *Compact Oxford English Dictionary* (1997:314) word *beskrywend* aangedui as ‘n breedvoerige opsomming van die voorkoms of eienskappe van ‘n verskynsel. Fouché en De Vos (2005:106) verduidelik dit as ‘n studie wat ‘n gedetailleerde en akkurate prentjie van die spesifieke besonderhede van ‘n verskynsel, verhoudings of sosiale ruimte skets. Volgens Rubin en Babbie (in Fouché & De Vos, 2005:106) verwys beskrywing in ‘n kwalitatiewe studie na die intensiewe ondersoek van ‘n verskynsel en sy dieper betekenis wat lei tot ‘n ryk, komplekse beeld van die

fenomeen. Opsommenderwys is beskrywende navorsing die weergee van 'n waarheidsgetroue beeld waartydens daar verslag gedoen word oor die kenmerke van die verskynsel. Hiervolgens is daar in die betrokke studie van beskrywende navorsing gebruik gemaak om die adolessent se huidige en ook moontlike toekomstige behoefte aan emosionele ondersteuning deeglik weer te gee.

1.3.3 Navorsingstrategie: Instrumentele gevallestudie

Aangesien hierdie studie kwalitatief van aard is, is daar van 'n navorsingstrategie gebruik gemaak en nie van 'n navorsingsontwerp soos in die geval van 'n kwantitatiewe studie nie.

Creswell (in Fouché, 2005:268) verwys na die navorsingstrategie as “... *the entire process of research from conceptualizing a problem, to writing the narrative.*” Gevolglik is die navorsingstrategie die opsies wat 'n navorser kan gebruik in die bestudering van 'n verskynsel om uiteindelik die navorsingsvraag te beantwoord.

Die keuse van strategie sal bepaal word deur die doel van die studie, die aard van die navorsingsvraag en die vaardighede en hulpbronne wat beskikbaar is. Die navorsingstrategie wat in hierdie studie deur die navorser benut is, is die gevallestudie. Volgens Creswell in Fouché (2005:272) kan 'n gevallestudie beskou word as 'n volledige analise van 'n sisteem, gebind deur tyd en plek, oor 'n periode van tyd. Die geval wat bestudeer word kan 'n proses, aktiwiteit of gebeurtenis wees. Fouché (2005:272) voer verder aan dat die ondersoek en beskrywing van die geval plaasvind deur gedetailleerde data-invorderingsmetodes. Meervoudige bronne van inligting wat ryk is in konteks word gebruik, soos onderhoude, dokumente en observasies. Die produk van die navorsing is 'n in-diepte beskrywing van die gevalle. Die doel van 'n kwalitatiewe studie nie is om te veralgemeen na die breë populasie nie, maar om dit wat bestudeer word, ten volle te beskryf.

Die navorser het gevolglik van die instrumentele gevallestudie gebruik gemaak (Fouché, 2005:272). Dit word gebruik om 'n bestaande teorie uit te brei, of om 'n beter verstaan van 'n sosiale saak te verkry. Die navorser het 'n behoeftebepaling

onderneem om meer inligting in te samel oor die behoefte aan emosionele ondersteuning wat die adolessent met 'n terminaal siek ouer kan benodig.

Vir hierdie doel is ongestruktureerde onderhoude gevoer met vyf respondente, tussen 14 en 18 jarige ouderdom, wat tans 'n ouer met 'n terminale siekte het. Die navorser het van regstreekse waarneming gebruik gemaak deur die respondente tydens die onderhoudsituasie te observeer. Inligting is ingesamel totdat die versadigingspunt bereik is. Dit het gebeur toe dieselfde temas herhaaldelik vanuit die onderhoude geïdentifiseer kon word.

Vervolgens word daar gefokus op die navorsingsmetodologie wat tydens die studie gevolg is. Hieronder val die konseptuele raamwerk, universum, populasie en steekproef, wyse van data-insameling en data-analise.

1.4 NAVORSINGSMETODOLOGIE

Fouché en Delport (2005:71) verwys na navorsingsmetodologie as die wyse waarop die navorser te werk gaan om 'n probleem wetenskaplik op te los. Dit is dan ook die prosedure wat gevolg word om die navorsingsvraag vas te stel en te beantwoord. Die metode waarop die navorsing in hierdie studie onderneem is, word vervolgens bespreek.

- **Konseptuele raamwerk**

Die navorsingsproses is begin deur 'n konseptuele raamwerk daar te stel, wat as grondslag vir die studie dien. Relevante bronne oor die onderskeie temas is verwerk en neergeskryf. Aanvanklik word daar kortliks gefokus op die ekologiese model om as teoretiese benadering vir die studie te dien. Die onderwerpe wat na dit ondersoek en integreer is, word in konteks gebring en van toepassing gemaak op hierdie model: terminale siektes, palliatiewe sorg, geantisipeerde rou, die invloed van binding, die ontwikkeling van die adolessent en die impak wat 'n terminaal siek ouer op hierdie ontwikkeling kan hê. Die impak van die terminale siekte op die gesinsisteam, asook

‘n beskrywing van emosionele ondersteuning, is verder in die raamwerk beskryf. Volgens Strydom en Delpont (2005:263) ondersoek die navorser tydens die konseptuele raamwerk werke van kundiges om te sien wat hulle bevindinge was en hoe hulle tot hierdie insigte gekom het. Strydom (2005:263) meld verder dat dit vir die navorser noodsaaklik is om op hoogte te wees van al die bestaande kennis aangaande sy onderwerp om uiteindelik ‘n betekenisvolle studie te voltooi. Die navorser het tydens hierdie studie ook vanuit die konseptuele raamwerk bewys dat leemtes in die huidige navorsing ontdek is, spesifiek oor die tydperk van geantisipeerde rou.

In ‘n poging om die navorsingsprobleem verder te formuleer en die uitvoerbaarheid van die studie vas te stel, is kundiges genader. Strydom (2005:207) meld dat voornemende navorsers baie kan leer uit die ervaring van mense in ‘n spesifieke veld, om sodoende leemtes wat verdere ondersoek verg, in die bestaande navorsing te identifiseer. Soos reeds vroeër beskryf, het die navorser voor aanvang van die studie met twee kundiges uit verskillende professionele velde onderhoude gevoer, om die uitvoerbaarheid te verifieer. Tydens die studie is daar ook ‘n onderhoud gevoer met ‘n kenner op die gebied van rouberaad, wat in professionele hoedanigheid as arbeidsterapeut werksaam is met kinders van ouers wat terminaal siek is. Hierdie kennis vanuit die praktyk was ondersteunend tot die bestaande literatuur.

Die navorser het, waar moontlik, hoofsaaklik van resente bronne gebruik gemaak. Talle historiese bronne, wat ouer as tien jaar is, is ook benut. Die rede hiervoor is dat die navorser steeds vanuit hierdie bronne relevante inligting tot die spesifieke onderwerpe van die studie kon kry, aangesien daar op van hierdie onderwerpe nie onlangs navorsing gedoen is nie. Die bronne is steeds bruikbaar, aangesien daar min veranderinge oor die laaste dekade in die betrokke velde aangebring is, en die inligting is relevant en geldig. Voorbeelde van hierdie bronne is Kübler-Ross, Maslow, Bernstein, Dusek, German en Gitterman, Keunning, Oaklander, Seamands, Whitfield, Worden en Youngson.

Voldoende beplanning is noodsaaklik vir die suksesvolle voltooiing van ‘n studie. Daarom is dit nodig dat die navorser eers deeglike kriteria daarstel om die

respondente te identifiseer om te verhoed dat lukrake onderhoude gevoer word. Vir hierdie doel moet daar tussen die universum, populasie en steekproef onderskei word.

- **Universum, populasie en steekproef**

Dit was nodig om die universum en afbakening van die steekproef uit te lig ten einde die studie geloofwaardig te maak. Volgens Arkava en Lane (in Strydom, 2005:193) is 'n universum alle potensiële respondente wat oor die eienskappe beskik waarin die navorser belangstel. In die geval van hierdie studie sluit die universum alle adolessente tussen die ouderdomme van 14 en 18 jaar met 'n terminaal siek ouer in.

Aangesien dit onmoontlik sal wees vir 'n navorser om almal by die studie te betrek, is dit nodig om sekere grense vas te stel. *Populasie* word deur Strydom (2005:193) verklaar as 'n term wat die eenheid van ontleding beperk. Dit verwys na individue in die universum wat oor sekere karaktereenskappe beskik. Die persone wat aan die studie deelneem, word uit die populasie gekies. Vir die doeleindes van hierdie studie was die populasie alle adolessente, tussen die ouderdomme van 14 en 18 jaar, met 'n terminaal siek ouer, woonagtig in die Noordelike voorstede van Kaapstad. Hierdie respondente is hoofsaaklik bereik deur die voorligters van die hoërskole en die plaaslike tak van Hospice.

Die gekose respondente vir die studie word die *steekproef* genoem. Arkava en Lane (in Strydom, 2005:194) beskryf dit as die elemente van die populasie wat in die studie ingesluit gaan word. Daar is van doelgerigte steekproefneming gebruik gemaak deur die selektering van individue wat 'n beskrywing van hul emosionele behoeftes kon gee. Strydom en Delpont (2005:328) meld dat doelgerigte steekproefneming 'n nie-waarskynlikheidsteekproef is, aangesien die respondente nie toevallig ingesluit word nie. Die navorser kies individue wat tipiese kenmerkende eienskappe van die populasie openbaar.

Hierdie steekproef is gebaseer op 'n nie-waarskynlikheidseleksie, waar die waarskynlikheid dat 'n lid van die populasie in die steekproef ingesluit sal word, nie statisties bepaal kan word nie. Die steekproef is die elemente van die populasie wat

vir insluiting in die studie oorweeg word. In kwalitatiewe navorsing is die steekproef beperk en nie verteenwoordigend nie, en dus kan die navorser nie waarborg watter adolessente in hierdie studie ingesluit sal word, en of hulle die hele populasie verteenwoordig nie. Die nie-waarskynlikheidsseleksie is dus nie tydrowend nie en is koste-effektief (Strydom, 2005:201).

Data-insameling het volgens die sneeubalseleksiemetode plaasgevind. Strydom (2005:203) beskryf dat sneeubalseleksie 'n enkele geval betrek wat op die fenomeneem van toepassing is, om meer inligting te kry oor ander persone met dieselfde probleem. Hierdie persoon identifiseer weer 'n aantal ander individue, tot die navorser genoeg respondente het. In die studie is daar begin deur 'n respondent te kry en by hierdie respondent en ander professionele persone verdere inligting oor moontlike ander te verkry totdat die navorser genoeg respondente gevind het en sodoende akkurate data kon insamel.

Dit was nie moontlik om die steekproefgrootte voor die studie vas te stel nie, aangesien dit sou afhang van die hoeveelheid respondente wat daartoe instem. Patton (in Strydom & Delport, 2005:328) noem dat daar nie spesifieke reëls in verband met die steekproefgrootte in 'n kwalitatiewe studie is nie. Omdat dit nie kwalitatiewe navorsing se doel is om die bevindinge te veralgemeen nie, maar om 'n in-diepte beskrywing van die ervaring van die persoon te verkry, is die getal respondente nie van kardinale belang nie. Die navorser het voortgegaan met die insameling van data totdat geen nuwe inligting verkry is nie en die studie versadigingspunt bereik het (Greeff, 2005:294). Die navorser het in die studie van vyf respondente gebruik gemaak wat ingestem het tot die studie.

Die volgende kriteria is gebruik om die seleksie van 'n enkele respondent te maak:

- 'n adolessent tussen 14- en 18-jarige ouderdom,
- van enige kultuur en ras en geslag,
- met 'n ouer met 'n terminale siekte,
- woonagtig in die noordelike voorstede van Kaapstad en
- wat vrywillig toestem tot deelname.

- **Wyse van data-insameling**

Na afloop van die literatuurstudie is ongestruktureerde onderhoud met die vyf respondente gevoer totdat 'n versadigingspunt bereik is. Sodoende is die empiriese gegewens verkry. Volgens Greeff (2005:293) word 'n ongestruktureerde onderhoud gebruik as belangstelling in die verstaan van die ervaring van ander mense en die betekenis wat hulle aan daardie ervaring heg. Bogenoemde word verder uitgebrei deur te noem dat die storie uit die subjektiewe oogpunt van die respondent vertel word en die individu dus as die kenner van sy eie lewe gerespekteer word. Die onderhoud is gevoer met adolessente wat 'n terminaal siek ouer het en wat in die Noordelike voorstede van Kaapstad bly. Inligting is ingesamel oor hulle huidige behoeftes tydens hierdie ontwikkelingsfase, die tipe ondersteuning wat hulle alreeds het en die behoefte aan emosionele ondersteuning.

Die doel van die onderhoud in hierdie navorsing was dus om die onderwerp van emosionele behoeftes van die adolessent in 'n geheelbeeld te ondersoek en 'n verstaan te ontwikkel vir sy ervaring van hierdie behoeftes. Die navorser was nie gewapen met 'n lys vrae nie, maar het die diskoers gevolg soos dit natuurlik verloop het met die respondent. Die doel van die onderhoud was om te beseef wat die respondent voel, dink en ervaar sowel as om te bepaal watter betekenis wat hy aan hierdie ervaring heg (Greeff, 2005:292-293).

Voor die aanvang van 'n onderhoud het die ouers reeds ingeligte toestemming verleen vir die onderhoud sowel as vir die gebruik van die videokamera. Alle nodige administrasie was dus reeds afgehandel. Die onderhoud het soos volg geskied: eerstens is 'n plek en tyd afgespreek wat beide die respondent en navorser pas. Dit was belangrik om 'n plek te kies waar daar geen onderbrekings sou wees nie en waar daar 'n mate van privaatheid was. Voordat die formele onderhoud begin het, was dit nodig om die praktiese aspekte met die respondent te bespreek, naamlik die doel van die onderhoud, die lengte van die onderhoud, wat met die inligting gedoen gaan word, vertroulikheid en die gebruik van die video-opnemer. Die respondente het ook toestemming ontvang om die onderhoud op enige stadium te stop (Greeff, 2005:295).

Die gesprek tydens die onderhoud het van die algemene na die meer spesifieke en van die oppervlakkige na die meer intieme beweeg. Die navorser het van video-opnames gebruik gemaak sodat die proses nie onderbreek kon word deur prosesnotas nie en sodat alle waarnemings en interpretasies volledig geanaliseer kon word en tydens die data-analise bespreek kon word.

- **Data-analise**

Cresswell (in De Vos, 2005:334) identifiseer verskeie stappe wat tydens die proses van data-analise en interpretasie deur die navorser gevolg kan word. Die proses hoef nie rigied gevolg te word nie. Die stappe kan soms oorvleuel of in 'n ander volgorde uitgevoer word. Die volgende ses stappe sal kortliks bespreek word sodat die werkswyse van die navorser begryp kan word.

Stap 1: Bestuur en organisering van die data

De Vos (2005:336) en Greeff (2005:299) noem dat dit die eerste stap is na afloop van die onderhoud. Dit behels die liassering van alle relevante inligting. Alle toestemmingsvorme is in 'n lêer gebêre. Die video-opnames is direk na die onderhoud getranskribeer, sodat al die inligting nog vars is. 'n Massa rou data is nou gereed om gesorteer en analiseer te word. Die data-analise fase van die navorsing begin dus. Alle transkripsies is elektronies op die rekenaar bewaar en 'n harde kopie is uitgedruk en geliasseer.

Stap 2: Lees en skryf van notas

Patton (in De Vos, 2005:337) adviseer dat die navorser ten volle met die data vertrouwd moet wees. Gevolglik het die navorser herhaaldelik deur die transkripsies gelees om 'n gevoel te kry van die inligting en om patrone te identifiseer.

Stap 3: Die daarstel van kategorieë, temas en patrone

Dit is die taak van die navorser om vervolgens te soek na patrone in die data. Die navorser het die verskillende ooreenstemmende temas wat na vore tree, geïdentifiseer en georganiseer. Hierdie temas is weer onderverdeel in subtemas en aanhalings van die respondente is gebruik om telkens die temas te staaf.

Stap 4: Kodering van data

Soos sekere temas en kategorieë na vore tree, het die navorser van kodes gebruik gemaak om die verband tussen temas aan te dui. Inligting wat ooreenstem, is met kleur gemerk sodat dit duidelik sigbaar is. Afkortings is ook bygevoeg om telkens aan te dui watter temas en subtemas ter sprake is.

Stap 5: Soek vir alternatiewe verduidelikings

Die bruikbaarheid en relevansie van die data is geëvalueer aan die hand van wetenskaplike literatuur. Ander moontlike verklarings vir die ervarings is gesoek en aangedui.

Stap 6: Die skryf van die verslag

Fouché en Delport (2005:351) noem dat die navorsingsverslag ten doel het om die navorsingsproses, die data wat ingesamel is en die bevindinge wat verkry is, aan 'n spesifieke teikengroep te kommunikeer. Die finale taak van die navorser was om die data op 'n vereenvoudigde wyse aan die leser oor te dra.

Vervolgens word daar gefokus op die etiese kwessies wat tydens die navorsing in ag geneem is.

1.5 ETIESE ASPEKTE

Aangesien mense die objekte van navorsing in hierdie studie is, bring dit unieke probleme op die voorgrond wat nie andersins van toepassing sou wees nie (Graziano & Raulin, 2004:67; Strydom, 2005:56). Etiese aspekte is die instelling van reëls en gedragsvoorwaardes oor die mees korrekte wyse van optrede teenoor die respondente en navorser. Dit dien as 'n standaard vir optrede, waarteen elke navorser homself evalueer (Strydom, 2005:57). Vir die doel van die studie is die volgende etiese aspekte in ag geneem:

1.5.1 Ingeligte toestemming

Graziano en Raulin (2004:67) asook Strydom (2005:59) is dit eens dat ingeligte toestemming behels dat alle nuttige informasie aan die respondente bekend gemaak moet word. Hieronder val die volgende: alle moontlike of genoegsame informasie oor die doelstelling en doelwitte van die navorsing, die prosedures wat tydens die navorsing gevolg sal word, die moontlike voordele en nadele en enige moontlike gevare waaraan die respondente blootgestel kan word. Tydens hierdie studie het die navorser die respondente deeglik ingelig oor die doelstellings van die studie en indien versoek, die gevolgtrekkings ook na afloop van die studie deurgegee. Daar is toestemming verkry van die respondente deur middel van 'n toestemmingsbrief (Bylaag A), asook tydens 'n inisiële onderhoud. Hierdie proses is reeds deeglik bespreek.

1.5.2 Voorkoming van skade aan respondente

Volgens Strydom (2005:58) kan respondente tydens 'n navorsingstudie op 'n fisiese en/of emosionele vlak beseer word. Dus moet die respondente voor die aanvang van die studie ingelig word oor die potensiële impak van die ondersoek. Hy voel ook sterk daarvoor dat die navorser alle stappe moet neem om hierdie risiko's te minimaliseer indien dit vooraf bekend is. In hierdie studie is geen fisiese skade moontlik nie en indien emosionele ongemak ervaar is, het die respondente die vryheid

gehad om uit die studie te onttrek. Die navorser het ook vir die respondente die opsie van verdere terapie en ondersteuning na die afloop van die onderhoud gebied. Respondente kon hulle ervaring van die onderhoud, asook hulle reaksies na afloop van die onderhoud, met die navorser bespreek. Een respondent het gebruik gemaak van terapie na afloop van die onderhoudsproses. Drie sessies het plaasgevind en talle aspekte is aangeraak om die navorser te bemagtig vir die ervaring van geantisipeerde rou.

1.5.3 Konfidensialiteit en skending van privaatheid

Volgens Graziano en Raulin (2004:67) asook Strydom (2005:61) is die reg tot privaatheid die individu se reg om te besluit wanneer, waar, teenoor wie en tot watter mate hulle hul houding, geloof en gedrag wil openbaar. Konfidensialiteit kan beskryf word as alle informasie wat privaat hanteer word. Hulle voer ook aan dat geen persoonlike detail bekend gemaak moet word tensy die respondent sy toestemming hiertoe verleen nie. Daar is tydens die studie van video-opnames gebruik gemaak en hieroor het die navorser die respondente ten volle ingelig. Toestemming hiervoor is van die respondente verkry en hulle ouers is ook tydens 'n aparte inligtingsessie oor die navorsingsproses ingelig. Hierdie opnames word veilig in 'n geslote kabinet gestoor om die privaatheid van die respondente te beskerm. Daar is ook gebruik gemaak van skuilname in die navorsingsverslag om die inligting konfidensieel te hanteer.

1.5.4 Misleiding van respondente

Volgens Graziano en Raulin (2004:67) en Strydom (2005:60) is die misleiding van respondente die opsetlike waninterpretasie van die feite om mense iets vals te laat glo. Dit vernietig dus enige respek vir die persoon. In hierdie studie is daar te alle tye eerlik gehandel en die respondente is ten volle ingelig oor die doel en werkswyse van die studie. Aangesien die navorser die onderhoude getranskribeer het en direkte aanhalings hieruit in die studie gemaak het, is enige misleiding van data ook geëlimineer.

1.5.5 Optrede en bevoegdheid van die navorser

Volgens Strydom (2005:63) moet navorsers genoegsaam opgelei wees om die navorsing te kan onderneem. Die navorser van hierdie studie het genoegsame voorgraadse kennis asook op Magistervlak, tesame met 'n paar jaar praktykondervinding om die navorsing te kon onderneem. Die navorser het ook nou saam met haar studieleier gewerk, wat verder toesig kon hou oor etiese kwessies tydens die verloop van die studie. Die respondente se beste belang is tydens die onderhoude op die hart gedra om so min as moontlik emosionele ongemak te veroorsaak.

1.5.6 Ontlonting

Graziano en Raulin (2004:67) en Strydom (2005:66) beskryf ontlontingsessies as die geleentheid vir respondente om, onmiddellik na afloop van die studie, deur hulle ervarings van die studie te werk. Tydens die studie is daar vir die respondente die geleentheid gegun om na afloop van die onderhoud hul ervaring hiervan te kon deel, deur te vra oor hul belewenis van die onderhoud en gespreksvoering hieroor moontlik te maak. Die respondente kon hul emosionele belewenis van die onderhoud sonder veroordeling met die navorser deel. Gratis terapie is ook na afloop van die studie aan respondente verskaf indien dit noodsaaklik sou wees. Soos reeds vroeër gemeld, was dit in hierdie studie die versoek van een respondent om hiervan gebruik te maak.

1.6 DEFINISIES VAN HOOFKONSEPTE

Aangesien daar verskeie definisies oor bepaalde konsepte bestaan, moet die belangrikste konsepte van die studie gedefinieer word sodat die navorser se uitgangspunte duidelik blyk. Vervolgens sal elke hoofkonsep aan die hand van twee bronne uit die literatuur gedefinieer word, waarna dit vir die doel van hierdie studie geïntegreer word.

1.6.1 Emosionele ondersteuning

Vervolgens word *ondersteuning* omskryf, en daarna die term *emosionele ondersteuning*, soos in hierdie studie gebruik.

Volgens die *Advanced Dictionary* (2004:1457) beteken *ondersteuning* om iemand te help om iets te bereik. Jy voorsien 'n persoon van iets wat hy nodig het.

Die *Compact Oxford English Dictionary* (1997:1329) beskryf *ondersteuning* as om iemand by te staan, aanmoediging te gee en aan hom goedkeuring te gee.

Die *Compact Oxford English Dictionary* (1997:376) beskryf *emosies* as enige sterk gevoel wat ervaar word.

Vir die doel van die studie word die begrip *emosionele ondersteuning* beskryf as om die adolessent by te staan, sowel as om enige hulp, hetsy fisies of emosioneel, wat hy mag nodig, te voorsien. Die doel hiervan is om die adolessent met 'n terminaal siek ouer te bemagtig.

1.6.2 Adolessent

Louw *et al.* (1998:388) definieer die *adolessent* as 'n persoon in 'n ouderdomsgroep waarvan die aanvangsouderdome wissel tussen 11 en 13 jaar, terwyl die einde van adolessensie gesien kan word as tussen die ouderdom van 17 en 21 jaar.

Gouws *et al.* (2000:2) beskryf *adolessensie* as die ontwikkelingstadia tussen die kinderjare en volwassenheid. Dit is afgelei van die Latynse woord vir 'to grow up' of 'to grow into adulthood'.

Vir die doeleindes van hierdie studie word 'n adolessent gesien as enige individu tussen die aanvangsouderdome van 14 jaar en die ouderdom van 18 jaar, wat tussen die lewensfasies van kinderjare en volwassenheid is, en nog besig is om te ontwikkel. Vir

die doeleindes van hierdie studie was die adolessente almal woonagtig in die Noordelike voorstede van Kaapstad.

1.6.3 Terminaal siek ouer

Volgens die *Advanced Dictionary* (2004:1494) word 'n *terminale siekte* beskryf as 'n siekte wat die dood veroorsaak, gewoonlik met stadige aanvang. Dit kan nie genees word nie. Volgens die *Verklarende Handwoordeboek van die Afrikaanse Taal* (1985:1142) beteken 'terminaal' die einde of bestemming. Die *Dorlands Illustrated Medical Dictionary* (1994:1669) komplementeer hierdie verklaring deur te meld dat dit beteken 'to be placed at the end'.

Vir die doeleindes van die studie kan 'n terminaal siek ouer beskryf word as 'n ouer of voog wat met 'n terminale siekte gediagnoseer is. Die ouer kan nie genees word nie en is in die proses om te sterf. Dit is die tydperk tussen die diagnose en die afsterwe van die ouer.

1.7 INDELING VAN NAVORSINGSVERSLAG

Hoofstuk een dien as inleiding tot die studie en bespreek die navorsingsbenadering, metodologie, etiese aspekte en hoofkonsepte volledig. Hoofstuk twee bestaan uit die konseptuele raamwerk wat kortliks fokus op die ekologiese model, wat dien as teoretiese benadering tot die studie. Die handel verder oor die definiëring van terminale siektes en palliatiewe sorg. Geantisipeerde rou word bespreek, asook die invloed wat binding hierop het. Daar word 'n oorsig gegee oor die adolessent se ontwikkelingsstake, aan die hand van die voorafbespreekte onderwerpe. Hoofstuk drie konsentreer hoofsaaklik op die impak van die terminale siekte op die adolessent en sy gesin. Die adolessent se gevoelens omtrent die dood, aspekte van rou, kenmerke van die adolessent wat verlies ervaar, behoeftes van die adolessent wat rou en die adolessent se siening oor sy eie gesondheid, is bespreek. Laastens is die veranderinge in die gesinsisteam as gevolg van die terminale siekte, asook die beskrywing van emosionele ondersteuning, bespreek.

Hoofstuk vier gee 'n uiteensetting van die empiriese gegewens en navorsingsbevindinge. Die data wat deur middel van die ongestruktureerde onderhoude ingesamel is, word weergegee en geanaliseer en met die literatuur gekontroleer. Hoofstuk vyf bied 'n opsomming van die studie en belangrike gevolgtrekkings wat daaruit voortgevloei het. Aanbevelings word gemaak ten einde die unieke behoeftes van die adolessent aan te spreek.

1.8 SAMEVATTING

In hierdie hoofstuk word gefokus op die rasionaal vir die studie, die navorsingsvraag en die doelstellings en doelwitte. Die navorsingsbenadering, naamlik kwalitatiewe navorsing, sowel as toegepaste navorsing wat verkennend en beskrywend van aard is, is volledig bespreek. Die gebruik van die instrumentele gevallestudie is gemotiveer en op die studie van toepassing gemaak en die navorsingsmetodologie, onder andere die konseptuele raamwerk, universum, populasie, steekproef en die wyse van data-insameling, is gemeld. Verskeie etiese kwessies is geïdentifiseer en aan die hand van die studie bespreek.

In die volgende hoofstuk word daar gefokus op die konseptuele raamwerk ten opsigte van die teoretiese benadering wat in die studie gevolg is, naamlik die ekologiese model. Daarna word terminale siektes en palliatiewe sorg gedefinieer en word geantisipeerde rou en die invloed van binding, aan die hand van die adolessent se ontwikkeling gedefinieer.

2. KONSEPTUELE RAAMWERK OOR TERMINALE SIEKTES EN DIE ADOLESSENT SE ONTWIKKELING

2.1 INLEIDING

Ouers probeer kinders en adolessente teen die dood beskerm deur nie hieroor met hulle te praat nie en hulle so min as moontlik in kontak met die dood te bring. Wanneer iemand met wie 'n spesiale band van vertroue, intimiteit en selfaanvaarding gevorm is aan die dood afgestaan word, is dit van die mees traumatiese pyn wat ervaar kan word. Met die uitsluiting van chroniese fisiese pyn, is daar min dinge wat so intens beleef word soos die verlies van 'n persoon wat 'n kardinale rol in 'n adolessent se lewe gespeel het (Worden, 2001:137).

Volgens Strydom en Mynhard (2005:177) word die verhoudingsverlies wat ervaar word as 'n adolessent se ouer sterf, uitgesonder as een van die stresvolste gebeure in sy lewensloop. Daar is verskeie faktore wat die impak van die afsterwe op 'n adolessent beïnvloed, naamlik die gesinsdinamika, persoonlikheids- en hanteringsvaardighede asook die geslag van beide die afgestorwe en oorblywende ouer, en die adolessent self.

Adolessente se konsep van skeiding, soos dit voorkom by geantisipeerde rou en die dood, verskil van die van volwassenes. Hierdie siening van skeiding gee beide professionele persone en die gesin insig tot die adolessent se gedrag tydens so 'n belewenis (Bernstein, 1977:8). Walsh en McGoldrick (2004:394) stem saam dat daar uitdagings is vir gesinne wat leef met die onsekerheid wat 'n terminaal siek ouer tot gevolg het en terselfdertyd hoop moet laat voortleef te midde van die pyn en verwarring. Die gevoelens wat met geantisipeerde rou geassosieer word, kompliseer alle aspekte van die gesinsisteam oor tyd. Die navorser is van mening dat die adolessent veral hierdie belewenis van veranderende gesinsisteme as stresvol ervaar namate hulle hul eie ontwikkelingstake in die veranderende omgewing moet voltooi.

'n Konseptuele raamwerk word opgestel om 'n omvattende uiteensetting te gee wat die navorser in die studie wil ondersoek. Die volgende twee hoofstukke dien as 'n raamwerk wat die verskillende hoofemas gaan bespreek, aangesien die leser 'n begrip moet vorm van die aspekte wat die adolessent met 'n terminaal siek ouer affekteer. 'n Doelwit van hierdie studie is om as konseptuele raamwerk te dien en die basis te vorm vir die empiriese hoofstuk, hoofstuk vier.

Dit is belangrik om die adolessent se omgewing in ag te neem, aangesien hy nie in isolasie in sy wêreld leef nie. Vervolgens word die ekologiese model verduidelik, waarop die navorser konsentreer om die interverwantlikheid van die verskillende sisteme te verklaar. Die toepaslikheid hiervan op die studie word ook uiteengesit.

2.2 TEORETIESE BENADERING: EKOLOGIESE MODEL

Die teoretiese benadering wat sentraal staan tot die studie, is die Ekologiese model. Volgens die *Compact Oxford English Dictionary* (1997, 367) beteken *ekologie* die studie van die verhoudinge tussen lewende organismes en hul omgewing. Wakefield (1996) pas die definisie toe en skryf dat die beginsels van ekologie in die ekologiese model toegepas word op die verhouding tussen die adolessent en sy omgewing. Die navorser het hierdie benadering as ondersteuning vir die studie gekies, aangesien dit duidelik is dat die adolessent nooit in isolasie bestaan nie, maar binne 'n interafhanklike konteks. Die doelwitte in assessering sowel as intervensie is dus om optimale integrasie tussen die verskeie strukture se interaksies te bewerkstellig.

German en Gitterman (1980:489) en Wakefield (1995) brei die benadering uit deur te meld dat gemeenskaplike aanpassings binne die sisteem gemaak moet word tussen die individu en sy sosiale en fisiese omgewings. Hierdie sirkulêre verwantskappe waar twee sisteme mekaar beïnvloed, word in die ekologiese benadering uitgesonder. Die gewone lineêre invloede en verwantskappe wat bloot in een rigting beweeg (van een sisteem tot die volgende) is nie meer relevant nie, maar wel sirkulêre invloede, waar al die sisteme interverwantlik is tot mekaar. Die volgende eienskappe kom in die ekologiese benadering voor: sisteme kan oop of geslote wees vir interaksie met die buitewêreld, sisteme word hiërargies verbind, die sisteme kan in 'n fase van

homeostase of disekwilbrium wees en, soos reeds genoem, is alle sisteme sirkulêr tot mekaar verbind.

Bogenoemde is volgens die navorser van belang in die studie, aangesien die diagnose van die terminale siekte 'n tydelike disekwilbrium in die sisteem laat ontstaan en die adolessent en gesin hierby moet aanpas ten einde die homeostase weer te bereik. Die mate van emosionele ondersteuning sal ook bepaal word in terme van hoe oop of geslote die gesinsisteem is. Hierdie benadering bied vir die navorser 'n omvattende uitgangspunt na al die sisteme wat 'n invloed uitoefen op die adolessent met die terminaal siek ouer en diepte word verkry deur die sirkulêre siening van die sisteme. Dit beklemtoon die interverwantskap van die persoon en sy sosiale en fisiese omgewing.

- **Bronfenbrenner se model**

Om die ekologiese model se interaktiwiteit beter te verduidelik is daar gefokus op Bronfenbrenner se model. Volgens Bronfenbrenner kan die omgewingskonteks waarin 'n individu homself bevind, in vier vlakke ingedeel word. Die individu staan in die middel van hierdie onderskeie vlakke (Grand theories in psychology: Ecological theory, 2006).

Eerstens is die mikrosisteem die individue of sisteme waarmee die adolessent elke dag kontak maak. Dit vorm die onmiddellike omgewing van die adolessent. Byvoorbeeld die gesin, ander wat in die huis woon, die portuurgroep, die hospitaalpersoneel, in die klaskamer en by die kerk. Die mikrosisteem speel 'n groot rol in die ontwikkeling van die adolessent, aangesien dit op 'n daaglikse basis 'n invloed uitoefen op sy funksionering.

Interaksies tussen die mikrovlakke staan bekend as die mesosisteem, en verwys na die verhouding wat ontwikkel en bestaan tussen die verskillende mikrosisteme, byvoorbeeld wanneer die gesin en die dokters ontmoet om die siekte en behandelingsmetodes te bespreek. Van belang is dat die onderskeie mikrosisteme in 'n holistiese ondersteuningsnetwerk sal saamwerk om optimale ondersteuning aan die

adolescent en sy gesin te bied (Grand theories in psychology: Ecological theory, 2006).

Die ekosisteem sluit alle eksterne netwerke in soos onderrig-, werks-, mediese en kommunikasiesisteme wat die mikrosisteme beïnvloed, maar nie direk op die individu 'n invloed uitoefen nie. Laastens is daar die makrosisteem, dit wil sê die kultuur, status, politieke sisteme, ekonomie, godsdiens en oortuigings van die gemeenskap waarin die individu homself bevind en wat 'n impak op sy lewe het (Grand theories in psychology: Ecological theory, 2006).

Die navorser identifiseer die basiese omgewings wat 'n invloed het op die adolescent met 'n terminaal siek ouer as die gesin en die skool, asook die mediese-, sosiale en kulturele omgewing. Vanuit die ekologiese model is dit hieruit duidelik dat adolescentte op alle vlakke 'n aktiewe rol in hulle ontwikkeling het. Hulle is nie slegs passiewe ontvangers van dit wat hulle vanuit die omgewing beïnvloed nie.

Worden (1991:17) ondersteun die bogenoemde en meld verder dat die adolescent nie as 'n passiewe ontvanger en reaktor ten opsigte van gesinsdinamika beskou moet word nie, maar dat hy baie aktief besig is om sin van die wêreld te maak, voorspellings daarvoor te maak en dit selfs te probeer beheer. Hy beweer dat volgens Loevinger se strukturele ontwikkelingsperspektief, die sterkste impak van die gesin op die adolescent deur gesinsinteraksie ervaar word.

Dit is belangrik om in ag te neem hoe hierdie vlakke of sisteme die adolescent se konteks beïnvloed in terme van alle areas van sy ontwikkeling. 'n Verdere sosiale sisteem wat bydra tot die adolescent se sosiale ontwikkeling, is die portuurgroep. Die invloed van die portuurgroep op die adolescent se sosiale ontwikkeling word later in die hoofstuk volledig bespreek.

- **Interverwantlikheid van die ekologiese model**

DeSpelder en Strickland (1992:166) voer aan dat 'n gesin se huidige gedrag, en daarvoor ook hulle response tot siekte, nie as geheel, apart van die gesin se geskiedenis, verstaan kan word nie. Die genogram is 'n handige assesserings-

hulpmiddel om gebeurtenisse en veranderinge binne gesinsverband te verstaan. Dit help om die gesin se manier van probleemhantering te verstaan en areas van sterkpunte en kwesbaarheid te verkry. Dit identifiseer ook hoërisikogesinne wat ly onder vorige onopgeloste konflikte en disfunksionele patrone wat nie die uitdagings van die ernstige siekte kan absorbeer nie.

Dit is ook nodig om ander vorige vorme van verlies in ag te neem ten einde 'n beter verstaan van hulle omgewingsinvloede te kry. Byvoorbeeld egskeiding, migrasie en ander krisisse soos langdurige werkloosheid, verkragting en natuurlike rampe. Die omgewingsomstandighede is ook van belang, byvoorbeeld armoede, rassisme, oorlog en politieke onderdrukking (DeSpelder & Strickland, 1992:167).

Om die adolessent binne die konteks van sy omgewing, sy gesin, te ontleed, is dus van kardinale belang vir enige professionele persoon of vriend wat die adolessent wil bemagtig deur middel van emosionele ondersteuning. Vervolgens gaan ander belangrike en verbandhoudende konsepte bespreek word, en in konteks gebring word met die ekologiese model. Palliatiewe sorg fokus sterk op alle sisteme se invloed en betrokkenheid by die adolessent en sy gesin na die diagnose van die terminale siekte, en word vervolgens bespreek.

2.3 DEFINIËRING VAN TERMINALE SIEKTES EN PALLIATIEWE SORG

In die volgende afdeling sal terminale siektes en palliatiewe sorg gedefinieer en omvattend beskryf word, ten einde 'n beter begrip van die komplekse implikasies hiervan op die adolessent te verkry.

2.3.1 Definiëring van terminale siektes

Volgens die *Advanced Dictionary* (2004:1494) word 'n *terminale siekte* beskryf as 'n siekte met stadige aanvang, en wat die dood tot gevolg het. Die *Dorlands Medical*

Dictionary (1994:1669) brei hierdie definisie verder uit deur te noem dat die persoon wat met 'n terminale siekte gediagnoseer is, in afwagting is tot sy afsterwe.

Walsh en McGoldrick (2004:401) beskryf dat die dood tydens 'n terminale siekte onvermydelik is. Wanneer die ouer hierdie fase betree, is die vraag hoeveel tyd hy nog het en hoeveel tyd die gesin het om voor te berei vir die sterfte. Soos reeds in hoofstuk een genoem, is hierdie siekte een wat gewoonlik 'n stadige aanvang het, maar die tydsproses van diagnose tot die afsterwe is meestal onbepaalbaar. Dit kan dus enige tydperiode wees, van 'n paar weke tot selfs jare. Volgens die navorser is hierdie onsekerheid 'n kardinale aspek in die adolessent se hantering en begrip van die siekte. Genesing is nie 'n opsie nie en die sterwensproses is in aanvang.

Volgens Walsh en McGoldrick (2004:401) is die basiese gesinstake in hierdie terminale fase:

- om die proses van geantisipeerde rou en enige onvoltooidhede met betrekking tot die gesin te voltooi;
- om die terminaal siek ouer te ondersteun en die gesin aan te moedig om soveel as moontlik tyd saam te spandeer in die periode wat oor is en
- om te begin of voort te gaan met die gesinsherorganisasieproses, waar elke lid se doel en take na die afsterwe gaan verander.

Vir die terminaal siek ouer is dit belangrik om die pyn en lyding te beheer, om waardigheid en selfwaarde te onderhou en om steeds liefde en toenadering van die gesin te ontvang. Hierteenoor probeer die ander gesinslede aanpas by die siek ouer se nuwe take en om terselfdertyd hulle individuele en die ander lede se gevoelens te verstaan. Die kwaliteit van die tyd saam is verder baie belangrik. Vanuit die bogenoemde is dit dus duidelik hoe kompleks die hele gesinsisteem word (Walsh & McGoldrick, 2004:402). Die navorser ondersteun die bogenoemde, deur te verwys na die interverwantlikheid tussen mikrosisteme, soos reeds bespreek by die ekologiese model.

Vervolgens sal daar gefokus word op die fases van terminale siektes asook professionele persone se betrokkenheid tot terminale siektes.

2.3.1.1 Die fases van 'n terminale siekte

Walsh en McGoldrick (2004:400) beskryf dat daar kritieke oorgangsfases van diagnose is wat met die terminale siekte verbind kan word. Daar is basies drie fases, naamlik die krisis-, chroniese en terminale fase. Hierdie oorgange in die siektesiklus kom voor wanneer die gesin die toepaslikheid van hulle vorige lewenstruktuur moet herevalueer ten opsigte van die nuwe ontwikkelingsvereistes wat verwant is aan die invloed van die siekte. Onvoltooidhede van die vorige fase kan die beweging deur hierdie oorgange blok of kompliseer. Gesinne word ook vasgevang in 'n struktuur wat nie ondersteunend en toepaslik is nie. Byvoorbeeld kan die noodsaaklikheid van die gesinslede om saam te staan in die krisistfase, versmorend word in die chroniese fase, aangesien dit tydrowend kan wees en ook onwrigtend vir die normale dagsverloop. Die laasgenoemde fase se tydsverloop kan baie langer wees as die krisistfase en dus is hierdie intense ervaring oor 'n langer periode van tyd nadelig vir die gesinslede.

2.3.1.2 Professionele persone se betrokkenheid by persone wat terminaal siek is

Die genogram as hulpmiddel kan effektief deur professionele persone benut word om te assesser hoe die gesin in die verlede, huidiglik en in die toekoms die siekte kan hanteer. Die gesin moet opgevoed word in terme van die implikasies van die siekte op die ouer en die res van die gesin. Kulturele en geestelike sienings oor siekte is ook belangrik om in ag te neem, aangesien dit hulle hantering van die krisis beïnvloed (Walsh & McGoldrick, 2004:402).

Daar is volgens Theron en Muller (1967:64) spesifieke faktore wat by terminale sorg in ag geneem moet word deur professionele persone wat met die adolessent werk:

- Die duur van die siekte, die tydperk van afwagting op die dood en die geleentheid vir voorbereiding daarvoor speel 'n rol in reaksies op die impak van die pasiënt en sy naasbestaandes.

- Die gesin se gesindhede ten opsigte van die siekte word beïnvloed deur die mate van lyding wat met die siekte geassosieer word.
- Die pasiënt se lewensverpligtinge, beroep en inkomste. Vir 'n ouer wat die broodwinner in die gesin was, is die stremming veel meer. Dit werk deur na die res van die gesin. Die navorser voeg by dat enkelouergesinne 'n bykomende stremming het deurdat die gesinslede gekonfronteer word met die onsekerheid oor wat van die kinders gaan word indien die ouer sterf.

Dit is van belang of slegs die liggaam aangetas word, of ook die verstand. Indien die pasiënt nie bewus is van wat met hom gebeur nie, kan dit vir die gesin òf 'n addisionele beproewing wees òf 'n vertroosting (Theron & Muller, 1967:65).

Die tipe sorg wat met terminale siektes geassosieer word, is palliatiewe sorg. Dit word vervolgens bespreek.

2.3.2 Definiëring van palliatiewe sorg

Palliatiewe sorg word deur Kumar en Clark (1999:443) beskryf as 'n benadering wat die kwaliteit van lewe van pasiënte en die gesin bevorder soos hulle met die geassosieerde probleme van 'n terminale siekte gekonfronteer word. Dit word gedoen deur die voorkoming en verligting van lyding deur middel van vroeë identifikasie en in-diepte assessering en behandeling van pyn asook fisiese, psigososiale en spirituele probleme. Professionele persone wat hierby betrokke is, werk in 'n multidissiplinêre span, om sodoende volledige hulp op alle vlakke aan die gesin te kan bied. Dit kan bestaan uit dokters, verpleegsters, maatskaplike werkers en predikante. Hierdie benadering wat gevolg word, integreer die sielkundige en spirituele aspekte van pasiëntesorg en verbeter die kwaliteit van lewe ten spyte van die terminale siekte. Dit is 'n holistiese benadering tot pasiëntesorg en is noodsaaklik om in ag te neem as daar oor terminale siektes geskryf word. Die navorser beklemtoon dat daar gefokus word op die hele sisteem, nie net op die pasiënt nie.

Volgens Berlow, Fletcher en Beers (1992:2572) asook Kumar en Clark (1999:442) is die doel van palliatiewe sorg om die beste moontlike kwaliteit van lewe te verseker deur 'n ondersteuningsstelsel vir die gesin en pasiënt daar te stel. Die pasiënte moet eerlik ingelig word omtrent hul siekte, deur soveel as moontlik feite hieroor te kry. Dit gee hulle die keuse om tot 'n mate beheer te neem en ingelig te bepaal hoe hulle die res van hul oorblywende tyd wil spandeer. Die navorser stem saam met die bogenoemde en voel dat die klem van palliatiewe sorg is om die pasiënt steeds te bemagtig in die areas van sy lewe wat hy steeds kan beheer.

Palliatiewe sorg is die bemagtiging van die hele stelsel deur middel van ingeligte hulp en ondersteuning. Die navorser is van mening dat dit die ideale tipe hulp is vir alle gesinne in hierdie omstandighede, maar besef dat net 'n klein getal mense toegang het tot hierdie hulpbronne, wat problematies is vir effektiewe hulpverlening. Tydsbeperkings van professionele persone, beperkte finansiële hulpbronne van die gesin en die hospitale, asook logistiese probleme, byvoorbeeld waar persone geen vervoer na die ondersteuningsessies het nie, is egter redes waarom so min gesinne toegang het tot effektiewe palliatiewe sorg.

Uit bogenoemde is dit duidelik dat 'n terminale siekte en palliatiewe sorg 'n unieke dimensie aan rouhantering gee. Die interverwantlikheid op alle ekologiese sisteme is duidelik. 'n Terminale siekte affekteer nie net die adolessent of sy gesin nie, maar het 'n wyer effek op ander sisteme om hulle. Soos reeds verduidelik, bring terminale siektes geantisipeerde rou mee, as gevolg van die onbepaalde tydperk wat voorlê tot die dood intree. Vervolgens sal daar gefokus word op geantisipeerde rou, asook die invloed wat binding hierop het.

2.4 GEANTISIPEERDE ROU EN DIE INVLOED VAN BINDING

Geantisipeerde rou kom voor by die persoon wat met 'n terminale siekte gediagnoseer is en hy bewus is van sy eie mortaliteit en afsterwe wat naderkom. Dit is egter nie net beperk tot die siek ouer nie, maar beïnvloed ook die hele gesinsistelsel. Dit speel 'n

kardinale rol by die adolessent met 'n terminaal siek ouer se behoeftes. Die impak van die band tussen die adolessent en die ouer het verder ook 'n invloed op die hantering van die rou. Vervolgens word die term *geantisipeerde rou* gedefinieer.

2.4.1 Definiëring van geantisipeerde rou

Volgens Worden (2001:137) is geantisipeerde rou die rou wat plaasvind voor die werklike verlies. By 'n terminale siekte is daar voorafkennis van die dood en dit is gedurende hierdie periode van afwagting wat die oorlewendes die taak van rou begin en verskeie response daarteenoor ervaar. Teenoor skielike dood wat uiters traumaties is, bring geantisipeerde rou 'n ander dimensie van rou na vore wat verwyte in die adolessent en teenoor ander kan voortbring en kan lei tot intense skuldgevoelens.

Literatuur oor die gesinsisteam fokus meer op die rouproses ná die dood van 'n ouer en die impak van vorige onopgeloste sake as op die gevoelens van die gesinslede terwyl die siek ouer nog leef. Die ervaring van geantisipeerde rou kan 'n verskeidenheid van response insluit, soos skeidingsangs, eksistensiële alleenheid, ontkenning, hartseer, teleurstelling, woede, skuldgevoelens, uitputting en wanhoop. Daar kan intense ambivalensie teenoor die siek ouer ervaar word, wense vir nabyheid en afstand of fantasieë om van die onuithoudbare situasie te ontsnap (Walsh & McGoldrick, 2004:395).

Lindemann (in Kübler-Ross, 1983:43) het hierdie term 'geantisipeerde rou' genoem en gemeld dat dit voorkom wanneer die potensiele oorblywendes so betrokke raak met hulle aanpassing tot die verwagte verlies, dat hulle stadigaan al die fases van normale rou deurgaen en die skeiding deurmaak voor die werklike afsterwe. Soos die gesin die dood begin aanvaar, verminder die emosionele betrokkenheid of dit raak geïntellektualiseer. Geantisipeerde rou kan emosionele ondersteuning vir die sterwende persoon, asook die oorblywendes, bemoeilik.

Die sterwende individu rou oor al die verliese wat gaan kom: ten opsigte van die mense naby aan hom asook die vermoë om te doen wat hy eers kon. Dit word veroorsaak deur 'n intense hartseer en hy begin die proses om homself te skei van die mense om hom. Geantisipeerde rou is ook 'n proses van skeiding. Die ander lede van die gesin begin die stres van die addisionele rol op hulself voel, asook die gevoelens van verslaentheid en verlies. Omdat hierdie 'n periode van afwagting is, mag dit voorkom asof die gesin minder openlik rou nadat die ouer gesterf het en kan daar van hulle verwag word om emosie te wys wat hulle alreeds verwerk het (Keuning, 1987:202).

Die opvallendheid van geantisipeerde rou wissel afhangende van lede se multi-generatiewe ervarings met werklike en bedreigende verlies. Die gesin se ervaring van die bedreigende verlies wissel ook as gevolg van die tipe siekte, sy psigososiale vereistes oor tyd en die graad van onsekerheid oor die prognose. Soos die kwaliteit en graad van geantisipeerde rou skuif binne die ontwikkelingsfase van die siekte, is dit noodsaaklik om te differensieer tussen die gesinslede se verwagtinge van onvermydelike verlies in die terminale fase van die siekte, en hulle bewuswording van die moontlikheid van verlies op 'n vroeëre stadium. Geloofsoortuigings speel ook 'n belangrike rol in die manier waarop die gesin die siekte beskou. Dit is belangrik om die gesinne te help om oop en effektiewe kommunikasie in te stel as hoofdoel by die diagnose van die terminale siekte (Walsh & McGoldrick, 2004:395).

Vervolgens word daar gefokus op die impak van die binding op die ervaring van geantisipeerde rou vir die adolessent met 'n terminaal siek ouer.

2.4.2 Die impak van binding op die ervaring van geantisipeerde rou

Dit is van belang om kortliks die bindingstyle te bespreek, aangesien dit op die interverwantlikheid en invloed van ander sisteme dui, soos vanuit die konteks van die ekologiese model. Die impak wat 'n tipe binding het, gaan ook verwant wees aan die hoeveelheid asook tipe emosionele ondersteuning wat die adolessent sal verwag.

Volgens Kaplan en Sadock (1998:144), Worden (2001:8) en Geldard en Geldard (2004:33) word *binding* beskryf as die emosionele verhouding tussen kinders en hulle versorger en word dit waargeneem deur 'n baba wat klou en na sy versorger soek. 'n Bindingstyl kan dus gedefinieer word as die graad van sekuriteit wat die individu in interpersoonlike verhoudings ervaar. Dit ontwikkel reeds tydens die vroeë kinderjare en beïnvloed moontlik die individu se interpersoonlike gedrag vir die res van sy lewe. Hierdie bindings skep emosionele sekuriteit, asook 'n gevoel van liefde en geborgenheid. Dié verhoudings duur voort vir die oorgrote meerderheid van die kind se lewe. Dit is 'n oorlewingsinstink, en hierdie verhouding bepaal die kind se kapasiteit om in sy latere lewe liefhebbende bande te vorm.

Die navorser is verder van mening dat mense se reaksies op die dood van 'n ouer verwant is aan die aard van hulle huidige en vroeëre binding tot die verlore figuur. Die afwesigheid van opsigtelike rou kan wees as gevolg van werklike ervarings van verwerping en die verlies van nabyheid in die verhouding. Die navorser is verder van mening dat die aard van die binding met die terminaal siek ouer 'n aanduiding gee van die rou waardeur die adolessent gaan. Indien hy 'n sterk binding het, is die intensiteit van die liefde verwant aan die intensiteit van die rou.

Voor die volle impak van verlies verstaan word, tesame met die menslike gedrag wat daarmee gepaard gaan, moet die betekenis van die binding tussen die ouer en die adolessent ondersoek word. Worden (2001:7) asook Geldard en Geldard (2004:33) voer aan dat Bowlby se bindingsteorie 'n manier skep vir die konseptualisering van die menslike geneigdheid om sterk liefhebbende bande met ander te vorm, asook 'n manier om die sterk emosies wanneer die binding bedreig of gebreek word, te verstaan.

Skeiding van die versorger kan intense angsk skep, afhangende van die kind se ontwikkelingsvlak en sy huidige fase van binding. Navorsing het bewys dat onsekerer bindings gedurende die eerste paar jaar van 'n kind se lewe later kan lei tot 'n lae selfbeeld, gestremde sosiale vaardighede en emosionele kwesbaarheid tot stres (Kaplan & Sadock, 1998:147).

Volgens Shulman, Elicker en Sroufe (in Baron & Byrne, 2004:313) het die bindingstyl van die kind ten opsigte van die ouers 'n baie belangrike rol in die ontwikkeling van hegte vriendskappe. Hierdie navorsers het 'n studie gedoen met seuns en dogters van tienjarige ouderdom. Die kinders se bindingstyl is bepaal tydens hul babajare. Daar is gevind dat kinders met 'n sekure bindingstyl oor beter sosiale vaardighede beskik en oor die algemeen hegte vriendskappe ontwikkel as kinders met 'n onseker bindingstyl. Laasgenoemde groep kinders was egter van mening dat hul elk oor 'n spesiale vriendskap beskik.

Die style word gevorm as gevolg van die feit dat die baba by die primêre versorger leer of hy mense kan vertrou en liefhê of nie kan vertrou nie en dus moet vermy, of 'n mengsel van die twee reaksies (Baron & Byrne, 2004:307). Vervolgens sal die verskillende tipes bindingstyle kortliks bespreek word.

Die sekure bindingstyl (*'secure attachment'*) word gekenmerk deur empatie, positiewe affektiewe toestand, hoë selfbeeld en positiewe reaksies met die portuurgroep, terwyl 'n onseker-vermydende bindingstyl (*'insecure avoident attachment'*) gekenmerk word deur vyandige en onbetrokke interpersoonlike verhoudings. Laasgenoemde kind bied ook weerstand teen hulp van volwassenes. Die onseker-ambivalente bindingstyl (*'insecure ambivalent attachment'*) word gekenmerk deur ooraafhanklikheid van volwassenes, aggressie, 'n tekort aan entoesiasme en sin vir gemeenskap, asook ongehoorsaamheid (Baron & Byrne, 2004:306-307).

Uit die bogenoemde is dit duidelik dat geantipeerde rou die adolescent en sy gesin se emosies, gedrag en ontwikkeling kan affekteer. Dit brei uit na breër sisteme, byvoorbeeld skoolprestasie, sosiale aktiwiteite en dus veral die mesovlakke van die ekologiese model. Ten spyte van hierdie negatiewe konneksie wat daar met betrekking tot geantisipeerde rou is, is daar wel positiewe aspekte hieraan verbonde, wat vervolgens bespreek sal word.

2.4.3 Positiewe aspekte van geantisipeerde rou

Indien die terminaal siek ouer sterf, kan die adolessent faal om genoegsaam te rou en later sukkel met die simptome van depressie, of die onvermoë om tydens volwassenheid nabye verhoudings te vorm. Die vooruitsig van die dood tydens geantisipeerde rou en die ervaring hiervan, kan meer as enige ander krag in die lewe, 'n mens mobiliseer om te groei. As die adolessent die moed het om dit te hanteer as dit in sy lewe kom, is daar geleentheid tot groei (Kübler-Ross, 1985:117).

Worden (2001:141) meld dat die tyd voor die dood van die ouer baie effektief benut kan word indien die adolessent aangemoedig word om die onvoltooidhede met die sterwende ouer op te los. Die onvoltooidhede kan opgelos word deur die uitdrukking van verwagtinge van beide die ouer en die adolessent, asook teleurstellings en dinge wat gesê moet word voor die ouer sterf. Dit kan die tyd voor die ouer sterf vir die hele gesin baie waardevol en kosbaar maak en die rouproses positief aanhelp.

Youngson (1989:17) ondersteun die bogenoemde, deurdat hy noem dat hierdie geantisipeerde rou tydperk die tyd is vir kommunikasie. Om langvergete probleme en struwelinge uit te sorteer is een van die mees bevredigende dinge wat tydens die verloop van die terminale siekte gedoen word. Tesame hiermee is dit vir die gesin ook van uiterste belang om te weet hoe die rou hulle gaan affekteer, emosioneel, fisies en sosiaal. Kennis van die siekte en die impak hiervan is mag, en is ook vertroostend.

Die navorser is van mening dat geantisipeerde rou 'n ander dimensie aan emosionele ondersteuning verleen, aangesien die behoeftes van die adolessent verskil van die wat deur rou gaan na die afsterwe van sy ouer. Op makrovlak is dit noodsaaklik dat die adolessent en sy gesin ondersteuning kry, maar die mate hiervan sal afhang van die tipe bindingstyl wat hy ontwikkel het.

Om die adolessent se belewenis van terminale siektes in konteks te plaas, is dit noodsaaklik om te fokus op die ontwikkelingsfases waardeur hulle in hierdie tydperk

gaan. Dit is die navorser se mening dat dit 'n kardinale invloed het op die kind se hanteringsmeganismes en sy vermoë om sy reaksies in konteks van sy eie perspektief te plaas.

2.5 'N OORSIG VAN DIE ADOLESENT SE ONTWIKKELING

Adolessensie is die ontwikkelingstadia tussen die kinderjare en volwassenheid. Dit beteken 'om groot te word' of 'om te groei tot volwassewording' (Louw *et al.*, 1998:388). Kaplan en Sadock (1998:42) meld dat adolessensie 'n fase is waar baie wisselende gebeure voorkom, veral ten opsigte van die aanvangsouderdome, die tempo van groei en die seksuele ontwikkeling wat plaasvind, asook 'n geestelike volwassewording wat tot 'n mate bereik moet word.

Daar word vervolgens eerstens gefokus op die adolessent se liggaamlike ontwikkeling.

2.5.1 Liggaamlike ontwikkeling

Fisieke ontwikkeling lei tot liggaamlike en seksuele volwassenheid. Volgens Louw *et al.* (1998:393) en Gouws *et al.* (2000:6) word adolessensie gekenmerk deur vinnige en omvattende liggaamlike groei en seksuele rypwording. Sinchroniese groei vind plaas, waar die groeitempo van die liggaamsdele oneweredig is. Meisies se liggaamskontoure word nouer gerond, terwyl seuns meer hoekig is. Die navorser is van mening dat hierdie oneweredige groei en die adolessent se belewenis hiervan 'n groot impak op sy selfaanvaarding en selfbeeld het.

Louw *et al.* (1998:394) voer verder aan dat seksuele rypwording een van die mees dramatiese ontwikkelings is wat by die mens voorkom. Opvallende individuele verskille word by seksuele rypwording waargeneem, wat toegeskryf kan word aan komplekse interaksie tussen genetiese en omgewingsfaktore. As gevolg van die omvangryke liggaamlike ontwikkeling wat tydens puberteit plaasvind, word adolessente toenemend bewus van hul seksualiteit. Dit vorm ook deel van hulle

interpersoonlike verhoudings wat saam met sosiale ontwikkeling bespreek sal word. Louw *et al.* (1998:397) en Gouws *et al.* (2000:15) beweer dat adolessente intens bewus is van die liggaamlike veranderinge wat hulle ondergaan, en 'n belangrike lewenstaak is die aanvaarding van die veranderende voorkoms.

Die navorser is van mening dat indien die adolessent nie sy liggaamlike ontwikkeling suksesvol hanteer nie, dit stremming in sy alledaagse funksionering kan veroorsaak. Meermale lei dit tot 'n lae selfwaarde en beïnvloed dit die sosiale en persoonlikheidsontwikkeling.

Dit is vir die navorser belangrik om kortliks te fokus op die kognitiewe ontwikkeling van die adolessent, aangesien die rouproses indirek deur die adolessent se denkwyses beïnvloed word.

2.5.2 Kognitiewe ontwikkeling

Louw *et al.* (1998:417) beskryf dat kognitiewe verandering by adolessente minder opvallend is en 'n groter verskeidenheid toon as by die reeds genoemde liggaamlike ontwikkeling. Hierdie kognitiewe veranderinge tydens adolessensie het tot gevolg dat die kind se konkrete denkwyse verander in 'n omvattende, meer volwasse vermoë om byvoorbeeld te analiseer en logies te redeneer oor sowel konkrete as abstrakte begrippe.

Daar gaan vervolgens gefokus word op formeel-operasionele denke, wetenskaplike denke, absolute redenering, egosentrisme, geheue en abstrakte redenering.

2.5.2.1 Formeel-operasionele denke

Piaget, volgens Louw *et al.* (1998:418), het beweer dat formeel-operasionele denke die hoogste vlak van denke is wat bereik kan word. Hierdie vlak kan al bereik word op 12- tot 15-jarige ouderdom, maar daar moet ook in ag geneem word dat nie alle

adolescente ooit hierdie vlak behaal nie. Redes hiervoor kan wees die adolescent se aanleg en vaardighede, kultuur, asook sosiale interaksie en oordrag. Formeel-operasionele denke word gekenmerk deur die vermoë tot abstrakte denke, hipoteties-deduktiewe denke, redenering van die moontlike na die werklike, wetenskaplike denke, reflektiewe abstraksie, interproporsionele redenering en die vermoë om denke te kombineer.

Die navorser is van mening dat 'n mens tydens die rouproses 'n verskeidenheid van emosies, denke en reaksies hiertoe ervaar, byvoorbeeld om een oomblik verligting te voel, net daarna hartseer of blydschap, asook gevoelens van woede. Indien die adolescent nog nie formeel-operasionele denke ontwikkel het nie, kan hulle hierdie gevoelens tot hulself keer en hierdie intrapsigiese denke kan selfvernietigende denke tot gevolg hê. Die vermoë om rationeel oor die siekte en die dood te dink, het nog nie by die individue ontstaan nie, en dit veroorsaak verhoogde angs en stres.

2.5.2.2 Wetenskaplike denke

Wetenskaplike denke word beoefen deur individue wat in staat is om verbande tussen bewyse en teorieë raak te sien. Dit behels dat individue tussen bewyse en teorieë kan onderskei en dit kan koördineer. Nuwe inligting dwing hulle ook om hulle bestaande teorieë te wysig (Louw *et al.*, 1998:420).

Volgens die navorser kan 'n terminale siekte van 'n ouer die adolescent dus dwing om sy omstandighede te herevalueer en die verband tussen die fisiese simptome en sy gevoelens te korreleer.

2.5.2.3 Absolute redenering

Louw *et al.* (1998:422) beskryf dat adolessente se denke ook gekenmerk word deur absolute redenering. Absolute redeneerders kategoriseer dinge volgens onveranderbare kenmerke, beskou individue as passief in verhouding tot omgewingsinvloede, oorsake word beskou as liniêr en deterministies. Hulle glo in absolute en universele beginsels, beskou teenstrydigheid as foutief of ongewens en plaas mense in kategorieë wat nie verander word nie.

Die navorser is van mening dat hierdie manier van dink, dat iets bloot of reg of verkeerd is, die adolessent verwar in terme van geantisipeerde rou en sy wisselende emosies. Aangesien hy passief voel teenoor sy omgewing, kan dit 'n magteloosheid skep oor sy gesinsopset met 'n terminaal siek ouer, wat weer depressiewe gedagtes kan versterk.

2.5.2.4 Egosentrisme

Egosentrisme is wanneer adolessente in staat is om ander persone se denke te konseptualiseer en voor te stel, maar nie daarin slaag om te onderskei wat vir hulle belangrik is en wat vir ander van belang is nie. Dit is adolessente se onvermoë om van hulle eie fokus te desentreer. Dit manifesteer in twee vorms, eerstens die denkbeeldige gehoor, waar adolessente nie die vermoë het om tussen hulle eie idees en begrippe en dié van ander te onderskei nie. Tweedens die persoonlike fabel, waar adolessente nie die vermoë het om te onderskei tussen hulle eie unieke idees en dié wat universeel op die mensdom toepasbaar is nie, byvoorbeeld as die stories wat hulle vertel nie waar is nie (Louw *et al.*, 1998:423).

Die navorser is van mening dat adolessente se denke op hulself gekeer is, en dit is juis hierdie eng fokus wat hulle meer bewus maak van die impak van die siek ouer op sy eie lewe. Hulle keer hierdie gevoelens op hulself en sonder ondersteuning kan die adolessent magteloos en alleen voel.

2.5.2.5 Geheue

Geheue speel 'n belangrike rol in die uitvoering van vele kognitiewe aktiwiteite, soos probleemoplossing, verskillende vorme van formeel-operasionele denke en ook wetenskaplike denke. Louw *et al.* (1998:425) voer aan dat werksgeheue verwys na die aspek van geheue wat betrokke is by die tydelike onderhoud en manipulasie van inligting wat nodig is om komplekse kognitiewe aktiwiteite uit te voer soos om iets te verstaan, te leer en te beredeneer. Semantiese geheue is 'n persoon se kennis van die betekenis van woorde, konsepte en reëls. Episodiese geheue stel individue weer in staat om persoonlike gebeurtenisse wat hulle ervaar het, te onthou en terug te dink aan

persoonlike ondervindings in die verlede deur te onthou wat gebeur het, asook wanneer en waar dit gebeur het.

Louw *et al.* (1998:426) voer verder aan dat die gevoelens wat die adolessent ervaar ten opsigte van die geantisipeerde rou die werksgeheue beïnvloed deur die komplekse kognitiewe aktiwiteite te blok en uitvoering van opdragte te vertraag. Episodiese geheue word benut deurdat die adolessent baie terugdink aan die verlede, aan hoe die gesin eens gefunksioneer het, en persoonlike ervarings met die ouer deurleef. Volgens die navorser kan die episodiese geheue veral baie nuttig wees tydens die helingsproses van geantisipeerde rou.

2.5.2.6 Abstrakte redenering

Abstrakte redenering speel 'n rol in die ouer-adolessent verhouding: Piaget (in Louw *et al.*, 1998:428) beskou adolessente se bevraagtekening van hul ouers se gedrag en outoriteit en hul idealistiese gemoeidheid met hoe dinge behoort te wees, as die resultaat van hul abstrakte redeneringsvermoë. Die navorser is van mening dat juis hierdie redenering beïnvloed word deur die terminale siekte, aangesien die ouer se optrede nie meer volgens die relatiewe 'normale' verloop nie. Die adolessent se ideale van hoe dinge moet wees, kan hom frustrasie en woede laat ervaar, asook hartseer aangesien sy omstandighede anders is as dié van sy portuur.

Die navorser is van mening dat bogenoemde duidelik bewys dat kognitiewe ontwikkeling die adolessent se denkwyse oor die terminale siekte asook die impak wat dit op sy normale funksionering het, beïnvloed.

Vervolgens word die adolessent se sosiale ontwikkeling bespreek aan die hand van die ouer-adolessentverhouding en die belangrikheid van die portuurgroepverhouding.

2.5.3 Sosiale ontwikkeling

Volgens die navorser het die ouer wat terminaal siek is veral 'n impak in terme van die adolessent se sosiale ontwikkeling. Die verhouding met sy ouers, asook die portuurgroep word in hierdie fase uitgedaag, veral as daar ekstra stremming geplaas word deur geantisipeerde rou.

Daar sal eerstens gefokus word op die sosiale ontwikkeling deur middel van die ouer-adolesentverhouding.

2.5.3.1 Die ouer-adolesentverhouding

Gedurende adolessensie ondergaan die verhouding tussen die ouer en die adolessent belangrike veranderinge en herorganisasie. Verandering sluit in die bevraagtekening van die ouerlike waardes asook van reëls en regulasies wat deur sy ouers neergelê word. Adolessente word ook meer betrokke by hulle vriende en minder by hul ouers, en hierdie mate van onttrekking kan lei tot argumente tussen die ouer en adolessent. Hierdie nuwe gedragsiklus ontstel die ouers en in effek kan hulle dan meer kontrolerend optree, wat toenemende konflik tot gevolg kan hê (Louw *et al.*, 1998:450).

Dusek (1987:146) noem dat ouers die primêre sosialiseringsinvloed op die adolessent is. Die ouer se dissiplinêre metodes speel ook 'n groot rol in die adolessent se ontwikkeling. Indien 'n ouer sy kind te hard en te streng dissiplineer, kan die kind hom in effek begin haat en nie met hom identifiseer nie. Dit kan slegte sosialisering tot gevolg hê. Ouers wat onvoorwaardelik liefde en aanvaarding uitspreek teenoor die adolessent, help hom om konstruktiewe en gepaste verhoudings met ander te vorm, en dit skep vertroue in hulle eie identiteit wat 'n relatiewe positiewe selfbeeld tot gevolg kan hê. Intellektuele en akademiese probleme, swak sosiale verhoudings met die portuur en volwassenes, asook psigosomatiese afwykings word geassosieer met ouerlike afsydigheid en verstoting.

Volgens Louw *et al.* (1998:451) ontstaan konflik as gevolg van die adolessent se toenemende strewe na outonomie, wat 'n natuurlike ontwikkelingstaak is. Ouers kan as gevolg hiervan ambivalente gevoelens ervaar, aangesien hulle besef dat die onafhanklikheid vir die adolessente belangrik is, maar hulle soms strenger hierteen wil optree as gevolg van besorgdheid oor die adolessent se welsyn. Gehegtheid aan ouers gee adolessente 'n veilige basis waarvandaan hulle hul wêreld kan ondersoek en die toenemende sosiale eise kan bemeester. Ten spyte van hul soeke na onafhanklikheid, kan die adolessent ook, nes jonger kinders, skeidingsangs ervaar.

Vanuit die bogenoemde is die navorser van mening dat konflik meermale tussen die adolessent en die moeder voorkom, aangesien sy direk betrokke is by die kinders se lewens. Die navorser is verder van mening dat hierdie konflik onvermydelik is, en selfs noodsaaklik is vir persoonlike groei, mits dit konstruktief hanteer word.

Ouerskapstyle het ook 'n belangrike invloed op die adolessent se identiteitsontwikkeling. Adolessente se sosiale gedrag word positief beïnvloed deur ouers wat reëls neerlê eerder as om krities op te tree, en deur liefde en toegeneentheid eerder as onbetrokkenheid of afsydigheid te toon (Louw *et al.*, 1998:453). Volgens die navorser verander elke gesinslid se take tydens die terminale siekte in 'n huis en ouerskapstyle moet ook hierby aanpas. Waar die adolessent dus stabiliteit by die huis soek, kan die veranderinge hom meer onseker en ongekrap laat voel.

Die optrede van die oorblywende ouer is ook bepalend tot die manier waarop die kind die trauma gaan hanteer. Die verhouding met die afgestorwe ouer moet nie vergeet word nie, maar moet 'n nuwe plek in die kind se lewe kry. Die oorblywende ouer se rol moet nou omskryf en aangepas word by die nuwe behoeftes en verantwoordelikhede wat ontstaan het (Worden, 2001:26).

Dit is laastens noodsaaklik om te noem dat sibbe ook 'n groot impak op die adolessent het. Daar kan sibbe-wedywering voorkom, maar ook tye waar die sibbe baie na aan mekaar is en waardering vir mekaar uitspreek (Dusek, 1987:174).

Vervolgens word die belangrikheid van die portuurgroepverhouding vir die adolessent bespreek.

2.5.3.2 Die belangrikheid van portuurgroepverhoudings

Louw *et al.* (1998:454) voer aan dat adolessente 'n behoefte het om 'te behoort', wat gekenmerk word deur 'n toenemende belangstelling in en betrokkenheid by die portuurgroep. Dit speel 'n belangrike rol in die adolessent se psigososiale ontwikkeling. Tydens adolessensie is die portuurgroep meer gestruktureerd en eksklusief as tydens die middelkinderjare. Die meeste adolessente is afhanklik van die portuur se goedkeuring, ondersteuning en aanvaarding. Die navorser vind dit belangrik om te meld dat nie alle adolessente deur die portuurgroep aanvaar word nie, aangesien sekere persoonlikheidstrekke by kinders beter vaar as ander. Ongewilde adolessente is dikwels emosioneel ontwig, behep met hulself en toon 'n negatiewe selfkonsep, wat kan bydra tot skolastiese en gedragsprobleme.

In die adolessensiejare neig kinders om vriende te kies wie se sielkundige eienskappe soos belangstellings, houdings, waardes en persoonlikhede met hul eie ooreenstem (Louw *et al.*, 1998:460). Hulle vriendskappe word al meer gebaseer op emosionele gehegtheid, betroubaarheid, begrip en opregte belangstelling in mekaar, terwyl hulle ook hul gevoelens en gedagtes met mekaar deel. Hieruit leer adolessente om emosionele ondersteuning aan ander te gee en om verskille op só 'n wyse te hanteer dat dit nie die vriendskap skaad nie. Dit lei tot 'n mate van distansiëring tussen die ouer en adolessent namate die adolessent se vriendskapsverhoudings versterk en hulle behoefte aan privaatheid toeneem.

'n Belangrike verskuiwing wat tydens adolessensie plaasvind, hou verband met die ontstaan van romantiese verhoudings. Vaste verhoudings kan vir die ouer adolessent 'n mate van sekuriteit skep en bied die geleentheid om openheid, eerlike terugvoering en die oplos van konflikte te hanteer (Louw *et al.*, 1998:462).

'n Kenmerk van adolessente portuurgroepverhoudings is die toename in konformiteit, wat beskryf kan word as die neiging om aan sosiale druk toe te gee. Jong adolessente is veral geneig hiertoe, aangesien hulle nog nie genoeg selfvertroue ontwikkel het en onafhanklik ontwikkel nie. Dit bied hulle 'n mate van sekuriteit in hulle strewe na

outonomieit. Die portuurgroep vul eerder die ouers se invloed tot sekuriteit aan as om dit teë te gaan (Louw *et al.*, 1998:457).

Ten spyte van die bogenoemde het ouers steeds die grootste impak op adolessente, selfs meer as sy portuurgroep. Al is daar 'n tendens na konformiteit by portuurgroepwaardes, is hierdie invloede op die adolessent meer oppervlakkig en korttermyn as dié van die ouers. Daar is bewyse dat adolessente neig na porture met dieselfde agtergrond en belangstellings (Dusek, 1987:206). Volgens die navorser kan daar in effek gesê word dat die portuurgroep die waardes van die ouer versterk. Dus is die invloede van die ouer en die portuur komplimentêr tot mekaar.

Persoonlikheidsontwikkeling is ook van belang om die invloed van die terminale siekte op die adolessent te begryp.

2.5.4 Persoonlikheidsontwikkeling

Vervolgens word persoonlikheidsontwikkeling tydens adolessensie aan die hand van identiteitsvorming, die selfkonsep en beroepskeuse bespreek.

2.5.4.1 Identiteitsvorming

Identiteit verwys na die individu se bewustheid van homself as onafhanklike, unieke persoon met 'n bepaalde plek in die samelewing. Louw *et al.* (1998:429) beskryf dat die grootste mate van identiteitsontwikkeling plaasvind tydens adolessensie, as gevolg van ingrypende fisieke, seksuele, sosiale, kognitiewe en morele ontwikkeling. Soos reeds vroeër gemeld, is die integrasie van hierdie samelopende ontwikkelingstake dan ook 'n noodsaaklikheid ten einde identiteit te ontwikkel.

Erik Erikson het die omvattendste beskrywing van identiteitsontwikkeling tydens adolessensie gegee (Louw *et al.*, 1998:431). Kaplan en Sadock (1998:236) en Gouws *et al.* (2000:51) stem saam met Erikson se beskrywing dat identiteitsontwikkeling impliseer dat adolessente moet kan definieer wie hulle is, wat vir hulle belangrik is en watter rigtings hulle in die lewe wil inslaan. Erikson beweer verder dat hierdie

identiteitsontwikkeling 'n identiteitskrisis is, 'n tydelike periode van verwarring waartydens adolessente eksplorieer, bestaande waardes bevraagteken en met alternatiewe rolle eksperimenteer ten einde 'n eie stel waardes en doelstellings te ontwikkel. Hierdie identiteitskrisis is 'n normale proses en as dit nie afgehandel word nie, los dit die adolessent met rolverwarring en geen gevoel van 'self' nie. Rolverwarring kan verander in abnormaliteite soos om weg te hardloop van die huis, kriminele aktiwiteite en ower psigoses.

Erikson noem verder dat adolessente se identiteit nie gevorm word deur modellering soos in die geval van kinders nie, maar deur die aanpassing, wysiging en sintetisering van vroeë identifikasies tot 'n nuwe sielkundige struktuur. Ten einde 'n identiteit te vorm, moet adolessente hulle vermoëns, behoeftes, belangstellings en begeertes vasstel en dit dan organiseer sodat dit binne die sosiale konteks van sy wêreld tot uitdrukking kan kom (Gouws *et al.*, 2000:52).

Meyer (in Wait, Meyer & Loxton, 2004:165) meld dat die vestiging van identiteit 'n gevoel van getrouheid gee, en dit bring sekerheid. Faktore wat identiteitsvorming beïnvloed, is kognitiewe vermoë, invloed van die ouers en hulle ouerskapstyle en kultuur-historiese invloede. 'n Gesonde identiteit is ook afhanklik van die sukses waarmee die vorige fases afgehandel is. Die sukses wat adolessente behaal in die verkryging van vertroue, outonomie en inisiatief, het baie te doen met hulle gevoel van identiteitsontwikkeling.

Hieruit is dit dus duidelik dat die terminaal siek ouer veral op die adolessent se identiteit 'n impak het. Sy siening van die wêreld om hom, die mate van bevraagtekening van wat in sy lewe aangaan, sowel as waarheen hy op pad is, word beïnvloed deur die onsekerheid in sy ouerhuis. Die navorser is van mening dat tydens identiteitsvorming die adolessent met 'n terminaal siek ouer addisionele stremming hiertoe ervaar, aangesien hy met meer as die gegewe in die wêreld om hom gekonfronteer word. Hy kan nie net hoofsaaklik op sy eie konsentreer lewe nie, maar die impak wat sy gesinskrisis hiertoe bydra, is duidelik waarneembaar.

2.5.4.2 Die selfkonsep

Louw *et al.* (1998:437) en Gouws *et al.* (2000:65) voer aan dat adolessente se identiteitsontwikkeling 'n invloed op hulle selfkonsep uitoefen. Soos hul identiteite ontwikkel, sal sienings van hulself diensooreenkomstig verander. Bewyse hiervoor kan gevind word in persoonlike beskrywings en selfevaluering. Faktore wat adolessente se selfkonsep negatief kan beïnvloed is armoede, swak behuising en oorbewoning, gesinsdisorganisasie, 'n gebrek aan ouerlike liefde en ondersteuning, asook 'n gebrek aan betekenisvolle verhoudings, hetsy met sy ouers, sibbe of die portuurgroep.

Die navorser is van mening dat siekte in die ouerhuis die selfkonsep verder beïnvloed deur hulself en die wêreld om hulle krities te beoordeel. Sonder ondersteuning kan dit tot negatiewe denke oor hul omstandighede, en dus hulself, lei.

2.5.4.3 Beroepskeuse

Nog 'n belangrike taak van adolessensie is om 'n beroepskeuse te maak, asook die voorbereiding tot hierdie beroep. Hierdie taak dra by tot die definiëring van 'n identiteit en is die eerste stap tot die vervulling van 'n volwasse rol. Dit kan egter problematies wees en tot spanning lei, omdat dit moeilik is om so 'n keuse te maak as jy nie jouself ken nie (Louw *et al.*, 1998:441). Die navorser is van mening dat die adolessent wat geantisipeerde rou ervaar 'n groter stremming kan voel om sulke belangrike keuses uit te oefen. Dit kan wees as gevolg van minimale ouerleiding, selfs apatie, of die feit dat ander bekommernisse, byvoorbeeld die ouers en sibbe se welstand, voorrang geniet.

Die impak van die ouer wat terminaal siek is, kan ook identifiseer word in die adolessent se persoonlikheidsontwikkeling. Indien die adolessent min ondersteuning geniet, kan dit sy identiteitsvorming vertraag of nadelig beïnvloed, en ook 'n negatiewe impak op sy selfkonsep hê. Die adolessent se beroepskeuse geniet gewoonlik nie prioriteit tydens hierdie krisis in die gesin nie en kan tot spanning en 'n

gevoel van hulpeloosheid lei. Indien hierdie ontwikkeling van die persoonlikheid nie aangespreek word nie, kan dit vir die adolessent in sy latere lewe tot groot struwelinge lei.

Die ontwikkeling van morele waardes hou ook nou verband met die adolessent se gedrag en ervaring van die wêreld om hom. Morele ontwikkeling word vervolgens bespreek.

2.5.5 Morele ontwikkeling

Louw *et al.* (1998:464) en Dusek (1987: 210) meld dat een van die belangrikste ontwikkelingstake van die adolessent is om 'n persoonlike waardestelsel te ontwikkel. Dit voorsien hulle van riglyne vir hul gedrag en help om sosiaal en moreel verantwoordelike gedrag te openbaar. Ten einde hierdie persoonlike waardestelsel te ontwikkel, moet adolessente bestaande waardes bevraagteken en besluit watter waardes vir hulle aanvaarbaar is, en dit uiteindelik in hulle waardestelsel inkorporeer.

Daar is 'n aantal faktore wat die adolessent se morele ontwikkeling kan beïnvloed. Volgens Louw *et al.* (1998:472-474) is die volgende faktore belangrik:

- Kognisie: Sekere kenmerke van formeel-operasionele denke speel 'n rol, byvoorbeeld die vermoë om 'n hipotese te vorm, dit te ondersoek en te toets en sekere afleidings te maak. Dit stel die adolessent in staat om alternatiewe waardes te oorweeg en rasioneel daarvoor te kan dink.
- Ouerlike houdings en optrede: Ouers wat warm en liefdevol is, dien byvoorbeeld as goeie rolmodelle vir morele gedrag. Adolessente moet toegelaat word om te kan redeneer met hulle ouers, en deel gemaak word van enige besluitnemingsprosesse binne die gesin.
- Interaksie met portuurs: Interaksie met porture wat mekaar met verskillende morele sienings konfronteer, bevorder morele ontwikkeling. Dit bevorder ook outonomie ten opsigte van morele denke.

- Godsdien: Hulle houdings ten opsigte van godsdien het 'n wesenlike invloed op die uitoefening van morele gedrag en die ontwikkeling hiervan.
- Sosio-ekonomiese status: Volgens studies is persone uit die middelklas meer geneig om hoër vlakke van morele redenering te bereik as persone uit laer sosio-ekonomiese klasse.

Uit bogenoemde is dit duidelik hoe die omgewing die adolessent se ontwikkeling beïnvloed, en dit kan bevorder of nadelig beïnvloed. Die ekologiese benadering ondersteun hierdie stelling, en German en Gitterman (1980: 489) meld dat die interafhanklikheid van die sisteme in ag geneem moet word om tydens intervensie op die sirkulêre aard hiervan te fokus. Uiteindelik moet homeostase by die adolessent verkry word. Dit kan in hierdie geval deur die emosionele ondersteuning aan die adolessent verkry word.

2.6 SAMEVATTING

Dit is duidelik dat 'n terminale siekte en palliatiewe sorg unieke behoeftes en aspekte by die adolessent meebring. Dit beïnvloed nie net die adolessent nie, maar het 'n impak op die hele ekologiese sisteem. Op alle vlakke bring die terminale siekte 'n mate van verandering en dit is belangrik om op mikrovlak, mesovlak, ekosistemiese en makrovlak na die siekte en die impak daarvan te gaan kyk. 'n Ouer wat terminaal siek is het 'n direkte invloed op die adolessent, deurdat verandering onvermydelik is. Die geantisipeerde rou kan 'n positiewe, maar ook negatiewe invloed hê op die funksionering van die adolessent en sy interpersoonlike verhoudings. Gedurende hierdie tydperk in die gesin en vir die adolessent is emosionele ondersteuning van kardinale belang vir optimale funksionering.

Die adolessent word hierdeur met verskeie ontwikkelingsbehoefte gekonfronteer. Die strewe na suksesvolle ontwikkeling plaas die adolessent onder stremming en hy ervaar die behoefte tot ondersteuning hierin. Die invloed wat 'n terminale siekte op

die adolessent se ontwikkeling, maar ook sy hele gesinstruktuur en sy omgewing het, is duidelik waarneembaar.

In die volgende hoofstuk word daar gefokus op die impak wat die terminale siekte op die adolessent en sy omgewing het. Sy gevoelens omtrent die dood, aspekte van rou, veranderinge in die gesinsisteem en 'n beskrywing van emosionele ondersteuning word bespreek.

3. DIE ADOLESENT EN SY GESIN SE ERVARING VAN 'N TERMINALE SIEKTE

3.1 INLEIDING

Die adolessent ervaar 'n kompleksiteit van emosies, wat hy dink ander mense moeilik sal verstaan. Hy het dus emosionele ondersteuning nodig om sy gevoelens van angs, alleenheid, frustrasie en vrees te uiter en dit vanuit sy omgewing te verstaan (Oaklander, 1988:292; Thompson & Rudolph, 2000:182).

Bernstein (1977:84) bevestig die bogenoemde en meld dat die dood van 'n ouer in die adolessent se lewe beteken dat niks weer dieselfde gaan wees nie. Elke rol wat deur die ouer vervul moes wees, is nou onvervuld. Die adolessent moet sy bestaan herdefinieer en voortgaan om te groei sonder die ondersteuning van hierdie ouer. Nog 'n aspek wat 'n rol speel, is dat die adolessent gekonfronteer word met sy eie mortaliteit. Die manier waarop hy hierdie verlies hanteer, kan 'n indikasie wees van hoe die adolessent voortaan alles in sy lewe sal hanteer.

Die ervaring van rou is spesifiek en individueel. Almal beleef verlies verskillend en om 'n geliefde ouer te verloor, is 'n pynlike proses. Met elke stadium van die siekte kom daar ander veranderinge wat gemaak moet word, en dit vereis dat al die lede van die gesin hulle perspektief van wat gebeur, hulle rol in die gesin en hulle verwagtinge van ander lede moet verander (Wagner, 2002:30).

In die hoofstuk word die adolessent se gevoelens omtrent die dood, aspekte van rou, kenmerke en behoeftes van die adolessent wat rou, sy siening oor sy eie gesondheid en veranderinge wat as gevolg van die terminaal siek ouer in die gesinsisteem plaasvind, beskryf. Laastens is daar 'n beskrywing van emosionele ondersteuning en wat rolspelers hier kan doen.

Vervolgens word daar gefokus op die unieke gevoelens wat adolessente omtrent die dood het.

3.2 DIE ADOLESSENT SE GEVOELENS OMTRENT DIE DOOD

Kübler-Ross (1985:139), DeSpelder en Strickland (1992:279) en Worden (1996:9) meld dat die dood van 'n ouer een van die mees fundamentele verliese is wat 'n kind kan ervaar. Ouers ondersteun hul kinders, beide fisies en emosioneel. Hulle voorsien 'n stabiele ouerhuis waarin kinders kan groei en ontwikkel en dien as die kinders se beskermers. Die verlies van 'n ouer verander die hele kern van die kind se bestaan.

Soos reeds vroeër gemeld, is die adolessente lewensfase een van gemoedsverwarring en belangrike ontwikkeling. Louw *et al.* (1998:439) noem dat adolessente dikwels beskryf word as emosioneel meer onstabiel as jonger kinders. Hulle neig om dikwels emosionele uitbarstings te hê en ervaar intense gemoedskommeling, 'n tipiese storm- en drang-situasie. Gouws *et al.* (2000:75) motiveer die bogenoemde deur te meld dat sekere emosionele veranderinge plaasvind vanweë die liggaamlike, kognitiewe, persoonlikheids- en sosiale ontwikkeling. Adolessente is ook geneig om op hulself te fokus, en dit veroorsaak dikwels komplekse emosies soos angstigheid, skuld, skaamte en verleentheid. Vanuit die bogenoemde is dit duidelik dat die verlies van die ouer vir die adolessent traumaties sal wees, en 'n impak het op alle vlakke in sy lewe en ontwikkeling. Hy moet nou met die verlies saamleef, terwyl hy steeds 'n mate van emosionele groei moet bewerk.

Die navorser is van mening dat elke adolessent dus die dood verskillend sal ervaar en dat die intensiteit van die gevoelens sal wissel afhangende van sy emosionele welstand op daardie stadium. Elke adolessent se siening van die dood verskil en dus sal sy hanteringsmeganisme ook verander namate die siening verander. Vanuit die bogenoemde is dit nodig om die aspekte van rou te bespreek wat nie net op die adolessent nie, maar ook op die breër gesinsisteem 'n invloed sal hê.

3.3 ASPEKTE VAN ROU

Daar word vervolgens gefokus op die aspekte van rou na aanleiding van die faktore wat die tydperk van rou beïnvloed, asook die rouproses.

3.3.1 Faktore wat die tydperk van rou beïnvloed

Die navorser wil beklemtoon dat, volgens die ekologiese model, die individu interafhanklik van ander sisteme is. Die tydperk van rou word dus ook beïnvloed deur hierdie mikro- en mesosisteme. Die duur van die rouproses verskil vir elke individu, en die volgende faktore kan dit beïnvloed (Klopper, 2002:17):

- Die aantal oorblywende verhoudings is belangrik, hoe meer van hierdie vaste verhoudings, hoe makliker sal dit wees om weer aan te pas.
- Hoe sterker die verhoudings is met mense wat die adolessent ondersteun, hoe makliker sal dit vir hom wees om aan te pas.
- Die intensiteit en lengte van assosiasie met die afgestorwene. Hoe intenser die verhouding was, byvoorbeeld as dit sy ouer was, hoe langer sal hy waarskynlik rou.
- Die aantal en ernstigheid van die onvoltooidhede met hierdie persoon. Hoe meer onvoltooidhede daar was, hoe langer sal die rouproses heel moontlik duur.
- Die graad van afhanklikheid tot die persoon. Hoe meer afhanklik die persoon was, soos byvoorbeeld 'n kind van sy ouer, hoe langer sal die rou duur.
- Die omstandighede rondom die persoon se dood.
- Die geestelike gesondheid van die afgestorwene tydens die terminale siekte. Indien daar byvoorbeeld erge neurotiese geneigdhede was tydens die siekte, sal rou waarskynlik baie langer duur. Neurotiese aspekte by die siekte wek meer trauma by die gesinslede, wat die rou meer intens maak.

Die adolessent se vorige rou-ervarings en aantal vorige verliese in sy lewe het 'n impak op sy rou. Die kulturele en sosiale rituele, of hy ondersteuning het of geïsoleerd is, het alles 'n invloed op die manier waarop die adolessent die verlies

ervaar. Persoonlike karaktertrekke, die geboorte-orde binne die gesin, aard van die verhouding met die ouer, die intensiteit van die siekte en die toekoms daarna, het verder 'n invloed op die adolessent (Worden, 2001:12).

Die navorser som uit bogenoemde op dat rou 'n komplekse en hoogs individuele proses is, as gevolg van al die bogenoemde veranderlikes. Die mate van ondersteuning van die sisteme om hom beïnvloed veral sy aanpassing en emosionele welstand. Tog gaan alle mense tydens die rouproses deur ongeveer dieselfde stadiums van rou, wat vervolgens beskryf word.

3.3.2 Die rouproses

Volgens Youngson (1989:64) en Klopper (2002:15) is rou 'n proses wat tyd neem en deur verskeie stadiums gaan. Dit kom ook voor dat sommige individue rou nooit werklik afhandel nie. Die rouproses word gekenmerk deur geleidelike, tydsame vordering, al lyk dit nie so nie.

Terwyl mense van die een routaak tot die volgende beweeg, raak hulle innerlik sterker en groei. Die rouproses is nie 'n vasgestelde proses nie, maar verskil ooglopend van mens tot mens. Aspekte wat die proses kan beïnvloed, is individuele verskille – mense is soms meer emosioneel of spontaan as ander en kulture verskil. Dit hang ook af wie dit is wat dood is en hoe die persoon dood is. Die adolessent se idee van rou en die dood hang ook tot 'n groot mate af van hoe die ouers dit hanteer (Klopper, 2002:16).

Volgens die Advanced Learner's English Dictionary (2004:636) beteken *rou* om oor 'n spesifieke saak hartseer te wees en ongelukkig en ontsteld te voel. Die navorser som hierdie rouproses op as 'n fase waarin die adolessent gevoelens van hartseer, ongelukkigheid en ontsteltenis ervaar. Elke adolessent ervaar hierdie proses op 'n unieke manier, en dit beteken dat elke individu se behoefte, en manier van emosionele ondersteuning sal verskil.

Bowman (1997:2) noem dat daar 'n algemene tipe rou is waaroor daar min in die literatuur geskryf word, naamlik die verlies van drome – die verlies van die denkbeeldige prentjie van hoe die lewe moes wees. Die verlies van drome is meer as verandering of teleurstelling: dit beskryf die verlies van iets wat daar was, en is 'n hoeveelheid emosionele beleggings – dit is verliese wat onverwags is. Dit kan ook vergelyk word met die verlies van 'n emosioneel-belangrike individuele beeld, die verlies van planne van die toekoms. Byvoorbeeld die adolessente dogter wat gedroom het van haar vader wat haar afgee in die kerk as sy trou, en nou is hy terminaal siek. Indien hierdie verlies van drome nie aangespreek word nie, kan dit die 'verlies van die toekomstige storie' beteken. Dit kan weer lei tot depressie, die onvermoë om te floreer, die onvermoë om ander te ondersteun en verwant te word aan ander, en die traagheid om aan te beweeg na nuwe drome.

Dit is dus duidelik dat rou 'n tydsame proses is wat van een individu tot die volgende verskil. Tog is die basiese stadiums waardeur die adolessent wat rou ervaar gaan, dieselfde. Die vyf stadiums van rou en sterfte soos deur Kübler-Ross (1975:10; 1985:34-121) beskryf, kan soos volg opgesom word:

1. Ontkenning: Dit is 'n tipiese reaksie wanneer die pasiënt hoor dat hy terminaal siek is. Dit is belangrik en nodig. Dit help om die impak te versag van die pasiënt se bewuswording dat die dood 'n realiteit is.
2. Woede: Die pasiënt voel verkul omdat ander mense gesond en lewend sal wees terwyl hy moet sterf. God is spesifiek 'n teiken vir sy woede, aangesien Hy die 'doodsvonnis' gegee het.
3. Onderhandeling: Pasiënte aanvaar die dood, maar onderhandel vir nog tyd. Meestal is dit met God. Hulle belowe om goed te wees of om iets in ruil vir meer tyd te doen.
4. Depressie: Die pasiënt rou eers oor vorige verliese, dinge wat nie gedoen is nie en verkeerde dade. Dan betree hulle 'voorbereidingsdroefheid', waar hulle reg word vir die naderende dood. Hulle word stil en wil nie meer besoekers hê nie. Hy het nou sy onvoltooidhede met mense in sy lewe voltooi.

5. Aanvaarding: Dit word beskryf as 'n fase waar die persoon nie gelukkig of ongelukkig is nie en kan gesien word as 'n oorwinning.

Kübler-Ross (1985:149) beskryf dat soos die adolessent deur hierdie emosies gaan, die res van die gesin deur soortgelyke emosies gaan. Die gesin kan aanvanklik ook nie aanvaar dat die ouer siek is nie, en kan nog professionele opinies verkry. Die gesin ondergaan dan verskeie interne veranderinge, en nuwe kommunikasiekanale word gevorm. Hulle ervaar ook 'n fase van woede, wat gemik kan word op die dokter en die hospitaalpersoneel. Baie skuldgevoelens, wense om op te maak vir foute in die verlede en onbenutte geleenthede kan verder 'n emosionele impak laat. Dit is bogenoemde gevoelens wat die adolessent aan die ouer moet weergee voor hy sterf, om sodoende die onvoltooidhede aan te spreek. Wanneer die woorde, verwyte en skuldgevoelens deurgewerk is, gaan die gesin ook deur die fase van 'voorbereidende droefheid', nes die siek ouer. Die moeilikste tyd is die finale fase, wanneer die ouer hom stadig begin afsluit van die wêreld om hom.

Die navorser is van mening dat elke adolessent op sy eie individuele manier en op sy eie tyd deur hierdie stadiums van die rouproses moet werk. Weer eens is dit duidelik hoe die verskillende ekologiese sisteme op mekaar inwerk, en dat die adolessent en sy gesin afhanklik is van elke sisteem se ondersteuning. Die mate van emosionele ondersteuning wat hy sal benodig, sal wissel tydens elke stadium van rou. Om die mate van ondersteuning tydens hierdie stadiums te kan bied, is dit noodsaaklik om die kenmerke van die adolessent wat rou ervaar, te bespreek.

3.4 KENMERKE VAN DIE ADOLESSENT WAT ROU ERVAAR

Worden (2001:11) noem dat identifiseerbare kenmerke voorkom by adolessente wat ouers verloor het, naamlik:

- enige tipe somatiese siekte of liggaamstres;
- behepthed met die beeld van die afgestorwene;
- skuldgevoelens verwant aan die afgestorwene of omstandighede van die dood;

- vyandige reaksies teenoor die gesin en vriende;
- onvermoë om te funksioneer soos voor die ouer se dood en
- dit kan voorkom asof hulle karaktertrekke van die afgestorwene in hul eie gedrag toon.

Adolessente ervaar een of verskeie van bogenoemde kenmerke, wat hulle normale funksionering tydelik kan versteur (Worden, 2001:12). Volgens die navorser moet hierdie verskynsels aan hulle verduidelik word en moet hulle bewus gemaak word hiervan, om sodoende die adolessent te bemagtig om beheer oor die situasie te neem. Die feit dat hierdie kenmerke of ervarings bloot tydelik is, moet verder beklemtoon word.

Daar is 'n gevaar dat die woede wat tydens geantisipeerde of normale rou ervaar word, na 'die self' gekeer word. In 'n ernstige geval van retrofleksiewe woede kan die adolessent homself depressief maak of selfmoordgedagtes kry. Selfs by die dood van 'n ouer waar dit geantisipeer word, word intense skok en pyn ervaar (Worden, 2001:12). Soos reeds in die vorige hoofstuk genoem, speel die kognitiewe denkwyses en ontwikkeling van die adolessent 'n belangrike rol as aanduiding van hoe hy oor die rou en dood sal dink. Die belangrikheid van die normale kognitiewe ontwikkeling word dus weer eens beklemtoon.

Die ervaring en nabyheid van die dood kan die adolessent in 'n stadium van bedreiging plaas, aangesien hy sy selfvertroue hierdeur verloor. Dit kom voor wanneer adolessente nie meer die situasie effektief kan hanteer nie. Die wêreld raak te veel vir hom en hy het nie meer beheer oor homself en die omgewing om hom nie. Die adolessent se basiese behoeftes van veiligheid en sorg word bedreig en hierdie bedreiging is baie na aan homself. Dit bemoeilik die normale ontwikkelingsstewe van die adolessent om selfaktualisering te bereik (Maslow, 1970:79).

Worden (2001:83) beskryf dat die tipe verhouding wat die adolessent met sy terminaal-siek ouer het, deur verwante veranderlikes gedefinieer word. Die

adolessent se karakter en hoe dit sy vermoë om geantisipeerde rou te hanteer, beïnvloed, het 'n groot invloed. Die adolessent se selfkonsep moet ook in ag geneem word, aangesien dit sy eie definisie is van homself. As hy homself beskou as die sterk lid in die gesin, kan hy hierdie rol probeer volhou, selfs tot sy eie nadeel. Sosiale faktore beïnvloed ook die rouproses, aangesien rou in effek 'n sosiale proses is en die beste hanteer word in 'n sosiale omgewing waarin die adolessent deur ander mense ondersteun en versterk word. Die afwesigheid van 'n sterk sosiale struktuur benadeel die rouproses.

Waar rou onderdruk word, kan dit lei tot ernstige fisiese, emosionele, geestelike en selfs verhoudingsprobleme (Klopper, 2002:21). Whitfield (1989:86) ondersteun bogenoemde en voer aan dat as die rou nie suksesvol deurgewerk word nie daar selfs manifestasies van chroniese siektes kan plaasvind, wat verband hou met stres, vrees, angs, woede, hartseer en skaamte. 'n Geneigdheid tot selfvernietigende gedrag en ander destruktiewe gedrag kan voorkom. Die navorser is van mening dat dit veral is as gevolg van die wisselende en onverstaanbare gevoelens wat die adolessent tydens geantisipeerde rou ervaar.

Die adolessent se ervaring van rou is verwant aan sy liggaam en sy ontwikkeling. Daar is dus op elke ontwikkelingsvlak sekere kenmerke van die manier waarop die adolessent die rou ervaar. Dit kan in 'n mate problematies wees, maar die navorser is van mening dat indien die adolessent tydens die rouproses genoegsame ondersteuning kry, hierdie kenmerke bloot tydelik is. Dit is dus nodig om die behoeftes wat die adolessent ervaar, te identifiseer en ook in ag te neem vir effektiewe intervensie.

3.5 BEHOEFTE VAN DIE ADOLESSENT WAT ROU

Volgens Klopper (2002:75) word adolessente se denke oor rou en die dood dikwels beïnvloed deur twyfel en spanning van biologiese, kognitiewe en emosionele aard. Daar moet nie gehaas word om op te hou treur nie. Groot hartseer en verlies word deur adolessente ervaar, veral ten opsigte van die verlies van ouers as ondersteuners,

voorsieners en versorgers. Volgens die bogenoemde outeur het die adolessent unieke behoeftes gedurende die rouprosesse voor en na die afsterwe van 'n ouer. Hierdie behoeftes sluit in: voldoende inligting, aandag aan vrese en angstigheid, bevestiging dat hulle nie blameer word nie, aandagtige luister, verifiëring van individuele gevoelens, hulp met oorweldigende gevoelens, voortdurende roetine-aktiwiteite, gemoduleerde rougedrag asook geleenthede om te kan onthou. Wanneer hulle in rou verkeer, manifesteer dit dikwels op verskillende maniere, veral deur hul gevoelens, fisieke sensasies, kognisies en gedrag.

Volgens Klopper (2002:21) en Gouws (2006) kan verdere behoeftes van adolessente wat verlies ervaar, die volgende wees:

- Hulle benodig die wete dat daar vir hulle gesorg sal word;
- adolessente het die versekering nodig dat hulle nie die dood veroorsaak het deur hulle woede of tekortkominge nie;
- die adolessente het informasie omtrent die verloop van die siekte en die dood nodig;
- dit is noodsaaklik vir die adolessent om belangrik en ingesluit te voel tydens al die fases en prosesse waardeur die ouer en gesin gaan;
- die adolessent en sy gesin moet sover moontlik voortgaan met roetine-aktiwiteite en
- die adolessent het iemand nodig om na hulle vrae te luister en wat tyd het om dit aan hulle te verduidelik.

Wholey (1992:58) meld dat die inisiële reaksie van iemand wat deur trauma gaan, is om iets omtrent die saak te doen. Dit is 'n tyd vir mobilisasie. Baie energie word dus vrygestel. Dit is na verloop van tyd, wanneer die adolessent moed opgegee het en die volle impak van die sterfte geïnternaliseer het, dat depressiewe neigings kan begin. Aangesien die binding met die persoon so heg was, is dit ook moeilik om die persoon te laat gaan.

Die navorser is van mening dat hierdie behoeftes tussen individue sal verskil, maar dat in alle gevalle emosionele sekuriteit vir die adolessent belangrik is. Soos reeds

genoem is daar 'n nabye verwantskap tussen die adolessent en sy liggaamlike ontwikkeling tydens hierdie lewensfase. Vervolgens word hierdie interverwantskap bespreek aan die hand van die impak wat rou hierop het.

3.6 DIE ADOLESSENT SE SIENING OOR SY GESONDHEID

Die rouproses is 'n emosionele belewenis, tog is enige emosionele verhouding met die liggaam so interverwant dat dit nie anders kan as om 'n impak op die liggaam te hê nie. By die adolessent wat rou kan daar 'n verlies aan aptyt, slapeloosheid, geïrriteerdheid, vergeetagtigheid en onbetroubaarheid wees. Somatiesse effekte kan ook gereeld voorkom, byvoorbeeld hoofpyn, asook pyn regoor die liggaam (Youngson, 1989:64). Soos reeds in die vorige hoofstuk gemeld, ondergaan die adolessent dramatiese liggaamlike veranderinge tydens hierdie lewensfase, wat verder 'n invloed op die ervaring van die somatiesse effekte kan hê. Gouws (2006) ondersteun die bogenoemde, en beweer vanuit haar ondervinding in die praktyk dat adolessente met 'n terminaal siek ouer intens op hulle eie fisiese welstand kan begin fokus. Sy het al waargeneem dat die kinders soms dieselfde simptome as die ouers kan ervaar, behep raak met hulle gewig of psigisomatiese hoofpyn kry. Daar was ook al gevalle van selfbesering, wat sy sien as 'n uitroep om hulp.

Volgens die navorser beteken bogenoemde beteken dat 'n oorhoofse persentasie van siektes veroorsaak word deur 'n emosionele verwantskap. Stres kan byvoorbeeld die liggaam se immuunsisteem aantas en die weerstand teen infeksies en virusse verlaag, wat die adolessent se gesondheid laat agteruitgaan. Dit kom ook voor dat siektes gepaard gaan met lang voorafgaande tye van dinge oordoen, dus om te lewe met te veel stres. Te veel stres kan depressie, angst en ander negatiewe emosies veroorsaak.

Dit is van kardinale belang dat die adolessent die verwantskap tussen sy gevoelens en die impak daarvan op sy liggaam verstaan. Die navorser is van mening dat bewuswording van die liggaam belangrik is, aangesien die adolessent sodoende nie beheer oor homself verloor nie, maar dit hom in aanraking met sy eie gevoelens bring. Die adolessent se ervaring van verlies en pyn, en die stres wat dit veroorsaak, kan

hom dus vatbaar maak vir siektes. Hy oordink sy eie gesondheid en sy siening hieroor.

In die afgelope afdeling is daar hoofsaaklik op die adolessent as individu gefokus. Vervolgens word daar gekyk na die breër invloed van die terminale siekte op die hele makrosisteem, en die impak van die gesin se hantering hiervan op die adolessent.

3.7 VERANDERINGE IN DIE GESINSISTEEM

Daar sal in die volgende afdeling gefokus word op die adolessent en gesonde ouer se rolverandering na die diagnose van die terminale siekte by die ouer. Dit bring dus veranderinge in die gesin se normale lewe mee, wat kortliks gemeld word. Verder word gefokus op die gesin se take van rou, die sosiale isolasie wat soms plaasvind, asook die aanpassing wat hierdie sisteem moet maak om volhoubaar te kan funksioneer.

3.7.1 Die adolessent se rolverandering

Die navorser is van mening dat die dood eers as 'n realiteit beleef word wanneer dit 'n naasbestaande tref, en niemand is ooit ten volle voorbereid op alle implikasies wat die geliefde se dood inhou nie. Adolessente se normale reaksie is hoofsaaklik om die onderwerp van die dood, en die gepaardgaande gevoelens en inligting, te vermy.

Strydom en Mynhardt (2005:185) meld dat sommige adolessente hul ouers se afsterwe beleef as 'n las, aangesien hul jonger broers en susters in hul sorg gelaat word en voldoende bestaansmiddele ontbreek. Dikwels word die adolessent nie voldoende ingelig oor sy ouer se siekte nie, en dan kom dit vir hom dit geheel en al onverwags.

Lyons (in Strydom & Mynhardt, 2005:177) is van mening dat daar gewoonlik van die adolessent verwag kan word om na hulle jonger broers en susters om te sien weens die afwesigheid van volwasse versorgers. Gesinsverantwoordelikhede, ter wille van die oorlewing van die gesin, word ook in sommige gevalle deur die adolessent

oorgeneem. Dit is vir die navorser belangrik dat die ouers moet onthou dat die adolessent nog wel 'n kind is, en nie 'n volwassene nie. Deur hierdie gesinslaste word die adolessent van materiële, emosionele en ontwikkelingsondersteuning ontnem, en word suksesvolle jeugjare en 'n toekoms as volwassene hierdeur ingeperk.

Die adolessent kan voel asof hy nie sy ouer en gesin nodig het nie, en net fokus op sy portuurgroep. Die impak van die rolverskuiwings binne die gesinsisteem het 'n invloed op die adolessent. Die adolessent moet instaan vir die ouer, die verlies van die ouer hanteer, asook ander verantwoordelikhede aanvaar. Sommige adolessente se skoolbywoning verswak, aangesien hulle die ouer tuis moet versorg. Die dinamika van die gesin is 'n veranderlike, asook of dit 'n enkelouer-huishouding is. Baie adolessente kom egter in opstand teen hierdie verantwoordelikhede (Strydom & Mynhardt, 2005:177).

Kübler-Ross (1983:77) stem saam met bogenoemde, deurdat sy meld dat 'n terminale siekte van 'n ouer 'n groter impak het op die adolessent as op jonger kinders. Adolessente het nie altyd die hanteringsmeganismes vir al hulle emosies nie, en reageer dan op die siekte deur te onttrek of onbeheerbaar op te tree. Adolessente benodig onvoorwaardelike begrip en nie-veroordeling, en betrokke persone moet besef dat hierdie onbeheerbare reaksies 'n verdediging is teen die vrees van toekomstige verlies. Dit is ook belangrik dat die adolessent sy vrese en gevoelens met ander broers of susters deel.

Die navorser is van mening dat die ouers nie altyd die krag het om na die adolessent en die ander sibbe om te sien nie, en maar hoop dat hulle die situasie kan hanteer. Dit hang agter baie af van die dinamika binne die gesin – hoe die ouer en die kind die aspek hanteer. Veral adolessente van terminaal siek enkelouers kry baie swaar, aangesien die kinders nou by alternatiewe versorgers geplaas word, en daar dikwels nie 'n goeie ondersteuningsisteem is nie. In sommige gevalle kan die adolessent self die rol van versorger oorneem, en die mate van verantwoordelikheid wat dit meebring, kan stremmend en oorweldigend wees.

Gouws (2006) beweer dat emosionele ondersteuning ten opsigte van hierdie adolessente van kardinale belang is, aangesien min mense adolessente en hulle verwysingsraamwerke verstaan. Hulle het hul eie wil, en dit word beïnvloed deur die ouerskapstyle, dissiplineringsstyle, dinamika binne die gesin asook hul persoonlikhede. Hierdie kinders toets ook baie meer hulle grense in die soeke na stabiliteit en aanvaarding.

Dit is belangrik dat daar gefokus word op die rol van die ander ouer, indien daar wel een is, tydens hierdie krisis in die adolessent en die gesin se lewens.

3.7.2 Die gesonde ouer se rolverandering

Volgens Kuenning (1987:198) is dit nie net die adolessent wat 'n rolverandering ondergaan nie, maar ook die gesonde ouer. Indien hierdie ouer nie die broodwinner was nie, is daar nou die las op hom om die gesin finansiëel te versorg. Dit kan ook beteken dat die versorging van die kinders, asook die emosionele ondersteuning wat die kinders van hierdie ouer sou ontvang, nou minimaal is. Kuenning noem verder hoe belangrik dit vir daardie ouers is om in hierdie tyd van verandering ondersteuning van familie en vriende te hê.

3.7.3 Verandering in die gesin se normale lewe

Vir die gesin wat met 'n terminaal siek ouer gekonfronteer word, raak die siekte elke lid. Die gesonde gesinslede moet die verandering verstaan en hulle plek in hierdie 'nuwe gesin' vind. Die eerste verandering wat die siekte meebring, is die gesin se 'normale' lewe. Die kinders kan hulpeloos, alleen en geïgnoreer voel deur hulle ouers, soos almal fokus op die terminaal siek ouer. Die verlies van drome en die verandering van gesinsrituele is meestal die eerste tekens dat daar 'n terminale siekte in 'n huishouding is (Wagner, 2002:9).

Wagner (2002:42) voer verder aan dat wanneer 'n ouer 'n terminale siekte het, die gesin finansiëel sowel as emosioneel kan ly, veral as hierdie ouer die broodwinner was. Dit dwing die familie om groot veranderinge te ondergaan, terwyl daar alreeds stres is. DeSpelder en Strickland (1992:164) voer aan dat die sosiale stigma van die siekte vir die familie ook stres kan veroorsaak.

Die gesinsreëls verander ook indien daar 'n terminale siekte in die gesin ontstaan. Die gesinsreëls van openlike kommunikasie kan byvoorbeeld verander as gevolg van die siekte, wat veroorsaak dat daar vermyding van konflik plaasvind om lede sodoende te beskerm teen uitermatige stres en emosionele opwekking (Walsh & McGoldrick, 2004:397). Daar word vervolgens gekyk na die gesin se unieke take van rou.

3.7.4 Die gesin se take van rou

Walsh en McGoldrick (2004:398) skryf dat sekere ontwikkelingstake binne die gesin moet plaasvind tydens die hantering van langtermyn geantisipeerde rou. Die gesin moet rou oor die verlies van die lewe as 'n gesinseenheid soos voor die siekte. Die verwagte swaarkry en moontlikheid van verdere stremming of dood moet aanvaar word. Om vir 'n onbepaalde periode met so 'n dreigende verlies te leef, maak dit moeiliker vir gesinne om beide die huidige en toekomstige strukturele en emosionele grense te definieer, sowel as om lewensiklusbeplanning te doen.

Walsh en McGoldrick (2004:412) beweer dat dit emosioneel stremmend is om te veel klem op geantisipeerde rou te plaas, en dit kan verhoed word deur maniere om die kwaliteit van lewe te bevorder. Die waarde van geantisipeerde rou moet besef word, deurdat dit die gesin nader aan mekaar kan bring en hegte bande kan laat vorm.

Die navorser is van mening dat terapeute die gesin moet help om funksionele patrone te ontwikkel om latere hantering en aanpassing tot verlies te bevorder. Die gesin moet ondersteun word om te voel dat hulle wel 'n mate van beheer oor die situasie het,

naamlik om take te prioritiseer en direkte aksie te neem, byvoorbeeld om informasie oor die siekte te kry, by ondersteuningsgroepe in te skakel en om gemeenskaps-hulpbronne te ondersoek. Vervolgens word daar gefokus op die verskynsel van sosiale isolasie van die gesin na die diagnose, wat kan ontstaan as gevolg van die afwesigheid van enige ondersteuning vir die gesin.

3.7.5 Sosiale isolasie van die gesin

Kuenning (1987:201) noem dat terminaal siek ouers ook 'n vroeë sosiale dood kan sterf, nog voor die fisiese afsterwe. Dit is as gevolg van die feit dat ander mense nie weet hoe om hierdie siek persoon te hanteer nie. Mense vermy hulle, aangesien hulle herinner word aan hul eie mortaliteit. Hulle kom ongemaklik voor voor die siek individu, en is bang hulle sê die verkeerde ding. Die beste manier om so 'n situasie te hanteer is om eerlik te wees oor die siekte, en om openlik met die ander mense hieroor te praat.

'n Probleem vir die gesin met 'n terminaal siek ouer is isolasie vir beide die pasiënt en die gesin. Dit kom veral voor as gevolg van die onttrekking vanaf die bekende sosiale kontakte om meer tyd saam met die sterwende persoon deur te bring. Dit kan ook plaasvind deurdat nabye vriende aanneem dat die gesin sal verkies om alleen te wees (Kuenning, 1987:202). Die aanpassing van die gesin na diagnose word verder bespreek.

3.7.6 Aanpassing van die gesin tydens die rouproses

Met terminale siektes moet die definisies wat verband hou met normatiewe gesinstrukture in ag geneem word. Emosioneel-verstrengelde grense en ordes met dowwe generatiewe grense word gesien as die kenmerk van gesinsdisfunksie. Tog word die werklike vereistes op adolessente gesien as die aanneem van rolle wat die ouer vervul het in die belang van die gesin se voortbestaan, teenoor die rigiede

patologiese beskrywings van kinders wat so volwasse soos ouers optree (Kuenning, 1987:204).

Die hele gesinsisteem moet in ag geneem word, asook die impak van die diagnose van 'n terminale siekte op elke lid, wat net so 'n groot impak op die funksionering en doelstellings van ander lede het. Elke lid neem ook sy eie tyd om aan te pas by 'n diagnose, en dit moet in ag geneem word in terme van sy eie ontwikkelingsfase en rol in die gesin. Die hoofdoel van die gesin moet wees om met die ontwikkelingsvereistes van die siekte te handel sonder dat die gesinslede hulle eie of die gesin se ontwikkeling as 'n sisteem oor tyd opoffer (Kuenning, 1987:205).

Uit bogenoemde is dit waarneembaar dat verskeie veranderinge nie net by die adolessent moet plaasvind nie, maar ook binne die gesinsisteem. Die gesin ondergaan ook take van rou, en indien hulle nie genoegsame ondersteuning van ander sisteme ontvang nie, kan daar sosiale isolasie plaasvind. Binne die konteks van die ekologiese model is die gesin as mikrosisteem dus interafhanklik van die ondersteuning op mesovlak. Die ekosisteem se optimale werking, naamlik die mobilisering en benutting van eksterne netwerke, is net so belangrik binne die gesin se konteks van die makrosisteem.

Aangesien die adolessent en gesin dus so interafhanklik van mekaar is, is emosionele ondersteuning van al hierdie sisteme noodsaaklik om deur die rouproses te kom. Dit word vervolgens bespreek.

3.8 BESKRYWING VAN EMOSIONELE ONDERSTEUNING

In hierdie afdeling word gefokus op die definiëring van emosionele ondersteuning, emosionele alleenheid, die noodsaaklikheid van emosionele ondersteuning, geskikte rolbestuur en die wyse waarop rolspelers hierby betrek kan word.

3.8.1 Definiëring van emosionele ondersteuning

In hoofstuk een is *emosionele ondersteuning* vir die doel van die studie gedefinieer as bystand aan die adolessent, sowel as die voorsiening van enige hulp, hetsy fisies of emosioneel, wat hy mag benodig. Die doel hiervan is om die adolessent met 'n terminaal siek ouer te bemagtig (Compact English Dictionary, 1997:376, 1329; Advanced Dictionary, 2004:1457).

Die navorser het 'n onderhoud gevoer met 'n kenner op die gebied van terapie met terminaal siek ouers se kinders. Gouws (2006) is 'n arbeidsterapeut, wat uit 'n Gestaltspelterapie agtergrond met hierdie kinders werk. Sy ervaar daaglik in die praktyk dat dit baie moeilik is om hierdie kinders met emosionele behoeftes te identifiseer en ondersteuning aan hulle te bied, aangesien die ander professionele mense nie hierop fokus nie. Dokters fokus bloot op die pasiënt, en min professionele mense werk met die breë gesinsisteem.

Volgens Baron en Byrne (2004:525) is die een element wat dieselfde bly in alle nabye verhoudings interafhanklikheid, 'n interpersoonlike assosiasie waarin twee mense mekaar se lewens konstant beïnvloed, hulle emosies en gedagtes op die ander fokus, en wanneer moontlik aan gesamentlike aktiwiteite deelneem. Hierdie nabye verhoudings benodig vertroulikheid en veroorsaak optimale lewe. Die aard van die interpersoonlike verhoudings word beïnvloed deur die persoonlikheidsstyle van die individue. Die band tussen die sibbe verander ook namate die kinders deur die verskillende lewensfases beweeg.

Die navorser is van mening dat emosies natuurlik is, en gevoel, uitgedruk, erken en verstaan moet word. Dit dra by tot sielkundige groei, gesondheid, leer en kommunikasie met ander. As die natuurlike, gesonde emosionele prosesse nie toegelaat word vir uitdrukking en/of ontwikkeling nie, of as hulle om enige rede onderdruk of ontken word, is die resultaat distorsies van hierdie emosies en gevoelens

– wat beide fisies en sielkundig ongesond is. Hierdie miskende uitdrukking van die emosies maak ‘n groot deel uit van onopgeloste gevoelens.

3.8.2 Emosionele alleenheid

Wholey (1992:55) beweer dat wanneer mense praat van alleenheid, dit meestal verwys na emosionele alleenheid. Dit gebeur veral by tye wanneer ‘n persoon onvergenoegd met homself voel. Dit kom veral by terminale siekes voor, want na die diagnose is dit altyd in die agterkop, en beïnvloed dit alles wat aangepak word. Met rou is die verlies van beheer nie so duidelik sigbaar soos byvoorbeeld by egskeidings nie, aangesien mense meer geneig is om emosioneel inwaarts te keer deur hierdie gevoelens van verlies met die ingeboude emosionele reaksie op ‘n bedreigende of werklike verlies van daardie bindingsfiguur.

Volgens Theron en Muller (1967:66) is daar ‘n geneigdheid tot die volgende gedragsprobleme by adolessente indien daar ‘n terminale siekte in die huis voorkom en hulle nie genoegsame ondersteuning geniet nie:

- Dramatiese verandering in skoolprestasie;
- dwelm- of alkoholmisbruik;
- selfbeseringsgedrag;
- gewelddadige gedrag teenoor andere;
- eetversteurings;
- kriminele of riskante gedrag (steel, wanbestuur) en
- selfmoordneigings.

Vanuit die bogenoemde is dit duidelik dat die adolessent beskerm moet word teen emosionele alleenheid wat in effek tot wangedrag kan lei. Dit bring die klem verder op die noodsaaklikheid van emosionele ondersteuning, wat hieronder bespreek word.

3.8.3 Die noodsaaklikheid van emosionele ondersteuning

Volgens Gouws (2006) is emosionele ondersteuning van kardinale belang vir die adolessent, aangesien die siek ouer so gefokus is op sy siekte en self-gesentreerd lewe. Kuenning (1987:212) en Walsh en McGoldrick (2004:404) ondersteun die bogenoemde en noem verder dat die terminaal siek ouers meestal nie die kinders sal verwys vir hulp nie, aangesien dit dan kan lyk asof hulle 'faal' as ouers. Daar bestaan dus definitief 'n gaping tussen die dienste wat aan so 'n gesin gelewer word. Die adolessent is ook 'n baie belangrike teikengroep in so 'n situasie, aangesien hulle in hierdie lewensfase gewoonlik in opstand kom teen alles en alle struktuursisteme, byvoorbeeld die hospitaal en sy personeel. Die adolessent wil nie anders wees nie, en wil dus nie aan al hierdie 'andersheid' blootgestel word nie. Die emosionele impak op die adolessent is groot, asook die fisiese gewaarwordings, byvoorbeeld van die ouer wat maerder en sieker word.

Tanchel (2003:249) en Gouws (2006) meen dat ondersteuning noodsaaklik is, aangesien die dood die oorblywendes, sowel as die sterwende, so alleen laat voel. Almal in die sisteem is baie kwesbaar en voel maklik geïsoleerd. Die adolessent moet geliefd en ondersteun voel, en daar moet aandag aan sy fisiese welsyn gegee word. Dit word verbaal of nie-verbaal gedoen. Hulle moet, indien nodig, verder ondersteun word met hulle alledaagse lewe en werksake, asook om die pyn te ervaar en dit uit te druk. Die negatiewe gevoelens moet hanteer word, byvoorbeeld die skuldgevoelens, en dit kan gedoen word deur die nodige emosionele ondersteuning.

Die navorser is van mening dat aangesien die oorblywende ouer ook deur die fases van rou gaan, enige ander volwassene in die gesin of 'n terapeut of vriend, die kinders kan ondersteun. Daar moet ook genoegsame inligting deurgegee word en die toekoms moet bespreek word om angstigtheid te voorkom. Die adolessent moet die geleentheid gegun word om oor sy eie dood te gesels indien nodig, en sy vrese vir die toekoms te verbaliseer. Hy moet die vrymoedigheid hê om met iemand te gesels indien hy die behoefte aan emosionele ondersteuning het. Daar moet genoeg emosionele onder-

steuning wees om te keer dat die adolessent psigiatriese siektes ontwikkel. Selfvertroue en -waarde moet uitgebou word binne 'n veilige omgewing.

Kübler-Ross (1983:25) bevestig bogenoemde deur te noem dat emosionele volwassenheid die sleutel is tot die transformasie van rou in groei, eerder as om die ontwikkeling te blok. Hierdie emosionele volwassenheid kom voor wanneer die adolessent die situasies waar skeiding in sy lewe plaasvind, kan hanteer. Die geskikte roubestuur is die vaardigheid wat jy verkry om die verliese wat ons elke dag in ons lewe kry, te kan hanteer. Elke verlies is 'n uitdaging om nuwe vaardighede aan te leer en 'n geleentheid tot gesonde groei.

Dit is noodsaaklik om die onderskeie rolspelers, asook hul onderskeie take te identifiseer, om sodoende die adolessent en sy gesin te kan bemagtig tot die nodige emosionele ondersteuning. In die volgende afdeling word klem hierop geplaas.

3.8.4 Rolspelers by emosionele ondersteuning

Die navorser is van mening dat rolspelers vanuit verskillende dele van die adolessent se lewe noodsaaklik is om hom emosioneel te ondersteun terwyl sy ouer terminaal siek is. Vervolgens sal daar gefokus word op die gesin se rol, die portuurgroep en ander professionele persone.

3.8.4.1 Die gesin

Wagner (2002:6) beskryf dat adolessente veral sukkel om die balans tussen onafhanklikheid ten opsigte van die bande met sy gesin, en intimiteit binne die gesin te kry. Hulle ervaar soms die bande met die gesin as stremmend, en eerder as om nuwe maniere te vind om die verhouding met die ouers te herstel, onttrek hulle. Wanneer daar dan 'n krisis kom, soos 'n ouer wat terminaal siek is, kan hierdie skeiding hulle meer geïsoleerd laat voel in hulle hantering van die stresvolle gebeure.

Aangesien adolessente binne die gesin leer hoe om te vertrou, verhoudings met ander mense te vorm en probleme op te los, het hulle nodig om suksesvol met hulle gesinne te bind om normaal en emosioneel gesond te kan ontwikkel en krisisse beter te hanteer.

3.8.4.2 Die portuurgroep

Daar is verskeie redes waarom adolessente soms nie die omstandighede van sy terminaal siek ouer aan sy portuurgroep wil bekendmaak nie. In die geval van meisies, is Gouws (2006) van mening dat hulle bang is ander lede skinder oor die situasie. By seuns is dit gewoonlik die geval dat hulle mekaar uitvra oor hul lewens, maar nie belangstel om die antwoord te hoor nie.

Gouws (2006) beweer dat ten spyte van die feit dat adolessente egosentries voorkom, hulle steeds baie aan ander lede in die gesin kan dink. Louw *et al.* (1998:455) ondersteun die bogenoemde en brei uit deur te sê dat baie adolessent skuldig kan voel en meen dat hulle sibbe of die ander ouer eerder ondersteuning nodig het. Dit kom veral voor teenoor die jonger sibbe, waarteenoor die adolessent baie beskermend kan optree. Dit hou ook verband met die mate van ontkenning waardeur hulle gaan met betrekking tot die terminale siekte, en die impak hiervan op hul lewens.

3.8.4.3 Ander professionele persone

Tanchel (2003:250) en Gouws (2006) meld dat daar altyd eerlik met die adolessent gepraat moet word oor die impak van die terminale siekte vir die gesin. Wanneer 'n ouer 'n terminale siekte het, ly die adolessent ook. Indien die waarheid nie aan die betrokkenes weergegee word nie, kan hulle tot verkeerde gevolgtrekkings kom en hulself soms blameer vir die siekte. Wanneer die ouers nie oor die siekte praat nie, gee dit nie die kind die geleentheid tot uitdrukking nie. Veranderinge in die gesin moet tot die minimum beperk word, aangesien adolessente gedurende hierdie tyd stabiliteit soek.

Die navorser is van mening dat hierdie professionele persone in die adolessent se lewe kan wissel van 'n maatskaplike werker, die sielkundige of berader by die hospitaal of hospice, die voorligter by die skool en selfs onderwysers of godsdiensteleiers.

3.9 SAMEVATTING

Vanuit die literatuur is die verskeie vlakke van implikasies en invloede wat die terminale siekte van die ouer op die adolessent en die gesin het, duidelik identifiseerbaar. Nie net is die adolessent se gevoelens omtrent die dood 'n produk van die makrosisteem om hom nie, maar het die adolessent se ontwikkeling ook 'n groot rol te speel in sy hantering en ervaring van die geantisipeerde rou. Die veranderinge wat binne die gesinsisteem voorkom, beïnvloed die individue verder op mikrovlak, maar ook die ekosisteem om hom. Die ekologiese model is dus 'n akkurate manier om die kompleksiteit en interverwantlikheid van die rouproses te beskryf en te ontleed. Laastens is die emosionele ondersteuning op al hierdie vlakke noodsaaklik en moet dit geïdentifiseer word en gemobiliseer word vir die adolessent en sy gesin.

In die volgende hoofstuk sal die resultate van die empiriese studie weergegee word en die bevindings word met die literatuur gekontroleer.

4. RESULTATE VAN EMPIRIESE ONDERSOEK

4.1 INLEIDING

In hoofstukke twee en drie is die basiese konsepte aangaande die studie uiteengesit, naamlik terminale siektes, palliatiewe sorg, die belangrikste ontwikkelingstake tydens adolensie, geantisipeerde rou, die impak van die siekte op die adolessent en sy gesin, asook emosionele ondersteuning. Die fokus van hierdie studie is die behoeftebepaling vir emosionele ondersteuning, aan die adolessent met 'n terminaal siek ouer.

Vir die doel van die studie is empiriese data ingewin deur ongestruktureerde onderhoudsinterviews met adolessente, wat 'n terminaal siek ouer het, te voer. Respondente is deur middel van 'n sneeubalsteekproef genader, waarvoor die kriteria deur die navorser self bepaal is en reeds in hoofstuk een weergegee is.

Vervolgens word die navorsingsmetodiek weer kortliks deurgegee. Dit is reeds volledig in hoofstuk een bespreek, maar 'n kort oorsig en enige bykomende inligting sal gegee word. Die data uit die empiriese studie word weergegee in die vorm van aanhalings uit die transkripsies, wat volgens verskeie temas gegroepeer en met die literatuur gekontroleer is.

4.2 NAVORSINGSPROSES

In hierdie afdeling word gefokus op die navorsingsproses wat gevolg is met die uitvoer van die studie deur vervolgens te kyk na die analisering van die probleem, beplanning van die projek, asook die insameling en analisering van die data. Hierdie afdelings is reeds in hoofstuk een volledig bespreek, en word net kortliks weer herhaal.

4.2.1 Analisering van probleem en beplanning van projek

Twee hoofaspekte word in die studie met die data in verband gebring. Eerstens is daar die ontwikkelingsfase waarin die adolessent homself bevind, waar hy sekere ontwikkelingstake moet bemeester. Tweedens is daar die aspek van geantisipeerde rou en emosionele ondersteuning, en die impak wat dit op die adolessent en sy omgewing het. In hoofstuk twee en drie is hierdie konsepte reeds deeglik beskryf. Soos reeds in hoofstuk een gemeld, bestaan daar 'n leemte in Suid-Afrikaanse navorsing in terme van die adolessent wat geantisipeerde rou ervaar. Dit ontstaan wanneer sy ouer met 'n terminale siekte gediagnoseer word. Daar is genoegsame bronne oor rou en adolessente se belewenis en hantering hiervan, maar min fokus op die proses wat plaasvind vanaf die diagnose van die siekte tot die afsterwe.

Daar bestaan genoegsame inligting rondom adolessensie aangesien dit deur die jare reeds deur verskeie dissiplines binne die geesteswetenskappe nagevors is. Die navorser het voldoende inligting oor geantisipeerde rou gevind, maar 'n leemte oor spesifiek adolessente se belewenis van rou en die impak van die dood op hul lewens.

Soos in hoofstuk een bespreek, handel die navorsingsvraag van die studie oor die adolessent met 'n terminaal siek ouer se behoefte aan emosionele ondersteuning.

4.2.2 Navorsingsbenadering en -strategie

Die navorsingsbenadering wat op hierdie studie van toepassing is, is die kwalitatiewe benadering, om 'n behoeftebepaling van die adolessent se emosionele ondersteuning weer te gee. Dit ondersteun Creswell (in Fouché & De Vos, 2005:103) se vereistes vir kwalitatiewe navorsing, wat behels dat individue in hul natuurlike omgewing bestudeer word en dat die navorser afstand doen van haar rol as kundige om sodoende die storie vanuit die individu se oogpunt te vertel.

Verder is die studie onderneem as toegepaste navorsing, wat verkennend en beskywend van aard is. Fouché en De Vos (2005:105) meld dat toegepaste navorsing resultate genereer wat toepaslik en prakties sal wees en onmiddellik in die praktyk

toegepas kan word. Die studie is verkennend en beskrywend, aangesien daar 'n behoefte spruit uit die navorsing weens die gebrek aan basiese inligting omtrent 'n nuwe veld, en dit ook die verskynsel beskryf (Fouché & De Vos, 2005:106). Die instrumentele gevallestudie is as navorsingstrategie benut, aangesien die doel 'n volledige, komplekse beskrywing van die emosionele ondersteuning van die adolessent met 'n terminaal siek ouer is, om sodoende tot groter begrip te lei. In hierdie studie is gepoog om die adolessent wat 'n terminaal siek ouer het, se behoefte aan emosionele ondersteuning te bepaal.

Ongestruktureerde onderhoud is benut tydens die studie. Volgens Greeff (2005:292) is die doel van die onderhoud om te bepaal wat die individu voel, dink en ervaar sowel as watter betekenis hy aan hierdie ervaring heg. Die navorsers was nie gewapen met baie vrae nie, maar het die proses so natuurlik as moontlik laat verloop.

4.2.3 Insameling van data en sintese

Soos reeds volledig in hoofstuk een bespreek, is respondente met behulp van 'n sneeubalsteekproef geïdentifiseer. Die kriteria vir deelname het die getal moontlike respondente beperk en vyf respondente is by die studie betrek. Onderhoude is met die respondente gevoer nadat skriftelike toestemming van die ouers en adolessente verkry is. Die gemiddelde duurte van elke onderhoud was 'n uur en 'n half en elke onderhoud is op videokamera geneem. Na afloop van die onderhoud is die geleentheid vir die respondent gegee om sy ervaring hiervan te deel en die opsie van moontlike verdere terapie is gegee.

4.2.4 Data-analise

Volgens Creswell (in De Vos, 2005:334) is daar verskeie stappe wat gevolg kan word om die data na afloop van die empiriese studie te verwerk. Hierdie stappe is breedvoerig in hoofstuk een bespreek en sal net kortlik genoem word:

- Die bestuur van en organisering van die data.
- Die lees en maak van notas.

- Die daarstel van kategorieë, temas en patrone.
- Die kodering van data.
- Die soeke na alternatiewe verduidelikings.
- Die opskryf van die verslag.

Na afloop van die onderhoude is die video-opnames woord vir woord getranskribeer om die data meer toeganklik te maak. Verskille en ooreenkomste in die data is vanuit die transkripsies geïdentifiseer en saamgegroepeer. Die navorser het gepoog om verskeie temas uit die data te haal, soos die respondente se ervarings en behoeftes met mekaar ooreengestem het. Sodoende is die belewenis van die respondente ten volle weergegee. Hierdie temas is in verdere subtemas opgebreek en met die literatuur vergelyk.

Vervolgens word die resultate van die biografiese gegewens uiteengesit, soos van die respondente verkry.

4.3 RESULTATE VAN BIOGRAFIESE GEGEWENS

Biografiese gegewens is tydens elke onderhoud ingewin. Die volgende belangrike gegewens is vanuit die onderhoude geïdentifiseer:

	Respondent 1	Respondent 2	Respondent 3	Respondent 4	Respondent 5
Ouderdom	16 Jaar	17 Jaar	17 Jaar	18 Jaar	18 Jaar
Geslag	Vroulik	Manlik	Vroulik	Vroulik	Vroulik
Terminale siekte	Kanker	Kanker	Kanker	Kanker	Sistiese longfibrose
Duur van die terminale siekte	Minder as 1 jaar	Minder as 1 jaar	Langer as 2 jaar	Tussen 1 en 2 jaar	Langer as 2 jaar

Vervolgens word die empiriese gegewens bespreek, soos vanuit die ongestruktureerde onderhoude met die adolessente geïdentifiseer.

4.4 EMPIRIESE GEGEWENS

Tydens die ongestruktureerde onderhoude met die adolessente is verskeie temas vanuit die response op die navorser se vrae geïdentifiseer deur middel van data-analise soos reeds bespreek. Die response is direk vanuit die transkripsies aangehaal. Die betekenis wat vanuit die data verkry word, word volgens De Vos (2005:336) bereik deur die reël-vir-reël analise van 'n onderhoudstranskripsie van 'n respondent. Die navorser is van mening dat die direkte transkripsies eie interpretasie sal verhoed en die studie steeds so wetenskaplik en eg as moontlik sal aanbied. Alle eiename is vervang deur onpersoonlike naamwoorde, om die respondent se identiteit te beskerm.

Vervolgens word die empiriese gegewens en navorsingsbevindings weergegee soos verkry vanuit die getranskribeerde onderhoude. Daar is agt temas geïdentifiseer, waar elke tema 'n werklike behoefte van 'n adolessent weergee. Direkte verbale response van die respondente word ten opsigte van elke behoefte weergegee, waarna subtemas geïdentifiseer en met die literatuur gekontroleer is. Die temas wat geïdentifiseer is, is soos volg:

- Behoefte aan ondersteuning met die veranderinge sedert die diagnose.
- Behoefte om die ouer se terminale siekte te begryp.
- Behoefte aan genoegsame kennis met betrekking tot die terminale siekte.
- Behoefte aan ondersteuning in sy huidige omstandighede in die gesin.
- Emosionele behoeftes tydens die adolessent se spesifieke ontwikkelings-take.
- Behoefte aan ondersteuning tydens hospitaalbesoeke.

- Behoeftes aan ondersteuning met besluitneming ten opsigte van sy toekomsplanne.
- Behoeftes aan genoegsame ondersteuning tydens sy ower se terminale siekte.

Die bespreking sal verder volgens bogenoemde behoeftes gerig word. Die agt temas word hieronder bespreek.

4.4.1 Tema 1: Behoeftes aan ondersteuning met die veranderinge sedert die diagnose

Die volgende verbale response is van die respondente verkry:

Respondent 1:

- “Vreeslik baie het verander. Sy kan ook nie meer elke naweek, soos in die verlede, by my en my niggies kom kuier nie, sy voel te siek.”
- “My verhouding met haar het baie ‘*closer*’ geraak. Ek bel so elke aand, dan tel sy op en dan sê ek vir haar ek is lief vir haar, dan sê sy ‘*dis okay my kind*’.”

Respondent 2:

- “Ek en my broer het altyd baie baklei, hy irriteer my soms tot in die afgrond in. Maar nou kom ons meestal goed oor die weg.”
- “Daar het goeters verander. Ek en my pa is nou ‘*close*’, hy raak nie kwaad vir my nie en ek draai hom om my pinkie. Ek kry als wat ek wil hê. Hy skel my ook nooit nie, waar my ma my dadelik op my plek sal sit. My ma het my altyd gehelp, soos geld gegee as ek nodig gehad het; ek het nooit ‘*advantage*’ van hulle gevat nie. Maar noudat ek by my tannie bly – elke keer as ek vir iets vra, dan is my niggie vinnig om vir my te sê haar ouers het nie geld vir my nie. Ek sorg maar vir myself, ek wag maar by my tannie tot ek iets kry.”

Respondent 3:

- “Baie ... Een oomblik sal sy vriendelik wees en lag, dan die volgende oomblik net sê ‘los my uit’. En dit was nie voorheen so gewees nie. My pa het ook verander, hy was altyd baie hard op ons. Maar nou wil hy nie meer skel nie, want dit ontstel my ma. Soms is dit lekker dat hy so sag is, maar ander kere nie, dan verlang jy na daardie streng pa.”
- “Ek doen nie meer eintlik my eie ding nie. My ma wil nie hê ek en my broer moet baie uitgaan nie. Eerder by die huis bly – ek dink sy is bang om alleen te wees. Sy is deesdae baie ‘*paranoid*’, veral die laaste skoolkwartaal, ek dink daar was omtrent twee of drie weke wat ek omtrent net een keer skool toe is.”

Respondent 4:

- “Ons het net na die siekte begin het, baie meer kwaliteit tyd saam spandeer, maar nou is alles weer soos dit voorheen was, almal gaan maar eintlik hulle eie gang.”
- “Ek kon net agter my pa raak nou baie gou moeg, hy slaap baie. En ek het laas naweek agtergekom hy het 5kg verloor. Dit was nogals erg gewees.”

Respondent 5:

- “Alles, alles het verander. Dit voel of ons weggedryf het van mekaar, niemand praat juis met mekaar nie, of dalk is dit net ek wat so voel. Ek wil graag meer met my ma praat, vir haar sê hoe lief ek vir haar is, maar ek is te bang ek gaan begin huil.”
- “Ons susters is nou baie meer selfstandig en reël ons eie dinge en help my pa. Ek kry hom jammer, hy is so lief vir my ma, dit moet vir hom swaar wees om haar so te sien. Ek weet, want dis erg vir my.”

4.4.1.1 Subtemas vanuit Tema 1

Die volgende temas is vanuit die behoefte geïdentifiseer:

- Die behoefte aan stabiliteit en duidelike grense binne die gesin, selfs na die diagnose.
- Die behoefte aan hegte onderlinge verhoudinge en oop kommunikasie in die gesin.
- Die behoefte aan die gesonde ouer se betrokkenheid in die adolessent se lewe.

Vervolgens word elke subtema kortliks bespreek, aan die hand van literatuur:

- **Die behoefte aan stabiliteit en duidelike grense binne die gesin**

Volgens Strydom en Mynhardt (2005:178,181) word die adolessent van sy materiële, emosionele en ontwikkelingsondersteuning ontnem deur die terminale siekte en die moontlike versorging van sy siek ouer. Die struktuur binne die gesin verander wanneer 'n ouer met 'n terminale siekte gediagnoseer word. Die adolessent word meestal 'n 'jong volwassene' sonder dat hy daarop voorberei is of 'n keuse in die saak het. Die implikasies hiervan vererger, aangesien adolessente gewoonlik nie aan hul onmiddellike toekoms kan dink nie.

Strydom en Mynhardt (2005:181) meld verder dat, indien die adolessent voortdurend van blyplek moet verander, dit 'n blywende impak op die betrokke adolessent se aanpassing kan hê. Volgens Kemp (2005) ervaar gesinne dieselfde gevoelens en veranderinge as die pasiënt: rou, isolasie, gevoelens van hulpeloosheid, depressie, woede en konflik, angs en fisiese en emosionele moegheid. In die gesin is die verskynsel van angs, insluitend vrees, verwant tot die persoon wat sterf of dood is. In beide gevalle is rou en rolverandering deel van die proses.

Vanuit die response van die respondente was dit duidelik dat hulle 'n behoefte het aan die stabiliteit en duidelike grense, soos voor die ouer se diagnose. Duidelike grense

kan beskryf word as die riglyne en reëls wat binne die gesinsisteem gestel word. Dit word onderhou deur middel van dissipline en is nodig om vir die adolessent en ander sibbe te wys dat die ouer nog omgee. As gevolg van die terminale siekte kan die ouer verward en emosioneel onbereikbaar wees. Die reëls word verander en die dissipline verswak. Hierdie is een van die eerste veranderinge binne die gesinsisteem, en veroorsaak verhoogde angs en onsekerheid by die adolessent en sy sibbe. Die respondente in die studie het identifiseer dat hulle steeds duidelike grense en dissipline soek, om die mate van stabiliteit in hulle lewens te verseker. Hulle wil dus deur hierdie manier sien dat die ouers nog vir hulle omgee.

- **Die behoefte aan onderlinge verhoudinge en oop kommunikasie in die gesin**

Tanchel (2003:249) is van mening dat die skepping van 'n veilige ruimte vir die gesin om oor hulle gevoelens te praat, van uiterste belang is. Kommunikasie by gesinne met 'n terminaal siek ouer kan terughoudend wees soos die lede mekaar van pynlike emosies probeer beskerm. Gesinne het ondersteuning en konstruktiewe kommunikasie nodig soos die siek ouer homself enersyds onttrek, of andersyds te veel aandag vereis.

Die volgende drie hoofprobleme kom selfs voor by goed-funksionerende gesinne:

- om informasie te verkry,
- die wegsteek van gevoelens en
- die hantering van hulpeloosheid.

Die diagnose van 'n terminale siekte verander elke lid in die gesin se realiteit binne sekondes, en alle fisiese en emosionele hulpbronne word bedreig. Elke gesinslid se rol in die gesin moet herken en herdefinieer word (Tanchel, 2003:250).

Walsh en McGoldrick (2004:397) ondersteun die bogenoemde, deur te noem dat elke lid die geleentheid gegun moet word om hulle siening en verwagtinge van die diagnose te gee. Om gesinne te help om oop en effektiewe siekteverwante kommunikasie te skep, is die hoofdoel van die inisiële krisisfase van die siekte. Vanuit die

studie was dit duidelik dat die adolessente eerlike, oop kommunikasie verlang om hulle angs omtrent die onsekerheid wat die terminale siekte bring, te verminder.

- **Die behoefte aan die gesonde ouer se betrokkenheid in die adolessent se lewe**

Walsh en McGoldrick (2004:398) voer aan dat gesinne reeds direk nadat die diagnose gemaak is, rou oor die verlies van gesinslewe as 'n gesinseenheid. Veral die gesonde ouer kan probleme ondervind om nou beheer oor te neem en die korrekte emosionele en fisiese grense daar te stel. Hulle kan ook skuldgevoelens ervaar omdat hulle oorbly, en dit het weer 'n impak op die versorging van die kinders. Die hoeveelheid tyd wat afgestaan word aan die versorging van die siek ouer, kan ook die kinders afgeskeep en onseker laat voel.

Vanuit die bogenoemde is dit vir die navorser duidelik dat die mate van veranderinge in die gesin verwant is aan die ouers se hantering van die siekte binne die gesinsisteem, asook aan die tipe ondersteuning wat hy van sy gesin en omgewing ontvang. Die adolessent is baie bewus van homself en tot watter mate die siekte sy lewe ontwig en hom binne sy portuurgroep laat uitstaan. Hy benodig stabiliteit en grense om sekuur te voel ten spyte van al die veranderinge wat die terminale siekte in die gesinsisteem skep. Kommunikasie en openlikheid omtrent elke gesinslid se gevoelens is van uiterste belang vir alle gesinne wat deur hierdie krisis gaan. Die respondente in die studie het meestal beskryf dat die gesonde ouer se rol in hulle versorging sedert die diagnose verminder het, en dit 'n groot leemte in hulle lewe laat.

4.4.2 Tema 2: Behoefte om die ouer se terminale siekte te begryp

Die volgende verbale response is van die respondente verkry:

Respondent 1:

- “Ek was vir twee weke daarna deurmekaar – alles het deurmekaar gebeur. Toe gee my antie vir my kalmeermiddels, toe help dit. Ek het niks geweet wat om my aangaan nie. Dit was net so 'n skok gewees. Ek weet nie veel

van die siekte nie, wil nog in die 'bib' gaan opsoek hieroor om haar te help.”

Respondent 2:

- “Ek weet nie wat die diagnose nou is nie, ek praat nie met die dokters nie. Hulle het nou vir haar gesê dit het ook versprei na ander liggaamsdele toe. Ek het wel baie met my tannie hieroor gesels, sy gee vir my al die inligting oor die siekte en so, ek kort niks meer as dit nie.”

Respondent 3:

- “Dit was aaklig toe ek uitvind. Maar nog meer verwyt gevoel voor sy my vertel het, en ek al geweet het. Ek het bly vra wat is fout, maar sy wou nie sê nie. Ek kon net nie verstaan wat aangaan nie, was nog in die laerskool, en dan is jy mos nog simpel. En ek is nog nuuskierig ook, ek moet alles weet, en toe wou sy my nie sê nie.”

Respondent 4:

- “My oupa het ook hierdie tipe kanker gehad en gesterf hiervan, en so ook my tannie, maar sy is nou *'fine'*. Dis in ons familie.”
- “Ek kan nie eintlik onthou wie vir my gesê het nie. Ons het geweet hy is in die hospitaal en hy kry toetse en goed. Ek dink my ma het my gesê, maar ek kan werklik nie onthou nie.”

Respondent 5:

- “Ek weet nie juis hoe ek gehoor het van die siekte nie. Daardie tyd is vir my 'n *'blank'*, ek kan niks onthou nie behalwe sy wat lê in die hospitaal. Dit was seker my pa of suster gewees wat my vertel het. Ek onthou net ek kon nie eens huil nie. Dis nie *'cool'* om dit te sien gebeur nie.”

4.4.2.1 Subtemas vanuit Tema 2

Die volgende temas is vanuit die behoefte geïdentifiseer:

- Die behoefte van die respondent om deur sy ouers of nabye gesinslede oor die siekte ingelig te word.

Die volgende subtemas gaan vervolgens vanuit die literatuur ondersteun word:

- **Die behoefte van die respondent om deur sy ouers of nabye gesinslede oor die siekte ingelig te word.**

Kemp (2005) en Bowman (1997:77) meld dat volwassenes die adolessent of enige ander kind in die gesin probeer beskerm teen die realiteit van 'n terminale siekte. Hierdie pogings is meestal onsuksesvol, aangesien die adolessente in die meeste gevalle daarvan bewus word dat iets verkeerd is. Die adolessent wend pogings aan om uit te vind wat fout is en kan homself verkeerdelik laat dink dat hy dalk moontlik die oorsaak vir die probleem is. As die ouer sterf, kan die adolessent onvoorbereid hierop wees. Hy kan ook later onthou dat hy tydens die diagnose van kennis en deelname ontnem is en verwyte teenoor die oorblywende ouer hê.

Kemp (2005) voer verder aan dat indien hierdie ernstige onderwerpe van kinders weerhou word, dit angs by hulle wek en dit in werklikheid vir hulle geen voordeel inhou nie. Resnikoff (1995:59) ondersteun bogenoemde en meld dat die adolessent ook kan probeer om sy eie angs vir sy ouers weg te steek, vir hulle eie onthalwe, wat dan sy persoonlike stres kan verhoog.

Louw *et al.* (1998:423) is van mening dat die ervaring van 'n terminaal siek ouer vir die adolessent verder moeilik is om te begryp, as gevolg van die egosentrisme wat kenmerkend is van hierdie lewensfase. Die adolessent is in staat om ander persone se denke te konseptualiseer en voor te stel, maar slaag nie daarin om onderskeiding te tref tussen dit wat vir hulle belangrik is en dit wat vir ander van belang is nie. Hulle dink dat ander mense hulle dieselfde waarneem as wat hulle hulself waarneem. Die

respondente in die studie het meestal die nuus van die siekte na 'n verloop van tyd gekry, hoewel hulle reeds daarvan bewus was dat iets fout is. Die nuus is wel in al die gevalle deur die ouers aan hulle oorgedra.

Die navorser is van mening dat die respondente so vroeg moontlik na diagnose ten volle oor die terminale siekte ingelig sou wou word. Die mees geskikte persoon sou die ouers wees, of andersins enige nabye gesinslid. Die emosionele ondersteuning begin dus op 'n eerlike, oop wyse en die adolessent kan met vrymoedigheid toenaadering soek indien dit in die toekoms verlang word.

4.4.3 Tema 3: Behoefte aan genoegsame kennis met betrekking tot die terminale siekte

Die volgende verbale response is van die respondente verkry:

Respondent 1:

- “Nee, ek sou graag meer inligting wou hê. Ek dink ek sou dinge beter kon hanteer as ek meer geweet het van wat aangaan. Die dokters het my niks vertel nie.”
- “Ek dink die rook veroorsaak die kanker. Is ek reg?”

Respondent 2:

- “Ek het so bietjie bestudeer oor die siekte – soos in dat daar drukking op die brein was wat water laat uitloop het. Dit het gekeer dat haar funksies nie werk nie.”
- “Uhm ... ek het net ... ek het lank terug self daarvan gehoor, ek dink so baie daaroor, werk dit maar vir myself uit, soos in hoe die brein werk, die linkerkant en die regterkant. En toe sit ek dit net bymekaar, en werk dit vir myself uit.”

Respondent 3:

- “Uhm, nee, ek weet nie baie van die siekte af nie. Ek het geweet wat kanker was, geweet ‘n paar familielede is dood daarvan. Maar ek het rerig nie baie daarvan geweet nie.”
- “Ek hoor maar meestal hiervan van hoe my ma-hulle praat. Dis hoe ek die meeste goed geleer het. En miskien as ons hospitaal toe gegaan het in die verslae.”

Respondent 4:

- “My oudste suster het dadelik begin oplees oor die siekte, navorsing gedoen en so. Dis die tipe mens wat sy is. Ek het nie, want ek het geweet sy sou. Ek dink nie ek het dit vir myself nodig nie.”
- “Ons familie het al eintlik bietjie van die siekte geweet, aangesien my oupa en my tannie dit gehad het. En een van my ma se vriendinne werk as berader vir mense met kanker, en sy het ons baie ingelig hieroor.”

Respondent 5:

- “Ek weet nie juis enige iets oor die siekte nie, nie eintlik eers die naam van dit nie. Maar op hierdie stadium kan ek nie daarmee ‘cope’ nie – ek wil nie meer weet nie. Dis vir my te erg.”
- “Die ander in die gesin vra baie uit, lees in die biblioteek hieroor, ensovoorts. So ek hoor van tyd tot tyd by hulle. Dis dan ‘*oraait*’”.
- “Ek dink soms as ek nie daarvan weet nie, dan bestaan dit nie werklik nie. Dan is alles weer soos wat dit was voor die siekte. Maar dis seker ook nie reg nie, of hoe?”

4.4.3.1 Subtemas vanuit Tema 3:

- Die behoefte dat die ouers en ander volwasse gesinslede so eerlik moontlik oor die siekte moet wees.
- Die behoefte dat die mediese personeel meer kennis aan hulle moet verskaf.

Die subtemas sal vervolgens bespreek word aan die hand van die literatuur.

- **Die behoefte dat die ouers en ander volwasse gesinslede so eerlik moontlik oor die siekte moet wees.**

Kuenning (1987:200) noem dat alle mense siektes verskillend hanteer, net soos hulle persoonlikhede verskil. Party ouers en kinders sal openlik teenoor al hulle vriende, die gesin en kennisse daaroor praat. Ander wil glad nie hieroor praat nie, terwyl sommige obsessief hieroor kan raak. Party ouers verkies om te glo dat hy nie sal doodgaan nie en weier om die siekte te hanteer. Ander raak kwaad, maar hierdie woede kan wel 'n bron van energie word. Dit is hulle manier om energie te verkry om die situasie te hanteer.

Kemp (2005) ondersteun die bogenoemde en meld verder dat nie alle gevoelens van hulpeloosheid 'n oorsprong van die siekte is nie. Menigte mense weet net nie wat om te doen wanneer 'n gesinslid sterwend is nie. Die gesondheidsorgsisteem is ook vir baie gesinne en individue onbekend en angswekkend.

Tanchel (2003:250) voer verder aan dat adolessente leer hoe om rou te hanteer deur volwassenes om hulle te observeer, en is daar geen keuse of daar met hulle gekommunikeer moet word of nie. Adolessente lees die mense om hulle se emosies, reageer tenoor hul lyftaal en is bewus van veranderinge in die gesin se roetine.

Volgens die navorser ervaar adolessente ongeloof indien hulle met die realiteit van 'n terminaal siek ouer gekonfronteer word. Louw *et al.* (1998:424) ondersteun hierdie stelling deurdat hy noem dat adolessente hulself as spesiaal en uniek beskou en dink dat hulle onkwesbaar en onvernietigbaar is. Hulle reken dat sulke traumatiese gebeure met ander mense gebeur, maar nooit met hulle sal gebeur nie. Tanchel (2003:250) ondersteun die stelling en noem verder dat alle gesinslede so gou moontlik duidelikheid moet kry oor die siekte en die impak wat dit op sy lewe sal hê. Die inligting moet so eerlik moontlik en op die adolessent se vlak aan hom verduidelik word.

Vanuit die bogenoemde is die navorser van mening dat volwassenes dikwels die adolessent probeer beskerm van die realiteit van siekte en die dood. In der waarheid sou dit eerder vir die adolessent tot voordeel wees indien daar eerlik teenoor hom erken word wat in die gesin aangaan en dit spoedig gedoen word soos wat die ouers die diagnose ontvang. Herhaaldelike verduidelikings van die siekte gedurende hierdie tydperk is nodig, sodat die adolessent verseker kan wees van die feite en die impak wat die terminale siekte op sy lewe sal hê. In die studie het die meeste respondente gevoel hulle het nie genoeg informasie omtrent die siekte nie en dat hulle verdere navorsing hieroor wil doen, hetsy oor die internet of in die biblioteek.

- **Die behoefte dat die mediese personeel meer kennis aan hulle moet verskaf.**

Mediese personeel wat in palliatiewe sorg spesialiseer, beskou die gesin as hoofondersteuningsnetwerk vir die terminaal siek ouer. Dit sluit bloedverwante in, asook 'n netwerk van verbintenisse wat in die sosiale en kulturele konteks van die gesin bestaan. Dit kan vriende, bure en selfs werkskollegas wees. Al hierdie verhoudinge is ewe belangrik, aangesien almal deur die terminale siekte geaffekteer word (Tanchel, 2003:250).

Walsh en McGoldrick (2004:397) noem die belangrikheid van oop, direkte kommunikasie tussen die mediese personeel en die gesin wat geaffekteer word. Elke gesinslid kan die diagnose verskillend verstaan en dit kan lei tot konflik binne die gesin, asook met die mediese personeel. Mediese personeel moet dus meer tyd spandeer om vir elke gesinslid die siekte en die veranderinge wat sal plaasvind, te verduidelik. Die navorser is van mening dat die rol van die hospitaal of mediese maatskaplike werker van belang is, veral omdat hulle die taak het van tussenganger en fasiliteerder tussen die mediese personeel en die siek persoon en sy gesin.

Die navorser is van mening dat die adolessent wat nie genoegsame kennis oor die siekte het nie, meer angstig is as ander. Dit is vir die adolessent bemagtigend om genoeg van die siekte te weet en navorsing daarvoor te doen. Dit toon dat die adolessent 'n mate van beheer in die situasie het. Die rol en bydrae van die mediese personeel word grootliks misgekyk en is van waarde om realiteit en korrekte feite aan

die gesin te bring. Geen van die respondente het in die studie gemeld dat hulle inligting of ondersteuning omtrent die diagnose en siekte van die mediese personeel ontvang het nie.

4.4.4 Tema 4: Behoefte aan ondersteuning in sy huidige omstandighede in die gesin

Die volgende verbale response is van die respondente verkry:

Respondent 1:

- “Ek het voor dit alles eers by my ma en suster gebly, maar toe werk dit nie uit nie. Nou bly ek by my ma se broer, my oom. Hy is ook vir die Here, so dit werk goed uit, ek voel gelukkig en veilig daar.”
- “Ek is bly ek bly nie nou by my ma nie – ek kan dit nie vat om haar so te sien nie. Dit was toe ek 15 was moeilik om by my ma te bly, sy het gedrink ... maar na die siekte gekom het, het sy heeltemal opgehou. Ek en my ouer suster, wat nog by my ma bly, kom glad nie oor die weg nie. Sy is ook ‘n drinker en ek drink nie, en ons baklei baie.”

Respondent 2:

- “Ek bly nou by my tannie-hulle vandat my ma in die hospitaal is, ek geniet dit nie eintlik daar nie, my niggie is ‘n *teef*. Sy sit my baie op my plek. Sy wil nie hê dat ek iets met hulle familie se goed te doen moet hê nie. Ek voel nie gemaklik daar nie, ek is maar op my eie *mission*. Ek geniet dit wel om by my pa te kuier, ek voel hierso so deel van die familie. Hier luister hulle as ek praat – ons kommunikeer!”
- “Ek sien nie my ma baie gereeld nie – almal is so besig op die oomblik. Veral as ek by my tannie bly, dis so ver om te ry. Ek was nog nie in die rehabilitasiesentrum waar sy nou is nie. As ek wil gaan, dan wil hulle nie gaan nie, want hulle kuier by haar as ek in die skool is.”

Respondent 3:

- “My broer hanteer dit so anderste, hy is dieselfde as my pa, hy kan nie emosies wys nie. As my ma siek is sal hy ‘offer’ om by die huis te bly en te help, maar verder dan dink hy hy kan nie emosies wys nie. Hy soen nie eens my ma baie nie. Ek het net nodig dat hy my ook help met my ma, op die oomblik doen ek alles.”

Respondent 4:

- “Ek en my tweelingsuster is op kosskool, so ons gaan so een keer ‘n maand huis toe. Toe my pa siek begin word het, het ons meer gereeld huis toe gegaan, elke naweek. My ander suster het weer plaas toe getrek, en bly ook by my ouers om my ma te ondersteun. So ek weet nie juis wat verander het nie.”

Respondent 5:

- “My ma het seker so ‘n jaar terug ‘n suurstofmasjien gekry. Dit was nog ‘n verandering waarvan ek nie gehou het nie. Die dag toe dit gekom het, het ek in ‘denial’ nooit gaan kyk hoe dit lyk nie, ek het daardie kamer vermy. Ek kon dit net die heelyd hoor. Maar nou is dit ook al deel van die lewe. Sy is nou baie gereeld op die masjien.”
- “My pa en ons susters sorg nou vir die huishouding, want my ma kan niks meer van dit doen nie. Sy lê maar meeste van die tyd, sy is te moeg.”
- “Ek kry my jongste sussie jammer, my ma mis nou baie van haar lewe, soos hokkiewedstryde en so. En ek weet nie hoe my ma my gaan help soek na matriekafskeidrokke nie. Mens wil mos maar hê jou ma moet dit doen, my pa sal nie verstaan nie.”

4.4.4.1 Subtemas vanuit Tema 4:

- Behoefte van die adolessente om ondersteuning te ontvang van hulle sibbe.
- Die behoefte aan stabiele huislike omstandighede wat ondersteuning bied.

Die volgende subtemas word vervolgens aan die hand van die literatuur bespreek.

- **Die behoefte van die adolessente om ondersteuning van hulle sibbe te ontvang.**

Kemp (2005) noem dat alle gesinsrolle verander wanneer die ouer met 'n terminale siekte gediagnoseer word. So ook die sibbe se rolle en hulle verhoudings met mekaar. Hulle moet mekaar ondersteun om oor die veranderinge en moontlike verliese te praat en mekaar te ondersteun in die nuwe rolle wat gevorm is. Aangesien hulle in dieselfde situasie is, is sibbe se ondersteuning vir mekaar uiters waardevol.

Gouws *et al.* (2000:19) ondersteun die bogenoemde en noem ook dat onderlinge sibbe-verhoudinge nooit net konflikbelaaie of vreedsaam is nie. Daar is 'n ewige wisselwerking en hulle kan rebelleer teen mekaar se nuwe rolle binne die gesin. Soos adolessente meer volwasse word, is daar ook 'n beter aanvaarding te opsigte van hul sibbe. Hulle benader die sibbe op 'n kalmer en meer rasonale wyse en die konflikterende verhoudinge verminder. Dus is die sibbe se ondersteuning veral vir die adolessent belangrik. Tydens die studie het die meeste van die respondente genoem dat hulle verhouding met hul sibbe verander het. In die meerderheid van gevalle het die verhoudings hegteer geword.

- **Die behoefte aan stabiele huislike omstandighede wat ondersteuning bied.**

Louw *et al.* (1998:451) noem dat die optrede van die ouers 'n belangrike rol speel in die afhanklikheidswording van adolessente. Vir hulle beteken outonomie om self besluite te kan neem en verantwoordelikheid vir die gevolge van die besluite te dra. Adolessente voel egter dikwels onseker, omdat hulle voor heelwat nuwe ervarings en besluite te staan kom. Hulle verlang soms dus na hulle sorgvrye kinderdae, maar terselfdertyd strew hulle na outonomie.

Kemp (2005) voer aan dat die adolessent die versekering nodig het dat die oorblywende ouer nie ook gaan sterf nie. Die adolessent wil weet dat hy nie in isolasie gelos sal word nie, maar dat daar nog 'n ouer sal wees wat ondersteuning kan

bied na die afsterwe van die siek ouer. Die navorser is van mening dat dit die adolessent in hierdie onsekere tyd 'n mate van sekuriteit kan gee. Al die kinders in die huishouding moet meer as een keer hoor dat die oorblywende ouer vir die kinders sal sorg en nie ook gaan sterf nie.

Die navorser som vanuit die bogenoemde op dat indien daar na die diagnose talle veranderinge in die adolessent se lewe plaasvind, dit sy hantering van die situasie en die impak wat dit op sy lewe het, beïnvloed. Ander faktore wat sy belewenis affekteer, is of die ouer enige fisiese agteruitgaan toon, die hospitaalbesoeke en die onderlinge wisselwerking en ondersteuning, of gebrek daaraan, van die familieledede. Ondersteuning van sibbe is ook belangrik, aangesien hulle in dieselfde situasie as die adolessent is en dus goeie begrip het.

4.4.5 Tema 5: Emosionele behoeftes tydens die adolessent se spesifieke ontwikkelingstake

Die volgende verbale response is van die respondente verkry:

Respondent 1:

- “Dit beïnvloed definitief my skoolwerk. As ek by die skool is, dan dink ek nie aan my skoolwerk nie, my meeste brein is by haar. Ek is bang dat dinge dalk met haar kan gebeur en so. Ek kan sien my punte verswak. Dis nou 'n tydjie voor die eksamen. Ek moet my gedagtes op my skoolwerk kry. As sy doodgaan, dan sal ek dit aanvaar.”
- “Ek is nie bekommerd oor my eie gesondheid nie. Ek het wel eers gedink dis rook en drink wat kanker veroorsaak. Kanker is in ons familie, almal gaan dood daaraan. Ek rook en drink glad nie.”
- “Ek is trots op myself dat ek nie drink nie – alkohol is nie die ding wat alles oplos nie. My ‘tjommies’ slaap ook almal saam, maar ek wil nie. Ek is nou nie meer vriende met daardie ‘crowd’ nie. My ma het my so geleer.”

Respondent 2:

- “My skoolwerk is stadig beïnvloed hierdeur, nie emosioneel nie, maar ek het beginne ‘*slack*’, handuitgeruk ... Ek was net te lui om my skoolwerk te doen.”
- “Ek het so twee weke terug in ‘n ‘*huge fight*’ gekom met my beste pel. Ek het hom vertel van my ma se siekte, nou wil hy die heelyd homself inwurm en weet wat aangaan. Dit het soos in niks met hom uit te waai nie. Ek dink hy is net jaloers oor al die aandag, omdat dit spesifieke aandag is. Hy wil altyd deel wees van my – maar dalk kan hy dit teen my gebruik ...”
- “Ek dink ek hanteer tienerwees goed, want ek weet my emosies. Soms voel ek egter net ‘*pissed*’ vir niks, so ‘n woede. Na die ding met my ma het ek gesien mense gebruik my, nou sê ek vir hulle hoe ek voel – ‘*jy irriteer my*’. Ek wil nie hê mense moet inmeng nie. Maar ek sal nie as mense vir my iets sensitiefs vertel, dit aan hulle doen nie. Want almal doen dit met my ...”

Respondent 3:

- “Op ‘n manier dink ek tienerwees is oraaï, maar soms dink ek dis nie okay nie. Want ... partykeer het jy skooltake wat jy moet doen, en dan moet ek my ma help en gelukkig hou – sy verstaan nie. Dit beïnvloed my skoolwerk. Ek het altyd goed deurgekom, maar nou ... as ek dit net-net maak, is dit baie.”
- “Ek het vir my een juffrou vertel die dag wat ek selfmoord probeer pleeg het – ek het ‘n hele bottel pille gedrink. Sy stuur my toe huis toe, my ma was toe in die hospitaal. My pa en ouma het my eers uitgeskel en toe sê my ouma sy is lief vir my en laat my slaap. As ek nou terugkyk ... dis hartseer ... hartseer vir hoe hartseer ek op daardie stadium was. Ek het al baie gedink daaraan om dit weer te doen, maar ek voel nou ek kan nie doodgaan voor my ma nie.”
- “Ek moet al klaar my ma help met haar werk, aan die een kant voel dit goed, want jy weet jy help, jy kan voorberei en weet jy kry ervaring en sulke dinge ... in ‘n manier voel jy ook jy is net 17, hoekom moet jy dit

doen? Jy wil nog ‘party’ saam met jou vriende en ‘boyfriend’, en nou moet jy opgeskeep sit met jou ma en pa.”

- “... en dan partykeer moet ek nog volwasse ook optree oor alles en dan daar ook wees vir my broer ook nog. Ek moet hom nou beskerm, hom help met sy huiswerk. Ek dink ek en my broer is wel nader aan mekaar deur dit als.”

Respondent 4:

- “Ek is nie juis gesteld op my eie gesondheid nie. Omdat die siekte in ons familie is, moet ons elke jaar vir ‘n ‘check-up’ gaan, maar kyk, ek het nog nie eens ‘n afspraak gemaak nie!”

Respondent 5:

- “Dit voel soms vir my asof niemand my verstaan nie. Dan is ek buierig, net mislik. Ek onttrek dan van my pelle. Hulle verstaan dit nie, want ek het omtrent net vir een vertel van my dinge. Ek wil nie hê hulle moet weet nie – dan gaan almal my net jammer kry, ek haat simpatie.”
- “Ek is kwaad vir God, want waarom moet dit met ons familie gebeur? Maar ek gaan nog kerk toe, want mens kan seker net bly glo? Ek is ‘n baie emosionele mens, dis dalk hoekom alles vir my so erg is. Ek verstaan glad nie myself, of my emosies nie.”

4.4.5.1 Subtemas vanuit Tema 5

- Die behoefte tot ondersteuning en motivering met hul skoolwerk, van die onderwysers, sowel as die ouers.
- Die behoefte tot ondersteuning om sy eie identiteit en positiewe selfbeeld te vorm.
- Die behoefte om vanuit hul portuurgroep ondersteuning en aanvaarding te ontvang.

Die volgende subtemas word vervolgens vanuit die literatuur bespreek en ondersteun:

- **Die behoefte tot ondersteuning en motivering met hul skoolwerk, van die onderwysers, sowel as die ouers.**

Ten spyte van die terminale siekte in die familie, gaan die ontwikkeling van die adolessent voort. Die terminale siekte kan hierdie ontwikkeling vertraag of bevorder, afhangende van die wyse waarop die siekte en die ontwikkeling van die adolessent hanteer word. Die terminale siekte kan konflik skep met verskeie van die krisisse of ontwikkelingsstake van adolessente. Tog is deelname tot die terminale siekte beter as onbetrokkenheid. Oor die algemeen geld die reël: hoe ouer die kind, hoe meer suksesvol is hy om die finaliteit van die dood te verstaan (Kemp, 2005).

- **Die behoefte tot ondersteuning om sy eie identiteit en positiewe selfbeeld te vorm.**

Strydom en Mynhardt (2005:183) meld dat die dood van 'n ouer 'n wesentliche invloed op die ontwikkeling van die adolessent se selfbeeld kan hê. Dit verhoog die adolessent se psigologiese weerbaarheid, veral in kombinasie met addisionele risikofaktore. Louw *et al.* (1998:437) stem saam met bogenoemde deur te noem dat dit vir die adolessent van kardinale belang is om deur ander aanvaar te word. Die adolessent se selfbeeld word negatief beïnvloed deur gesinsdisorganisasie, gebrek aan ouerlike liefde en ondersteuning en 'n gebrek aan betekenisvolle verhoudings.

Aan die hand van Erikson se ontwikkelingsstake vir die adolessent, het Kemp (2005) die volgende uiteensetting vir adolessente en die invloed wat die dood op hulle ontwikkeling kan hê, geïdentifiseer.

Groepsidentiteit vs Verwerping (13-17 jaar):

- Konsepte van die dood verdiep en word meer volwasse, as gevolg van verbeterde abstrakte en algemene denke.
- Persoonlike filosofiese en/of religieuse sieninge oor die lewe, die dood en betekenisontwikkeling.
- Geleentheid om deel te neem aan die belewenis van die terminale siekte en 'n betekenisvolle verskil te maak.

- Die balans tussen die gesin en portuurgroep is moeilik.
- Ondersteuning om die adolessent te help om die emosionele pyn wat verwant is aan die dood weer te gee, kan help om destruktiewe gedrag nou en in die toekoms te voorkom.

Individuele identiteit vs Rolverwarring (18-22 jaar):

- Belangrike lewenskeuses word gemaak.
- Sommige van die keuses kan vertraag word as gevolg van die terminale siekte.
- Die omstandighede kan egter ook lei tot die maak van beter besluite.
- Onafhanklikheid is belangrik.
- Deur net op die gesin te fokus, kan lei tot isolasie.

Die navorser is van mening dat die ouers se hantering van die siekte 'n invloed het op die mate waartoe dit 'n impak op die adolessent se selfbeeld het. Indien hulle positief hieroor optree en openlik en eerlik teenoor die adolessent reageer, verminder dit die angs wat hulle moontlik ervaar en kan die adolessent met meer selfvertroue handel. Dit het verbeterde identiteitsvorming tot gevolg, wat die selfbeeld van die adolessent beïnvloed.

- **Die behoefte om vanuit hul portuurgroep ondersteuning en aanvaarding te ontvang.**

Gouws *et al.* (2000:20) noem dat die portuurgroep vir die adolessent van uiterste belang is, veral ten opsigte van selfaktualisering en die vorming van die selfbeeld. Adolessente wil aanvaar word deur hul portuurgroep, en die behoefte aan vriende is groot. Porture beïnvloed mekaar tot 'n groot mate, en die vriendskappe neem 'n groot deel van die adolessent se gedagtes op. Ondersteuning van hierdie belangrike groep is dus vir die adolessent met 'n terminaal siek ouer van die uiterste belang. Dit word egter bemoeilik deur die behoefte aan konformiteit, en die adolessent wil nie anders wees as sy vriende nie. Hy sal in baie omstandighede nie met openlikheid oor sy gevoelens omtrent die terminale siekte praat nie, wat hierdie ondersteuning sal verminder.

4.4.6 Tema 6: Behoeftte aan ondersteuning tydens hospitaalbesoeke

Die volgende verbale response is van die respondente verkry:

Respondent 1:

- “Dis aaklig, daai reuk sit jou af.”
- “Tussen al daardie mense daarso, almal is siek. Dan voel jy vreeslik klein tussen al die mense.”

Respondent 2:

- “Toe my pa ook nog in die hospitaal was het dit toe gevoel of dit te veel was.”
- “Ek kon net eenkeer hospitaal toe gaan, nie weer nie, dit was net te erg. Hy was so wit soos ‘n laken.”

Respondent 3:

- “Daar was net ‘n klomp pype in die hospitaalkamer. Toe ek dit sien het ek gedog my ma gaan dood. Dit was vreeslik gewees.”

Respondent 4:

- “Dit voel soos ‘n aparte wêreld, waar al wat jy wil hê is om gesond te wees. Dan voel ek skuldig omdat ek nog so jonk en gesond is.”

Respondent 5:

- “Sleg, ek hou nie van bloed nie, en kan nie snymerke hanteer nie, dit maak my heeltemal siek.”
- “Daar is so baie dokters en verpleegsters wat rondhardloop om my ma, ek voel skoon oorbodig. En ek is tog haar kind.”

4.4.6.1 Subtemas vanuit Tema 6:

- Die behoefte om die milieu van die hospitaal vir die adolessent minder vreemd en angswekkend te maak.

Die bogenoemde subtema word vervolgens bespreek en vanuit die literatuur ondersteun.

- **Die behoefte om die milieu van die hospitaal vir die adolessent minder vreemd en angswekkend te maak.**

Kemp (2005) ondersteun hierdie bevinding deurdat hy noem dat die gesondheidstelsel vir die meeste gesinne onbekend is. Dit skep angs om hospitaal toe te gaan, en gewoonlik verstaan die adolessent nie wat aangaan nie. Die verlies van beheer is hier oorsaaklik tot die meeste angs. Die skrywer beweer verder dat 'n fundamentele karaktereienskap van adolessente hulle selfgesentreerdheid is en dat hulle die naderende dood van die ouer as verwerping sien. Negatiewe konnotasies word dus ook teenoor die hospitaal geskep, wat vir die adolessent kritieke fases van die terminale siekte, en hierby intense emosionele pyn, beteken. Adolessente wil egter ook nie anders behandel word of oormatige simpatie ontvang met sy ouer se hospitalisasie nie.

Tanchel (2003:249) noem verder dat palliatiewe sorg 'n spanbenadering is, en dit bou op die gesin en professionele span se sterk punte vir die optimale hantering van die situasie. Die hospitaalpersoneel se invloed is net so belangrik soos die gesinslede s'n, dus is hulle ondersteuning en opleiding van belang.

Die navorser som vanuit die bogenoemde op dat die professionele persone wat binne die hospitaalomgewing met die gesin werk, se invloed van kardinale belang is. Hulle moet oop, eerlike kommunikasie met die gesinslede hê, om sodoende die hospitaalomgewing minder bedreigend en negatief te maak.

4.4.7 Tema 7: Behoefte aan ondersteuning met besluitneming met betrekking tot sy toekomsplanne

Die volgende verbale response is van die respondente verkry:

Respondent 1:

- “Ek wil graag matriek klaarmaak, en my 21st skoon ingaan, sonder ‘n baba en drink. Daai is my groot droom. Daar is so min kinders van my ouderdom wat sulke dinge dink – dit maak my so hartseer ...”
- “Ek dink baie daaraan, maar kan met niemand hieroor praat nie.”

Respondent 2:

- “Ek wil model word of by Stellenbosch gaan swot. Maar eers wil ek Europa regdeur toer. Ek weet alles van hoofstede, die wêreld, dit interesseer my. Ek en my nefie beplan om dit saam te doen. Niemand anders weet hiervan nie.”

Respondent 3:

- “Ek het al baie daaraan gedink, maar daar is te veel wat ek wil wees om op iets te besluit. Maar ek wil eers skool klaarmaak en dan besluit van daar af. Dis die belangrikste.”
- “My ma was voorheen altyd by haar kinders gewees, belang gestel in alles, en nou is sy glad nie meer daar nie. Sy het nie eens belang gestel in my vakkeuse nie, net gesê ‘*whatever jy wil vat*’. Ek wou net weet wat sy daarvan dink, maar sy het nie rerig belang gestel nie.”

Respondent 4:

- “My ouers wil graag hê dat ek my graad moet kry. Daarna kan ek doen wat ek wil, hulle sal my dan ondersteun. Ek wil dan graag Taiwan toe gaan, en ook fotografie begin doen as ‘n stokperdjie.”

Respondent 5:

- “Ek wil graag gaan swot, koshuis toe gaan. Ek wil nie meer by die huis wees nie, net in die koshuis bly waar ek kan maak asof alles reg is. Maar ek weet nie of ons geld het daarvoor nie.”
- “Ek het nog nie eintlik met my ouers hieroor gesels nie, maar weet hulle sal my ondersteun, solank ek gelukkig is. Ek het eintlik ‘*great*’ ouers. Noudat ek daaraan dink, ek sal baie na my ma verlang as ek weg is, dalk gebeur daar iets met haar en dan is ek nie daar nie. Dit sal baie erg wees.”

4.4.7.1 Subtemas vanuit Tema 7:

- Die behoefte aan vryheid en onafhanklikheid.
- Die behoefte dat die ouers sal deel in die besluitneming met betrekking tot hul toekomsplanne, wat in baie gevalle steeds vaag is.

Die subtemas word vervolgens in meer diepte bespreek, en ondersteun aan die hand van die literatuur.

- **Die behoefte aan vryheid en onafhanklikheid**

Louw *et al.* (1998:451) meld dat die adolessent toenemend na onafhanklikheid streef soos hy ouer word. Hy wil self begin besluite neem en moet dan ook die gevolge van sy dade aanvaar. Daar is ‘n teenstrydigheid hierin, aangesien hy ook onseker voel oor die nuwe ervarings waarvoor hy te staan kom. Met die besluitneming oor sy toekoms, noem van die respondente dat hulle portuurgroep hulle hiermee help en hulle die vryheid en onafhanklikheid kry. Baie spreek egter ook die wens uit van meer ouerlike betrokkenheid by toekomsbeplanning.

- **Die behoefte dat die ouers sal deel in die besluitneming met betrekking tot hul toekomsplanne, wat in baie gevalle steeds vaag is.**

Volgens Louw *et al.* (1998:448) het ouers 'n kardinale invloed op hul kinders se beroepsbelangstellingsvelde. Adollesente het gewoonlik hoër beroepsideale as hulle ouers hulle aanmoedig. Gouws *et al.* (2000:83) meld verder dat jong kinders hulle beroepskeuses baseer op iets bekends of op fantasie, byvoorbeeld om 'n polisieman, onderwyser of dokter te word. Adollesente begin 'n meer realistiese konsep van hulle eie vermoë en belangstellings vorm, met die resultaat dat hulle beroepskeuses meer realisties word.

Egosentrisme is ook 'n eienskap van die adollesente lewensfase (Louw *et al.*, 1998:424, 436). Die rede vir hierdie verskyning by adollesente is die toetrede tot 'n nuwe sosiale omgewing wat groter beskerming vir die self vereis. Die identiteitsontwikkeling kan lei tot gevoelens van uniekheid en onkwesbaarheid. Ouerlike verwerping verhoog die selfbewustheid en egosentrisme. Indien die ouers tydens hierdie lewensfase grootliks onbetrokke en verwerpend is, deurdat hulle weinig leiding gee en die adollesent sy eie besluite moet neem, kan dit lei tot identiteitsverwarring.

Die navorser is van mening dat die adollesent se selfbeeld en mate van sukses waarmee lewensake behaal word, tydens hierdie fase ook sy beroepskeuse beïnvloed. Die ouer se invloed, belangstelling en die finansiële implikasies van die siekte beïnvloed ook die adollesent se keuse.

4.4.8 Tema 8: Behoefte aan genoegsame ondersteuning tydens sy ouer se terminale siekte

Die volgende verbale response is van die respondente verkry:

Respondent 1:

- “Ek kan nie met my ma hieroor praat nie. Verder het ek net een vriendin. Ons deel alles met mekaar, en ken mekaar al van kleins af. Sy weet van

my ma se siekte. Ek het nie maats in die klas nie, meestal by die huis, maar nie baie nie, want ek drink nie.”

- “Ek word ondersteun deur my ‘*aunty*’ en hulle huisgesin by wie ek nou bly. Maar ek sou graag meer ondersteuning wou hê.”
- “Soms is ek so alleen. As ek in my kamer lê in die aande, dan huil ek sommer en vra die Here wat ek gaan maak as ma moet doodgaan. Maar daar’s niks antwoorde nie. En ek weet my ma gaan doodgaan. Dis moeilik om oor te praat en te aanvaar, nie lekker om hieroor te dink en te gesels nie.”

Respondent 2:

- “Ek het ‘n paar vriende met wie ek al jare pelle is waarmee ek hieroor praat. En ook altwee my tannies. Ek voel hulle ondersteun my baie goed – ek is tevrede met wat ek het in die lewe.”
- “Ek en my tannie praat ook baie oor my ma se siekte, sy hou my op hoogte van waar sy is en watter vordering my ma maak. Dis goed so.”

Respondent 3:

- “Ek kan partykeer met my ‘*boyfriend*’ hieroor praat, maar partykeer voel dit of ek simpel is ... en dan sal ek miskien uitbars van die huil, en dan voel dit vir my hy lag vir my of iets, maar ek weet hy doen nie eintlik nie. Hy help ook baie in ons huis, bied aan om my ma hospitaal toe te vat. Hy verstaan soms, dan sê ek hy doen nie, dis iets wat met my gebeur.”
- “My ‘*boyfriend*’ en sy familie ondersteun my. Dis basies dit. Hulle vra of ek ‘*oraait*’ is. In die skool is die meisies katterig met mekaar, jy kan nie iets vir iemand sê nie, dan gaan vertel hulle en dan word dit ‘n groot ding. Party weet by die skool van my ma, maar nie eintlik nie.”
- “Dis vir my letterlik onmoontlik om elke dag by die skool te wees, want my ma het so baie hulp nodig. My broer is ook van tyd tot tyd by die huis, maar vir hom is dit meer belangrik om skool toe te gaan. Dit voel vir my ek moet vir hom voor my sit, en hom ondersteun.”

Respondent 4:

- “My ma het baie met die dokters gepraat, en ons huisdokter was ‘*stunning*’ gewees, meer as die ander dokters. Die tannie wat die berader is het ons baie raad gegee en ondersteuning.”
- “Ons susters praat ook gereeld met mekaar. Vir my een suster is dit baie erg, sy is baie emosioneel, ons ander nie juis nie. My vriende was ook *stunning*, hulle laat my altyd beter voel en verstaan my.”

Respondent 5:

- “Ek voel dat ek geen ondersteuning het nie. Maar dis my eie skuld, ek wil nie met enige iemand praat nie. ‘*Okay*’, soms wil ek, maar dan weet ek nie met wie nie. My maats sal nie verstaan nie, en die familie sal dink ek is ‘*freaky*’, ek moet my ‘*pose*’ voor hulle hou.”
- “Ek sou graag meer ondersteuning wou hê, maar weet nie waar of van wie nie. Ek voel maar allenerig hierin.”

4.4.8.1 Subtemas vanuit Tema 8

- Die behoefte tot ondersteuning van die gesonde ouer.
- Die behoefte aan die ondersteuning van vriende.

Die subtemas word vervolgens aan die hand van literatuur bespreek.

- **Die behoefte tot ondersteuning van die gesonde ouer.**

Intrinsiek tot palliatiewe sorg is die herkenning van die gesin as die eenheid van sorg, en dus is ondersteuning en opvoeding ten opsigte van die siekte en versorging belangrik. ‘n Pasiënt word nie net as ‘n individu met probleme en simptome versorg nie, maar ook as ‘n gesinslid wie se reaksies interverwant tot die ondersteuningsstelsel is. Die verliese wat deur die pasiënt ervaar word, loop dus parallel met dié van die gesin. Ten spyte van die feit dat al die gesinslede van dieselfde eenheid van kulturele, spirituele en psigososiale agtergrond af kom, het elke lid sy eie

behoefte, verwagtinge en regte. Daarom is dit belangrik om tyd te gee aan gesinslede om te praat as individue, sowel as in 'n groep (Tanchel, 2003:249).

Tanchel (2003:250) voer verder aan dat kommunikasie verder beperk word soos lede probeer om mekaar teen pynlike gevoelens te beskerm. Gesinne het hulp nodig soos die pasiënt of terugtrek, of konstante aandag soek. Drie kernsake kom voor, selfs in die effektief-funksionerende gesinne: om informasie te verkry, om gevoelens weg te steek en om die hulpeloosheid te hanteer. Die kennis en die verstaan van die krisis is belangrik aangesien dit almal se realiteit binne sekondes verander. Die adolessente moet dan ook veral uitgenooi word om te praat eerder as om negatiewe gedrag te toon.

- **Die behoefte aan vriende as ondersteuning**

Strydom en Mynhardt (2005:183) noem dat die volgende psigososiale behoeftes aandag moet geniet: Maniere om gevoelens uit te druk, voorbereiding op die verlies, en die hantering en verwerking van die skeiding. Professionele mense en die gesin ondersteun gewoonlik net tydens die diagnose en afsterwe, en nie tydens hierdie tussen-in periodes nie. Adolessente benodig formele en informele ondersteuningsnetwerke wat veral dieselfde waardes as hulle huldig.

Verder meld Strydom en Mynhardt (2005:182) dat sekuriteit vir die adolessent 'n kardinale emosionele behoefte is. Hy het 'n behoefte aan iemand wat kan raad gee oor die manier waarop hy hul omstandighede kan hanteer. Die adolessent moet toegelaat word om sy vrese, angs, skuldgevoelens, woede en hartseer te identifiseer en uit te druk. Die portuurgroep dien as ideale ondersteuning vir die adolessent, aangesien hulle nie veroordelend en krities na die situasie kyk nie, maar hoofsaaklik empatie het. Die adolessent wat nie 'n voldoende portuur-ondersteuningsnetwerk het nie, het meer stres en 'n gevoel van isolasie tydens die studie geïdentifiseer.

In hierdie studie het die adolessente gemeld dat hulle 'n behoefte aan sosiale interaksie het en spesifiek iemand soek wat na hulle wil luister, iemand met wie hulle oor hul gevoelens kan praat en wat kan help om die emosionele toestand te verlig. Die navorser is van mening dat adolessente graag ondersteuning wil hê, maar nie weet

waar om dit te vind nie. Tesame met emosionele ondersteuning is die opvoeding van die gesin omtrent die siekte bemagtigend vir die adolessent.

4.5 SAMEVATTING

Vanuit die temas geïdentifiseer, blyk dit dat die respondente emosionele ondersteuning benodig om hulle deur die tydperk van geantisipeerde rou te help. Hulle is egter nie altyd bewus van waar en by wie hulle hierdie ondersteuning kan kry nie. 'n Gebrek aan ondersteuning en mense wat die adolessent se wisselende gevoelens sal begryp, is geïdentifiseer. Dit sal die adolessente se beheer oor hulself en die situasie versterk.

Ter afsluiting het al die respondente erken watter groot impak die ouer se terminale siekte op hulle lewens het, en dit het 'n mate van volwassenheid by hulle meegebring. Die respondente het die behoefte aan meer kennis omtrent die terminale siekte uitgespreek, of die behoefte aan geleentheid om self meer inligting hieroor te versamel. Die rouproses van die adolessent met 'n terminaal siek ouer begin reeds voor die afsterwe van die ouer, en hulle ervaar gevoelsverwarring hieromtrent. Hier is ook 'n behoefte aan die ondersteuning en teenwoordigheid van rolspelers. In die volgende hoofstuk word die studie saamgevat en word daar gefokus op die doelstelling, en word daar tot die slotsom gekom dat die doelwitte van die studie wel bereik is.

5. GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS

5.1 INLEIDING

Uit die navorsingsresultate wat in hoofstuk vier bespreek is, is dit duidelik dat adolessente met 'n terminaal siek ouer na afloop van die diagnose sosiale en emosionele veranderinge ondergaan. As gevolg hiervan, tesame met die uitdagende ontwikkelingstake wat die adolessent moet deurgaen, is emosionele ondersteuning vir hierdie adolessente van uiterste belang. Die doel van hierdie hoofstuk is om aan te dui tot watter mate die doelstelling en doelwitte wat in die eerste hoofstuk gestel is om die navorsingsvraag te beantwoord, bereik is. Aan die einde word daar ook gevolgtrekkings en aanbevelings gemaak na aanleiding van die studie wat uitgevoer is.

5.2 NAVORSINGSVRAAG

Die navorser het van verkennende en beskrywende navorsing gebruik gemaak en 'n kwalitatiewe studie is dienooreenkomstig uitgevoer. Die volgende navorsingsvraag is voor aanvang van die studie geformuleer: **Wat is die adolessent met 'n terminaal siek ouer se behoefte aan emosionele ondersteuning?**

Die navorsingsvraag is beantwoord aangesien die resultate van die empiriese data aangedui het wat die adolessent met 'n terminaal siek ouer se behoefte aan emosionele ondersteuning is. 'n Beskrywing van die huidige en gewenste behoeftes van die adolessent is ook in hoofstuk vier gegee.

Vervolgens word die doelstelling en doelwitte aan hierdie studie gemeet, om te bepaal of daar in die doel van die ondersoek geslaag is.

5.3 EVALUERING VAN DOELSTELLING EN DOELWITTE

Aangesien die doelstelling en doelwitte aan die begin van die studie gestel is om die studie te rig, ag die navorser dit noodsaaklik om daarop te fokus ten einde vas te stel of dit wel bereik is.

5.3.1 Doelstelling

Die doelstelling van die studie was om te bepaal wat die adolessent met 'n terminaal siek ouer se behoeftes aan emosionele ondersteuning is.

Bogenoemde doelstelling is soos volg bereik: Deur middel van 'n basis uit die bestaande literatuur en inligting wat deur kenners verskaf is, is inligting versamel wat benut is as konseptuele raamwerk om sodoende individuele ongestruktureerde onderhoude met vyf respondente te voer. Op hierdie wyse is die toepaslike empiriese data ingesamel. Daarna is die empiriese data, waarin verskeie herhalende temas en behoeftes geïdentifiseer is, deur middel van aanhalings uit transkripsies van die onderhoude weergegee en met die literatuurkontrole in verband gebring. Deur die proses word 'n duidelike prentjie van die adolessent se behoefte aan emosionele ondersteuning verkry.

5.3.2 Doelwitte van die studie

Konkrete en uitvoerbare doelwitte is geformuleer om bogenoemde doelstelling te bereik. Die doelwitte van die studie sal vervolgens afsonderlik bespreek word:

Doelwit 1: Om vanuit bestaande literatuur 'n konseptuele raamwerk te skep wat fokus op die ekologiese model, ten einde 'n teoretiese benadering vir die studie te skep.

Hierdie doelwit is bereik, aangesien die navorser die benadering volledig bespreek het en verduidelik het waarom die model geskik is vir interpretasie binne die studieveld. Verskeie outeurs se werke is vergelyk, byvoorbeeld German en Gitterman, en

Bronfenbrenner. Die navorser het deurgaans die model op die bespreekte onderwerpe van toepassing gemaak.

Doelwit 2: Om vanuit 'n konseptuele raamwerk die onderwerpe van terminale siektes, palliatiewe sorg, geantisipeerde rou en die invloed van binding te ondersoek aan die hand van die adolessent se ontwikkeling, ten einde 'n breër prentjie van die impak van die terminaal siek ouer te vorm.

Hierdie doelwit is bereik, aangesien die navorser met behulp van die bestaande literatuur en gesprekke met kenners inligting ingesamel het en 'n teoretiese basis oor terminale siektes, palliatiewe sorg, die invloed van binding, geantisipeerde rou en die ontwikkelingstake tydens adolessensie opgebou het. Hierdie inligting is in hoofstukke twee en drie uiteengesit en het as basis vir die onderhoude gedien. Die interafhanklikheid van hierdie sisteme is duidelik waarneembaar. Dit is ook met die ekologiese model van toepassing gemaak.

Doelwit 3: Om vanuit 'n konseptuele raamwerk die aspekte van rou, die adolessent se gevoelens omtrent die dood, veranderinge in die gesinsisteem, asook 'n beskrywing van emosionele ondersteuning te gee, ten einde 'n uitgebreide literere basis vir die studie te skep.

Hierdie doelwit is bereik, aangesien die navorser, soos hierbo genoem, met behulp van die bestaande literatuur en 'n kenner op die gebied van geantisipeerde rou, inligting ingesamel het en 'n teoretiese basis oor hierdie onderwerpe opgebou het. Genoegsame data is verwerk om 'n volledige konseptuele raamwerk vir die studie daar te kon stel, waarby die ekologiese model ingewerk is.

Doelwit 4: Om deur middel van ongestruktureerde onderhoude die emosionele behoeftes vir die adolessent met 'n terminaal siek ouer te bepaal.

In hoofstuk vier is die empiriese studie se gegewens duidelik uiteengesit. Die navorser het individuele ongestruktureerde onderhoude as data-insamelingsmetode benut om te bepaal watter behoefte die adolessent aan emosionele ondersteuning het

wanneer een van sy ouers aan 'n terminale siekte ly. Vyf respondente is by die studie betrek, aangesien die kriteria spesifiek was. Die respondente is elk die geleentheid gegun om op sy behoeftes te fokus, hetsy dit emosioneel of fisies van aard is, en met openlikheid oor die realiteit van die dood en rou te praat. Daar is ryke beskrywings van die adolessent se behoeftes verkry, wat die navorsingsvraag beantwoord.

Die agt temas wat geïdentifiseer is, verteenwoordig die adolessent se werklike behoeftes, en is soos volg:

- Tema 1: Behoefte aan ondersteuning met die veranderinge sedert die diagnose.
- Tema 2: Behoefte om die ouer se terminale siekte te begryp.
- Tema 3: Behoefte aan genoegsame kennis met betrekking tot die terminale siekte waaraan die ouer ly.
- Tema 4: Behoefte aan ondersteuning in sy huidige omstandighede in die gesin.
- Tema 5: Emosionele behoeftes tydens die adolessent se spesifieke ontwikkelingstake.
- Tema 6: Behoefte aan ondersteuning tydens hospitaalbesoeke.
- Tema 7: Behoefte tot ondersteuning met besluitneming oor sy toekomsplanne.
- Tema 8: Behoefte vir genoegsame ondersteuning tydens sy ouer se terminale siekte.

Die doelwit van die studie is bereik, aangesien die data ingewin is wat daartoe gelei het dat verskeie aspekte van die adolessent se behoefte aan emosionele ondersteuning geïdentifiseer is en met die bestaande literatuur in verband gebring is.

Doelwit 5: Om gevolgtrekkings en aanbevelings vir spelterapeute en ander professionele persone te maak ten opsigte van die unieke behoeftes van die adolessent met 'n terminaal siek ouer, en leiding te gee oor die wyse waarop emosionele ondersteuning van nut kan wees.

Gevolgtrekkings en aanbevelings vir die bereiking van die bogenoemde doelwitte word in hierdie betrokke hoofstuk gemaak. Die doelstelling en doelwitte is hersien en uit bogenoemde bespreking is dit duidelik dat die doelstelling en doelwitte van hierdie studie ten volle bereik is.

Vervolgens word daar gefokus op die geldigheid van die navorsingstudie.

5.4 GELDIGHEID VAN DIE STUDIE

Alle navorsing moet volgens De Vos (2005:345) getoets word sodat die geldigheid hiervan geëvalueer word. Vervolgens sal daar op vier konstrunkte gefokus word en word dit op die studie van toepassing gemaak.

5.4.1 Geloofwaardigheid

Die doel van die geloofwaardigheid is om te demonstreer dat die ondersoek op so 'n manier onderneem is om te verseker dat die onderwerp akkuraat geïdentifiseer en beskryf is. Die sterkte van enige kwalitatiewe studie is om sy kredietwaardigheid te bepaal. Die navorser moet dus vooraf baie duidelik bepaal wat sy parameters is na aanleiding van die omgewing, populasie en teoretiese raamwerk. Daar word in

werklikheid grense rondom die studie geplaas, sodat die studie geldig is (De Vos, 2005:346).

In hierdie navorsing is daar vooraf bepaal dat daar 'n behoefte vir die studie is, deurdat verskeie rolspelers in die gemeenskap geraadpleeg is en inligting ingesamel is. 'n Volledige konseptuele raamwerk is ook onderneem. Die navorser het die studie onderneem vanuit sy eie teoretiese raamwerk, praktykkennis, asook die leiding van die studieleier. Die studie voldoen dus aan die vereistes vir geloofwaardigheid.

5.4.2 Oordraagbaarheid

'n Kwalitatiewe studie se oordraagbaarheid tot ander gevalle of omstandighede kan problematies wees. Die eksterne geloofwaardigheid, dit wil sê die kwalitatiewe bevindings tot ander populasies, gevalle en behandelingsooreenkomste, word tradisioneel beskou as 'n swakpunt vir hierdie benadering. Om dit teen te staan, kan die navorser terugverwys na die oorspronklike teoretiese raamwerk om te toon hoe die data-insameling en analise deur die konsepte en modelle gelei word. Daar word dan in werklikheid teoretiese parameters vir die navorsing gestel. Om die data nog sterker te maak, kan dit uitgebrei word deur van verskeie bronne gebruik te maak wat die navorsing onderskryf en verifieer (De Vos, 2005:346).

Die navorser het tydens die studie van verskeie bronne gebruik gemaak, byvoorbeeld vyf respondente, nuwe en historiese literatuur asook kenners op die gebied van die onderskeie onderwerpe. Die etiese kwessies is regdeur die studie in ag geneem en die navorser het daarvolgens gehandel.

5.4.3 Afhanklikheid/konsekwentheid

Hierdie term staan direk teenoor die konsep van herhaling van die gevolgtrekkings van die studie, wat 'n onveranderende universum veronderstel. Die navorsing kan heel logies herhaal word. Hierdie siening van 'n onveranderende sosiale wêreld is in direkte kontras met die kwalitatiewe veronderstelling dat die sosiale wêreld altyd

besig is om gebou te word en dat die konsep van herhaling self problematies is (De Vos, 2005: 346).

In die studie het die navorser duidelik uiteengesit hoe individualisties mense gebeurde in hulle lewens ervaar, byvoorbeeld geantisipeerde rou en verandering in die gesinsopset. Persoonlikheidsverskille, omgewingsverskille en toegang tot hulpbronne is alles faktore wat hulle belewenis, en dus die herhaling van die studie, bemoeilik. Tog beïnvloed dit nie die konsekwentheid van hierdie betrokke studie nie.

5.4.4 Bevestigbaarheid

Die vraag na bevestigbaarheid is die vraag of die bevindings van die studie deur ander studies geverifieer kan word. Deur dit te doen, verwyder navorsers dus die evaluering van inherente karakteriserings van die navorser (objektiwiteit) en plaas die data stewig op die studie (De Vos, 2005:347). In die navorsing is gepoog om so na as moontlik aan die werklike gevoelens en bedoelinge van die respondente te bly. Dit is ook die rede vir die direkte aanhalings vanuit die getranskribeerde onderhoude, sodat die navorser nie subjektiewe gevolgtrekkings kon maak nie.

Vervolgens word daar gefokus op die gevolgtrekkings wat vanuit die studie geïdentifiseer is.

5.5 GEVOLGTREKKINGS

Die gevolgtrekkings verwys spesifiek na die adolessent met 'n terminaal siek ouer, wat by die studie betrek is. Die bevindinge word nie veralgemeen tot alle adolessente in hierdie situasie nie. Die volgende gevolgtrekkings word gemaak vanuit die empiriese data wat ingesamel is met behulp van ongestruktureerde onderhoude met die respondente:

- Die adolessent ervaar sedert die diagnose 'n behoefte tot ondersteuning met die veranderinge. Stabiliteit en duidelike grense binne die gesin is vir

die adolessent belangrik, om sodoende vir hom vertroue in die nuwe gesinsopset te gee. Die adolessent en sy gesin se interafhanklikheid, volgens die ekologiese model, is duidelik, aangesien al die betrokke sisteme mekaar tot 'n mate beïnvloed. Volgens die studie het die grense binne die gesin wel verander soos rolverandering plaasgevind het, en dit blyk dat daar minder stabiliteit vir die adolessent gebied word, veral ten opsigte van verblyf.

- 'n Duidelike behoefte van die adolessente in die studie was hegte onderlinge verhoudinge en oop kommunikasie in die gesin. Hulle benodig die ondersteuning van die ander gesinslede, maar in die meeste gevalle is die kommunikasie negatief beïnvloed. Die ouers wil die adolessent weerhou van die waarheid omtrent die siekte, al lei die adolessent af dat daar vir hom iets weggesteek word. Vertroue in die gesinsisteem word geskaad, wat ondersteuning belemmer. Dit is duidelik dat die adolessent op alle vlakke, naamlik die mikro-, meso-, ekosisteem- en die makrovlak beïnvloed word, en ondersteuning vanuit hierdie vlakke moet ontvang.
- Die adolessent toon die behoefte aan die gesonde ouer se betrokkenheid in sy lewe. Die studie het getoon dat hierdie ouer homself in die meeste gevalle onttrek van die adolessent, aangesien hulle self besig is om geantisipeerde rou te ervaar, asook die versorging van die siek ouer, en om die take van die siek ouer te vervul.
- Die adolessent ervaar 'n behoefte dat die nuus van die terminale siekte deur die ouers of nabye familielede aan hulle oorgedra moet word. So word daar die geleenheid gegun om eerlike vrae te stel, asook om ondersteuning van die gesin te verkry.
- Die adolessent ervaar 'n behoefte aan genoegsame kennis met betrekking tot die terminale siekte. Die adolessent verwag dat die ouers en volwasse gesinslede so eerlik as moontlik met hom moet wees oor die verloop en uitkomst van die siekte. Die studie bewys egter dat min van die

adolescente voel dat hulle genoeg van die siekte weet en eerlike inligting hieroor wil ontvang.

- Volgens die studie het die adolessente die behoefte dat die mediese personeel hulle kennis op 'n verstaanbare wyse aan hulle sal oordra, om sodoende die angsvlakke wat die diagnose by hulle teweegbring, te verminder. Hier is die invloed van die ekologiese model duidelik, en kan met reg gesê word dat die mesovlakke se konstruktiewe interafhanklikheid ten volle benut moet word in die dienslewering aan hierdie adolessente.
- Die adolessent het 'n behoefte aan ondersteuning in sy huidige gesinsomstandighede. Ondersteuning van hul sibbe is as behoefte geïdentifiseer en is van belang aangesien hulle in dieselfde situasie is en beter verstaan hoe die adolessent voel.
- Die studie het ook getoon dat adolessente 'n behoefte het aan 'n ondersteunende, stabiele huislike omgewing. Die navorsing toon dat hulle hierdie veilige omgewing benodig om vrae te kan vra oor die siekte en die veranderinge en om hulle eie ontwikkeling aan te help.
- Die adolessent ervaar emosionele behoeftes tydens sy spesifieke ontwikkelingsstake. Ondersteuning van die gesin en onderwysers, in terme van sy skoolwerk en bywoning, is belangrik. Die studie het bevind dat die meeste adolessente probleme ervaar het om hierop te konsentreer, min belangstelling van die ouers ontvang het en min ondersteuning van onderwysers gekry het. Addisionele stressors wat hierdie terminale siekte meebring, kan die adolessent se ontwikkeling vertraag of negatief beïnvloed. Omgewingsinvloede vanuit die ekosisteem en makrovlak affekteer die adolessent ook en kan 'n impak hê op sy hantering van die geantisipeerde rou.
- Die adolessent ervaar ook die behoefte aan ondersteuning tot vorming van hul selfbeeld. Hoe hulle inskakel in die portuurgroep en hulle siening van

hulself te midde van die impak van die terminale siekte, is verwant aan die hoeveelheid ondersteuning wat hulle ontvang en nog benodig.

- Die studie bevind verder dat adolessente 'n behoefte ervaar aan ondersteuning vanuit die portuurgroep. Die meeste respondente het 'n klein aantal vriende wat hulle met hierdie onderwerp vertrou, terwyl hulle voel dat die meeste van die ander porture nie sensitief genoeg hieromtrent sal wees nie.
- Die behoefte aan ondersteuning tydens hospitaalbesoeke is vanuit die studie geïdentifiseer. Adolessente benodig ondersteuning sodat die milieu van die hospitaal minder bedreigend en vreemd raak. Hospitaalbesoekes skep die gevoel van isolasie en verhoogde angs en addisionele ondersteuning moet tydens hierdie kritiese fase van die siekte gebied word.
- Die behoefte tot ondersteuning met besluitneming tot sy toekomsplanne is vanuit die studie geïdentifiseer. Die adolessent ervaar 'n behoefte aan vryheid en onafhanklikheid soos hulle meer volwasse word, en benodig stimulasie en hulp met hierdie besluite. Finansiële bekommernisse, skeidingsangs en die gesonde ouer se fokus op die sterwende ouer eerder as op die res van die gesin, benadeel hierdie behoefte vir die adolessent.
- Die adolessent het ook 'n behoefte aan sy ouers se deelname aan besluitneming ten opsigte van sy toekomsbeplanning. Vanuit die studie was dit duidelik dat hulle insette van kardinale belang is en dit die adolessent meer versekerd en gemotiveerd laat.
- Die studie toon dat die adolessent 'n behoefte het aan genoegsame ondersteuning tydens sy ouer se terminale siekte. Die gesonde ouer se invloed en hulp is belangrik, aangesien hulle die adolessent moet verseker dat hulle steeds daar sal wees vir die versorging en stabiliteit in sy lewe. Aangesien die gesonde ouer so besig kan wees om die huishouding bymekaar te hou, is hy ontoereikend vir die adolessent.

- Die adolessent benodig verder ondersteuning vanuit sy portuurgroep. Hy wil inpas by sy portuurgroep, wat hom verhoed om by sy vriende ondersteuning te soek aangesien 'n siek ouer hom bo die res laat uitstaan. Tog ontvang die meeste van die respondente hulp en emosionele ondersteuning van 'n paar vriende.
- Die ekologiese model beskryf die adolessent se behoeftes op alle vlakke, naamlik op mikrovlak, waar dit die ontwikkeling van die adolessent en die verandering binne die gesinsisteem is wat 'n impak het op sy hantering van die siekte. Op mesovlak is dit die effektiewe wisselwerking tussen verskeie mikrosisteme, byvoorbeeld die skool wat empatie moet toon teenoor die adolessent. As hierdie sisteme nie positief saamwerk nie, kan dit meer stres en isolasie vir die adolessent beteken. Die ekosisteevlak is van belang, aangesien veral ondersteuning vanaf die hospitaalsisteem en die onderrigsisteem vir die adolessent van waarde kan wees. Die makrosisteem beïnvloed die perspektief van waaruit die adolessent en sy gesin die terminale siekte sal ervaar, bv. hul kulturele, sosiale en godsdienstige oogpunt. Indien dit min toleransie toon en nie vir die gesin ondersteunend is nie, veroorsaak dit op mikrosisteevlak meer ongemak en stres.

Vervolgens sal die aanbevelings wat vanuit die gevolgtrekking geïdentifiseer is, bespreek word.

5.6 AANBEVELINGS

Die algemene aanbevelings word eerstens bespreek, soos dit direk vanuit die studie en gevolgtrekking afkomstig is en in die praktyk geïmplementeer kan word.

5.6.1 Algemene aanbevelings

Ten einde algemene aanbevelings weer te gee, fokus die navorser op wat gedoen kan word om die adolessent beter emosionele ondersteuning te kan bied. Aanbevelings

word gemaak deur te fokus op die herhalende temas en behoeftes vanuit die empiriese studie. Dit is in twee afdelings gedoen, naamlik die aard van die siekte en verbandhoudende aspekte, en gesinsverhoudinge.

Aard van die ouer se siekte en verbandhoudende aspekte

- Die navorser beveel aan dat die adolessent en sy sibbe so gou as moontlik na die diagnose van die ouer se siekte ingelig word. Die inligting moet ouderdomstoepaslik wees en daar moet aan die adolessent geleentheid gebied word om vrae te vra. Boeke vir selfhulp en verdere inligting moet vir die adolessent en sy gesin geïdentifiseer word. Tyd moet ingeruim word om gereeld met die adolessent en sy sibbe hieroor te praat en hulle perspepsies en gevoelens te identifiseer, terwyl ondersteuning gebied word.
- 'n Verdere aanbeveling is dat die adolessent genoegsame kennis omtrent die ouer se terminale siekte ontvang. Die verloop en uitkomste van die siekte moet op 'n eerlike wyse, verkieslik deur die ouers of nabye familielede, aan hom verduidelik word. Inligting is mag en dit sal die adolessent se angsvlakke omtrent sy veranderde omstandighede verminder.
- Vanuit die navorsing word die aanbeveling gemaak dat die mediese personeel 'n meer beduidende rol moet speel by die oordra van inligting oor die terminale siekte. Hulle moet die gesin bemagtig en aanmoedig om vrae te vra sodat die korrekte inligting aan hulle weergegee kan word.
- Die navorser beveel aan dat die adolessent met iemand, hetsy die mediese personeel, vriende of sy ouers, praat oor sy negatiewe gevoelens rondom hospitaalbesoeke. Dit kan hom bemagtig en die nodige ondersteuning bied om hierdie besoeke beter te verwerk. Programme kan in hospitale geïnisieer word om die personeel meer bewus te maak van die pasiënt en gesin se behoeftes en ang.

- Daar word aanbeveel dat die gesin in groepsverband asook individueel die kans gegun word om hulle ervaring, vrese en bekommernisse omtrent die impak van die terminale siekte uit te druk. Dit kan binne die hospitaal-opset plaasvind of deur veld-maatskaplike werkers geïnisieer word. Groepwerk kan hier van nut wees en die interaksie met die porture kan vir die adolessent van groot waarde wees.

Gesinsverhoudinge

- Die navorser beveel aan dat die gesonde ouer steeds die streng dissipline van voor die diagnose handhaaf en so min as moontlik aan die gesin se roetine verander.
- 'n Verder aanbeveling is dat die huislike omstandighede van die adolessent so stabiel moontlik moet bly. Wanneer grense verander, moet die ouers vir die adolessente oop kommunikasiekanale bied, asook beskikbaarheid vir kwaliteit tyd, en streng reëls. Indien die adolessent se verblyfreëlings verander, moet duidelike tydsperiodes hiervoor deurgegee word, asook voldoende redes vir hierdie verandering.
- 'n Aanbeveling word gemaak dat professionele persone dit aan die gesin duidelik maak dat hulle onderlinge ondersteuning van mekaar benodig en hoe dit vir alle partye van waarde kan wees. Daar moet gefokus word op positiewe kommunikasie as ondersteuningsmiddel. Daar word dus op alle ekologiese vlakke ondersteuning gebied.
- Die navorser beveel aan dat die ouers, naby gesinslede en professionele persone die sibbe motiveer om ekstra tyd met mekaar te spandeer. Hulle bied uitstekende ondersteuning vir mekaar, veral tydens die akute periodes van die siekte. Hulle moet ook aangemoedig word om aan ouderdoms-gepaste aktiwiteite deel te neem en skool by te woon.

- Daar word aanbeveel dat adolessente positiewe rolmodelle, buiten hulle ouers, moet vind om verdere emosionele ondersteuning te bied. Voorbeelde hiervan is onderwysers, sportafrigters, predikante, skoolvoorligters, asook die maatskaplike werker. Dit sal die adolessent verder help met die vorming van 'n positiewe selfbeeld.
- Die adolessent moet steeds aangemoedig word om tyd met sy portuurgroep te spandeer, om sodoende isolasie en ongesonde afhanklikheid van sy gesinsisteem te verhoed. Hierdie omgewingsbronne help om balans in die adolessent se lewe te skep, weg van die volwasse rolle wat hy tydens hierdie omstandighede aan homself kan toedeel.
- Daar word aanbeveel dat beide die ouers, indien moontlik, tyd moet afstaan om met die adolessent oor sy toekomsbeplanning te praat, en hieraan deel te hê. Ander professionele persone, byvoorbeeld die skoolvoorligter, kan ook genader word om die adolessent met hierdie belangrike keuses te help.
- Die navorser beveel aan dat die gesin in groepsverband asook individueel die kans gegun word om hulle ervaring, vrese en bekommernisse omtrent die impak van die terminale siekte uit te druk. Dit kan binne die hospitaalopset plaasvind of deur veld-maatskaplike werkers geïnisieer word.
- Daar word laastens aanbeveel dat die maatskaplike werkers of terapeute ondersoek of die adolessent en gesin op mikro-, meso-, ekosisteem- en makrovlak die nodige ondersteuning geniet. Indien nie, moet hulpbronne gemobiliseer word om dit daar te stel. Dit is van waarde, aangesien al die sisteme interafhanklik is en uiteindelik 'n invloed op mekaar sal uitoefen.
- Vanuit die konseptuele raamwerk en die data van die empiriese studie word veral groepwerk met die adolessente, maar ook gesinsterapie aanbeveel. Dit sal die gesinslede meer empaties maak vir mekaar se

emosies. Sodoende kan hulle 'n groter mate van emosionele ondersteuning aan mekaar bied. Individuele terapiessessies sal ook van waarde wees indien die adolessent dit van tyd tot tyd benodig.

Vervolgens word daar gefokus op die aanbevelings wat op die uitvoering van die studie van toepassing is.

5.6.2 Aanbevelings oor die navorsingsproses en verdere navorsing

In hierdie afdeling maak die navorser aanbevelings oor moontlike verbeteringe wat aan die uitgevoerde studie aangebring sou kon word. Terselfdertyd word aanbevelings gemaak om die studie vir verdere navorsingsdoeleindes uit te brei.

- Dit was problematies om genoegsame respondente vir die studie te verkry, veral weens versuim van verskeie ouers om toestemming hiertoe te verleen. Studies wat in die toekoms met betrekking tot terminale siektes onderneem word, moet hierdie veranderlike in ag neem wanneer 'n data-insamelingsmetode geselekteer word.
- Tydens verdere studies moet daar op een spesifieke terminale siekte gefokus word, aangesien elke siekte sy eie kenmerke het en sy eie impak op fisiese en emosionele vlak maak. Daar kan tot beter detail gefokus word op die adolessent se belewenis tot hierdie spesifieke veranderlikes.
- Die navorser is van mening dat die inligting wat tydens die empiriese ondersoek ingewin is, 'n waardevolle bydrae kan lewer tot toekomstige navorsing op hierdie gebied. Die navorser is verder van mening dat hierdie inligting benut kan word in die ontwerp van programme wat hierdie behoefte aan emosionele ondersteuning van die adolessent met 'n terminaal siek ouer aanspreek. Groepwerk met adolessente kan 'n moontlike intervensiestrategie wees.

- 'n Verdere aanbeveling ten opsigte van die data is dat die navorser moontlik terapeutiese intervensie met die adolessente kan gebruik om hulle in staat te stel om hul behoeftes meer effektief oor te dra.
- Die navorser beveel aan dat 'n program geskep moet word waar adolessente die geleentheid gegun word om hulle sienswyses oor die dood en ook rondom geantisipeerde rou te identifiseer. By die aanbieding van die program moet die adolessent se onderskeie ontwikkelingstake in ag geneem word en veral fokus op die impak van hul liggaamlike, sosiale en morele ontwikkeling.
- Verdere navorsing kan fokus op die evaluering van die program. Die navorser beveel aan dat die program deurloop word voordat dit in die praktyk geïmplementeer word.

5.7 SAMEVATTING

Adolessente met 'n terminaal siek ouer ervaar, tesame met die normale ontwikkelingstake en stressors, ook bykomende wisselende gevoelens en onsekerhede as gevolg van die veranderinge in hulle omgewing. Die impak van terminale siektes moet in die breë omgewing beskou word. Daar moet nie net gefokus word op die pasiënt nie, maar ook op die impak op en die veranderinge in die gesinsisteem, 'n ekologiese benadering. Geantisipeerde rou en die ervaring van die dood word deur elke individu verskillend beskou, en die hulpgewende professies, gesinne en vriende moet dit in ag neem wanneer daar emosionele ondersteuning aan die adolessent gebied word.

In hierdie studie is die respondente die geleentheid gegun om hul behoeftes te identifiseer. Dit bied aan die gesinne, ouers en professionele persone 'n besondere mate van insig in die behoeftebepaling van unieke behoeftes vir hierdie teikengroep.

BRONNELYS

Advanced Learner's English Dictionary. 2004. O.w. 'grief'. Glasgow: Harper-Collins.

Advanced Learner's English Dictionary. 2004. O.w. 'support'. Glasgow: Harper-Collins.

Advanced Learner's English Dictionary. 2004. O.w. 'terminal illness'. Glasgow: Harper-Collins.

Baron, R.A. & Byrne, D. 2004. *Social Psychology – International Edition*. (10th edition). Boston: Pearson Education.

Bernstein, J.E. 1977. *Books to help children cope with separation and loss*. New York: R.R. Bowler.

Berlow, R., Fletcher, A.J. & Beers, M.H. 1992. *The Merck Manual of diagnosis and therapy*. (16th edition). New York: Merck Research Laboratories.

Bowman, T. 1997. Facing loss of dreams: a special kind of grief. *International journal of Palliative Nursing*, 3 (2): 76-79.

Compact Oxford English Dictionary. 1997. O.w. 'applied'. London: Oxford University Press.

Compact Oxford English Dictionary. 1997. O.w. 'descriptive'. London: Oxford University Press.

Compact Oxford English Dictionary. 1997. O.w. 'ecology'. London: Oxford University Press.

Compact Oxford English Dictionary. 1997. O.w. 'emotions'. London: Oxford University Press.

Compact Oxford English Dictionary. 1997. O.w. 'explore'. London: Oxford University Press.

Compact Oxford English Dictionary. 1997. O.w. 'support'. London: Oxford University Press.

Connolly, K. & Valsiner, J. 2003. *The handbook of Developmental Psychology*. London: Sage.

DeSpelder, L.A. & Strickland, A.L. 1992. *The last dance – Encountering death and dying*. (3rd edition). California: Mayfield.

Delport, C.S.L. & De Vos, A.S. 2005. Professional research and professional practice. In De Vos, A.S., Strydom, H., Fouché, C.B. & Delport, C.S.L. 2005. (3rd edition). *Research at grass roots for the social sciences and human services professions*. Pretoria: Van Schaik.

De Vos, A.S., Strydom, H., Fouché, C.B. & Delport, C.S.L. 2005. (3rd edition). *Research at grass roots for the social sciences and human services professions*. Pretoria: Van Schaik.

De Vos, A.S. 2005. Qualitative Data Analysis and Interpretation. In De Vos, A.S., Strydom, H., Fouché, C.B. & Delport, C.S.L. 2005. (3rd edition). *Research at grass roots for the social sciences and human services professions*. Pretoria: Van Schaik.

Dorlands Illustrated Medical Dictionary. 1994. O.w. 'terminal'. London: W.B. Saunders.

Dusek, J.B. 1987. *Adolescent Development and behaviour*. New Jersey: Prentice-Hall.

Engelke, E. 2006. Telefoniese onderhoud. 16 Maart. Bellville.

Flick, U. 1998. *An introduction to Qualitative Research*. London: Sage.

Fouché, C.B. 2005. Qualitative Research Designs. In De Vos, A.S., Strydom, H., Fouché, C.B. & Delpont, C.S.L. 2005. (3rd edition). *Research at grass roots for the social sciences and human services professions*. Pretoria: Van Schaik.

Fouché, C.B. & Delpont, C.S.L. 2005. Introduction to the Research Process. In De Vos, A.S., Strydom, H., Fouché, C.B. & Delpont, C.S.L. 2005. (3rd edition). *Research at grass roots for the social sciences and human services professions*. Pretoria: Van Schaik.

Fouché, C.B. & De Vos, A.S. 2005. Problem Formulation. In De Vos, A.S., Strydom, H., Fouché, C.B. & Delpont, C.S.L. 2005. (3rd edition). *Research at grass roots for the social sciences and human services professions*. Pretoria: Van Schaik.

Geldard, K. & Geldard, D. 2004. *Counselling Children: A Practical Introduction*. (2nd edition). London: Sage.

German, C.B. & Gitterman, A. 1980. *The life model of social work practice*. New York: Columbia University Press

Gouws, A. 2006. Persoonlike onderhoud. 1 Junie. Panorama.

Gouws, E., Kruger, N. & Burger, S. 2000. *The Adolescent*. (2nd edition). Sandown: Heinemann.

Grand theories in psychology: Ecological theory. 2006. [O]. Beskikbaar: Sesd.sk.ca/psychology/ecological.htm. Access on 2006/10/13.

Graziano, A.M. & Raulin, M.L. 2004. *Research methods: A process of inquiry*. (4th edition). Needham Heights: Allyn & Bacon.

Greeff, M. 2005. Information collection: Interviewing. In De Vos, A.S., Strydom, H., Fouché, C.B. & Delport, C.S.L. 2005. (3rd edition). *Research at grass roots for the social sciences and human services professions*. Pretoria: Van Schaik.

Henning, E., Van Rensburg, W. & Smit, B. 2004. *Finding your way in Qualitative Research*. Pretoria: Van Schaik

Kaplan, H.I. & Sadock, B.J. 1998. *Synopsis of Psychiatry*. (8th edition). Maryland: Lippincott, Williams & Wilkens.

Kemp, C. 2005. *Terminal Illness: A Practical guide for patients, families and providers* [Online]. Available:
www.baylor.edu/Charles_Kemp/terminal_illness/children. [2006, 2 November]

Klopper, B. 2002. *Wanneer woorde ontbreek*. Wellington: Bybelkor.

Kübler-Ross, E. 1975. *Death – The final stage of growth*. New Jersey: Prentice-Hall.

Kübler-Ross, E. 1983. *On children and death*. New York: Macmillan.

Kübler-Ross, E. 1985. *On death and dying*. London: Tavistock.

Kuenning, D. 1987. *Helping people through Grief*. Minnesota: Bethany House.

Kumar, P. & Clark, M. 1999. *Clinical Medicine*. (4th edition). London: W.B. Saunders.

Louw, D.A., Van Ede, D.M. & Louw, A.E. 1998. *Menslike ontwikkeling*. (3de uitgawe). Pretoria: Kagiso.

Maslow, A.H. 1970. *Motivation and personality*. (3rd edition). New York: Harper & Row.

- Nadeau, J.W. 1998. *Families making sense of death*. London: Sage.
- Oaklander, V. 1988. *Windows to our children: A gestalt therapy approach to children and adolescents*. New York: Gestalt Journal.
- Resnikoff, R. 1995. Gestalt Family Therapy: An integrative influence for the varied family therapy constructs and styles of the 90s. *The Gestalt Journal*, 18 (2): 55-69.
- Seamands, D.A. 1989. *Healing for Damaged Emotions*. Colorado: Cook Communications Ministries.
- Smith, J.A. & Dunworth, F. 2003. Qualitative methods in the study of development. In Connolly, K. & Valsiner, J. 2003. *The handbook of Developmental Psychology*. London: Sage.
- Strydom, H. 2005. Sampling and sampling methods. In De Vos, A.S., Strydom, H., Fouché, C.B. & Delpont, C.S.L. 2005. (3rd edition). *Research at grass roots for the social sciences and human services professions*. Pretoria: Van Schaik.
- Strydom, H. & Delpont, C.S.L. 2005. Sampling and pilot study in qualitative research. In De Vos, A.S., Strydom, H., Fouché, C.B. & Delpont, C.S.L. 2005. (3rd edition). *Research at grass roots for the social sciences and human services professions*. Pretoria: Van Schaik.
- Strydom, H. & Mynhardt, K. 2005. Die behoeftes van adolessente en riglyne vir 'n MIV-/VIGS-hulpverleningsprogram ter voorbereiding op ouers se afsterwe. *Maatskaplike Werk – 'n Vaktydskrif vir die Maatskaplike Werker*, 41 (2): 177-189.
- Tanchel, I. 2003. Psychosocial issues in palliative care. *CME Journal*, 21 (5): 249-252.
- Theron, E. & Muller, A. 1967. *Maatskaplike aspekte van siekte en gesondheid*. Stellenbosch: Universiteitsuitgewers.

Thompson, C.L. & Rudolph, L.B. 2000. *Counselling Children*. (5th edition). Belmont: Wadsworth.

Van der Merwe, L. 2006. *Persoonlike onderhoud*. 16 Maart. Bellville.

Verklarende Handwoordeboek van die Afrikaanse Taal. 1985. O.w. 'terminaal'. Johannesburg: Perskor.

Wagner, H.L. 2002. *Dealing with terminal illness in the family*. Philadelphia: Chelsea House.

Wait, J., Meyer, J.C. & Loxton, H.S. 2004. *Menslike ontwikkeling – 'n Psigososiale perspektief*. Parow: Ebony.

Wakefield, J.C. 1996. *Does social work need the eco-systems perspective?* [Online] Available: www.olc.edu-jolson/socialwork/onlinelibrary/wakefield/ecosystems [2008, 14 February]

Walsh, F. & McGoldrick, M. 2004. *Living beyond loss – Death in the family*. (2nd edition). New York: W.W. Norton.

Whitfield, C.L. 1989. *Healing the child within*. Florida: Health Communications.

Wholey, D. 1992. *When the worst that can happen already has: Conquering life's most difficult times*. New York: Berkley.

Worden, J.W. 1996. *Children and Grief when a parent dies*. New York: Guilford.

Worden, J.W. 2001. *Grief Counselling and Grief Therapy*. (3rd edition). New York: Brunner-Routledge.

Worden, M. 1991. *Adolescence and their families: An Introduction to Assessment and Intervention*. New York: Haworth.

Youngson, R.M. 1989. *Grief – Rebuilding your life after bereavement*. London: David & Charles.

BYLAE A

Toestemmingsbrief vir onderhoud met adolessent

Toestemming deur adolessent

Ek, _____, gee toestemming dat Suzanne Pretorius, 'n Meestersgraadstudent aan UNISA, 'n onderhoud met my kan voer vir die doel van haar verhandeling.

Ek gee / nie toestemming dat hierdie onderhoud op video geneem kan word / nie.

Ek is bewus van die feit dat alle inligting konfidensieel is, en skuilname in die verhandeling gebruik gaan word. Verder weet ek dat my deelname aan die studie vrywillig is en ek te alle tye kan onttrek indien ek so sou voel. Daar sal wel vir my geleentheid gegee word vir ontlonting ('*debriefing*'), waar ek my ervarings van die onderhoud kan deurgee.

Ek is daarvan bewus dat Suzanne genoegsame inligting aan my sal deurgee oor die doelstellings en werkswyse van die studie, en indien ek na die afloop van die studie die gevolgtrekkings wil weet, sy dit vir my kan weergee.

Geteken: _____

Datum: _____

Toestemming deur ouer

Ouer / Voog: _____

Datum: _____