

MT 25



**HUMANITAS
RGN • HSRC**

***die asmatiese hoërskoolkind:
'n psigologies-pedagogiese ondersoek***

001.3072068
MT 25
HSRC

raad vir geesteswetenskaplike navorsing

RAAD VIR GEESTESWETENSKAPLIKE NAVORSING

Privaatsak X41, Pretoria 0001, Republiek van Suid-Afrika

Telefoon 48-3944

Telegramme: RAGEN

President: Dr. P. M. Robbertse

Vise-presidente: Dr. J. D. Venter en dr. A. J. van Rooy

Sekretaris: Mej. K. M. Henshall

Institute van die RGN

Geskiedenisnavorsing

Inligting en Spesiale Dienste

Kommunikasienavorsing

Mannekragnavorsing

Navorsingsontwikkeling

Opvoedkundige Navorsing

Psigometriese Navorsing

Sosiologiese, Demografiese en Kriminologiese Navorsing

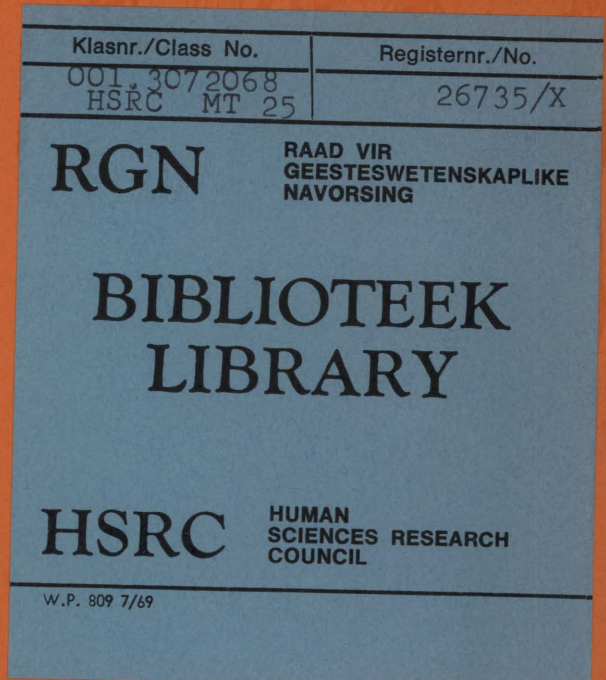
Statistiese Navorsing

Taal, Lettere en Kuns

Administrasie

Funksie van die RGN

Die RGN onderneem, bevorder en koördineer navorsing op die gebied van die geesteswetenskappe, dien die Regering en ander instansies van advies insake die benutting van navorsingsbevindinge en versprei inligting betreffende die geesteswetenskappe.



SUID-AFRIKAANSE RAAD VIR GEESTESWETENSKAPLIKE NAVORSING



RGN-BIBLIOTEK
HSRC LIBRARY

VERVALDATUM / DATE DUE

E HÖERSKOOLKIND:
DIESE ONDERSOEK

28 OCT 1977
1984 -08-31
05 OCT 1987
07 OCT 1987

MARAIS, B.A., D.Ed.

VEKRAGNAVORSING

AUTEUR: W. VERHOEF

PRETORIA
1974

Verslag nr. **MT-25**

0000449054



2844363866



Kopiereg voorbehou
Prys R4,65

001.3072068 HSRC MT 25



* 0 4 4 3 0 5 *

ISBN 0 86965 210 9

VOORWOORD

Projek Talentopname, een van die omvattendste langtermynnavorsingsprojekte wat nog op die gebied van die onderwys in Suid-Afrika onderneem is, het dit moontlik gemaak om vir die eerste keer sover bekend, hier te lande 'n omvattende ondersoek te doen ten opsigte van die psigologies-pedagogiese probleme van jeugdige asmalyers.

Volgens Talentopname se 1965-toetsprogram vir st.6-leerlinge het geblyk dat 2,8 persent of 1942 leerlinge uit die st.6-skoolbevolking las van asma ondervind. In teenstelling met die meeste navorsing hier te lande en oorsee, wat met klein groepies ernstige asmalyers gedoen is, wat of gehospitaliseerd is of hulle in spesiale skole of in asmasentrums bevind het, kon hier gekyk word na dié jeugdige asmalyer wat hom of haar in die gewone skool bevind, vir wie daar nie spesiale voorsiening gemaak is nie. Hierdie leerlinge kon ook opgevolg word van st.6 tot st.10.

Daar is in besonder aandag geskenk aan hul persoonlikheid, aanpassing, aanleg, belangstelling, intelligensie en skolastiese prestasie. Met 'n deeglike literatuurstudie oor die aard, omvang, oorsake, erns en behandeling van asma en die probleme van die asmalyer en die bevindings van hierdie ondersoek, kon verreikende psigologies-pedagogiese aanbevelings gedoen word, waaruit elke volwassene (ouer, onderwyser, sielkundige, medikus, maatskaplike werkster, ens.), wat met jeugdige asmalyers te doen het, met vrug sal kan put.

Hierdie navorsing het gelei tot 'n proefskrif vir die D.Ed-graad, wat die skrywer aan die Universiteit van Suid-Afrika verwerf het.

Die statistiese verwerkings vir hierdie ondersoek is gedoen deur die RGN se Instituut vir Statistiese Navorsing, terwyl die taalkundige versorging en proefleeswerk deur die Instituut vir Inligting en Spesiale Dienste behartig is.

Am. P. Rooytse
PRESIDENT

DIE Nasionale BIBLIOTEK DIE Nasionale LIBRARY		HURE	
STANDKODE	REGISTRASIE		
001-3072668 Hs. R.C.	26735		X
WES-INDIAANSE			
G			

ERKENNING

Die gegewens wat in die navorsing waaroor hierdie verslag handel, gebruik is, is deur middel van Projek Talentopname verkry. Talentopname is 'n langtermynnavorsingsprojek wat in 1965 'n aanvang geneem het met die hoofdoel om te bepaal wat die land se mannekragpotensiaal is, en om gegewens beskikbaar te stel wat sal help om hierdie potensiaal tot die maksimum te laat ontwikkel. Talentopname is onderneem met die samewerking van al die onderwysdepartemente van die Republiek van Suid-Afrika en Suidwes-Afrika en van die verenigings van kerk- en privaatskole.

Die persone wat die breë beplanning tussen 1959 en 1964 opgestel en die nodige oortuigingswerk gedoen het om Talentopname tot stand te bring, is dr. P.M. Robbertse, tans President van die Raad vir Geesteswetenskaplike Navorsing (RGN), prof. dr. H.P. Langenhoven, tans verbonde aan UOVS, en dr. A.B. Fourie, tans verbonde aan die Departement van Bantoe-onderwys. Talentopname word uitgevoer onder leiding van mnr. W. Verhoef, Direkteur, en dr. W.L. Roos, Assistent-direkteur van die Instituut vir Mannekragnavorsing. Die meetinstrumente wat in Talentopname se drie groot toetsprogramme op standerds ses-, agt- en tien-vlak gebruik is, is opgestel deur die Instituut vir Psigometriese Navorsing waarvan dr. J.H. Robbertse die Direkteur is.

Gedurende die beplanningstadium en met die toepassing van die toetsprogramme is Talentopname se personeel bygestaan deur 'n advieskomitee bestaande uit verteenwoordigers van die onderwysdepartemente van die RSA en SWA, verenigings van kerk- en privaatskole en die Nasionale Onderwysraad. Hierdie advieskomitee se hulp en bystand word in die besonder gewaardeer. Die komitee is gedurende 1973 ontbind en die funksies daarvan is deur die Advieskomitee vir Mannekragnavorsing oorgeneem.

Talentopname geskied in noue samewerking met die RGN se Instituut vir Statistiese Navorsing wat verantwoordelik is vir die masjinale verwerking en opberging van alle Talentopnamegegewens. Vir laasgenoemde word die Departement van Nasionale Opvoeding se IBM-optiese leser en rekenaar gebruik.

Met dank word ook verwys na die meer as duisend persone, meesal onderwysers, wat by skole as toetsafnemers, organiseerders of toesighouers opgetree het, en na personeellede van die afdelings sielkundige en voorligtingsdienste van die onderwysdepartemente, wat toetsafnemers opgelei het en 'n belangrike skakel in die organisasie van die toetsprogramme was. Ten slotte sou die uiteindelijke sukses van Talentopname nie moontlik gewees het sonder die heelhartige samewerking van die ongeveer 85 000 leerlinge wat daarby betrokke was nie.

SUMMARY/OPSOMMING

viii

HOOFSTUK

1	INLEIDING, DOEL EN METODE	1
1.1	Inleiding	1
1.2	Doel met die ondersoek	2
1.3	Metode van ondersoek	2
1.4	Meetinstrumente	5
1.5	Basis van vergelyking in hierdie ondersoek	7
2	DIE LEEFWêRELD VAN DIE SIEK KIND	9
2.1	Inleiding	9
2.2	Die kind-wêreldverhouding	9
2.3	Die betekenis van die gesinsituasie	10
2.4	Die betekenis van die skoolsituasie	12
2.5	Die siek kind en sy verhouding tot sy wêreld	13
2.6	Sintese	15
3	WAT IS ASMA?	16
3.1	Inleiding	16
3.2	Aard van asma	16
3.3	Asma as 'n psigosomatiese siekte	17
3.4	Indeling van asma	18
3.5	Etologie van asma	19
3.6	Die erns van asma	28
3.7	Die asmaleerling en die skool	29
3.8	Behandeling van asma	31
3.9	Kritiese oorsig	40
4	AGTERGROND	42
4.1	Inleiding	42
4.2	Geografiese besonderhede	42
4.3	Gesinsagtergrond	45
4.4	Skool- en studieaangeleenthede	51
4.5	Vryetydbesteding, sport en ontspanning	60
4.6	Klasonderwysers se beoordeling van die leerlinge	67
5	PERSOONLIKHEID EN AANPASSING	73
5.1	Inleiding	73
5.2	Persoonlikheid	73
5.3	Aanpassing	80
6	AANLEG EN BELANGSTELLING	88
6.1	Inleiding	88
6.2	Aanleg	88
6.3	Belangstelling	93
7	SKOLASTIESE BEKWAAMHEID, SKOLASTIESE PRESTASIE EN EKSAMENPUNTE	105
7.1	INLEIDING	105
7.2	Skolastiese bekwaamheid	105
7.3	Skolastiese prestasie	107
7.4	Eksamenprestasie	108
8	ENKELE OPVOLGGEWENS IN VERBAND MET ASMALEERLINGE TOT ST. 10	111
8.1	Inleiding	111
8.2	Verlies van leerlinge as gevolg van druiping en skoolverlating	111
8.3	Skolastiese prestasie tot st. 10	112
8.4	Ontgroeiing van asma gedurende die hoërskooljare	113
8.5	Eerste voorkoms van asma gedurende die hoërskooljare	114
8.6	Persoonlikheidsveranderinge by asmaleerlinge tussen sts. 6 en 10	115

9	SAMEVATTING	117
10	SYNOPSIS	135
	BIBLIOGRAFIE	153

TABELLE

BLADSY

1.1	VERDELING VAN ST. 6-LEERLINGE VAN 1965 VOLGENS VERSKILLENDE SIEKTE=PROBLEME	2
1.2	VERDELING VAN ST.6-LEERLINGE VAN 1965 VOLGENS NIE-VERBALE IK-STANEGES	3
1.3	VERDELING VAN ST.6-LEERLINGE VAN 1965 VOLGENS VERBALE IK-STANEGES	3
1.4	VERDELING VAN ST.6-LEERLINGE VAN 1965 VOLGENS TOTALE IK-STANEGES	3
1.5	DIE GEMIDDELDE NIE-VERBALE, VERBALE EN TOTALE IK VAN ST.6-LEERLINGE VAN 1965 IN STANEGES	3
1.6	VERDELING VAN ST.6-LEERLINGE VAN 1965 VOLGENS GESLAG	4
1.7	VERDELING VAN ST.6-LEERLINGE VAN 1965 VOLGENS OUDERDOM IN JARE	4
1.8	VERDELING VAN ASMA- EN GESONDE LEERLINGE VOLGENS GESLAG EN INTELLIGENSIE	5
3.1	JAARLIKSE AFWESIGHEID VAN ASMAKINDERS VOOR OPNAME EN NA ONTSLAG UIT HEIDEHEUVEL-ASMASENTRUM	38
4.1	VERDELING VAN ASMATIESE EN GESONDE ST.6-LEERLINGE VOLGENS PROVINSIE WAAR SKOOL GELEË IS	44
4.2	VERDELING VAN ST.6-LEERLINGE VOLGENS GESONDHEIDSPROBLEME IN 'N KUS- EN BINNELANDSE GROEP	43
4.3	VERDELING VAN ASMATIESE EN GESONDE ST.6-LEERLINGE VOLGENS 'N KUS EN BINNELANDSE GROEP	44
4.4	VERDELING VAN ASMATIESE EN GESONDE ST.6-LEERLINGE VOLGENS AREA WAAR SKOOL GELEË IS	44
4.5	VERDELING VAN ASMATIESE EN GESONDE ST.6-LEERLINGE VOLGENS HUISTAAL	44
4.6	VERDELING VAN ASMATIESE EN GESONDE ST.6-LEERLINGE VOLGENS DIE BEROEP VAN VADER/STIEFVADER/VOOG	46
4.7	VERDELING VAN ASMATIESE EN GESONDE ST.6-LEERLINGE VOLGENS HULLE EIE BEROEPSKEUSE	46
4.8	VERDELING VAN ASMATIESE EN GESONDE ST.6-LEERLINGE VOLGENS GESINSGROOTTE	48
4.9	VERDELING VAN ASMATIESE EN GESONDE ST.6-LEERLINGE VOLGENS RANGORDE IN DIE GESIN	48
4.10	VERDELING VAN ASMATIESE EN GESONDE ST.6-LEERLINGE VOLGENS DIE FEIT OF OUIERS NOG LEEF OF NIE	48
4.11	VERDELING VAN ASMATIESE EN GESONDE ST.6-LEERLINGE VOLGENS EGSKEIDING OF VERLATING VAN OUIERS	50
4.12	VERDELING VAN ASMATIESE EN GESONDE ST.6-LEERLINGE VOLGENS DIE FEIT OF DIE MOEDER WERK OF NIE	50
4.13	VERDELING VAN ASMATIESE EN GESONDE ST.6-LEERLINGE VOLGENS HULLE BYWONING VAN KLEUTERSKOLE	50
4.14	VERDELING VAN ASMATIESE EN GESONDE ST.6-LEERLINGE VOLGENS DIE OUDERDOM WAAROP HULLE VIR DIE EERSTE KEER SKOOL TOE IS	50
4.15	VERDELING VAN ASMATIESE EN GESONDE ST.6-LEERLINGE VOLGENS MEDIUM VAN ONDERRIG	53
4.16	VERDELING VAN ASMATIESE EN GESONDE ST.6-LEERLINGE VOLGENS DIE GETAL SKOLE WAT BYGEWOON IS	53
4.17	VERDELING VAN ASMATIESE EN GESONDE ST.6-LEERLINGE VOLGENS TOESIGGEDURENDE SKOOLKWARTALE	53
4.18	VERDELING VAN ASMATIESE EN GESONDE ST.6-LEERLINGE VOLGENS HULLE GESONDHEIDSTOESTAND GEDURENDE 1965	53
4.19	VERDELING VAN ASMATIESE EN GESONDE ST.6-LEERLINGE VOLGENS DIE GETAL DAE WAT HULLE GEDURENDE 1965 VAN SKOOL AFWESIG WAS	55

4.20	VERDELING VAN ASMATIESE EN GESONDE ST.6-LEERLINGE VOLGENS GETAL KERE GEDRUIP	55
4.21	VERDELING VAN ASMATIESE EN GESONDE ST.6-LEERLINGE VOLGENS DIE ONDERWYSASPIRASIES WAT HULLE OUIERS VIR HULLE HET	55
4.22	VERDELING VAN ASMATIESE EN GESONDE ST.6-LEERLINGE VOLGENS HULLE ONDERWYSASPIRASIES	58
4.23	VERDELING VAN ASMATIESE EN GESONDE ST.6-LEERLINGE VOLGENS HULLE HOUDING TEN OPSIGTE VAN SKOOLGAAN	58
4.24	VERDELING VAN ASMATIESE EN GESONDE ST.6-LEERLINGE VOLGENS HULLE BEGEERTE OM LEIDING TE NEEM	58
4.25	VERDELING VAN ASMATIESE EN GESONDE ST.6-LEERLINGE VOLGENS HULLE HOUDING TEN OPSIGTE VAN HUISWERK	61
4.26	VERDELING VAN ASMATIESE EN GESONDE ST.6-LEERLINGE VOLGENS HULP WAT HULLE BY DIE HUIS MET HUISWERK ONTVANG	61
4.27	VERDELING VAN ASMATIESE EN GESONDE ST.6-LEERLINGE VOLGENS HULLE HOUDING TEN OPSIGTE VAN GELEERDHEID	61
4.28	VERDELING VAN ASMATIESE EN GESONDE ST.6-LEERLINGE VOLGENS HULLE HOUDING TEN OPSIGTE VAN SKOOLREÛLS	61
4.29	VERDELING VAN ASMATIESE EN GESONDE ST.6-LEERLINGE VOLGENS LEESGEWOONTES	63
4.30	VERDELING VAN ASMATIESE EN GESONDE ST.6-LEERLINGE VOLGENS DIE GETAL AKTIWITEITE WAARAAN HULLE DEELNEEM	63
4.31	VERDELING VAN ASMATIESE EN GESONDE ST.6-LEERLINGE VOLGENS TYD AAN BUITEMUURSE AKTIWITEITE BESTEE	63
4.32	VERDELING VAN ASMATIESE EN GESONDE ST.6-LEERLINGE VOLGENS DEELNAME AAN NASKOOLSE LESSE	65
4.33	VERDELING VAN ASMATIESE EN GESONDE ST.6-LEERLINGE VOLGENS DIE STOKPERDJIES WAT HULLE BEOEFEN	65
4.34	VERDELING VAN ASMATIESE EN GESONDE ST.6-LEERLINGE VOLGENS DIE AKTIWITEIT WAARVAN HULLE DIE MEESTE HOU	65
4.35	VERDELING VAN ASMATIESE EN GESONDE ST.6-LEERLINGE VOLGENS HULLE HOUDING TEN OPSIGTE VAN SPORT	68
4.36	VERDELING VAN ASMATIESE EN GESONDE ST.6-LEERLINGE VOLGENS BEOORDELING TEN OPSIGTE VAN LEIERSKAP	68
4.37	VERDELING VAN ASMATIESE EN GESONDE ST.6-LEERLINGE VOLGENS SAMEWERKING MET HULLE ONDERWYSERS/ESSE	68
4.38	VERDELING VAN ASMATIESE EN GESONDE ST.6-LEERLINGE VOLGENS SAMEWERKING MET MEDESKOLIERE	68
4.39	VERDELING VAN ASMATIESE EN GESONDE ST.6-LEERLINGE VOLGENS PRESTASIE OP SPORTGEBIED	70
4.40	VERDELING VAN ASMATIESE EN GESONDE ST.6-LEERLINGE VOLGENS DIE VOORKOMS VAN STOKKIESDRAAIERY	70
4.41	VERDELING VAN ASMATIESE EN GESONDE ST.6-LEERLINGE VOLGENS HULLE YWERTEN OPSIGTE VAN SKOOLWERK	70
4.42	VERDELING VAN ASMATIESE EN GESONDE ST.6-LEERLINGE VOLGENS DIE INVLOED WAT AFWESIGHEID VAN SKOOL OP HULLE SKOOLPRESTASIES HET	70
4.43	VERDELING VAN ASMATIESE EN GESONDE ST.6-LEERLINGE VOLGENS DIE VAK OF VAKGROEP WAARIN HULLE BESONDERE AANLEG TOON	72
4.44	VERDELING VAN ASMATIESE EN GESONDE ST.6-LEERLINGE VOLGENS HULLE KANSE OM ST.10 TE SLAAG	72
4.45	VERDELING VAN ASMATIESE EN GESONDE ST.6-LEERLINGE VOLGENS DIE HOOGSTE STANDERD WAT HULLE KAN SLAAG	72

5.1	GEMIDDELDE STANEGETELLINGS VAN DIE ASMA- EN GESONDE LEERLINGE IN DIE VELDE VAN DIE HSPV	77
5.2	GEMIDDELDE STANEGETELLINGS VAN DIE ASMA- EN GESONDE LEERLINGE IN DIE VELDE VAN DIE AANPASSINGSVRAELYS	81
6.1	GEMIDDELDE STANEGETELLINGS VAN DIE ASMA- EN GESONDE LEERLINGE IN DIE VELDE VAN DIE JUNIOR AANLEGTOETSE	89
6.2	GEMIDDELDE STANEGETELLINGS VAN DIE ASMA- EN GESONDE LEERLINGE IN DIE VELDE VAN DIE HANDELSTOETSE	89
6.3	GEMIDDELDE STANEGETELLINGS VAN DIE ASMA- EN GESONDE LEERLINGE IN DIE VELDE VAN DIE TEGNIESE TOETSE	89
6.4	VELDE WAARIN DIE HOOGSTE EN LAAGSTE TELLINGS BEHAAL IS DEUR ASMA- EN GESONDE LEERLINGE IN DIE VERSKILLENDE AANLEGRIGTINGS SOOS GEMEET DEUR DIE JAT	90
6.5	VELDE WAARIN DIE HOOGSTE EN LAAGSTE TELLINGS BEHAAL IS DEUR ASMA- EN GESONDE LEERLINGE IN DIE VERSKILLENDE AANLEGRIGTINGS SOOS GEMEET DEUR DIE HT	91
6.6	VELDE WAARIN DIE HOOGSTE EN LAAGSTE TELLINGS BEHAAL IS DEUR DIE ASMA- EN GESONDE LEERLINGE IN DIE VERSKILLENDE AANLEGRIGTINGS SOOS GEMEET DEUR DIE TT	92
6.7	RANGORDEKORRELASIE TUSSEN TELLINGS VAN ASMA- EN GESONDE LEERLINGE OP DIE VERSKILLENDE AANLEGVELDE VAN DIE JAT, HT EN TT	93
6.8	GEMIDDELDE STANEGETELLINGS VAN ASMA- EN GESONDE LEERLINGE IN DIE VERSKILLENDE BELANGSTELLINGSVELDE VAN DIE GSZ-BELANGSTELLINGSVRAELYS	94
6.9	GETAL VELDE WAARIN GESONDE LEERLINGE 'N HOËR TELLING AS DIE ASMA- LEERLINGE BEHAAL HET OP DIE GSZ	93
6.10	DIE HOOGSTE EN LAAGSTE BELANGSTELLINGSRIGTINGS VAN ASMA- EN GESONDE LEERLINGE VIR WERK (W) EN STOKPERDJIE (H) VOLGENS DIE NUMERIESE VELDE VAN DIE GSZ	103
6.11	RANGORDEKORRELASIE TUSSEN TELLINGS VAN ASMA- EN GESONDE LEERLINGE IN DIE VERSKILLENDE BELANGSTELLINGSVELDE VIR WERK- EN STOKPERDJIEBELANGSTELLING SOOS GEMEET DEUR DIE GSZ-BELANGSTELLINGSVRAELYS	103
7.1	GEMIDDELDE STANEGETELLINGS VAN DIE ASMA- EN GESONDE LEERLINGE IN DIE ALGEMENE TOETSE IN TAAL EN REKENKUNDE	106
7.2	GEMIDDELDE STANEGETELLINGS VAN DIE ASMA- EN GESONDE LEERLINGE IN DIE SPELLINGTOETSE	106
7.3	GEMIDDELDE STANEGETELLINGS VAN DIE ASMA- EN GESONDE LEERLINGE IN DIE GESKIEDENIS-, ALGEMENE WETENSKAP- EN AARDRYKSKUNDETOETSE	106
7.4	GEMIDDELDE PERSENTASIES VAN DIE ASMA- EN GESONDE LEERLINGE IN SEKERE ST.6-EINDEKSAMENPUNTE	106
7.5	RANGORDEKORRELASIE TUSSEN TELLINGS VAN ASMA- EN GESONDE LEERLINGE IN DIE VERSKILLENDE SKOLASTIESE BEKWAAMHEIDS- EN PRESTASIE TOETSE SOOS GEMEET DEUR DIE ATTR, SPELLING-, GESKIEDENIS-, ALGEMENE WETENSKAP- EN AARDRYKSKUNDETOETSE	108
7.6	RANGORDEKORRELASIE TUSSEN PUNTE VAN ASMA- EN GESONDE LEERLINGE SOOS BEHAAL IN DIE ST.6-EINDEKSAMEN	110
8.1	GETAL LEERLINGE WAT ELKE STANDERD IN DIE MINIMUM TYD GESLAAG HET, UITGEDRUK AS 'N PERSENTASIE VAN DIE OORSPRONKLIKE 1965-TALENTOPNAME-LEERLINGE	111
8.2	VERLIES AS GEVOLG VAN DRUIPING EN SKOOLVERLATING BY ASMATIESE EN GESONDE LEERLINGE	112
8.3	TOTAALPUNTPERSENTASIE VIR AL DIE VAKKE DEUR DIE LEERLINGE BEHAAL IN ELKE STANDERD VAN ST.6 TOT ST. 10	113

8.4	GETAL ST.6-LEERLINGE AANGETREF IN DIE VERTEENWOORDIGENDE STEEKPROEF VAN DIE 1969-TALENTOPNAMETOETSPROGRAM	114
8.5	VERDELING VAN ST.6-ASMALEERLINGE VOLGENS DIE FEIT OF HULLE ASMA TUSSEN STS. 6 EN 10 ONTGROEI HET	114
8.6	VERDELING VAN GESONDE ST.6-LEERLINGE VOLGENS DIE FEIT OF HULLE ASMA TUSSEN STS. 6 EN 10 OPGEDOEN HET	115
8.7	DIE GEMIDDELDE VERSKILLE IN HSPV-ROUPUNTE VIR ASMA- EN GESONDE LEERLINGE TUSSEN STS. 6 EN 10	116

FIGURE

	BLADSY
3.1 SKEMATIESE VOORSTELLING VAN DIE VERSKILLENDE PROSESSE WAT AANLEIDING GEE TOT VERNOUING VAN DIE LUGWEË TYDENS ASMA	17
5.1 PERSOONLIKHEIDSPROFIEL VAN DIE ONDERGEMIDDELDE ASMA- EN GESONDE LEERLINGE VOLGENS DIE VELDE VAN DIE HSPV	74
5.2 PERSOONLIKHEIDSPROFIEL VAN DIE GEMIDDELDE ASMA- EN GESONDE LEERLINGE VOLGENS DIE VELDE VAN DIE HSPV	75
5.3 PERSOONLIKHEIDSPROFIEL VAN DIE BOGEMIDDELDE ASMA- EN GESONDE LEERLINGE VOLGENS DIE VELDE VAN DIE HSPV	76
5.4 AANPASSINGSPROFIEL VAN DIE ONDERGEMIDDELDE ASMA- EN GESONDE LEERLINGE VOLGENS DIE VELDE VAN DIE AANPASSINGSVRAELYS	82
5.5 AANPASSINGSPROFIEL VAN DIE GEMIDDELDE ASMA- EN GESONDE LEERLINGE VOLGENS DIE VELDE VAN DIE AANPASSINGSVRAELYS	83
5.6 AANPASSINGSPROFIEL VAN DIE BOGEMIDDELDE ASMA- EN GESONDE LEERLINGE VOLGENS DIE VELDE VAN DIE AANPASSINGSVRAELYS	84
6.1 BELANGSTELLINGSPROFIEL VAN DIE ONDERGEMIDDELDE ASMA- EN GESONDE SEUNS VOLGENS DIE H- EN W-VELDE VAN DIE GSZ	96
6.2 BELANGSTELLINGSPROFIEL VAN DIE GEMIDDELDE ASMA- EN GESONDE SEUNS VOLGENS DIE H- EN W-VELDE VAN DIE GSZ	97
6.3 BELANGSTELLINGSPROFIEL VAN DIE BOGEMIDDELDE ASMA- EN GESONDE SEUNS VOLGENS DIE H- EN W-VELDE VAN DIE GSZ	98
6.4 BELANGSTELLINGSPROFIEL VAN DIE ONDERGEMIDDELDE ASMA- EN GESONDE MEISIES VOLGENS DIE H- EN W-VELDE VAN DIE GSZ	99
6.5 BELANGSTELLINGSPROFIEL VAN DIE GEMIDDELDE ASMA- EN GESONDE MEISIES VOLGENS DIE H- EN W-VELDE VAN DIE GSZ	100
6.6 BELANGSTELLINGSPROFIEL VAN DIE BOGEMIDDELDE ASMA- EN GESONDE MEISIES VOLGENS DIE H- EN W-VELDE VAN DIE GSZ	101

SUMMARY

In this investigation, all Std 6 pupils who indicated that they are troubled with asthma were compared with healthy pupils in respect of a few background factors, personality, adjustment, aptitude, interest, intelligence and achievement in certain scholastic tests and examination subjects in order to determine whether they may possibly be regarded as a problem group. The pupils were also followed up to Std 10 as regards school-leaving, failure, examination achievement and personality.

Results of the investigation indicate that asthma is, to a significant extent, more prevalent among boys than girls and that more English-speaking than Afrikaans-speaking pupils suffer from this disease. It also occurs more frequently along the coast and in large cities. Asthmatic pupils in Std 6 reveal less desirable personality traits and have to face more serious problems of adjustment than healthy pupils. During this phase in life, asthmatic boys also experience a greater number of and more intense personality and adjustment problems than asthmatic girls, while these problems increase in respect of the more intelligent asthmatic pupils.

Approximately half of the asthmatic pupils outgrew their asthma between Stds 6 and 10, while the greatest loss as a result of failure and school-leaving, in comparison with the healthy pupils, occurred between Stds 6 and 8. As compared with their healthy counterparts, the asthmatic pupils experienced few personality changes between Stds 6 and 10.

Sufficient proof was found that the asthmatic pupils may be regarded as a problem group and that they are in particular need of acceptance, recognition and security. It may be rightly averred that a specific psychological-pedagogical approach in formal and formative education is required to cater for their needs.

OPSOMMING

In hierdie ondersoek is alle st.6-leerlinge wat aangedui het dat hulle las van asma het, met gesonde leerlinge vergelyk ten opsigte van enkele agtergrondfaktore, persoonlikheid, aanpassing, aanleg, belangstelling, intelligensie en prestasie in sekere skolastiese toetse en eksamenvakke om te kan bepaal of hulle moontlik as 'n probleemgroep beskou kan word. Die leerlinge is ook ten opsigte van skoolverlating, druiping, eksamenprestasie en persoonlikheid opgevolg tot st. 10.

Resultate van die ondersoek dui daarop dat asma beduidend meer by seuns as by meisies, by Engels- as Afrikaanssprekende leerlinge, langs die kus en in groot stede voorkom. Asmaleerlinge openbaar in st.6 deurgaans minder gewenste persoonlikheidseienskappe en het met ernstiger aanpassingsprobleme te kampe as gesonde leerlinge. Gedurende hierdie leeftydsefase het asmaseuns ook meer en intenser persoonlikheids- en aanpassingsprobleme as asmameisies, terwyl genoemde probleme toeneem by die intelligente asmaleerlinge.

Bykans die helfte van die asmaleerlinge het hul asma tussen sts. 6 en 10 ontgroei, terwyl die grootste verlies weens druiping en skoolverlating in vergelyking met die gesonde leerlinge tussen sts. 6 en 8 plaasgevind het. In vergelyking met die gesonde leerlinge het die asmaleerlinge weinig persoonlikheidsveranderinge tussen sts. 6 en 10 ondergaan.

Genoeg bewyse is gevind dat die asmaleerlinge as 'n probleemgroep beskou kan word, wat veral behoefte het aan aanvaarding en erkenning en veiligheid en geborgenheid en aldus met reg behoefte het aan 'n besondere psigologies-pedagogiese benadering in die onderwys en opvoeding.

HOOFSTUK 1

INLEIDING, DOEL EN METODE

1.1 INLEIDING

Een van die omvattendste langtermynnavorsingsprojekte wat nog ooit op die gebied van die onderwys in die Republiek van Suid-Afrika onderneem is, staan bekend as Projek Talentopname. Genoemde Projek het tot gevolg gehad dat 69 908 st.6-leerlinge gedurende 1965 onderwerp is aan 'n battery toetse en vraelyste. By die samestelling van die 1965-toetsbattery, is gepoog om soveel aspekte of dimensies as moontlik van die totale persoonlikheid te meet. Voorsiening is gemaak vir die meting van verstandelike vermoë, aanleg, belangstelling, sekere persoonlikheidstreke, aanpassing, skolas-tiese peil en agtergrond.

Afgesien van die 1965-toetsprogram vir st.6-leerlinge, is daar gedurende 1967 en 1969 twee opvolgtoetsprogramme onderskeidelik vir sts. 8- en 10-leerlinge geloods om onder andere die leerlinge wat in 1965 in st.6 getoets is, in sts. 8 en 10 op te volg. Opvolggegewens word op die oomblik nog ingesamel oor diegene wat na st.10 na kolleges of universiteite is.

Een van die belangrikste doelstellings met Talentopname is die identifisering van faktore en/of omstandighede wat die maksimale ontwikkeling van die land se mannekragpotensiaal beïnvloed en om gegewens beskikbaar te stel om hierdie potensiaal tot die maksimum te laat ontwikkel.

Volgens Roos (1970) wat volledige besonderhede aangaande alle aspekte van die 1965-Talentopnametoetsprogram rapporteer, was daar ten tyde van toetsing 2,8 persent of 1942 st.6-leerlinge wat asma as 'n besondere siekteprobleem aangedui het. Die ooreenstemmende persentasies vir die sts. 8- en 10-leerlinge van 1967 en 1969 was respektiewelik 2,5 en 2,0 (Roos 1972 en 1975).

Indien 'n gemiddelde persentasie bereken word van die verkreeë persentasies leerlinge wat las van asma gehad het, soos blyk uit die 1965-, 1967- en 1969- Talentopname-toetsprogramme, blyk dit 2,43 persent te wees. As genoemde persentasie as basis vir 'n berekening van die voorkoms van asma onder die 878 939 Blanke leerlinge wat hulle in 1971 in die skole van die Republiek van Suid-Afrika bevind het (Buro vir Statistiek, 1972) gebruik sou word, dan blyk daar 21 358 leerlinge te wees wat las van asma ondervind het.

In 'n verslag van die Departement van Onderwys, Kuns en Wetenskap (Suid-Afrika, 1967), is aangetoon dat daar in die Republiek van Suid-Afrika 10 140 chroniese siek kinders was, "wat vir 'n lang tydperk, by herhaling of vir goed sodanig fisies en gevolglik dikwels geestelik, emosioneel en in sy sosiale verhoudings van die aangenome norm afwyk dat hy nie in die gewone onderwys en ander aktiwiteite van sy tydgenote kan deel nie en dat dit hom in sy ontwikkeling strem" (p. 7). Daar is bevind dat 30,7 persent van hierdie chroniese siek kinders aan chroniese bors- of longkwale ly en hoewel dit nie aangedui word nie, kan aanvaar word dat 'n groot persentasie van hierdie groep asmalyers is.

Alhoewel genoemde ondersoek gebaseer was op chroniese siek kinders wat nie in die gewone onderwys kan deel nie, is dit duidelik dat daar heelwat kinders in die gewone skool sit, wat net nie aan die aanvaarde norm voldoen om spesiale onderwys te ontvang nie en dien dit as regverdiging vir 'n ondersoek na dié kinders, wat nie sodanig deur asma gestrem is dat hulle op spesiale onderwys aangewys is nie, maar tog las van asma ondervind.

Tydens die eerste Internasionale Kongres in verband met allergieë te Basel, Switserland, het Williams hom as volg uitgedruk oor die probleem van asma en die asmalyer "... drew attention to the social importance of asthma, reporting that asthma is as common a cause of disability as gastric and duodenal ulcer combined; is commoner than all fractures; than high blood-pressure, angina pectoris, and vascular heart disease together, and that it causes nearly twice the incapacity due to all forms of tuberculosis. Asthma is also responsible for 0,6% of all deaths. Among university students, 33 per 1000 gave a history of asthma, and 17 per 1000 had active asthma. These figures signify the great social importance of asthma, and indicate the need for research into the disorder in all its aspects" (Rees, 1956a, p. 98).

Uit 'n verkenningsstudie in verband met jeugdige asmalyers (Marais en Pauw, 1972) het duidelik geblyk dat daar hier te lande nog min navorsing gedoen is in verband met die psigologies-pedagogiese probleme van die jeugdige asmalyer. Alhoewel die literatuur daarop gedui het dat heelwat navorsing in die verband reeds oorsee gedoen is, was die meeste ondersoeke beperk in omvang en was nie een, wat aard en omvang betref, naby so omvangryk as die navorsing wat kon voortvloei uit die gegewens van Projek Talentopname nie.

1.2 DOEL MET DIE ONDERSOEK

Die doel met hierdie ondersoek is om leerlinge wat las van asma ondervind, met 'n kontrolegroep gesonde leerlinge te vergelyk ten opsigte van agtergrond, persoonlikheid, aanpassing, aanleg, belangstelling, intellektuele vermoëns, skolastiese vermoëns en eksamenprestasie, om sodoende 'n beter beeld van asmalyers te verkry en om te kan bepaal of hulle moontlik as 'n probleemgroep in die onderwys beskou kan word.

1.3 METODE VAN ONDERSOEK

1.3.1 Ondersoekgroep

Die ondersoekgroep is geïdentifiseer op grond van hul antwoorde op 'n vraag in 'n biografiese vraelys, wat hulle tydens die 1965-Talentopnametoetsprogram moes invul. Die vraag het soos volg gelui: Watter een van die volgende gee jou die meeste moeilikheid? Uit 'n reeks kwale of siektes wat genoem is, moes hulle dié een aandui wat hulle die meeste moeilikheid of las gee.

In tabel 1.1 verskyn 'n verdeling van die st.6-leerlinge van 1965, volgens verskillende siekteprobleme.

TABEL 1.1

VERDELING VAN ST. 6-LEERLINGE VAN 1965 VOLGENS VERSKILLENDE SIEKTEPROBLEME

Kwaal	N	%
Nie van toepassing nie	47074	68,1
Spraakgebreke, byvoorbeeld hakkell	2140	3,1
Uiterlike liggaamsgebreke	1113	1,6
'n Swak hart	831	1,2
Asma	1942	2,8
Oorgewig	1985	2,9
Vallende siekte	291	0,4
Hardhorendheid	846	1,2
Swaksiendheid	3908	5,7
Ander kwale	8985	13,0
TOTAAL	69115	100,0

Volgens tabel 1.1 was daar 1942 leerlinge of 2,8 persent uit 'n populasie van 69 115 wat geantwoord het dat asma hulle die meeste las gee, terwyl 47 074 leerlinge of 68,1 persent aangedui het dat geeneen van die siektes op hulle van toepassing is nie. Laasgenoemde groep leerlinge word vir die doel van hierdie ondersoek as gesonde leerlinge beskou. Uit hierdie groep is 'n 20 persent ewekansige steekproef getrek en hierdie 9332 leerlinge dien as die kontrolegroep om vas te stel in watter mate die asmaleerlinge van die gesonde populasie van st.6-leerlinge verskil.

Vervolgens 'n kort beskrywing van die ondersoekgroep na aanleiding van intelligensie, geslag en ouderdom, soos vergelyk met die universum van st.6-leerlinge gedurende 1965.

(a) Intelligensie

In tabelle 1.2, 1.3, 1.4 en 1.5 word die asmaleerlinge met die universum van st.6-leerlinge vergelyk ten opsigte van Nie-verbale, Verbale, Totale en Gemiddelde IK in staneges.

TABEL 1.2
VERDELING VAN ST. 6-LEERLINGE VAN 1965 VOLGENS NIE-VERBALE IK-STANEGES

Stanege	Asmaleerlinge		Universum	
	N	%	N	%
1 - 3	265	13,89	11302	16,39
4 - 6	1057	55,40	37289	54,10
7 - 9	586	30,71	20329	29,51
TOTAAL	1908	100,00	68920	100,00

TABEL 1.3
VERDELING VAN ST. 6-LEERLINGE VAN 1965 VOLGENS VERBALE IK-STANEGES

Stanege	Asmaleerlinge		Universum	
	N	%	N	%
1 - 3	369	19,33	15138	21,97
4 - 6	1045	54,77	36639	53,16
7 - 9	494	25,90	17143	24,87
TOTAAL	1908	100,00	68920	100,00

TABEL 1.4
VERDELING VAN ST. 6-LEERLINGE VAN 1965 VOLGENS TOTALE IK-STANEGES

Stanege	Asmaleerlinge		Universum	
	N	%	N	%
1 - 3	323	16,93	12939	18,77
4 - 6	1078	56,50	38567	55,96
7 - 9	507	26,57	17414	25,27
TOTAAL	1908	100,00	68920	100,00

TABEL 1.5
DIE GEMIDDELDE NIE-VERBALE, VERBALE EN TOTALE IK VAN DIE ST.6-LEERLINGE VAN 1965 IN STANEGES

Telling	Asmaleerlinge		Gesonde leerlinge		Universum		Verskil in \bar{X} tussen asmaleerlinge en	
	\bar{X}	S	\bar{X}	S	\bar{X}	S	Gesonde leerlinge	Universum
Nie-verbaal	5,51	1,88	5,48	1,89	5,41	1,91	0,03	0,10**
Verbaal	5,24	1,96	5,21	1,97	5,11	1,99	0,03	0,13*
Totaal	5,34	1,84	5,31	1,86	5,23	1,88	0,03	0,11*
N	1908		46624		68920			

*Beduidend 1%-peil

**Beduidend 5%-peil

Volgens die resultate van die NSAG soos vervat in tabel 1.5, blyk dat die asmaleerlinge in al die afdelings van die toets beduidend beter as die universum van st.6-leerlinge en relatief beter as die universum van gesonde st.6-leerlinge geprester het. Dat daar 'n wesentlike verskil in intelligensie tussen die twee groepe is,

word veral opmerklik indien die stanege-verspreidings met mekaar vergelyk word. In die geval van die Nie-verbale, Verbale en Totale intelligensie, soos weergegee in tabelle 1.2, 1.3 en 1.4 respektiewelik, behaal minder asmaleerlinge in vergelyking met die universum 'n stanege van drie of laer terwyl meer asmaleerlinge 'n stanege van sewe of hoër behaal.

Die beduidend hoër intelligensie van die asmaleerlinge in vergelyking met die universum soos aangedui in tabel 1.5, hou verband met bevindings soos gerapporteer deur Riess en de Cillis (1940), Dunbar (1954), Boland (1963), Speer (1963) en Kisker (1964).

(b) Geslag

Die verdeling van st.6-leerlinge van 1965 volgens geslag, verskyn in tabel 1.6.

TABEL 1.6
VERDELING VAN ST.6-LEERLINGE VAN 1965 VOLGENS GESLAG

Geslag	Asmaleerlinge		Universum	
	N	%	N	%
Manlik	1173*	60,43	35664	51,12
Vroulik	769*	39,57	34102	48,88
TOTAAL	1942	100,00	69766	100,00

*Beduidend op die 1%-peil

Volgens die geslagsverdeling in tabel 1.6 is daar in vergelyking met die universum 'n beduidend hoër persentasie manlike asmaleerlinge (9,31%). Hierdie bevinding hou verband met die van Helman (1956), De V. Heese (1961), Rees (1964) en Hill (1966).

(c) Ouderdom

In tabel 1.7 word die st. 6-leerlinge verdeel volgens ouderdom.

TABEL 1.7
VERDELING VAN ST. 6-LEERLINGE VAN 1965 VOLGENS OUDERDOM IN JARE

Ouderdom in jare	Asmaleerlinge		Universum	
	N	%	N	%
12 jaar en jonger	134	6,90	5205	7,45
13 jaar	1078	55,51	36519	52,24
14 jaar	540	27,81	20237	28,95
15 jaar	152	7,83	6133	8,77
16 jaar en ouer	38	1,95	1814	2,59
TOTAAL	1942	100,00	69908	100,00
\bar{X}	13,43		13,47	
S	0,82		0,87	

Volgens die ouderdomsverdeling is die asmaleerlinge met 'n gemiddelde ouderdom van 13,43 jaar effens jonger as die universum van st.6-leerlinge. Die verskil is egter gering.

1.3.2 Samestelling van eksperimentele groepe

As gevolg van die ongelyke verspreiding van asmaleerlinge ten opsigte van intelligensie en geslag, is besluit om voorsiening te maak vir intellektuele en geslagsverskille. Vir alle verdere vergelykings sal die eksperimentele groepe verdeel word volgens intellektuele vermoë in drie IK-groepe, naamlik ondergemiddeld (O/G = stanege 1

tot 3 of 'n IK van 88 of minder), gemiddeld (Gem. = stanege 4 tot 6 of 'n IK van 89 tot 111) en bogemiddeld (B/G = stanege 7 tot 9 of 'n IK van 112 of meer), vir seuns en meisies apart.

In tabel 1.8 word 'n uiteensetting gegee van die asma- en 'n steekproef gesonde leerlinge (kyk par. 1.3.1) volgens geslags- en intelligensieverdeling.

TABEL 1.8

VERDELING VAN ASMA- EN GESONDE LEERLINGE VOLGENS GESLAG EN INTELLIGENSIE

IK-groepe	Asmaleerlinge				Gesonde leerlinge			
	Seuns		Meisies		Seuns		Meisies	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Bogemiddelde	307	26,60	200	26,53	1202	25,56	1312	28,34
Gemiddelde	658	57,02	420	55,70	2618	55,67	2558	55,26
Ondergemiddelde	189	16,38	134	17,77	883	18,77	759	16,40
TOTAAL	1154	100,00	754	100,00	4703	100,00	4629	100,00

Uit tabel 1.8 blyk dat 'n groter persentasie asmaseuns oor 'n bogemiddelde IK beskik, terwyl 'n groter persentasie asmameisies oor 'n ondergemiddelde IK beskik in vergelyking met die gesonde leerlinge. Die afleiding kan dus gemaak word dat asmaseuns relatief meer intelligent is as asmameisies.

Die getal leerlinge in bostaande tabel mag in verdere vergelykings van tabel tot tabel verskil, weens die feit dat sommige leerlinge nie 'n vraag beantwoord het nie, of afwesig was toe 'n besondere toets afgeneem is. Die persentasies in elke tabel is egter bereken volgens die getal leerlinge vir wie gegewens beskikbaar is.

1.3.3 Beperkings van die ondersoek

Die vernaamste tekortkoming van hierdie ondersoek lê daarin dat geen mediese getuienis aangaande die asmaleerlinge bekend is nie. Dit is slegs bekend dat hierdie leerlinge op 'n vraag in die Biografiese Vraelys geantwoord het dat asma uit 'n genoemde aantal kwale hulle die meeste las gee.

Daar kan dus 'n aantal leerlinge wees vir wie die kwaal van so min belang was dat hulle dit nie genoem het nie, of vir wie 'n ander kwaal op daardie oomblik meer las gegee het, sodat hulle daardie kwaal genoem het. As gevolg van die dramatiese aard van asma-aanvalle en die angs wat daarmee gepaard gaan, behoort daar egter nie leerlinge te wees wat nie van hulle asma bewus is nie.

Aan die ander kant is daar dié asmalyers wat weens die ernstige graad van hul siekte nie aan Talentopname kon deelneem nie en dus uit die ondersoekgroep gesluit is. Sulke kinders was moontlik gehospitaliseerd òf in spesiale skole òf net afwesig gedurende die week met die Talentopnametoetsprogram.

Nieteenstaande genoemde beperkings van die ondersoek moet in gedagte gehou word dat die ondersoekgroep asma as hul grootste probleem aangedui het. Dit was vir hierdie leerlinge 'n probleem en die feit dat hulle dit so aangedui het, is uit 'n psigologiespedagogiese oogpunt belangrik.

In hierdie verslag word dus, nieteenstaande genoemde beperkings, deurgaans na die ondersoekgroep verwys as asmalyers.

1.4 MEETINSTRUMENTE

Die verkenningsmedia waarvan die resultate in hierdie ondersoek aangewend word, is onder andere tydens die 1965-Talentopnametoetsprogram vir st.6-leerlinge gebruik.

Hierdie media word met betrekking tot die beskrywing, toepassing en betroubaarheid daarvan volledig bespreek deur Verhoef en Roos (1970) en Roos (1970). Die verskillende meetinstrumente sal dus baie kortliks bespreek word ten opsigte van die doel met die toets of vraelys en wat dit meet.

1.4.1 Die Biografiese Vraelys

Hierdie vraelys is spesiaal opgestel met die doel om soveel as moontlik biografiese en ander agtergrondgegevens van elke leerling te verkry en is deur die leerlinge self ingevul.

1.4.2 Die Onderwysersvraelys

Die doel met hierdie vraelys was om 'n beoordeling van elke leerling te verkry van onder andere die leerling se gedrag, aanpassing en vermoëns ten opsigte van die skoolsituasie en skoolwerk. Die vraelys is deur die st.6-klasonderwysers/esse ingevul.

1.4.3 Die Jr. Sr. Hoërskool-Persoonlikheidsvraelys (HSPV)

Die HSPV verken en identifiseer die volgende 14 onafhanklike persoonlikheidsdimensies of -trekke van leerlinge tussen die ouderdomme 13 en 18 jaar, naamlik: Vriendelikheid, Intelligensie, Egosterkte, Prikkelbaarheid, Selfhandhawing, Entoesiasme, Pligsgetroetheid, Avontuurlustigheid, Sensitiwiteit, Passiewe Individualisme, Vreesagtigheid, Selfgenoegsaamheid, Selfbeheersing en Gespannenheid.

1.4.4 Die Aanpassingsvraelys

Die Aanpassingsvraelys meet veral twee gebiede van aanpassing, te wete persoonlike en sosiale aanpassing. Die 10 velde van aanpassing is die volgende: Selfvertroue, Gevoel van Eiewaarde, Gevoel van Persoonlike Vryheid, Gevoel van Aanvaarding en Erkenning, Sosiale Verhoudings, Simptome van Senuweeagtigheid, Morele Inslag, Huislike Verhoudings, Skoolverhoudings, en Emosionaliteit.

1.4.5 Die Junior Aanlegtoetse (JAT)

Die doel met die JAT is om 'n objektiewe, betroubare en ekonomiese meting te gee van die vermoë om kennis en vaardigheid in verskeie min of meer spesifieke rigtings te verwerf. Die resultate van die toetse word aangewend om leerlinge in sekere hoofberoepsrigtings, byvoorbeeld handel, tegnies en akademies in te deel, met moontlike verdere differensiering binne elke rigting.

Die JAT bestaan uit die volgende 12 toetse: Redenering, Klassifikasie, Berekeninge, Onderdele, Sinonieme, Vierkante, Naamvergelyking, Figuurpersepsie, Geheue vir Name en Gesigte, Woordvlotheid, Koördinasie en Skryfspoed.

1.4.6 Die Handelstoetse (HT)

Hierdie toetse is opgestel met die doel om 'n betroubare en objektiewe beeld te gee van leerlinge se algemene vermoë in die handelsrigting en van hul moontlikhede in sekere van die vernaamste terreine binne die handelsrigting. Die HT bestaan uit die volgende 6 toetse: Rekenkunde I, Rekenkunde II, Vergelyking, Sinonieme, Alfabetisering en Spelling en Punktuasie.

1.4.7 Die Tegniese Toetse (TT)

Die TT is opgestel met die doel om 'n betroubare en objektiewe beeld te gee van die toetspersoon se algemene vermoë in die tegniese rigting en van sy aanleg in sekere van die vernaamste vakrigtings of ambagte binne die tegniese rigting en bestaan uit 5 toetse, naamlik Rekenkunde (Meganiese Bewerkings en Probleme), Meganiese Insig, Vormwaarneming Deel I en II, en die Gereedskaptoets.

1.4.8 Die Guilford-Schneidmann-Zimmerman-belangstellingsvraelys (GSZ)

Die GSZ is opgestel om die beroepsbelangstelling van hoërskoolleerlinge en volwassenes in 18 belangstellingsvelde te meet. Volgens die beantwoording moet die toetspersoon besluit of hy die aktiwiteit sou verkies as 'n stokperdjie of as 'n beroep, sodat die eindresultaat 'n stokperdjie asook 'n werkbelangstelling aandui. Die volgende 18 belangstellingsvelde word gedek: Kuns-Waardering, Kuns-Ekspressie, Taal-Waardering, Taal-Ekspressie, Wetenskap-Navorsing, Wetenskap-Teoreties, Meganies-Hantering, Meganies-Ontwerp, Buitenshuis-Natuur, Buitenshuis-Sport, Besigheid-Handel, Besigheid-Bedryfsleiding, Sosiaal-Oorreding, Sosiaal-Gesellig, Persoonlike diens, Maatskaplike diens, Kantoorwerk-Klerklik en Kantoorwerk-Numeries.

1.4.9 Die Nuwe Suid-Afrikaanse Groeptoets (NSAG)

Beide die Intermediêre en die Senior reeks van die NSAG is toegepas om voorsiening te maak vir leerlinge in verskillende ouderdomsgroepe.

Die NSAG is opgestel om sekere aspekte van die ontwikkelingsintelligensie, dit is oorgeërfde intellektuele potensiaal wat tot op die dag van toetsing onder omgewingsinvloede ontwikkel het, te meet en lewer 'n Nie-verbale, Verbale en Totaaltelling.

1.4.10 Die Algemene Toetse in Taal en Rekenkunde (ATTR)

Die ATTR is opgestel met die doel om 'n objektiewe en betroubare meting te gee van leerlinge se bekwaamheid in hul moedertaal, Rekenkunde en tweede taal.

1.4.11 Die Spellingtoetse (ST)

Die doel met die toetse is om 'n objektiewe meting te gee van die vermoë of vaardigheid om Afrikaanse en Engelse woorde korrek te spel en bestaan uit die Afrikaanse en Engelse Spellingtoetse vir Afrikaans- en Engelssprekende leerlinge en meet die spelvermoë in die eerste en die tweede taal.

1.4.12 Die Algemene Wetenskap-, Geskiedenis- en Aardrykskundetoetse

Die inhoud van elkeen van hierdie toetse berus sover moontlik op die leerplaninhoud van die verskillende onderwysdepartemente en die doel is om die peil van die basiese kennis van st.6-leerlinge in Algemene Wetenskap, Suid-Afrikaanse Geskiedenis en Aardrykskunde op 'n objektiewe wyse vas te stel.

1.4.13 Standaard ses-skooleindeksamenpunte

Eksamenpunte ten opsigte van alle eksamenvakke is vir elke jaar van st.6 af ten opsigte van elke leerling ingesamel, omdat hierdie punte beskou word as een van die beste aanduidings van sukses in opleiding. Met die oog op hierdie ondersoek is daar slegs gebruik gemaak van enkele eksamenvakke, naamlik Afrikaans en Engels Hoër en Laer, Wiskunde, Wetenskap, Rekenkunde, Geskiedenis en Aardrykskunde.

1.4.14 Opvolggegewens tot st.10

Vir die doel is gebruik gemaak van die:

- (a) Totaalpuntpersentasie vir elke standaard van st.6 tot st. 10.
- (b) Slaag/Druip persentasie vir elke standaard van st. 6 tot st. 10.
- (c) Biografiese Vraelys vir st.10.
- (d) HSPV-roupunttellings vir st. 6 en st. 10.

1.5 BASIS VAN VERGELYKING IN HIERDIE ONDERSOEK

Die resultate aangaande die asma- en gesonde leerlinge sal op grond van die volgende statistiese tegnieke weergegee en met mekaar vergelyk word:

1.5.1 Resultate

Die resultate van die verskillende meetinstrumente sal waar moontlik as volg weergegee word:

- (a) Persentasiefrekwensies (%)
- (b) Gemiddelde staneges (\bar{X})
- (c) Standaardafwyking in terme van staneges (S)
- (d) Die getal leerlinge in elke groep (N).

1.5.2 Tabelle

Die gegewens word vir vergelykingsdoeleindes in tabelle weergegee. Daar sal basies van twee soorte tabelle gebruik gemaak word, naamlik -

(a) tabelle met nominale indelings wat weergegee word in terme van persentasiefrekwensies per klas;

(b) tabelle met punttellings wat weergegee word in staneges. In hierdie geval is die rekenkundige gemiddelde die sentrale waarde waarmee vergelyk word. In sodanige gevalle word die standaardafwyking ook aangetoon.

1.5.3 Grafiese voorstellings

Met die oog op groter aanskoulikheid en om interpretasies te vergemaklik, word sommige puntetellings ook grafies voorgestel.

1.5.4 Beduidendheid van verskille

Die beduidendheid van verskille tussen die ondersoek- en kontrolegroep word met behulp van die chi-kwadraat en t-toetse bepaal. Omdat selle van minder as vyf die berekening van die beduidendheidspeil met chi-kwadraat onbetroubaar maak, moes die frekwensies van sekere kategorieë of indelings soms saamgegroepeer word. In die gevalle waar dit nodig was om te groepeer, is dit altyd gedoen met die oog op die sinvolheid van afleidings wat deur groepering moontlik gemaak sou word. Waar sekere kategorieë of indelings saamgegroepeer moes word, word dit in die tabelle aangedui.

Die peil van beduidendheid word in hierdie ondersoek op 10 persent of beter gestel alhoewel sekere neigings of tendense wat deur bevindings uit die literatuur gesteun word ook aandag sal ontvang.

HOOFSTUK 2

DIE LEEFWÊRELD VAN DIE SIEK KIND

2.1 INLEIDING

Alvorens daar oorgegaan word tot 'n bespreking van asma en die probleme van die jeugdige asmalyer as siek kind, is dit nodig dat daar eers besin sal word oor die leefwêreld van die siek kind, sodat die asmalyer as besondere siek kind in perspektief geplaas kan word.

Waar die siek kind as onvolwassene op weg is na volwassenheid, moet hy tege-lyk aan sy onvolwassenheid as sy siekte die hoof bied. Net soos in die geval van die volwassene, sal die siek kind dieselfde bedreigings en gevare van siek-wees ervaar. Die kind is egter geen miniatuur volwassene nie en omdat hy steeds op-weg-is-na-vol-wassenheid en hy sy wêreld radikaal anders beleef as die volwassene, sal hy ook sy siek-wees anders beleef en daarom sal daar eers gelet word op die kind-wêreldverhouding en die rol wat die gesin- en skoolsituasie speel in die opbouing van hierdie verhou-ding om sodoende 'n beter begrip te kry van die leefwêreld van die siek kind.

2.2 DIE KIND-WÊRELDVERHOUDING

In die verkryging van 'n persoonsbeeld van die kind, is 'n begrip van die kind-wêreldverhouding noodsaaklik (Nel, 1966a en 1966b; Nel en Sonnekus, 1962; Nel, Sonne-kus en Garbers, 1965). Die kind se persoonstruktuur word deur allerlei omgewingsin-vloede (gesin, buurt, skool, maats, ens.) beïnvloed. Insig is nodig in die verhou-dinge waarin die kind tot sy wêreld staan, insig nie alleen in die onafskeidbaarheid van die kind en sy wêreld nie, maar ook in die feit dat die kind voortdurend besig is om nuwe verhoudinge op te bou.

Eerstens bewoon die kind sy wêreld wat beteken dat hy nie net daar is nie, maar dat dit 'n aktiewe verblyf in die wêreld is. Dit is 'n gedurige besigwees in die wêreld, wat beteken 'n aktiewe uitgaan na die wêreld, 'n voortdurende eksplorاسie van die wêreld. As ons die siek kind wil bestudeer, moet ons hom in sy wêreld ontmoet.

Tweedens bewoon die kind die wêreld deur sy liggaam en tree hy deur sy liggaam met die wêreld in kommunikasie. Die kind ontdek die betekenis van sy liggaam deur die wêreld waarin hy leef. Die siek kind ontdek sy siekte via die wêreld waarin hy leef. Hy ontdek sy liggaamlike voortreflikhede of talente deur die wêreld wat hy bewoon en ontwikkel 'n bepaalde ingesteldheid daarteenoor. As ons wil ontdek hoe die kind sy lig-gaamlikheid en veral sy liggaamlike afwyking of siekte belewe, moet ons na sy wêreld gaan.

Derdens is die kind altyd gesitueerd in 'n landskap in sy wêreld. Hy bevind hom gedurig in 'n bepaalde situasie met omringende dinge en gebeurtenisse waarmee hy in intieme relasie staan. Hy is altyd besig in 'n bepaalde situasie. As ons hom wil leer ken, moet ons hom in sy situasie ontmoet.

Vierdens is die kind altyd intensioneel gerig op die wêreld en die dinge van die wêreld. Elke psigiese akte het betrekking op iets. Hierdie betrokkenheid op die wêreld word intensionaliteit genoem.

Vyfdens is die kind in voortdurende gesprek of dialoog met sy wêreld en word hy voortdurend in sy eksplorاسie tot gesprek uitgelok. Die graad en aard van sy siek-wees sal ook sy dialoog met sy wêreld bepaal en sy eksplorاسie beïnvloed.

Sedens is die kind 'n eksistensiële wese. Hy kan hom van homself distansieër en homself beoordeel en evalueer en sy eie bestaan bevraag - ook sy siek-wees.

Laastens is die kind 'n historiese wese. Die verhoudinge wat hy in die loop van sy lewe opgebou het, staan bekend as sy historisiteit en dit kan geen kind van hom afskud nie. Dit is ook noodsaaklik om dit uit te lig as ons 'n diepere insig in die persoonsbeeld van die kind wil kry.

Daar moet in gedagte gehou word, dat die kind nog steeds op weg is na volwasse= senheid. Die kind as onrype, sedelik onselfstandige, hulpbehoewende, steunsoekende, nog verantwoordelikwordende, volwassene=wordende, se verhouding tot sy wêreld sal dus anders wees as dié van die volwassene tot sy wêreld. (Vergelyk werke van Langeveld 1965, Perquin 1960, Oberholzer 1954 en 1968 en Gunter 1964 en 1967, vir die begrip en struktuur van die opvoedingsituasie.) Die kind is in sy op-weg-wees-na-volwassenheid voortdurend besig om wêreldverhoudings op te bou, te stig of te konstitueer en hier speel nie alleen sy natuurlike milieu 'n rol nie, maar ook sy opvoedingsmilieu.

Langeveld (1966) sien die ontwikkeling of wording van die kind in die lig van vier onafskeibare momente naamlik:

- (i) Die biologiese moment,
- (ii) die beginsel van hulpeloosheid,
- (iii) die beginsel van veiligheid en
- (iv) die beginsel van eksplorاسie (pp. 41-54).

Die kind kom in die wêreld met 'n bepaalde liggaam, bewoon die wêreld deur sy ligaam en tree deur sy liggaam in kommunikasie met sy wêreld. Hy is met sy hele ligaam tot sy wêreld gerig; met sy hele liggaam eksploreer hy sy wêreld. Wanneer 'n kind in sy liggaamlikheid aangetas is, word hy in sy eksplorاسie van sy wêreld ernstig gekortwiek, sodat hy allerlei gedrags- en leermoeilikhede kan ontwikkel. Dit is veral die geval wanneer die kind hierdie tekort, gebrek, afwyking of siekte nie verwerk en sinvol aanvaar het nie.

Omdat die kind hulpeloser is as enige ander wese, is dit juis hierdie hulpe= loosheid wat in die opvoedingsituasie die ouerlike, veral moederlike sorg uitlok. Dit is egter van die grootste belang dat hierdie sorg liefevolle sorg moet wees.

Hierdie hulpeloosheid lei tot 'n behoefte aan veilige geborgenheid en bring na vore die beginsel van veiligheid. As die kind liefdevol versorg word dan begin hy selfversekerd en veilig voel en belewe hy nie onnodige angs nie.

Die beginsel van eksplorاسie is die neiging of drang in die kind om nuwe erva= ringsgebiede te betree en tot nuwe handeling en beweginge oor te gaan. In die begin= sel van eksplorاسie lê daar nog opgesluit die emansipasiebeginsel, dit wil sê die strewe om self iemand te wil wees.

Langeveld beklemtoon tereg dus dat 'n kind wat liggaamlik en psigies aan sy eie lot in hulpeloosheid, onveiligheid en ongeborgenheid in hierdie wêreld oorgelaat word, beslis nie sal eksploreer nie - selfs nie eers as daar oorbeveiliging en oorbe= skerming is nie, want dan sal so 'n kind weer te veel aangewese wees op beskerming van ander en nie 'n mate van selfbeveiliging aanleer nie. So 'n kind is pedagogies verwaar= loos en dit sluit onder andere in gebrek aan gesagsverhouding, gebrek aan gewetensvor= ming, affektiewe verwaarloosing en afwesigheid van identifikasieverhouding met die ouers.

Volgens Hofmeyr (1970) is dit van belang om daarop te wys dat, indien daar iets skort aan die verwerwing van die veiligheid as waarborg tot eksplorاسie, 'n kind terugval op sy hulpeloosheid, wat sy ganse wording, dus sy ganse volwassewording, tref. Die basis vir hierdie wording is eerstens die kind se gevoelsmatige belewing van die vertroulike verhouding tot sy opvoeders, waarop die sedelike opvoeding bou ten einde hom tot volwassenheid te lei (p. 37).

Hierdie kind-wêreldrelasie het sy oorsprong in die gesin van waaruit die kind mettertyd sy wêreldrelasies opgebou het. In die opbouing van die wêreldverhoudinge deur die kind, speel die gesins- en skoolmilieu 'n belangrike rol. Vervolgens 'n uit= eensetting van die gesin- en skoolsituasie in die opbouing van die kind-wêreldverhou= ding.

2.3 DIE BETEKENIS VAN DIE GESINSITUASIE

Volgens Nel (1963) blyk: "Dat die diagnostisering van 'n ongesteldheid of ver= steuring in die mens noodwendig nie alleen die wisselwerking tussen psige-gees en soma= ticum in aanmerking moet neem nie, maar ook, en veral, die milieu" (p. 99), omdat die mens nie as 'n geïsoleerde wese in die wêreld beskou kan word nie.

In sy op-weg-wees-na-volwassenheid sal die ouerhuis in 'n groot mate bepaal of die kind op normale wyse tot volwaardige volwassenheid sal gedy en of hy êrens in sy ontwikkelingsgang die spoor byster sal raak. Die kind se ontwikkeling kan alleenlik gedy in 'n atmosfeer van veiligheid en geborgenheid. Indien hierdie atmosfeer ontbreek, kan daar in die wording van die kind 'n gevoel van onveiligheid, hulpeloosheid en onsekerheid intree, wat sy eksplorasievermoë so sal beperk dat hy gedragsmoeilikhede sal openbaar en selfs in sy gevoels- en wilslewe sodanig sal stagneer dat sy hele denkvermoë daaronder ly en hy uiteindelik skolasties ook nie kan vorder nie.

Die hulp wat die kind in sy eerste lewensjare nodig het, vereis 'n fyn aanvoeling en 'n sterk liefde, wat alleen die ouers ten volle kan gee. Perquin (1960) stel dit sô: "Slechts hun eenwording met het kind is diepgaande genoeg om aan het behoeften van het kind te kunnen voldoen" (p. 20). In die liefdevolle omgang in die gesin voel die kind hom veilig en dit gee hom die sekerheid om tot eksplorاسie oor te gaan.

"Het gezin nu is het natuurlijke milieu waar het kind de liefdevolle leiding moet vinden op zijn ontdekkingstochten. Het antwoord op de verschillende problemen, die het kind 'buiten' ontmoet, verwacht het thuis. Zo is het gezin essensieel antwoord. Thuis zijn is - als het ware - probleemoplossing, het is terugkeer naar de basis van veiligheid en geborgenheid. Het niet-antwoord-krijgen op problemen heeft de sterkste negatieve emotionele gevolgen. Er is dan geen thuis - zijn meer" (Perquin 1960, p. 135)

In die ideale gesin weet die kind dat hy in liefde aanvaar word om wat hy is, naamlik die kind van sy ouers, en nie om wat hy doen of presteer nie. Rienstra (1962) verwys na die liefdevolle, versorgende opofferinge en toegeneetheid wat die ouers hulleself getroos. "Zij verschaffen hem in hun gezin en hun huis de ruimte, waarin hij zich vrij en onbezorgd kan bewegen, waarin hij zich zelf kan zijn en van waar uit hij een wijdere omgewing kan verkennen en veroveren. Steeds blijft deze veilige ruimte beskikbaar als een toevluchtsoord en als een bolwerk van rust" (p. 18).

Volgens Nel (s.d.) kan die oorsake van onveiligheid veelvuldig van aard wees, soos byvoorbeeld onvoldoende hulp en steun van die opvoeders (ouers), 'n gevoel van nie aanvaar wees nie, tekorte in die affektiewe vorming, afwesigheid van identifikasie met een of albei ouers, verwerping deur ouers, oormatige beskerming, biologiese tekorte soos liggaamsgebreke, chroniese siekte, ensovoorts (p. 40).

Rienstra (1962) wys daarop dat by die meeste kinders met leer- en gedragsmoeilikheid wat hy ondersoek het, daar 'n onbevredigende affektiewe verhouding tussen ouers en kinders was. Hy besluit: "Het kind voor wie de affectieve relaties in het gezin ongunstig liggen, loopt kans daardoor in zijn dispositie ten opzichte van de school te worden geschaad" (p. 152).

In die gesinstruktuur is 'n gesonde vader-moeder-, vader-kind-, moeder-kind-verhouding asook 'n gesonde verhouding tussen die kinders onderling noodsaaklik as voorwaarde vir 'n gesonde pedagogiese klimaat.

'n Liefdevolle verstandhouding tussen ouers, waar eerbied, liefde en waardering vir mekaar heers, is voorwaarde vir die goeie kinderlewe. Gedurige spanninge, as gevolg van rusies en wantroue tussen ouers, bederf die gesinsituasie en maak dit onveilig vir die kind. Van der Zeyde (1962) stel dit as volg: "Elke breuk in die tweeenheid van vader en moeder beleef het kind als een breuk in de garantie van zijn diepste veiligheid en daarmee ook in zijn opvoedingsgemeenschap met de vader en de moeder" (p. 54).

Alhoewel die vader nie dieselfde rol as die moeder in die gesin vervul nie, is 'n gesonde vader-kindverhouding baie belangrik. Die vader is gesagsdraer en draer van norme.

Ons Westerse wêreld met die vinnige en steeds toenemende emansipasie van die vrou het aanleiding gegee tot die ondermyning van die vaderlike funksie in die gesin. Vir die opgroeiende seun speel die vader 'n groot rol in sy groei na volwassenheid.

Dit is egter in die tere, innige, warme, liefevolle moeder-kindverhouding dat die kind werklike veiligheid en geborgenheid beleef. De Necker (s.d.) waarsku teen 'n te sterke liefdesband tussen moeder en kind en 'n gebrek aan warmte en innigheid in die verhouding, "want in die affektiewe verhouding is oordadig sowel as tekort skadelik vir die persoonlikheidsontwikkeling van die kind" (p. 21).

De Necker (s.d.) bespreek die twee uiterste vorms van die moeder-kindverhouding, naamlik 'n tekort aan moederliefde, affektiewe verwaarlosing of moederverwerping en 'n te hegte liefdesband of oormatige beskerming, na aanleiding van Vedder en Levy respektiewelik. Volgens Vedder vorm 'n tekort aan moederliefde die basis van sekere negatiewe karaktertrekke by die kind, naamlik:

- (i) "Hy is gevoelsarm en nie in staat tot diepere gevoelsbindinge met sy opvoeders of medeleerlinge nie.
- (ii) Hy is geestelik ontoeganklik en vertoon geen gevoelsreaksie in 'n situasie waar 'n mens kan verwag dat 'n normale kind dit wel sal toon nie.
- (iii) Sy onvermoë om hom aan iets te bind, geld nie alleen ten opsigte van persone nie, maar ook ten opsigte van sake. Egte belangstelling ontbreek en niks skyn blywende waarde vir hom te hê nie.
- (vi) Die onvoldoende gewetensvorming lei maklik tot lieg en steel" (p. 21).

Dit kom kortliks daarop neer dat die kind in 'n bestaanstroebelheid beland, wat volgens De Necker (s.d.) noodwendig sal lei tot 'n stagnering van die leerakt.

Levy sien die houding van oormatige beskerming en 'n te hegte liefdesband veral as 'n moederlike verskynsel en sit dit onder vier hoofkategorieë uiteen, naamlik:

- (i) "n Buitensporige intensiewe kontak tussen moeder en kind ...;
- (ii) pogings om die kind infantiel te hou ...;
- (iii) 'n verandering om die kind sosiaal selfstandig te maak ...;
- (iv) te veel of te min kontrole. In die geval van te veel kontrole eis die moeder 'n onvoorwaardelike gehoorsaamheid en onderwerping van die kind ... In die geval van te min kontrole vind ons 'n slaafse onderwerping van die moeder aan die wense en grille van die kind" (pp. 21-22).

Die aantal kinders in 'n gesin speel ook 'n rol in die onderlinge verhoudings tussen kinders. Die enigste kind is dikwels sensitief, besitlik, emosioneel afgesonder en word deur die moeder oorbeskerm. In die groot gesin kan daar egter ook gedragsprobleme ontstaan as gevolg van ongesonde mededinging, jaloesiegevoelens, ensovoorts.

2.4 DIE BETEKENIS VAN DIE SKOOLSITUASIE

Alhoewel daar dikwels beweer word dat die skool eerder 'n didaktiese as 'n pedagogiese taak het, kan hier nie van skeiding sprake wees nie en kan die skool hom nie van sy pedagogiese taak losmaak nie. In sy-op-weg-wees-na-volwassenheid verlaat die kind reeds vroeg al die gesinsmilieu en kom dan in die skoolmilieu, wat ook 'n belangrike rol speel in die stigting van wêreldverhoudinge deur die kind.

Veiligheid, sekerheid en geborgenheid is in die skoolsituasie net so noodsaaklik as in die gesinsituasie. As hierdie sekerheid in die skool ontbreek, lei dit tot bestaansonsekerheid by die kind. Indien die kind onseker oor die leersituasie voel, kom die eksplorasië- en emansipasie-beginsels nie tot sy reg nie. Net soos affektiewe stoornisse in die gesin die ontwikkeling van die kind belemmer, lei dit in die skool tot 'n agteruitgang in skoolresultate.

Die omstandighede in die huisgesin het 'n sterk invloed op die kind in die skool. 'n Kind met affektiewe tekorte sal moeilik inskakel in die skoolsituasie. Die kind se omgang met onderwysers en medeleerlinge sal hierdeur belemmer word. Die oorbeskermd kind met gebrekkige selfstandighedsontwikkeling, asook die kind wat 'n tekort aan moederliefde ontvang het en hom dus onveilig voel, sal dit moeilik vind om sy skoolwêreld suksesvol te betree. Negatiewe affektiewe bindinge tussen ouers en kinders kan ook die motivering van die kind om op skool te presteer, verminder.

Rienstra (1962) merk in dié verband tereg op "... komt het kind op zijn zesde jaar op school, dan is het geen 'tabula rasa' meer. Het heeft al heelwat indrukken en ervaringen opgedaan. Wat het kind op school te horen en te zien krijgt, val op een bodem, die reeds op een zeer bepaalde manier is voorberekt en ingezaaid. Hoe diep of hoe ondiep er is gespit, hoeveel onkruid ermee is ingezaaid of niet voldoende uitgeweid, de onderwijzer(es) zal het straks gaan merken. Het kind brengt zijn gezin en de opvoedingsinvloeden, die daarin hebben gewerkt, mee naar school" (p. 24).

Die kind se huislike omstandighede het dus 'n sterk invloed op sy gedrag in die skool. Dit is dus noodsaaklik dat daar noue samewerking tussen skool en gesin sal wees. Kennis van die gesinsituasie is 'n noodsaaklike voorvereiste vir suksesvolle onderwys.

Besondere aandag is geskenk aan die betekenis van die gesin- en skoolsituasie omdat die siek-kind-wêreldverhouding in 'n groot mate bepaal word deur die gesin- en skoolsituasie waarin die siek kind hom bevind. Die gesin en skool het 'n besondere opvoedingstaak om die kind tot volwassenheidsaanvaarding te lei. Omdat die siek kind sy wêreld anders beleef as die gesonde, rus daar 'n groter verantwoordelikheid op die skouers van ouers en onderwysers om hom tot volwassewording te lei.

2.5 DIE SIEK KIND EN SY VERHOUDING TOT SY WÊRELD

Soos reeds aangedui in die bespreking van die kind-wêreldverhouding, bewoon die kind die wêreld deur sy liggaam en tree hy met die wêreld in kommunikasie deur sy liggaam. Die kind as afhanklike, hulpbehoewende en hulpsoekende, is aangewese op die hulp, steun en leiding van die volwassene in sy op-weg-wees-na-volwassenheid. In sy wording is die kind voortdurend besig om sy wêreld te eksploreer in 'n klimaat van veiligheid en geborgenheid. Die siek kind sal egter moeiliker tot eksplorasië oorgaan as die gesonde. Sonnekus (s.d.) stel dit as volg: "Kortom: 'n liggaamlike gestremde ontwikkeling strem ook die oorwinning van die kind oor die hulpeloosheid, die verowering van veiligheid en die oorgaan tot eksplorasië en emansipasië. 'n Kind wat dus biologies gestremd is, sal vanweë 'n onstabiele affektiewe basis, 'n gebrek aan vertrouwe vertoon, sal nie kan oorgaan tot waag en risikoname nie en sal in sy geheel sy wêreld gebrekkig eksploreer" (p. 29).

Sonnekus gaan verder: "Wanneer 'n kind te lank onveilig bly, dus op sy hulpeloosheid aangewese bly, is hy nie in staat om hom oop te stel vir die wêreld nie, dus sy oopstaan vir die wêreld, as ope kommunikasie met die wêreld word gerem. Maar meer nog, 'n onveilige kind is nie in staat om hom tot die wêreld te rig, dus uit te gaan, hom te waag tot die wêreld nie. So sal 'n onveilige kind nie tot die hoogste vorm van kinderspel bekend as illusiewe spel, oorgaan nie. 'n Onveilige kind gaan dus nie oor tot wêreldstigting, tot wêreldkonstituering nie; en bly aangewys op sy eie vitale, patiese verbondenheid met sy konkreetomringde wêreld, in stede van om hom te rig tot die meer abstrakte gnostiese wêreld, die wêreld van die simbool en van taal" (p. 13).

Die siek kind beleef sy wêreld anders as die gesonde. Die siekte is vir hom 'n struikelblok, sy vryheid is beperk, sy spel word beperk, hy kan nie en hy mag nie altyd meedoën nie, hy het meer dikwels met mislukkings te doen, hy is meer afhanklik en hulpbehoewend, ensovoorts. Hierdie anders-wees van die siek kind kan aanleiding gee daartoe dat hy hom terugtrek van gesonde kinders omdat hy nie aan alles kan meedoën nie, en dit moet noodwendig 'n invloed uitoefen op sy persoonswording. Die siekte hou vir hom die moontlikheid in van vereensaming, vreesagtigheid, selfbejammering, gebrek aan selfvertroue, oorafhanklikheid, gebrekkige toekomstperspektief, 'n gevoel van opstand, aggressie, vyandigheid, en dies meer.

Die siek kind sal volgens Hofmeyr (1970) dikwels die sin van sy siekte, sy nood en leed, die sin van sy eie bestaan, die sin van sy lewe, die sin van sy geskiedenis en die sin van dood bevraagteken. Vir die siek kind sal dit moeiliker wees as vir die volwassene om antwoorde te vind op die waaroms van die lewe. Hy sal moeiliker kan kom tot aanvaarding en berusting. Daar rus dus 'n groot taak op die skouers van ouers en opvoeders (onderwysers) om die siek kind te lei tot aanvaarding en sinvolle verwerking van sy situasie as siek kind.

Volgens Newcomb (1959) het die aanvaarding van die siekte deur die kind, 'n belangrike uitwerking op sy siektetoestand. Hy laat hom as volg uit oor die diabetiese

kind: "Helping them to have a wholesome attitude toward their illness, rather than attitude of invalidism, is one of the most imperative contributions that all of the persons having contact with the child can make. Emotional tension decreases the diabetic's physical well-being, as it does all people suffering with a chronic illness (p. 180).

Aanvaarding van sy siekte is egter vir die kind bykans onmoontlik tensy hy daarin die hulp en steun van volwassenes kry. Hy moet opgevoed word om sy siekte te aanvaar en die sin daarvan te begryp. Sodoende kan hy dan kom tot selfaanvaarding en verantwoordelikheid.

Aanvaarding deur die kind is egter moeilik indien die ouers nie ook self sy siektetoestand aanvaar nie. Ouers is soms te geneig tot bejammering en dit lei tot verwenning en oorbeskerming. Volgens Riley (1959) moet die kind opgroei onder die normale dissipline van 'n gesonde kind, anders bestaan die gevaar dat hy kan verval tot 'n geestelike invalide (p. 250). Murphy (1959) skryf in dié verband: "The child does not require pity. He requires affection and understanding" (p. 229), terwyl Sullivan (1959) dit as volg stel: "Sympathy and pity do not help the child. Only the loving encouragement which allows him to grow can be of help" (p. 345).

Dit is egter logies dat ouers baie sensitief, gevoelig en bekommerd sal wees oor 'n siek kind. Hierdie kommer word soms verhoog deur onkunde in verband met die siekte en daarom is dit so noodsaaklik dat ouers ten volle ingelig sal word in verband met die siekte van hul kind. Patterson (1959) stel dit as volg: "Many serious problems may develop when parents of children with handicapping conditions are denied an early definition of the problem with which they are confronted" (p. 13). Gebrek aan kennis en insig in die probleem gee volgens Patterson aanleiding tot oorbeskerming of verwerping wat gepaard gaan met emosionele onrus by die ouers, met nadelige gevolge vir die kind. "The child with a handicap is often the first to feel the effects of emotional unrest, particularly that of the mother, thus adding psychic wounds to further complicate the original handicap. This emotional unrest can spread to the normal children and the marriage partner" (Patterson 1959, p. 14).

Volgens Spock en Lerrigo (1965) is daar dikwels by die ouers 'n skuldgevoel teenoor die siek kind en hierdie skuldgevoel gee aanleiding tot oordrewe opofferings om sy onthalwe. Omdat alles vir hom gedoen word, verloor hy soms alle ambisie en selfrespek en voel hy onveilig (pp. 11-12). Hierdie onveiligheid kom soms tot uiting in aggressie of algehele terugtrekking. Spock en Lerrigo (1965) skryf hieromtrent: "If you can treat your child naturally and accept his handicap in a fairly casual way, you will ease some of his own tensions and free him from the pressure of trying to do the impossible" (p. 26).

Wat die siek kind nodig het, is 'n gevoel van moed, selfvertroue, veiligheid en geborgenheid en erkenning van sy waardigheid as persoon. Volgens Ryman (1959): "Parents must impart a feeling of courage and self-confidence to the child. Every child has to feel that he belongs. He must develop a sense of trust in those about him. From the beginning he must sense the feeling of security which loving and warm parents can give him" (p. 51). Omtrent die erkenning van die waardigheid van die siek kind as persoon stel Sullivan (1959) dit as volg: "The child must be aware that in the eyes of adults he has real value as a person. Little of worth can accrue from their efforts unless the child feels unequivocal acceptance" (p. 344).

Sonnekus (1963) meen dat sodra die kind gekom het tot verantwoordelikheid, hy die sinvolheid van sy eie bestaan begryp en daar sprake is van 'n dinamies-aktiewe werking, van hernieuwe toekomspektief, van 'n geroopenheid en van taakbesef (p.160). In die hulp- en steungewing van die kind in sy op-weg-wees-na-volwassenheid moet die klem val op gevoelsopvoeding en die opbou van stabiele affektiewe verhoudings in 'n poging om die kind sy hulpeloosheid te help oorwin en so plek te maak vir veiligheid en geborgenheid.

Die siek-kindwêreldverhouding word kernagtig saamgevat deur Hofmeyr (1970): "Die siek kind belewe sy liggaamlike tekort so sterk dat hy vasgevang is in sy eie liggaam; hy is teruggegooi op sy eie liggaam en die moontlikheid van verwerping van die eie liggaam bestaan omdat hy die liggaam as minderwaardig beskou. Hierdie beleving van die tekort as fisiese onmag het 'n duidelike uitwerking op die affeklewe van die

kind. Dit kan lei tot basiese lewensonsekerheid en die daarmee gepaardgaande angs en spanning, veral ten opsigte van mense, wat op sy beurt aanleiding kan gee tot selfingekeerdheid, 'n affektiewe armoede en 'n koue lewensingesteldheid. Sy bereidheid tot deelname aan die wêreld is dus aangetas. Hoewel daar 'n mate van verstandskontrole oor die affek is, kom daar ook 'n stryd tussen affektiwiteit en selfbeheer voor en die moontlikheid van sterk aggressiwiteit is nie uitgesluit nie.

Weens die aantasting van die liggaam kan daar 'n gebrekkige waaghouding voorkom wat hom laat geld in die eksplorاسie van die kind en ook 'n remmende uitwerking het op die toekomspektief. Die siek kind soek na hulp en steun in sy op-weg-wees, veral op affektiewe vlak" (p. 142).

Volgens Hofmeyr (1970) het hierdie kinders die hulp en steun van volwassenes nog meer nodig as gesonde kinders, "... nie alleen op normatief-etiese terrein nie, maar veral op affektiewe vlak. Om hierdie kind te kan help, moet die volwasse opvoeder toetree tot die wêreld van die siek kind en 'n voorvereiste hiervoor is aanvaarding van die kind met sy siek liggaam in sy siek-wees, tesame met erkenning van sy waardigheid as persoon" (p. 166).

2.6 SINTESE

In hierdie hoofstuk is kortliks aandag geskenk aan die kind-wêreldverhouding as aanloop tot die siek-kind-wêreldverhouding met spesiale verwysing na die betekenis van die gesin- en skoolsituasie.

In die bespreking van die siek-kind-wêreldverhouding is in besonder klem gelê op die behoefte aan veiligheid en geborgenheid wat daar by die kind bestaan in sy op-weg-wees-na-volwassenheid. Voorts is daar gewys op die feit dat enige langdurige of chroniese siekte of liggaamlike gestremdheid die kind se oorwinning oor sy hulpeloosheid belemmer en hom strem in die verwerwing van die nodige veiligheid en die oorgaan tot eksplorاسie en emansipasie. As gevolg van die beperkings deur sy siekte op hom gelê, moet dit noodwendig 'n invloed uitoefen op sy persoonswording.

Omdat die siek kind dikwels die sinvolheid van sy bestaan bevraagteken, rus daar 'n belangrike taak op die skouers van die ouers en onderwysers as opvoeders om hom te lei tot aanvaarding en sinvolle verwerking van sy situasie as siek kind tesame met erkenning van sy waardigheid as persoon.

HOOFSTUK 3

WAT IS ASMA?

3.1 INLEIDING

In hierdie hoofstuk sal daar gekyk word na die aard, oorsake, omvang, erns, gevolge en behandeling van asma. As gevolg van die multidimensionaliteit van asma sal besondere aandag geskenk word aan bevindings en standpunte van verskillende navorsers en sal daar gelet word op die rol van die medikus, sielkundige en pedagoog in die behandeling van asma.

Omdat die asmakind as besondere siek kind hom ook voortdurend in die gesin- en skoolsituasie bevind, sal die rol wat genoemde instansies speel in die lewe van die asmakind, telkens aan die orde gestel word.

3.2 AARD VAN ASMA

Asma beteken eintlik 'n versteuring van die asemhalingsproses. Finch (1967) definieer asma as volg: "Bronchial asthma is a condition characterized by recurrent episodes of a wheezing type of dyspnea with labored and prolonged expiration" (p. 1409). Dyspnoea word omskryf as moeilike asemhaling. Die dyspnoea manifesteer hom veral met uitaseming. Alhoewel 'n mens gewoonweg nie bewus is van die asemhalingsproses nie, is die asmatikus wel deeglik bewus van verhoogde respiratoriese inspanning. Asemhaling as onbewuste funksie het vir die asmatikus 'n bewuste funksie geword.

Aangesien die lugpypies vernou is met asma, word die lug moeilik na buite gedryf en derhalwe word uitaseming 'n bewuste en vermoeiende proses. Inaseming neig om kort en hygend van aard te wees. Kenmerkend van die asmatikus is die fluitgeluid wat gehoor kan word met uitaseming. Tydens 'n aanval moet die persoon gewoonlik in 'n regop posisie kom om asemhaling te vergemaklik. Die persoon kry ook dikwels hoesbuie wat sy asemhaling verder bemoeilik.

Die chroniese asmapasiënt is gewoonlik tussen aanvalle ook kort van asem, veral met liggaamlike inspanning. 'n Asma-aanval word dikwels voorafgegaan deur 'n hoesbui, 'n verstopte neus, en sterk vogafskeiding van die traankliere, die neusslymvlies en die speekselkliere. Asma-aanvalle begin gewoonlik skielik, alhoewel die persoon vooraf 'n gevoel van benoudheid mag ondervind. Die aanvalle duur gewoonlik kort, van 'n paar minute tot 'n uur of twee. Finch (1967) beweer egter dat so 'n aanval selfs 'n paar dae mag aanhou. Asemhaling mag moeilik bly vir 'n paar uur tot selfs 'n paar dae na 'n akute aanval. Indien 'n aanval lank duur, of gou weer oorgaan in 'n volgende aanval, word dit 'status asthmaticus' genoem, wat redelik gevaarlik is en aanleiding kan gee tot die dood.

Die benoudheid van die asmalyer kan volgens Quarles van Ufford (1958) die gevolg wees van 'n allergiese toestand; infeksie waarby allergiese prosesse 'n rol speel; refleksbewegings; normale prikkels soos skerp lug, skrik of hyg na hardloop, wat 'n kramp veroorsaak; psigiese prosesse of 'n samewerking van psigiese prosesse en allergiese faktore. Die direkte oorsaak van die benoudheid is egter 'n aandoening in die lugweë wat aanleiding gee tot 'n vernouing.

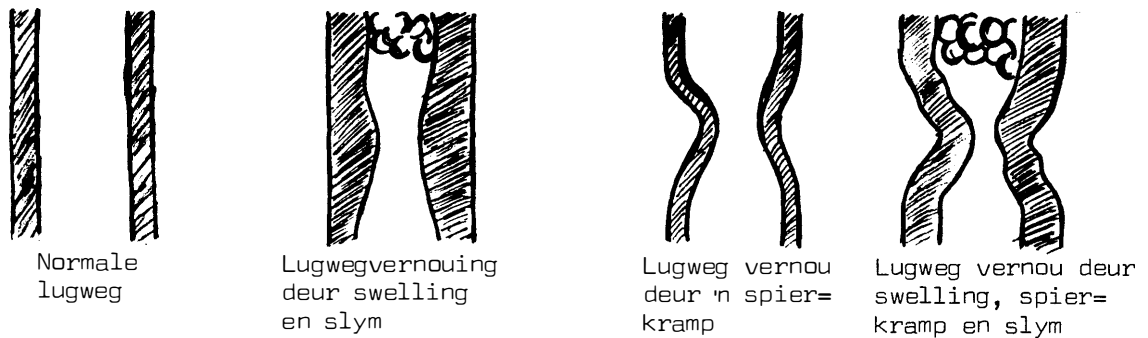
In figuur 3.1 word skematies aangedui hoedat verskillende prosesse aanleiding gee tot die vernouing van die lugweë (Quarles van Ufford, 1958, p. 4).

Die vernouing van die lugweë word veroorsaak deur -

- (a) 'n kramp in die spierstelsel waardeur die spiere saamgetrek bly en dus die bronchi vernou;
- (b) 'n swelling van die slymvlies van die bronchi, waardeur die lugweë vernou;
- (c) 'n oormatige slymafskeiding vanuit die slymvlies van die bronchi, waardeur die lugafvoer belemmer word, en
- (d) 'n kombinasie van al drie bogenoemde faktore.

FIGUUR 3.1

SKEMATIESE VOORSTELLING VAN DIE VERSKILLENDE PROSESSE WAT AANLEIDING GEE TOT VERNOUING VAN DIE LUGWEË TYDENS ASMA



Die irritering van die lugweë gee in baie gevalle aanleiding tot infeksie van die asemhalingsstelsel. 'n Reuking van die longweefsel (emphysema) as gevolg van oormatige lug, kom ook voor. Chroniese asma kan as gevolg van 'n suurstofgebrek aanleiding gee tot vele ander simptome, wat dit soms moeilik maak om hierdie siekte as sodanig te diagnoseer. Volgens Jongbloed (1960) kan die verhoogde koolsuurgasspanning in die bloed as gevolg van verlaagde longventilasie lei tot moeilike asemhaling. Die hart word ook geprikkel om vinniger te klop, sianose mag op die voorgrond tree en selfs die nierfunksies mag beïnvloed word.

Volgens Speer (1958) : "Asthma seldom if ever occurs as an isolated allergic manifestation. The patient is, allergically speaking, 'sick all over', asthma representing only one of many allergic manifestations" (p. 3).

Met bogenoemde omskrywing van asma word hier volstaan, alhoewel uit die omvattende literatuur blyk dat daar groot verskille bestaan tussen medici, psigo-analitiese en allergoloë oor die begrip asma. Die verskil in siening berus egter op die verskil in uitgangspunt en wat as veroorsakende faktore beskou word. Oor die fisiese siektebeeld soos hierbo beskryf, bestaan daar egter min meningsverskil.

3.3 ASMA AS 'N PSIGOSOMATIESE SIEKTE

Asma word geklassifiseer as een van die psigosomatiese siektes (Gerard 1946, Saul 1950, Dunbar 1954, Lopez Ibor 1956, Holland en Ward 1966, Shaw 1966, Van den Berg 1967). Volgens Van den Berg (1967) is 'n psigosomatiese siekte "... een zich in de eerste plaats lichamelijk tonende ziekte (die) bindend samehangt met neurotiese afwijkingen" (p. 164).

Alhoewel meer psigosomatiese siektes gewoonlik in handboeke bespreek word, noem Van den Berg vier siektes wat algemeen as psigosomaties erken word:

- (a) Asma
- (b) Colitis ulcerosa ('n kwaal aan die dikderm)
- (c) Essensiële hipertensie (hoë bloeddruk)
- (d) Maagswere

Volgens Holland en Ward (1966) : "The concept of psychosomatic medicine is used chiefly as a methodologic principle, reflecting the fact that in certain illnesses it is most important that treatment be directed at both the physiological and the psychological levels of adaptation. This category of illnesses is best exemplified by the psychophysiological disorders: peptic ulcer, migraine, bronchial asthma, hypertension, and so on. This category occupies the middle of a range of disorders between the more purely psychiatric disorders on the one hand, and the more purely medical illnesses on the other hand" (p. 345).

In die ware sin van die woord is alle siektes egter "psigosomaties" omrede -

(a) alle psigiese siektes kenmerkende fisiese begeleidings- en uitdrukkingsverskynsels het, en

(b) alle liggaamlike siektes hulle psigiese verwerking (al is dit slegs die siek-wees self) insluit.

Holland en Ward (1966) stem saam met die "psigosomatiese" aard van die meeste siektes en laat hulle as volg uit: "Health depends on both successful physiological and psychological adaptation to the environment. This included both the maintenance of homeostatic equilibrium within the organism and the successful adaptation to stresses outside the organism ... It is evident that in broad sense all diseases are psychosomatic" (pp. 344-345).

Dunbar (1954) haal Strecher as volg in dié verband aan, wat selfs so ver gaan om persentasies toe te ken aan die rol wat die psige speel in die herstel by chroniese siektes: "... it is not an overstatement to say that fully fifty per cent of the problems of the acute stages of an illness and seventy-five per cent of the difficulties of convalescence have their primary origin not in the body, but in the mind of the patients" (p. 81). Dunbar gaan verder en lê besondere klem op die belangrike rol wat die psigiese speel in die geval van akute en chroniese siektes.

Alhoewel Shaw (1966) saamstem dat alle siektes 'n psigosomatiese kleur het, besluit hy egter as volg: "... the term psychosomatic must be limited to those situations in which there is both physical and some degree of emotional abnormality which is involved with that disease" (p. 283).

Volgens Shaw (1966) is die aandag in 'n toenemende mate toegespits op dié siektes waar emosionele faktore 'n belangrike rol gespeel het en is die term "psigosomatiese siekte" toegeken aan 'n beperkte aantal siektes waar emosies 'n belangrike etiologiese rol gespeel het (p. 280).

Die etiologie van hierdie siektes is baie problematies. Erflikheid, oorsensitiwiteit van sekere organe, emosionele probleme en gedurige neurotiese spanning kan almal oorsaaklike faktore wees. Daarom praat McGovern en Knight (1967) eerder van 'n konstellasie van oorsake en hou hulle die holistiese beskouing daarop na: "The holistic approach, in diagnosis and treatment, is strongly against fragmenting man into psyche and soma. Man is a product of his total environment and disease is a protest of the whole man" (p. vii).

Die rasionaal wat hierdie ondersoek ten grondslag lê, is die aanname dat een van die psigosomatiese siektes, naamlik asma, 'n spesifieke karakter het - nie alleen organies nie, maar ook funksioneel (die gedragaspek). Dit is egter slegs redelik om te verwag dat indien asma 'n spesifieke funksionele karakter ook het, dit baie meer fasette sal toon as die fisiese siektebeeld.

Daar kan nie uit 'n mediese diagnose, byvoorbeeld van asma, eenvoudig 'n aantal psigiese komponente afgelei word nie. Die siektebeeld, wat algemeen en maklik identifiseerbaar is, is die manifestasie van 'n besondere persoon se unieke verhouding tot die ander, sy wêreld en sy liggaam. Tog maak Alexander en Flagg (1965), gesaghebbendes op die gebied van die psigosomatiese siektes, die volgende veralgemening: "Just as certain bacteria have special affinity for certain organs, so also there is strong evidence that certain specific emotional conflicts tend to affect certain internal organs. Inhibited rage, for example, seems to have a specific relationship to the cardio-vascular system. Dependent, help-seeking tendencies seem to have a specific relationship to the functions of nutrition. A conflict pertaining to communication with others seems to have a specific influence on respiratory functions" (p. 860).

Voordat oorgegaan word tot 'n bespreking van die oorsake van asma, eerstens 'n kort bespreking oor die indeling van asma volgens verskillende navorsers.

3.4 INDELING VAN ASMA

Rackemann (1931) verdeel asma in ekstrinsieke en intrinsieke asma. Onder ekstrinsieke asma verstaan hy asma wat veroorsaak word deur ekstrinsieke faktore soos

allergene, byvoorbeeld sekere proteïne wat deur die asemhaling of spysvertering ingeneem word om die allergiese reaksie te veroorsaak. Intrinsieke asma verteenwoordig al die ander soorte asma wat veroorsaak word deur infeksie, vergiftiging, emosies, ensovoorts.

Helman (1956) noem drie soorte asma, naamlik veroorsaak deur infeksie, deur allergieë en deur emosionele of psigiese faktore. Volgens Helman is dit belangrik vir die behandeling van asma om te weet tot watter groep die pasiënt behoort (p. 989).

Voorhorst (1959) onderskei tussen atopiese en nie-atopiese asma. By die atopiese asmapasiënte vind hy duidelike positiewe huidreaksies op allergene, 'n sterk toename in die aantal eosinofiele granulokiete (sekere wit bloedliggaampies) in die bloed, 'n toename in die herfs en 'n aanvang van die siekte op 'n betreklik jeugdige leeftyd. Die nie-atopiese asmapasiënte daarenteen toon geen duidelike positiewe huidreaksies op allergene nie, geen duidelike eosinofilie nie, geen verergering in die herfs nie, terwyl dit 'n spitsperiode beleef op plus minus 50 jaar.

Een van die belangrike resente ondersoeke oor asma is dié van Block et al. (1964) wat aangetoon het dat die asmapopulasie nie homogeen is nie, maar dat in sielkundige ondersoeke tussen sekere groepe onderskei behoort te word. Hulle het naamlik gevind dat asmalyers geweldig verskil ten opsigte van hulle sensitiwiteit vir allergene. Block en haar medewerkers het toe 'n indeks ontwerp om sensitiwiteit vir allergene uit te druk, genaamd die Allergic Potential Scale (APS), waarin hulle verskillende faktore, byvoorbeeld reaksies op veltoetse, allergie in die familiegeskiedenis, bloedtellings, ensovoorts gekombineer het. Aan die hand van die APS het hulle gevind dat jong asmalyers met 'n geringe sensitiwiteit baie meer aanpassingsprobleme toon as die jong asmalyers met 'n hoë APS-telling.

Menges (1966) het asmapasiënte weer verdeel in 'n A- en B-groep. By die A-groep tree oorerwingsfaktore sterk op die voorgrond en is die somatiese aspek van die siekte van oorwegende belang. By die B-groep is oorerwingsfaktore van weinig of geen belang nie, maar tree psigososiale aspekte duidelik na vore. Terwyl die eersgenoemde groep gunstig reageer op mediese behandeling, is dit van min of geen waarde in die geval van die B-groep nie. Van groot belang is die sterk ooreenkoms wat daar blykbaar is tussen die indeling van Menges (1966) en dié van Voorhorst (1959).

Vervolgens 'n kort bespreking van die verskillende fasette van die konstellasie van faktore wat asma veroorsaak, soos blyk uit die literatuur.

3.5 ETIOLOGIE VAN ASMA

Uit die gegewens van Rackemann (1931), Helman (1956), Voorhorst (1959), Block et al. (1964) en Menges (1966) blyk duidelik dat daar gevalle is waar die oorsake fisies van aard is (bv. infeksie, allergie, oorerwing) maar daar is ook gevalle waar die oorsake oorwegend psigies van aard is (bv. afhanklikheidsambivalensie, onderdrukking van woede). Hierdie is egter slegs die twee uiterste pole van die verskynsel van asma. In die meerderheid van die gevalle lê die oorsake waarskynlik tussen die twee uiterstes en bevat elemente van beide.

3.5.1 Erflike faktore

'n Familiegeskiedenis van allergiese faktore word deur verskillende ondersoekers gerapporteer (Davidson 1935, Boland 1963, Hill 1966, Jaspar, Prick en Van de Loo 1955, Wesley, Clyde en Wallace 1969 en talle ander).

Volgens Boland word erflike faktore in 50 persent van alle asmagevalle aangetref. Jaspar, Prick en Van de Loo (1955) wys daarop: "... dat het asthma bronchiale een der ziekten is, die in haar optreden een duidelijke familiäre gebondenheid vertoont. Cijfers ... over het voorkomen van asthma in de familie van de patiënt wisselen van 48 persent (Atkinson) tot 68 persent (Bray). Hierbij moet bedacht worden, dat genoemde cijfers een minimum vertegenwoordigen, ..." (p. 226). Hulle gaan voort: "Het familiär voorkomen van asthma impliceert echter niet zonder meer, dat het een hereditaire ziekte is. Immers, het familiär voorkomen kan ook op schijnerfelijkheid berusten" (p. 227). Na 'n deeglike bespreking van die moontlikheid van skynerflikheid besluit die ondersoekers: "Op grond van al deze overwegingen, de relativiteit ervan toe"

gegeven, menen wij toch in ons materiaal voldoende gegewens gevonden te hebben het asthma bronchiale als een ziekte te beschouwen, waarbij de erfelijke aanleg als een grondconditionering is aan te merken" (p. 228).

Wesley, Clyde en Wallace (1969) vind 'n familiegeskiedenis in 72 persent van hul Indiër-, 66 persent van hul Bantoe- en 69 persent van hul Blanke asmapasiënte (p. 87).

In die ondersoek van Hill (1966) oor die voorkoms van asma by die ouers van asmakinders in die VSA vind hy egter 'n heelwat laer voorkoms van erflikheidsfaktore. Hill spreek sy verbasing uit dat 73 persent van die pasiënte se ouers glad nie asma gehad het nie, terwyl in slegs 27 persent van die gevalle een of albei van die ouers daaraan gely het. Slegs 1,4 persent van sy gevalle (11 pasiënte) se ouers het albei asma gehad (p. 354).

Alhoewel feitlik alle navorsers erflikheidsfaktore as een van die veroorsakende faktore van asma noem, blyk duidelik dat die bevindings van navorsers in verband met die voorkoms van die betrokke faktor geweldig wissel. In die enkele ondersoeke wat hierbo aangehaal is, wissel die voorkoms vanaf 27 tot 72 persent.

3.5.2 Allergieë

Die meeste navorsers beklemtoon die hoë voorkoms van allergiese toestande by asmapasiënte en noem 'n verskeidenheid van allergene wat verantwoordelik is vir die ontstaan van 'n asma-aanval.

By die allergiese asmapasiënt het die immunologiese meganismes van sy liggaam onklar geraak. Die allergeen, byvoorbeeld sekere proteïene, word deur die asemhaling of deur die spysvertering ingeneem om die allergiese reaksie te veroorsaak. McGovern en Knight (1967) skryf: "In the normal person the antibodies are freed into the bloodstream to induce immunity, while in the allergic patient the antibodies, circulating and fixed to the cells, produce instead the reaction (that is the asthma attack)" (p. 12).

Volgens Boland (1963) is daar nie duidelikheid oor presies wat daar in die liggaam plaasvind om 'n allergiese reaksie te ontketen nie. Hy bied egter die volgende verklaring aan: "... one theory is that they act by producing antibodies in the allergic subject, and that the combination of allergens with fixed antibodies in the tissues produces the allergic response, possibly by the release of histamine or some allied substance. The nature of the response depends on the site of the allergen-antibody reaction and in the bronchi consists of oedema of and hypersecretion by the mucous membranes. The afferent pathways may be from the nose or from the bronchi themselves, or possibly from the stomach or other organs, and the action is by vagal stimulation with consequent hypersecretion and constriction of the smooth muscle of the bronchi" (p. 475).

De V. Heese (1961) vind by 70,0 persent van sy 68 pasiënte 'n allergiese geskiedenis en hy besluit dat allergieë moontlik die belangrikste enkele oorsaak van asma by kinders is (p. 231). Rees (1956a) kom na 'n deurtastende ondersoek na die oorsake van asma by kinders tot die gevolgtrekking dat infeksie (55%), allergieë (20%) en emosionele faktore (25%) die belangrikste veroorsakende faktore van 'n asma-aanval is (p. 106).

Verskillende allergieë word as voorlopers van asma beskou. Dees en Durham (1957) besluit: "... many reports show that eczema and allergic rhinitis are of serious importance in young children as being forerunners of asthma in 30% - 60% of patients. For this reason, these conditions should be treated promptly and vigorously" (p. 232). Ratner, Collins-Williams en Untracht (1951), Glaser (1956) en Clein (1945) het onderskeidelik gevind dat ekseem by kinders in 59,53 en 33 persent van die gevalle uiteindelik ontwikkel het in asma.

Freeman en Johnson (1964a en 1964b) vind 'n toename van allergieë by kinders namate hulle ouer word. Hulle het in 'n ondersoek gedurende 1963 in die skoolraadsgebied van Denver, VSA, gevind dat verskillende allergieë in 20 persent van alle skoolkinders in st.6 voorkom. Dieselfde kinders is in st.10 weer ondersoek en toe is 'n toename van 8 persent gevind.

Bevindings dui egter daarop dat, alhoewel allergieë 'n belangrike rol speel in die ontstaan van asma, dit nie vir alle asmalyers geld nie.

Dunbar (1954) bespreek die navorsing gedoen deur Wittkower en Petow wat 300 asmatici ondersoek het. Deur middel van veltoetse is daar vasgestel of hulle allergies is of nie. Daar is bevind dat persone wat glad nie allergies was nie, tog asma ontwikkel het. Later is ook gevind dat mense wat wel allergies was, nie asma ontwikkel het nie. Dunbar (1954) haal ook vir Naber, Hansen en Brauns aan, wat tot dieselfde gevolgtrekking gekom het. Volgens Hansen kan daar ook in die algehele afwesigheid van allergiese stowwe, 'n asma-aanval gepresipiteer word deur middel van hipnose.

Die afleiding kan dus gemaak word dat alhoewel die meeste asmalyers in een of ander opsig allergies is vir sekere allergene, alle asmalyers nie allergies is nie en alle persone wat allergies is, nie asma ontwikkel nie.

3.5.3 Infeksie

Infeksie kan nie alleen deur beskadiging van die lugweë die persoon meer vatbaar vir asma maak nie, maar ook dien as 'n direkte oorsaak van die asmatische sindroom.

Die bevindings van De V. Heese (1961) dui daarop dat koue of infeksie, gevolg deur allergiese faktore, van die belangrikste oorsake van asma is (p. 232). Volgens Mirvish (1942) is daar by asma deur infeksie of bronchiale asma geen familiegeskiedenis van allergieë nie. Die aanvalle begin op 4- of 5-jarige ouderdom en volg gewoonlik na kinkhoes, longontsteking of masels. Aanvalle duur gewoonlik langer en is meer dikwels in die winter. Hierdie pasiënte is ook baie gevoelig vir koue. Mirvish meen dat 60 persent van alle asmapasiënte bronchiale asmalyers is (p. 432). Volgens hom is mediese behandeling meer geslaagd in die geval van asma deur infeksie.

3.5.4 Klimaatsfaktore

Dit is algemeen bekend dat die voorkoms van asma deur sekere klimaatsfaktore beïnvloed word.

Ordman (1955, 1956, 1958a, 1958b) wys op die hoër voorkoms van asma by die kusgebiede in suidelike Afrika, van Kaapstad tot by Lourenco Marques. Hy beklemtoon die rol van hoogte bo seespieël, hoë temperatuur en hoë vogtigheid. Volgens hom genees asmapasiënte indien hulle verhuis na hoër gebiede in die binneland met 'n warm, droë klimaat.

Ordman haal ook porsese ondersoekers aan wat verwys het na die gebiedsvorkoms van asma, en die hoër voorkoms aan die kus en ander laagliggende gebiede met 'n warm, vogtige klimaat (Van Leeuwen, Fimenez-Diaz, Metzger, Rowe, Feinberg en Crip).

Volgens Ordman wys Maunsell en Harsch daarop dat huisstof uit kusgebiede meer stofallergene bevat en skryf dit toe aan die warm, vogtige klimaat, wat bevorderlik is vir bakteriese groei van mikro-organismes soos skimmel, fungus of swamme in huisstof.

'n Belangrike ontdekking deur die bioloog Spieksma (1966) van 'n voorheen onbekende miet wat voorgekom het in huisstofmonsters in ou vogtige huise in die stad Leiden het die klimaatsteorie verder op die voorgrond geplaas. Ondersoeke na huisstofmonsters uit verskillende wêrelddele toon dat die miet slegs voorkom by 'n sekere vogtigheid en temperatuur. Dit mag 'n verklaring bied vir huisstof-allergie en die hoër voorkoms van asma in sekere warm, vogtige gebiede.

Schook (1958) bevind dat asma in Nederland die heftigste voorkom gedurende die maande Julie, Augustus, September en Oktober. Kinders kry dan gewoonlik drie keer soveel asma-aanvalle as in ander tye van die jaar. Volgens navorsing is daar gedurende hierdie maande tien keer soveel skimmelspoor in die lug as in die res van die jaar.

3.5.5 Moeder-kindverhouding

Die konsep "asmatogeniese moeder" kom dikwels in die literatuur voor. 'n Algemene gevolgtrekking is dat 'n onopgeloste afhanklikheidskonflik tussen moeder en kind as oorsaak van asma geponeer kan word. Die moeder voed haar kind op om afhanklik te wees en die kind poog om selfstandigheid te bereik, terwyl 'n intense begeerte na afhank-

likheid by albei aanwesig is. Met die asmatiese aanval word die kind weer "aan die genade van die moeder oorgelaat" en daardeur word hulle afhanklikheidsbehoefte bevredig.

French en Alexander (1941), Gerard (1946), Sperling (1949), Miller (1952), Saul en Lyons (1955) Jessner et al. (1955), Coolidge (1956), Margolis (1961) en talle ander wys op die sterk afhanklikheid van die asmakind teenoor die moeder.

Miller (1952) het 19 asmatici psigo-analities ondersoek en vind by almal een deurlopende emosionele konflik wat ontstaan het as gevolg van vrees vir verwydering van of verlies van die liefde en beskerming van die moeder (p. 298). French en Alexander (1941) wat soortgelyke bevindings rapporteer, vat dit as volg saam: "... the asthma patient - particularly during the period preceding attacks - is keenly subject to a universal human conflict between an infantile dependent attachment to the mother and other emotional attitudes ... which are incompatible with and threaten such a dependent emotional attitude" (p. 70).

"The second more specific observation is that the asthma attack is somehow related to an inhibited suppressed cry by which the patient in a childish fashion would like to call for his mother's help" (p. 70).

Die vraag is egter deur verskeie navorsers gestel of hierdie sterk afhanklikheid en behoefte aan liefde van die asmakind teenoor die moeder die oorsaak of die gevolg van asma is.

Volgens Harris (1955): "There is room for argument that acute dependence on the love of a mother might result from the asthmatic symptoms themselves. Even French recognizes this when he writes, 'What wonder that a child who is constantly threatened with the danger of suffocation, and whose activity must be limited for fear of bringing on an attack, should feel the need always to have near him a mother to whom he can cling?' There is, accordingly, every reason to expect that the asthma attacks themselves should induce just the sort of helpless dependence that has been found to be characteristic of the deeper emotional life of our asthma patients. May not the personality traits that we have been describing be merely a secondary reaction to the disease itself?" (p. 658).

Navorsers soos Hallowitz (1954), Long et al. (1958), Peshkin (1959), Mascia (1964) en Ford (1968) vestig die aandag op resultate verkry met asmalyers wat vir behandeling weggeneem is van hulle ouerhuise. Hierdie asmalyers het spoedig verbeter, maar by sommige het die aanvalle onmiddellik weer toegeneem toe hulle terug is na hul ouerhuise. Die verbetering van die asma-aanvalle word deur die navorsers toegeskryf aan die verwydering van die asmalyers uit die heersende emosionele klimaat tuis.

Die klink egter paradoksaal om te dink dat kinders wat van hulle ouerhuise vir behandeling weggeneem word na inrigtings of klinieke, spoedig verbeter, terwyl die sterk band tussen moeder en kind en die afhanklikheid van die asmakind as 'n oorsaak van asma genoem word.

French en Alexander (1941) meen die spoedige verbetering van die asmakinders nadat hulle van hul ouerhuise weggeneem is, is verklaarbaar. Volgens hulle is die eintlike konflik by die kinders nie die kinderlike afhanklikheid en vrees vir verwydering van die moeder nie, maar juis die besluiteloosheid en magteloosheid van die kinders om hulle los te maak van die moeder. Deur die verwydering uit die ouerhuis, word hulle van die konflik verlos en beleef hulle vir die eerste keer werklike onafhanklikheid. Die hernude aanvalle na terugkeer word toegeskryf aan die terugkeer tot dieselfde konfliksituasie.

Volgens Coolidge (1956) bestaan daar by die asmalyer 'n intense behoefte aan steun en leiding tot volwassenheid. Voor behandeling is die kind onderhewig aan talle beperkings en geniet hy geen vryheid nie. As gevolg van sy asma word daar voortdurend vir hom geskermd deur die moeder en so word sy emansipasiedrang onderdruk. Tydens sy behandeling word hy daarvan bewus dat hy soos enige ander kind behandel word en kry hy geleentheid tot emansipatie. "Each step enhanced the living proof of inner physical and emotional strength and led to the yearning for yet more. It found decreasing need to fall back on the asthmatic relationship for comfort and libidinal gratification" (p. 175).

Kanner (1957) verdeel onbevredigende ouergedrag teenoor hul kinders in openlike verwerping, perfeksonisme en oorbeskerming. Rees (1963) gebruik die kriteria van Kanner om ondersoek in te stel na die rol wat die ouer-kindverhouding in asma speel en besluit: "It is generally held that parental over-solicitousness and over-protection will tend to delay the child's emotional and personality development and are conducive to the development of certain personality traits such as timidity, over-anxiety and apprehension. The over-protected child, not being permitted the degree of independence and opportunity for self-expression appropriate to his age, tends to lack confidence and to be very sensitive and timid. Attitudes of perfectionism are also conducive to the development of feelings of insecurity in the child because he is constantly frustrated as approval is only gained by attaining the high standards expected in behaviour, obedience, industry, cleanliness and orderliness. Feelings of insecurity will be almost inevitable because the child is not accepted and approved for what he is but only for what he does and achieves. Rejecting attitudes obviously induce emotional insecurity feelings in the child who may react to this in various ways, e.g. being miserable, apathetic or by becoming aggressive, defiant and disobedient in behaviour ... In this connection Rees showed that emotions of almost any kind, especially when bottled up, precipitated attacks in asthmatic subjects of all ages" (p. 189).

Moederverwerping word deur heelwat skrywers as 'n oorsaak van asma genoem. Miller en Baruch (1951 en 1957) het navorsing in verband hiermee gedoen en vind by 'n groep allergiese en asmakinders dat 97,0 persent van die moeders neigings tot verwerping toon, terwyl by die moeders van die kontrolegroep (probleemkinders) slegs 37 persent soortgelyke neigings toon. Miller en Baruch meld dat dit met die eerste oogopslag wil voorkom of hierdie neigings tot verwerping die gevolg mag wees van die swaars wat daar op die skouers van ouers van asmakinders rus. Daar is volgens hulle egter bewyse gevind dat by 96 uit die 100 allergiese gevalle, die tekens van verwerping reeds teenwoordig was voordat asma 'n aanvang geneem het. In twee derdes van die gevalle is daar tekens gevind dat die gevoel van verwerping reeds voor die geboorte van die kinders bestaan het (p. 242).

Die bevindings van Miller en Baruch (1951 en 1957) het aanleiding gegee tot die ondersoek van Cutter (1955) en Fitzelle (1959). Terwyl Cutter van die vraelysmetode en Fitzelle van die Minnesota Multiphasic Personality Inventory en die USC Attitude Inventory gebruik gemaak het, kon hulle nie beduidende verskille vind tussen die moeders van asma- en allergiese kinders en 'n kontrolegroep moeders wat betref die moeder-kindverhouding nie.

Miller en Baruch (1957) het ook ondersoek ingestel na sekere traumatiese gebeure in die kind se lewe wat die eerste asma-aanval voorafgegaan het en vind dat: "... experiences such as overstrict toilet training, threats of punishment for masturbation, the mother going out to work, physical punishment, divorce of the parents, tonsillectomy, and physical accidents often mean loss or threatened loss of the mother to the asthmatic child" (p. 242).

Bacon (1956) lê klem op die invloed van die dominerende ouer en stel dit as volg: "Among these patients each attack of asthma was preceded by excretory defiance directed against one or other parent or parental image, when the patient was unsuccessfully but aggressively fighting parental domination" (p. 310).

Sperling (1949), Dunbar (1954) Gerard (1946), Jessner *et al.* (1955), Monsour (1960) en Coolidge (1956) meen dat moeders van asmakinders dikwels hul eie onopgeloste konflikte uit hul kinderdae op hul kinders oordra. Margolis (1961) het deur middel van die Blacky Pictures Test en die Parental Attitude Research Instrument vasgestel dat moeders van asmakinders emosioneel meer versteurd was as moeders van gesonde of ander chroniese siek kinders. Monsour (1960) meen dat dit nodeloos is om asmakinders te behandel sonder dat hul moeders ook behandel word.

Rees (1956a) stel ondersoek in na die rol wat emosionele faktore in asma speel en meld dat voorligting aan die ouers die mees effektiewe terapeutiese behandeling van asmakinders geblyk het (p. 108).

Nadat Rees (1963) ondersoek ingestel het na die invloed van die houding van ouers op asmakinders, besluit hy as volg: "Sometimes improvement in parental attitudes

can be achieved relatively easily whereas in other prolonged psychotherapy is necessary. When salutary changes in parental attitude occur a striking improvement in the child's asthma, general health and happiness often follows and sometimes quite dramatically. A great deal can be achieved by counselling and guidance about the child's needs for emotional security, opportunities for emotional expression in play, games and other social and physical activities. The parent must learn to accept that the need for self-expression and the gradual development of independence are fundamental rights. Some parents will need psychiatric treatment which may prove the most effective way of helping the child" (p. 190).

Sperling (1949) vind dat daar by moeders van asmakinders 'n onbewuste begeerte is om hul kinders hulpeloos en afhanklik te hou. Volgens Sperling is soortgelyke neigings nog net by moeders van psigotiese kinders aangetref.

As gevolg van die klem wat sekere navorsers gelê het op moederverwerping as oorsaak van asma by kinders, het Fein en Kamin (1965) en Harris (1955) ondersoek ingestel na die voorkoms van asma by aangenome kinders en kinders in weeshuise. Fein en Kamin het gevind dat daar geen verskil bestaan tussen aangenome en eie kinders wat hul asma betref nie. Alhoewel die aangenome kinders vroeër vir behandeling na 'n allergoloog gebring is, het die kontrolegroep langer behandeling nodig gehad voordat hulle simptomevry was (p. 202). Volgens Harris (1955) was daar in 1954 slegs 5 asmagevalle uit 6986 weeskinders in die weeshuise van San Francisco, terwyl daar gedurende die eerste kwartaal van 1955 uit die 1184 kinders wat medies behandel is, slegs twee gevalle van bronchiale asma aangetref is (p. 659). Op grond van hierdie bevindings beweer Harris dat 'n oordrewe klem gelê word op moederverwerping as oorsaak van asma.

Dat die moeder-kindverhouding 'n belangrike rol speel in die volwassewording van enige kind, val nie te betwyfel nie. Dat so baie navorsers die soeklig hierop laat val het as moontlike oorsaak van asma en dat feitlik alle fasette hiervan belig is, beklemtoon des te meer die rol wat die moeder speel in die opvoeding van die kind. Uit die bespreking blyk egter dat daar tot op die hede nog heelwat meningsverskil bestaan oor en dat uitsluitel nog nie verkry is in verband met die rol wat die moeder-kindverhouding speel as oorsaak van asma of die verergering van asma-aanvalle nie.

3.5.6 Emosionele faktore

Die rol wat emosies as veroorsakende faktor by asma speel, het die belangstelling van die meeste ondersoekers geprikkel en psigo-analitiëci het meer aandag en tyd hieraan bestee as aan enige ander oorsaak. Tot op die huidige twyfel hulle egter nog of die emosies en die daarmee gepaardgaande persoonlikheidseienskappe die oorsaak of die gevolg van asma is.

Hippocrates het al gewaarsku dat die asmalyer woede moet vermy (Alcock, 1960). Boland (1963) meld dat: "... sufferers from asthma are often more aggressive, more self-assertive and emotionally less stable than their non-asthmatic associates. They sometimes become extremely possessive, selfish and introvert, but most of the characteristics described may occur as the result of their being set apart by their condition and be otherwise unassociated" (p. 478).

Die bevindinge van die ondersoek van Alcock (1960) dui skynbaar aan dat onderdrukte toorn en die neerslagtigheid wat daarop volg, belangrike kenmerke van die psigo-genese van die asmatiese persoonlikheid is, wat derhalwe as vatbaar vir die siekte beskou kan word (p. 141).

Beech en Nace (1965) noem sekere karakteristieke eienskappe wat voortdurend deur navorsers in verband met asmatieci gevind word, naamlik angstigtheid, emosionele spanning, druk as gevolg van botsings, afhanklikheid en gebrek aan selfvertroue, en kenmerkende maniere van gevoelsuiting (p. 124).

Gerard (1946) besluit aan die einde van sy ondersoek in verband met die emosionele faktore dat sy bevindinge skynbaar 'n sterk aanduiding is dat die spesifieke emosionele toestand van die pasiënt minstens net so belangrik in die ontstaan van asmatiese aanvalle as allergiese gevoeligheid is (p. 331).

Hahn en Clark (1967) rapporteer dat daar sekere aanduidings is dat gebrek aan behoorlike balans in die outonome senustelsel van asmatici 'n belangrike aspek van die sindroom is, en wanneer die asmatikus aan sielkundige druk onderwerp word, kan hierdie gebrek aan balans 'n belangrike rol in die ontstaan van asma-aanvalle speel (p. 535). Miller (1952) is egter van mening dat die emosionele faktore moontlik die perk van weerstand teen asma-aanvalle kan verlaag (p. 301).

Rees (1956a) vat die moontlike rol wat emosies as veroorsakende faktor by asma mag speel, as volg saam: "Sudden emotional changes as well as prolonged states of emotional tension, will predispose, precipitate, prolong, or aggravate attacks of asthma" (p. 107).

Alhoewel navorsers heelwat verskil oor die belangrikheid van emosies as veroorsakende faktor by asma, word volstaan met die bevindings van Wright (1965). Hy het navorsing gedoen met 233 asmalyers en gevind dat in 61 persent van die gevalle emosionele faktore skynbaar 'n invloed of uitwerking op die siekte gehad het; akute emosionele druk het in 47 persent van die gevalle 'n rol gespeel, chroniese emosionele druk in 26 persent, en in 12 persent van die gevalle was albei belangrik (p. 967).

Harris en Shure (1956) het van die beoordeling van onderwysers in die klaskamer-situasie gebruik gemaak om vas te stel of die asmalyers meer emosionele probleme openbaar as die ander leerlinge en vind eintlik geen werklike verskil tussen asma- en ander leerlinge nie. Hulle besluit dat emosionele faktore baie keer 'n integrerende hoewel nie 'n noodwendige deel van asma is nie. Wanneer sodanige faktore teenwoordig is, mag dit die gevolg van asma wees of dit mag nie-spesifieke faktore wees wat 'n geïsoleerde aanval by 'n asmatikus veroorsaak of vererger (p. 322). Ziskind (1954) ontken egter enige verband tussen emosionele faktore en asma en meen dat dit bloot sekondêr is tot 'n asma-aanval.

Sommige navorsers het egter hoë emosionele spanning met swak ontladingsmeganismes by asmatici aangetref en Rees (1956a) besluit: "Even more important than the type of emotion was the suppression, or inadequate expression, of emotions. Many asthmatic patients tend to 'bottle up' their feelings, giving rise to mounting or prolonged states of tension, which are conducive to the precipitation of attacks of asthma" (p. 107).

3.5.7 Traumatiese ervarings

Traumatiese ervarings word deur sommige skrywers 'n besondere plek toegeken in die etiologie van asma. Dekker en Groen (1956) het gevind dat ses van die twaalf pasiënte wat hulle ondersoek het, asma-aanvalle ontwikkel so gou as hulle met iets in aanraking kom wat hulle assosieer met vorige traumatiese ervarings. Dekker en Groen kom tot die slotsom dat nie alleen sterk emosie nodig is om 'n asma-aanval teweeg te bring nie, maar ook 'n bepaalde emosionele situasie wat redelik spesifiek van aard is.

Alexander en Flagg (1965) noem ook die werk van Stein en Ottenberg, wat gevind het dat 22 van die 25 asmapasiënte se asma-aanvalle teruggevoer kan word tot onaangename ervarings in hul kinderjare.

3.5.8 Kondisionering

Dekker, Pelser en Groen (1957), haal voorbeelde aan uit die werke van Hansen, Vaughan, Urbach en Gottlieb, Kallos, Herscheimer, Kremer, Hunt en Groen en Bastiaans wat bewyse van kondisionering as oorsaak van asma gevind het. Verskeie voorbeelde wat dui op kondisionering, word deur genoemde navorsers aangehaal.

Die twee mees klassieke voorbeelde is die gevalle waar een persoon allergies was vir die reuk van vars rose, terwyl die ander een aanvalle ontwikkel het as gevolg van die reuk van 'n natgeswete perd. By die aanskoue van 'n vaas met reuklose papierrose en die sien van 'n natgeswete perd in 'n film, het albei persone asma-aanvalle ontwikkel.

Dekker, Pelser en Groen (1957) het die rol van kondisionering eksperimenteel probeer ondersoek, deur persone wat allergies was vir die reuk van sekere allergene, in 'n allergeen-vrye laboratorium deur 'n apparaat te laat asemhaal. Soms is die lug vermeng met die allergene, ander kere is gewone lug deurgelaat en soms suiwer suurstof.

Party asmalyers het by die inaseming van gewone lug of suiwer suurstof ook aanvalle ontwikkel, terwyl sommige later slegs by die aanskoue van die asemhalingsapparaat, aanvalle ontwikkel het.

Verskeie ander navorsers, soos aangehaal deur Dekker, Pelser en Groen (1957), het ook talle eksperimente met diere uitgevoer, en tot dieselfde slotsom gekom naamlik dat kondisionering 'n belangrike rol speel.

3.5.9 Snellersituasies

Sekere emosionele stimuli kan 'n asma-aanval aan die gang sit, gewoonlik binne 48 uur. As gevolg van die asmatikus se afhanklikheid is dit dikwels 'n werklike of gevreesde skeiding van 'n dierbare wat as snellersituasie optree.

Aangeleerde of gekondisioneerde reaksies kan egter onmiddellik 'n aanval aan die gang sit.

3.5.10 Ander etiologiese faktore

(a) Ras : Asma kom meer voor by die beskaafde volke. Volgens Boland (1963) "... it is more common in the 'civilized' than in the more primitive races, and it appears to be most common in the Hebrew race but no exact figures are available" (p. 78).

Wesley, Clyde en Wallace (1969) vind wel asmagevalle by Suid-Afrikaanse Bantoes, alhoewel werklike bronchiale asma 'n uitsondering is (p. 87).

Terwyl asma ook minder voorkom by die Amerikaanse Negers as by die Blankes (Freeman en Johnson, 1969) vind Hill (1966) 'n voorkoms van 3,8 persent by die Amerikaanse kinders (not Negro or Latin) terwyl daar slegs 'n voorkoms van 0,74 persent by die Latyns-Amerikaanse kinders aangetref word.

(b) Intelligensie : 'n Hoër voorkoms van asma word aangetref onder die bogenoemde intelligente leerlinge (Boland 1963, Kisker 1964, Fouché 1968 en Riess en De Cillis 1940).

Speer (1963) haal ook ondersoeke aan van Balyeat, Maternowski en Matthews, en Bruning en Speer, wat bevind het dat allergiese kinders en kollegestudente oor 'n hoër intelligensie beskik as nie-allergiese kinders, en besluit: "... it appears from what is now known that allergic children have more or less a valid claim to intellectual superiority" (p. 32).

(c) Gesinsgrootte : Die voorkoms is hoër by kleiner as by groot gesinne (Boland 1963, Smith 1970).

(d) Rangorde in gesin : Volgens McDermott en Cobb (1939) is die asmatikus in die meeste gevalle die oudste kind. Jessner et al. (1955) vind ook 'n hoë voorkoms by eerste en enigste kinders.

Die ondersoek van Hill (1966) in die Houston Public Schools het getoon dat 65 persent van die asmalyers die enigste (21%) of jongste (44%) kind was. Bogenoemde bevindings word ook gestaaf deur Aaron (1967) en Mirvish (1942).

(e) Geslag : 'n Hoër voorkoms van asma word aangetref by seuns. Die meeste skrywers gee die verhouding van asma by seuns en meisies aan in die verhouding twee tot een (Coleman 1956, Boland 1963, Rees 1964).

Helman (1956) en De V. Heese (1961) het in hül ondersoeke selfs 'n verhouding van drie tot een gevind.

In die Amerikaanse ondersoek van Hill (1966) vind hy ongeveer twee-derdes van alle asmagevalle by seuns, terwyl die verhouding vir Engeland aangegee word as 12,3 seuns teenoor 6,4 meisies. In die munisipale skole van Kopenhagen het 0,7 persent van die seuns en 0,4 persent van die meisies asma gehad (p. 354).

(f) Ouderdom : Volgens Boland (1963) kom 30 persent van alle eerste asma-aanvalle voor die tiende lewensjaar voor en die res kom oor die volgende dertig jaar voor. Bronchiale asma kom min voor na die vyftigste jaar.

Voorhorst (1959) verdeel asma in atopiese asma, wat op 'n vroeë leeftyd begin, en nie-atopiese asma met 'n spitsperiode op ongeveer 50 jaar. Rackemann (1931) maak 'n onderskeid tussen ekstrinsieke en intrinsieke asma en volgens Boland (1963) kom ekstrinsieke asma meer by jong mense voor.

Volgens Davidson (1935) kom die meeste asmagevalle voor die tiende lewensjaar voor. Die ondersoek van Hill (1966) in die 'Houston Public Schools' (70 812 laer=skoolkinders van wie 1967 asma gehad het) het aangetoon dat 78 persent hul asma voor die vyfde lewensjaar ontwikkel het, 19 persent gedurende die volgende vyf jaar en slegs 2 persent op 'n later ouderdom.

(g) Sosiale status : Daar is 'n duidelike tendens van 'n hoër voorkoms van asma onder die hoër sosio-ekonomiese beroepsgroepe. Volgens Boland (1963) : "The condition is rather more common in the relatively well-to-do, and is seen more in the sedentary than manual workers, even after allowing for the exposure of the latter group in particularly dusty trades, such as flour-milling, cloth-working, rag and feather sorting, fur dressing and hairdressing" (pp. 477-478).

Interessant is ook die bevinding van Wesley, Clyde en Wallace (1969) na aanleiding van die ekonomiese agtergrond van Bantoekinders in die Republiek van Suid-Afrika, wat aan asma ly. Hulle het bevind dat al hierdie kinders afkomstig was uit betreklik vooraanstaande Bantoe-families. Een van die ouers het 'n professionele beroep beklee, terwyl al die ouers gevestigde stedelike Bantoes was (p. 88).

In 'n ondersoek na die voorkoms van verskillende allergiese toestande soos asma, hooikoors, rhinitis, ekseem en huiduitslag by st.10-kinders in die Denver skoolraadsgebied, VSA, vind Freeman en Johnson (1969) 'n voorkoms van 19 persent by die laer sosio-ekonomiese groepe teenoor 34 persent by die hoër sosio-ekonomiese groepe (p. 887).

Peltonen, Kasanen en Peltonen (1955) het ondersoek ingestel na die voorkoms van asma onder skoolkinders in Finland en vind: "The incidence varies greatly in different social groups classified according to the professions of the heads of the families; among children of people with college degrees the incidence is three times as high as among children of common labourers" (p. 128).

(h) Omgewing : Omgewingsverskille word ook dikwels as oorsaak beklemtoon. Dit is egter meer dikwels die gevolg van klimaatsverskille of die aan- of afwesigheid van allergiese stowwe (Boland, 1963).

Peltonen, Kasanen en Peltonen (1955) vind in Finland 'n hoër voorkoms van asma in die digbevolkte gebiede as op die platteland (p. 128).

Volgens Quarles van Ufford (1958) is die gemiddelde asmavoorkoms vir Nederland 0,9 persent, maar vir stede met 'n bevolking van 25 000 en meer is die syfer 1,1 persent teenoor 0,8 persent vir kleiner dorpe (p. 2).

(i) Digtheidsvoorkoms : Navorsing in Engeland en Amerika stel die voorkoms= digtheid op 0,6 persent (Boland, 1963) terwyl Van den Berg (1967) dit stel op 1 persent van alle mense.

Dees en Durham (1957) verskaf volledige tabelle van bevindings van navorsers sedert 1921 oor die insidensie van asma in die VSA. Daarvolgens blyk daar 'n duidelike tendens tot 'n toename in die voorkoms van asma (p. 228).

In 'n opname gemaak deur die United States National Health Survey is bevind dat daar in die jaar 1957/58 'n geskatte syfer van 8-miljoen asma- en hooikoorsgevalle was. Van hierdie 8-miljoen gevalle was 2-miljoen kinders onder die ouderdom van 15 jaar en van hulle was die helfte asmalysers.

Volgens Barkin en McGovern (1967) was daar in 1961 in Amerika na raming 1 600 000 kinders onder 16 jaar wat aan asma ly, terwyl asma verantwoordelik was vir 11,4 persent van alle chroniese toestande by kinders onder 17 jaar (p. 40).

Belangrik is die bevinding van Hill (1966) van 'n voorkoms van asma by 1967 of 2,8 persent van 70 812 laerskoolleerlinge in Houston Public Schools (p. 353). Dit stem

ooreen met die bevindings van hierdie ondersoek. Volgens die Talentopnamegegewens was daar in 1965 in die Republiek van Suid-Afrika 1942 of 2,8 persent van 69 908 st. 6-leerlinge wat las van asma ondervind het (Roos, 1970).

3.5.11 Die multidimensionele benadering van asma

Soos reeds duidelik geword het uit die bespreking van die oorsake van asma, kon navorsers nie daarin slaag om 'n enkele faktor as oorsaak van asma af te sonder nie. Asma, word dan ook, soos aangedui in paragraaf 3.3, aanvaar as een van die psigosomatiese siektes. Die probleem lê egter daarin dat, soos Holland en Ward (1966) dit stel: "Errors in diagnosis are frequent. The psychiatrist tends to overemphasize the psychological component and to neglect the physiological component; the internist tends to overemphasize the physiological component and to neglect the psychological component" (p. 352). Opvoedkundiges daarenteen, laat die klem weer val op opvoedingstekorte of pedagogiese verwaarloosing.

Die feit dat 'n verskeidenheid van oorsake aanleiding kan gee tot asma, het die multidimensionele benadering versterk. Die verskeidenheid van oorsaaklike faktore, asook die noue onderlinge samehang, word duidelik uit die volgende aanhaling uit Rees (1956a): "In asthma, genetic, constitutional, autonomic, endocrine, personality, neurosis, emotional tension, allergic, infective, and various environmental forces may be relevant and casual. These factors are interdependent and often show an intricate interplay in causing asthma. In concluding, it may be said that for the adequate diagnosis and treatment of asthma, it is necessary, not only to consider the patient as a psychosomatic unity, but also the individual-environmental interaction as a continuum" (p. 11).

In hul radeloosheid tydens 'n asma-aanval, gryp ouers na elke moontlike hulpmiddel. Gedurende 'n aanval is dit egter slegs die geneesheer, of die aanwending van medikamente deur hom voorgeskryf, wat spoedige en tydelike verligting bring. Dit het tot gevolg dat ouers ook heel dikwels asma slegs as 'n fisiologiese aangeleentheid beskou. 'n Asmapasiënt wat by die klinikus beland, kom heel dikwels daar, nie as gevolg van sy asma nie, maar as gevolg van persoonlikheidsprobleme, waarmee die ouer geen raad weet nie. Van die hulp van die opvoedkundige of pedagoog word selde of ooit gebruik gemaak.

Shaw (1966) kom tot die gevolgtrekking: "The dichotomy is a reality. It requires that the pediatrician and the psychiatrist work together, communicate with each other, and even understand each other to some extent" (p. 284).

Uit bogenoemde blyk baie duidelik dat die multidimensionaliteit van asma, wat betref oorsake asook behandeling, as 'n voldonge feit aanvaar moet word deur medici, psigoloë en pedagoë, en dat genoemde instansies baie nouer moet saamwerk in die benadering van die probleem.

Voordat oorgegaan word tot 'n bespreking van sekere behandelingsmetodes vir asma, soos blyk uit die literatuur, sal daar eers aandag gegee word aan die erns van asma en die asmaleerling en sy vordering en aanpassing op skool en die beroepsgevolge wat hieruit voortvloei.

3.6 DIE ERNS VAN ASMA

Uit die bespreking tot dusver het geblyk dat 'n asma-aanval vir die asmalyer 'n dramatiese gebeurtenis is, wat deur hom gevrees word. Vir die ouers of naasbestaendes is dit soms 'n groter bedreiging, omdat hulle voortdurend die ergste vrees en hulle hul dikwels in hul vrees laat lei deur die ergste geval waarvan hul gehoor het.

Die vraag is egter hoe asma vergelyk met ander ernstige of chroniese siektes, wat soms meer bekend is, of waaraan daar meer aandag deur owerhede en gesondheidsorganisasies geskenk word.

Volgens Leigh en Marley (1967): "Bronchial asthma is a common condition which accounts for more ill health in Great Britain in terms of absence from work than all heart disease, blood pressure, and angina pectoris put together, and than all fractures. It causes nearly twice the amount of incapacity due to all forms of tuberculosis" (p. i).

Vir die VSA toon die "U.S. Vital Statistics" dat daar in 1953 ongeveer 6737 sterftes as gevolg van asma was. Dees en Durham (1957) besluit na aanleiding van hierdie hoë sterftesyfer as volg: "We are inclined to forget that asthma can be a fatal condition ... If we consider asthma as a potentially preventable disease and compare the 6737 deaths from asthma with deaths from those diseases to which our children are particularly subject and for which we have made concerted efforts at prophylaxis and prevention, we find diphtheria, 156; pertussis, 270; typhoid, 52; bacillary dysentery, 337; and accidental poisoning from barbituates, 337, and acetylsalicylic acid, 98.

In order to further emphasize the relative importance of asthma as a killer, it is interesting to compare deaths from asthma with deaths from certain other diseases for which there are current campaigns and educational efforts for study, prevention and relief. Again referring to the U.S. Vital Statistics for 1953, we find deaths from leukemia, 9918; congenital malformation of the cardiovascular system, all types, 8725; asthma, 6737; acute poliomyelitis, 1450; rheumatic fever with heart involvement, 1274" (p. 232).

Indien die bevindings van Gandevia (1968), naamlik dat daar tussen die jare 1964 tot 1966 'n styging van 40,0 persent was in sterftes as gevolg van asma in Australië, 'n aanduiding is van die begin van 'n stygende tendens, dan word gesamentlike optrede deur alle instansies 'n dringende noodsaaklikheid. Gandevia (1968) haal die bevindings van Smith en Gandevia aan, wat soortgelyke stygings in sterftes as gevolg van asma rapporteer vir Engeland en Nieu-Seeland respektiewelik. Volgens hom het Speizer *et al.* ook 'n skerp toename in sterftes vir die ouderdomsgroep 10-19 jaar oor feitlik die hele wêreld gevind.

3.7 DIE ASMALEERLING EN DIE SKOOL

3.7.1 Prestasie op skool

Aaron (1967) bevind dat allergiese en asmaleerlinge nie so gemotiveerd is om op skool te presteer soos ander leerlinge nie, terwyl Rawls, Rawls en Harrison (1971) vind dat hulle stadige leerders is. Clarke (1952) rapporteer dat kinders wat agterlik was op skool, ongelooflik in hul skolastiese prestasies verbeter het nadat hulle suksesvol behandel is vir allergiese toestande. Clarke het ook bevind dat 'n allergiese kind maklik 'n "probleem"-kind op skool word, terwyl Rawls, Rawls en Harrison (1971) meld dat daar meer dikwels dissiplinêre stappe teen allergiese en asmakinders op skool gedoen moet word.

Rawls, Rawls en Harrison (1971) vind verder dat asmaleerlinge volgens hulle onderwysers minder intelligent is, swakker studente is en ook swakker as gesonde leerlinge presteer. Die navorsers is egter die mening toegedaan, dat die onderwysers hulle in hul beoordeling deur die leerlinge se persoonlikheid, gedrag en afwesigheid laat lei het.

Indien daar egter ag geslaan word op literatuurbevindings in verband met die hoër intelligensie van allergiese en asmaleerlinge (par. 3.5.10 (b)), dan moet faktore soos swakker gesondheid en die daarmee gepaardgaande moontlike afwesigheid 'n belangrike rol speel.

3.7.2 Afwesigheid van skool

Volgens talle opnames en ondersoeke is gevind dat skoolafwesigheid onder asmaleerlinge 'n geweldige omvang aanneem.

Flensburg (1945) het 298 asmaleerlinge tussen 1926 en 1939 in Denemarke opgevolg en rapporteer dat 139 (46%) van hierdie leerlinge se skoolbywoning baie swak was.

Volgens Barkin en McGovern (1967) was asma verantwoordelik vir 11,4 persent van alle chroniese toestande by kinders onder 17 jaar in Amerika, terwyl 22,9 persent van alle afwesigheid as gevolg van chroniese toestande toegeskryf word aan asma.

Quarles van Ufford (1958) haal syfers aan wat deur Doeleman verstrekk is in verband met afwesigheid en daarvolgens blyk dat afwesigheid in Nederland vir verskillende groepe volgens die mediaanwaarde as volg was: kontrolegroep 2,7 dae; brongitis

5,0 dae; ligte asma 12,3 dae en swaar asma 17,5 dae (p. 3). Volgens Schook (1958), die geneesheer-direkteur van die Asmasentrum te Heideheuvel in Nederland, was die afwesigheid van ernstige asmalyers gewoonlik drie maande per jaar, terwyl dit na behandeling afgeneem het tot omtrent 10-15 dae per jaar.

Hill (1966) beweer tereg: "Asthma ... is a crippling disease; it slows growth in infancy and early childhood, cause many days lost from school and retards learning in many instances" (p. 355). Lindeman (1958) bevestig die bewering van Hill. Volgens hom is die eerste ding wat 'n inspekteur van onderwys in verband met asmaleerlinge opmerk, hul herhaalde afwesigheid. Volgens hom kan asmaleerlinge nooit weer alles inhaal wat hulle as gevolg van afwesigheid verloor het nie, met die gevolg dat meeste asmaleerlinge die skool ondergeskoold verlaat (p. 33). Howard (1963) meld dat die gemiddelde asmaleerling 10-40 dae per jaar verloor en volgens hom is die belangrikste gevolg van suksesvolle behandeling die verbetering in skoolbesoek.

Die klassieke skool met sy kollektiewe arbeidstempo en leermetode is gerig op reëlmatige voortgang, met die gevolg dat die skoolwerk van die asmaleerlinge altyd onsistematies en ongeorden is. In die oorvol klaskamers is dit vir die onderwyser ook onmoontlik om individuele aandag te gee aan elke probleemgeval, met die gevolg dat die herhaalde afwesigheid uiteindelik moet lei tot swak skoolmotivering en uiteindelijke druipling.

3.7.3 Druiping op skool

Alhoewel druipling as gevolg van herhaalde afwesigheid en swak motivering deur talle navorsers as een van die ernstige gevolge van asma genoem word, kon slegs druiplingsyfers vir Nederland opgespoor word.

Volgens Quarles van Ufford (1958) het 46,5 persent van die leerlinge wat aan swaar asma ly, gedruip teenoor slegs 28,2 persent van die kontrolegroep. Van die asmaleerlinge wat gedruip het, het 8,0 persent een keer, 30,2 persent twee keer en 7,0 persent drie of meer kere gedruip.

3.7.4 Sosiale en emosionele aanpassing op skool

Volgens Rawls, Rawls en Harrison (1971) is die gesondheidstoestand van 'n leerling 'n belangrike faktor in sy sosiale en emosionele aanpassing.

Clarke (1952) het 'n vraelys uitgestuur aan allergoloog in Amerika om vas te stel of allergieë (asma, hooikoors en ekseem) 'n oorsaak is van "probleem"-kinders op skool. Van die 171 allergoloog wat op die vraelys gereageer het, was 95 van mening dat 'n allergiese kind dikwels 'n "probleem"-kind word. Clarke rapporteer as volg: "The character changes in these children were extremely varied but, regardless of the type, controlling their allergy made striking changes from the better in their personalities. Children who, when first seen, were unhappy, fretful, irritable, quarrelsome and unable to get along with their playmates, and were often taken out of school as being incorrigible and disturbing influences in their classes, in a remarkably short time after their allergy was discovered and the offending proteins removed from their diet became happy, amenable and cooperative ... pronounced introverts, who refused to join in the games of their playmates, who, when they received adequate treatment for their allergies, became extroverts and happy playfellows (p. 279) ... An especially striking group of cases reported in answer to the survey were the children who were backward in school and when their allergic condition was cleared up made almost unbelievable improvement in their scholastic standing" (p. 280).

Rawls, Rawls en Harrison (1971) het ook gevind dat kinders met asma en ander allergieë nie so maklik vir speletjies deur hul maats gekies word nie. Hulle word ook baie selde as leiers van groepe gekies.

3.7.5 Beroepsvoorligting en beroepsprobleme

Uit navorsingsgegevens wil dit blyk dat volwasse asmalyers met geweldige beroepsprobleme te kampe het, deels as gevolg van hul siekte en die daarmee gepaardgaande afwesigheid, maar ook en veral as gevolg van verkeerde beroepskeuses.

Flensburg (1945) het gevind dat 33,6 persent van die 116 pasiënte in sy ondersoek wat nie van hul asma genees het nie, spesiale beroepe moes kies as gevolg van hul siekte.

Volgens Howard (1963): "The continuation of asthmatic symptoms over a period of time affects the child's general health, growth and personality and he may later find it difficult to learn a trade or business which will help him obtain and hold gainful occupation. These are strong arguments in favour of early and adequate treatment of the asthmatic child" (p. 300).

Todd (1963) waarsku: "Asthmatic children should be discouraged from being veterinary surgeons, farmers, animal laboratory workers, bakers, or workers in dusty industries because of the possibility of their becoming sensitized, even after apparent cure" (p. 532).

Paauw (1958) wys daarop dat dit moeilik is om asmapasiënte in beroepe geplaas te kry en hy dui aan dat die getalle steeds toeneem. Volgens hom oefen asma 'n sterk invloed uit op arbeidsproduktiwiteit. In Nederland is 60 persent van die bykans 150 000 asmalyers in die produktiewe leeftydsklas en "... zijn de mensen in staat om een beroep uit te oefenen en kunnen zij aanleg en ijver bezitten, doch het telkens uitvallen vanwege hun ademnood doet de werkgever besluiten hem of haar niet in dienst te nemen" (p. 21).

Die asmalyer moet gehelp word om 'n gesonde en welvarende lewe te lei, om vir homself te werk sonder om 'n las vir ander te wees. Volgens Swagers (1958) is voorligting aan die hele volk noodsaaklik. Die werkgever asook die werknemer het ten opsigte van hierdie vraagstuk ewe veel behoefte aan voorligting. In die geval van die werkgever gaan dit om die aanvaarding, behandeling en erkenning van die asmalyer in die werksituasie.

Hierdie aspek van asma plaas die skool in die algemeen en die beroepsvoorligter onderwyser in die besonder voor 'n belangrike uitdaging om verantwoordelikheid te aanvaar vir hulp en leiding in die keuse van die beroep waarvoor hy die nodige aanleg en belangstelling het, maar met inagneming van sy siektetoestand.

3.8 BEHANDELING VAN ASMA

Asmabehandeling of asmaterapie kan volgens Baart de la Faille (1958) verdeel word in algemene en lokale terapie.

3.8.1 Algemene terapie

Onder algemene terapie word verstaan die terapie wat voorkomend van aard is en sentraal gerig is op die faktore of prosesse wat aanleiding kan gee tot die ontstaan van 'n aanval.

Hieronder ressorteer die volgende:

(a) Anti-allergiese terapie: Die is eerstens en hoofsaaklik gemik op eliminerings of verwydering van die stof allergeen waarvoor die pasiënt gevoelig is en tweedens is dit desensifiserend van aard en is die doel die verhoging van liggaamsweerstand teen allereene.

(b) Ontspanningsterapie: Die doel is om deur oefening en moontlike prestasie in liggaamlike aktiwiteite die kind se selfstandigheidsgevoel op te bou, sodat hy weer vertrou in homself kan ontwikkel.

(c) Asemhalingsterapie: Dit is toegespits op asemhalingstegnieke om die kind te help om beter asem te haal tydens aanvalle. Dit kan help om aanvalle te verlig.

(d) Psigoterapie: Groepterapie geniet voorkeur bo individuele terapie. Die doel is die herstel van die basiese sekuriteitsgevoel deur die asmalyer te help om sy siekte te verwerk, dit te aanvaar en daarmee saam te leef.

(e) Anti-spanningsterapie: Die doel is om spanning te verlig en dit gaan gepaard met die toediening van sekere medikamente.

(f) Toediening van kalmeermiddels.

3.8.2 Lokale terapie

Hieronder word verstaan die terapie of behandeling wat gerig is op die werklike aanval of die benoudheid voor, tydens of na 'n aanval. Die doel is spoedige en tydelike verligting. Hierdie terapie word hoofsaaklik deur die geneesheer toegepas, na vastelling van die inwendige fisiologiese verandering wat in die lugweë van die pasiënt plaasgevind het. In paragraaf 3.2 en figuur 3.1 is die aanleidende oorsake van benoudheid bespreek en skematies voorgestel. Lokale terapie is dus gerig op:

- (a) Opheffing van 'n moontlike spierkramp van die lugweë;
- (b) vermindering van slymvliesswelling;
- (c) hulp om ontslae te raak van oormatige slym in die lugweë, en
- (d) hulp om oormatige slym in die lugweë te laat opdroog.

Die verskillende medikamente, soos aangewend deur die medikus, word nie hier bespreek nie, aangesien hierdie ondersoek pedagogies-psigologies van aard is. Dit sou egter 'n leemte in die ondersoek laat indien daar nie verwys sou word na lokale terapie nie.

Behandeling van asma kan ook ingedeel word in akute of korttermyn terapie en langtermyn terapie.

3.8.3 Akute of korttermyn terapie

Akute of korttermyn terapie stem ooreen met lokale terapie, wat reeds bespreek is in paragraaf 3.8.2.

3.8.4 Langtermyn terapie

Langtermyn terapie stem ooreen met algemene terapie wat kortliks bespreek is in paragraaf 3.8.1. Breedvoeriger aandag sal nou aan elkeen van die terapieë geskenk word, met besondere klem op die rol van die gesin, die skool en die geneeskundige personeel aan die een kant en die benadering van die asmakind aan die ander kant.

(a) Die rol van die gesin: Die sukses van enige kort- of langtermyn terapie is hoofsaaklik geleë in die gesinsituasie en die optrede van elke individuele lid van die gesin teenoor die asmepasiënt, voor, tydens en na 'n aanval. Dit is egter die algemene bevinding van navorsers dat dit juis die gesin is wat enige suksesvolle langtermyn terapie weer in die wiele ry. Die gesinslede en veral die moeder raak so emosioneel verstrengel in die probleme van die pasiënt dat sy moeilik 'n objektiewe houding kan inneem. Volgens De V. Heese (1961): "That emotional and psychological factors should become important is perhaps not surprising in the light of the often frightening and disturbing nature of an attack, both to child and parent ... the horrors of the asthmatic paroxysm far exceed any bodily pain; the sense of impending suffocation, the agonizing struggle for life, are so terrible that they cannot be witnessed without sharing in the sufferer's distress" (p. 231).

Afgesien van die emosionele las wat 'n asmalyer op die gesin plaas, is daar ook nog die ekonomiese las en gesinsontwrigting wat dikwels met die siekte gepaard gaan. Hallowitz (1954) vat die gesinsprobleme as volg saam: "The nature of the illness is such that there is a terrific strain upon the energies, time, economy and emotions of the family. The entire household often revolves around the sick child. The parents may have to give up attractive furniture, drapes, rugs, etc., in order to meet requirements of allergen proofing. They may be tied to the home because of their uneasiness and fear that the child may have an asthmatic attack, and therefore do not have much of a social life. One father did not have a good night's sleep in years because of his anxiety about the child's having an asthmatic attack at night and because he had to stay up with the child while in an attack. The family may spend a great part of its income on medical treatment and on taking the child to different parts of the country in search of a cure. A father was ashamed to go amongst friends because he could not afford a decent suit. When the child is taken to another part of the country, it is usually the mother who goes, so that the normal marital life is interrupted for long stretches of time" (p. 579).

Omdat die ouers so bekommerd is oor 'n asmakind, begaan hulle in die meeste gevalle sekere opvoedingsfoute. Die asmakind, soos enige gesonde het dieselfde behoeftes aan liefdevolle hulp en leiding in sy op-weg-wees-na-volwassenheid. By hom bestaan dieselfde behoefte aan veiligheid en geborgenheid, dieselfde drang tot eksplorاسie en emansipasie. Hierdie kind het dieselfde behoefte tot verantwoordelikheid en verantwoordelike aanvaarding, met ander woorde, die asmakind is, net soos enige ander "normale" kind, op weg na volwassenheid. Baie ouers van asmakinders sal egter heftig reageer indien daar melding gemaak word van liefdevolle hulp en leiding en die beginsels van veiligheid en geborgenheid. By baie ouers ontvang die asmakind juis 'n oormaat "liefde", "veiligheid" en "geborgenheid" - die "liefde" wat lei tot oorbeskerming en oorbeveiliging. Oorbeskerming word deur die kind gesien as verwerping en wel as verwerping van sy vermoë om normaal te ontwikkel tot volwassenheid. Ouers van asmakinders het naas die hulp van die medikus, allergoloog en terapeut, ook dikwels die hulp van 'n pedagoog nodig. Aan die leefwêreld van die siek kind, met besondere verwysing na sy op-weg-wees-na-volwassenheid, is reeds aandag gegee in hoofstuk 2.

Die volgende goeie raad aan die gesin is afkomstig van 'n medikus. Mirvish (1945) beveel die volgende aan:-

(1) Die ouers moet geduldig wees en nie oorhaastige resultate van enige behandeling verwag nie.

(2) In die gesinsituasie moet 'n kalm, rustige, gelukkige en spanningsvrye atmosfeer heers, omdat die teenoorgestelde hiervan juis aanleidende oorsake tot asma-aanvalle mag wees.

(3) Ouers moet enige gesprekke oor asma in teenwoordigheid van die asmakind vermy.

(4) Die asmakind moet nooit met ander kinders vergelyk word nie.

(5) Die kind moet nie onnodig vermoei word nie en ekstra klasse in musiek, drama, gimnastiek, ensovoorts moet liewers vermy word vanweë ekstra inspanning en spanning aan die kant van die kind.

(6) Gesonde eet- en slaapgewoontes moet gehandhaaf word; die kind moet ook aangemoedig word om alleen in sy kamer te slaap.

(7) Die instruksies en behandeling van die geneesheer moet streng nagekom word; dit behels die gebruik en aanwending van medikamente, dieetgewoontes en die vermyding van allergene soos huisstof, ensovoorts (p. 186).

Helman (1956) lê klem op die asmakind se selfvertroue. Die ouers moet hom help om weer vertroue in homself te ontwikkel. Volgens Hill (1966): "The more independence the asthmatic child is given, the earlier he will 'outgrow' his asthma" (p. 355). Helman (1956) beveel gesonde liggaamlike oefening aan en meen dat ouers hul kinders behoort te vergesel na liggaamsoefeningklasse. Daar kan die kind weer met sy klasmaats kompeteer. Volgens Quarles van Ufford (1958) ontwikkel die asmakind in tye van swak liggaamlike en geestelike weerstand makliker aanvalle.

(b) Die rol van die skool : Naas die gesin het die skool as sekondêre opvoedingsinstelling 'n belangrike taak om die asmakind te lei tot volwassenheid. Eilola (1946) stel dit as volg: "It is a school's responsibility to program an allergic child in ways that will enable him to reach adulthood, able to make the necessary adjustments imposed by his affliction and ready to enjoy, explore, use, and enrich the environment in which he lives" (p. 167).

Dit bly egter 'n ope vraag of die asmakind in die gewone skool opgeneem moet word en of daar spesiale voorsiening vir hom gemaak moet word. Volgens Hill (1966) : "In London asthmatics are sent to schools for the delicate. In New York children with asthma are placed in special classes. In the Houston Public Schools the Placement Committee resists putting asthmatic children in special classes or on the homebound program" (p. 355). Drost (1958) beantwoord hierdie vraag as volg: "... dat de asthmatische kinderen in ernstige gevallen zeker beter tot hun recht komen in een aparte school, maar dat er anderzijds bij onze hang naar specialisatie voor gewaakt dient te worden hen te veel buiten de gemeenschap te plaatsen" (p. 32), terwyl Lindeman (1958) voel : "... stichten van speciale scholen voor asthma kinderen. Ik vrees dat hier van het psychisch milieu weinig te verwachten is. Het grote verzuim zal een gezond klasseverband onmogelijk maken, zodat de naam school gebruikt wordt voor wat in wezen huisonderwijs is" (p. 36).

Alhoewel die meeste navorsers die mening toegedaan is dat die asmakind op die gewone skool gehou moet word, is hulle dit eens dat die onderwyser 'n belangrike dog moeilike taak het om hierdie kind tot sy reg te laat kom in die gewone skool. In "What the classroom teacher can do for the asthmatic child" deur Barkin en McGovern (1967) en "Adjusting the school program to the allergic child" deur Eilola (1946), word heelwat wenke vir die onderwyser aan die hand gedoen.

Die onderwyser moet kennis dra van die verskillende allergieë en die oorsake van asma asook van die probleme van die asmakind, en wat vir hom gedoen kan word. Daar moet nouer samewerking wees tussen die onderwyser, ouer en geneesheer van die kind. Die asmakind moet soos enige ander kind behandel word. As hy op skool kom, beskou hy hom alreeds as "anders" as gevolg van die beskermende behandeling wat hy tuis ontvang het. Die ander kinders in die klas sal hom nie as "anders" beskou nie en dit is die taak van die onderwyser om hierdie "andersheid" van die asmakind te ignoreer. Asmakinders mag selfs 'n asma-aanval "gebruik" om die nodige aandag te kry, maar die onderwyser moet dit ontmoedig.

Dieselfde verantwoordelike take waarmee ander kinders gekonfronteer word, moet ook aan hom opgedra word. Daar moet aan hom die geleentheid gebied word om binne sy beperkte vermoë ook te kan presteer. Met die nodige inagneming van sy siektetoestand moet hy toegelaat word om aan dieselfde liggaamsoefeninge deel te neem. Hier leer die kind juis om sy selfvertroue te herwin. As gevolg van die vele beperkings wat daar by die huis op liggaamlike bydrywighede gelê word, voel die asmakind heel dikwels minderwaardig teenoor ander kinders in spelbedrywighede. Volgens Todd (1963): "Self-confidence can be instilled into him by perfection in sports of skill such as riflery, archery, golf, diving, fishing or sailing. The chances are against his being a star football or basketball player, but there is no harm in letting him try the strenuous sports without encouraging him in them" (p. 534).

Alhoewel daar gewaak moet word teen vermoedheid, gaan sommige navorsers sover om te beweer dat liggaamlike oefening soveel vir die asmakind beteken dat indien daar gekies moet word tussen vermoedheid en liggaamlike oefening, die kind maar eerder vermoei kan word.

Omdat voldoende slaap en rus vir die asmakind noodsaaklik is, moet die onderwyser waak teen oorlaaiing met huiswerk. Die onderwyser moet kennis dra van die rol wat emosionele spanninge in die lewe van die asmakind speel en dienoreenkomstig poog om hul verhouding spanningsvry te hou, want gebeure in die klaskamer is dikwels die oorsaak van 'n asma-aanval tuis.

As gevolg van die feit dat die asmakind dikwels afwesig is, het hy ekstra hulp nodig. Op 'n onopvallende wyse moet die onderwyser aan hom individuele aandag gee. Op hierdie wyse sal die onderwyser daarin slaag om die kind se vertroue te wen en hom help om sy selfvertroue te herwin. Hy moet egter geleer word om minder aandag aan homself en meer aandag aan sy maats en omgewing te bestee.

Volgens Leering (1958) moet daar 'n belangstellende psigologies-pedagogiese verhouding tussen onderwyser en ouer ontstaan (p. 39). Die onderwyser moet bewus wees van die hele agtergrondgeskiedenis van die kind se siekte en hy moet hom in sy gesinsverband ken. Hy moet ook waak teen allergene in die skool waarvoor die kind allergies is en hy moet die geneesheer en ouer bystaan in die uitvoering van mediese voorskrifte.

Lindeman (1958) beveel aan dat waar daar asmakinders in 'n skool is, die skool geregtig moet wees op 'n addisionele onderwyser, sodat die getal kinders per onderwyser waar daar asmakinders in die klas is, verlig kan word. Met die nodige liefde en waardering, steun en aansporing, leer die asmakind om sy siekte te verwerk en daarmee saam te leef.

Barkin en McGovern (1967) vat die normale behandeling van die asmakind as volg saam: "Don't handicap asthmatic children by your efforts to be helpful! This is perhaps the key point for classroom teachers to keep in mind as they deal with these children in their classes. The more normally such children are treated, the better their chances to learn and the greater their opportunity to develop healthy living patterns. The vast majority of children with asthma can and should participate in all normal activities of childhood. If the asthmatic is treated as a normal child, he is unlikely

to develop the secondary problems that arise when a child thinks of himself as different. He will respond more rapidly to immunological therapy, avoidance measures, or medications. A child who does not regard himself as different is more relaxed and frequently has less difficulty with his asthmatic condition. Furthermore, the child who regards himself as normal learns more readily than the one who thinks that he is different from his classmates and that therefore he need not meet the same demands" (p. 40).

(c) Die rol van die geneeskundige personeel: Alhoewel medici hul al sedert die dae van Galenus met die asmalyer besig hou, meld Walt, (1955) : "The cure of asthma is still beyond the reach of most medical practitioners and to many it is a frustrating, fickle disease which demands much time and gives little reward" (p. 340).

Naas die mediese hulp van die geneesheer, allergoloog of longarts deur die vasstelling van allergeene, bepaling van die regte dieet en behandeling tydens 'n aanval, kan hy veel vermag indien hy net soveel belangstelling sou toon in die pasiënt as in sy longe. Dit is daarom verblydend om die volgende te verneem uit die pen van 'n allergoloog: "... let me say that I am an allergist. My patients are examined and have blood studies, X-rays, skin tests, and, quite often, bronchoscopic examination. What I tried to bring out here is that we could help more people who have intractable asthma if, in addition to the physical procedures mentioned, we would consider them as personalities with wishes, fears, hopes, and certain attitudes toward their relatives, employers, and doctors, besides being a collection of organs or having a sensitivity to certain substances" (Kraft, 1963, p. 367).

'n Geneesheer, Heyns (1963) sluit by die siening van Kraft aan. Volgens hom kan die beste mediese behandeling ter wêreld misluk wanneer dit toegepas word deur 'n persoon wat nie die regte houding teenoor die pasiënt inneem nie. Aan die ander kant is dit heel dikwels moontlik om 'n aanval van asma met niks meer as 'n inspuiting soutwater te beëindig nie - mits dit op die regte manier gedoen word. Hierdie oorweging geld veral in die gevalle waar psigiese faktore 'n belangrike rol speel. Asmapasiënte moet kalm, bedaard en ferm behandel word. Met ferm word daar nie bedoel dat onverskillig of onsimpatiek opgetree moet word nie. Volgens Heyns is daar tydens 'n aanval nooit rede vir haas nie. Die persone in die pasiënt se teenwoordigheid moet nooit tekens van histerie, angs, bekommernis en oorhaastigheid toon nie. Hoe haastiger die verpleegster en die geneesheer optree, hoe langer duur 'n aanval gewoonlik. Die meeste asma-aanvalle verbeter wesentlik en dadelik wanneer die pasiënt deur 'n bedaarde verpleegster op 'n stil plek afgesonder word (p. 20).

Die geneeskundige personeel moet, net soos die onderwyser, poog om die vertroue van die pasiënt te wen en om sy gebrek aan selfvertroue te herwin. Die geneesheer het egter altyd te doen met pasiënt en ouer tegelyk en hier het hy 'n belangrike funksie te vervul. Heel dikwels het die ouer meer aanmoediging nodig as die pasiënt. Die ouer moet ten volle oor asma ingelig word en geen valse hoop moet gewek word nie.

Indien die ouer, onderwyser en geneesheer as 'n span saamwerk, kan hulle veel vermag om die lewe van 'n asmakind gelukkiger en sy las draaglik te maak.

(d) Psigoterapie : Volgens De Villiers (1971) lyk dit of groepterapie voorkeur bo individuele terapie geniet, maar 'n werklik wetenskaplike studie hieroor is nog nie beskikbaar nie. Van die beste navorsing tot dusver is dié van Groen en Pelser (1959) wat bevind het dat groepterapie gekombineer met medikamente die beste resultate lewer. Die groepterapie vervul veral 'n ondersteunende rol.

Verskeie terapeute beklemtoon ook die belang van groepterapie vir die ouers en gesinslede.

Skrywers oor individuele psigoterapie beklemtoon meestal die spanbenadering. Die huisdokter, psigiater, sosiale werksters, ensovoorts, behoort die pasiënt as 'n span te benader.

Voorhorst-Smeenk (1970) beklemtoon dat enige behandeling van die asmakind daarop toegespits moet wees om die kind se basiese sekuriteitsgevoel te herstel. Dit kan onder andere geskied deur speltherapie. Die kind verwerk sy aggressie, onsekerheid, gesinsprobleme, ensovoorts, deur middel van sy spel, onder leiding van 'n terapeut.

(e) Hipnoterapie : Weblin (1963) haal die ondersoeke van Diamond en Mason en Black aan, wat asma genees het deur hipnose. Die meeste publikasies oor hipnoterapie teen bronchiale asma het hul gevalle ongelukkig vir minder as een jaar opgevolg, sodat gevolgtrekkings oor die moontlike langtermynwaarde hiervan nie gemaak kan word nie. Dit lyk egter of selfhipnose die beste vorm van hierdie behandelingstegniek is.

Die belangrikste aspek is skynbaar die suggestie, selfs al word die pasiënt nie tot 'n hipnotiese toestand gebring nie. Dit is egter belangrik dat die hipnotiseur absoluut seker moet wees dat hy die pasiënt kan hipnotiseer en hy moet sy suggesties met sekerheid kan maak. Dit verg dus 'n spesifieke persoonlikheid van die terapeut om sukses met hipnoterapie te behaal.

(f) Manipulasie van die omgewing:

(1) Milieu- of klimaatsverandering : In die literatuur word talryke bewyse gevind van beterskap wat ingetree het nadat ouers met hul asmakinders verhuis het van 'n koue na 'n warm streek, van die kus na die binneland, van 'n laagliggende na 'n hoër- liggende gebied, van die stad na die platteland, ensovoorts. Daar is egter soveel faktore wat 'n rol speel in die veroorsaking van asma en, soos reeds aangetoon, verskil dit van individu tot individu. Dit blyk dus geheel en al onmoontlik om ten opsigte van milieu- of klimaatsverandering 'n algemeen geldende aanbeveling te doen.

Asma-veroorsakende faktore wat deur milieu- of klimaatsverandering verander of beïnvloed mag word, is volgens Van der Bijl (1958) die volgende:

(i) Sosiale faktore soos omgewing, woning, bedryf, pasiënt en gesin, ouer en posisie ten opsigte van sy werk en die steeds ingewikkelder wordende samelewing en maatskaplike omstandighede;

(ii) klimaatsfaktore soos lugdruk, vogtigheidsgraad, temperatuur en die wisseling daarvan;

(iii) meteorologiese kondisies soos wind, reën, sneeu, mistigheid, onweer, windrigting, heftigheid van winde en wisseling van dag- en nagtemperatuur;

(iv) streksfaktore soos laagliggende streke, gebiede langs groot riviere, areas met digte plantegroei, ensovoorts;

(v) seisoensfaktore, waar dit bekend is dat lente en herfs die kritiekste seisoene vir asmalyers is.

Dit is welbekend dat hoë barometerstand gunstig is vir asmalyers, terwyl hoë vogtigheid, temperatuur en lae lugdruk baie nadelig is.

Volgens Van der Bijl (1958) is 'n gunstige hoogte bo seespieël in Switserland en Oostenryk bo 800 meter, in Noorweë bo 300 meter, terwyl in Abessinië 2400 meter nog nie hoog genoeg is nie. Van der Bijl meen dat waar milieuverandering sukses oplewer, asmakinders daar moet bly totdat hulle die puberteitstadium bereik het, voordat hulle terugkeer na hul vorige verblyfplekke (p. 19).

(2) Parentektomie : Die verwydering van die ouers of die verwydering van die kind of die skeiding van die pasiënt van die persone wat sy siekte skynbaar beïnvloed, staan bekend as parentektomie. Hieronder kan saamgevat word behandelingsmetodes wat daarop toegespits is om die asmakind uit die ouerhuis te verwyder vir korter of langer tydperke, sodat hy behandeling kan ontvang in 'n hospitaal of kliniek, gesondheidsentrum of asmakliniek.

Die houding van die persone wat direk by die pasiënt invloed het, of met wie hy in noue kontak leef, kan deur middel van kondisionering die simptomatologie grootliks beïnvloed.

Oormatige aandag en simpatie kan die pasiënt sodoende kondisioneer om al hoe meer van sy simptome vir manipulasiedoeleindes gebruik te maak. Verwerping en aggressie kan die pasiënt se angstigheid vererger en sy sekuriteitsgevoel afbreek, sodat parentektomie soms geregverdig is.

Dit het navorsers opgeval dat dit dikwels gebeur dat as 'n asmakind na 'n hospitaal gaan, sy asma dadelik verbeter, maar net sodra hy terugkeer na sy ouerhuis, dan hervat dit dadelik weer (Abramson 1951, Hallowitz 1954, Rogerson, Hardcastle en Duguid 1935). Alhoewel sommige navorsers die verbetering toeskryf aan isolasie van allergene

by die huis, is die meeste die mening toegedaan dat dit gebeur as gevolg van die verwydering van die kind uit die emosionele klimaat by die huis.

Volgens Hallowitz (1954) kan hierdie skielike verbetering wat intree by die verwydering van asmakinders, toegeskryf word aan die behandeling wat hulle ontvang by die besondere kliniek of inrigting. Hier kry hulle die geleentheid om vrylik uitdrukking te gee aan hul gevoelens. Deurdat hulle aanvaar word soos hulle is en toegelaat word om aan sport deel te neem, ontwikkel hulle weer 'n sekuriteitsgevoel. Pogings word deur die terapeut aangewend om die asmakind 'n insig in sy probleme te gee. Die belangrikste gevolg van hierdie behandeling is dat die asmakind gedurende hierdie tyd van skeiding van die ouer: "... gains considerably in ego development and strength, so that he is better able to handle the conflict situations which formerly overwhelmed him and impelled him to asthmatic attacks" (p. 586).

Peshkin (1959) het hom sedert 1930 beywer vir 'n asma-sentrum, waar kinders behandel kan word. In 1940 het hy so 'n sentrum begin in Denver, Colorado. Hy kon hier 150 asmakinders huisves. Voorwaarde vir toelating was hardnekkige chroniese bronchiale asma. Kinders van oor die hele wêreld tussen die ouerdomme 5 en 15 jaar was welkom. Die hoofdoel was om die kinders weg te hou van hul ouerhuise en om sover moontlik gedurende opname enige kontak met hul ouers te verhoed.

Die spesifieke behandeling in hierdie sentrum was medies-psigoterapeuties. Alhoewel hy in sy behandeling van kortisone gebruik gemaak het, het hy gepoog om die kinders so gou as moontlik daarsonder te laat klaarkom.

Peshkin se resultate met hierdie behandelingsmetodes was wonderbaarlik. Die kinders is tussen 20 en 24 maande in die sentrum gehou. Terwyl hulle in die sentrum was, het 90,0 persent van die kinders heeltemal genees of bevredigende beterskap getoon. Van hierdie groep het 97,0 persent hul beterskap behou een jaar nadat hulle die sentrum verlaat het en gedurende die volgende twee jaar het 95,0 persent hul beterskap bly behou.

Ford (1968) het by 'n soortgelyke sentrum in Suid-Australië in navolging van Peshkin, dieselfde toelatingsvereistes en metodes toegepas, behalwe dat die verblyf in dié sentrum slegs drie maande was. Van die 163 gevalle onder behandeling, het bevredigende verbetering by 96,3 persent van die kinders ingetree, in die meeste gevalle binne 'n week of twee na toelating. Daar was selfs 'n gemiddelde gewigstoename van 3 lb. per maand, selfs by die mees chroniese geval. 'n Jaar na ontslag was die toestand van 79,1 persent van die gevalle nog bevredigend en na drie jaar het 76,0 persent nog hul beterskap behou.

Peshkin (1959) het in sy ondersoek melding gemaak van kinders wat heeltemal simptoombvry was, maar wat met die intrapslag in hul ouerhuise weer met hardnekkige aanvalle begin het. Dit was dieselfde ondervinding as dié van Ford. Weblin (1963) maak in 'n literatuuroorsig melding van kinders in asma-sentra, wat heeltemal gesond was, maar onmiddellik aanvalle gekry het nadat hulle gehoor het dat hul ouers hulle by die sentrum kom besoek.

Die wonderlike resultate wat Ford behaal het, is ietwat swakker as dié van Peshkin, maar dit word toegeskryf aan die korter tydperk van behandeling. Dit stem egter ooreen met die bevinding van Mascia (1964) in New York, wat sy pasiënte ook net vir 'n paar maande behandel het.

Die voordeel wat die korter behandelingstydperk van Ford inhou bo die langer tydperk van Peshkin, is dat die kinders nie naderhand heeltemal van hul ouers vervreem nie. Die koste is ook minder en dit bring die behandeling binne die bereik van elke ouer.

In Nederland het soortgelyke sentrums hul ontstaan gehad. In 1950 is daar begin met die asma-sentrum Heideheuvel, vir 90 kinders tussen die ouderdomme 11 en 18 jaar. Daar is ook 'n tweede sentrum Bosch en Heide, met plek vir 60 kinders tussen die ouderdomme 6 en 11 jaar. Schook (1958), die geneesheer-direkteur van Heideheuvel, behaal nog beter resultate as Peshkin, Ford of Mascia. Hy het nog verder gegaan en geprobeer om die faktore in die ouerhuise, wat moontlik kon bydra tot asma, uit te skakel terwyl die kinders weg was van hul ouerhuise. Hiervoor is spesiaal opgeleide en belang-

stellende maatskaplike werksters gebruik. Hulle het die ouers gereeld besoek en voorligting gegee.

Wanneer 'n kind sodanig verbeter het dat hy die sentrum kon verlaat, is hy gedurende skoolvakansies van twee tot drie keer vir 'n proefvakansie na sy ouerhuis gestuur. Indien sy toestand nie weer gedurende so 'n proefvakansie verswak nie, is hy toegelaat om die sentrum te verlaat. Indien hy egter weer asma by sy ouerhuis kry, is hy by 'n pleeggesin geplaas, wat moes dien as oorskakeling tussen asma-sentrum en ouerhuis. Nadat die kinders die sentrum finaal verlaat het, moes hulle nog gereeld drie-maandeliks of halfjaarliks kontrolebesoeke aan die sentrum bring vir die volgende drie of vier jaar, na gelang van hul beterskap.

Die sukses wat Schook (1958) behaal het, is fenomenaal. Slegs gegewens in verband met 262 leerlinge se verbetering in skoolbesoek word hier weergegee, om aan te toon hoeveel sukses hy met sy behandeling behaal het. Die afwesigheid van hierdie kinders word persentasiegewys aangetoon in tabel 3.1, soos dit was voor opname en hoe dit verbeter het gedurende die jaar na ontslag (Schook, 1958, pp. 48-49).

TABEL 3.1
JAARLIKSE AFWESIGHEID VAN ASMAKINDERS VOOR OPNAME EN NA ONTSLAG UIT HEIDEHEUVEL-
ASMASENTRUM

	N = 262	
Voor opname %	Tydperk van afwesigheid	Na ontslag %
14	Minder as 14 dae per jaar	78 $\frac{1}{2}$
37	14 dae tot 3 maande per jaar	17 $\frac{1}{2}$
49	3 maande en langer	4

Schook (1958) besluit: "U ziet hierbij dat de verbetering van de validiteit nog belangrijk groter is dan de verbetering van het asthma. Terwijl wij ten opsigte van het asthma kunnun zeggen, dat 69% van de kinderen geen of weinig last van aanvallen meer heeft gehad, vinden wij dat ruim 78% als geheel valide kan worden beskouwd. Hieruit blijkt dus, dat het mogelijk is om naast een verbetering van de lichamelijke toestand van deze patiënten, hen te leren met hun asthma te leven en te werken" (pp.48-49).

Kooper (1958), wat optree as kinderarts by die asma-sentrum te Heideheувel, gee 'n mooi samevatting van die pedagogiese beginsels wat hulle toepas: "... besteden wij op 'Heideheувel' veel aandacht en moeite aan de opbouw van een weerbaarheid van het kind ten opsigte van zijn ziekte; een weerbaarheid die het in staat moet stellen zich ondanks eventuele benauwdheden te handhaven.

Daartoe volgt de internaatsleiding een bepaalde paedagogische lijn en geven wij het kind zijn ademhalingsoefeningen mee. Deze paedagogiek beoogt te bereiken, dat het kind:

- (i) Al of niet benauwd, toch altijd actief blijft;
- (ii) niet 'zielig' doet of zijn asthma ten opsigte van zijn omgeving gaat probereren uit te buiten;
- (iii) al of niet benauwd, nooit de school verzuimt, tenzij er koorts bestaat.

Verder probeert de paedagoog te bereiken:

- (iv) Een versterking van het zelfvertrouwen, dat het kind in staat moet stellen zich niet door moeïijkheden in een hoek te laten drukken;
- (v) het zo veel mogelijk steunen op eigen kracht en zo min mogelijk steunen op medicijnen" (pp. 50-51).

Kooper meld egter dat ten spyte van hul sukses, daar egter altyd sekere invloed van buite is wat hul langtermynherstel in die wïele ry. Volgens hom is die volgende instansies hieraan skuldig:

- (i) Die ouers self;
- (ii) ander familieleden soos grootouers, bure en kennisse;
- (iii) die geneesheer;
- (iv) die skool en die onderwyser;
- (v) die ouer, onderwyser of geneesheer, wat weier dat die kind aan gimnastiek, sport of ander liggaamlike aktiwiteite deelneem.

Na aanleiding van die sukses wat Schook behaal het met sy behandelingsmetodes te Heideheuvel, bepleit Van Dijk (1958) meer asmasentra vir Nederland. Volgens hom moet die sentra nie te groot wees nie en moet dit ook nie naby groot stede geleë wees nie. In sy pleidooi vir meer asmasentra, laat hy hom as volg uit: "Voorop moet worden gesteld, dat behandeling van astmapatiënten een evenwichtig milieu vereist, een persoonlike benadering en veel aandacht. Anders gezegd: de patiënten moeten zich thuis voelen in het milieu, waar ze worden behandeld. Dit kan beter verwezenlijkt worden in speciaal daarop gerichte niet te grote asthmaklinieken dan in grote ziekenhuizen en in universiteitsklinieken, waar het huiselijke in het algemeen ontbreekt. Bij dit zich thuis voelen behoort een vaste staf van personeel, die de therapeutische waarde van de goede sfeer beseft. De dokter, de zuster en de werkster, kortom allen, die er werken, moeten ervan doordrongen zijn" (p. 10).

Volgens Van Dijk is die volgende voordele verbonde aan asmasentra:

- (i) Goedopgeleide personeel wat deurdronge is met hul taak;
- (ii) personeel wat ingestel is op psigosomatiese behandeling;
- (iii) sistematiese bestudering van asma;
- (iv) volgehoue asemhalings-, houdings- en ontspanningsoefeninge;
- (v) sosiale sorg;
- (vi) werkterapie met byskoling of herskoling, en
- (vii) in die geval van langdurige chroniese asma, ook 'n werkplaas.

Die asmasentrums moet ook noue kontak bewaar met ander wetenskaplike sentra, sodat hulle op die hoogte kan bly met alle navorsing in verband met die volgende aangeleenthede:

- (i) Allergologiese ondersoeke in verband met huid-, inaseming- en voedselproewe;
- (ii) biochemiese en longfunksie-ondersoeke, met bestudering van die invloed van allergene, psigiese invloede en medikamente;
- (iii) bakteriologiese ondersoeke en antibiotiese terapie;
- (iv) psigosomatiese ondersoeke met psigoterapie en sielsorg;
- (v) arbeidsterapie, en
- (vi) bestudering en behandeling van maatskaplike aspekte deur sosioloë en maatskaplike werksters.

Met die inspanning van alle verwante wetenskaplike kennis en die oprigting van meer asmasentra, meen Van Dijk (1958), kan hulle daarin slaag, om die asmaprobleem, wat in Nederland 'n geweldige omvang aanneem, in 'n groot mate op te los.

Naas die asmasentrums word daar ook van gesondheidskolonies gebruik gemaak vir minder ernstige gevalle.

Van Capelle (1958) maak melding van minder ernstige asmalyers wat saam met ander kinders vir ses weke of langer na die herstellingsoord (gesondheidskolonie) te Bethanië gestuur word en geweldig baat daarby vind. Hul behandeling by hierdie oord het ten doel: "... we probeer het kind allereerst op z'n gemak te stellen. Daarna weer te leren spelen, weer om te leren gaan met vriendjes, kortom, het zo langzamerhand te halen uit hun 'egocentrische' houding. We laten deze kinderen gewoon meedoen met alles. In plaats van ze te verbieden, worden ze nu aangespoord, ondanks een opkomende asthma-aanval. Op de wandeling lopen ze gewoon mee en we zoeken zoveel mogelijk

afleiding voor hen ... De kinderen wordt geleerd, hoe ze met hun kwaal moeten omgaan" (p. 26).

3.9 KRITIESE OORSIG

Uit die literatuur blyk baie duidelik dat daar taamlike ooreenstemming bestaan tussen medici, allergoloë, longartse en sielkundiges oor wat daar fisiologies in die longe en lugweë plaasvind om 'n asma-aanval en die daarmee gepaardgaande benoudheid te veroorsaak.

Daar het egter 'n verskil tussen medici en sielkundiges ontstaan oor die vraag of asma 'n organiese of psigiese oorsprong het. As gevolg van die verskil, is daar baie navorsing in verband met asma gedoen en het die insig in die siektebeeld aanmerklik verdiep. Genoemde verskille het twee skole van denke tot gevolg gehad. Naamlik dié met 'n organiese uitgangspunt, wat dan asma klassifiseer volgens die siektebeeld, en dus nosologies te werk gaan, en dié wat die oorsaak in psigologiese dinamiek soek, dit wil sê dinamies te werk gaan. Nóg die medici, nóg die sielkundiges, kon egter daarin slaag om 'n definitiewe faktor aan te dui, wat as spesifieke, enigste oorsaak gesien kan word.

Meeste medici noem asma 'n allergie en beskryf dit as 'n defek in die funksioneering van die liggaam, terwyl die sielkundiges dit 'n neurotiese toestand noem en asma sien as die uitdrukking van die psige van die persoon.

Soos reeds vermeld voer die medikus asma terug tot 'n allergiese reaksie, waar die lugweë toeswel as gevolg van oormatige prikkeling van die slymvliese deur allergene wat deur die asemhaling of die spysvertering ingeneem word. Hierdie siening word egter nie altyd deur navorsingsresultate gesteun nie. Sekere asmatici reageer positief op veltoetse vir allergieë terwyl ander negatief reageer. Daar is egter persone wat positief reageer, maar nie asma ontwikkel nie. Dieselfde geld vir klimaatsfaktore. Sommige pasiënte ontwikkel asma by die kus en het nooit weer las van asma indien hulle verhuis na 'n droër klimaat in die binneland nie, terwyl sommige persone wat asma in die binneland ontwikkel, weer heeltemal vry is van asma by die kus. Daar is egter sommige by wie klimaatsverandering geen verandering in die siektetoestand tot gevolg het nie, terwyl dit by sommige die siektetoestand vererger.

Psigo-analitiци daarenteen lê soms weer oordrewe klem op die moeder-kindverhouding wat hom manifesteer in verwerping of oorbeskerming en aldus aanleiding gee tot onderdrukte aggressie by die kind, of 'n ambivalente houding ten opsigte van die moeder of onvervulde afhanklikheidsbehoefte. Ook hier word teenstrydige navorsingsresultate gevind. Alhoewel sommige asmatici wel deur hul ouers verwerp word, is daar kinders wat aan asma ly, wat glad nie deur hul ouers verwerp word nie terwyl andere tog verwerp word, maar nie aan asma ly nie. Opnames dui daarop dat asma baie min by kinders in weeshuise aangetref word terwyl daar ook geen verskil in die graad van asma by aan-genome en eie kinders gevind is nie. Teenstanders van die psigo-analitiци het juis die geringe voorkoms van asma by wees- en aangenome kinders gebruik as teenargument vir die psigo-analitiци se siening dat moederverwerping 'n belangrike oorsaak van asma is. Daarenteen kan die suksesvolle behandelingsmetodes met parentektomie waar chroniese asmalyers feitlik oombliklik verbeter en selfs heeltemal herstel het nadat hulle uit hulle oerhuise verwyder is na asmasentrums, egter juis gesien word as 'n argument in hul guns.

Heelwat emosionele probleme word aan die asmatikus toegeskryf, deur navorsingsresultate bevestig en deur sommige psigo-analitiци tot oorsake van asma verhef. Dit is egter tot op die huidige nog nie 'n uitgemaakte saak of emosionele probleme die oorsaak of die gevolg van asma is nie.

Die toenemende aanvaarding van asma as 'n psigosomatiese siekte behoort egter 'n brug te slaan tussen genoemde uitgangspunte en aldus aanleiding te gee tot die erkenning van die multidimensionaliteit van asma, wat betref oorsake asook behandeling, soos blyk uit die literatuur.

Die oorsake wat opgesluit lê in die moeder-kindverhouding, te wete verwerping, oorbeskerming, te strenge tug, perfeksonisme, gebrek aan liefde, aanvaarding en erkenning en 'n behoefte aan veiligheid en geborgenheid kan egter ook baie duidelik aan-

gewys word as opvoedingstekorte of pedagogiese verwaarlosing en dit plaas die probleem binne in die veld van die pedagogiese.

Ouers moet beseft dat die asmakind net soos enige ander "normale" kind op weg is na volwassenheid. By hom is daar presies dieselfde behoefte aan veiligheid en geborgenheid, dieselfde drang tot eksplorasië en emansipasië, dieselfde behoefte aan sekuriteit, selfvertroue, verantwoordelikheid en verantwoordelikhedaanvaarding. Die ouer en onderwyser moet begrip hê vir en kennis dra van hierdie opvoedingsbeginsels in die kind se op-weg-wees-na-volwassenheid. As gevolg van sy siekte het die asmakind 'n groter behoefte aan veiligheid en geborgenheid. Daar moet egter voortdurend gewaak word teen oorbeveiliging en oorbeskerming. Die kind sien oorbeskerming dikwels as 'n verwerping deur die ouer van sy vermoë om volwassenheid te aanvaar. Indien die ouer nie daarin slaag om die kind op te voed om sy tekort, gebrek, afwyking of siekte te verwerk en sinvol te aanvaar nie, voel hy onveilig, beleef hy onnodige angs, verloor hy selfvertroue en gee dit aanleiding tot allerlei gedragsprobleme.

Dit is egter so dat die ouer van die asmakind gewoonlik in die eerste instansie met die geneesheer kennis maak. Dit is ook so dat die geneesheer gewoonlik spoedige en tydelike verligting bring deur die toediening van die nodige medikamente. Die gevaar vir die asmakind lê egter daarin dat hy geheel en al sy selfvertroue verloor, geen poging van sy kant aanwend nie en totaal afhanklik word van die behandeling van die geneesheer - met ander woorde, sy weerstand teen die siekte word totaal gebreek. Dit het ook 'n verdere nadelige uitwerking op die moeder van die asmakind, wat as gevolg van die verligting wat die geneesheer bring, asma suiwer as 'n organiese aangeleentheid sien.

Die sielkundige of psigiater kry gewoonlik eers met die asmakind te doen as hy reeds sodanige persoonlikheidsprobleme ontwikkel het dat die ouers nie met hom raad weet nie. Die pedagoog word egter selde geraadpleeg deur die moeder, omdat dit moeilik is om te aanvaar dat sy die oorsaak is van die kind se asma, of dat sy 'n bydraë lewer tot die verergering van sy asma. Sy tree dan juis so liefdevol en beskermend op, min wetende dat dit juis oorbeskerming is wat aanleiding kan gee tot spanninge en onderdrukte aggressie by die kind.

Die sukses wat behaal is met langtermyn terapie soos toegepas in die verskillende asma sentrums het egter die noodsaaklikheid van 'n pedagogiese benadering beklemtoon. Dit het ook getoon dat die spanbenadering in die behandeling van asma 'n voorvereiste vir sukses is. Die geneesheer, psigoanalisis en pedagoog moet as 'n span saamwerk om verligting te bring en die lewe van die asmakind draagliker te maak.

4.1 INLEIDING

Die gegewens wat in hierdie hoofstuk gerapporteer word, is deur middel van die Biografiese Vraelys en Onderwysersvraelys verkry. Die Biografiese Vraelys is deur die st.6-leerlinge self beantwoord en verskaf onder andere persoonlike besonderhede en gegewens ten opsigte van die leerlinge se gesinsagtergrond, skool- en studieaangeleenthede en vryetydbesteding terwyl die Onderwysersvraelys deur die st.6-klasonderwysers/esse van elke leerling ingevul is en besonderhede verskaf oor die leerlinge se gedrag, aanpassing en vermoëns in verband met die skoolsituasie.

Omdat die twee vraelyste sterk aanvullend tot mekaar is en sekere gegewens deur die leerlinge verstrekk, dikwels geverifieer kan word aan dié deur hul klasonderwysers verstrekk, word die resultate saam behandel.

In die rubrisering van die verskillende agtergrondgegewens word 'n poging aangewend om dit in verskillende afdelings in te deel. Dit is egter nie moontlik om dit in waterdigte kompartemente af te sonder nie omdat sommige van die gegewens net so maklik in die een of die ander afdeling ingedeel kan word. Die voortdurende wisselwerking tussen die verskillende agtergrondgegewens moet ook nooit uit die oog verloor word nie.

Die gegewens betreffende geslag en ouderdom is reeds bespreek in paragraaf 1.3.1, waar 'n kort beskrywing van die ondersoekgroep gegee is. Die res van die biografiese en ander agtergrondgegewens word onder die volgende hoofde gegroepeer:

- (a) Geografiese besonderhede
- (b) Gesinsagtergrond
- (c) Skool- en Studiaaangeleenthede
- (d) Vryetydbesteding, sport en ontspanning
- (e) Onderwysersbeoordeling

4.2 GEORGRAFIESE BESONDERHEDE

4.2.1 Provinsie waar skool geleë is

Die verdeling van leerlinge volgens die provinsie waar die skool geleë is, word in tabel 4.1 (p. 44) aangedui. Daarvolgens blyk dat daar 'n veel groter persentasie amaleerlinge in die twee kusprovinsies voorkom in vergelyking met die gesonde leerlinge, met die grootste verskil in Natal. In Transvaal kom asmaleerlinge in verhouding tot die gesonde leerlinge die minste voor. Die gemiddelde en bogemiddelde asmaseuns en -meisies verskil beduidend (1%) van die gesonde leerlinge.

Die hoër voorkoms van asmaleerlinge in die kusprovinsies stem ooreen met die reeds genoemde bevindings van Ordman (1955, 1956, 1958a en 1958b) asook dié van Fimenez-Diaz en Rowe, soos aangehaal deur Ordman.

Dit mag verband hou met die rol van hoogte bo seespieël, hoë temperatuur en hoë vogtigheid soos beklemtoon deur Ordman. Ordman (1956) haal ook die bevindings aan van Van Leeuwen, Metzger, Rowe, Crip en Feinberg, wat 'n hoër voorkoms van asma aangee toon het aan die kus en ander laagliggende gebiede met 'n warm vogtige klimaat.

'n Verdere veroorsakende faktor mag geleë wees in die bevolkingsdigtheid van die Suid-Afrikaanse kusstede. Peltonen, Kasanen en Peltonen (1955) het 'n heelwat hoër voorkoms van asma gevind in die digbevolkte gebiede van Finland as op die platteland, terwyl Quarles van Ufford (1958) in Nederland bevind het dat die gemiddelde voorkoms van asma heelwat hoër is in stede van 25 000 en meer mense as in kleiner dorpe.

Volgens Ordman (1956) is die grootste gedeelte van die Republiek bokant 3000 voet bo seespieël geleë. Daar is egter 'n nou rand al langs die kus, wat onderkant 1500 voet bo seespieël geleë is en nie diep die binneland in strek nie. Ordman meld dat baie asmatici heeltemal genees as hulle verhuis na plekke soos Cradock, Queenstown en Stutterheim en soms selfs na plekke wat net 20 myl van die kus af geleë is.

As gevolg van hierdie bevindings van Ordman is besluit om 'n verdere verdeling tussen kus en binneland te maak om die geografiese verspreiding van asma vas te stel.

4.2.2 Kus of binnelandse ligging van skool

Op grond van die ondersoek van Ordman (1956) sluit die kusgroep al die leerlinge in, wat skoolgegaan het in skole wat nader as 40 myl aan die kus is en laer as 2000 voet bo seespieël is, terwyl die binnelandse groep al die leerlinge insluit wat skoolgegaan het in skole wat meer as 40 myl van die kus af of hoër as 2000 voet bo seespieël geleë is. Alhoewel Ordman melding gemaak het van 'n area al langs die kus wat onder 1500 voet bo seespieël en 20 myl van die kus af geleë is, is daar om praktiese en organisatoriese redes, wat die indeling van skole vergemaklik het, besluit op 2000 voet bo seespieël en 40 myl van die kus af.

In tabel 4.2 word die talentopnameleerlinge in 'n kus- en binnelandse groep verdeel volgens hul antwoorde op vraag 65 van die Biografiese Vraelys, om te sien of daar 'n duidelike verskil ten opsigte van die voorkoms van sekere siektes bestaan.

TABEL 4.2

VERDELING VAN ST.6-LEERLINGE VOLGENS GESONDHEIDSPROBLEME IN 'N KUS- EN BINNELANDSE GROEP

Kwaal	Kusgroep	Binnelandse groep
	%	%
Nie van toepassing nie	67,5	67,3
Spraakgebreke, bv. hakkell	3,0	3,0
Uiterlike liggaamsgebreke	1,4	1,7
'n Swak hart	0,7	1,4
Asma	4,0	2,3
Oorgewig	3,2	2,7
Vallende siekte	0,3	0,4
Hardhorendheid	1,5	1,1
Swaksiendheid	6,3	5,3
Ander kwale	11,0	13,6
Vraag nie beantwoord nie	1,1	1,2
TOTAAL	100,0	100,0
N	19154	49921

Volgens tabel 4.2 diskrimineer die geografiese indeling ten opsigte van siektes veral in die geval van vier siekteprobleme, naamlik asma, 'n swak hart, swaksiendheid en ander kwale. In die kusgroep vind ons 'n asmavoorkoms van 4 persent teenoor 2,3 persent by die binnelandse groep, terwyl daar 'n voorkoms van 2,8 persent in die univerversum van st.6-leerlinge aangetref word (tabel 1.1).

In tabel 4.3 word aangetoon in watter mate die asmagroep versprei is ten opsigte van die geografiese indeling in vergelyking met die gesonde leerlinge. Volgens tabel 4.3 kom die asmaleerlinge beduidend meer (ondergemiddelde asmaleerlinge (5%) en gemiddelde en bogemiddelde asmaleerlinge (1%)) by die kus voor in vergelyking met die gesonde leerlinge. Daar kan dus met stelligheid beweer word dat die algemene opvatting dat asma meer by die kus voorkom as binnelands, juis is.

Dit is bekend dat sekere stowwe in melk, brood, eiers, ensovoorts, allergene van asma is, maar by sommige pasiënte is dit "iets in die lug" wat hulle aanvalle veroorsaak. In die afgelope tyd is bewys dat hierdie "iets in die lug" nie 'n produk van die asmalyer se verbeelding is nie. Voorhorst (1959) het byvoorbeeld by "katgevoelige" asmalyers 'n definitiewe allergie vir huidskilfers van katte ontdek.

Volgens Ordman (1956) wys Maunsell en Harsh daarop dat huisstof uit kusgebiede meer stofallergene bevat en skryf dit toe aan die warm, vogtige klimaat.

TABEL 4.1
VERDELING VAN ASMATIESE EN GESONDE ST. 6-LEERLINGE VOLGENS PROVINSIE WAAR SKOOL GELEË IS

PROVINSIE	Asmatiese leerlinge						Gesonde leerlinge					
	IK-groepe						IK-groepe					
	Ondergemiddeld N	Gemiddeld %	Gemiddeld N	Gemiddeld %	Bogemiddeld N	Bogemiddeld %	Ondergemiddeld N	Gemiddeld %	Gemiddeld N	Gemiddeld %	Bogemiddeld N	Bogemiddeld %
	SEUNS											
1 Kaapland	59	31,22	228	34,65	117	38,24	246	27,86	821	31,36	357	30,53
2 Natal	18	9,52	101	15,35	68	22,22	59	6,68	263	10,05	159	13,23
3 Oranje-Vrystaat	13	6,88	52	7,90	18	5,88	66	7,47	251	9,59	80	6,66
4 Transvaal	96	50,79	260	39,52	102	33,33	499	56,52	1230	46,98	576	47,92
5 Suidwes-Afrika	3	1,59	17	2,58	1	0,33	13	1,47	53	2,02	20	1,66
TOTAAL	189	100,00	658	100,00	306	100,00	883	100,00	2618	100,00	1202	100,00
	MEISIES											
1 Kaapland	42	31,35	152	36,19	64	32,00	196	25,82	808	31,59	350	26,68
2 Natal	16	11,94	75	17,86	50	25,00	57	7,51	245	9,58	186	14,18
3 Oranje-Vrystaat	10	7,46	24	5,71	12	6,00	66	8,70	233	9,11	118	8,99
4 Transvaal	64	47,76	158	37,62	73	36,50	429	56,52	1212	47,37	632	48,17
5 Suidwes-Afrika	2	1,49	11	2,62	1	0,50	11	1,45	60	2,35	26	1,98
TOTAAL	134	100,00	420	100,00	200	100,00	759	100,00	2558	100,00	1312	100,00

TABEL 4.3
VERDELING VAN ASMATIESE EN GESONDE ST. 6-LEERLINGE VOLGENS 'N KUS EN BINNENLANDSE GROEP

GROEP	Asmatiese leerlinge						Gesonde leerlinge					
	IK-groepe						IK-groepe					
	Ondergemiddeld N	Gemiddeld %	Gemiddeld N	Gemiddeld %	Bogemiddeld N	Bogemiddeld %	Ondergemiddeld N	Gemiddeld %	Gemiddeld N	Gemiddeld %	Bogemiddeld N	Bogemiddeld %
	SEUNS											
Kus	xx 58	30,69	241	36,62	148	48,37	196	22,20	716	27,35	371	30,87
Binneland	131	69,31	417	63,38	158	51,63	687	77,80	1902	72,65	831	69,13
TOTAAL	189	100,00	658	100,00	306	100,00	883	100,00	2618	100,00	1202	100,00
	MEISIES											
Kus	xx 44	32,84	169	40,24	96	48,00	171	22,53	746	29,16	365	27,82
Binneland	90	67,16	251	59,76	104	52,00	588	77,47	1812	70,84	947	72,18
TOTAAL	134	100,00	420	100,00	200	100,00	759	100,00	2558	100,00	1312	100,00

TABEL 4.4
VERDELING VAN ASMATIESE EN GESONDE ST. 6-LEERLINGE VOLGENS AREA WAAR SKOOL GELEË IS

AREA	Asmatiese leerlinge						Gesonde leerlinge					
	IK-groep						IK-groep					
	Ondergemiddeld N	Gemiddeld %	Gemiddeld N	Gemiddeld %	Bogemiddeld N	Bogemiddeld %	Ondergemiddeld N	Gemiddeld %	Gemiddeld N	Gemiddeld %	Bogemiddeld N	Bogemiddeld %
	SEUNS											
1 Stad of stedelike gebied	xxx 111	58,73	381	57,90	214	69,93	448	50,74	1459	55,73	761	63,31
2 Dorp	73	38,62	253	38,45	88	28,76	411	46,55	1090	41,63	407	33,86
3 Plaas	5	2,65	24	3,65	4	1,31	24	2,71	69	2,64	34	2,83
TOTAAL	189	100,00	658	100,00	306	100,00	883	100,00	2618	100,00	1202	100,00
	MEISIES											
1 Stad of stedelike gebied	76	56,72	259	61,67	138	69,00	430	56,66	1477	55,79	805	61,36
2 Dorp	55	41,04	151	35,95	58	29,00	315	41,50	1078	42,14	473	36,05
3 Plaas	3	2,24	10	2,38	4	2,00	14	1,84	53	2,07	34	2,59
TOTAAL	134	100,00	420	100,00	200	100,00	759	100,00	2558	100,00	1312	100,00

TABEL 4.5
VERDELING VAN ASMATIESE EN GESONDE ST. 6-LEERLINGE VOLGENS HUISTAAL

HUISTAAL	Asmatiese leerlinge						Gesonde leerlinge					
	IK-groepe						IK-groepe					
	Ondergemiddeld N	Gemiddeld %	Gemiddeld N	Gemiddeld %	Bogemiddeld N	Bogemiddeld %	Ondergemiddeld N	Gemiddeld %	Gemiddeld N	Gemiddeld %	Bogemiddeld N	Bogemiddeld %
	SEUNS											
1 Afrikaans	xx 120	63,49	356	54,11	114	37,25	648	73,39	1646	62,87	582	48,42
2 Engels	38	20,10	228	34,65	170	55,56	149	16,87	736	28,12	521	43,36
3 Afrikaans en Engels	20	10,58	47	7,14	17	5,56	53	6,00	168	6,42	60	4,99
4 Duits	2	1,06	18	2,74	2	0,65	4	0,45	27	1,03	10	0,83
5 Nederlands	2	1,06	1	0,15	0	0,00	2	0,23	11	0,42	10	0,83
6 Grieks	0	0,00	1	0,15	0	0,00	6	0,68	9	0,34	4	0,33
7 Italiaans	2	1,06	1	0,15	0	0,00	1	0,11	6	0,23	10	0,83
8 Portugees	5	2,65	2	0,30	1	0,33	18	2,04	5	0,19	1	0,08
9 Ander taal	0	0,00	4	0,61	2	0,65	2	0,23	10	0,38	4	0,33
TOTAAL	189	100,00	658	100,00	306	100,00	883	100,00	2618	100,00	1202	100,00
	MEISIES											
1 Afrikaans	xx 82	61,19	202	48,10	78	39,00	545	71,80	1587	62,04	670	51,07
2 Engels	31	23,13	168	40,00	101	50,50	147	19,37	707	27,64	523	39,86
3 Afrikaans en Engels	14	10,45	38	9,05	16	8,00	41	5,40	178	6,98	85	6,48
4 Duits	3	2,24	7	1,65	2	1,00	5	0,66	31	1,20	14	1,07
5 Nederlands	0	0,00	1	0,24	1	0,50	3	0,40	15	0,59	11	0,84
6 Grieks	0	0,00	1	0,24	0	0,00	6	0,79	12	0,47	2	0,15
7 Italiaans	0	0,00	1	0,24	0	0,00	1	0,13	12	0,47	4	0,30
8 Portugees	4	2,99	0	0,00	0	0,00	7	0,92	5	0,20	1	0,08
9 Ander taal			2	0,48	2	1,00	4	0,53	11	0,43	2	0,15
TOTAAL	134	100,00	420	100,00	200	100,00	759	100,00	2558	100,00	1312	100,00

Basis van groepering: Tabel 4.1 - (1-5), 2, 3, 4; Tabel 4.5 - 1, 2, 3 (4-9). * Beduidend 1%-peil; ** Beduidend 5%-peil; *** Beduidend 10%-peil.

Schook (1958) wys daarop dat asma in Nederland drie keer soveel voorkom gedurende die maande Julie tot Oktober. Volgens navorsing is daar bevind dat daar gedurende hierdie maande tien keer soveel skimmelspoor in die lug aanwesig is as in die res van die jaar.

'n Groot stap vorentoe vir die verklaring van die bekende geografiese lokalisering en die sogenaamde seisoentop van asma vind in 1966 plaas met die publikasie van die bioloog Spijksma waarin hy die ontdekking van 'n tot nog toe onbekende miet in huisstof aandui. Hierdie voorheen onbekende miet (*Dermatophagoides pteronyssinus*), wat voorgekom het in huisstofmonsters in ou vogtige huise in die stad Leiden, het die klimaatsteorie verder op die voorgrond geplaas. Ondersoeke na huisstofmonsters uit verskillende wêrelddele toon dat die miet slegs voorkom by 'n sekere vogtigheid en temperatuur (Menges, 1966).

4.2.3 Area waar skool geleë is

Die verdeling van leerlinge volgens area waar skool geleë is, word in tabel 4.4 weergegee. Volgens tabel 4.4 is daar 'n groter persentasie asmaleerlinge wat in stede en minder wat in dorpskole skoolgegaan het in vergelyking met die gesonde leerlinge. Die bogenommelde asmaseuns en -meisies en gemiddelde asmameisies verskil beduidend (5%) van die gesonde leerlinge.

Die hoër stedelike voorkoms van asma hou verband met die hoër voorkoms van asma in die kusstede. 'n Hoër stedelike bevolking word aangetref in Kaapstad, Port Elizabeth, Oos-Londen en Durban (Buro vir Statistiek, 1968).

Hierdie bevinding word ook gestaaf deur die bevindings van Peltonen, Kasanen en Peltonen (1955) en Quarles van Ufford (1958) vir Finland en Nederland respektiewelik.

4.3 GESINSAGTERGROND

4.3.1 Huistaal

Die gegewens ten opsigte van huistaal verskyn in tabel 4.5 Volgens die gegewens in tabel 4.5 word die volgende opgemerk:

- 1 Die persentasie asmaleerlinge wat Afrikaanssprekend is, is aansienlik laer in vergelyking met die gesonde leerlinge;
- 2 die persentasie asmaleerlinge wat Engelssprekend is, is aansienlik hoër as wat volgens die verdeling van gesonde leerlinge verwag sou word;
- 3 die persentasie asmaleerlinge met Afrikaans en Engels as huistaal is ook hoër in vergelyking met die gesonde leerlinge.

Die verskille tussen die asma- en gesonde leerlinge is in alle gevalle beduidend op die 5%-peil en beter en dit geld vir al drie die IK-groepe en vir albei geslagte.

Afgesien van die feit dat daar 'n hoër voorkoms van Engelssprekendes in die stedelike gebiede is, hang die hoër voorkoms van asma onder Engelssprekende leerlinge ook saam met die hoër voorkoms van Engelssprekendes in die vier kusstede, naamlik Kaapstad, Port Elizabeth, Oos-Londen en Durban. Volgens die Buro vir Statistiek (1968) was daar in dié vier kusstede in 1960 'n bevolking van 432 150 Engelssprekendes teenoor 178 423 Afrikaanssprekendes.

4.3.2 Beroep van vader

Die verdeling van leerlinge volgens die beroep van hul vaders/stiefvaders/voogde, in elf beroepsgroepe ingedeel, word in tabel 4.6 weergegee.

Die eerste vier beroepsgroepe verteenwoordig die hoër sosio-ekonomiese beroepe (Strijdom, 1971) en volgens tabel 4.6 blyk dat relatief meer van die asmaleerlinge se vaders hierdie beroepe beklee in vergelyking met die gesonde leerlinge. Dit is egter slegs die gemiddelde asmaseuns en -meisies wat beduidend (10% en 5% respektiewelik) van die gesonde leerlinge verskil.

TABEL 4.6
VERDELING VAN ASMATIESE EN GESONDE ST. 6-LEERLINGE VOLGENS DIE BEROEP VAN VADER/OTILFVADLER/VOOG

BEROEPSGROEPE	Asmatiese leerlinge						Gesonde leerlinge							
	IK-groepe						IK-groepe							
	Ondergemiddeld		Gemiddeld		Bogemiddeld		Ondergemiddeld		Gemiddeld		Bogemiddeld			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
	SEUNS													
1	16	8,47	xxx	72	10,94	76	24,84	37	4,19	xxx	247	9,43	270	22,46
2	18	9,51	108	16,43	45	14,70	83	9,40	365	13,94	256	21,30		
3	11	5,82	63	9,57	37	12,09	57	6,46	270	10,31	143	11,90		
4	12	6,35	35	5,32	28	9,15	29	3,28	124	4,74	62	5,16		
5	34	17,99	97	14,74	32	10,46	201	22,76	440	16,81	143	11,90		
6	24	12,70	74	11,25	24	7,84	130	14,72	340	12,99	115	9,57		
7	26	13,76	87	13,22	31	10,13	126	14,27	366	13,98	116	9,65		
8	1	0,53	1	0,15	0	0,00	3	0,34	8	0,31	2	0,17		
9	26	13,76	79	12,01	17	5,56	119	13,48	300	11,46	70	5,80		
10	8	4,23	12	1,82	6	1,96	43	4,87	53	2,02	5	0,42		
11	8	4,23	21	3,19	6	1,96	40	4,53	76	2,90	15	1,25		
12	5	2,65	9	1,36	4	1,31	15	1,70	29	1,11	5	0,42		
TOTAAL	189	100,00	658	100,00	306	100,00	883	100,00	2618	100,00	1202	100,00		
	MEISIES													
1	10	7,46	xx	45	10,71	34	17,00	31	4,08	262	10,24	296	22,56	
2	14	10,45	67	15,95	56	28,00	71	9,35	335	13,10	239	18,22		
3	12	8,96	52	12,38	21	10,50	68	8,96	253	9,98	177	13,49		
4	4	2,99	24	5,71	12	6,00	17	2,24	118	4,63	68	5,18		
5	24	17,90	70	16,67	24	12,00	148	19,51	436	17,04	151	11,51		
6	16	11,94	47	11,19	20	10,00	113	14,89	321	12,55	105	8,00		
7	11	8,21	54	12,86	22	11,00	82	10,80	340	13,29	149	11,36		
8	0	0,00	2	0,48	1	0,50	5	0,66	9	0,35	3	0,23		
9	24	17,91	39	9,29	5	2,50	110	14,49	307	12,00	82	6,25		
10	7	5,22	9	2,14	0	0,00	50	6,59	53	2,07	7	0,53		
11	8	5,97	10	2,38	3	1,50	40	5,27	88	3,44	27	2,06		
12	4	2,99	1	0,24	2	1,00	24	3,16	36	1,41	8	0,61		
TOTAAL	134	100,00	420	100,00	200	100,00	759	100,00	2558	100,00	1312	100,00		

TABEL 4.7
VERDELING VAN ASMATIESE EN GESONDE ST. 6-LEERLINGE VOLGENS HULLE EIE BEROEPSKEUSE

BEROEPSGROEPE	Asmatiese leerlinge						Gesonde leerlinge					
	IK-groepe						IK-groepe					
	Ondergemiddeld		Gemiddeld		Bogemiddeld		Ondergemiddeld		Gemiddeld		Bogemiddeld	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	SEUNS											
1	34	17,99	xxx	45,74	207	67,65	131	14,84	1043	39,84	816	67,89
2	2	1,06	10	1,53	5	1,63	13	1,47	52	1,99	19	1,58
3	7	3,70	22	3,34	9	2,94	29	3,28	105	4,01	22	1,82
4	3	1,59	11	1,67	8	2,60	9	1,02	32	1,22	8	0,67
5	71	37,57	118	17,93	13	4,25	352	39,86	499	19,06	69	5,74
6	36	19,05	97	14,74	26	8,50	186	21,06	454	17,34	151	12,56
7	28	14,81	69	10,49	20	6,54	117	13,25	276	10,54	75	6,24
8	0	0,00	1	0,15	1	0,33	2	0,23	3	0,11	0	0,00
9	0	0,00	5	0,76	1	0,33	15	1,71	24	0,92	2	0,17
10	1	0,53	0	0,00	0	0,00	3	0,34	9	0,34	0	0,00
11	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
12	7	3,70	24	3,65	16	5,23	26	2,94	121	4,63	40	3,33
TOTAAL	189	100,00	658	100,00	306	100,00	883	100,00	2618	100,00	1202	100,00
	MEISIES											
1	x	52,99	203	48,33	133	66,50	296	39,00	1199	46,87	902	68,75
2	0	0,00	2	0,48	2	1,00	1	0,13	5	0,20	3	0,23
3	43	32,09	148	35,24	33	16,50	306	40,32	949	37,18	211	16,08
4	4	2,99	9	2,14	7	3,50	10	1,32	57	2,23	37	2,82
5	11	8,19	22	5,24	3	1,50	76	10,01	114	4,46	15	1,14
6	2	1,49	27	6,42	15	7,50	28	3,69	126	4,93	67	5,10
7	1	0,75	1	0,24	0	0,00	5	0,66	13	0,52	9	0,69
8	0	0,00	1	0,24	0	0,00	6	0,79	10	0,39	1	0,08
9	1	0,75	0	0,00	0	0,00	2	0,26	1	0,04	2	0,15
10	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
11	0	0,00	0	0,00	0	0,00	5	0,66	8	0,31	3	0,23
12	1	0,75	7	1,67	7	3,50	24	3,16	76	2,97	62	4,73
TOTAAL	134	100,00	420	100,00	200	100,00	759	100,00	2558	100,00	1312	100,00

Basis van groepering: Tabel 4.6 - (1 + 2), (3 + 4), (5 - 12); Tabel 4.7 - (1 + 2), (3 + 4), (5 - 12).

x Beduidend 1%-peil; xx Beduidend 5%-peil; xxx Beduidend 10%-peil.

Die relatief tot beduidend hoër voorkoms van asmaleerlinge uit die hoër sosio-ekonomiese beroepsgroepe is in ooreenstemming met die bevindings van Boland (1963) en Wesley, Clyde en Wallace (1969). Freeman en Johnson (1969) het byvoorbeeld in 'n ondersoek in Denver, VSA 'n voorkoms van 19 persent by die laer sosio-ekonomiese groepe teenoor 34 persent by die hoër sosio-ekonomiese groepe gevind. Peltonen, Kasanen en Peltonen (1955) het in Finland gevind dat asma drie keer meer voorkom by kinders van ouers met grade as by gewone arbeiders.

Dat die asmaleerlinge meer in stede en in die besonder die kusstede voorkom (tabelle 4.3 en 4.4) mag ook 'n rol speel, omdat daar meer hoër sosio-ekonomiese beroepe in die stede as in die platteland is.

4.3.3 Beroepskeuse van leerlinge

Die beroepskeuse van leerlinge, volgens elf beroepsgroepe ingedeel, word aangetoon in tabel 4.7. Alhoewel beroepskeuse van leerlinge eerder tuishoort by die afdeling oor skool- en studieaangeleenthede, word dit saam met beroep van vader gegroepeer as gevolg van die verwagte invloed wat beroep van vader mag speel op toekomstige beroepskeuses van leerlinge.

By die interpretering van die gegewens van tabel 4.7 moet in gedagte gehou word dat dit baie onwaarskynlik is dat 'n st.6-leerling in alle opsigte 'n realistiese beroepskeuse kan doen.

Dit is egter opvallend dat die asmaseuns in 'n meerdere mate aspireer na die hoër sosio-ekonomiese beroepe in vergelyking met die gesonde seuns. Die gemiddelde en bogemiddelde asmaseuns verskil beduidend (5%) van die gesonde seuns. Hierdie bevinding hou verband met die beroepe van die asmaleerlinge se vaders (tabel 4.6) en is in ooreenstemming met die bevindings van Strijdom (1971), wat gevind het dat Afrikaanssprekende seuns se aspirasies om 'n beroep met 'n hoë status te beoefen, toeneem namate die sosiale status van die gesin van herkoms styg (p. 44).

Terwyl daar min verskil tussen die aspirasies van die gemiddelde en bogemiddelde asma- en gesonde meisies bestaan, verskil die ondergemiddelde asmameisies beduidend (1%) van die gesonde meisies. Indien hul intellektuele vermoëns in ag geneem word, blyk dat die ondergemiddelde asmameisies onrealistiese beroepsaspirasies toon in vergelyking met gesonde meisies en asmatiese en gesonde seuns. Dit kom ook glad nie ooreen met die beroepsaspirasies van die ondergemiddelde asmaseuns nie.

'n Verdere opvallende verskynsel is dat meisies (asma en gesond) deurgaans hoër beroepsaspirasies as die seuns koester. Daar bestaan ook nie groot verskille in die beroepsaspirasies tussen die verskillende intelligensiegroepe by meisies nie. By die seuns (asma en gesond) is daar egter 'n deurlopende styging in beroepsaspirasies namate die intelligensie toeneem. Die afleiding kan dus gemaak word dat die seuns meer realisties is ten opsigte van hul eie moontlikhede en vermoëns.

4.3.4 Gesinsgrootte

Die frekwensieverdeling volgens gesinsgrootte word in tabel 4.8 aangedui. Daarvolgens blyk dat die asmaleerlinge in 'n groter mate as die gesonde leerlinge uit kleiner gesinne (vier en minder kinders) afkomstig is.

Alhoewel slegs die ondergemiddelde en gemiddelde asmaseuns beduidend (5% en 1% respektiewelik) van die gesonde leerlinge verskil, kom die grootste verskille voor by asmaseuns, terwyl die geringste verskille by die bogemiddelde asmaleerlinge voorkom.

Hierdie bevinding, naamlik dat asmaleerlinge relatief tot beduidend meer uit kleiner gesinne afkomstig is, is in ooreenstemming met die bevindinge van ander navorsers (Boland 1963, Smith 1970).

Dit mag verband hou met die hoër sosio-ekonomiese status van die ouers van die asmaleerlinge (tabel 4.6). Volgens Robbertse (1948) is bevind dat die laagste beroepsklas kinderryker is as enigeen van die ander beroepsklasse, terwyl die geskoolde werkers gemiddeld die minste kinders het (p. 17).

TABEL 4.8
VERDELING VAN ASMATIESE EN GESONDE ST. 6-LEERLINGE VOLGENS GESINSGROOTTE

GETAL KINDERS	Asmatiese leerlinge						Gesonde leerlinge					
	IK-groepe						IK-groepe					
	Ondergemiddeld		Gemiddeld		Bogemiddeld		Ondergemiddeld		Gemiddeld		Bogemiddeld	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
SEUNS												
1 Een	xx		x				xx		x			
	7	3,76	27	4,12	11	3,59	37	4,24	108	4,13	49	4,08
2 Twee	36	19,35	133	20,27	86	28,10	117	13,40	429	16,41	271	22,55
3 Drie	36	19,35	180	27,44	86	28,10	158	18,10	617	23,59	370	30,78
4 Vier	35	18,84	149	22,71	69	22,57	151	17,30	535	20,48	285	23,71
5 Vyf	28	15,05	77	11,74	34	11,11	113	12,94	345	13,19	113	9,40
6 Ses	20	10,75	30	4,57	11	3,59	88	10,08	236	9,02	54	4,49
7 Sewe	7	3,76	31	4,73	3	0,98	82	9,39	145	5,54	26	2,16
8 Agt	7	3,76	6	0,91	3	0,98	51	5,84	83	3,17	15	1,25
9 Nege of meer	10	5,38	23	3,51	3	0,98	76	8,71	117	4,47	19	1,58
TOTAAL	186	100,00	656	100,00	306	100,00	873	100,00	2615	100,00	1202	100,00
MEISIES												
1 Een	6	4,48	23	5,50	8	4,00	28	3,73	92	3,61	52	3,96
2 Twee	16	11,94	87	20,83	39	19,50	81	10,79	436	17,09	286	21,80
3 Drie	24	17,90	98	23,44	64	32,00	128	17,04	562	22,04	385	29,33
4 Vier	27	20,17	81	19,38	46	23,00	126	16,78	524	20,54	296	22,56
5 Vyf	24	17,89	50	11,96	26	13,00	106	14,11	358	14,03	144	10,98
6 Ses	14	10,45	28	6,70	7	3,50	97	12,92	224	8,78	72	5,49
7 Sewe	6	4,48	22	5,26	4	2,00	71	9,45	132	5,17	25	1,91
8 Agt	6	4,48	9	2,15	5	2,50	48	6,39	88	3,45	25	1,91
9 Nege of meer	11	8,21	20	4,78	1	0,50	66	8,79	135	5,29	27	2,06
TOTAAL	134	100,00	418	100,00	200	100,00	751	100,00	2551	100,00	1312	100,00

TABEL 4.9
VERDELING VAN ASMATIESE EN GESONDE ST. 6-LEERLINGE VOLGENS RANGORDE IN DIE GESIN

RANGORDE IN DIE GESIN	Asmatiese leerlinge						Gesonde leerlinge					
	IK-groepe						IK-groepe					
	Ondergemiddeld		Gemiddeld		Bogemiddeld		Ondergemiddeld		Gemiddeld		Bogemiddeld	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
SEUNS												
1 Eerste	52	27,66	224	34,04	114	37,27	242	27,74	815	31,21	423	35,18
2 Tweede	60	31,90	196	29,79	105	34,31	206	23,62	740	28,34	394	32,78
3 Derde	29	15,43	121	18,39	46	15,03	155	17,78	481	18,42	227	18,89
4 Vierde	19	10,11	54	8,21	25	8,17	109	12,50	235	9,00	88	7,32
5 Vyfde	14	7,45	30	4,56	6	1,96	61	7,00	146	5,59	37	3,08
6 Sesde	6	3,19	12	1,82	5	1,63	46	5,28	89	3,41	18	1,50
7 Sewende	2	1,06	11	1,67	2	0,65	21	2,41	44	1,69	11	0,92
8 Agste	3	1,60	1	0,15	2	0,65	12	1,38	19	0,73	3	0,25
9 Negende of daarna	3	1,60	9	1,37	1	0,33	20	2,29	42	1,61	1	0,08
TOTAAL	188	100,00	658	100,00	306	100,00	872	100,00	2611	100,00	1202	100,00
MEISIES												
1 Eerste	xxx		42	31,81	139	33,25	73	36,50	xxx		187	24,67
2 Tweede	31	23,48	124	29,67	68	34,00	174	22,96	682	26,73	414	31,58
3 Derde	28	21,21	68	16,27	33	26,50	125	16,49	450	17,63	226	17,24
4 Vierde	13	9,85	41	9,81	13	6,50	103	13,59	277	10,85	119	9,08
5 Vyfde	10	7,58	18	4,31	7	3,50	69	9,10	158	6,19	38	2,90
6 Sesde	2	1,52	10	2,39	5	2,50	49	6,46	72	2,82	17	1,30
7 Sewende	1	0,76	9	2,15	0	0,00	14	1,85	57	2,23	16	1,22
8 Agste	2	1,52	2	0,48	1	0,50	15	1,98	30	1,18	11	0,84
9 Negende of daarna	3	2,27	7	1,67	0	0,00	22	2,90	48	1,88	4	0,31
TOTAAL	132	100,00	418	100,00	200	100,00	758	100,00	2552	100,00	1311	100,00

TABEL 4.10
VERDELING VAN ASMATIESE EN GESONDE ST. 6-LEERLINGE VOLGENS DIE FEIT OF OUIERS NOG LEEF OF NIE

BESKRYWING	Asmatiese leerlinge						Gesonde leerlinge					
	IK-groepe						IK-groepe					
	Ondergemiddeld		Gemiddeld		Bogemiddeld		Ondergemiddeld		Gemiddeld		Bogemiddeld	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
SEUNS												
1 Beide vader en moeder leef	xxx		173	91,53	593	90,12	287	93,79	xxx		805	91,37
2 Vader oorlede	13	6,88	54	8,21	11	3,59	56	6,36	175	6,69	62	5,16
3 Moeder oorlede	2	1,06	9	1,37	7	2,29	15	1,70	33	1,26	13	1,08
4 Albei oorlede	1	0,53	2	0,30	1	0,33	5	0,57	9	0,34	0	0,00
TOTAAL	189	100,00	658	100,00	306	100,00	881	100,00	2614	100,00	1202	100,00
MEISIES												
1 Beide vader en moeder leef	116	87,87	391	93,31	187	93,50	683	90,22	2326	91,00	1211	92,37
2 Vader oorlede	10	7,58	17	4,06	9	4,50	50	6,61	171	6,69	86	6,56
3 Moeder oorlede	4	3,03	8	1,91	2	1,00	17	2,25	50	1,96	12	0,92
4 Albei oorlede	2	1,52	3	0,72	2	1,00	7	0,92	9	0,35	2	0,15
TOTAAL	132	100,00	419	100,00	200	100,00	757	100,00	2556	100,00	1311	100,00

Basis van groepering: Tabel 4.8 - 1, 2, 3, 4, 5, 6, (7 - 9); Tabel 4.9 - 1, 2, 3, 4, 5, (6 - 9); Tabel 4.10 - 1, (2 - 4).
 x Beduidend 1%-peil; xx Beduidend 5%-peil; xxx Beduidend 10%-peil.

Die groter voorkoms van asmaleerlinge uit kleiner gesinne mag ook verband hou met die stedelike voorkoms (tabel 4.4) en die groter voorkoms van asma by Engelssprekendes (tabel 4.5).

4.3.5 Posisie in gesin

Die verdeling van leerlinge volgens posisie in die gesin, word in tabel 4.9 aangetoon. Alhoewel die asmaleerlinge nie beduidend van die gesonde leerlinge verskil ten opsigte van rangorde in die gesin nie, lyk dit tog uit tabel 4.9 of die asmaleerlinge in 'n meerdere mate as die gesonde leerlinge onder die eerste drie kinders voorkom. Die bogemiddelde asmaleerlinge verskil egter baie min van die gesonde leerlinge.

Bogenoemde verskynsel kan nie alleenlik op grond van gesinsgrootte verklaar word nie, aangesien slegs tussen 34 en 59 persent van die asmaleerlinge volgens tabel 4.8 uit gesinne met een tot drie kinders afkomstig is, terwyl die voorkoms van asmaleerlinge onder die eerste drie kinders wissel tussen 75 en 87 persent vir die verskillende groepe.

Terwyl die asmaleerlinge, volgens tabel 4.9, in enige rangposisie in die gesin kan voorkom, is die voorkoms van asmaleerlinge vir rangposisies van vier en meer in die gesin, feitlik deurgaans minder as wat die geval is met gesonde leerlinge.

Die waargenome tendens stem ooreen met dié van McDermott en Cobb (1939) soos bevestig deur Jessner et al. (1955), naamlik dat asma in die meeste gevalle voorkom by die oudste kinders in die gesin.

Hill (1966) het gevind dat in die Houston Public Schools, 65 persent van die asmalyers die enigste of jongste kinders was. Hierdie bevindings is ook gestaaf deur dié van Aaron (1967) en Mirvish (1942).

4.3.6 Leef ouers nog

Die verdeling van leerlinge volgens die verlies van 'n vader of moeder of albei ouers word in tabel 4.10 aangedui. Volgens tabel 4.10 verskil die asmaleerlinge wat betref die feit of hulle ouers nog leef of nie, baie min van die gesonde leerlinge. Alhoewel die asmaleerlinge nie beduidend van die gesonde leerlinge verskil nie, wissel die sterfte van 'n vader of moeder of albei ouers van 6,21 persent by die bogemiddelde asmaseuns tot 12,13 by die ondergemiddelde asmameisies. Die verlies van een of albei die ouers kon in baie van hierdie gevalle asma tot gevolg gehad het of bygedra het tot verergering van die asma. Literatuurbevindings dui daarop dat skok wat gepaard gaan met die skielike afsterwe van ouers, asma tot gevolg kan hê of bestaande asma kan vererger.

4.3.7 Egskeiding by ouers

Die verdeling van leerlinge volgens egskeiding of verlating van ouers, verskyn in tabel 4.11. Hiervolgens het egskeiding of verlating van ouers relatief meer voorgekom by die ouers van asmaleerlinge. Alhoewel dit egter slegs die bogemiddelde asmaseuns is wat beduidend (5%) verskil van die gesonde seuns, is dit nogtans insiggewend om daarop te let dat 10,16 persent van die ouers van alle asmaleerlinge geskei of uitmekaar is teenoor 8,63 persent van die gesonde leerlinge.

Egskeiding en die emosionele spanninge wat daarmee gepaardgaan, asook die gedeeltelike verlies van een van die ouers, mag by sommige leerlinge die oorsaak van hul asma wees, terwyl dit by ander hul asma mag vererger. Volgens Miller (1952) kan egskeiding, en die skeiding van die kind van een of ander ouer, asma tot gevolg hê, terwyl Gerard (1946) die vrees vir skeiding van die moeder as een van die oorheersende oorsake van asma-aanvalle noem. Volgens die meeste ondersoekers is emosionele spanning 'n veroorsakende faktor van asma of gee dit aanleiding tot verergering van die aanvalle.

'n Liefdevolle verstandhouding tussen ouers is noodsaaklik as waarborg tot veiligheid en geborgenheid. Langdurige spanninge, as gevolg van rusies en wantroue tussen ouers, bederf die gesinsituasie en maak dit onveilig vir die kind. Hierdie breuk tussen ouers gee aanleiding tot oordad of tekort aan liefde, wat albei ewe skadelik is vir die persoonlikheidsontwikkeling van die kind.

TABEL 4.11
VERDELING VAN ASMATIESE EN GESONDE ST. 6-LEERLINGE VOLGENS EGSKREIDING OF VERKLING VAN OUPES

BESKRYWING	Asmatiese leerlinge						Gesonde leerlinge							
	IK-groepe						IK-groepe							
	Ondergemiddeld		Gemiddeld		Bogemiddeld		Ondergemiddeld		Gemiddeld		Bogemiddeld			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Geskei of uitmekaar	23	12,17	68	10,35	xx	33	10,82	95	10,96	220	8,42	xx	84	6,99
Nie geskei of uitmekaar nie	166	87,83	589	89,65	272	89,18	780	89,04	2392	91,58	1118	93,01		
TOTAAL	189	100,00	657	100,00	305	100,00	876	100,00	2612	100,00	1202	100,00		
Geskei of uitmekaar	16	12,31	37	8,81	13	6,50	73	9,64	216	8,46	96	7,32		
Nie geskei of uitmekaar nie	114	87,69	383	91,19	187	93,50	684	90,36	2336	91,54	1216	92,68		
TOTAAL	130	100,00	420	100,00	200	100,00	757	100,00	2552	100,00	1312	100,00		

TABEL 4.12
VERDELING VAN ASMATIESE EN GESONDE ST. 6-LEERLINGE VOLGENS DIE FEIT OF DIE MOEDER WERK OF NIE

BESKRYWING	Asmatiese leerlinge						Gesonde leerlinge							
	IK-groepe						IK-groepe							
	Ondergemiddeld		Gemiddeld		Bogemiddeld		Ondergemiddeld		Gemiddeld		Bogemiddeld			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Moeders werk	56	29,79	xxx	240	36,53	128	41,83	247	28,20	xxx	848	32,53	454	37,80
Moeders werk nie	132	70,21	417	63,47	178	58,17	629	71,80	1759	67,47	747	62,20		
TOTAAL	188	100,00	657	100,00	306	100,00	876	100,00	2607	100,00	1201	100,00		
Moeders werk	40	30,30	x	167	39,86	78	39,00	188	24,80	x	826	32,43	510	38,90
Moeders werk nie	92	69,70	252	60,14	122	61,00	570	75,20	1721	67,57	801	61,10		
TOTAAL	132	100,00	419	100,00	200	100,00	758	100,00	2547	100,00	1311	100,00		

TABEL 4.13
VERDELING VAN ASMATIESE EN GESONDE ST. 6-LEERLINGE VOLGENS HULLE BYWONING VAN KLEUTERSKOLE

BESKRYWING	Asmatiese leerlinge						Gesonde leerlinge							
	IK-groepe						IK-groepe							
	Ondergemiddeld		Gemiddeld		Bogemiddeld		Ondergemiddeld		Gemiddeld		Bogemiddeld			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Was in kleuterskool	x	33	17,46	121	18,45	96	31,37	x	89	10,15	428	16,37	327	27,25
Was nie in kleuterskool nie	156	82,54	535	81,55	210	68,63	788	89,85	2187	83,63	873	72,75		
TOTAAL	189	100,00	656	100,00	306	100,00	877	100,00	2615	100,00	1200	100,00		
Was in kleuterskool	14	10,53	x	92	21,96	54	27,00	80	10,57	x	397	15,53	338	25,76
Was nie in kleuterskool nie	119	89,47	327	78,04	146	73,00	677	89,43	2159	84,47	974	74,24		
TOTAAL	133	100,00	419	100,00	200	100,00	757	100,00	2556	100,00	1312	100,00		

TABEL 4.14
VERDELING VAN ASMATIESE EN GESONDE ST. 6-LEERLINGE VOLGENS DIE OUDERDOM WAAROP HULLE VIR DIE EERSTE KEER SKOOL TOE IS

OUDERDOM IN JARE	Asmatiese leerlinge						Gesonde leerlinge							
	IK-groepe						IK-groepe							
	Ondergemiddeld		Gemiddeld		Bogemiddeld		Ondergemiddeld		Gemiddeld		Bogemiddeld			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
1 Vyf jaar of jonger	45	23,81	221	33,64	158	51,63	193	21,98	858	32,81	572	47,63		
2 Ses jaar	97	51,32	372	56,62	138	45,10	453	51,59	1487	56,86	584	48,63		
3 Sewe jaar	40	21,16	63	9,59	9	2,94	212	24,15	263	10,06	44	3,66		
4 Agt jaar	5	2,65	0	0,00	1	0,33	17	1,94	5	0,19	1	0,08		
5 Nege jaar of ouer	2	1,06	1	0,15	0	0,00	3	0,34	2	0,08	0	0,00		
TOTAAL	189	100,00	657	100,00	306	100,00	878	100,00	2615	100,00	1201	100,00		
1 Vyf jaar of jonger	x	21	15,67	153	36,52	116	58,29	x	180	23,72	908	35,51	659	50,30
2 Ses jaar	63	47,01	226	53,94	77	38,69	434	57,18	1362	53,27	606	46,26		
3 Sewe jaar	45	33,59	36	8,59	6	3,02	134	17,65	279	10,91	44	3,36		
4 Agt jaar	5	3,73	4	0,95	0	0,00	8	1,05	8	0,31	1	0,08		
5 Nege jaar of ouer	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	0,40	0	0,00	0	0,00		
TOTAAL	134	100,00	419	100,00	199	100,00	759	100,00	2557	100,00	1310	100,00		

Basis van groepering: Tabel 4.14 - 1, 2, (3 - 5). * Beduidend 1%-peil; ** Beduidend 5%-peil; *** Beduidend 10%-peil.

Voortdurende twis tussen ouers gee ook aanleiding tot 'n ambivalente houding by die kind, omdat hy hom onseker voel in so 'n situasie. Hy het beide ouers lief en weet nie wie se kant om te kies nie, en sodoende gee dit aanleiding tot geblokkeerde emosionele spanninge waaraan hy nie kan of wil uiting gee nie. Rees (1956a) meen dat dit nie soseer die emosie is wat aanleiding gee tot asma-aanvalle nie, maar juis die onderdrukking van die emosie.

4.3.8 Buitenshuisse werk van moeders

In tabel 4.12 word die verdeling van leerlinge aangedui volgens die feit of hul moeders werk of nie. 'n Opvallende verskynsel van tabel 4.12 is dat die moeders van asmaleerlinge relatief meer buitenshuis werk as die moeders van gesonde leerlinge. Alhoewel daar feitlik geen verskil voorkom by die bogenommelde asmameisies nie, verskil die gemiddelde asmaseuns en -meisies beduidend (10% en 1% respektiewelik) van die gesonde leerlinge. In totaal is daar (volgens tabel 4.12), 36,22 persent moeders van asmaleerlinge wat buitenshuis werk teenoor 32,44 persent van gesonde leerlinge.

Hierdie verskynsel word des te meer opvallend indien in aanmerking geneem word dat meer van die asmaleerlinge se vaders die hoër sosio-ekonomiese beroepe beklee (tabel 4.6). Dit mag miskien in verband gebring word met die hoër egskeding (tabel 4.11), wat meer moeders noodsaak om te werk. Daar die werkende moeder egter 'n meer stedelike verskynsel is, mag dit verband hou met die hoër stedelike voorkoms van asma (tabel 4.4). Dit mag ook wees dat moeders met kleiner gesinne dit makliker vind om te gaan werk as moeders met groot gesinne (tabel 4.8).

In huise waar sowel vader as moeder buitenshuis werk, word dikwels 'n gunstiger klimaat geskep vir spanning tussen moeder en vader en ouers en kinders onderling. Waar albei ouers werk, gee dit ook makliker aanleiding tot 'n onbevredigende affektiewe verhouding tussen ouers en kinders. Die kind voel hom soms hulpeloos, onveilig en ongeborge en aan sy eie lot oorgelaat.

4.4 SKOOL- EN STUDIEAANGELEENTHEDE

4.4.1 Bywoning van kleuterskole

Die verdeling van leerlinge volgens bywoning van kleuterskole, verskyn in tabel 4.13. Volgens tabel 4.13 blyk dat relatief meer asmaleerlinge in vergelyking met gesonde leerlinge kleuterskole bygewoon het. Dit is egter volgens verwagting, indien die hoër egskedingsyfer (tabel 4.11), en meer werkende moeders (tabel 4.12), in ag geneem word. Dit mag egter ook verband hou met die hoër sosio-ekonomiese agtergrond van die asmaleerlinge (tabel 4.6), wat meebring dat hul ouers dit meer geredelik kan bekostig. Kleuterskole is ook 'n meer stedelike verskynsel, wat verband mag hou met die hoër stedelike voorkoms van asma (tabel 4.4). Die ondergemiddelde asmaseuns en gemiddelde asmameisies verskil beduidend (1%) van die gesonde leerlinge.

Indien die moeder-kindverhouding en die vrees vir verwydering van of verlies van die liefde en beskerming van die moeder (Miller 1952) in aanmerking geneem word as oorsaak van asma, dan mag die bywoning van kleuterskole as 'n bydraende faktor beskou word.

Miller en Baruch (1951 en 1957) het gevind dat neigings tot moederverwerping by 97 persent van alle asmakinders wat hulle ondersoek het, voorgekom het. Dit mag dus wees dat die jong kind die stuur na 'n vroeë ouderdom mag beskou as moederverwerping.

Ander ondersoekers het weer klem gelê op oorbeskerming en oorbeveiliging. Sperling (1949) beklemtoon 'n onbewuste begeerte by moeders om hul asmakinders hulpeloos en afhanklik te hou. Dit is egter te betwyfel of hierdie moeders hul kinders na kleuterskole sou stuur.

Ongelukkig is dit egter nie bekend wanneer hierdie kinders vir die eerste keer aan asma begin ly het nie. Indien dit bekend was, sou daar vasgestel kon word watter rol die bywoning van 'n kleuterskool as faktor in asma speel.

Hallowitz (1954), Long et al. (1958), Peshkin (1959), Mascia (1964) en Ford (1968) het gewys op die sukses wat behaal is met die verwydering van asmakinders uit

hul oerhuise en die plasing vir behandeling in asmasentrums. Hulle skryf die sukses wat behaal is, toe aan die verwydering van die asmakind uit die heersende ongunstige emosionele klimaat by die huis. Daar mag dus die moontlikheid bestaan dat die kleuterskool ook kon bydra om die graad van aanvalle te verlig.

Die opvoedingsprobleme wat dikwels gepaard gaan met enigste kinders, die aanleer van toilet- en ander sindelikhedsgewoontes (Miller en Baruch, 1957), die invloed van dominerende ouers (Bacon, 1956), en ouerlike perfeksjonisme (Kanner, 1957 en Rees 1963) is almal faktore wat deur die bywoning van 'n kleuterskool verminder, versag of selfs uitgeskakel kan word.

Dit is egter noodsaaklik dat die kleuterskool en die oerhuis in die geval van asmaleerlinge baie nou saamwerk, sodat hulle mekaar kan aanvul en die kleuterskoolonderwyseresse doelbewus kan poog om 'n bydrae te lewer.

4.4.2 Ouderdom by skooltoetrede

Die verdeling van leerlinge, volgens skooltoetredingsouderdom word aangedui in tabel 4.14. Volgens tabel 4.14 is daar by al die asmaleerlinge behalwe die ondergemiddelde asnameisies 'n geringe tendens te bespeur om in 'n relatief meerdere mate as die gesonde leerlinge op vyfjarige ouderdom of jonger skool toe te gaan. Die grootste verskille kom voor by die bogemiddelde asmaleerlinge. Indien die gemiddelde persentasie bereken word van die asmaleerlinge wat op vyfjarige ouderdom skool toe is dan is dit insiggewend dat 36,6 persent van die asmaleerlinge op so 'n jeugdige ouderdom skool toe is.

Volgens die literatuur kom asma reeds op 'n betreklik jeugdige ouderdom voor en indien aanvaar word dat afhanklikheid van die moeder en vrees vir verwydering van die moeder so 'n belangrike rol speel in die veroorsaking van asma, dan mag dit wees dat skooltoetrede op so 'n jeugdige ouderdom 'n bydraende faktor in sommige gevalle was. Dit mag wees dat die hoër intelligensie van die asmaleerlinge hier 'n rol gespeel het, alhoewel 'n mens sou verwag dat ouers 'n siek kind langer by die huis sou hou as andersins. Daar word egter in hierdie ondersoek nie beskik oor die ouderdom waarop hierdie leerlinge hul asma opgedoen het nie.

Die ondergemiddelde asnameisies verskil egter van die tendens wat by die ander asmaleerlinge aangetref word. Hierdie meisies was beduidend (1%) ouer as die gesonde meisies by skooltoetrede. Van die ondergemiddelde asnameisies is 37,32 persent op die ouderdom van sewe jaar of ouer skool toe, in vergelyking met 19,10 persent in die geval van die gesonde meisies.

Hierdie verskil wat aangetref is by die ondergemiddelde asnameisies mag toegevoeg word aan die feit dat die hoogste persentasie egskeidings (tabel 4.11) en sterftes (tabel 4.10), van een of albei ouers asook 'n hoër persentasie werkende moeders (tabel 4.12) by hulle aangetref is. In teenstelling met die ander asmaleerlinge het hierdie meisies ook minder as die gesonde meisies kleuterskole bygewoon (tabel 4.13).

Dit mag wees dat hierdie ongunstige huislike omstandighede sodanige invloed op hierdie leerlinge uitgeoefen het, dat dit hulle weerhou het van jeugdige skooltoetrede.

4.4.3 Medium van onderrig

Die verdeling van leerlinge ten opsigte van die medium van onderrig word in tabel 4.15 weergegee. Volgens die gegewens van tabel 4.15 is daar 'n beduidend hoër voorkoms van asma by die Engelssprekende leerlinge en dien dit as verdere bevestiging van die bevindings van tabel 4.5 oor die huistaal van dié leerlinge. Die verskille is in al die gevalle behalwe ten opsigte van die ondergemiddelde asmaleerlinge beduidend.

Hierdie bevindings hou verband met die groter voorkoms van Engelssprekendes in ons stede in die algemeen en die kusstede in die besonder.

4.4.4 Getal skole besoek

Die verdeling van leerlinge volgens die getal skole wat hulle besoek het, word aangetoon in tabel 4.16. Volgens tabel 4.16 bestaan daar geen beduidende verskille tussen die asma- en gesonde leerlinge wat betref die getal skole wat hulle bygewoon het nie.

TABEL 4.15
VERDELING VAN ASMATIESE EN GESONDE ST. 6-LEERLINGE VOLGENS MEDIUM VAN ONDERRIG

MEDIUM VAN ONDERRIG	Asmatiese leerlinge						Gesonde leerlinge					
	IK-groepe						IK-groepe					
	Ondergemiddeld		Gemiddeld		Bogemiddeld		Ondergemiddeld		Gemiddeld		Bogemiddeld	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	SEUNS											
1 Afrikaans	xxx	66,66	356	54,18	112	36,72	650	73,79	1631	62,35	586	48,79
2 Engels	60	31,75	270	41,10	188	61,64	201	22,81	874	33,41	578	48,13
3 Afrikaans en Engels	2	1,06	28	4,26	4	1,31	27	3,06	107	4,09	36	3,00
4 Duits	0	0,00	3	0,46	1	0,33	3	0,34	4	0,15	1	0,08
5 Ander taal	1	0,53	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
TOTAAL	189	100,00	657	100,00	305	100,00	881	100,00	2616	100,00	1201	100,00
	MEISIES											
1 Afrikaans	87	65,42	205	48,81	82	41,21	543	71,64	1628	63,66	695	52,97
2 Engels	43	32,33	204	48,57	114	57,28	195	25,73	864	33,79	591	45,05
3 Afrikaans en Engels	2	1,50	11	2,62	3	1,51	18	2,37	60	2,35	23	1,75
4 Duits	1	0,75	0	0,00	0	0,00	2	0,26	5	0,20	3	0,23
5 Ander taal	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
TOTAAL	133	100,00	420	100,00	199	100,00	758	100,00	2557	100,00	1312	100,00

TABEL 4.16
VERDELING VAN ASMATIESE EN GESONDE ST. 6-LEERLINGE VOLGENS DIE GETAL SKOLE WAT BYGEWOON IS

GETAL SKOLE	Asmatiese leerlinge						Gesonde leerlinge					
	IK-groepe						IK-groepe					
	Ondergemiddeld		Gemiddeld		Bogemiddeld		Ondergemiddeld		Gemiddeld		Bogemiddeld	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	SEUNS											
Een skool	12	6,42	34	5,18	20	6,54	53	6,06	188	7,19	71	5,91
Twee skole	62	33,15	253	38,50	110	35,95	294	33,60	924	35,35	498	41,47
Drie skole	60	32,09	170	25,88	90	29,40	250	28,57	769	29,42	328	27,31
Vier skole	22	11,76	101	15,37	44	14,38	135	15,43	384	14,69	159	13,24
Vyf of meer skole	31	16,58	99	15,07	42	13,73	143	16,34	349	13,35	145	12,07
TOTAAL	187	100,00	657	100,00	306	100,00	875	100,00	2614	100,00	1201	100,00
	MEISIES											
Een skool	13	9,85	36	8,57	11	5,50	53	7,01	242	9,48	106	8,09
Twee skole	37	28,02	155	36,91	77	38,50	248	32,80	909	35,60	532	40,62
Drie skole	35	26,52	113	26,90	51	25,50	206	27,25	685	26,83	359	27,40
Vier skole	21	15,91	58	13,81	35	17,50	117	15,48	352	13,79	171	13,05
Vyf of meer skole	26	19,70	58	13,81	26	13,00	132	17,46	365	14,30	142	10,84
TOTAAL	132	100,00	420	100,00	200	100,00	756	100,00	2553	100,00	1310	100,00

TABEL 4.17
VERDELING VAN ASMATIESE EN GESONDE ST. 6-LEERLINGE VOLGENS TOESIG GEDURENDE SKOOLKWARTALE

BESKRYWING	Asmatiese leerlinge						Gesonde leerlinge					
	IK-groepe						IK-groepe					
	Ondergemiddeld		Gemiddeld		Bogemiddeld		Ondergemiddeld		Gemiddeld		Bogemiddeld	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	SEUNS											
1 By ouers	xx	80,85	489	74,31	244	79,74	647	73,43	2017	77,10	959	79,79
2 By familie	6	3,19	15	2,28	5	1,63	36	4,09	47	1,80	14	1,16
3 In 'n koshuis	29	15,43	151	22,95	57	18,63	193	21,91	535	20,45	225	18,72
4 Loseer privaat	1	0,53	3	0,46	0	0,00	5	0,57	17	0,65	4	0,33
TOTAAL	188	100,00	658	100,00	306	100,00	881	100,00	2616	100,00	1202	100,00
	MEISIES											
1 By ouers	103	77,44	329	78,33	166	83,00	604	79,79	2049	80,09	1060	80,79
2 By familie	4	3,01	7	1,67	0	0,00	22	2,91	48	1,88	14	1,07
3 In 'n koshuis	24	18,05	81	19,29	32	16,00	120	15,85	446	17,44	234	17,84
4 Loseer privaat	2	1,50	3	0,71	2	1,00	11	1,45	15	0,59	4	0,30
TOTAAL	133	100,00	420	100,00	200	100,00	757	100,00	2558	100,00	1312	100,00

TABEL 4.18
VERDELING VAN ASMATIESE EN GESONDE ST. 6-LEERLINGE VOLGENS HULLE GESONDHEIDSTOESTAND GEDURENDE 1965

BESKRYWING	Asmatiese leerlinge						Gesonde leerlinge					
	IK-groepe						IK-groepe					
	Ondergemiddeld		Gemiddeld		Bogemiddeld		Ondergemiddeld		Gemiddeld		Bogemiddeld	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	SEUNS											
1 Goed	x	39,36	259	39,36	130	42,62	631	71,62	2050	78,39	978	81,36
2 Redelik	93	49,47	362	55,02	165	54,10	233	26,45	548	20,96	223	18,55
3 Baie swak	21	11,17	37	5,62	10	3,28	17	1,93	17	0,65	1	0,08
TOTAAL	188	100,00	658	100,00	305	100,00	881	100,00	2615	100,00	1202	100,00
	MEISIES											
1 Goed	x	27,07	160	38,10	77	38,50	536	70,72	1945	76,15	1085	82,70
2 Redelik	80	60,15	232	55,24	114	57,00	215	28,36	593	23,22	223	17,00
3 Baie swak	17	12,78	28	6,66	9	4,50	7	0,92	16	0,63	4	0,30
TOTAAL	133	100,00	420	100,00	200	100,00	758	100,00	2554	100,00	1312	100,00

Basis van groepering: Tabel 4.15 - Slegs 1 en 2; Tabel 4.17 - 1, (2 - 4); Tabel 4.18 - 1, (2 - 3).

x Beduidend 1%-peil; xx Beduidend 5%-peil; xxx Beduidend 10%-peil.

4.4.5 Toesig gedurende skoolkwartale

Die verdeling van leerlinge volgens hulle toesig gedurende skoolkwartale, word in tabel 4.17 aangedui en hiervolgens is daar nie juis enige verskil tussen asma- en gesonde leerlinge nie, behalwe ten opsigte van die ondergemiddelde asmaseuns wat be= duidend (5%) meer by hulle ouers gebly het in vergelyking met die gesonde leerlinge.

Gesien teen die agtergrond van meer egskeidings (tabel 4.11) en werkende moeders (tabel 4.12), sou 'n groter persentasie asmakinders in koshuise verwag word as wat hier bevind is.

Indien huislike faktore soos spanning, opvoedingstekorte of pedagogiese ver= waarlosing die oorsaak van asma is, mag koshuisinwoning voordelig wees vir die asmaleer= ling. Dit mag die voordeel inhou, dat asmaleerlinge in 'n groot mate gevrywaar word teen aanvalle gedurende skoolkwartale, wat hul skoolprestasies mag verbeter. Koshuis= personeel kan ook intensiewe aandag aan die probleem skenk en die regte opvoedingshulp verleen.

Gesien in die lig van die sukses wat behaal is met parentektomie mag die ant= woord vir 'n groot persentasie asmaleerlinge geleë wees in koshuisinwoning.

4.4.6 Gesondheidstoestand

Die verdeling van leerlinge volgens hulle gesondheidstoestand verskyn in tabel 4.18 en daarvolgens verskil die asmaleerlinge beduidend (1%) van die gesonde leerlinge wat betref hulle oordeel van hul gesondheidstoestand gedurende 1965. 'n Beduidend kleiner persentasie asmaleerlinge dui hul gesondheidstoestand aan as goed, terwyl 'n groter persentasie weer hul toestand as redelik tot baie swak aandui.

Davidson (1959) noem dat asma-aanvalle gewoonlik skielik begin, hoewel die persoon vooraf 'n gevoel van benoudheid mag ondervind. Die aanvalle duur gewoonlik re= latief kort, van 'n paar minute tot 'n uur of twee. Volgens Wiehahn (1968) beweer Finch egter dat so 'n aanval selfs 'n paar dae mag aanhou. Indien 'n aanval lank duur, of gou weer oorgaan in 'n volgende aanval, word dit "status asthmaticus" genoem. Hierdie vorm is gevaarlik en kan lei tot die dood.

Jongbloed (1960) noem dat die verhoogde koolsuurgasspanning in die bloed as gevolg van verlaagde longventilasie tot moeilike asemhaling lei. Die hart word geprik= kel om vinniger te klop en selfs die nierfunksies mag beïnvloed word.

Murray (1961) vind 'n gewigstoename by kinders na suksesvolle behandeling van asma, terwyl Wesley, Clyde en Wallace (1969) vind dat liggaamlike groei by asmakinders vertraag word. Hy vind dat een-derde van sy Blanke en Indiërkinders wat aan asma ly, heelwat ondergewig was.

Dit mag dus wees dat die asmaleerlinge in die oordeel oor hul gesondheidstoe= stand slegs gelet het op die uiterlike waarneembare, die werklike aanval. Van die fisiologiese gevolge van asma is hul miskien heeltemal onbewus. Indien die beantwoor= ding van die vrae ook voorafgegaan was deur 'n onlangse asma-aanval, mag 'n leerling sy gesondheidstoestand ook baie ernstiger aangedui het as die een wat lank laas 'n aan= val gehad het.

4.4.7 Afwesigheid van skool

Die verdeling van leerlinge volgens die getal dae afwesig gedurende 1965, word aangedui in tabel 4.19. Die verwagting dat asmaleerlinge in vergelyking met die geson= de leerlinge 'n swakker skoolbywoningsrekord behoort te hê, word bevestig deur die gege= wens in tabel 4.19. Ten opsigte van al vyf die kategorieë van afwesigheid is daar 'n beduidende (1%) verskil tussen asma- en gesonde leerlinge. Die asmaleerlinge was deure= gaans langer afwesig as die gesonde leerlinge. Dit dien ook as bevestiging vir die asmaleerlinge se oordeel oor hul gesondheidstoestand soos aangedui in tabel 4.18.

Hierdie bevinding ten opsigte van langer afwesighede stem ooreen met die be= vindings van Flensburg (1945) in Denemarke, Quarles van Ufford (1958), Lindeman (1958) en Schook (1958) in Nederland en Hill (1966) en Barkin en McGovern (1967) in Amerika.

TABEL 4.19

VERDELING VAN ASMATIESE EN GESONDE ST. 6-LEERLINGE VOLGENS DIE GETAL DAE WAT HULLE GEDURENDE 1965 VAN SKOOL AFWESIG WAS

GETAL DAE	Asmatiese leerlinge						Gesonde leerlinge											
	IK-groepe						IK-groepe											
	Ondergemiddeld		Gemiddeld		Bogemiddeld		Ondergemiddeld		Gemiddeld		Bogemiddeld							
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%						
	SEUNS																	
0 - 4 dae	x	99	52,66	x	371	56,64	x	154	50,33	x	668	76,00	x	2069	79,06	x	916	76,27
5 - 9 dae		40	21,28		149	22,75		87	28,43		136	15,47		353	13,49		181	15,07
10 - 14 dae		27	14,36		80	12,21		38	12,42		36	4,09		105	4,01		65	5,41
15 - 19 dae		9	4,79		22	3,36		14	4,58		13	1,48		48	1,83		23	1,92
20 of meer dae		13	6,91		33	5,04		13	4,24		26	2,96		42	1,61		16	1,33
TOTAAL		188	100,00		655	100,00		306	100,00		879	100,00		2617	100,00		1201	100,00
	MEISIES																	
0 - 4 dae	x	70	53,03	x	236	56,19	x	111	55,50	x	565	74,54	x	1968	77,09	x	1037	79,22
5 - 9 dae		28	21,21		76	18,10		43	21,50		132	17,41		381	14,92		166	12,68
10 - 14 dae		12	9,09		56	13,33		21	10,50		29	3,83		115	4,50		62	4,74
15 - 19 dae		6	4,55		24	5,71		14	7,00		15	1,98		49	1,92		22	1,68
20 of meer dae		16	12,12		28	6,67		11	5,50		17	2,24		40	1,57		22	1,68
TOTAAL		132	100,00		420	100,00		200	100,00		758	100,00		2553	100,00		1309	100,00

TABEL 4.20

VERDELING VAN ASMATIESE EN GESONDE ST. 6-LEERLINGE VOLGENS GETAL KERE GEDRUIP

BESKRYWING	Asmatiese leerlinge						Gesonde leerlinge											
	IK-groepe						IK-groepe											
	Ondergemiddeld		Gemiddeld		Bogemiddeld		Ondergemiddeld		Gemiddeld		Bogemiddeld							
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%						
	SEUNS																	
1 Nog nooit gedruip nie	xxx	63	33,69	474	72,15	295	96,41	224	xxx	25,57	1849	70,87	1153	95,93				
2 Een keer		78	41,71		145	22,07		11	3,59		403	15,47		600	23,00		44	3,66
3 Twee keer		36	19,25		33	5,02		0	0,00		212	8,15		136	5,21		4	0,33
4 Drie keer		9	4,82		4	0,61		0	0,00		33	1,27		20	0,77		0	0,00
5 Vier of meer keer		1	0,53		1	0,15		0	0,00		4	0,15		4	0,15		1	0,08
TOTAAL		187	100,00		657	100,00		306	100,00		876	100,00		2609	100,00		1202	100,00
	MEISIES																	
1 Nog nooit gedruip nie		49	36,57	xx	309	73,58	193	96,50	229	xx	30,25	1996	78,15	1285	97,94			
2 Een keer		60	44,78		87	20,71		7	3,50		336	13,17		464	18,17		25	1,90
3 Twee keer		20	14,92		19	4,52		0	0,00		166	6,51		86	3,37		1	0,08
4 Drie keer		3	2,24		4	0,95		0	0,00		23	0,90		6	0,23		1	0,08
5 Vier of meer keer		2	1,49		1	0,24		0	0,00		3	0,12		2	0,08		0	0,00
TOTAAL		134	100,00		420	100,00		200	100,00		757	100,00		2554	100,00		1312	100,00

TABEL 4.21

VERDELING VAN ASMATIESE EN GESONDE ST. 6-LEERLINGE VOLGENS DIE ONDERWYASPIRASIES WAT HULLE OUIERS VIR HULLE HET

BESKRYWING	Asmatiese leerlinge						Gesonde leerlinge											
	IK-groepe						IK-groepe											
	Ondergemiddeld		Gemiddeld		Bogemiddeld		Ondergemiddeld		Gemiddeld		Bogemiddeld							
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%						
	SEUNS																	
1 Hulle gee nie juis om nie	xxx	12	6,45	8	1,22	xxx	4	1,31	xxx	30	3,42	45	1,73	xxx	4	0,33		
2 Totdat ek 16 jaar oud is en die skool kan verlaat		14	7,53		4	0,61		1	0,33		44	5,02		25	0,96		0	0,00
3 Tot st. sewe		2	1,08		4	0,61		0	0,00		17	1,94		11	0,42		0	0,00
4 Tot st. agt		36	19,35		39	5,95		0	0,00		226	25,81		173	6,64		4	0,33
5 Tot st. nege		2	1,08		2	0,30		0	0,00		12	1,37		10	0,38		0	0,00
6 Tot st. tien		75	40,32		198	30,18		37	12,09		324	36,99		877	33,67		154	12,83
7 Verder as st. tien (uitgesonderd 'n universiteitsgraad)		15	8,06		83	12,65		34	11,11		49	5,59		293	11,25		126	10,50
8 Totdat 'n universiteitsgraad behaal is		18	9,68		224	34,15		180	58,82		90	10,27		786	30,17		675	56,26
9 Ouers verkies dat ek self moet besluit		12	6,45		94	14,33		50	16,34		84	9,59		385	14,78		237	19,75
TOTAAL		186	100,00		656	100,00		306	100,00		876	100,00		2605	100,00		1200	100,00
	MEISIES																	
1 Hulle gee nie juis om nie	xx	8	6,11	8	1,92	4	2,00	30	xx	3,97	53	2,08	13	0,99				
2 Totdat ek 16 jaar oud is en die skool kan verlaat		7	5,34		5	1,20		0	0,00		44	5,83		29	1,14		4	0,31
3 Tot st. sewe		3	2,29		1	0,24		0	0,00		16	2,12		9	0,35		2	0,15
4 Tot st. agt		37	28,24		49	11,75		1	0,50		245	32,45		204	8,01		14	1,07
5 Tot st. nege		1	0,76		0	0,00		0	0,00		5	0,66		1	0,04		0	0,00
6 Tot st. tien		39	29,78		163	39,09		35	17,50		239	31,66		944	37,06		234	17,85
7 Verder as st. tien (uitgesonderd 'n universiteitsgraad)		11	8,40		48	11,51		36	18,00		31	4,11		364	14,29		223	17,01
8 Totdat 'n universiteitsgraad behaal is		10	7,63		62	14,87		79	39,50		30	3,97		424	16,65		454	34,63
9 Ouers verkies dat ek self moet besluit		15	11,45		81	19,42		45	22,50		115	15,23		519	20,38		367	27,99
TOTAAL		131	100,00		417	100,00		200	100,00		755	100,00		2547	100,00		1311	100,00

Basis van groepering: Tabel 4.20 - 1, 2, 3 (4 - 5); Tabel 4.21 - (1 - 2), (3 - 6), 7, 8, 9.

x Beduidend 1%-peil; xx Beduidend 5%-peil; xxx Beduidend 10%-peil.

Volgens Howard (1963) verloor die gemiddelde asmaleerling 10-40 skooldae per jaar en volgens hom is die belangrikste gevolg van suksesvolle behandeling, die verbetering in skoolbesoek.

Daar moet in gedagte gehou word dat hierdie vraelys gedurende Julie tot September voltooi is en dat hierdie afwesigheid nie verteenwoordigend vir 'n hele jaar is nie. Volgens Wright (1965) is die spanning wat gepaard gaan met die naderende eindeksamen verantwoordelik vir 'n toename in asma-aanvalle en dit mag die afwesigheid vir dié jaar nog verder verhoog.

Lindeman (1958) beweer dat asmaleerlinge nooit weer alles kan inhaal wat hulle verloor het as gevolg van afwesigheid nie, met die gevolg dat meeste asmaleerlinge die skool ondergeskoold verlaat (p. 33).

Omdat dit vir die onderwysers feitlik onmoontlik is om in die oorvol klasse nog individuele aandag te gee, moet herhaalde en langdurige afwesigheid uiteindelik lei tot swak skoolmotivering en uiteindelijke druiping.

4.4.8 Druiping op skool

Die verdeling van leerlinge volgens die getal kere gedruip, verskyn in tabel 4.20. Volgens tabel 4.20 het 'n hoër persentasie van die ondergemiddelde asmaseuns en -meisies (8,12% en 6,32% respektiewelik) in vergelyking met die gesonde seuns en meisies nog nooit gedruip nie. Terwyl die res van die asmaseuns ook gunstiger vergeelyk, is 'n teenoorgestelde neiging waarneembaar by die res van die asmameisies.

Van die gemiddelde asmameisies wat beduidend (5%) van die gesonde meisies verskil, het 26,42 persent teenoor 21,85 persent al een of meer keer gedruip. Dit tref dadelik dat die gemiddelde asmameisies beduidend meer uit die hoër sosio-ekonomiese beroepsgroepe afkomstig is (tabel 4.6), dat beduidend meer van hul moeders werk (tabel 4.12) en dat beduidend meer van hulle kleuterskole bygewoon het (tabel 4.13), in vergelyking met die gesonde leerlinge. Dit wil dus blyk of die afhanklikheid van die moeder en die emosionele spanninge wat daarmee gepaard gaan, skoolvordering benadeel.

Die verskynsel dat die ondergemiddelde asmaleerlinge (seuns en meisies) relatief beter op skool gevaar het tot st.6 in vergelyking met die res van die asmaleerlinge, kan miskien daaruit verklaar word dat emosionele faktore 'n geringer rol by hulle speel as by die meer intelligente asmaleerlinge.

Volgens hierdie gegewens in verband met druiping vergelyk die asmaleerlinge oor die algemeen goed met die gesonde leerlinge en is dit nie volgens die bevindings van ander navorsers nie.

Aaron (1967) het gevind dat asmaleerlinge nie so gemotiveerd is om op skool te presteer soos ander leerlinge nie; Rawls, Rawls en Harrison (1971) vind dat hulle stadige leerdere is; Clarke (1952) rapporteer dat kinders wat agterlik was op skool, ongelooflik in hul skolastiese prestasies verbeter het nadat hulle suksesvol behandel is vir allergiese toestande, terwyl Quarles van Ufford (1958) gevind het dat die druipersyfer van asmaleerlinge baie hoër is as dié van ander leerlinge.

Indien daar gelet word op die herhaalde afwesigheid soos bevind volgens (tabel 4.19) en soos bespreek in paragraaf 3.7.2, dan wil dit blyk of hierdie asmaleerlinge sover nog goed op skool gevaar het in vergelyking met die gesonde leerlinge.

Daar moet egter in gedagte gehou word dat die ondersoekgroep slegs asmaleerlinge in die gewone skole verteenwoordig. Ernstige asmaleerlinge wat moontlik gehospitaliseer was of hulle in spesiale skole bevind het, was nie in Projek Talentopname betrek nie.

4.4.9 Ouers se onderwysaspirasies vir hul kinders

Die verdeling van leerlinge volgens die onderwysaspirasies wat hulle ouers vir hulle het, word in tabel 4.21 weergegee. Volgens tabel 4.21 blyk dat die ouers van asmaleerlinge relatief hoër aspirasies ten opsigte van onderwyskwalifikasies vir hul kinders het as wat met die ouers van gesonde leerlinge die geval is. Met die uitsondering van die gemiddelde asmameisies wil relatief meer ouers van die asmaleerlinge hê

dat hul kinders verder as st.10 moet leer. Slegs die ondergemiddelde asmameisies en die ondergemiddelde en bogemiddelde asmaseuns verskil beduidend (5% en 10% respektiewelik) van die gesonde leerlinge.

Die ouers van die ondergemiddelde asmameisies is egter meer onrealisties in hul aspirasies as die ouers van die gesonde meisies. Daar is egter ook 'n groter persentasie ouers van die ondergemiddelde asmaleerlinge wat nie omgee hoe ver hul kinders leer nie, of tevrede is dat hulle die skool kan verlaat as hulle 16 jaar oud is.

Die hoër onderwysaspirasies wat die ouers van die asmaleerlinge vir hulle het in vergelyking met die ouers van die gesonde leerlinge, hou verband met die bevinding van Little en Cohen (1950), naamlik dat asmaleerlinge se moeders deurgaans geneig is om baie hoë eise aan hul kinders te stel.

Interessant is ook die feit dat minder ouers van asmaleerlinge in vergelyking met gesonde leerlinge die keuse aan hul kinders oorlaat om self te besluit. Dit mag verband hou met die afhanklikheid van die asmakind van sy ouers of die afdwing van die ouers se begeertes op die kind.

Daar moet egter in gedagte gehou word dat hierdie vraag deur die leerlinge self beantwoord is en nie deur die ouers nie. Die antwoorde mag dus vertroebel wees deur die leerlinge se eie aspirasies.

4.4.10 Leerlinge se onderwysaspirasies

Die verdeling van leerlinge volgens hul onderwysaspirasies verskyn in tabel 4.22. Volgens tabel 4.22 is die onderwysaspirasies van die ondergemiddelde asmaseuns en -meisies en die gemiddelde asmaseuns hoër as dié van die gesonde leerlinge. Slegs die gemiddelde asmaseuns en die ondergemiddelde asmameisies verskil beduidend (5% en 1% respektiewelik) van die gesonde leerlinge. Die hoër onderwysaspirasies van die ondergemiddelde asmameisies stem ooreen met hul beduidend hoër beroepsaspirasies (tabel 4.7). Die res van die asmaleerlinge se aspirasies is laer as dié van die gesonde leerlinge, alhoewel die verskil gering en onbeduidend is.

Dit is interessant om daarop te let dat die onderwysaspirasies van die leerlinge (asma en gesond) heelwat hoër is as die aspirasies van hul ouers. Die verskil tussen die aspirasies van die leerlinge en dié van die ouers neem toe namate die intelligensie toeneem. Daar is ook 'n groter verskil in toename by die meisies as by die seuns.

Die hoë aspirasies van die asmaleerlinge ten spyte van hul siekte, mag moontlik toegeskryf word aan die besonder hoë doelstellings wat moeders van asmakinders vir hulle stel, soos bevind deur Little en Cohen (1950).

4.4.11 Houding ten opsigte van skoolgaan

Die verdeling van leerlinge volgens hulle houding ten opsigte van skoolgaan, word in tabel 4.23 aangedui. Uit tabel 4.23 blyk dat die asmaseuns in vergelyking met gesonde seuns relatief minder van skoolgaan hou. Slegs die ondergemiddelde en gemiddelde asmaseuns verskil beduidend (10% en 5% respektiewelik) van die gesonde seuns. Die asmameisies verskil egter baie min van die gesonde meisies.

Ten opsigte van die kategorie "hou niks van skoolgaan nie", is die verskille tussen asma- en gesonde leerlinge baie gering en onbeduidend.

Die ondergemiddelde asmameisies se houding ten opsigte van skoolgaan hou egter nie verband met hul onrealistiese beroepskeuse (tabel 4.7) of onderwysaspirasies (tabel 4.22) nie.

Hierdie houding van die asmaseuns mag verband hou met die bevindings van Aaron (1967), Rawls, Rawls en Harrison (1971) en Clarke (1952). Hulle het onderskeidelik gevind dat asmaleerlinge nie so gemotiveerd is om op skool te presteer nie, dat hulle stadige leerdere is en dat allergiese en asmakinders maklik ontaard in "probleem"-kinders.

TABEL 4.22
VERDELING VAN ASMATIESE EN GESONDE ST. 6-LEERLINGE VOLGENS HULLE ONDERWYSPASIRASIES

BESKRYWING	Asmatiese leerlinge						Gesonde leerlinge					
	IK-groepe						IK-groepe					
	Ondergemiddeld		Gemiddeld		Bogemiddeld		Ondergemiddeld		Gemiddeld		Bogemiddeld	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	SEUNS											
1 Ek gee nie juis om hoe ver ek leer nie	12	6,48	xx 11	1,69	5	1,63	36	4,10	xx 55	2,11	12	1,00
2 Totdat ek 16 jaar oud is en die skool kan verlaat	16	8,65	7	1,07	1	0,33	64	7,30	59	2,26	2	0,17
3 Tot st. sewe	3	1,62	3	0,46	0	0,00	23	2,62	13	0,50	0	0,00
4 Tot st. agt	50	27,03	61	9,36	2	0,65	308	35,13	236	9,05	7	0,58
5 Tot st. nege	1	0,54	7	1,07	1	0,33	23	2,62	21	0,81	1	0,08
6 Tot st. tien	73	39,46	207	31,75	42	13,73	289	32,95	937	35,92	159	13,25
7 Verder as st. tien (uitgesonderd 'n universiteitsgraad)	13	7,03	95	14,57	55	17,97	49	5,59	371	14,23	177	14,75
8 Totdat ek 'n universiteitsgraad behaal het	17	9,19	261	40,03	200	65,36	85	9,69	916	35,12	842	70,17
TOTAAL	185	100,00	652	100,00	306	100,00	877	100,00	2608	100,00	1190	100,00
	MEISIES											
1 Ek gee nie juis om hoe ver ek leer nie	xx 9	6,77	9	2,15	3	1,51	27	3,58	67	2,63	10	0,76
2 Totdat ek 16 jaar oud is en die skool kan verlaat	14	10,53	11	2,63	1	0,50	69	9,15	59	2,31	9	0,69
3 Tot st. sewe	1	0,75	2	0,48	0	0,00	18	2,39	8	0,31	0	0,00
4 Tot st. agt	50	37,59	59	14,08	4	2,01	328	43,50	344	13,50	23	1,76
5 Tot st. nege	3	2,26	1	0,24	0	0,00	4	0,53	10	0,39	2	0,15
6 Tot st. tien	30	22,55	172	41,04	39	19,60	229	30,37	1011	39,67	251	19,19
7 Verder as st. tien (uitgesonderd 'n universiteitsgraad)	15	11,28	84	20,05	51	25,63	46	6,10	541	21,22	357	27,29
8 Totdat ek 'n universiteitsgraad behaal het	11	8,27	81	19,33	101	50,75	33	4,38	509	19,97	656	50,16
TOTAAL	133	100,00	419	100,00	199	100,00	754	100,00	2549	100,00	1308	100,00

TABEL 4.23
VERDELING VAN ASMATIESE EN GESONDE ST. 6-LEERLINGE VOLGENS HULLE HOUDING TEN OPSIGTE VAN SKOOLGAAN

BESKRYWING	Asmatiese leerlinge						Gesonde leerlinge					
	IK-groepe						IK-groepe					
	Ondergemiddeld		Gemiddeld		Bogemiddeld		Ondergemiddeld		Gemiddeld		Bogemiddeld	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	SEUNS											
Hou baie van skoolgaan	xxx 49	26,49	210	31,96	121	39,67	306	34,85	968	37,06	506	42,10
Hou nie veel van skoolgaan nie	120	64,86	406	61,80	174	57,05	490	55,81	1485	56,85	658	54,74
Hou niks van skoolgaan nie	16	8,65	41	6,24	10	3,28	82	9,34	159	6,09	38	3,16
TOTAAL	185	100,00	657	100,00	305	100,00	878	100,00	2612	100,00	1202	100,00
	MEISIES											
Hou baie van skoolgaan	56	42,42	189	45,00	110	55,00	320	42,16	1203	47,06	713	54,39
Hou nie veel van skoolgaan nie	64	48,48	219	52,14	85	42,50	402	52,96	1269	49,65	573	43,71
Hou niks van skoolgaan nie	12	9,10	12	2,86	5	2,50	37	4,88	84	3,29	25	1,90
TOTAAL	132	100,00	420	100,00	200	100,00	759	100,00	2556	100,00	1311	100,00

TABEL 4.24
VERDELING VAN ASMATIESE EN GESONDE ST. 6-LEERLINGE VOLGENS HULLE BEGEERTE OM LEIDING TE NEEM

BESKRYWING	Asmatiese leerlinge						Gesonde leerlinge					
	IK-groepe						IK-groepe					
	Ondergemiddeld		Gemiddeld		Bogemiddeld		Ondergemiddeld		Gemiddeld		Bogemiddeld	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	SEUNS											
Wil graag 'n leier wees	101	53,44	314	47,72	146	47,87	445	50,51	1305	49,84	607	50,50
Weet nie	44	23,28	152	23,10	88	28,85	193	21,91	607	23,19	313	26,04
Wil nie 'n leier wees nie	44	23,28	192	29,18	71	23,28	243	27,58	706	26,97	282	23,46
TOTAAL	189	100,00	658	100,00	305	100,00	881	100,00	2618	100,00	1202	100,00
	MEISIES											
Wil graag 'n leier wees	57	43,18	180	42,86	94	47,00	290	38,21	1056	41,36	593	45,20
Weet nie	35	26,52	121	28,81	59	29,50	242	31,88	781	30,59	425	32,39
Wil nie 'n leier wees nie	40	30,30	119	28,33	47	23,50	227	29,91	716	28,05	294	22,41
TOTAAL	132	100,00	420	100,00	200	100,00	759	100,00	2553	100,00	1312	100,00

Basis van groepering: Tabel 4.22 - (1 - 2), (3 - 6), 7, 8; x Beduidend 1%-peil; xx Beduidend 5%-peil; xxx Beduidend 10%-peil.

Die herhaalde afwesigheid soos deur navorsers gerapporteer en ook deur hierdie ondersoek bevestig (tabel 4.19), asook hul gesondheidstoestand (tabel 4.18), mag ook die leerlinge se houding ten opsigte van skoolgaan beïnvloed.

Bewyse dat asmaseuns meer neuroties is as asmameisies (Rees 1956a) en gedrags- en persoonlikheidsprobleme meer dikwels by asmaseuns voorkom as by asmameisies (Fine 1963) mag die verskil in houding tussen asmaseuns en -meisies ten opsigte van skoolgaan verklaar.

Volgens Beets (1958) onderskei die puerale kind hom van die vroeër periode deur fisieke krag, handigheid en fisieke uithou vermoë, veral wat betref weerstand teen vermoeienis en siekte. Dit is veral kenmerkend van die seun in hierdie fase. In teenstelling hiermee vind ons dat die asmaseun wat in sy liggaamlike groei dikwels deur sy siekte vertraag is, gouer vermoeid raak, in sy aktiewe deelname aan liggaamlike aktiwiteite dikwels deur sy ouers en onderwysers beperk word en deur sy skoolmaats oor die hoof gesien word vir bende- of kompetisiespeletjies. Dit moet baie beslis 'n invloed uitoefen op sy houding ten opsigte van skoolgaan.

'n Kind met affektiewe tekorte sal ook moeilik inskakel in die skoolsituasie. Negatiewe affektiewe bindinge tussen ouers en kinders kan ook die motivering van die asmakind om op skool te presteer, verminder en so ook sy houding ten opsigte van skoolgaan beïnvloed.

Little en Cohen (1950) het ook gevind dat moeders van asmakinders in vergelyking met moeders van gesonde kinders baie hoër eise aan hul kinders stel. Die wete dat aan hierdie eise nie voldoen kan word nie, mag ook 'n negatiewe uitwerking op die houding van asmakinders hê.

4.4.12 Begeerte om leiding te neem

Die verdeling van leerlinge volgens hulle begeerte om leiding te neem, verskyn in tabel 4.24 en hiervolgens is daar geen beduidende verskille tussen asma- en gesonde leerlinge gevind wat betref hul begeerte om leiding te neem nie, alhoewel daar tog 'n deurlopende neiging by die asmameisies is om meer begerig te wees om leiding te neem as by die asmaseuns in vergelyking met die gesonde leerlinge.

By die ondergemiddelde asmaseuns en -meisies word die mees positiewe houding ten opsigte van leierskap aangetref, maar dit val te betwyfel of hierdie leerlinge 'n realistiese besef van leierskap het.

Volgens Rawls, Rawls en Harrison (1971) is die gesondheidstoestand van 'n kind 'n belangrike faktor in sy sosiale en emosionele aanpassing. Clarke (1952) het ook gevind dat kinders wat moeilik maats gemaak het, verander in "happy playfellows", nadat hulle suksesvol behandel is vir allergiese toestande (p. 279). Rawls, Rawls en Harrison meld ook dat allergiese en asmakinders nie so maklik vir speelmaats gekies word nie en nog minder vir leiers van groepe. Dit is verbasend dat hierdie leerlinge ten spyte van hul siektetoestand nie in hul begeertes en aspirasies afwyk van die gesonde leerlinge nie.

Indien die resultate van tabel 4.24 geëvalueer word teen die agtergrond van die wêreld van die siek kind dan sou mens eintlik verwag dat hierdie leerlinge minder begerig sou wees om leiding te neem. Vir die asmaleerling is sy siekte 'n struikelblok, sy vryheid word beperk, sy spel word beperk, hy kan en mag nie altyd meedoen nie, en hy het meer dikwels met mislukkings te doen. Dit kan dus maklik aanleiding gee daartoe dat hy hom terugtrek van gesonde leerlinge.

4.4.13 Houding ten opsigte van huiswerk

Die verdeling van leerlinge volgens hulle houding ten opsigte van huiswerk, word in tabel 4.25 weergegee en daarvolgens blyk dat die asmaleerlinge deurgaans 'n minder positiewe houding ten opsigte van huiswerk in vergelyking met die gesonde leerlinge openbaar. Terwyl die kleinste verskille voorkom by die ondergemiddelde asmaleerlinge, verskil die gemiddelde en bogemiddelde asmaleerlinge beduidend (1% en 5% respektiewelik) van die gesonde leerlinge.

Asmakinders raak maklik vermoeid en dit mag net wees dat die skooldag vir hulle te uitputtend is. Huiswerk of te veel huiswerk mag hulle makliker oorbelaas as vir gesonde leerlinge en hul houding ten opsigte van huiswerk beïnvloed.

Miskien is die bevinding van Rawls, Rawls en Harrison (1971) dat allergiese leerlinge (waarby asma-ici ingesluit is) stadige leerders is, 'n rede vir die negatiewe houding ten opsigte van huiswerk.

Die meerdere afwesigheid van die asmakinders (tabel 4.19) mag ook meebring dat hulle dikwels sukkel met huiswerk en dit kan ook hul houding beïnvloed.

Hierdie negatiewe houding ten opsigte van huiswerk strook egter nie met die onderwysaspirasies (tabel 4.22), beroepsaspirasies (tabel 4.7), of skoolvordering (tabel 4.20), van die asmaleerlinge nie. Soos reeds gemeld, is die asmaleerling maar nog net vir ses maande in die hoërskool en mag heelwat van sy houdings, begeertes, aspirasies en prestasies anders daar uitsien as hy langer op hoërskool was.

4.4.14 Hulp in verband met huiswerk

Die verdeling van leerlinge volgens hulp wat hulle tuis met huiswerk ontvang, verskyn in tabel 4.26. Volgens tabel 4.26 blyk dat die verskille tussen asma- en gesonde leerlinge uiters gering en onbeduidend is en kan die afleiding gemaak word dat daar wat hulp in verband met huiswerk betref, geen verskille bestaan tussen asma- en gesonde leerlinge nie.

Hulp in verband met huiswerk is egter baie belangrik in die geval van die asmaleerlinge. As gevolg van sy meerdere afwesigheid het die asmaleerling juis hulp en steun in verband met huiswerk en agterstallige werk nodig.

4.4.15 Houding ten opsigte van geleerdheid

Die verdeling van leerlinge volgens hul houding ten opsigte van geleerdheid word in tabel 4.27 aangedui. Wat die houding ten opsigte van geleerdheid betref, is die verskille tussen asma- en gesonde leerlinge, soos aangedui in tabel 4.27 gering en onbeduidend. Die afleiding kan dus gemaak word dat asmaleerlinge ten spyte van hul gesondheidstoestand dieselfde houdings of aspirasies ten opsigte van geleerdheid openbaar as die gesonde leerlinge.

4.4.16 Houding ten opsigte van skoolreëls

Die verdeling van leerlinge volgens hulle houding teenoor skoolreëls verskyn in tabel 4.28. Volgens tabel 4.28 blyk dat asmaleerlinge relatief meer krities ingestel is in hul houding teenoor skoolreëls. Die verskille tussen asma- en gesonde leerlinge is met die uitsondering van die ondergemiddelde asmameisies (10%) gering en onbeduidend.

Hierdie betreklik negatiewe houding teenoor skoolreëls kan moontlik toegeskryf word aan verwenning tuis as gevolg van die asmakind se siektoestand. Indien asma-ici egter neurotiese simptome openbaar soos vyandigheid en onderdrukte aggressie (Bacon 1956, Alcock 1960, Aaron 1967) en emosionele onstabiliteit (Riess en De Cillis 1940, Fine 1963, Miller en Baruch 1957), mag dit hulle makliker as gesonde kinders in botsing bring met skoolreëls.

Volgens Rawls, Rawls en Harrison (1971) moet daar meer dikwels dissiplinêre stappe teen allergiese kinders (waarby asma-ici ingesluit is) op skool gedoen word.

4.5 VRYETYDBESTEDING, SPORT EN ONTSPANNING

4.5.1 Leesgewoontes

Die verdeling van leerlinge volgens leesgewoontes verskyn in tabel 4.29. Volgens die gegewens van tabel 4.29 is die verskil in leesgewoontes tussen die asma- en gesonde leerlinge gering en onbeduidend. Daar is ook geen besondere tendens te bespeur nie.

Gesien in die lig van hul siektoestand en die feit dat hulle ook vir sekere seisoene van die jaar en tye van die dag meer binnenshuis verkeer, sou 'n mens verwag dat hulle meer in lees sou belangstel as die gesonde leerlinge.

TABEL 4.25
VERDELING VAN ASMATIESE EN GESONDE ST. 6-LEERLINGE VOLGENS HULLE HOUDING TEN OPSIGTE VAN HUISWERK

BESKRYWING	Asmatiese leerlinge						Gesonde leerlinge					
	IK-groepe						IK-groepe					
	Ondergemiddeld		Gemiddeld		Bogemiddeld		Ondergemiddeld		Gemiddeld		Bogemiddeld	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Huiswerk het nie veel waarde nie	13	6,87	65	9,91	43	14,05	50	5,69	159	6,08	102	8,50
Ek doen my huiswerk anders word ek gestraf	49	25,93	122	18,60	42	13,73	212	24,15	477	18,24	178	14,83
Huiswerk is baie belangrik want jy leer daardeur om op jou eie te werk	127	67,20	469	71,49	221	72,22	616	70,16	1979	75,68	920	76,67
TOTAAL	189	100,00	656	100,00	306	100,00	878	100,00	2615	100,00	1200	100,00
						SEUN'S						
Huiswerk het nie veel waarde nie	4	2,99	22	5,25	18	9,00	21	2,78	98	3,84	80	6,11
Ek doen my huiswerk anders word ek gestraf	24	17,91	85	20,29	38	19,00	123	16,27	382	14,95	185	14,12
Huiswerk is baie belangrik want jy leer daardeur om op jou eie te werk	106	79,10	312	74,46	144	72,00	612	80,95	2075	81,21	1045	79,77
TOTAAL	134	100,00	419	100,00	200	100,00	756	100,00	2555	100,00	1310	100,00
						MEISIES						

TABEL 4.26
VERDELING VAN ASMATIESE EN GESONDE ST. 6-LEERLINGE VOLGENS HULP WAT HULLE BY DIE HUIS MET HUISWERK ONTVANG

BESKRYWING	Asmatiese leerlinge						Gesonde leerlinge					
	IK-groepe						IK-groepe					
	Ondergemiddeld		Gemiddeld		Bogemiddeld		Ondergemiddeld		Gemiddeld		Bogemiddeld	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Het iemand tuis wat kan help	148	79,14	549	83,43	274	89,84	705	80,39	2228	85,30	1077	90,20
Het nie iemand tuis wat kan help nie	39	20,86	109	16,57	31	10,16	172	19,61	384	14,70	117	9,80
TOTAAL	187	100,00	658	100,00	305	100,00	877	100,00	2612	100,00	1194	100,00
						SEUN'S						
Het iemand tuis wat kan help	112	84,21	360	85,92	182	91,00	645	85,09	2207	86,41	1195	91,08
Het nie iemand tuis wat kan help nie	21	15,79	59	14,08	18	9,00	113	14,91	347	13,59	117	8,92
TOTAAL	133	100,00	419	100,00	200	100,00	758	100,00	2554	100,00	1312	100,00
						MEISIES						

TABEL 4.27
VERDELING VAN ASMATIESE EN GESONDE ST. 6-LEERLINGE VOLGENS HULLE HOUDING TEN OPSIGTE VAN GELEERDHEID

BESKRYWING	Asmatiese leerlinge						Gesonde leerlinge					
	IK-groepe						IK-groepe					
	Ondergemiddeld		Gemiddeld		Bogemiddeld		Ondergemiddeld		Gemiddeld		Bogemiddeld	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1 Geleerdheid het nie veel waarde nie	2	1,06	7	1,06	2	0,65	17	1,93	25	0,96	3	0,25
2 Ek weet nie	38	20,11	41	6,23	20	6,54	136	15,45	218	8,34	53	4,41
3 Geleerdheid stel jou in staat om die beste van die lewe te maak	149	78,83	610	92,71	284	92,81	727	82,62	2370	90,70	1145	95,34
TOTAAL	189	100,00	658	100,00	306	100,00	880	100,00	2613	100,00	1201	100,00
						SEUN'S						
1 Geleerdheid het nie veel waarde nie	1	0,75	2	0,48	1	0,50	7	0,92	17	0,67	2	0,15
2 Ek weet nie	25	18,80	39	9,31	13	6,50	145	19,13	299	11,71	93	7,09
3 Geleerdheid stel jou in staat om die beste van die lewe te maak	107	80,45	378	90,21	186	93,00	606	79,95	2238	87,62	1217	92,76
TOTAAL	133	100,00	419	100,00	200	100,00	758	100,00	2554	100,00	1312	100,00
						MEISIES						

TABEL 4.28
VERDELING VAN ASMATIESE EN GESONDE ST. 6-LEERLINGE VOLGENS HULLE HOUDING TEN OPSIGTE VAN SKOOLREÛLS

BESKRYWING	Asmatiese leerlinge						Gesonde leerlinge					
	IK-groepe						IK-groepe					
	Ondergemiddeld		Gemiddeld		Bogemiddeld		Ondergemiddeld		Gemiddeld		Bogemiddeld	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1 Ja, skoolreëls moet gehoorsaam word	172	91,00	574	87,23	245	80,07	804	91,16	2336	89,26	1004	83,53
2 Nie noodwendig nie	13	6,88	79	12,01	59	19,28	68	7,71	259	9,90	185	15,39
3 Nee	4	2,12	5	0,76	2	0,65	10	1,13	22	0,84	13	1,08
TOTAAL	189	100,00	658	100,00	306	100,00	882	100,00	2617	100,00	1202	100,00
						SEUN'S						
1 Ja, skoolreëls moet gehoorsaam word	xxx 121	90,30	377	89,76	176	88,00	718	94,60	2355	92,10	1146	87,35
2 Nie noodwendig nie	11	8,21	39	9,29	22	11,00	37	4,87	195	7,63	158	12,04
3 Nee	2	1,49	4	0,95	2	1,00	4	0,53	7	0,27	8	0,61
TOTAAL	134	100,00	420	100,00	200	100,00	759	100,00	2557	100,00	1312	100,00
						MEISIES						

Basis van groepering: Tabel 4.27 - (1 - 2), 3; * Beduidend 1%-peil; ** Beduidend 5%-peil; *** Beduidend 10%-peil.
Tabel 4.28 - 1, (2 - 3).

Die asmaleerlinge is meer afkomstig uit die hoër beroepsgroepe (tabel 4.6) en uit stedelike gebiede (tabel 4.4), waar leesstof soos koerante, tydskrifte en boeke geredeliker beskikbaar is. Die feit dat hulle dus nie meer in lees belangstel as die gesonde leerlinge nie, kan dus in verband staan met hulle siektetoestand en die moontlike vermoeidheid of inspanning wat daarmee gepaard mag gaan.

4.5.2 Getal aktiwiteite

Die verdeling van leerlinge volgens die getal aktiwiteite waaraan hulle deelneem, word in tabel 4.30 aangetoon. Volgens tabel 4.30 is daar met die uitsondering van die ondergemiddelde asmameisies deurgaans meer asmaleerlinge in vergelyking met die gesonde leerlinge, wat aan geen aktiwiteite deelneem nie.

In die kategorie 1 tot 3 aktiwiteite verskil die asmaseuns en -meisies van mekaar. Terwyl minder asmaseuns in vergelyking met die gesonde seuns aan 1 tot 3 aktiwiteite deelneem, neem meer asmameisies in vergelyking met die gesonde meisies aan 1 tot 3 aktiwiteite deel.

Waar die seuns nou in die puerale fase verkeer waar vitaliteit, beweeglikheid, liggaamlike aktiwiteite en kompetisie op grond van liggaamskragte op die voorgrond is, sal verskille tussen gesonde en siek seuns makliker raakgesien en aanvoel word. Die asmaseuns mag hulle in hierdie stadium makliker terugtrek as gevolg van mislukkings en beperkings. Die seun beleef dus in hierdie stadium sy siek-wees anders as die meisie. Verskille tussen seuns en meisies is in hierdie stadium die grootste en meisies is die seuns meestal een jaar in fisiese ryping vooruit. Die seun bevind hom in die puerale of oorgangs- of drempelperiode op weg na volle pubessensie, terwyl die meisie haar in die laatpuerale periode of vroeë puberteit of puberteitstadium bevind. Die klem val nie meer soos in die geval van die seun op liggaamlike aktiwiteite nie.

Perquin (1962) haal Karl Reininger aan, wat dit onomwonde stel dat die leerling van die puerale periode wat nie van liggaams oefening hou nie, "heeft in deze periode een slechter leven onder zijn kameraden dan iedere andere leeftijd" (p. 49).

Beduidende verskille word aangetref tussen die ondergemiddelde asmaseuns (10%) en die gemiddelde asmaseuns en bogemiddelde asmameisies (5%) en die gesonde leerlinge.

4.5.3 Tyd aan buitemuurse aktiwiteite bestee

Die verdeling van leerlinge volgens tyd aan buitemuurse aktiwiteite bestee verskyn in tabel 4.31. Die gegewens van tabel 4.31 dui daarop dat die asmaleerlinge met die uitsondering van die ondergemiddelde asmameisies minder tyd aan buitemuurse aktiwiteite in vergelyking met die gesonde leerlinge bestee. Relatief minder asmaleerlinge bestee 9 of minder uur per week terwyl relatief meer gesonde leerlinge 10 of meer uur per week aan buitemuurse aktiwiteite wy.

Met die uitsondering van die ondergemiddelde asmameisies neem meer van die asmaleerlinge in vergelyking met die gesonde leerlinge ook glad nie aan buitemuurse aktiwiteite deel nie.

Die ondergemiddelde en bogemiddelde asmameisies en die ondergemiddelde en gemiddelde asmaseuns verskil beduidend (5% en 10% respektiewelik) van die gesonde leerlinge.

Die gegewens van hierdie tabel hou verband met dié van tabel 4.30, waar aangedui is dat minder asmaleerlinge in vergelyking met gesonde leerlinge aan buitemuurse aktiwiteite deelneem. Dit is egter teenstrydig met die bevinding van Strijdom (1971), wat daarop dui dat hoe hoër die sosiale status van die gesin van herkoms, hoe meer tyd word aan buitemuurse aktiwiteite bestee (p. 32). Die afleiding kan dus gemaak word dat die asmaleerlinge in hul deelname aan buitemuurse aktiwiteite en die tyd wat hulle daaraan bestee, deur hul siekte benadeel word.

4.5.4 Naskoolse lesse in musiek, ballet, ensovoorts

Die verdeling van leerlinge volgens deelname aan naskoolse lesse verskyn in tabel 4.32. Na aanleiding van tabel 4.32 blyk dat relatief meer asmaleerlinge in vergelyking met gesonde leerlinge naskoolse lesse ontvang. Met die uitsondering van die gemiddelde asmaseuns, wat beduidend (1%) van die gesonde leerlinge verskil, is die verskille tussen die res van die leerlinge gering en onbeduidend.

TABEL 4.29
VERDELING VAN ASMATIESE EN GESONDE ST. 6-LEERLINGE VOLGENS LEEFGEWONTES

BESKRYWING	Asmatiese leerlinge						Gesonde leerlinge					
	IK-groepe						IK-groepe					
	Ondergemiddeld		Gemiddeld		Bogemiddeld		Ondergemiddeld		Gemiddeld		Bogemiddeld	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Hou nie van lees nie	19	10,05	39	5,94	7	2,29	94	10,66	179	6,84	35	2,91
Biblioteekboeke	84	44,45	363	55,25	210	68,62	388	43,98	1469	56,14	853	70,96
Tydskrifte	35	18,52	86	13,09	35	11,44	130	14,74	345	13,18	109	9,07
Strokiesverhale	29	15,34	114	17,35	39	12,75	156	17,69	395	15,09	143	11,90
Koerante	22	11,64	55	8,37	15	4,90	114	12,93	229	8,75	62	5,16
TOTAAL	189	100,00	657	100,00	306	100,00	882	100,00	2617	100,00	1202	100,00
Hou nie van lees nie	9	6,77	14	3,33	9	4,50	57	7,52	139	5,43	29	2,21
Biblioteekboeke	72	54,13	268	63,82	152	76,00	425	56,08	1668	65,21	1018	77,65
Tydskrifte	26	19,55	63	15,00	15	7,50	122	16,09	350	13,68	142	10,83
Strokiesverhale	17	12,78	61	14,52	18	9,00	121	15,96	311	12,16	94	7,17
Koerante	9	6,77	14	3,33	6	3,00	33	4,35	90	3,52	28	2,14
TOTAAL	133	100,00	420	100,00	200	100,00	758	100,00	2558	100,00	1311	100,00

TABEL 4.30
VERDELING VAN ASMATIESE EN GESONDE ST. 6-LEERLINGE VOLGENS DIE GETAL AKTIWITEITE WAARAAN HULLE DEELNEEM

GETAL AKTIWITEITE	Asmatiese leerlinge						Gesonde leerlinge					
	IK-groepe						IK-groepe					
	Ondergemiddeld		Gemiddeld		Bogemiddeld		Ondergemiddeld		Gemiddeld		Bogemiddeld	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1 Geen	69	36,51	130	19,79	36	11,76	244	27,73	402	15,40	105	8,74
2 Een	52	27,51	137	20,85	36	11,76	232	26,36	615	23,55	188	15,65
3 Twee	21	11,11	136	20,70	71	23,20	171	19,43	609	23,32	258	21,48
4 Drie	25	13,23	103	15,68	54	17,65	121	13,75	428	16,39	239	19,90
5 Vier	9	4,76	65	9,89	56	18,30	53	6,02	280	10,72	186	15,49
6 Vyf	8	4,23	47	7,15	26	8,50	32	3,64	146	5,59	100	8,33
7 Ses	4	2,12	20	3,04	9	2,94	17	1,93	78	2,99	65	5,41
8 Sewe	0	0,00	12	1,83	12	3,93	3	0,34	30	1,15	38	3,16
9 Agt	1	0,53	7	1,07	4	1,31	1	0,12	9	0,35	13	1,09
10 Nege of meer	0	0,00	0	0,00	2	0,65	6	0,68	14	0,54	9	0,75
TOTAAL	189	100,00	657	100,00	306	100,00	880	100,00	2611	100,00	1201	100,00
1 Geen	40	29,85	86	20,48	23	11,50	256	33,91	488	19,09	137	10,45
2 Een	41	30,60	106	25,24	47	23,50	193	25,56	600	23,47	228	17,39
3 Twee	16	11,94	84	20,00	33	16,50	135	17,88	532	20,81	266	20,29
4 Drie	15	11,19	71	16,90	39	19,50	77	10,20	394	15,42	245	18,69
5 Vier	10	7,46	38	9,05	35	17,50	48	6,36	278	10,89	174	13,28
6 Vyf	8	5,97	15	3,57	15	7,50	21	2,78	148	5,79	166	12,66
7 Ses	2	1,49	14	3,33	6	3,00	15	1,99	66	2,58	66	5,03
8 Sewe	1	0,75	4	0,95	2	1,00	2	0,26	36	1,41	24	1,83
9 Agt	0	0,00	2	0,48	0	0,00	1	0,13	6	0,23	3	0,23
10 Nege of meer	1	0,75	0	0,00	0	0,00	7	0,93	8	0,31	2	0,15
TOTAAL	134	100,00	420	100,00	200	100,00	755	100,00	2556	100,00	1311	100,00

TABEL 4.31
VERDELING VAN ASMATIESE EN GESONDE ST. 6-LEERLINGE VOLGENS TYD AAN BUITEMUURSE AKTIWITEITE BESTEE

GETAL URE PER WEEK	Asmatiese leerlinge						Gesonde leerlinge					
	IK-groepe						IK-groepe					
	Ondergemiddeld		Gemiddeld		Bogemiddeld		Ondergemiddeld		Gemiddeld		Bogemiddeld	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1 Neem nie aan buitemuurse aktiwiteite deel nie	72	38,30	141	21,49	39	12,75	254	28,96	449	17,24	121	10,08
2 4 uur of minder per week	67	35,64	247	37,65	90	29,41	358	40,82	1006	38,64	417	34,75
3 5 tot 9 uur per week	33	17,55	168	25,61	116	37,90	169	19,27	734	28,19	405	33,75
4 10 tot 14 uur per week	7	3,72	58	8,84	35	11,44	51	5,82	264	10,14	169	14,08
5 15 tot 19 uur per week	4	2,13	23	3,51	20	6,54	29	3,31	91	3,49	53	4,42
6 20 uur of meer per week	5	2,66	19	2,90	6	1,96	16	1,82	60	2,30	35	2,92
TOTAAL	188	100,00	656	100,00	306	100,00	877	100,00	2604	100,00	1200	100,00
1 Neem nie aan buitemuurse aktiwiteite deel nie	44	32,84	124	29,67	38	19,00	352	46,57	659	25,87	159	12,14
2 4 uur of minder per week	63	47,00	189	45,20	85	42,50	289	38,23	1145	44,95	589	45,00
3 5 tot 9 uur per week	20	14,93	82	19,62	49	24,50	84	11,11	543	21,32	411	31,40
4 10 tot 14 uur per week	3	2,24	16	3,83	19	9,50	25	3,31	140	5,50	103	7,87
5 15 tot 19 uur per week	3	2,24	3	0,72	5	2,50	6	0,78	41	1,61	33	2,52
6 20 uur of meer per week	1	0,75	4	0,96	4	2,00	0	0,00	19	0,75	14	1,07
TOTAAL	134	100,00	418	100,00	200	100,00	756	100,00	2547	100,00	1309	100,00

Basis van groepering: Tabel 4.30 - 1, 2, 3, 4, 5, 6 (7 - 10); Tabel 4.31 - 1, 2, 3 (4 - 6).
 ** Beduidend 5%-peil; *** Beduidend 10%-peil.

Dat die asmaleerlinge relatief tot beduidend meer naskoolse lesse ontvang in vergelyking met die gesonde leerlinge ten spyte van hul siektetoestand en die ekstra uitgawes wat met asma gepaard gaan, mag toegeskryf word aan die hoër sosio-ekonomiese agtergrond van die asmaleerlinge (tabel 4.6), die feit dat die aktiwiteite makliker deur kleiner gesinne (tabel 4.8), bekostig kan word en dat dit boonop 'n groter stedelike verskynsel (tabel 4.4) is. Die bevinding van Little en Cohen (1950), dat die moeders van asmakinders hoër eise en doelwitte vir hul kinders stel as moeders van gesonde kinders, mag ook hier 'n rol speel.

Dit is egter 'n vraag of die ekstra inspanning wat met hierdie naskoolse lesse gepaard gaan, bevorderlik is vir die gezondheidstoestand van die asmaleerlinge. 'n Aanbeveling van die New York City Board of Education (1955) om asma-aanvalle by asmatici te voorkom, is onder andere die vermyding van enige ooreising en vermoeidheid. Die aktiwiteite wat onder naskoolse lesse ressorteer, soos musiek, ballet, ensovoorts, is juis aktiwiteite wat nougesette, voortdurende en langdurige oefening en inspanning vereis. Wanneer dit gepaard gaan met hoë eise en verwagtings van die moeder, kan dit maklik bydra tot spanning by die asmakind.

Volgens Wright (1965): "This is observed best in children towards the end of the year, when a succession of examinations, speech nights, ... music and ballet recitals, ... and all the other things with which we afflict our modern children may be associated with quite severe asthmatic episodes" (p. 961).

Die afleiding kan dus gemaak word dat ouers van asmaleerlinge nie bewus is van die rol wat ekstra inspanning, vermoeidheid en spanning in die lewe van die asmakind speel nie.

4.5.5 Stokperdjies wat leerlinge beoefen

Die verdeling van leerlinge volgens die stokperdjies wat hulle beoefen, verskyn in tabel 4.33. Indien die asma- en die gesonde leerlinge ten opsigte van die gegewens in tabel 4.33 met mekaar vergelyk word, blyk die volgende:

- 1 Die asmaleerlinge hou relatief meer van die versameling van artikels. Met die uitsondering van die gemiddelde asmaseuns, wat beduidend (5%) verskil, is die res van die verskille gering en onbeduidend.
- 2 Relatief meer asmaleerlinge bou modelle, alhoewel dit net die gemiddelde asmaseuns is wat beduidend (5%) verskil.
- 3 Beduidend (5%) minder asmaseuns hou troeteldiere aan terwyl die asmameisies relatief meer troeteldiere aanhou in vergelyking met die gesonde meisies.
- 4 Ten opsigte van handwerk is daar nie 'n bepaalde tendens waarneembaar nie en is die verskille met die uitsondering van die gemiddelde asmameisies wat beduidend (10%) meer van handwerk hou, gering en onbeduidend.
- 5 Asmaleerlinge stel deurgaans relatief meer belang in fotografie. Die verskille is egter gering en onbeduidend.
- 6 Met die uitsondering van die ondergemiddelde asmaseuns, toon asmaleerlinge 'n relatief groter belangstelling in kuns as stokperdjies. Dit is egter slegs die ondergemiddelde asmameisies wat beduidend (1%) verskil.
- 7 Ten opsigte van lees is daar nie 'n bepaalde tendens waarneembaar nie en is die verskille gering en onbeduidend.
- 8 In die geval van korrespondensie met penvriende is geen besondere tendens waarneembaar nie en is die verskille, met die uitsondering van die gemiddelde asmameisies, wat beduidend (10%) meer van korrespondensie hou, gering en onbeduidend.
- 9 Met die uitsondering van die ondergemiddelde asmameisies stel al die asmaleerlinge relatief minder belang in tuinmaak en die kweek van plante. Dit is egter slegs die ondergemiddelde asmaseuns wat beduidend (5%) verskil.
- 10 Behalwe die ondergemiddelde asmameisies, werk die asmaleerlinge relatief minder met gereedksp. Die ondergemiddelde asmaseuns en gemiddelde asmameisies (5%) en die bogemiddelde asmaseuns (10%) verskil beduidend.

TABEL 4.32
VERDELING VAN ASMATIESE EN GESONDE ST. 6-LEERLINGE VOLGENS DEELNAME AAN NASKOOLSE LESSE

BESKRYWING	Asmatiese leerlinge						Gesonde leerlinge					
	IK-groepe						IK-groepe					
	Ondergemiddeld		Gemiddeld		Bogemiddeld		Ondergemiddeld		Gemiddeld		Bogemiddeld	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ontvang naskoolse lesse	26	13,83	130	19,85	75	24,67	128	14,55	403	15,46	286	23,91
Ontvang nie naskoolse lesse nie	162	86,17	525	80,15	229	75,33	752	85,45	2203	84,54	910	76,09
TOTAAL	188	100,00	655	100,00	304	100,00	880	100,00	2606	100,00	1196	100,00
	MEISIES											
Ontvang naskoolse lesse	24	18,05	122	29,05	95	47,74	126	16,60	717	28,08	608	46,45
Ontvang nie naskoolse lesse nie	109	81,95	298	70,95	104	52,26	633	83,40	1836	71,92	701	53,55
TOTAAL	133	100,00	420	100,00	199	100,00	759	100,00	2553	100,00	1309	100,00

TABEL 4.33
VERDELING VAN ASMATIESE EN GESONDE ST. 6-LEERLINGE VOLGENS DIE STOKPERDJIES WAT HULLE BEOEFEN

BESKRYWING VAN STOKPERDJIES	Asmatiese leerlinge						Gesonde leerlinge					
	IK-groepe						IK-groepe					
	Ondergemiddeld		Gemiddeld		Bogemiddeld		Ondergemiddeld		Gemiddeld		Bogemiddeld	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	SEUNS											
Versameling van artikels, byvoorbeeld seëls	101	53,44	475	72,19	217	70,92	525	59,46	1763	67,42	862	71,77
Bou van modelle, bv. skepe, vliegtuie	102	53,97	448	68,99	231	75,49	462	52,44	1648	63,05	850	70,72
Aanhou van troeteldiere	147	79,19	539	81,91	241	78,76	747	84,60	2243	85,70	1007	83,78
Handwerk, bv. houtwerk, metaalwerk	125	66,49	403	61,25	173	56,54	585	66,63	1634	62,46	666	55,45
Fotografie	32	16,93	114	17,33	71	23,20	137	15,55	450	17,20	250	20,82
Kuns, bv. skilder, beeldhouwerk	57	30,16	20	30,44	91	29,74	269	30,50	736	28,15	329	27,42
Lees	128	67,72	511	77,66	266	86,93	617	70,03	2010	76,78	1046	87,02
Korrespondensie met penvriende	55	29,26	143	21,76	53	17,38	261	29,73	553	21,16	212	17,65
Tuinmaak en kweek van plante	95	50,28	329	50,08	114	37,25	516	58,57	1346	51,49	487	40,52
Met gereedskap werk	162	86,17	583	88,60	241	78,76	806	91,49	2315	88,49	996	83,07
	MEISIES											
Versameling van artikels bv. seëls	75	55,97	250	59,52	143	71,50	398	52,51	1559	60,97	882	67,23
Bou van modelle, bv. skepe, vliegtuie	13	9,77	36	8,61	20	10,00	43	5,71	187	7,32	122	9,32
Aanhou van troeteldiere	110	82,09	352	83,81	169	84,50	606	79,95	2109	82,51	1092	83,30
Handwerk, bv. houtwerk metaalwerk	114	85,07	352	83,81	155	77,50	626	82,69	2043	78,07	1045	79,71
Fotografie	25	18,66	77	18,33	40	20,00	110	14,53	399	15,62	241	18,37
Kuns, bv. skilder, beeldhouwerk	52	39,10	126	30,07	56	28,00	188	24,80	725	28,38	358	27,29
Lees	105	78,95	360	85,71	182	91,00	613	80,87	2194	85,77	1222	93,14
Korrespondensie met penvriende	54	40,30	178	42,38	77	38,50	264	34,87	966	37,78	510	38,90
Tuinmaak en kweek van plante	59	44,36	162	38,66	69	34,67	321	42,29	1042	40,77	475	36,20
Met gereedskap werk	49	36,57	110	26,25	56	28,14	229	30,25	819	32,09	410	31,27

TABEL 4.34
VERDELING VAN ASMATIESE EN GESONDE ST. 6-LEERLINGE VOLGENS DIE AKTIWITEITE WAARVAN HULLE DIE MEESTE HOU

AKTIWITEIT	Asmatiese leerlinge						Gesonde leerlinge					
	IK-groepe						IK-groepe					
	Ondergemiddeld		Gemiddeld		Bogemiddeld		Ondergemiddeld		Gemiddeld		Bogemiddeld	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	SEUNS											
Om aan sport deel te neem	43	22,75	211	32,07	113	36,95	264	30,00	961	36,75	499	41,51
Om na plate en/of radio te luister	31	16,40	52	7,90	16	5,23	99	11,25	153	5,85	47	3,91
Om self 'n musiekinstrument te bespeel	17	8,99	43	6,53	12	3,92	81	9,20	142	5,43	68	5,66
Om bioskoop toe te gaan	21	11,12	47	7,15	17	5,56	85	9,66	204	7,80	58	4,83
Om boeke te lees	17	8,99	69	10,49	57	18,63	55	6,25	260	9,94	175	14,56
Om by vriende te kuier	14	7,41	21	3,19	10	3,26	29	3,30	104	3,98	35	2,91
Om met jou stokperdjie besig te wees	46	24,34	215	32,67	81	26,45	267	30,34	791	30,25	320	26,62
TOTAAL	189	100,00	658	100,00	306	100,00	880	100,00	2615	100,00	1202	100,00
	MEISIES											
Om aan sport deel te neem	28	20,90	78	18,57	35	17,50	162	21,40	633	24,77	357	27,21
Om na plate en/of radio te luister	46	34,33	102	24,29	23	11,50	247	32,63	525	20,55	185	14,10
Om self 'n musiekinstrument te bespeel	7	5,22	40	9,52	26	13,00	45	5,94	225	8,81	130	9,91
Om bioskoop toe te gaan	15	11,19	32	7,63	22	11,00	70	9,25	205	8,02	81	6,18
Om boeke te lees	18	13,43	92	21,90	55	27,50	115	15,19	497	19,45	352	26,83
Om by vriende te kuier	3	2,24	20	4,76	12	6,00	43	5,68	108	4,23	44	3,35
Om met jou stokperdjie besig te wees	17	12,69	56	13,33	27	13,50	75	9,91	362	14,17	163	12,42
TOTAAL	134	100,00	420	100,00	200	100,00	757	100,00	2555	100,00	1312	100,00

* Beduidend 1%-peil; ** Beduidend 5%-peil; *** Beduidend 10%-peil.

In die algemeen blyk dat volgens stokperdjiebeoefening die asma- in vergelyking met gesonde leerlinge meer hou van versameling van artikels, bou van modelle, fotografie en kuns, terwyl hulle minder hou van die aanhou van troeteldiere, tuinmaak of om met gereedskap te werk. Ten opsigte van lees, korrespondensie en handwerk is geen besondere tendens waarneembaar nie. Indien daar gelet word op die hoër sosiale status van die gesin van herkoms (tabel 4.6) dan stem die bevindings ooreen met dié van Strijdom (1971) in verband met die sosiale status en die verband daarvan met vryetyd=aktiwiteite (pp. 33-36).

4.5.6 Aktiwiteite waarvan leerlinge die meeste hou

Die verdeling van leerlinge volgens die aktiwiteite waarvan hulle die meeste hou, verskyn in tabel 4.34. Volgens tabel 4.34 is die gewildste aktiwiteite by die asmaleerlinge in vergelyking met die gesonde leerlinge om na plate of die radio te luister, bioskoop toe te gaan en om boeke te lees, terwyl die gesonde leerlinge meer daarvan hou om sport te boefen.

Die grootste verskil in voorkeur tussen die twee groepe kom voor in die geval van sportbeoefening en om na plate of die radio te luister. Beduidende verskille is slegs aangetref in die geval van die ondergemiddelde asmaseuns en bogemiddelde asma-meisies (5% en 1% respektiewelik).

Volgens die aktiwiteite waarvan die asmaleerlinge die meeste hou, blyk dat hulle dié aktiwiteite verkies wat die minste fisiese en psigiese inspanning vereis.

Rawls, Rawls en Harrison (1971) vind dat allergiese kinders (waarby asmatici ingesluit is) selde deur hul skoolmaats eerste gekies word om aan speletjies en groeps=aktiwiteite deel te neem en nog minder gekies word as leiers van 'n groep.

Veral waar die seuns in die puerale fase verkeer, waar die klem juis val op liggaamlike, kompeterende en groepsaktiwiteite, kan verwag word dat die asmaseuns as gevolg van mislukkings en beperkings op hulle geplaas deur hul ouers en onderwysers, minder in sport sal belangstel as die gesonde seuns.

Gesien teen die agtergrond van hul siekte en die houdings van gesonde kinders teenoor siek kinders, asook die oorbeskermdende houding van hul ouers, kan aanvaar word dat asmakinders minder van sport sal hou as hulle noodgedwonge meestal toeskouers moet speel.

4.5.7 Houding ten opsigte van sport

Die verdeling van leerlinge volgens hulle houding ten opsigte van sport, word in tabel 4.35 weergegee. Volgens tabel 4.35 hou, met die uitsondering van die ondergemiddelde asmameisies, meer asmaleerlinge beduidend minder van sport of is hulle onseker van hul houding ten opsigte van sport in vergelyking met die gesonde leerlinge (ondergemiddelde asmaseuns en gemiddelde asmaseuns en -meisies, (1%); bogemiddelde asmameisies, (5%) en bogemiddelde asmaseuns (10%)).

Dit is nogtans betekenisvol, dat die meerderheid van die asmaleerlinge, (60% tot 73%) baie van sport hou. Hierdie bevinding is uiters belangrik, gesien in die lig van die suksesvolle behandelingsmetodes waar daar veral klem gelê word op liggaams= oefening, sportdeelname en ander liggaamlike aktiwiteite. Die asmaleerlinge moet nie anders behandel word as gesonde leerlinge nie. Die feit dat hy saam met gesonde leerlinge aan al die aktiwiteite deelneem, wek selfvertroue, wat so dikwels by die asma=leerling ontbreek.

Die behoefte om aan sport deel te neem ten spyte van hul siekte en die beperkings wat dikwels deur hul ouers en onderwysers op hulle gelê word, lei tot frustrasie en spanning. Ook die feit dat hulle graag wil deelneem, maar nie so goed presteer soos gesonde leerlinge nie, is frustrerend, veral in die geval van die asmaseuns, wat in hierdie ontwikkelingsstadium moet meeding met gesonde seuns, wat veral gekenmerk word deur vitaliteit en besondere liggaamlike uithou vermoë.

4.6 KLASONDERWYSERS SE BEOORDELING VAN DIE LEERLINGE

4.6.1 Inleiding

Ten einde soveel as moontlik inligting oor die leerlinge wat aan Projek Talent-opname deelgeneem het, te bekom, het elke leerling se klasonderwyser 'n vraelys ingevul waarin hulle vertroulike inligting oor die leerlinge verstrekket. Hierdie inligting het gehandel oor besonderhede soos tekens van leierskap, samewerking met onderwysers en medeskoliere, stokkiesdraaiery, ensovoorts.

Tesame met die gegewens wat leerlinge oor hulleself in die Biografiese Vraelys verstrekket, kan die bykomende inligting wat deur die klasonderwysers in die Onderwysersvraelys verstrekket is, bydra tot die verkryging van 'n redelik volledige beeld van die leerlinge wat aan Talentopname deelgeneem het.

In hierdie afdeling word die asmaleerlinge met die gesonde leerlinge vergelyk aan die hand van bogenoemde inligting, soos verstrekket deur hulle klasonderwysers.

4.6.2 Leierseienskappe

In tabel 4.36 word aangetoon hoeveel asma- asook gesonde leerlinge volgens die onderwysers, tekens van leierskap toon. Volgens die gegewens van tabel 4.36 openbaar die asmaseuns relatief minder tekens van leierskap in vergelyking met die gesonde seuns. Die bogemiddelde asmaseuns verskil beduidend (1%) van die gesonde seuns.

Alhoewel die asmameisies in vergelyking met die gesonde meisies relatief meer tekens van leierskap openbaar, is die verskille gering en onbeduidend.

Die oordeel van die klasonderwysers in verband met die asmaleerlinge se tekens van leierskap stem ooreen met die gegewens van tabel 4.24. Volgens die asmaleerlinge se begeerte om leiding te neem was die meisies ook meer begerig as die seuns.

Dit is interessant om daarop te let dat die verskil in tekens van leierskap tussen die asma- en gesonde leerlinge toeneem namate die intellektuele vermoë van die asmaleerlinge toeneem. Dit mag wees dat die intelligenter asmaleerlinge meer deur sy siekte gestrem word, dat hy sy mislukkings in vergelyking met die gesonde leerlinge meer intens en emosioneel beleef, dat hy meer bewus is van sy anders-wees as die minder intelligente asmaleerlinge of dat sy siektetoestand hom in vergelyking met die gesonde leerlinge meer benadeel as die ondergemiddelde asmaleerlinge.

Die verskil tussen asmaseuns en -meisies kan toegeskryf word aan die leeftydse fase waarin die st.6-leerlinge hulle bevind. In die puerale fase is die seuns geneig om leiers te kies op grond van liggaamlike meerderwaardigheid en prestasies. Indien die asmaseun minder deur sy maats as leier gekies word, sal hy ook nie in staat wees om tekens van leierskap te openbaar nie.

4.6.3 Samewerking met onderwysers

Gegewens ten opsigte van leerlinge se samewerking met onderwysers verkyn in tabel 4.37. Volgens tabel 4.37 blyk daar geen beduidende verskille te wees tussen asma- en gesonde leerlinge wat betref samewerking met onderwysers nie.

Indien bogemiddeld en baie goed, asook ondergemiddeld en baie swak, saamgevoeg word, dan blyk 'n interessante verskynsel, naamlik dat asmaleerlinge in vergelyking met gesonde leerlinge sowel swakker as beter met hul onderwysers saamwerk. Hiervolgens is die gesonde leerlinge meer gemiddeld in hul samewerking met onderwysers as die asma-leerlinge. Volgens Miller (1952) neig sommige asmaleerlinge om saggeaard en afhanklik te wees, wat mag lei tot beter samewerking, terwyl ander weer aggressief en onbeskof optree, en dit mag aanleiding gee tot swakker samewerking.

Dit blyk verder uit tabel 4.37 dat die gemiddelde asmaleerlinge in vergelyking met die gesonde leerlinge die beste met hul onderwysers saamwerk. Die asmaleerlinge toon ook dieselfde tendens as die gesonde leerlinge, naamlik namate die intellektuele vermoë toeneem, neem samewerking met hul onderwysers ook toe.

TABEL 4.35

VERDELING VAN ASMATIESE EN GESONDE ST. 6-LEERLINGE VOLGENS HULLE HOUDING TEN OPSIGTE VAN SPORT

BESKRYWING	Asmatiese leerlinge						Gesonde leerlinge					
	IK-groepe						IK-groepe					
	Ondergemiddeld N %		Gemiddeld N %		Bogemiddeld N %		Ondergemiddeld N %		Gemiddeld N %		Bogemiddeld N %	
	SEUNS											
Hou niks van sport nie	* 23	12,30	* 41	6,24	*** 16	5,25	* 60	6,83	* 95	3,64	*** 39	3,25
Nie seker of ek van sport hou nie	51	27,27	147	22,37	64	20,98	164	18,66	475	18,19	210	17,49
Hou baie van sport	113	60,43	469	71,39	225	73,77	655	74,51	2041	78,17	952	79,26
TOTAAL	187	100,00	657	100,00	205	100,00	879	100,00	2611	100,00	1201	100,00
	MEISIES											
Hou niks van sport nie	7	5,26	* 22	5,25	** 15	7,50	56	7,40	* 125	4,90	** 50	3,82
Nie seker of ek van sport hou nie	38	28,57	140	33,41	56	28,00	254	33,55	655	25,66	318	24,27
Hou baie van sport	88	66,17	257	61,34	129	64,50	447	59,05	1773	69,44	942	71,91
TOTAAL	133	100,00	419	100,00	200	100,00	757	100,00	2553	100,00	1310	100,00

TABEL 4.36

VERDELING VAN ASMATIESE EN GESONDE ST. 6-LEERLINGE VOLGENS BEOORDELING TEN OPSIGTE VAN LEIERSKAP

BESKRYWING	Asmatiese leerlinge						Gesonde leerlinge					
	IK-groepe						IK-groepe					
	Ondergemiddeld N %		Gemiddeld N %		Bogemiddeld N %		Ondergemiddeld N %		Gemiddeld N %		Bogemiddeld N %	
	SEUNS											
Openbaar tekens van leierskap	26	13,76	158	24,57	* 118	39,46	140	15,98	705	27,36	* 566	48,25
Openbaar nie tekens van leierskap nie	163	86,24	485	75,43	181	60,54	736	84,02	1872	72,64	607	51,75
TOTAAL	189	100,00	643	100,00	299	100,00	876	100,00	2577	100,00	1173	100,00
	MEISIES											
Openbaar tekens van leierskap	21	16,28	117	28,54	88	45,36	111	14,82	674	26,94	593	46,26
Openbaar nie tekens van leierskap nie	108	83,72	293	71,46	106	54,64	638	85,18	1828	73,06	689	53,74
TOTAAL	129	100,00	410	100,00	194	100,00	749	100,00	2502	100,00	1282	100,00

TABEL 4.37

VERDELING VAN ASMATIESE EN GESONDE ST. 6-LEERLINGE VOLGENS SAMEWERKING MET HULLE ONDERWYSERS/ESSE

BESKRYWING	Asmatiese leerlinge						Gesonde leerlinge					
	IK-groepe						IK-groepe					
	Ondergemiddeld N %		Gemiddeld N %		Bogemiddeld N %		Ondergemiddeld N %		Gemiddeld N %		Bogemiddeld N %	
	SEUNS											
1 Baie swak	14	7,45	16	2,44	3	0,98	78	8,86	69	2,64	10	0,84
2 Ondergemiddeld	55	29,25	89	13,59	15	4,90	214	24,32	369	14,12	49	4,10
3 Gemiddeld	94	50,00	354	54,05	97	31,70	490	55,68	1436	54,96	413	34,52
4 Bogemiddeld	21	11,17	128	19,54	104	33,99	77	8,75	502	19,21	381	31,86
5 Baie goed	4	2,13	68	10,38	87	28,43	21	2,39	237	9,07	343	28,68
TOTAAL	188	100,00	655	100,00	306	100,00	880	100,00	2613	100,00	1196	100,00
	MEISIES											
1 Baie swak	9	6,82	10	2,40	1	0,51	53	7,02	60	2,36	6	0,46
2 Ondergemiddeld	33	25,00	43	10,31	10	5,10	164	21,72	316	12,42	38	2,91
3 Gemiddeld	66	50,00	224	53,72	57	29,08	410	54,30	1300	51,08	431	33,05
4 Bogemiddeld	18	13,63	89	21,34	67	34,19	80	10,60	592	23,26	376	28,83
5 Baie goed	6	4,55	51	12,23	61	31,12	48	6,36	277	10,88	453	34,75
TOTAAL	132	100,00	417	100,00	196	100,00	755	100,00	2545	100,00	1304	100,00

TABEL 4.38

VERDELING VAN ASMATIESE EN GESONDE ST. 6-LEERLINGE VOLGENS SAMEWERKING MET MEDESKOLIERS

BESKRYWING	Asmatiese leerlinge						Gesonde leerlinge					
	IK-groepe						IK-groepe					
	Ondergemiddeld N %		Gemiddeld N %		Bogemiddeld N %		Ondergemiddeld N %		Gemiddeld N %		Bogemiddeld N %	
	SEUNS											
Kom goed met medeskoliers klaar	173	92,02	627	96,46	293	96,07	816	93,26	2518	96,66	1159	97,31
Kom nie goed met medeskoliers klaar nie	15	7,98	23	3,54	12	3,93	59	6,74	87	3,34	32	2,69
TOTAAL	188	100,00	650	100,00	305	100,00	875	100,00	2605	100,00	1191	100,00
	MEISIES											
Kom goed met medeskoliers klaar	120	91,60	392	94,69	195	98,98	695	92,54	2430	96,01	1283	98,47
Kom nie goed met medeskoliers klaar nie	11	8,40	22	5,31	2	1,02	56	7,46	101	3,99	20	1,53
TOTAAL	131	100,00	414	100,00	197	100,00	751	100,00	2531	100,00	1303	100,00

Basis van groepering: Tabel 4.37 - (1-2), 3, (4-5).

* Beduidend 1%-peil; ** Beduidend 5%-peil; *** Beduidend 10%-peil.

4.6.4 Samewerking met medeskoliere

In tabel 4.38 word aangedui of leerlinge, volgens hul klasonderwysers, goed met hul medeskoliere oor die weg kom of nie. Volgens die gegewens van tabel 4.38 is daar geen beduidende verskille tussen die asma- en gesonde leerlinge ten opsigte van samewerking met medeskoliere nie.

Volgens die bevindings van Clarke (1951), Aaron (1967) en Rawls, Rawls en Harrison (1971) sou 'n mens eintlik verwag het dat asmaleerlinge nie goed oor die weg sou kom met hul medeskoliere nie.

Dit mag net wees dat die onderwysers hul oordeel slegs gegrond het op die klas-kamersituasie, waar samewerking met medeskoliere nie so maklik waarneembaar is, as op die speelgrond nie.

4.6.5 Prestasie op sportgebied

Gegewens ten opsigte van die asma- en gesonde leerlinge se prestasie op sportgebied verskyn in tabel 4.39 en daarvolgens presteer die asmaleerlinge deurgaans swaker. Met die uitsondering van die ondergemiddelde asmameisies is die verskille in al die gevalle beduidend (ondergemiddelde en gemiddelde asmameisies en bogemiddelde asma-seuns en -meisies (1%); gemiddelde asmameisies (5%)).

Bogenoemde bevindings is in ooreenstemming met die gegewens van tabelle 4.34 en 4.35, waar dit duidelik geblyk het dat meer asmaleerlinge minder in sport belangstel as die gesonde leerlinge.

Die swakker prestasie mag die gevolg wees van die gebrek aan belangstelling (tabel 4.34), of 'n direkte uitvloeisel van die gesondheidstoestand van die asmaleerlinge. Hul ouers mag ook oorbekommerd wees oor hul siekte en hulle derhalwe weerhou van of ontmoedig tot sportdeelname.

Afgesien van die swakker prestasie van die asmaleerlinge op sportgebied, is daar egter nog 'n hoë persentasie asmaleerlinge wat volgens die onderwysers gemiddeld of bogemiddeld in sport presteer. Dit hou ook verband met die hoë persentasie asmaleerlinge (in alle gevalle meer as 60% - tabel 4.35), wat nieteenstaande die swakker belangstelling in sport in die algemeen, tog aangedui het dat hulle baie van sport hou.

Gesien in die lig van die klem wat asmasentrums lê op fiksheidsoefeninge en normale deelname aan sport, en die sukses wat daarmee behaal word, is dit belangrik vir ouers om te weet dat so 'n groot persentasie asmaleerlinge gemiddeld of bogemiddeld in sport presteer en ook 'n lewendige belangstelling in sport toon.

4.6.6 Stokkiesdraaiery

In tabel 4.40 word aangedui hoeveel asma- en gesonde leerlinge hulle aan stokkiesdraaiery skuldig maak. Volgens die gegewens van tabel 4.40 draai slegs die ondergemiddelde asmameisies beduidend (5%) meer stokkies as die gesonde meisies. Ten opsigte van die res van die asmaleerlinge is die verskille gering en onbeduidend.

Dit is moeilik om 'n verklaring te vind vir die feit dat die ondergemiddelde asmameisies volgens hul klasonderwysers meer stokkies draai as die gesonde meisies, maar daar dien op gelet te word dat die hoogste persentasie egskeidings van ouers (tabel 4.11) by hierdie groep voorkom, terwyl hulle ook beduidend ouer was by skooltoetrede en beduidend meer tyd aan buitemuurse aktiwiteite bestee (tabelle 4.14 en 4.31 respektiewelik).

Die afleiding kan dus gemaak word dat asmaleerlinge nie meer stokkies draai as gesonde leerlinge nie, maar waar dit wel voorkom, dit moontlik aan ander oorsake toegeskryf kan word.

Dit is egter geensins uitgesluit dat asmaleerlinge hul siekte mag uitbuit om wederregtelik uit die skool te bly nie. Veral waar leerlinge as gevolg van baie afwesighede agter raak in hulle skoolwerk en werk nie verstaan nie, mag hulle makliker beweeg word om uit die skool te bly. Dit sal ook afhang van die houding wat die ouers inneem deur toe te laat dat die kind te maklik uit die skool bly na 'n asma-aanval.

TABEL 4.39
VERDELING VAN ASMATIESE EN GESONDE ST. 6-LEERLINGE VOLGENS PRESTASIE OP SPORTGEBIED

BESKRYWING	Asmatiese leerlinge						Gesonde leerlinge										
	IK-groepe						IK-groepe										
	Ondergemiddeld		Gemiddeld		Bogemiddeld		Ondergemiddeld		Gemiddeld		Bogemiddeld						
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%					
1 Baie swak	x	58	30,85	x	88	13,71	x	29	9,73	193	22,26	x	259	10,09	x	76	6,47
2 Ondergemiddeld		70	37,23		184	28,66		76	25,50	273	31,49		622	24,22		189	16,09
3 Gemiddeld		50	26,60		272	42,36		138	46,32	315	36,33		1214	47,28		575	48,93
4 Bogemiddeld		10	5,32		78	12,15		38	12,75	66	7,61		373	14,52		248	21,11
5 Baie goed		0	0,00		20	3,12		17	5,70	20	2,31		100	3,89		87	7,40
TOTAAL		188	100,00		642	100,00		298	100,00	867	100,00		2568	100,00		1175	100,00
1 Baie swak		42	32,30	xx	55	13,35	x	15	7,65	207	27,74	xx	322	12,81	x	77	5,97
2 Ondergemiddeld		41	31,54		122	29,61		46	23,47	238	31,90		630	25,06		205	15,90
3 Gemiddeld		36	27,69		188	45,63		98	50,00	230	30,83		1126	44,78		650	50,43
4 Bogemiddeld		5	3,85		39	9,47		26	13,27	56	7,51		332	13,21		262	20,33
5 Baie goed		6	4,62		8	1,94		11	5,61	15	2,02		104	4,14		95	7,37
TOTAAL		130	100,00		412	100,00		196	100,00	746	100,00		2514	100,00		1289	100,00

TABEL 4.40
VERDELING VAN ASMATIESE EN GESONDE ST. 6-LEERLINGE VOLGENS DIE VOORKOMS VAN STOKKIEDRAAIERY

BESKRYWING	Asmatiese leerlinge						Gesonde leerlinge										
	IK-groepe						IK-groepe										
	Ondergemiddeld		Gemiddeld		Bogemiddeld		Ondergemiddeld		Gemiddeld		Bogemiddeld						
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%					
Draai stokkies		14	7,49		31	4,75		4	1,31	57	6,48		103	3,94		21	1,75
Draai nie stokkies nie		173	92,51		621	95,25		302	98,69	822	93,52		2508	96,06		1176	98,25
TOTAAL		187	100,00		652	100,00		306	100,00	879	100,00		2611	100,00		1197	100,00
Draai stokkies	xx	11	8,46		15	3,61		0	0,00	26	3,44	xx	69	2,71		16	1,23
Draai nie stokkies nie		119	91,54		401	96,39		198	100,00	730	96,56		2477	97,29		1288	98,77
TOTAAL		130	100,00		416	100,00		198	100,00	756	100,00		2546	100,00		1304	100,00

TABEL 4.41
VERDELING VAN ASMATIESE EN GESONDE ST. 6-LEERLINGE VOLGENS HULLE YWER TEN OPSIGTE VAN SKOOLWERK

BESKRYWING	Asmatiese leerlinge						Gesonde leerlinge										
	IK-groepe						IK-groepe										
	Ondergemiddeld		Gemiddeld		Bogemiddeld		Ondergemiddeld		Gemiddeld		Bogemiddeld						
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%					
1 Baie swak		23	12,23		33	5,05		6	1,96	120	13,64		131	5,02		13	1,09
2 Ondergemiddeld		67	35,64		125	19,11		15	4,90	276	31,36		497	19,03		73	6,10
3 Gemiddeld		80	42,55		346	52,91		111	36,28	406	46,14		1392	53,32		415	34,67
4 Bogemiddeld		15	7,98		94	14,37		89	29,08	64	7,27		416	15,93		376	31,41
5 Baie goed		3	1,60		56	8,56		85	27,78	14	1,59		175	6,70		320	26,73
TOTAAL		188	100,00		654	100,00		306	100,00	880	100,00		2611	100,00		1197	100,00
1 Baie swak		18	13,64		9	2,16		4	2,02	82	10,88		105	4,12		6	0,46
2 Ondergemiddeld		39	29,55		69	16,55		12	6,06	199	26,39		417	16,37		58	4,45
3 Gemiddeld		63	47,71		213	51,08		55	27,78	369	48,94		1250	49,08		408	31,29
4 Bogemiddeld		6	4,55		84	20,14		66	33,33	70	9,28		519	20,38		367	28,14
5 Baie goed		6	4,55		42	10,07		61	30,81	34	4,51		256	10,05		465	35,66
TOTAAL		132	100,00		417	100,00		198	100,00	754	100,00		2547	100,00		1304	100,00

TABEL 4.42
VERDELING VAN ASMATIESE EN GESONDE ST. 6-LEERLINGE VOLGENS DIE INVLOED WAT AFWESIGHEID VAN SKOOL OP HULLE SKOOLPRESTASIES HET

BESKRYWING	Asmatiese leerlinge						Gesonde leerlinge										
	IK-groepe						IK-groepe										
	Ondergemiddeld		Gemiddeld		Bogemiddeld		Ondergemiddeld		Gemiddeld		Bogemiddeld						
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%					
Nie van toepassing nie	xx	151	80,32	x	558	85,45		265	86,60	747	84,98	xx	2303	88,24		1051	88,10
Het 'n negatiewe uitwerking		22	11,70		34	5,21		6	1,96	52	5,92		70	2,68		11	0,92
Het nie 'n negatiewe uitwerking nie		11	5,85		46	7,04		29	9,48	56	6,37		189	7,24		118	9,89
Nie seker nie		4	2,13		15	2,30		6	1,96	24	2,73		48	1,84		13	1,09
TOTAAL		188	100,00		653	100,00		306	100,00	879	100,00		2610	100,00		1193	100,00
Nie van toepassing nie	x	93	71,53	x	338	81,45	x	165	83,33	658	87,27	x	2206	86,96	x	1153	88,49
Het 'n negatiewe uitwerking		19	14,62		22	5,30		8	4,04	32	4,24		60	2,36		6	0,46
Het nie 'n negatiewe uitwerking nie		13	10,00		43	10,36		25	12,63	50	6,63		244	9,62		144	11,05
Nie seker nie		5	3,85		12	2,89		0	0,00	14	1,86		27	1,06		0	0,00
TOTAAL		130	100,00		415	100,00		198	100,00	754	100,00		2537	100,00		1303	100,00

Basis van groepering: Tabel 4.39 - (1 - 2), 3, 4, 5; x Beduidend 1%-peil;
Tabel 4.41 - (1 - 2), 3, (4 - 5). xx Beduidend 5%-peil.

4.6.7 Ywer ten opsigte van skoolwerk

Die onderwysers se beoordeling van die ywer wat leerlinge met hul skoolwerk aan die dag lê, word in tabel 4.41 aangetoon.

Dit is insiggewend dat daar, ten spyte van hul siektetoestand (tabel 4.18), meerdere afwesigheid (tabel 4.19) en moontlike opvoedingstekorte tuis, volgens die klasonderwysers geen beduidende verskille tussen asma- en gesonde leerlinge in verband met ywer ten opsigte van skoolwerk bestaan nie.

4.6.8 Invloed van afwesigheid op skoolprestasies

Gegewens ten opsigte van die invloed van herhaalde afwesigheid op leerlinge se skoolprestasie, word in tabel 4.42 aangetoon. Volgens tabel 4.42 het herhaalde afwesigheid van skool 'n besliste nadelige uitwerking op die skoolprestasies van asmaleerlinge in vergelyking met gesonde leerlinge. Met die enkele uitsondering van die bogemiddelde asmaseuns is die verskille in al die gevalle beduidend (onder- en bogemiddelde asmaseuns en gemiddelde asmaleerlinge (1%) ondergemiddelde asmaseuns (5%)). Afwesigheid het die minste uitwerking op die bogemiddelde asmaseuns in vergelyking met die gesonde seuns.

Indien daar gelet word op die beduidend swakker skoolbywoningsrekord (tabel 4.19), van die asmaleerlinge in vergelyking met die gesonde leerlinge, dan sou daar verwag kan word dat die asmaleerlinge se skoolprestasies nadelig beïnvloed moet word.

Dit is egter verblydend dat volgens die klasonderwysers die invloed van herhaalde afwesigheid op 70 tot 80 persent van die asmaleerlinge nie van toepassing is nie. Daar moet egter 'n gedagte gehou word dat Projek Talentopname aan die begin van die derde kwartaal van stapel gestuur is, en dat die afwesigheid nie vir die hele jaar is nie.

Flensburg (1945), Quarles van Ufford (1958) en Barkin en McGovern (1967) maak melding van die herhaalde afwesigheid van asmaleerlinge en Lindeman (1958) en Hill (1966) wys op die nadelige uitwerking wat sodanige afwesigheid op skoolprestasies van die leerlinge het en hoe dit aanleiding gee tot druipling. Volgens Lindeman (1958) verlaat meeste asmaleerlinge die skool ondergeskoold.

4.6.9 Besondere aanleg in 'n vak of vakgroep

Die verdeling van leerlinge volgens die vak of vakgroep waarin hulle 'n besondere aanleg toon, verskyn in tabel 4.43. Volgens die gegewens van tabel 4.43 stem die asmaleerlinge grootliks ooreen met die gesonde leerlinge volgens die vak of vakgroep waarin hul besondere aanleg toon. Enige verskille is uiters gering en onbeduidend.

Die asmaseuns toon 'n geringe beter aanleg in Rekenkunde, in vergelyking met die gesonde seuns, terwyl die asmaleerlinge as 'n groep 'n swakker aanleg toon in die leervakke soos Geskiedenis, Aardrykskunde en Volkekunde of Sosiale Studies. Dit mag wees dat die groter inspanning wat die leervakke vereis, bydra tot vermoeidheid by die asmaleerlinge en hulle as gevolg daarvan swakker presteer.

4.6.10 Kanse om st.10 te slaag

Die verdeling van leerlinge volgens hulle kanse om st.10 te slaag, word aangetoon in tabel 4.44. Volgens die gegewens van tabel 4.44, blyk die verskille tussen asma- en gesonde leerlinge gering en onbeduidend en kan die afleiding gemaak word dat die asmaleerlinge dieselfde kanse as die gesonde leerlinge het om st.10 te slaag.

Hierdie bevinding strook nie met dié van Hill (1966) en Lindeman (1958) nie. Volgens hulle gee herhaalde afwesigheid aanleiding tot swakker skoolprestasies en uiteindelijke druipling en volgens Lindeman verlaat meeste asmaleerlinge die skool uiteindelik ondergeskoold.

4.6.11 Hoogste standerd wat hulle kan slaag

Die verdeling van leerlinge volgens die hoogste standerd wat hulle kan slaag, verskyn in tabel 4.45. Die gegewens stem in 'n groot mate ooreen met dié van die vorige tabel. Net soos in die geval van die leerlinge se kanse om st.10 te slaag, is daar in die geval van die hoogste standerd wat hulle kan slaag, geen beduidende verskille tussen die asma- en gesonde leerlinge nie.

TABEL 4.43
 VERDELING VAN ASMATIESE EN GESONDE ST. 6-LEERLINGE VOLGENS DIE VAK OF VAKGROEP WAARIN HULLE BESONDERE AANLEG TOON

VAK OF VAKGROEP	Asmatiese leerlinge						Gesonde leerlinge					
	IK-groepe						IK-groepe					
	Ondergemiddeld		Gemiddeld		Bogemiddeld		Ondergemiddeld		Gemiddeld		Bogemiddeld	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
SEUNES												
1 Toon geen besondere aanleg in enige vak of vakgroep nie	130	69,89	352	54,49	73	24,75	544	62,97	1303	50,79	320	27,41
2 Wiskunde of Rekenkunde	13	6,99	73	11,30	80	27,11	51	5,90	279	10,87	314	26,91
3 Algemene Wetenskap (Natuur- en Skeikunde, Biologie, ensovoorts)	7	3,76	44	6,82	43	14,58	33	3,82	212	8,26	145	12,43
4 Tale	7	3,76	44	6,81	43	14,58	39	4,51	197	7,68	141	12,08
5 Kuns (Skilder, Modelleerwerk, Kuns=naaldwerk, ensovoorts)	7	3,76	7	1,08	5	1,69	22	2,55	44	1,71	8	0,69
6 Tegniese vak(ke)	10	5,38	43	6,66	9	3,05	73	8,45	194	7,56	23	1,97
7 Handelsvak(ke)	1	0,54	6	0,93	3	1,02	6	0,69	37	1,44	13	1,11
8 Musiek	0	0,00	3	0,46	0	0,00	5	0,58	2	0,08	5	0,43
9 Geskiedenis, Aardrykskunde, Volke=kunde of Sosiale Studies	10	5,38	67	10,37	36	12,20	82	9,49	279	10,87	193	16,54
10 Landbou	1	0,54	7	1,08	3	1,02	9	1,04	19	0,74	5	0,43
TOTAAL	186	100,00	646	100,00	295	100,00	864	100,00	2566	100,00	1167	100,00
MEISIES												
1 Toon geen besondere aanleg in enige vak of vakgroep nie	92	74,19	222	53,88	72	36,36	534	71,89	1338	53,47	364	28,68
2 Wiskunde of Rekenkunde	3	2,42	37	8,98	42	21,20	24	3,23	201	8,03	279	21,99
3 Algemene Wetenskap (Natuur- en Skeikunde, Biologie, ensovoorts)	2	1,61	14	3,40	8	4,04	16	2,15	152	6,08	109	8,59
4 Tale	11	8,87	49	11,89	33	16,67	53	7,13	288	11,51	209	16,47
5 Kuns (Skilder, Modelleerwerk, Kuns=naaldwerk, ensovoorts)	3	2,42	7	1,70	2	1,01	9	1,21	52	2,08	20	1,58
6 Tegniese vak(ke)	0	0,00	2	0,49	0	0,00	4	0,54	16	0,64	0	0,00
7 Handelsvak(ke)	1	0,81	7	1,70	1	0,51	5	0,67	44	1,76	13	1,02
8 Musiek	0	0,00	6	1,46	1	0,51	1	0,13	17	0,68	15	1,18
9 Geskiedenis, Aardrykskunde, Volke=kunde of Sosiale Studies	6	4,84	49	11,89	32	16,16	59	7,94	293	11,71	232	18,28
10 Huishoudkunde	6	4,84	19	4,61	7	3,54	38	5,11	101	4,04	28	2,21
TOTAAL	124	100,00	412	100,00	198	100,00	743	100,00	2502	100,00	1269	100,00

TABEL 4.44
 VERDELING VAN ASMATIESE EN GESONDE ST. 6-LEERLINGE VOLGENS HULLE KANSE OM ST. 10 TE SLAAG

BESKRYWING	Asmatiese leerlinge						Gesonde leerlinge					
	IK-groepe						IK-groepe					
	Ondergemiddeld		Gemiddeld		Bogemiddeld		Ondergemiddeld		Gemiddeld		Bogemiddeld	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
SEUNES												
1 Baie swak	86	45,50	81	12,39	6	1,96	407	46,26	331	12,72	18	1,34
2 Ondergemiddeld	66	34,92	168	25,69	9	2,94	318	36,14	639	24,56	71	5,94
3 Gemiddeld	31	16,40	273	41,73	76	24,84	136	15,45	1082	41,58	289	24,18
4 Bogemiddeld	4	2,12	82	12,54	88	28,76	15	1,70	346	13,30	298	24,94
5 Baie goed	2	1,06	50	7,65	127	41,50	4	0,45	204	7,84	521	43,60
TOTAAL	189	100,00	654	100,00	306	100,00	880	100,00	2602	100,00	1195	100,00
MEISIES												
1 Baie swak	59	44,70	41	9,86	4	2,02	331	43,90	292	11,50	11	0,84
2 Ondergemiddeld	48	36,36	106	25,48	3	1,52	274	36,34	597	23,51	48	3,69
3 Gemiddeld	20	15,15	186	44,70	59	29,80	134	17,77	1086	42,77	345	26,50
4 Bogemiddeld	4	3,03	40	9,62	56	28,28	10	1,33	330	13,00	312	23,96
5 Baie goed	1	0,76	43	10,34	76	38,38	5	0,66	234	9,22	586	45,01
TOTAAL	132	100,00	416	100,00	198	100,00	754	100,00	2539	100,00	1302	100,00

TABEL 4.45
 VERDELING VAN ASMATIESE EN GESONDE ST. 6-LEERLINGE VOLGENS DIE HOOGSTE STANDERD WAT HULLE KAN SLAAG

STANDERD	Asmatiese leerlinge						Gesonde leerlinge					
	IK-groepe						IK-groepe					
	Ondergemiddeld		Gemiddeld		Bogemiddeld		Ondergemiddeld		Gemiddeld		Bogemiddeld	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
SEUNES												
1 Ses	28	14,81	13	2,00	1	0,33	134	15,28	51	1,96	1	0,08
2 Sewe	40	21,16	23	3,53	2	0,66	146	16,65	128	4,92	3	0,25
3 Agt	90	47,63	173	26,57	10	3,28	433	49,37	703	27,03	55	4,60
4 Nege	8	4,23	45	6,91	4	1,31	44	5,02	148	5,69	24	2,01
5 Tien	23	12,17	397	60,99	288	94,42	120	13,68	1571	60,40	1113	93,06
TOTAAL	189	100,00	651	100,00	305	100,00	877	100,00	2601	100,00	1196	100,00
MEISIES												
1 Ses	20	15,15	6	1,45	0	0,00	93	12,42	40	1,57	0	0,00
2 Sewe	14	10,61	14	3,37	0	0,00	130	17,36	109	4,28	5	0,38
3 Agt	70	53,02	123	29,64	6	3,02	384	51,27	685	26,92	42	3,23
4 Nege	6	4,55	16	3,86	1	0,50	21	2,80	127	4,99	15	1,15
5 Tien	22	16,67	256	61,68	192	96,48	121	16,15	1584	62,24	1240	95,24
TOTAAL	132	100,00	415	100,00	199	100,00	749	100,00	2545	100,00	1302	100,00

Basis van groepering: Tabel 4.43 - 1, (2 - 4), 5, (6 - 9, 11), 10;
 Tabel 4.44 - (1 - 2), 3, (4 - 5);
 Tabel 4.45 - (1 - 3), (4 - 5).

HOOFSTUK 5
PERSOONLIKHEID EN AANPASSING

5.1 INLEIDING

In hierdie hoofstuk word die asmaleerlinge met die gesonde leerlinge vergelyk aan die hand van die gemiddelde stanegepunte wat hulle in die velde van die HSPV en Aanpassingsvraelys respektiewelik behaal het, met die doel om te bepaal of die asmaleerlinge se persoonlikheidsamestelling van dié van die gesonde leerlinge verskil, en indien wel, ten opsigte van watter persoonlikheidstrekke. Die persoonlikheidsamestelling word bekyk in samehang met die resultate van die Aanpassingsvraelys omdat daar verwag kan word dat as die persoonlikheidsamestelling van die asmaleerlinge verskil, dit ook hul aanpassing of intensionele gerigtheid tot die wêreld, persone en dinge sal beïnvloed.

Beide vraelyste is kortliks bespreek in paragrawe 1.4.3 en 1.4.4 terwyl volledige besonderhede gevind word in Verhoef en Roos (1970).

5.2 PERSOONLIKHEID

Die rekenkundige gemiddeldes en standaardafwykings van die asma- en gesonde leerlinge ten opsigte van elke veld van die HSPV, word in tabel 5.1 weergegee en grafies voorgestel vir seuns en meisies gesamentlik, vir die drie IK-groepe apart in figure 5.1, 5.2 en 5.3.

Ten opsigte van die volgende velde het die asmaleerlinge in vergelyking met die gesonde leerlinge laer tellings behaal: velde A, C, F (behalwe onder- en bogemiddelde asmameisies) en G en H (behalwe ondergemiddelde asmameisies). Hierdie laer tellings dui daarop dat die asmaleerlinge, in vergelyking met die gesonde leerlinge, meer teruggetrokke, afsydig, krities, aantasbaar deur gevoelens, opportunisties, emosioneel onstabiel, skaam, beheersd en onvrymoedig is. Hulle ontwyk ook makliker reëls, voel min verpligtings, raak makliker ontstel en het ook minder ego- en superegosterkte.

In die geval van die volgende velde het die asmaleerlinge in vergelyking met die gesonde leerlinge weer hoër tellings behaal: B (behalwe bogemiddelde asmameisies), D (behalwe ondergemiddelde asmameisies), O, Q₂ (behalwe bogemiddelde asmaseuns) en Q₄ (behalwe gemiddelde asmameisies). Die hoër tellings van die asmaleerlinge dui daarop dat hulle meer prikkelbaar, opgewonde, ongeduldig, veeleisend, ooraktief, bevreesd, bekommerd, neerslagtig, onrustig, geneigd tot skuldgevoelens, gespanne, aangedrewe en gefrustreerd is. Volgens velde B en Q₂ is die asmaleerlinge meer intelligent abstrakdenkend, selfgenoegsaam en vindingryk, beskik hulle oor 'n beter skolastiese verstandelike vermoë en verkies hulle om eie besluite te neem.

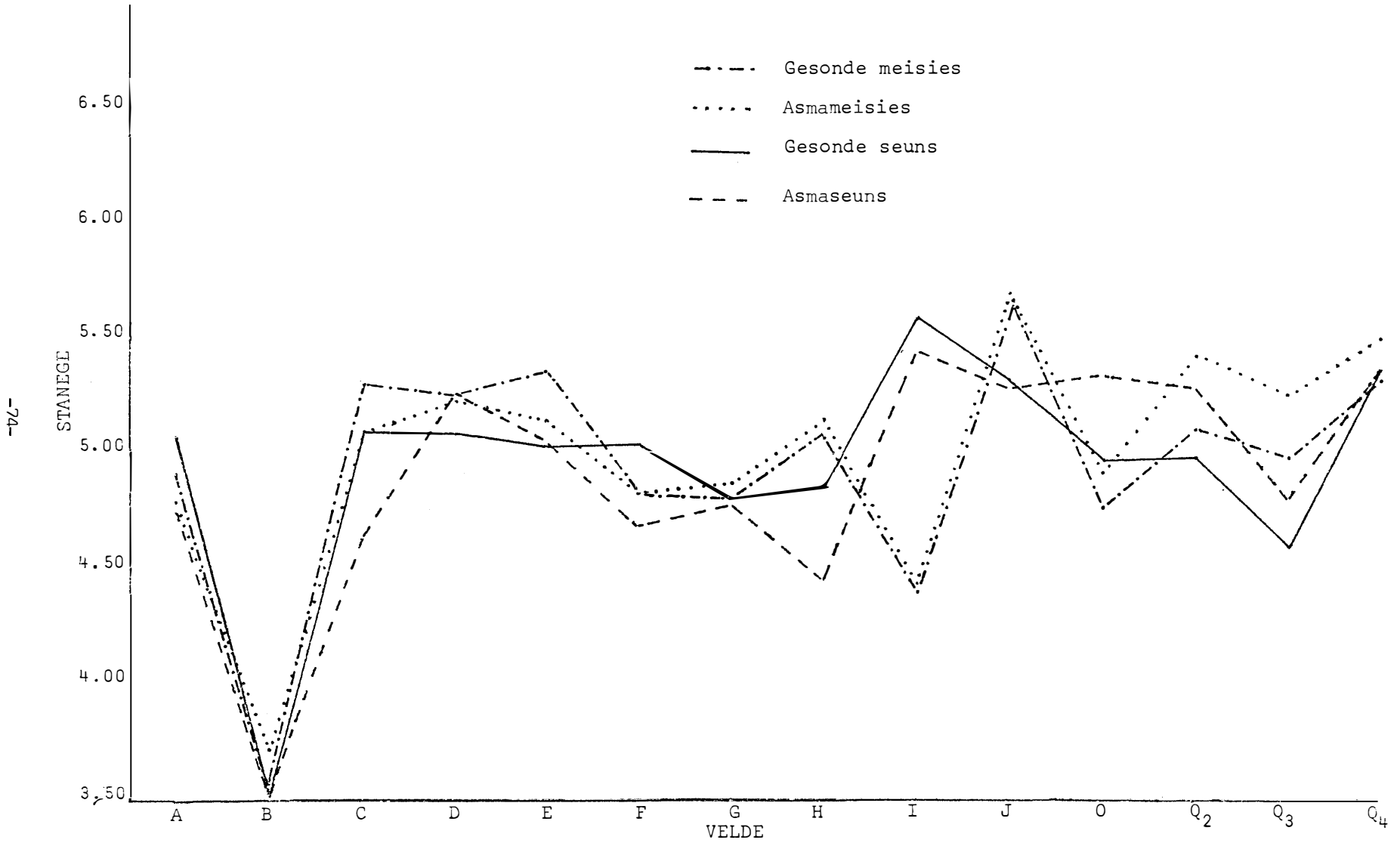
Die beter samestelling van die asmaleerlinge ten opsigte van faktore B en Q₂ dien as verdere bevestiging van die bevinding dat die asmaleerlinge beduidend meer intelligent is as die universum van st.6-leerlinge en relatief intelligenter is as die gesonde leerlinge (tabel 1.5). Dit hou ook verband met die gunstige toekomsverwagtings wat hulle klasonderwysers van hulle koester ten opsigte van hul kans om st. 10 te slaag (tabel 4.44), die hoogste standerd wat hulle kon slaag (tabel 4.45), asook hul gunstige vergelyking ten opsigte van druiping tot st. 6 (tabel 4.20), in vergelyking met die gesonde leerlinge, ten spyte van hul herhaalde afwesigheid (tabel 4.19) en die negatiewe invloed wat afwesigheid op hul skoolprestasies uitoefen (tabel 4.42).

Alhoewel daar volgens die klasonderwysers eintlik baie min verskil is, in die vak of vakgroepe waarin die asmaleerlinge belangstel in vergelyking met die gesonde leerlinge (tabel 4.43), sou 'n mens egter verwag dat die asmaleerlinge beter sou vaar in die abstrakte vakke soos Rekenkunde en Wiskunde. Daar is egter 'n aanduiding dat die asmaseuns 'n geringer beter aanleg in Rekenkunde toon, as die gesonde seuns.

Wat die oorblywende velde van persoonlikheid betref, is daar nie 'n besondere tendens vir asmaleerlinge gevind nie. Ten opsigte van velde E (Selfhandhawing) en J (Passiewe Individualisme) is daar geen beduidende verskille tussen enige van die groepe gevind nie, alhoewel die asmameisies laer tellings ten opsigte van veld E en hoër tellings ten opsigte van veld J behaal het in vergelyking met die gesonde meisies. By veld I (Sensitiwiteit) verskil slegs die gemiddelde asmameisies beduidend en behaal hulle hoër tellings as die gesonde meisies.

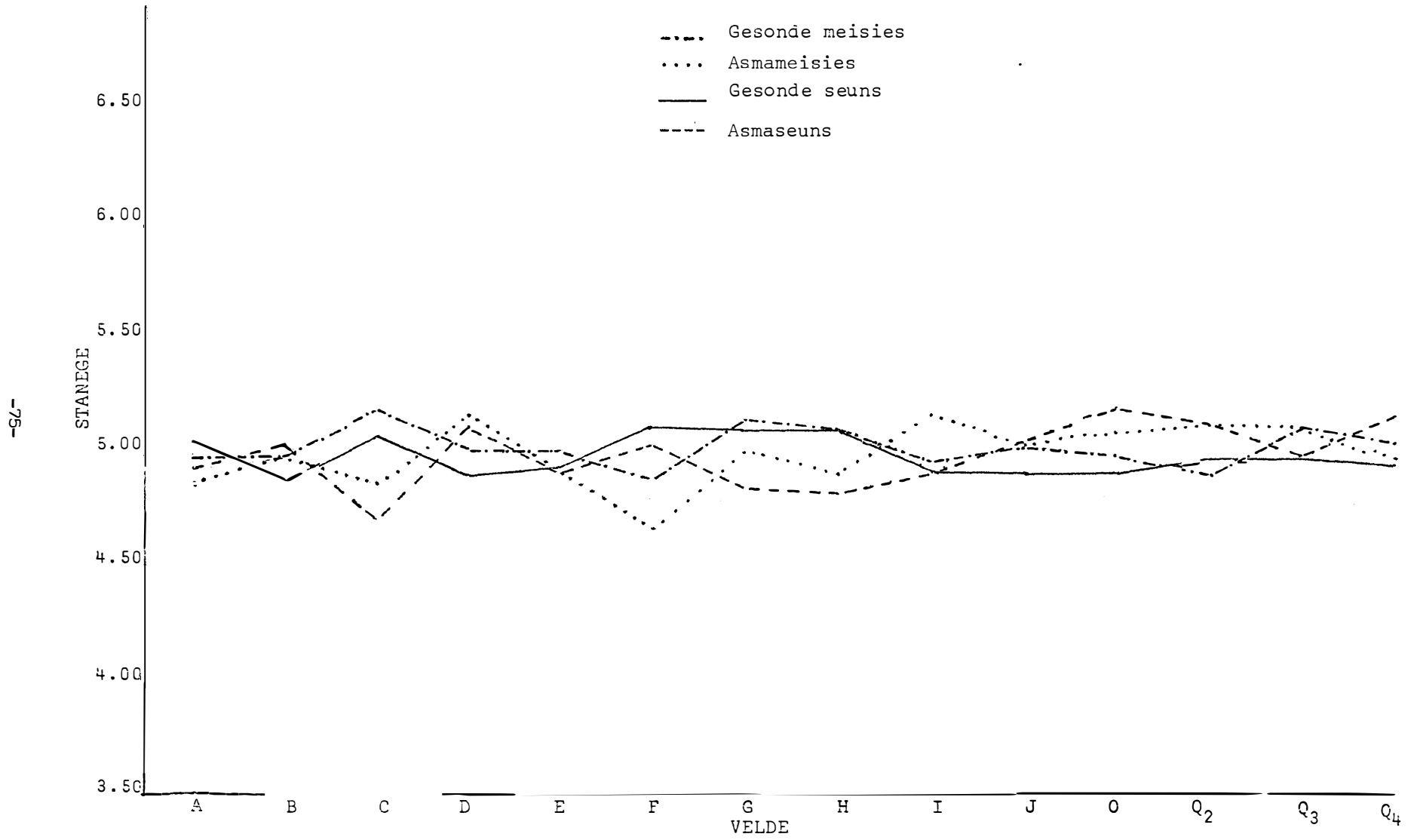
FIGUUR 5.1

PERSOONLIKHEIDSPROFIEL VAN DIE ONDERGEMIDDELDE ASMA- EN GESONDE LEERLINGE VOLGENS DIE VELDE VAN DIE HSPV



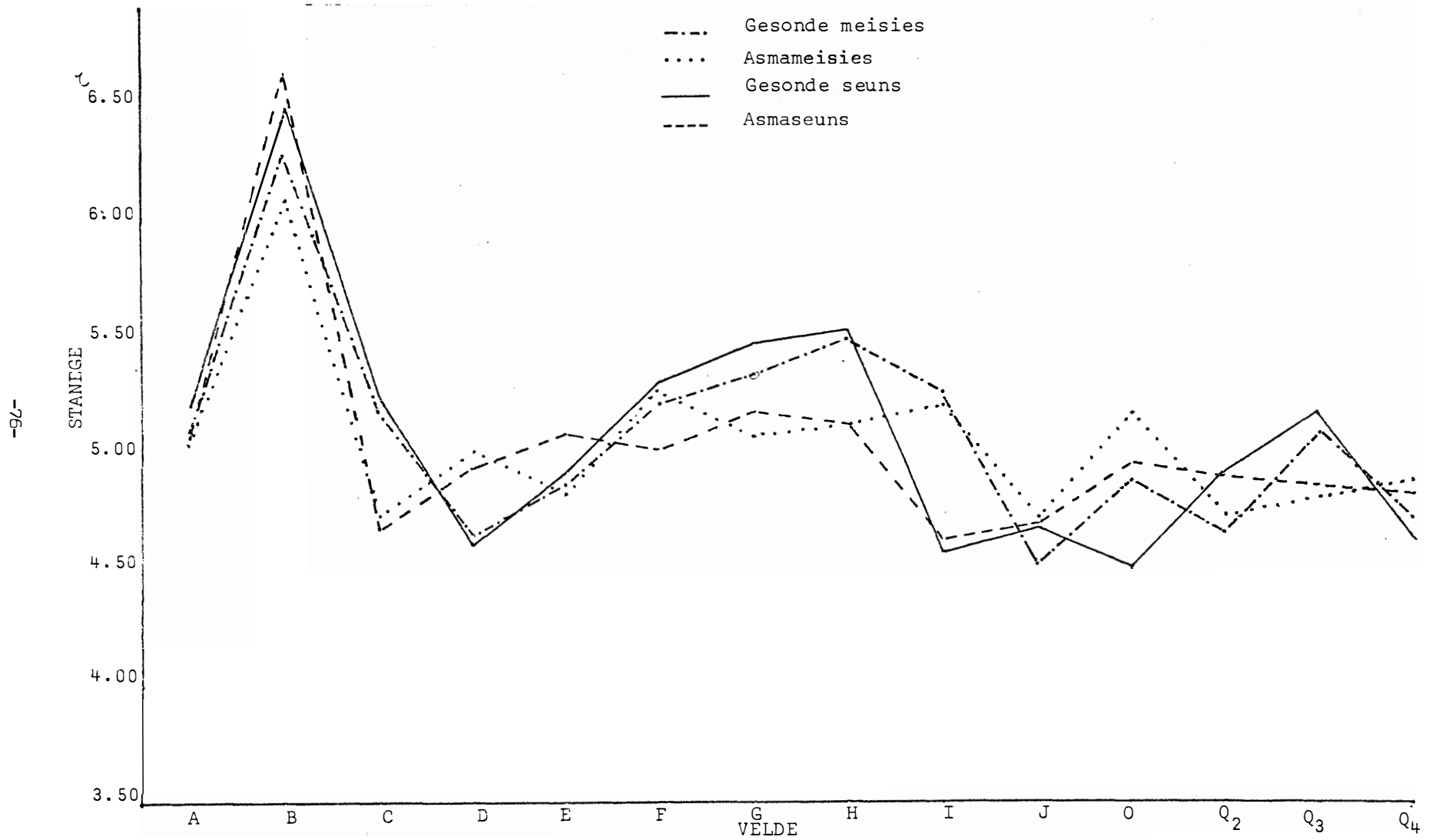
FIGUUR 5.2

PERSOONLIKHEIDSPROFIEL VAN DIE GEMIDDELDE ASMA- EN GESONDE LEERLINGE VOLGENS DIE VELDE VAN DIE HSPV



FIGUUR 5.3

PERSOONLIKHEIDSPROFIEL VAN DIE BOGEMIDDELOE ASMA- EN GESONDE LEERLINGE VOLGENS DIE VELDE VAN DIE HSPV



Faktor		Asmatiese leerlinge						Gesonde leerlinge					
		IK-groepe						IK-groepe					
		Ondergemiddeld \bar{X}		Gemiddeld \bar{g}		Bogemiddeld \bar{X}		Ondergemiddeld \bar{X}		Gemiddeld \bar{g}		Bogemiddeld \bar{X}	
SEUNS													
A	Vriendelikheid	4,75**	1,88	4,93***	2,00	5,06	2,13	5,07**	1,81	5,05	1,92	5,20	2,05
B	Intelligensie	3,53	1,76	5,03	1,86	6,62	1,80	3,53	1,69	4,88**	1,83	6,45	1,80
C	Egosterkte	4,63*	1,91	4,71*	1,92	4,67*	1,94	5,05*	1,80	5,08*	1,93	5,24*	2,03
D	Prikkelbaarheid	5,25	1,71	5,11**	1,89	4,94**	2,18	5,09	1,87	4,90**	1,97	4,61**	2,04
E	Selfhandhawing	5,06	1,86	4,91	2,05	5,08	2,04	5,03	1,97	4,93	1,96	4,91	2,02
F	Entoesiasme	4,69**	1,77	5,04	2,01	5,01**	2,22	5,03**	1,79	5,12	1,94	5,30**	2,09
G	Pligsgetrouheid	4,78	1,99	4,85*	2,03	5,18**	2,14	4,81	1,90	5,10*	1,93	5,46**	2,00
H	Avontuurlustigheid	4,46*	1,88	4,83*	2,04	5,12*	2,17	4,86*	1,83	5,09*	2,00	5,53*	2,19
I	Sensitiwiteit	5,44	1,87	4,91	2,03	4,64	2,06	5,59	1,95	4,91	2,02	4,57	2,04
J	Passiewe Individualisme	5,28	1,88	5,05***	2,01	4,71	2,07	5,32	1,83	4,90***	1,94	4,68	2,00
O	Vreesagtigheid	5,34**	1,82	5,19*	2,02	4,96*	2,16	4,98**	1,83	4,91*	1,99	4,51*	2,03
Q ₂	Selfgenoegsaamheid	5,29***	2,03	5,12***	1,98	4,89	2,10	4,99***	1,95	4,96***	1,99	4,92	1,96
Q ₃	Selfbeheersing	4,81	2,03	4,98	2,03	4,86**	2,04	4,60	1,95	4,96	2,01	5,17**	2,09
Q ₄	Gespannenheid	5,37	1,81	5,15*	1,93	4,82	1,94	5,37	1,76	4,92*	1,94	4,62	2,06
N		187		650		303		873		2606		1199	
MEISIES													
A	Vriendelikheid	4,79	1,73	4,87	2,14	5,03	2,11	4,90	1,90	4,97	1,93	5,09	2,07
B	Intelligensie	3,72	1,75	4,98	1,62	6,08***	1,47	3,55	1,65	4,97	1,57	6,28***	1,51
C	Egosterkte	5,08	1,70	4,87*	1,91	4,73*	1,98	5,31	1,78	5,19*	1,93	5,17*	2,01
D	Prikkelbaarheid	5,22	2,05	5,16	2,00	5,02**	2,05	5,24	1,91	5,00	1,99	4,64**	2,08
E	Selfhandhawing	5,15	1,98	4,91	2,13	4,83	1,94	5,36	1,94	5,00	2,03	4,86	2,14
F	Entoesiasme	4,84	1,74	4,68**	1,93	5,28	2,00	4,82	1,71	4,88**	1,91	5,21	2,00
G	Pligsgetrouheid	4,88	1,91	5,01	1,95	5,07***	2,08	4,82	1,86	5,14	1,97	5,33**	2,04
H	Avontuurlustigheid	5,14	1,68	4,91***	1,89	5,12**	2,06	5,09	1,71	5,08***	1,93	5,49**	2,03
I	Sensitiwiteit	4,43	1,91	5,16**	1,87	5,21	2,00	4,41	1,87	4,95**	1,91	5,26	2,03
J	Passiewe Individualisme	5,70	1,89	5,02	1,97	4,73	1,97	5,65	1,77	5,01	1,93	4,52	1,91
O	Vreesagtigheid	4,92	1,67	5,09	1,93	5,17***	2,08	4,77	1,87	4,98	1,94	4,88***	2,06
Q ₂	Selfgenoegsaamheid	5,42***	2,08	5,12**	2,03	4,73	2,21	5,11***	1,92	4,90**	1,96	4,66	2,00
Q ₃	Selfbeheersing	5,26	1,92	5,11	2,05	4,81***	2,09	4,98	1,86	5,11	1,94	5,07***	2,01
Q ₄	Gespannenheid	5,50	1,88	4,95	2,03	4,88	2,03	5,34	1,90	5,04	2,00	4,71	2,08
N		131		413		198		752		2542		1305	

*Beduidend 1%-peil; **Beduidend 5%-peil; ***Beduidend 10%-peil.

Interessant is die tendens ten opsigte van veld Q₃ (Selfbeheersing). Die ondergemiddelde asmaseuns en -meisies behaal hoër tellings, wat dui op meer selfbeheersing. By die gemiddelde asmaleerlinge bestaan daar geen verskille nie, terwyl die bogenomde de asmaleerlinge weer laer tellings behaal het, wat dui op minder selfbeheersing.

Indien daar gelet word op die grootste beduidende verskille tussen die asma- en gesonde leerlinge wat die meeste voorkom (by beide geslagte en al drie IK-groepe) en hierdie faktore sou aanvaar word as dié wat die grootste bydrae lewer tot die "asmatiese persoonlikheid" (Marais, 1973), dan blyk dit volgens tabel 5.1, faktore C, H, D en O te wees.

Ten opsigte van faktor C word die grootste verskil aangetref tussen asma- en gesonde leerlinge. Faktor C dui op die graad van egosterkte, terwyl persone met 'n lae C-telling gekenmerk word deur emosionele onstabielheid, wispelturigheid ten opsigte van houdings en belangstellings, opgewondenheid, ooraktiwiteit, 'n neiging tot oordrewe kwellings, ensovoorts.

French (1953) meen dat die drie MMPI-skale van hipokondrie, depressie en histerie, gekorreleerde manifestasies is van hierdie enkele faktor in die negatiewe rigting. Volgens Madge (1969) is kriteriumveranderlikes wat verband hou met lae tellings op faktor C, emosionele onstabielheid van die moeder wat gepaard gaan met oorbeskerming van die kind. "By kinders is daar 'n neiging om die emosionaliteit te manifesteer in koppigheid, aanmatiging en selfvertoning, huilery en asemhalingseienswaardighede" (p. 13). Die swak fisieke gesondheid wat dikwels die persoon met 'n lae egosterkte kenmerk, kan moontlik toegeskryf word aan 'n gebrek aan aktiwiteite wat energie vereis. Dit is egter meer waarskynlik die gevolg van emosionele spanning en die chroniese uitputting wat dit meebring. Die agtergrondgegewens dui ook daarop dat die asmaleerlinge relatief tot beduidend meer dié aktiwiteite verkies wat die minste fisiese en psigiese inspanning vereis (tabel 4.34), dat hulle aan minder buitemurse aktiwiteite deelneem (tabel 4.30), minder tyd aan buitemurse aktiwiteite bestee (tabel 4.31), minder daarvan hou om sport te beoefen (tabel 4.35) en swakker in sport presteer (tabel 4.39), as die gesonde leerlinge.

Die bestendigheid van die negatiewe korrelasies van hierdie trek met neurotisme en angs, wat by baie eksperimentele groepe in Engeland en Amerika gevind is, staaf ook hierdie interpretasie (p. 14). Ondersoeke met die HSPV en Cattell se 16 PF het aangetoon dat byna alle vorms van neurose 'n lae telling ten opsigte van faktor C verkry.

Die laer tellings op faktor C hou ook verband met ander ondersoeke in verband met asmatiese gevalle:

Ries en de Cillis (1940) vind dat asmakinders volgens die Pintner Personality Inventory meer emosioneel onstabiel is. Scatia (1941) ontdek 'n hoë voorkoms van psigoneurotisme by asmakinders en -volwassenes op grond van Rorschach-resultate. Fine (1963) het die afleiding gemaak dat gedrags- en persoonlikheidsprobleme meer dikwels by asmaseuns voorkom, soos bevind in Rorschach-, TAT- en MAPS-toetsresultate.

Vles en Groen (1951) rapporteer dat asmakinders hoogs neuroties voorkom volgens resultate op die Behn-Rorschach.

Volgens Neuhaus (1958) het Wilken-Jensen bevind dat die asmakind intense angs vertoon op die Behn-Rorschach.

Hoër tellings op faktore D (Prikkelbaarheid) en O (Vreesagtigheid) is soos 'n mens sou verwag en dit hou ook verband met die bevindings van bogenomde ondersoekers.

Waar die gebrek aan integrasie van die persoon met 'n lae C-telling waarneembaar is in emosionele konflikte, tree dit in die persoon met 'n hoë D-telling na vore as onmiddellike opgewondenheid en motoriese rusteloosheid wat ook na die kognitiewe aspekte van gedrag versprei (Madge, 1969).

Wat agtergrond en biografiese verwantskappe betref, hou hoë D-tellings volgens Madge (1969) verband met vaders uit die hoër inkomstegroepe. Volgens resultate in tabel 4.6 beklee juis relatief tot beduidend meer vaders van asmaleerlinge die hoër sosio-

ekonomiese beroepe in vergelyking met die gesonde leerlinge. Dit skyn ook of daar 'n verband bestaan met verwenning en gebrek aan dissipline gedurende die vroeë kinderjare (Madge, 1969, p. 17). Ook faktor O hou verband met 'n sensitiewe innige gehegtheid aan 'n ouer. In die bespreking van die oorsake van asma is daar ook in die besonder geïndikeer op die moeder-kindverhouding as 'n veroorsakende faktor.

'n Laer telling op faktor H (Avontuurlustigheid), hou verband met skugterheid, skaamheid, teruggetrokkenheid, beheersdheid, onvrymoedigheid, skuheid en bedeesdheid. Die persoon met 'n laer H-telling is meer teruggetrokke en afsydig en toon merkbare en langdurige reaksie op bedreigings en ontsteltenis. Sy teruggetrokke, vyandige geslotenheid is die gevolg van ervarings dat menslike kontak outonomies uitputtend is (Madge, 1969, p. 36). Die laer telling op faktor H mag verklaar waarom asmaseuns in vergelyking met die gesonde seuns minder tekens van leierskap openbaar (tabel 4.36).

Indien daar gelet word op die getal beduidende verskille soos aangedui in tabel 5.1 dan blyk daar meer persoonlikheidsverskille tussen asma- en gesonde seuns as tussen asma- en gesonde meisies. Tussen asma- en gesonde seuns word 22 beduidende verskille (10 op die 1%-peil, 8 op die 5%-peil en 4 op die 10%-peil) teenoor slegs 13 beduidende verskille (2 op die 1%-peil, 5 op die 5%-peil en 6 op die 10%-peil) by die meisies aangestref. Dit is nie slegs die getal beduidende verskille wat verskil nie, maar ook die graad van beduidendheid.

Interessant is ook 'n geringe toename in die voorkoms van persoonlikheidsverskille namate die IK van die asmaleerlinge toeneem, in vergelyking met die gesonde leerlinge. By die asmaseuns neem die beduidende verskille van die ondergemiddelde tot die bogemiddelde IK-groepe respektiewelik toe in die verhouding 6 : 9 : 7, terwyl die ooreenstemmende verhouding by die asmameisies 1 : 5 : 7 is.

Genoemde bevindings ten opsigte van die persoonlikheidsamestelling van die asmatici word gestaaf deur die bevindings van 'n groot aantal ondersoekers in dié verband.

Volgens Neuhaus (1958), Fitzelle (1959) en Rawls, Rawls en Harrison (1971) stem die meeste ondersoekers ooreen in verband met die kenmerkende persoonlikheidsprobleme by die asmalyer, wat volgens hulle 'n hele aantal neurotiese simptome insluit soos afhanklikheid (Neuhaus 1958, Fine 1963), vyandigheid en onderdrukte aggressie (Bacon 1956, Alcock 1960, Aaron 1967), oerlike verwerping (French en Alexander 1941, Miller en Baruch 1948, Garner en Wenar 1959), emosionele onstabielheid (Riess en de Cillis 1940, Scatia 1941, Fine 1963, Miller en Baruch 1957), en intense angs (Wilken-Jensen et al. 1951).

Neuhaus (1958) gebruik die Brown Personality Inventory for Children, die Despert Fables en die Rorschach en vind ooreenstemmende persoonlikheidsprobleme by asma-kindere. Hy vind egter ook dieselfde persoonlikheidsprobleme by die gesonde broers en susters van asmalyers, alhoewel in 'n mindere mate. Hy vind geen verskil tussen die twee geslagte nie, maar wel dat persoonlikheidsprobleme meer intens voorkom by jonger kindere. Fine (1963) bevind op grond van Rorschach-resultate dat gedrags- en persoonlikheidsprobleme beduidend meer dikwels by asmaseuns voorkom.

Rees (1956a) vind 'n : "... significantly higher incidence of certain personality traits such as marked anxiety, marked timidity, marked sensitiveness and marked obsessional traits" (p. 101). Volgens Rees : "It is interesting to note that neurotic symptoms are more common in males than females under 16 years of age, and more common in women than men over the age of 16 years" (p. 103). Rees stel dit so : "The investigations indicated that a large variety of emotions may serve as precipitants of an asthma attack. The following are the commoner precipitants: Anxiety with tension, Anticipatory pleasurable excitement, Tension due to frustration of any need, Anger, Resentment, Humiliation, Depression, Laughter, Guilt feelings, Joy and elation" (p. 106).

Rees beweer verder: "A high proportion of patients had inadequate expression of emotions, and suppression of any emotions was often found to be more important than the type of emotion experienced" (p. 111). Alcock (1960) rapporteer ook emosionele spanning en gebrekkige ontlading daarvan.

Kanner (1957) verdeel onbevredigende ouergedrag teenoor hul kinders in openlike verwerping, perfeksionisme en oorbeskerming. Rees (1963) gebruik die kriteria van Kanner om ondersoek in te stel na die rol wat die ouer-kindverhouding speel in asma en besluit: "It is generally held that parental over-solicitousness and over-protection will tend to delay the child's emotional and personality development and are conducive to the development of certain traits such as timidity, over-anxiety, and apprehension" (p. 189).

Volgens Knapp et al. (1957) : "We found no patient with asthma of severe degree who did not also have major personality problems. Our interpretation is that asthma is one among many ways in which emotional difficulties manifest themselves" (p. 464). Miller (1952) beweer: "The asthma attack itself appears to be the equivalent of a cry of repressed anxiety or rage" (p. 300), en besluit: "The asthmatic is an anxiety-ridden individual" (p. 301).

Jaspar, Prick en Van de Loo (1955) vind sekere motiewe wat herhaaldelik aange-tref word indien die Rorschach, CAT en die TAT toegepas word, naamlik -

- (i) ondergangs- en verrietigingsmotiewe,
- (ii) bergende ruimte- en onthullingsmotiewe,
- (iii) angs- en vlugmotiewe,
- (iv) verlatenheidsmotiewe,
- (v) spel- en sprokiesmotiewe (infantiele inhoude), en
- (vi) vroulike identifikasie (pp. 232-235).

Volgens Jaspar, Prick en Van de Loo is daar by die asmakind 'n intense behoefte aan veiligheid, sekerheid en geborgenheid.

Die persoonlikheidstrekke soos bespreek na aanleiding van die resultate van die HSPV stem in 'n groot mate ooreen met bevindings van ander ondersoeke en resultate van ander persoonlikheidsvraelyste, -toetse en projeksietegnieke. Hieruit blyk duidelik dat die asma- in vergelyking met die gesonde leerlinge te kampe het met heelwat minder gewenste persoonlikheidseienskappe.

5.3 AANPASSING

Die rekenkundige gemiddeldes en standaardafwykings van die asma- en gesonde leerlinge ten opsigte van elkeen van die velde van die Aanpassingsvraelys word in tabel 5.2 weergegee en grafies voorgestel vir seuns en meisies gesamentlik, vir die drie IK-groepe apart in figure 5.4, 5.5 en 5.6.

Volgens figure 5.4, 5.5 en 5.6, kan duidelik waargeneem word dat die asmaleerlinge deurgaans swakker aangepas is as die gesonde leerlinge. Die grafiese lyne loop feitlik parallel met mekaar, met die asma-voorstelling as die boonste lyn, wat 'n aanduiding is van swakker aanpassing.

Volgens tabel 5.2 het die asmaleerlinge in al die velde van aanpassing 'n hoër telling as gesonde leerlinge behaal, met die uitsondering van veld vyf (Sosiale Verhoudings), waar ondergemiddelde en gemiddelde asmameisies laer tellings as gesonde leerlinge behaal het. Die hoër tellings dui op swakker aanpassing. Die laer tellings op die laaste veld (X-telling), dui daarop dat asmaleerlinge die vraelys met meer erns as die gesonde leerlinge beantwoord het, en dit vermeerder effens die betroubaarheid van hulle tellings op die tien velde van aanpassing. Soos aangedui in tabel 5.2 is die verskille tussen die asma- en gesonde leerlinge in die meeste gevalle beduidend (1%- en 5%-peil).

Die grootste verskille tussen die asma- en gesonde leerlinge, vir al drie die IK-groepe, kom voor in die geval van velde twee en tien, naamlik Gevoel van Eiewaarde en Emosionaliteit. Gevoel van Eiewaarde handel oor die toetsling se gevoel van eiewaarde ten opsigte van sy werklike of vermeende persoonlike gebreke of ongunstige omstandighede, veral wanneer hy in situasies geplaas word waar hy minder suksesvol as ander presteer.

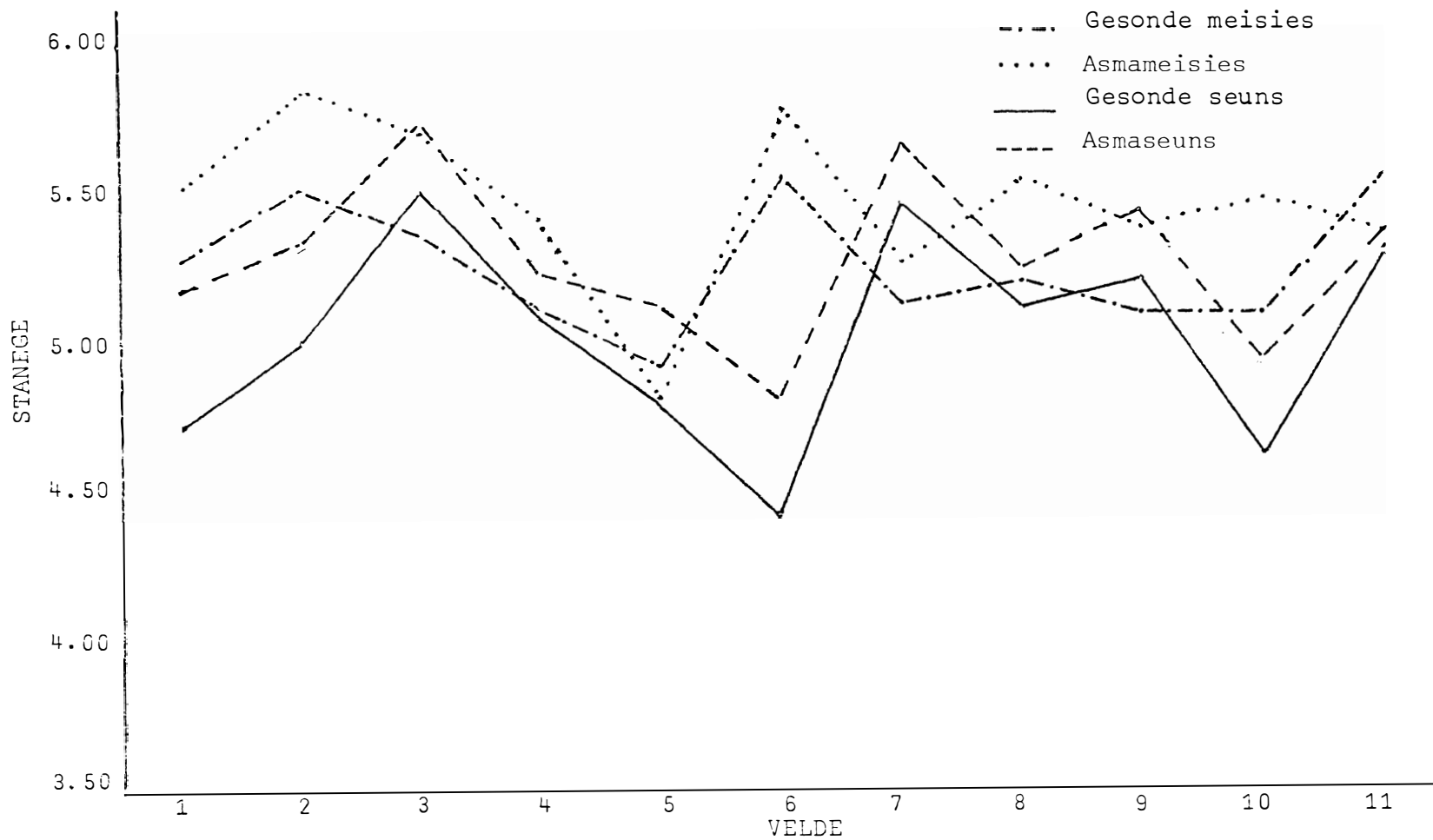
TABEL 5.2
GEMIDDELDE STANEGETELLINGS VAN DIE ASMA- EN GESONDE LEERLINGE IN DIE VELDE VAN DIE AANPASSINGSVRAELYS

BESKRYWING	Asmatiese leerlinge						Gesonde leerlinge					
	IK-groepe						IK-groepe					
	Ondergemiddeld \bar{X}		Gemiddeld \bar{X}		Bogemiddeld \bar{X}		Ondergemiddeld \bar{X}		Gemiddeld \bar{X}		Bogemiddeld \bar{X}	
	SEUNS											
1 Selfvertroue	5,18 [*]	1,73	4,97 [*]	1,88	4,59	1,94	4,71 [*]	1,79	4,15 [*]	1,81	4,48	1,93
2 Gevoel van Eie Waarde	5,34 ^{**}	2,03	5,01 [*]	1,85	4,46 [*]	1,84	4,99 ^{**}	1,91	4,57 [*]	1,81	4,00 [*]	1,78
3 Gevoel van Persoonlike Vryheid	5,74 ^{***}	1,55	5,42 [*]	1,62	5,34 [*]	1,59	5,51 ^{**}	1,54	5,23 [*]	1,58	4,97 [*]	1,57
4 Gevoel van Aanvaarding en Erkenning	5,24	1,83	5,12 [*]	1,85	4,69	1,89	5,09	1,83	4,81 [*]	1,84	4,51	1,83
5 Sosiale Verhoudings	5,13 ^{**}	1,76	5,23 ^{**}	1,91	5,19	1,92	4,81 ^{**}	1,81	5,08 ^{***}	1,85	5,11	1,87
6 Simptome van Senuweeagtigheid	4,81 ^{**}	1,91	4,93 [*]	1,82	4,53 [*]	1,92	4,44 ^{**}	1,90	4,48 [*]	1,82	4,18 [*]	1,79
7 Morele Inslag	5,66	1,89	5,36 ^{**}	2,03	4,94 ^{**}	2,12	5,47	1,92	5,21 ^{***}	2,06	4,62 ^{**}	2,06
8 Huislike Verhoudings	5,28	1,37	5,28 [*]	1,49	5,12 [*]	1,53	5,13	1,45	5,06 [*]	1,45	4,83 [*]	1,43
9 Skoolverhoudings	5,44	1,94	5,29 [*]	1,89	4,97 [*]	1,88	5,22	1,81	4,94 [*]	1,96	4,62 [*]	1,93
10 Emosionaliteit	4,95 ^{**}	1,96	5,07 [*]	1,92	4,69 [*]	2,00	4,64 ^{**}	1,92	4,62 [*]	1,87	4,29 [*]	1,86
11 X-telling	5,36	1,78	4,79	1,73	4,37 ^{**}	1,65	5,31	1,75	4,89	1,76	4,59 ^{**}	1,70
N	187		655		306		880		2612		1199	
	MEISIES											
1 Selfvertroue	5,52	1,77	5,36	1,84	5,37 ^{**}	2,04	5,28	1,79	5,22	1,89	5,04 ^{**}	1,97
2 Gevoel van Eie Waarde	5,85 ^{**}	1,66	5,52 [*]	1,82	5,04 [*]	1,86	5,51 ^{**}	1,83	5,17 [*]	1,90	4,52 [*]	1,79
3 Gevoel van Persoonlike Vryheid	5,70 ^{**}	1,76	5,28 ^{**}	1,71	5,06 ^{**}	1,67	5,36 ^{**}	1,63	5,07 ^{**}	1,66	4,78 ^{**}	1,57
4 Gevoel van Aanvaarding en Erkenning	5,41 ^{***}	1,88	5,19 ^{**}	1,96	4,89 [*]	1,91	5,12 ^{***}	1,85	4,96 ^{**}	1,96	4,50 [*]	1,89
5 Sosiale Verhoudings	4,82	1,90	4,91	1,87	5,26	1,85	4,93	1,82	4,94	1,82	5,13	1,90
6 Simptome van Senuweeagtigheid	5,78	1,69	5,79 [*]	1,77	5,23 ^{**}	1,83	5,57	1,88	5,51 [*]	1,80	4,93 ^{**}	1,79
7 Morele Inslag	5,28	1,79	4,63	2,06	4,15 ^{**}	1,93	5,13	1,85	4,55	1,99	3,89 ^{***}	1,87
8 Huislike Verhoudings	5,55 ^{**}	1,58	5,34 ^{**}	1,59	5,23 [*]	1,56	5,22 ^{**}	1,54	5,13 ^{**}	1,57	4,87 [*]	1,49
9 Skoolverhoudings	5,39	2,01	5,08 ^{**}	1,91	4,97 [*]	1,87	5,11	1,94	4,88 ^{**}	1,97	4,51 [*]	1,85
10 Emosionaliteit	5,49 ^{**}	1,87	5,59 [*]	1,91	5,19 [*]	1,87	5,11 ^{**}	1,94	5,10 [*]	1,96	4,69 [*]	1,91
11 X-telling	5,37	2,04	4,91	1,86	4,33 [*]	1,52	5,55	1,92	5,01	1,86	4,69 [*]	1,74
N	131		418		199		757		2552		1311	

* Beduidend 1%-peil; ** Beduidend 5%-peil; *** Beduidend 10%-peil.

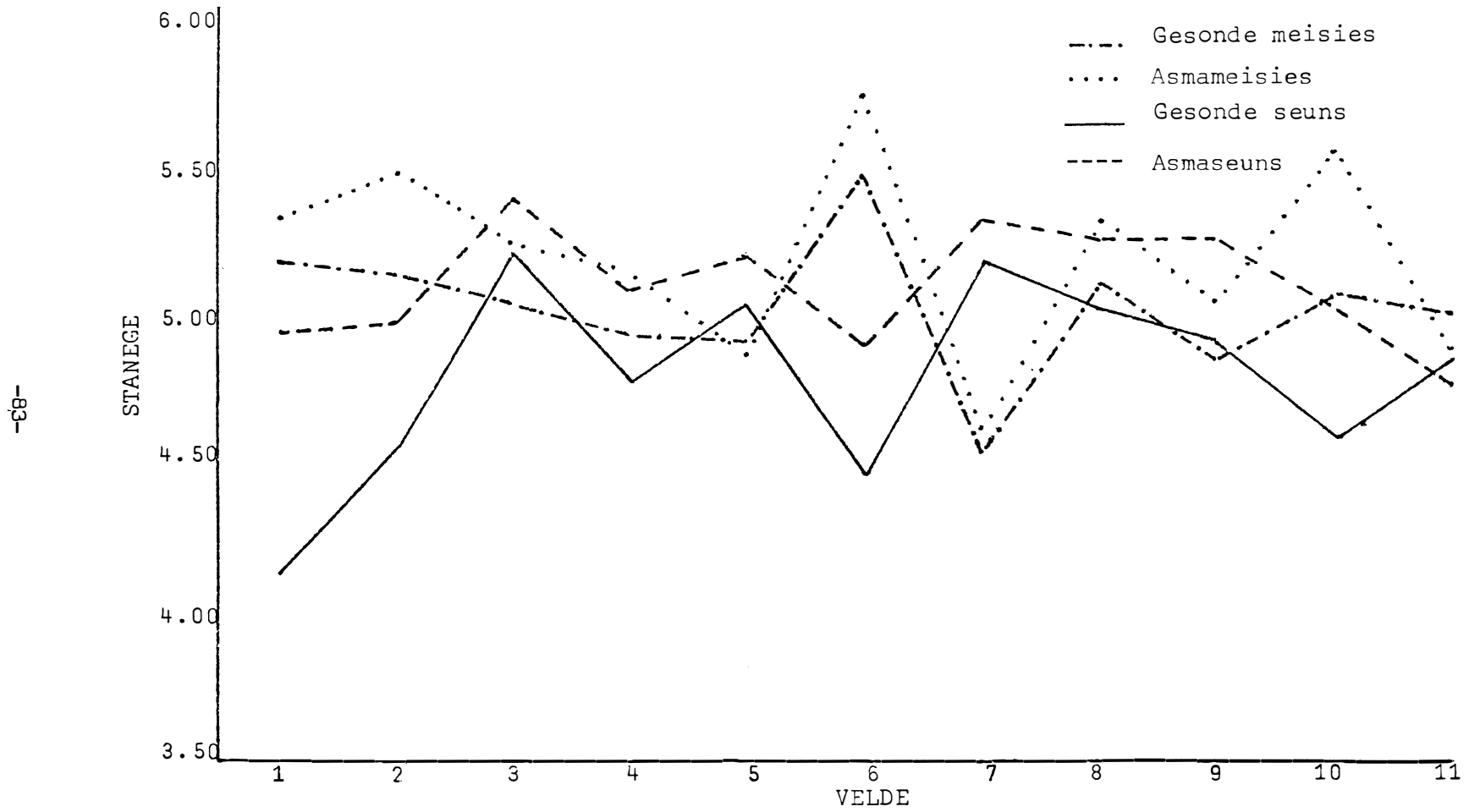
FIGUUR 5.4

AANPASSINGSPROFIEL VAN DIE ONDERGEMIDDELTE ASMA- EN GESONDE LEERLINGE VOLGENS DIE VELDE VAN DIE AANPASSINGSVRAELYS



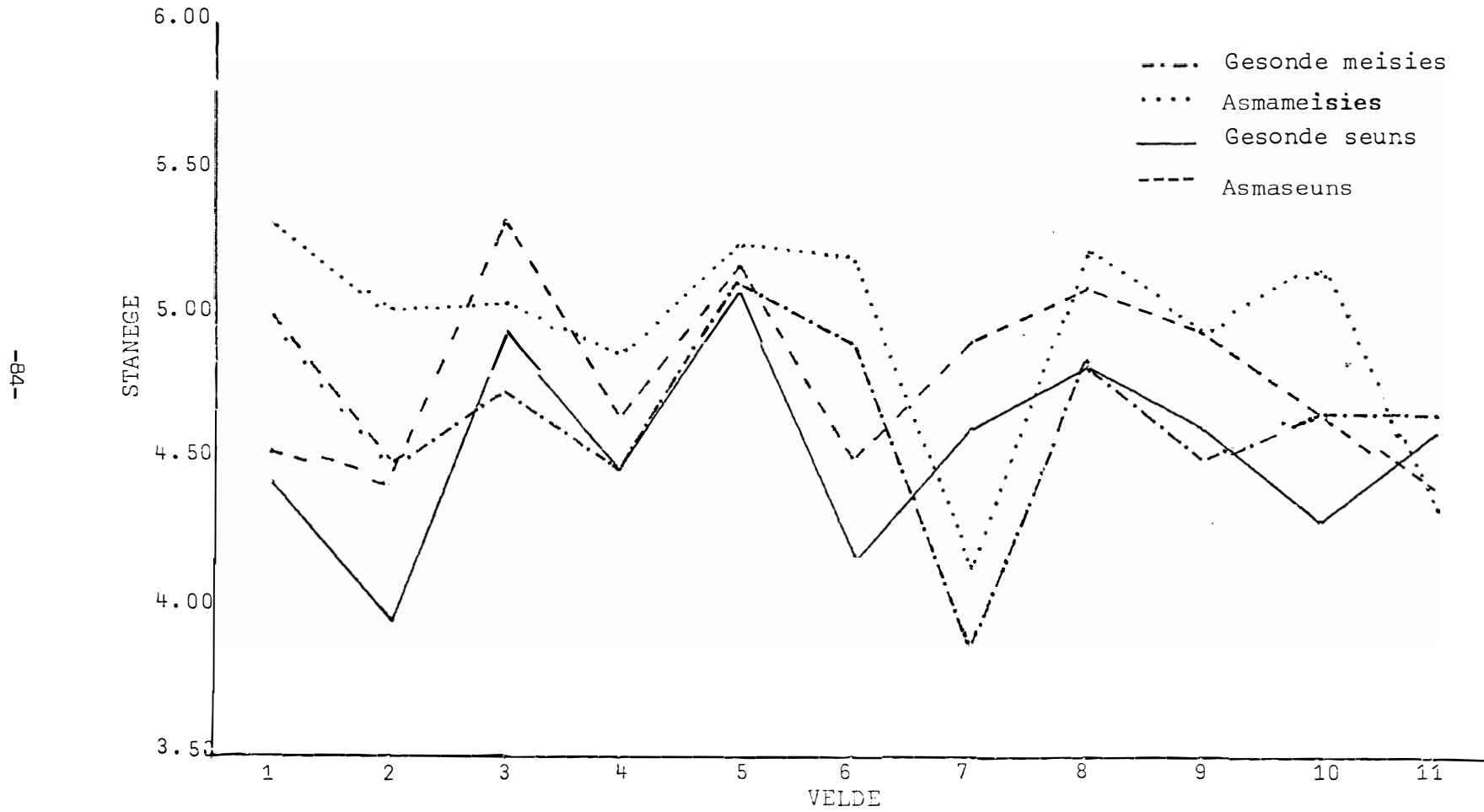
FIGUUR 5.5

AANPASSINGSPROFIEL VAN DIE GEMIDDELTE ASMA- EN GESONDE LEERLINGE VOLGENS DIE VELDE VAN DIE AANPASSINGSVRAELYS



FIGUUR 5.6

AANPASSINGSPROFIEL VAN DIE BOGEMIDDELDE ASMA- EN GESONDE LEERLINGE VOLGENS DIE VELDE VAN DIE AANPASSINGSVRAELYS



Volgens Roos (1970) het die groep vrae wat handel oor Gevoel van Eiewaarde, ten grondslag die gevoel van eiewaarde wat by die goed aangepaste individu ontstaan as gevolg van erkenning van sy swakhede en 'n rasonale begrip van dit waartoe hy in staat is. Helman (1956) lê juis klem op die asmakind se selfvertroue. Die ouers moet hom help om vertroue in homself te ontwikkel. Deur verwerping of oorbeskerming, wat albei as oorsake van asma genoem word, kry hy nie kans om selfvertroue te ontwikkel nie en word dit verder afgebreek. Die siek kind beleef sy wêreld anders as die gesonde. Die siekte is vir hom 'n struikelblok, sy vryheid is beperk, sy spel word beperk, hy kan en hy mag nie altyd meedoen nie, hy het meer dikwels met mislukkings te doen, hy is meer afhanklik en hulpbehoewend, ensovoorts.

Die siek kind sal volgens Hofmeyr (1970) dikwels die sin van sy siekte en die sin van sy bestaan bevraagteken. Dit is dus die taak van die opvoeder om antwoorde te verskaf op die waaroms van die lewe. Daar is 'n groot taak op die skouers van ouers en onderwysers om die asmakind te lei tot aanvaarding en sinvolle verwerking van sy situasie as siek kind.

In die lig van bogenoemde is dit interessant dat die asmaleerlinge die swakste aangepas is in hul gevoel van eiewaarde. Daar is dus 'n groot opvoedingstaak op die skouers van die st.6-onderwyser omdat die kind in die puerale fase baie gevoelig is vir mislukkings wat die gevolg is van liggaamlike swakheid of ongeskiktheid en menige gedragsprobleme in die latere lewe het hul ontstaan in die puerale fase. Volgens Hofmeyr (1970) moet die opvoeder, om hierdie kind te kan help, "... toetree tot die wêreld van die siek kind en 'n voorvereiste hiervoor is aanvaarding van die kind met sy siek liggaam in sy siek-wees, tesame met erkenning van sy waardigheid as persoon" (p. 166).

Die swak aanpassing van die asmaleerlinge op veld tien, naamlik Emosionaliteit, wat 'n aanduiding is van emosionele onrypheid of onstabiliteit, word gestaaf deur die bevindings van die HSPV (tabel 5.1) ten opsigte van faktor C (Egosterkte), waar die asmaleerlinge in alle gevalle beduidend (1%) laer tellings behaal het as die gesonde leerlinge. Die laer tellings op faktor C dui daarop dat die asmaleerlinge makliker aantastbaar is deur gevoelens, emosioneel minder stabiel, maklik onstelbaar en veranderlik is en minder egosterkte besit.

Emosionele probleme word deur die meeste navorsers as een van die belangrikste oorsake van asma genoem (Gerard 1946, Miller en Baruch 1952, Alcock 1960, Boland 1963, Beech en Nace 1965, en Wright 1965). Rees (1956a) vat die moontlike rol wat emosies as veroorsakende faktor tot asma mag speel, as volg saam: "Sudden emotional changes, as well as prolonged states of emotional tension, will predispose, precipitate, prolong, or aggravate attacks of asthma" (p. 107).

Belangrik is ook velde drie, ses en agt, naamlik Gevoel van Persoonlike Vryheid, Simptome van Senuweeagtigheid en Huislike Verhoudings, waar die tweede grootste verskil tussen asma- en gesonde leerlinge voorkom.

Gevoel van Persoonlike Vryheid handel oor die houding van die toetsling teenoor beperkings of vermeende beperkings op sy persoonlike vryheid. Indien 'n mens die asmalyer sien as iemand wat voortdurend gebuk gaan onder die vrees van 'n volgende asma-aanval, iemand wat altyd vooruitbeplanning in terme van 'n moontlike asma-aanval moet doen, iemand wat nie in al die avonture van die gesonde jeug kan deel nie, iemand wie se vryetydbesteding enigermate deur sy siektetoestand beperk word, iemand wat voortdurend deur sy ouers beskerm of bejammer of aangemoedig word, en as iemand wat soms selfs as stremmende faktor in die normale gesinsaktiwiteite beskou kan word, dan is die swakke aanpassing ten opsigte van gevoel van persoonlike vryheid volgens verwagting.

Simptome van Senuweeagtigheid dui op verskeie simptome van senuweeagtigheid of gespannenheid. Volgens Roos (1970) gaan aanpassing op hierdie gebied nou saam met dié op ander gebiede, dit wil sê enige senuweeagtige neiging word maklik vererger deur wanaanpassing van 'n ander aard. Gesien in die lig van die feit dat die asmaleerlinge op al die velde van aanpassing swakke aangepas is as die gesonde leerlinge, kan verwag word dat hulle simptome van senuweeagtigheid en spanning sal openbaar. Volgens die resultate van die HSPV (tabel 5.1) is die asmaleerlinge ook meer bevreesd (0) en gespanne (Q_4) as die gesonde leerlinge.

Die kleinste verskille kom voor by veld vyf, naamlik Sosiale Verhoudings, waar die ondergemiddelde en gemiddelde asmameisies selfs in die teenoorgestelde rigting van die res van die asmaleerlinge verskil. Hierdie verskille is egter gering en onbeduidend. Volgens die Handleiding van die Aanpassingsvraelys is 'n hoë puntetelling in hierdie afdeling 'n aanduiding van moontlike oormatige teruggetrokkenheid. Die asmaasook die gesonde leerlinge wyk egter ten opsigte van hierdie veld nie veel af van die rekenkundige gemiddelde van vyf stanege nie. Die afleiding kan dus nie gemaak word dat die asmaleerlinge wat aanpassing ten opsigte van sosiale verhoudings betref, afwyk van die normgroep nie.

Dit blyk verder dat die meeste en mees beduidende verskille (11 op 1%- en 4 op 5%-peil) voorkom by die bogemiddelde asmaleerlinge en die minste en mins beduidende verskille (1 op 1%- en 8 op 5%-peil) by die ondergemiddelde asmaleerlinge in vergelyking met die gesonde leerlinge. Die afleiding kan dus gemaak word dat die bogemiddelde asmaleerlinge op st.6-vlak met meer en ernstiger aanpassingsprobleme te kampe het as die laer intellektuele groepe.

Indien die beduidende verskille van die asmaseuns met dié van die asmameisies vergelyk word, dan blyk daar geringe totaalverskille, naamlik 23 teenoor 21 respektiewelik. Word daar egter gelet op die peil van beduidendheid, dan is die graad van beduidendheid in die geval van die asmaseuns hoër as in die geval van die asmameisies (15 verskille op die 1%- en 5 op die 5%-peil by die asmaseuns teenoor 8 op die 1%- en 10 op die 5%-peil by die asmameisies). Die afleiding kan dus gemaak word dat die asmaseuns met meer en ernstiger aanpassingsprobleme te kampe het as die asmameisies in vergelyking met die gesonde leerlinge.

Die aanpassingsprobleme van die asmaleerlinge kan in die algemeen toegeskryf word aan en verklaar word op grond van hul persoonlikheidsprobleme, soos bespreek in paragraaf 5.2.

Die bevinding dat aanpassingsprobleme toeneem namate die IK styg en dat asmaseuns met meer aanpassingsprobleme te kampe het as die asmameisies, in vergelyking met die gesonde leerlinge, stem ooreen met die bevindings ten opsigte van persoonlikheidsprobleme.

'n Afdoende verklaring vir die toename in aanpassings- en persoonlikheidsprobleme namate die IK toeneem, kan nie gegee word nie, behalwe dat die intelligenter kind 'n beter insae in sy probleme het en as gevolg van moontlike hoër ideale, sy probleme meer intens beleef.

Die hoër voorkoms van aanpassingsprobleme by asmaseuns hou moontlik verband met die reeds genoemde bevindings van Fine (1963) en Rees (1956a), naamlik dat gedrags- en persoonlikheidsprobleme meer dikwels by asmaseuns as -meisies voorkom.

Terwyl die seun hom in st.6 in die puerale fase bevind, bevind die meisie haar reeds in die laat-puerale periode of vroeë puberteitstadium. Volgens Van Z. Kotzé (1966) is die belangrikste kenmerke van die seun in hierdie fase sy buitengewone weerstand teen vermoeidheid, groter fisieke uithouvermoë, toename in krag en vitaliteit, oorgesondheid en 'n welgevormde liggaamsbou. In die lig van bogenoemde kan verwag word dat die asmaseun, wat maklik vermoeid raak, nie oor dieselfde uithouvermoë, liggaamskragte en gesondheid beskik nie, dus nie kan saamspeel en saamsog nie. Die feit dat hy nie kan meedoen nie, kan meebring dat hy hom terugtrek van gesonde kinders en dit moet noodwendig 'n invloed uitoefen op sy persoonswording. Die meisie daarenteen verkeer in 'n fase wat gekenmerk word deur rustigheid en kalmte, met die gevolg dat haar siekte haar nie in dieselfde mate strem of beïnvloed as vir die seun nie. Genoemde verskille tussen seuns en meisies in st.6, mag 'n moontlike bydraende faktor wees tot die persoonlikheids- en aanpassingsverskille tussen asmaseuns en -meisies.

Vles en Groen (1951) het op grond van die resultate van die Behn-Rorschach die gevolgtrekking gemaak: "... dat de asthma-kinderen zich van een willekeurig gekozen gezonde groep onderscheiden door een grotere mate van neurotische geremdheid, een zekere starre egocentriciteit, een mindere mate van affectieue rijpheid, een geringere mate van contact met en een geringer belangstelling voor de omgeving, een geringere vermogen om op adequate wijze te reageren op emotionele levenssituaties en door een sterkere neiging tot impulsiewe reacties" (p. 35).

Rawls, Rawls en Harrison (1971) het gevind dat daar meer dikwels dissiplinêre stappe teen asmaleerlinge gedoen word op skool, dat hulle nie geredelik deur hul gesonde maats vir aktiewe speletjies gekies word nie en baie selde as leiers van 'n groep verkies word. Hulle bevindings is verder in ooreenstemming met dié van ondersoekers soos Neuhaus (1958), Mussen, Conger en Kagan (1963), Hurlock (1956) en Aaron (1967), naamlik dat psigosomatiese en ander siek kinders nie sosiaal en emosioneel so goed aangepas is as gesonde kinders nie.

Volgens Rawls, Rawls en Harrison (1971): "These data indicate that allergic children might suppress or repress both extremely positive and extremely negative emotions. It may be, as Ziskind (1954) and a number of other writers have suggested, that psychosomatics repress and turn aggression and other conflict-producing emotions inward, which contributes to the development of allergic reactions" (pp. 263-264).

Dat die asmaleerlinge volgens hul klasonderwysers nie verskil van die gesonde leerlinge wat betref samewerking met medeskoliere (tabel 4.38), en samewerking met onderwysers (tabel 4.37) nie, is eintlik bo verwagting indien daar gelet word op die swakke aanpassing van die asmaleerlinge ten opsigte van skoolverhoudings (veld 9). Dat daar egter 'n neiging by die asmaleerlinge bestaan om beter sowel as swakke met hul onderwysers saam te werk, mag die gevolg wees van hul emosionele onstabieliteit volgens faktor C.

Die asmaleerlinge hou egter minder van skoolgaan (tabel 4.23) en is meer krieties ingestel teenoor skoolreëls (tabel 4.28). Hierdie houdings hou verband met hul swakke aanpassing ten opsigte van skoolverhoudings (veld 9) en hul opportunistiese lewensuitkyk en emosionele onstabieliteit (faktore G en C).

Die verskille wat daar aangetref is tussen asmaseuns en -meisies, naamlik dat asmameisies meer van skoolgaan hou (tabel 4.23), meer begerig is om leiding te neem (tabel 4.24) en ook meer tekens van leierskap openbaar (tabel 4.36), mag in 'n groot mate toegeskryf word daaraan dat asmaseuns met meer en intenser persoonlikheids- en aanpassingsprobleme te kampe het as die asmameisies in vergelyking met gesonde leerlinge.

HOOFSTUK 6
AANLEG EN BELANGSTELLING

6.1 INLEIDING

In hierdie afdeling word die asmaleerlinge met die gesonde leerlinge vergelyk ten opsigte van aanleg en belangstelling. Die vergelyking geskied op grond van die leerlinge se gemiddelde stanegepunte wat hulle op die verskillende velde van die aanlegtoetse en die belangstellingsvraelys behaal het. Die toetse waarvan die resultate in hierdie afdeling behandel word, is onder andere die volgende:

- (a) Die Junior Aanlegtoetse (JAT)
- (b) Die Handelstoetse (HT)
- (c) Die Tegniëse Toetse (TT)
- (d) Die GSZ-Belangstellingsvraelys (GSZ)

Bogenoemde toetse is kortliks bespreek in paragrawe 1.4.5 tot 1.4.8.

Aanleg en belangstelling, as twee belangrike aspekte van die persoonlikheid, word in hierdie afdeling in samehang met mekaar behandel, omdat volgens Bingham (1942) behels aanleg meer as net potensiële vermoë om 'n taak te kan verrig, dit vereis ook 'n diepgaande belangstelling in die taak. Hy sluit onder aanleg gevolglik intelligensie en belangstelling asmede die wisselwerking daartussen in, asook ander vermoëns wat kan lei tot die aanleer van nuwe dinge.

6.2 AANLEG

Die rekenkundige gemiddelde en standaardafwykings van die asma- en gesonde leerlinge ten opsigte van elke toets van die JAT, HT en TT word in tabelle 6.1, 6.2 en 6.3 aangedui.

Aangesien die standaardafwyking van die stanegeskaal gelyk gestel word aan 1,96, blyk uit die genoemde tabelle dat die verdelings met enkele uitsonderings bevreemdend is. Die rekenkundige gemiddeldes vir die verskillende intellektuele groepe wissel in die algemeen van laag vir die ondergemiddelde groepe tot hoog vir die bogenormgemiddelde groepe, met die gemiddelde groepe rondom die stanegenormgemiddeld van vyf. In die volgende afdelings word die resultate van elk van die aanlegtoetse afsonderlik bespreek.

6.2.1 Die Junior Aanlegtoetse

Tussen die asma- en gesonde leerlinge is feitlik geen beduidende verskille gevind nie. Uit 'n moontlike 66 verskille is daar slegs 4 beduidende verskille op die 5%-peil of hoër gevind, naamlik in die geval van bogemiddelde asmaseuns (Sinonieme), gemiddelde asmameisies (Figuurpersepsie) en bogemiddelde asmameisies (Woordvlotheid en Figuurpersepsie).

Dit is verder interessant om daarop te let dat daar volgens die resultate van die JAT geen verskille tussen asma- en gesonde leerlinge bestaan ten opsigte van die aanlegrigtings waarin hulle die hoogste en laagste tellings behaal het nie. Daar bestaan wel verskille tussen die verskillende IK-groepe en tussen seuns en meisies, wat op grond van verskil in intelligensie en geslag verklaar kan word.

Volgens die gegewens van tabel 6.1 kan die rigtings waarin asma- en gesonde leerlinge die hoogste en laagste tellings behaal het, as volg saamgevat word in tabel 6.4 (p. 90).

Ten spyte van die feit dat daar volgens tabelle 6.1 en 6.4 tussen die asma- en gesonde leerlinge oënskynlik geen aanlegverskille bestaan nie, is daar tog sekere tendense waarneembaar ten opsigte van velde 3 (Berekening), 8 (Figuurpersepsie) en 12 (Skryfspoed). Hierdie velde word kortliks bespreek:

TABEL 6.1

GEMIDDELDE STANEGETELLINGS VAN DIE ASMA- EN GESONDE LEERLINGE IN DIE VELDE VAN DIE JUNIOR AANLEGTOTSE

TOETS	Asmatiese leerlinge									Gesonde leerlinge								
	IK-groepe									IK-groepe								
	Ondergemiddeld			Gemiddeld			Bogemiddeld			Ondergemiddeld			Gemiddeld			Bogemiddeld		
	N	\bar{X}	σ	N	\bar{X}	σ	N	\bar{X}	σ	N	\bar{X}	σ	N	\bar{X}	σ	N	\bar{X}	σ
	SEUNS																	
1 Redenering	184	2,91	1,38	653	4,87 ^{xxx}	1,57	305	7,09	1,42	871	2,95	1,41	2601	4,81 ^{xxx}	1,56	1193	6,99	1,41
2 Klassifikasie	184	3,96	1,80	653	5,51 ^{xxx}	1,75	305	6,77	1,51	871	4,05	1,75	2601	5,36 ^{xxx}	1,80	1193	6,78	1,59
3 Berekeninge	184	3,37	1,75	654	4,73 ^{xxx}	1,83	305	6,51	1,74	871	3,29	1,66	2601	4,60 ^{xxx}	1,76	1193	6,33	1,81
4 Onderdele	184	4,89 ^{xxx}	2,09	654	5,01	1,94	305	5,04 ^{xxx}	1,94	871	4,40 ^{xxx}	2,11	2601	4,94	1,92	1193	5,26 ^{xxx}	1,90
5 Sinonieme	184	3,23	1,54	654	4,82	1,56	305	6,23 ^{xxx}	1,57	870	3,17	1,49	2603	4,75	1,54	1194	6,47 ^{xxx}	1,61
6 Vierkante	184	3,58 ^{xxx}	1,65	654	5,19	1,87	305	6,57	1,83	870	3,84 ^{xxx}	1,79	2603	5,15	1,81	1194	6,60	1,66
8 Figuurpersepsie	174	3,49	1,55	627	4,73	1,72	295	5,98	1,82	849	3,40	1,60	2519	4,62	1,61	1147	5,96	1,76
9 Geheue vir Name en Gesigte	182	3,51	1,84	646	4,72	1,87	303	5,72	1,76	866	3,48	1,73	2586	4,66	1,80	1191	5,86	1,78
10 Woordvlotheid	181	4,02	1,83	640	4,59	1,82	302	5,36	1,73	849	3,96	1,77	2577	4,60	1,75	1190	5,39	1,81
11 Koördinasie	184	4,78	2,01	646	4,95	1,94	305	5,16	1,89	863	4,60	1,93	2589	4,98	1,91	1191	5,22	1,90
12 Skryfspoed	184	3,89	2,01	646	4,44	1,88	304	4,95	1,79	859	4,11	2,00	2588	4,52	1,82	1189	4,91	1,75
	MEISIES																	
1 Redenering	132	2,75	1,26	413	4,72	1,42	198	6,98	1,39	744	2,82	1,33	2550	4,76	1,55	1305	6,93	1,39
2 Klassifikasie	132	3,24	1,51	413	4,43	1,69	198	5,64	1,61	744	3,14	1,55	2550	4,40	1,69	1305	5,81	1,66
3 Berekeninge	132	3,77	1,72	413	5,07 ^{xxx}	1,74	198	6,41	1,78	746	3,65	1,68	2551	4,91 ^{xxx}	1,76	1305	6,36	1,61
4 Onderdele	132	4,42	2,10	413	4,98	1,79	198	5,09	1,79	746	4,31	2,06	2551	4,97	1,87	1305	5,25	1,71
5 Sinonieme	132	3,26	1,34	413	5,12	1,57	197	6,70	1,58	747	3,16	1,46	2551	4,99	1,61	1305	6,81	1,58
6 Vierkante	132	3,40	1,63	413	4,44	1,67	197	5,95	1,77	747	3,25	1,69	2551	4,48	1,69	1305	5,89	1,75
8 Figuurpersepsie	130	3,67 ^{xxx}	1,86	397	5,28 ^{xxx}	1,79	189	6,77 ^{xxx}	1,59	720	3,75 ^{xxx}	1,71	2466	5,08 ^{xxx}	1,76	1253	6,41 ^{xxx}	1,72
9 Geheue vir Name en Gesigte	130	3,86	1,95	411	5,26	1,87	196	6,56	1,67	741	3,93	1,80	2542	5,18	1,89	1294	6,30 ^{xxx}	1,74
10 Woordvlotheid	125	4,38	1,79	398	5,18	1,81	190	6,41 ^{xxx}	1,83	728	4,21	1,75	2504	5,24	1,83	1278	6,10 ^{xxx}	1,70
11 Koördinasie	130	4,65 ^{xxx}	2,11	411	5,06	1,98	196	5,29 ^{xxx}	1,85	740	4,48 ^{xxx}	2,12	2530	5,02 ^{xxx}	1,98	1299	5,26	1,95
12 Skryfspoed	130	5,26	2,11	412	5,66 ^{xxx}	1,86	197	5,94 ^{xxx}	1,66	740	4,94	2,06	2531	5,49	1,82	1299	5,71 ^{xxx}	1,71

TABEL 6.2

GEMIDDELDE STANEGETELLINGS VAN DIE ASMA- EN GESONDE LEERLINGE IN DIE VELDE VAN DIE HANDELSTOETSE

TOETS	Asmatiese leerlinge									Gesonde leerlinge								
	IK-groepe									IK-groepe								
	Ondergemiddeld			Gemiddeld			Bogemiddeld			Ondergemiddeld			Gemiddeld			Bogemiddeld		
	N	\bar{X}	σ	N	\bar{X}	σ	N	\bar{X}	σ	N	\bar{X}	σ	N	\bar{X}	σ	N	\bar{X}	σ
	SEUNS																	
1 Rekenkunde I (Berekeninge)	186	3,51	1,83	648	4,70	1,87	302	6,05	1,79	861	3,56	1,90	2575	4,72	1,85	1189	6,05	1,78
2 Rekenkunde II (Probleme)	187	3,24	1,47	650	5,26 ^{xx}	1,53	302	7,19	1,37	862	3,31	1,58	2579	5,09 ^{xx}	1,55	1190	7,07	1,43
3 Vergelyking	187	3,72	1,92	650	4,47	1,77	302	5,70	1,76	862	3,80	1,94	2579	4,42	1,73	1190	5,58	1,73
4 Sinonieme	185	3,36	1,49	644	4,82	1,69	301	6,72	1,45	856	3,37	1,49	2569	4,71	1,71	1189	6,70	1,55
5 Alfabetisering	187	3,36	1,36	650	4,73 ^{xx}	1,56	302	5,93	1,83	861	3,47	1,32	2579	4,58 ^{xx}	1,51	1190	6,02	1,82
6 Spelling en Punks tuasie	184	3,04	1,44	644	4,34	1,56	301	6,19	1,69	856	3,10	1,42	2569	4,32	1,60	1189	6,11	1,67
	MEISIES																	
1 Rekenkunde I (Berekeninge)	126	3,96	1,81	409	5,04	1,88	194	6,29	1,68	738	3,92	2,00	2531	5,02	1,82	1303	6,12	1,64
2 Rekenkunde II (Probleme)	126	2,68	1,38	410	4,42	1,56	194	6,67 ^{xxx}	1,49	739	2,51	1,33	2532	4,44	1,53	1304	6,43 ^{xxx}	1,45
3 Vergelyking	126	4,51	2,11	410	5,58 ^{xxx}	1,87	194	6,53	1,73	739	4,44	1,99	2532	5,38 ^{xxx}	1,86	1304	6,35	1,56
4 Sinonieme	123	3,16 ^{xxx}	1,52	399	4,75	1,65	188	6,89	1,54	730	3,21	1,42	2506	4,80	1,63	1284	6,72	1,46
5 Alfabetisering	126	3,96 ^{xxx}	1,45	410	5,23	1,68	194	6,76	1,91	738	3,72 ^{xxx}	1,48	2532	5,17	1,71	1304	6,69	1,86
6 Spelling en Punks tuasie	123	3,62	1,54	399	5,18	1,64	188	6,96	1,50	728	3,77	1,51	2506	5,30	1,66	1284	6,83	1,57

TABEL 6.3

GEMIDDELDE STANEGETELLINGS VAN DIE ASMA- EN GESONDE LEERLINGE IN DIE VELDE VAN DIE TEGNIESE TOETSE

TOETS	Asmatiese leerlinge									Gesonde leerlinge								
	IK-groepe									IK-groepe								
	Ondergemiddeld			Gemiddeld			Bogemiddeld			Ondergemiddeld			Gemiddeld			Bogemiddeld		
	N	\bar{X}	σ	N	\bar{X}	σ	N	\bar{X}	σ	N	\bar{X}	σ	N	\bar{X}	σ	N	\bar{X}	σ
	SEUNS																	
1 Rekenkunde	188	3,16	1,45	645	5,18 ^{xx}	1,58	303	7,19 ^{xxx}	1,28	870	3,14	1,64	2596	5,00 ^{xx}	1,61	1196	7,04 ^{xxx}	1,42
2 Meganiese Insig	188	3,55	1,71	645	4,98	1,73	303	6,33	1,70	870	3,59	1,61	2596	4,92	1,66	1196	6,48	1,67
3 Vormwaarneming I	188	4,17	1,74	645	5,37 ^{xx}	1,82	303	6,50 ^{xxx}	1,71	870	4,03	1,83	2596	5,29 ^{xx}	1,76	1196	6,58 ^{xxx}	1,71
4 Vormwaarneming II	188	4,31	1,81	645	5,35 ^{xx}	1,93	303	5,93 ^{xxx}	1,95	870	4,21	1,91	2596	5,17 ^{xx}	1,91	1196	6,15 ^{xxx}	1,95
5 Gereedskaptoets	188	4,48	1,98	645	5,15	1,83	303	5,58	1,72	870	4,42	2,01	2596	5,07	1,85	1196	5,65	1,76
	MEISIES																	
1 Rekenkunde	128	3,03	1,33	411	4,71	1,42	195	6,67	1,41	749	2,85	1,41	2541	4,59	1,52	1299	6,53	1,33
2 Meganiese Insig	128	3,78	1,90	411	4,76	1,86	195	6,43	1,98	749	3,82	1,78	2541	4,85	1,84	1299	6,31	1,83
3 Vormwaarneming I	128	3,16	1,73	411	4,31	1,74	195	5,68	1,71	749	3,22	1,63	2541	4,45	1,71	1299	5,75	1,76
4 Vormwaarneming II	128	3,98	1,95	411	4,65	1,79	195	5,79	1,89	749	3,72	1,72	2540	4,76	1,81	1300	5,69	1,89
5 Gereedskaptoets	128	4,50	2,08	411	5,17 ^{xx}	1,98	195	5,52	2,05	749	4,41	1,86	2540	4,96 ^{xx}	1,93	1300	5,46	1,90

* Beduidend 1%-peil; ** Beduidend 5%-peil; *** Beduidend 10%-peil.

TABEL 6.4

VELDE WAARIN DIE HOOGSTE EN LAAGSTE TELLINGS BEHAAL IS DEUR ASMA- EN GESONDE LEERLINGE IN DIE VERSKILLENDEN AANLEGRIGTINGS SOOS GEMEET DEUR DIE JAT

Asma- en gesonde seuns			
Tellings	Ondergemiddeld	Gemiddeld	Bogemiddeld
Hoogste Laagste	Koördinasie Redenering	Klassifikasie Skryfspoed	Redenering Skryfspoed
Asma- en gesonde meisies			
Hoogste Laagste	Skryfspoed Redenering	Skryfspoed Klassifikasie	Redenering Onderdele

(a) Veld 3 : Berekeninge

Alhoewel slegs die gemiddelde asmaleerlinge beduidend (10%) verskil van die gesonde leerlinge, vaar die asmaleerlinge deurgaans relatief beter, terwyl die meisies as groep weer beter vaar as seuns.

Bogenoemde dui daarop dat asmaleerlinge waarskynlik oor 'n relatief beter vermoë beskik om vinnig en akkuraat met syfers en sekere aangeleerde sisteme te werk as gesonde leerlinge.

(b) Veld 8 : Figuurpersepsie

Met die uitsondering van die ondergemiddelde asmameisies vaar die asmaleerlinge deurgaans beter as die gesonde leerlinge. Die gemiddelde en bogemiddelde asmameisies verskil beduidend (5%). Die afleiding kan dus gemaak word dat asmaleerlinge oor 'n beter waarnemingsvermoë van 'n meganiese en nie-taalkundige aard beskik as die gesonde leerlinge.

Die meisies as groep het ook op hierdie veld beter gepresteer as die seuns.

(c) Veld 12 : Skryfspoed

Alhoewel daar by die asma- en gesonde seuns geen besondere tendens, waarneembaar is nie, het die asmameisies deurgaans beduidend (10%) beter as die gesonde meisies gepresteer, terwyl meisies as groep heelwat beter as die seuns gevaar het. Dieselfde tendens wat hier na vore kom, is geopenbaar ten opsigte van veld 11 (Koördinasie).

Terwyl beide toetse 11 en 12 'n psigomotoriese koördinasiefaktor meet, kan die afleiding gemaak word dat asmameisies oor 'n relatief beter psigomotoriese koördinasie beskik as gesonde meisies, terwyl die meisies as groep weer 'n beter aanleg ten opsigte van genoemde faktor toon as seuns.

6.2.2 Die Handelstoetse

Net soos in die geval van die JAT is die meeste verskille gering en onbeduidend en is beduidende verskille tussen asma- en gesonde leerlinge op die 5%-peil en beter slegs gevind by gemiddelde asmaseuns en bogemiddelde asmameisies (Rekenkunde-probleme), gemiddelde asmameisies (Vergelyking) en gemiddelde asmaseuns (Alfabetisering). Weer eens is daar soos in die geval van die JAT geen verskille tussen asma- en gesonde leerlinge ten opsigte van die aanlegrigting waarin hul die hoogste en laagste tellings behaal het nie.

Volgens die gegewens van tabel 6.2 kan die rigtings waarin die leerlinge die hoogste en laagste tellings behaal het, as volg saamgevat word in tabel 6.5 (p. 91).

Ten spyte van die feit dat daar volgens tabelle 6.2 en 6.5 tussen die asma- en gesonde leerlinge oënskynlik geen aanlegverskille bestaan nie, is daar tog sekere tendense waarneembaar ten opsigte van velde 2 (Rekenkunde-probleme), 3 (Vergelyking) en 5 (Alfabetisering). Hierdie velde sal nou kortliks aandag ontvang.

TABEL 6.5

VELDE WAARIN DIE HOOGSTE EN LAAGSTE TELLINGS BEHAAL IS DEUR ASMA- EN GESONDE LEERLINGE IN DIE VERSKILLENDEN AANLEGRIGTINGS SOOS GEMEET DEUR DIE HT

Asma- en gesonde seuns			
Tellings	Ondergemiddeld	Gemiddeld	Bogemiddeld
Hoogste	Vergelyking	Rekenkunde-probleme	Rekenkunde-probleme
Laagste	Spelling en Punktuasie	Spelling en Punktuasie	Vergelyking
Asma- en gesonde meisies			
Hoogste	Vergelyking	Vergelyking	Spelling en Punk- tuasie
Laagste	Probleme	Probleme	Berekeninge

(a) Veld 2 : Rekenkunde-probleme

Behalwe die ondergemiddelde asmaseuns en gemiddelde asmameisies vaar die asma-leerlinge relatief beter as die gesonde leerlinge. Slegs die gemiddelde asmameisies en bogemiddelde asmameisies verskil beduidend (5%) van die gesonde leerlinge.

Die afleiding kan dus gemaak word dat asmaleerlinge oor 'n relatief beter aanleg in Rekenkunde-probleme beskik as gesonde leerlinge. Volgens die aanwysings van die HT handel hierdie veld oor rekenkundige redeneervermoë in praktiese situasies.

Die resultate ten opsigte van Rekenkunde word ondersteun deur ooreenstemmende bevindings op die JAT (par. 6.2.1 (a)) asook die oordeel van klasonderwysers in verband met die leerlinge se aanleg in 'n sekere vak of vakgroep (tabel 4.43). Dit is interessant om daarop te let dat seuns oor die algemeen in Rekenkunde-probleme beter vaar as meisies, wat 'n aanduiding is dat seuns rekenkundig meer prakties aangelê is as meisies.

(b) Veld 3 : Vergelyking

Met die uitsondering van die ondergemiddelde asmaseuns vaar die asmaleerlinge relatief beter as die gesonde leerlinge, alhoewel slegs die gemiddelde asmameisies beduidend (5%) van die gesonde meisies verskil. Die afleiding kan dus gemaak word dat asmaleerlinge 'n relatief beter aanleg toon in die spoed van waarneming, wat 'n belangrike faktor in die algemeen-klerklike beroepe van die handelswêreld is.

In hierdie toets het meisies oor die algemeen heelwat beter as seuns gevaar.

(c) Veld 5 : Alfabetisering

Behalwe die ondergemiddelde en bogemiddelde asmaseuns, het die asmaleerlinge hoër tellings behaal as die gesonde leerlinge. Slegs die gemiddelde asmaseuns en ondergemiddelde asmameisies verskil beduidend (5% en 10% respektiewelik) van die gesonde leerlinge. Hierdie toets gee 'n aanduiding van die vermoë om vinnig met sisteme te werk en hiervolgens vaar die asmaleerlinge relatief beter as die gesonde leerlinge.

Ten opsigte van alfabetisering het die meisies as groep deurgaans beter gevaar as die seuns.

6.2.3 Die Tegnieuse Toetse

Die rekenkundige gemiddeldes en standaardafwykings van die leerlinge op die TT toon dieselfde tendens as in die gevalle van die JAT en HT. Uit 'n moontlike 30 verskille is daar slegs drie beduidende verskille op die 5%-peil of beter en wel ten opsigte van gemiddelde asmaseuns (Rekenkunde en Vormwaarneming II) en gemiddelde asmameisies (Gereedskaptoets). Volgens die resultate soos behaal in die verskillende velde van

die TT, soos blyk uit tabel 6.3 is daar weer eens geen verskille tussen asma- en gesonde leerlinge wat betref die hoogste en laagste tellings wat behaal is ten opsigte van sekere aanlegrigtings nie.

Die rigtings waarin asma- en gesonde leerlinge die hoogste en laagste tellings behaal het, word saamgevat in tabel 6.6.

TABEL 6.6

VELDE WAARIN DIE HOOGSTE EN LAAGSTE TELLINGS BEHAAL IS DEUR ASMA- EN GESONDE LEERLINGE IN DIE VERSKILLENDE AANLEGRIGTINGS SOOS GEMEET DEUR DIE TT

Asma- en gesonde seuns			
Tellings	Ondergemiddeld	Gemiddeld	Bogemiddeld
Hoogste	Gereedskap	Vormwaarneming I	Rekenkunde
Laagste	Rekenkunde	Gereedskap	Gereedskap
Asma- en gesonde meisies			
Hoogste	Gereedskap	Gereedskap	Rekenkunde
Laagste	Rekenkunde	Vormwaarneming I	Gereedskap

Ten spyte van die feitlik totale afwesigheid van beduidende verskille asook die aanduidings van tabel 6.6, dat daar geen verskille bestaan tussen die hoogste en laagste aanlegrigtings van asma- en gesonde leerlinge nie, is daar tog sekere tendense waarneembaar ten opsigte van velde 1 (Rekenkunde) en 5 (Gereedskap), wat bespreking regverdig.

Voordat oorgegaan word tot die bespreking van bogenoemde velde, dien daarop gelet te word dat by die interpretering van verskille tussen seuns en meisies, daar voortdurend in gedagte gehou moet word dat die TT vir seuns opgestel is, maar met die 1965-toetsprogram ook op meisies toegepas is. In die geval van Meganiese-Insig en Gereedskap, is om begryplike redes aparte norms vir seuns en meisies bereken.

(a) Veld 1 : Rekenkunde

Die asmaleerlinge het deurgaans relatief beter gepresteer as die gesonde leerlinge, alhoewel slegs die gemiddelde en bogemiddelde asmaseuns beduidend (5% en 10% respektiewelik) van die gesonde seuns verskil. Hiervolgens kan die afleiding gemaak word dat die asmaleerlinge volgens die TT oor 'n relatief beter aanleg in vaardigheid met syfers en rekenkundige redeneervermoë beskik as die gesonde leerlinge. Genoemde bevinding word gestaaf deur soortgelyke bevindings op die JAT (par. 6.2.1) en die HT (par. 6.2.2). Dit stem ook ooreen met die oordeel van die klasonderwysers (tabel 4.43).

(b) Veld 5 : Gereedskap

Alhoewel in geringe mate, presteer die asmaleerlinge met die uitsondering van die bogemiddelde asmaseuns relatief beter as die gesonde leerlinge. Slegs die gemiddelde asmameisies verskil beduidend (5%). Die afleiding kan dus gemaak word dat asmaleerlinge 'n relatief beter kennis van gereedskap het as die gesonde leerlinge.

6.2.4 Aanlegpatroon

As gevolg van die ooreenkoms tussen asma- en gesonde leerlinge, wat betref hulle hoogste en laagste aanlegrigtings, soos weergegee in tabelle 6.4, 6.5 en 6.6, en nieteenstaande die relatief geringe verskille ten opsigte van sekere velde van aanleg, is die rangordekorrelasie van Spearman (Downie en Heath, 1959, pp. 178-180) toegepas om te bepaal of die oënskynlike verband wat uit die tabelle duidelik geword het, betekenisvol is of nie.

Die korrelasies en hul beduidendhede tussen asma- en gesonde leerlinge op die verskillende aanlegvelde van die JAT, HT en TT word weergegee in tabel 6.7.

TABEL 6.7

RANGORDEKORRELASIE TUSSEN TELLINGS VAN ASMA- EN GESONDE LEERLINGE OP DIE VERSKILLENDEN AANLEGVELDE VAN DIE JAT, HT EN TT

Beskrywing	Seuns			Meisies		
	O/G*	Gem.*	B/G*	O/G	Gem.	B/G
	Junior Aanlegtoetse					
Korrelasies Beduidendheidspeil	0,96 0,10%	0,95 0,10%	0,98 0,10%	0,99 0,10%	0,92 0,10%	0,95 0,10%
	Handelstoetse					
Korrelasies Beduidendheidspeil	0,99 0,10%	0,83 2,00%	1,00 0,10%	0,90 1,00%	0,94 0,10%	1,00 0,10%
	Tegniese Toetse					
Korrelasies Beduidendheidspeil	1,00 0,10%	0,90 1,00%	1,00 0,10%	0,90 1,00%	0,90 1,00%	0,90 1,00%

O/G* - Ondergemiddeld; Gem.* - Gemiddeld; B/G* - Bogemiddeld

Volgens die gegewens van bogenoemde tabel blyk dat die verband tussen asma- en gesonde leerlinge wat betref hul aanlegpatroon, soos gemeet deur die drie aanlegtoetse, hoogs beduidend is en kan die afleiding gemaak word dat die aanlegpatroon van die asma-leerlinge nie verskil van die gesonde leerlinge nie.

Bogenoemde bevindings hou besondere implikasies in vir die onderwys in die algemeen en vir voorligting en beroepskeuring met die oog op beroepsleiding en indiensneming in die besonder.

Die bevindings in verband met die aanleg van die asmaleerlinge sal eers in die lig van en in samehang met hul belangstelling na waarde geïnterpreteer kan word.

6.3 BELANGSTELLING

In tabel 6.8 verskyn die gemiddelde stanegetellings en standaardafwykings van die asma- en gesonde leerlinge ten opsigte van die H- en W-tellings van belangstelling, soos gemeet deur die GSZ. Aangesien die standaardafwyking van die stanegetelling gelyk gestel word aan 1,96, blyk dat die verdelings van al die groepe, met enkele uitsonderings, bevredigend is. Die grootste afwyking van 1,96 kom voor by seuns in die geval van Kunswaardering as werk en by meisies in die geval van Meganiese Hantering en Meganiese Ontwerp as werk.

Uit tabel 6.8 is 'n samevattende tabel saamgestel, wat 'n aanduiding gee van die getal velde waarin die gesonde leerlinge 'n hoër telling behaal het as die asmaleerlinge (tabel 6.9).

TABEL 6.9

GETAL VELDE WAARIN GESONDE LEERLINGE 'N HOËR TELLING AS DIE ASMALEERLINGE BEHAAL HET OP DIE GSZ

Geslag	Stokperdjiebelangstelling			Werkbelangstelling		
	O/G	Gem.	B/G	O/G	Gem.	B/G
Seuns	18	17	18	10	13	18
Meisies	0	12	12	4	10	3

Uit bogenoemde tabel blyk baie duidelik dat in vergelyking met die gesonde seuns, die asmaleerlinge 'n laer stokperdjie- (H) en werkbelangstelling (W) het, terwyl die asmaleerlinge oor die algemeen 'n hoër werkbelangstelling het. Ten opsigte van stokperdjiebelangstelling verskil die ondergemiddelde asmaleerlinge ook in 'n teenoorgestelde rigting as die ondergemiddelde asmaleerlinge, terwyl die res van die asmaleerlinge

TABEL 6.8

GEMIDDELDE STANGETELLINGS VAN ASMA- EN GESONDE LEERLINGE IN DIE VERSKILLENDE BELANGSTELLINGSVELDE VAN DIE GSZ-BELANGSTELLINGS

VRAELYS

VELD	Asmatiese leerlinge						Gesonde leerlinge					
	IK-groepe						IK-groepe					
	Ondergemiddeld X	Gemiddeld G	Ondergemiddeld X	Gemiddeld G	Ondergemiddeld X	Gemiddeld G	Ondergemiddeld X	Gemiddeld G	Ondergemiddeld X	Gemiddeld G	Ondergemiddeld X	Gemiddeld G
H-velde	SEUNES											
1 Kuns-Waardering	5,08	1,76	5,10	1,87	5,08 ^{xx}	1,94	5,11	1,80	5,07	1,84	5,34 ^{xxx}	1,97
2 Kuns-Ekspresie	4,96	1,88	4,96	1,90	4,97 ^{xx}	1,98	4,97	1,84	4,98	1,89	5,26 ^{xx}	1,95
3 Taal-Waardering	4,93	1,78	4,90	1,86	4,78 ^x	1,97	5,10	1,86	4,97	1,89	5,22 ^x	2,02
4 Taal-Ekspresie	4,81	1,83	4,82	1,90	4,79 ^x	2,13	4,93	1,83	4,83	1,93	5,17 ^x	2,09
5 Wetenskap-Navorsing	4,94	1,70	5,05	1,91	5,12 ^{xx}	2,00	5,02	1,78	5,11	1,87	5,42 ^{xx}	1,97
6 Wetenskap-Teoreties	4,73	1,75	4,86	1,88	4,94 ^x	2,09	4,94	1,70	4,93	1,86	5,34 ^x	2,02
7 Meganies-Hantering	4,26	1,77	4,94	1,89	5,14	2,10	4,47	1,84	4,95	1,90	5,30	2,08
8 Meganies-Ontwerp	4,56 ^{xxx}	1,67	4,94	1,91	4,85	2,06	4,92 ^{xxx}	1,78	4,98	1,87	5,06	2,01
9 Buitenshuis-Natuur	4,57 ^{xxx}	1,93	4,91 ^{xxx}	1,91	4,91 ^x	1,87	4,88 ^{xxx}	1,84	5,09 ^{xxx}	1,91	5,29 ^x	2,04
10 Buitenshuis-Sport	4,16 ^{xxx}	1,94	4,94 ^{xxx}	1,94	5,53 ^{xxx}	1,95	4,42 ^{xxx}	1,92	5,10	1,91	5,82 ^{xxx}	2,04
11 Besigheid-Handel	5,30	1,73	4,94 ^{xx}	1,73	4,64 ^{xxx}	1,67	5,42	1,74	5,10 ^{xx}	1,78	4,83 ^{xxx}	1,79
12 Besigheid-Bedryfsleiding	5,46	1,61	5,07 ^{xxx}	1,65	4,97	1,64	5,63	1,70	5,25 ^{xxx}	1,70	5,05	1,65
13 Sosiaal-Oorreding	5,30	1,61	4,97 ^{xx}	1,69	4,72 ^{xxx}	1,63	5,44	1,67	5,12 ^{xxx}	1,67	4,95 ^{xxx}	1,62
14 Sosiaal-Gesellig	4,73	1,85	4,96	1,90	5,18 ^{xxx}	2,01	4,90	1,83	4,99	1,92	5,41 ^{xxx}	2,04
15 Persoonlike diens	4,79	1,92	4,84	1,83	4,87 ^{xxx}	1,79	4,91	1,84	4,97	1,88	5,17 ^{xxx}	1,89
16 Maatskaplike diens	4,92	1,79	4,90	1,90	4,77 ^{xxx}	1,85	5,05	1,78	4,93	1,86	5,06 ^{xxx}	1,94
17 Kantoorwerk-Klerklik	5,28	1,69	4,97 ^{xxx}	1,67	4,60 ^{xxx}	1,64	5,43	1,65	5,12 ^{xxx}	1,71	4,85 ^{xxx}	1,72
18 Kantoorwerk-Numeries	5,46	1,67	5,11	1,71	4,69 ^x	1,71	5,53	1,76	5,21	1,75	5,01 ^x	1,76
W-velde	MEISIES											
1 Kuns-Waardering	6,05	1,31	5,73	1,13	5,50	1,00	6,08	1,34	5,71	1,12	5,49	0,96
2 Kuns-Ekspresie	5,76	1,52	5,38	1,38	5,05	1,35	5,77	1,54	5,31	1,36	5,09	1,29
3 Taal-Waardering	5,86	1,64	5,27	1,46	4,84	1,29	5,90	1,62	5,30	1,44	4,96	1,28
4 Taal-Ekspresie	5,90	1,56	5,36	1,47	5,11	1,40	5,85	1,54	5,34	1,46	5,12	1,38
5 Wetenskap-Navorsing	5,17	1,70	5,05	1,73	4,99 ^x	1,86	5,09	1,61	4,96	1,71	5,30 ^x	1,84
6 Wetenskap-Teoreties	5,35	1,34	5,28	1,41	5,21 ^{xxx}	1,58	5,38	1,35	5,20	1,39	5,43 ^{xxx}	1,59
7 Meganies-Hantering	5,60	1,80	4,91	1,93	4,21	2,01	5,46	1,76	4,98	2,00	4,37	2,01
8 Meganies-Ontwerp	5,42	1,74	5,14	1,78	4,80 ^{xxx}	1,86	5,26	1,68	5,11	1,78	5,04 ^{xxx}	1,87
9 Buitenshuis-Natuur	5,54	1,77	5,04	1,67	4,60	1,56	5,53	1,70	5,08	1,67	4,69	1,63
10 Buitenshuis-Sport	5,76	1,58	5,18 ^{xxx}	1,38	4,81	1,25	5,78	1,60	5,32 ^{xxx}	1,47	4,91	1,29
11 Besigheid-Handel	5,54	1,75	4,94	1,76	4,57	1,64	5,48	1,80	4,97	1,76	4,71	1,77
12 Besigheid-Bedryfsleiding	5,75	1,59	5,27	1,56	4,74 ^{xxx}	1,21	5,75	1,63	5,28	1,51	4,96 ^{xxx}	1,41
13 Sosiaal-Oorreding	5,77	1,46	5,32	1,43	4,91 ^{xxx}	1,19	5,83	1,48	5,36	1,40	5,08 ^{xxx}	1,33
14 Sosiaal-Gesellig	5,79	1,61	5,29	1,41	4,87	1,16	5,89	1,57	5,30	1,41	4,93	1,19
15 Persoonlike diens	5,77	1,61	5,22	1,47	5,21	1,19	5,75	1,56	5,24	1,45	4,91	1,27
16 Maatskaplike diens	5,70	1,63	5,32	1,47	5,08	1,47	5,74	1,55	5,33	1,48	5,15	1,44
17 Kantoorwerk-Klerklik	5,85	1,55	5,33	1,42	4,93	1,30	5,86	1,52	5,40	1,43	5,06	1,39
18 Kantoorwerk-Numeries	5,78	1,50	5,40	1,43	5,11	1,42	5,79	1,47	5,43	1,44	5,23	1,44
N	188		646		301		869		2597		1187	
H-velde	MEISIES											
1 Kuns-Waardering	4,56 ^{xxx}	1,89	4,99	1,90	5,47	2,03	4,20 ^{xxx}	1,86	5,04	1,93	5,40	2,07
2 Kuns-Ekspresie	4,79 ^{xxx}	1,98	5,02	1,89	5,22	2,18	4,40 ^{xxx}	1,82	4,98	2,02	5,16	2,08
3 Taal-Waardering	4,77	1,80	4,92	1,92	5,23	1,95	4,65	1,69	4,99	1,85	5,22	2,01
4 Taal-Ekspresie	4,95	1,72	5,11	1,90	5,29	2,11	4,76	1,66	5,05	1,87	5,20	2,06
5 Wetenskap-Navorsing	5,12	1,74	5,05	1,72	5,08	1,79	4,98	1,68	5,07	1,81	5,09	1,88
6 Wetenskap-Teoreties	5,45	1,79	5,06	1,75	4,88	1,77	5,28	1,63	5,13	1,78	5,08	1,89
7 Meganies-Hantering	5,70 ^x	1,80	5,01	1,76	4,76	1,77	5,22 ^x	1,65	5,04	1,76	4,82	1,75
8 Meganies-Ontwerp	6,00 ^{xxx}	1,63	5,42	1,47	5,11	1,42	5,70 ^{xxx}	1,46	5,45	1,45	5,12	1,36
9 Buitenshuis-Natuur	4,57	1,81	5,01	1,94	5,19	1,89	4,41	1,75	5,08	1,92	5,32	1,98
10 Buitenshuis-Sport	4,45	1,86	4,90 ^{xxx}	1,85	5,09 ^{xxx}	2,07	4,34	1,84	5,13 ^{xxx}	1,93	5,48 ^{xxx}	2,01
11 Besigheid-Handel	5,63	1,74	5,27	1,79	4,78	1,51	5,54	1,71	5,23	1,76	4,80	1,68
12 Besigheid-Bedryfsleiding	5,49	1,82	5,34	1,68	5,14	1,47	5,41	1,66	5,26	1,64	5,08	1,55
13 Sosiaal-Oorreding	5,22	2,06	5,02	2,09	4,58	1,85	5,10	2,01	5,03	2,03	4,82	2,00
14 Sosiaal-Gesellig	4,69 ^{xxx}	1,86	4,96	1,88	5,46	1,90	4,34 ^{xxx}	1,75	5,00	1,83	5,47	1,96
15 Persoonlike diens	4,81	1,96	5,14	1,95	5,08	1,79	4,64	1,88	5,06	2,00	5,20	1,94
16 Maatskaplike diens	4,90	2,06	5,11	2,03	5,08	1,93	4,78	1,94	5,00	2,01	5,11	2,07
17 Kantoorwerk-Klerklik	5,36	1,92	5,02	2,08	4,51	1,90	5,27	1,89	5,05	2,02	4,49	2,01
18 Kantoorwerk-Numeries	5,65	1,91	5,14	1,79	4,54 ^{xxx}	1,63	5,47	1,75	5,17	1,77	4,77 ^{xxx}	1,77
W-velde	MEISIES											
1 Kuns-Waardering	5,48	1,48	5,35	1,43	5,30	1,45	5,46	1,46	5,33	1,49	5,16	1,57
2 Kuns-Ekspresie	5,34	1,73	5,29	1,74	5,42 ^{xxx}	1,82	5,29	1,72	5,22	1,74	5,14 ^{xxx}	1,82
3 Taal-Waardering	5,74	1,55	5,35	1,35	5,29	1,36	5,70	1,41	5,39	1,39	5,14	1,32
4 Taal-Ekspresie	5,66	1,47	5,47	1,46	5,29	1,46	5,64	1,44	5,38	1,42	5,20	1,40
5 Wetenskap-Navorsing	5,46	1,44	5,22	1,39	5,35	1,57	5,41	1,43	5,30	1,49	5,26	1,52
6 Wetenskap-Teoreties	5,71	1,45	5,20 ^{xxx}	1,37	5,31	1,60	5,65	1,44	5,33 ^{xxx}	1,47	5,16	1,46
7 Meganies-Hantering	6,28	1,27	5,65	1,14	5,38	0,95	6,15	1,30	5,71	1,16	5,36	0,88
8 Meganies-Ontwerp	6,27	1,22	5,77	1,07	5,59	1,03	6,17	1,19	5,81	1,12	5,53	0,93
9 Buitenshuis-Natuur	5,64	1,77	5,18	1,64	4,78 ^{xxx}	1,59	5,50	1,73	5,24	1,73	4,96 ^{xxx}	1,65
10 Buitenshuis-Sport	5,50	2,07	4,95	1,78	4,39	1,59	5,42	1,89	5,10	1,88	4,59	1,71
11 Besigheid-Handel	5,76	1,44	5,37	1,43	5,13	1,31	5,75	1,52	5,42	1,47	4,98	1,27
12 Besigheid-Bedryfsleiding	5,66	1,40	5,47	1,45	5,12	1,27	5,72	1,50	5,41	1,44	5,04	1,26
13 Sosiaal-Oorreding	5,86	1,45	5,40	1,49	5,03	1,26	5,75	1,54	5,37	1,47	4,94	1,26
14 Sosiaal-Gesellig	5,41	1,69	5,22	1,80	4,76	1,61	5,51	1,78	5,11	1,75	4,64	1,65
15 Persoonlike diens	5,41	1,85	5,23	1,88	4,78	1,76	5,26	1,82	5,11	1,85	4,68	1,84
16 Maatskaplike diens	5,24	1,76	5,16	1,89	4,98	2,02	5,10	1,79	5,00	1,94	4,76	2,03
17 Kantoorwerk-Klerklik	5,40	1,51	5,14	1,76	4,76	1,78	5,46	1,61	5,23	1,78	4,59	1,77
18 Kantoorwerk-Numeries	5,73	1,35	5,45	1,41	5,11	1,38	5,74	1,40	5,47	1,47	5,01	1,35
N	128		411		196		747		2541		1303	

x Beduidend 1%-peil; xx Beduidend 5%-peil; xxx Beduidend 10%-peil.

nie veel van die gesonde meisies verskil nie, maar tog van die asmaseuns. Hierdie bevindings word nog meer insiggewend indien daar gelet word op die getal beduidende verskille soos aangedui in tabel 6.8.

Die gegewens van tabel 6.8 is grafies voorgestel vir asma- en gesonde leerlinge, vir die drie IK- en geslagsgroepe apart en verskyn in figure 6.1 tot 6.3, vir seuns en 6.4 tot 6.6 vir meisies.

Volgens die grafiese voorstellings van die tellings wat die asma- en gesonde leerlinge behaal het op die GSZ, blyk die verskille tussen asma- en gesonde leerlinge en tussen asmaseuns en -meisies nog duideliker.

Afgesien van die genoemde verskille, neem die getal beduidende verskille, asook die graad van beduidendheid by die seuns toe namate die IK toeneem en wel in die verhouding 3 : 7 : 20. Dieselfde tendens is egter nie by die asmameisies waarneembaar nie.

Die bevindings volgens die GSZ toon in 'n groot mate dieselfde tendens as die bevindings op die HSPV en Aanpassingsvraelys. Volgens die persoonlikheid en aanpassing van die asmaleerlinge, soos gemeet deur die HSPV en Aanpassingsvraelys (par. 5.2 en 5.3 respektiewelik) het geblyk dat die asmaleerlinge met meer persoonlikheids- en aanpassingsprobleme te kampe het as gesonde leerlinge, terwyl asmaseuns deurgaans meer en ernstiger persoonlikheids- en aanpassingsprobleme het as asmameisies.

Dit mag wees dat die asmaseun as gevolg van sy meer en ernstiger persoonlikheids- en aanpassingsprobleme minder intensioneel gerig is op en belangstel in werk en stokperdjies as die gesonde seun. Wanneer 'n kind in sy liggaamlikheid aangetas is, word hy in sy eksplorاسie van sy wêreld gekortwiek. In die beginsel van eksplorاسie lê opgesluit die emansipasie-beginsel, dit wil sê die strewe om self iemand te wil wees. Langeveld (1966) wys daarop dat 'n kind wat aan sy eie lot oorgelaat word, nie sal eksploreer nie, selfs nie eers waar daar oorbeveiliging en oorbeskerming is nie, want dan sal hy te veel aangewese wees op die hulp van die ouer en ander persone.

De Necker (s.d.) bespreek die twee uiterste vorms van die moeder-kindverhouding, wat as 'n belangrike veroorsakende faktor van asma aangedui is en wys daarop dat waar by die kind 'n tekort aan moederliefde bestaan, daar by hom 'n onvermoë is om hom aan iets te bind. Dit geld nie alleen ten opsigte van persone nie maar ook ten opsigte van sake. Egte belangstelling ontbreek en niks skyn blywende waarde te hê nie.

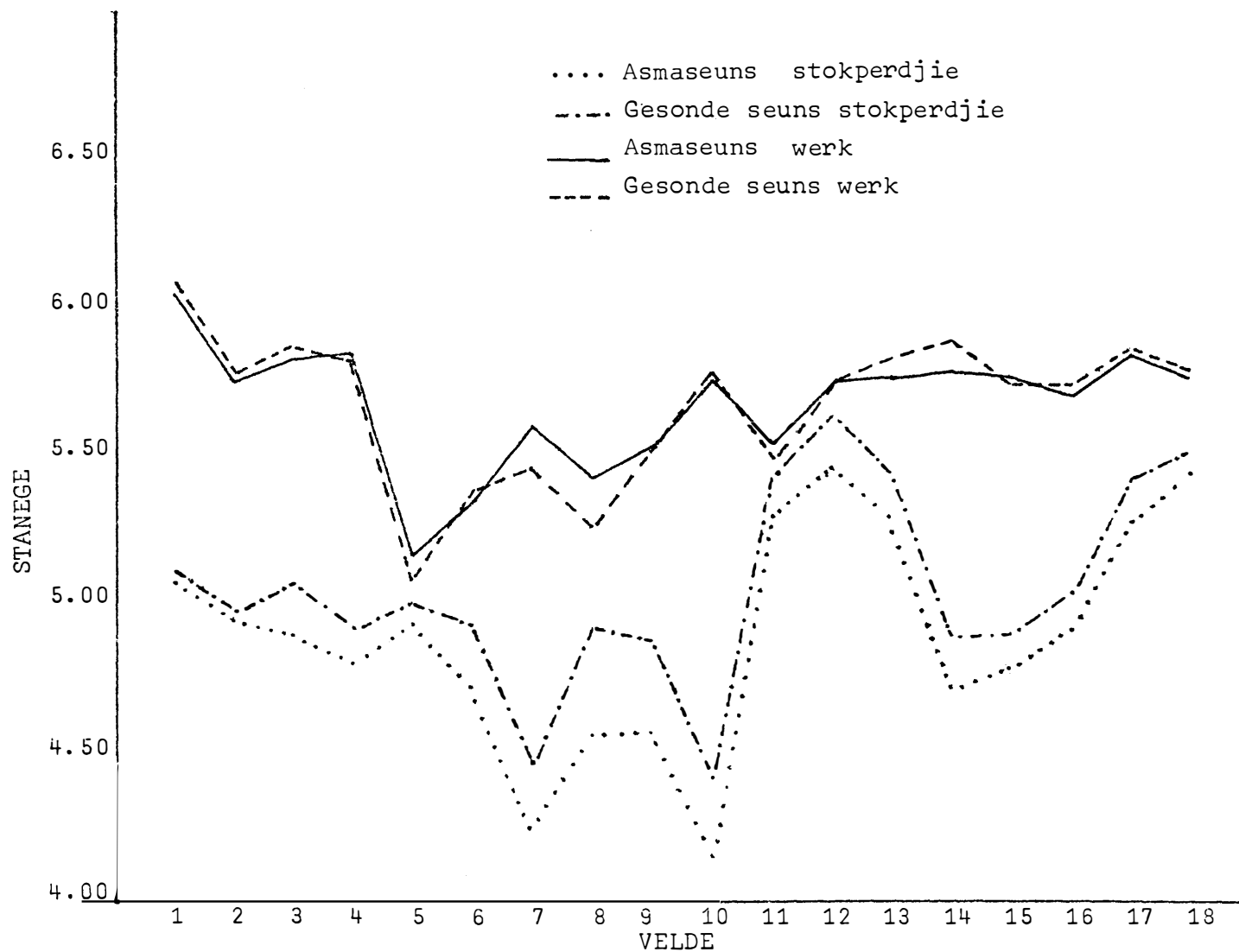
Sonnekus (1963) meen dat sodra die kind geleer het om sy siekte te verwerk, om dit te aanvaar en daarmee saam te leef, kom hy weer tot verantwoordelike saanvaarding, begryp hy die sinvolheid van sy eie bestaan en is daar sprake van 'n dinamies-aktiewe verwerking, van hernieude toekomstperspektief, van 'n geroepenheid tot taakbesef (p. 160).

Hofmeyr (1970) wys ook op die remmende uitwerking wat enige langdurige siekte op die toekomstperspektief van die kind het.

Volgens die houding van die asmaleerlinge, dui hul houding ten opsigte van skoolgaan (tabel 4.23) en die doen van huiswerk (tabel 4.25) ook daarop dat hulle moontlik swakker gemotiveerd is as die gesonde leerlinge. Die asmameisies daarenteen, is in vergelyking met die asmaseuns relatief meer positief ingestel in hul houding ten opsigte van skoolgaan en geleerdheid (tabelle 4.23 en 4.27).

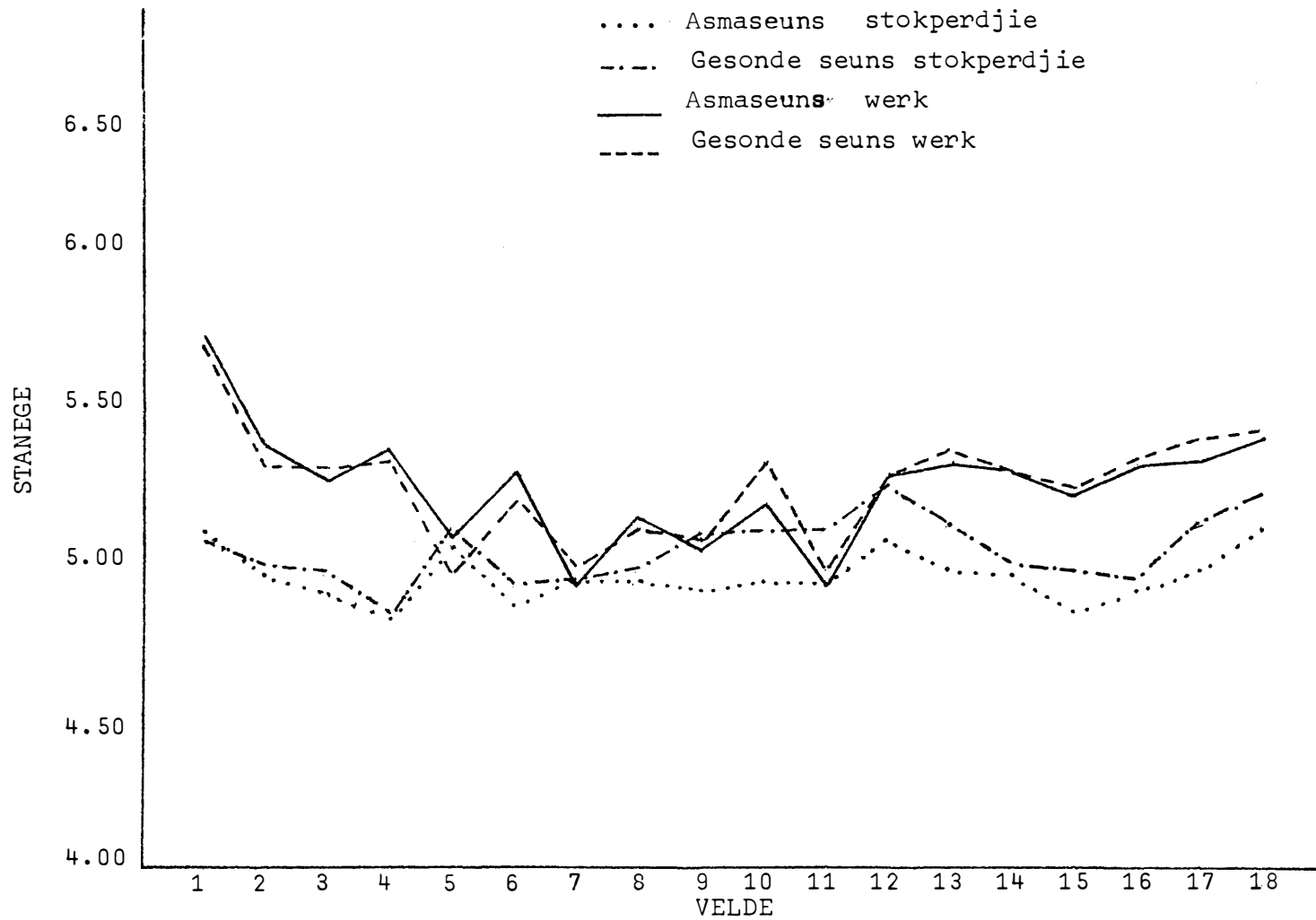
Die belangstellingsverskille tussen asmaseuns en -meisies, moet, afgesien van die moontlike invloed wat die persoonlikheids- en aanpassingsprobleme op die belangstelling van die seun uitoefen, toegeskryf word aan geslagsverskille. Volgens Van Z. Kotzé (1966) is die meisie in st.6 veral emosioneel reeds verder gevorder tot die wêreld van die volwassene as die seun. Beets (1958) meen: "De jongen heeft meer moeite met het jongen - zijn dan het meisje met het meisje - zijn" (p. 90). Die seun vind identifikasie met sy eie geslag moeiliker as die meisie, omdat huis- en skoolopvoeding grotendeels vroulik georiënteerd is.

FIGUUR 6.1
 BELANGSTELLINGSPROFIEL VAN DIE ONDERGEMIDDELTE ASMA- EN GESONDE SEUNS VOLGENS DIE H- EN W-VELDE VAN DIE GSZ



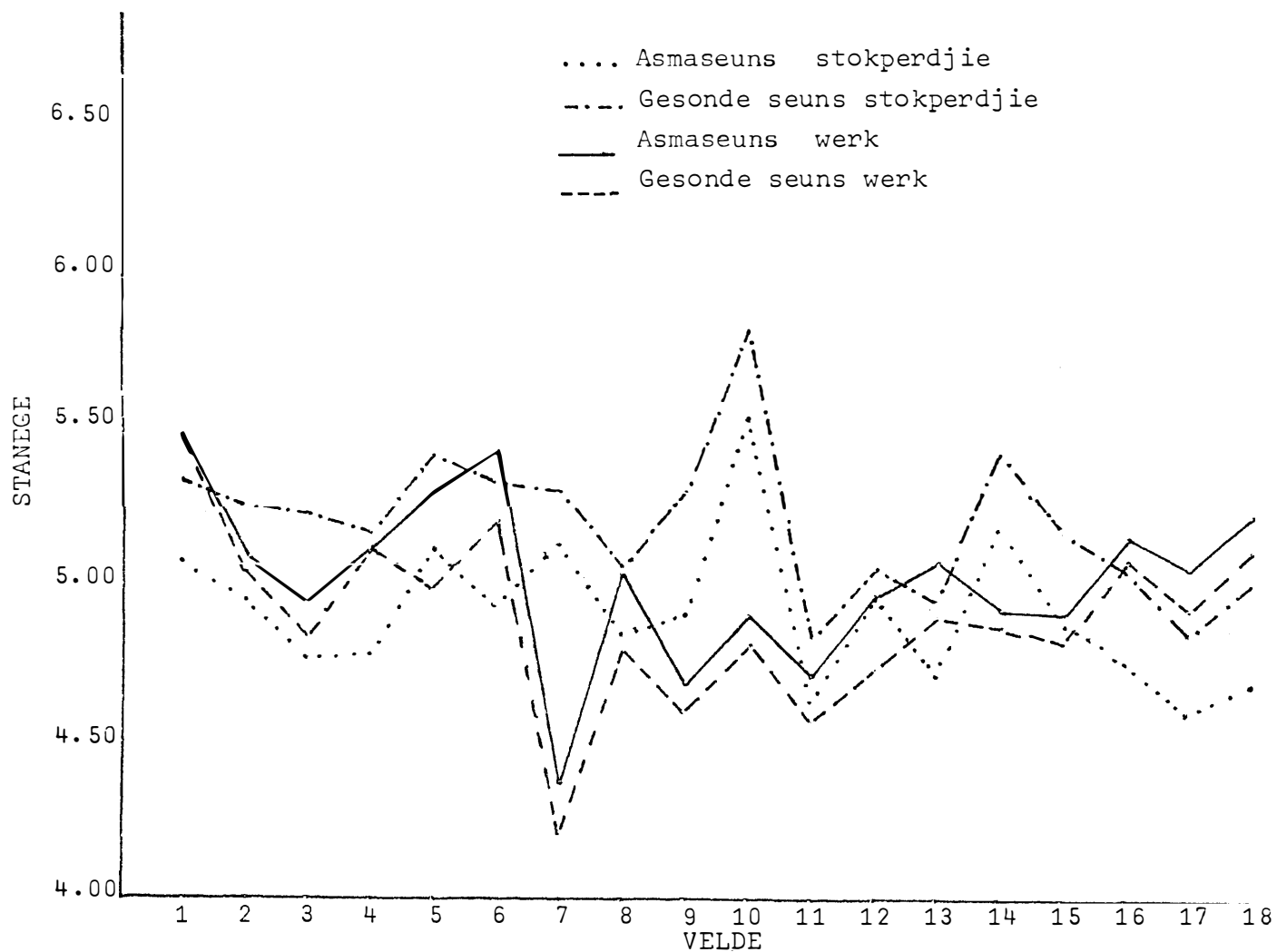
FIGUUR 6.2

BELANGSTELLINGSPROFIEL VAN DIE GEMIDDELTE ASMA- EN GESONDE SEUNS VOLGENS DIE H- EN W-VELDE VAN DIE GSZ



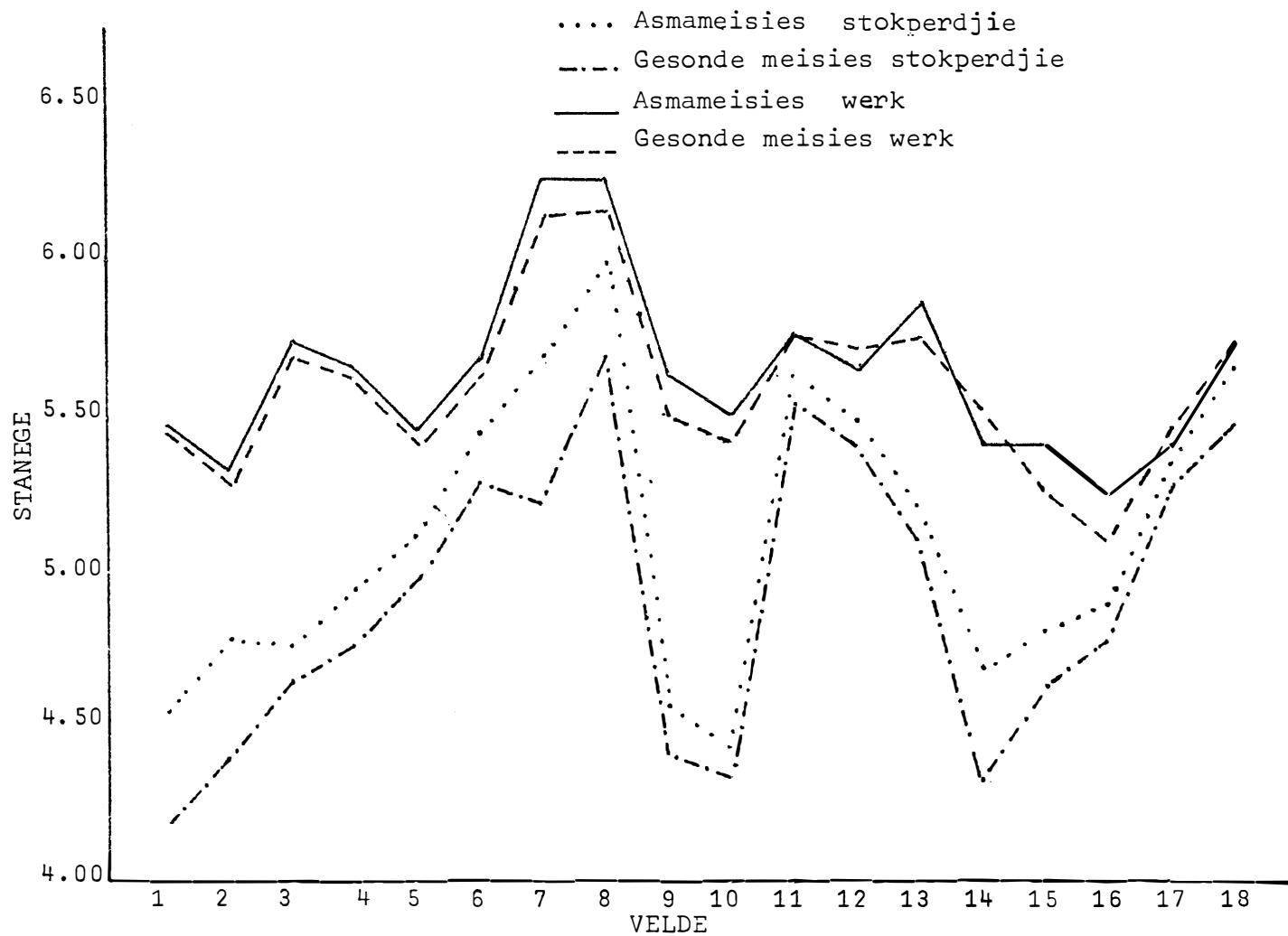
FIGUUR 6.3

BELANGSTELLINGSPROFIEL VAN DIE BOGEMIDDELDE ASMA- EN GESONDE SEUNS VOLGENS DIE H- EN W-VELDE VAN DIE GSZ



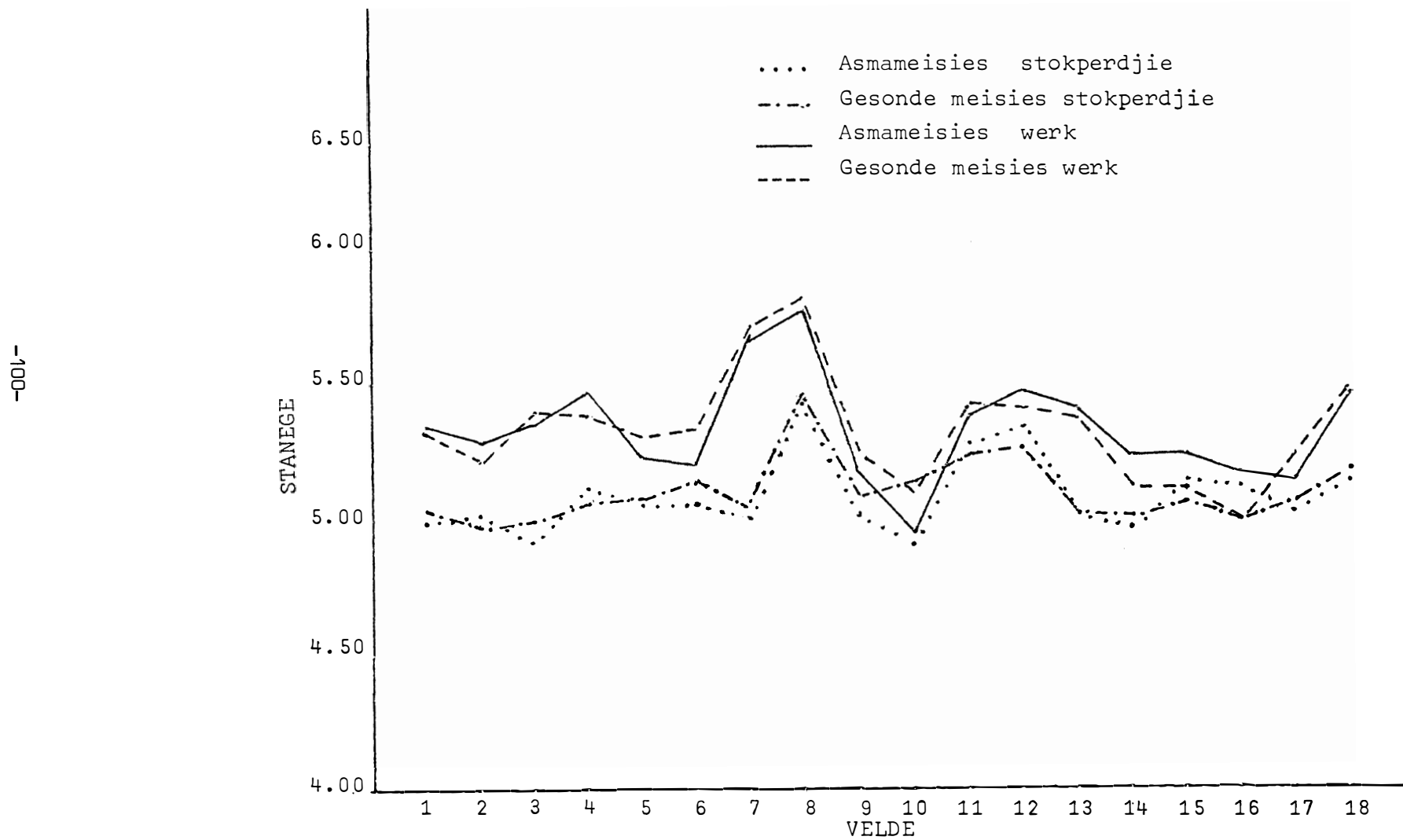
FIGUUR 6.4

BELANGSTELLINGSPROFIEL VAN DIE ONDERGEMIDDELDE ASMA- EN GESONDE MEISIES VOLGENS DIE H- EN W-VELDE VAN DIE GSZ



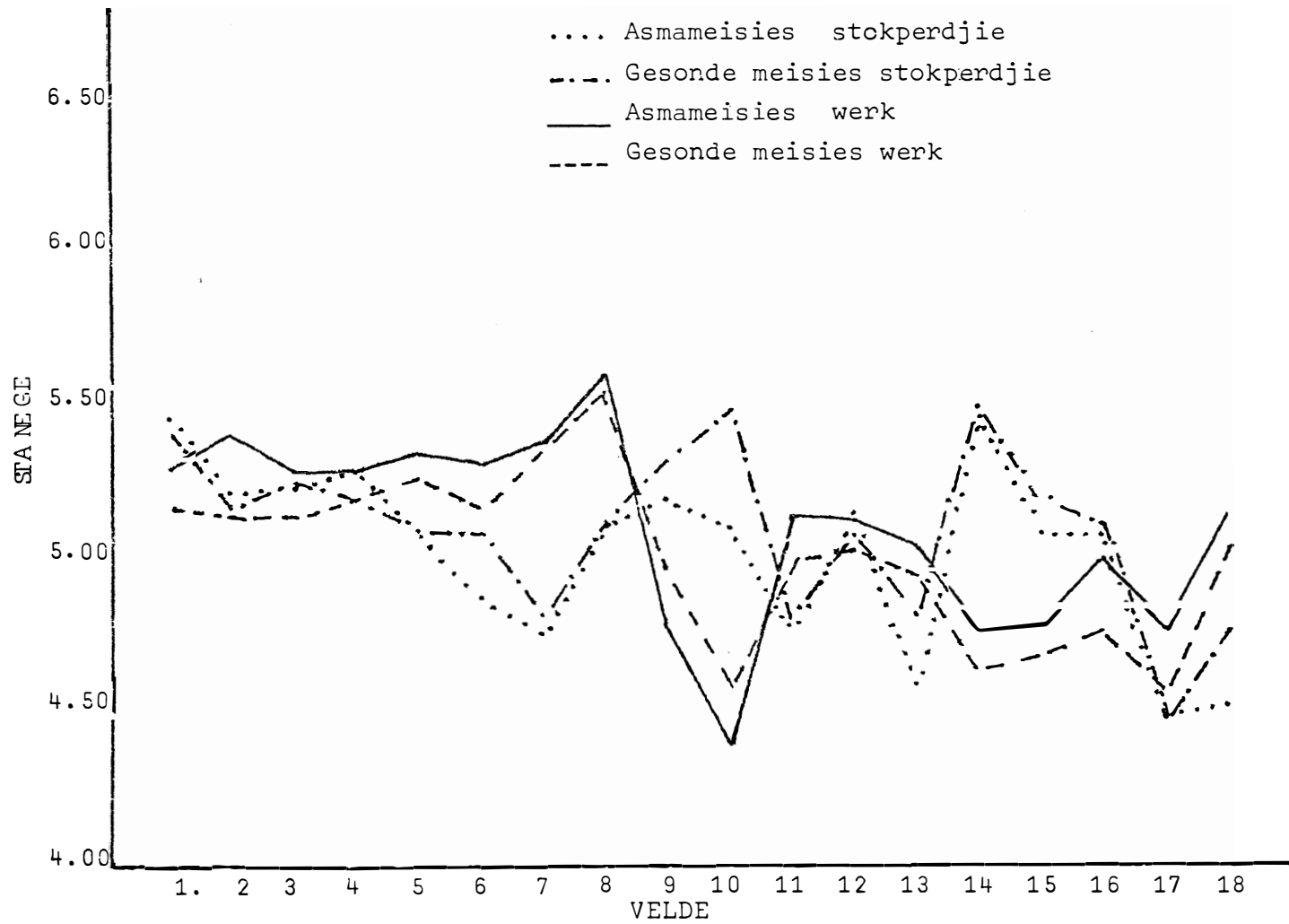
FIGUUR 6.5

BELANGSTELLINGSPROFIEL VAN DIE GEMIDDELDE ASMA- EN GESONDE MEISIES VOLGENS DIE H- EN W-VELDE VAN DIE GSZ



FIGUUR 6.6

BELANGSTELLINGSPROFIEL VAN DIE BOGEMIDDELDE ASMA- EN GESONDE MEISIES VOLGENS DIE H- EN W-VELDE VAN DIE GSZ



'n Baie interessante verskynsel wat na vore kom volgens figure 6.1 tot 6.6 in verband met die belangstellingsprofiel van die asma- en gesonde leerlinge, is dat die ondergemiddelde leerlinge (asma en gesond), 'n heelwat hoër werkbelangstelling as stokperdjiebelangstelling toon. By die gemiddelde leerlinge is die verskil tussen werk- en stokperdjiebelangstelling gering, terwyl in die geval van die bogemiddelde leerlinge 'n groter stokperdjie- as werkbelangstelling na vore kom.

Bogenoemde tendens kan verklaar word op grond van die feit dat die ondergemiddelde leerlinge gewoonlik die skool verlaat sodra hulle 16-jarige ouderdom bereik, omdat hulle as gevolg van hul lae intellek nie in staat daartoe is om verder te leer nie. Dit is gewoonlik dié groep leerlinge, wat die skool met 'n st.6- of 7-sertifikaat verlaat. Hierdie leerlinge se belangstelling is hoofsaaklik werkgerig en die verskil tussen werk- en stokperdjiebelangstelling is die grootste, wat daarop dui, dat hulle aan die genoemde beroepsrigtings dink in terme van werk, eerder as in terme van stokperdjies.

Van die gemiddelde leerlinge, met 'n IK wat wissel tussen 89-112, verlaat ongeveer die helfte gewoonlik die skool met 'n st.8-sertifikaat, terwyl die res deurdring tot st.10, met die gevolg dat 'n groot persentasie van hierdie leerlinge in st.6 nog nie so beroepsgerig is as die ondergemiddelde leerlinge nie.

Die bogemiddelde leerlinge daarenteen, het gewoonlik nog 'n lang skoolloopbaan, met gewoonlik verdere opleiding na st.10 in die vooruitsig, met die gevolg dat hulle die meeste beroepe nog sien in terme van stokperdjies. Hulle dink nog nie in terme van werk nie, of is nog nie so werkgerig as die leerlinge wat die skool binnekort sal verlaat om te gaan werk nie.

Bogenoemde tendens is van besondere belang vir die beroepsvoorligter aan hoërskole. Omdat asmaleerlinge dieselfde tendens openbaar as gesonde leerlinge, moet daar in gedagte gehou word dat hierdie groep leerlinge se beroepswêreld in 'n meerdere mate beperk word as dié van die gesonde leerlinge. Die ondergemiddelde asmaleerlinge het behalwe sy intellektuele agterstand, ook nog te kampe met 'n siekteprobleem. Vanweë die allergiese aard van hul siekte, oefen dit 'n verdere beperkende invloed uit op 'n reeds beperkte beroepsveld.

In tabel 6.10 is op grond van die belangstellingsprofiel 'n tabel vir seuns en vir meisies saamgestel, van die hoogste en laagste belangstellingsrigtings van die asma- en gesonde leerlinge. In elke geval is die vier belangstellingsrigtings vir werk en stokperdjies geneem, waarin die leerlinge die hoogste en laagste belangstelling toon.

Uit tabel 6.10 blyk baie duidelik dat wat die aard van belangstelling betref, daar feitlik geen verskille tussen asma- en gesonde leerlinge voorkom nie.

As gevolg van die ooreenkoms tussen asma- en gesonde leerlinge, wat betref hul hoogste en laagste belangstellingsrigtings en nieteenstaande die relatief geringe verskille ten opsigte van sekere velde van belangstelling, is die rangordekorrelasie van Spearman (Downie en Heath, 1959, pp. 178-180) toegepas om te bepaal of die oënskynlike verband wat uit die tabelle duidelik geword het, betekenisvol is of nie.

Die korrelasies en hul beduidendheid tussen asma- en gesonde leerlinge in die verskillende belangstellingsvelde van die GSZ, word weergegee in tabel 6.11.

Volgens die gegewens van tabel 6.11 blyk dat die verband tussen asma- en gesonde leerlinge wat betref hulle belangstellingspatroon, soos gemeet deur die GSZ, hoogs beduidend is, en kan die afleiding gemaak word dat die belangstellingspatroon van die asmaleerlinge nie verskil van dié van die gesonde leerlinge nie.

TABEL 6.10

DIE HOOGSTE EN LAAGSTE BELANGSTELLINGSRIGTINGS VAN ASMA- EN GESONDE LEERLINGE VIR WERK (W) EN STOKPERDJIE (H) VOLGENS DIE NUMERIESE* VELDE VAN DIE GSZ

Ondergemiddeld				Gemiddeld				Bogemiddeld			
Werk		Stokperdjie		Werk		Stokperdjie		Werk		Stokperdjie	
A	G	A	G	A	G	A	G	A	G	A	G
Seuns - hoogste belangstelling											
1	1	12	12	1	1	12	12	1	1	5	5
3	3	13	13	18	18	18	18	18	18	10	10
17	17	18	18	4	4	1	13	6	6	14	14
4	14	11	17	2	17	5	17	4	5	7	6
Seuns - laagste belangstelling											
5	5	7	7	5	5	4	4	7	7	11	11
6	6	9	9	7	7	6	6	9	9	13	13
8	8	10	10	9	9	16	16	11	11	17	17
11	7	8	14	11	11	15	7	12	10	18	18
Meisies - hoogste belangstelling											
7	7	8	8	7	7	8	8	5	5	1	1
8	8	11	11	8	8	11	11	7	7	14	14
11	11	18	18	4	11	12	12	8	8	4	10
13	13	7	12	12	18	18	18	2	4	3	9
Meisies - laagste belangstelling											
2	2	1	1	10	10	3	3	10	10	13	13
15	15	10	10	16	16	14	14	14	14	17	17
16	16	14	14	9	14	1	2	15	15	18	18
17	5	9	2	17	15	10	16	9	17	7	11

A = asmaleerlinge;

G = gesonde leerlinge

*Verklaring van numeriese velde word gevind in tabel 6.8.

TABEL 6.11

RANGORDEKORRELASIE TUSSEN TELLINGS VAN ASMA- EN GESONDE LEERLINGE IN DIE VERSKILLENDE BELANGSTELLINGSVELDE VIR WERK- EN STOKPERDJIEBELANGSTELLING SOOS GEMEET DEUR DIE GSZ-BELANGSTELLINGSVRAELYS

Beskrywing	Seuns			Meisies		
	O/G*	Gem.*	B/G*	O/G	Gem.	B/G
Werkbelangstelling						
Korrelasies	0,96	0,89	0,92	0,93	0,86	0,94
Peil van beduidendheid	0,10%	0,10%	0,10%	0,10%	0,10%	0,10%
Stokperdjiebelangstelling						
Korrelasies	0,95	0,81	0,88	0,95	0,60	0,79
Peil van beduidendheid	0,10%	0,10%	0,10%	0,10%	1,00%	0,10%

O/G - Ondergemiddeld; Gem. - Gemiddeld; B/G* - Bogemiddeld

In die lig van die genoemde bevinding rus daar 'n belangrike taak op die skouers van skoolvoorligters en beroepsraadgewers om die belangstelling van die asmaleerlinge so te kanaliseer dat hulle, met inagneming van hul siekte, nog die beroep kan kies wat die nouste in verband staan met hul aanleg en belangstelling. Die asmaleerling moet betyds gewaarsku word teen die beroepe wat sy siekte kan vererger. Hier word in die besonder gedink aan beroepe waar die asmalyer maklik in aanraking kom met allergeene, beroepe wat gepaard gaan met wisselende temperatuur en klimaatsveranderinge, beroepe wat strawwe eise stel aan die werknemer se liggaamskragte, ensovoorts.

Uit navorsingsgegevens blyk dat volwasse asmalyers met ernstige beroepsprobleme te kampe het, deels as gevolg van hul siekte en die daarmee gepaardgaande afwesigheid van werk, maar ook en veral as gevolg van verkeerde beroepskeuses.

Pauw (1958) wys daarop dat dit moeilik is om asmapasiënte in beroepe geplaas te kry en hy toon aan dat die getalle steeds toeneem. Volgens hom oefen asma 'n sterk invloed uit op arbeidsproduktiwiteit. Sestig persent van die bykans 150 000 Nederlanders wat aan asma ly, is in die produktiewe leeftydsklas en volgens Paauw: "...zijn de mensen in staat om een beroep uit te oefenen en kunnen zij aanleg en ijver bezitten, doch het telkens uitvallen vanwege hun ademnood doet de werkgever besluiten hem of haar niet in dienst te nemen" (p. 21).

Howard (1963) wys daarop dat: "The continuation of asthmatic symptoms over a period of time affects the child's general health, growth and personality and he may later find it difficult to learn a trade or business which will help him obtain and hold a gainful occupation" (p. 300).

Flensburg (1945) het gevind dat 33,6 persent van die 116 pasiënte in sy ondersoek, wat nie van hul asma genees het nie, spesiale beroepe moes kies as gevolg van hul siekte.

Todd (1963) waarsku: "Asthmatic children should be discouraged from being veterinary surgeons, farmers, animal laboratory workers, bakers or workers in dusty industries because of the possibility of their becoming sensitized, even after apparent cure" (p. 532).

Volgens Swagers (1958) is voorligting in verband met die asmalyer noodsaaklik. Nie net voorligting aan die asmalyer nie, maar aan die hele volk, sodat hy gehelp kan word om 'n gesonde en welvarende lewe te lei, sonder om 'n las vir die samelewing te wees.

HOOFSTUK 7

SKOLASTIESE BEKWAAMHEID, SKOLASTIESE PRESTASIE EN EKSAMENPUNTE

7.1 INLEIDING

Alhoewel daar soms oorvleueling tussen aanlegtoetse, skolastiese bekwaamheidstoetse en skolastiese prestasietoetse voorkom, tref Helmstadter (1964) 'n duidelike onderskeid daartussen. Volgens hom moet aanlegtoetse daardie aspekte wat weinig verbeter as gevolg van oefening; bekwaamheidstoetse dié aspekte wat 'n verband toon met algemene omgewingsverryking, terwyl prestasietoetse prestasie in 'n sekere afgebakende gebied meet nadat formele opleiding verskaf is.

'n Individuele bekwaamheid ontwikkel in 'n sekere rigting as gevolg van sy aanleg, terwyl die aanleg, asook sekere persoonlikheidseienskappe, belangstelling en motivering tesame met opleiding en onderrig, bepaal watter peil van bekwaamheid hy besit.

Skolastiese bekwaamheidstoetse is veral gerig op bekwaamheid in tale en rekenkunde. Hierdie toetse toon gewoonlik 'n hoë mate van voorspellingsgeldigheid ten opsigte van akademiese sukses en besit volgens Super en Crites (1962) in sekere gevalle net so 'n goeie differensiële voorspellingswaarde as aanlegtoetse.

7.2 SKOLASTIESE BEKWAAMHEID

Die bekwaamheidstoetse wat in hierdie ondersoek aangewend is, is:

- (a) Die Algemene Toetse in Taal en Rekenkunde (ATTR)
- (b) Die Spellingtoetse (ST)

Bogenoemde toetse is kortliks bespreek in paragrawe 1.4.10 en 1.4.11.

7.2.1 Die Algemene Toetse in Taal en Rekenkunde

Die gemiddelde stangetellings en standaardafwykings van die asma- en gesonde leerlinge in die ATTR verskyn in tabel 7.1. Sekere waargenome tendense sal kortliks aandag ontvang:

(a) Moedertaal Afrikaans en Engels: Alhoewel dit wil voorkom of asmaleerlinge relatief beter in hul Moedertaal presteer as die gesonde leerlinge, is beduidende verskille net gevind ten opsigte van Moedertaal Engels in die geval van die gemiddelde asmaseuns en bogemiddelde asmameisies (1% en 5% respektiewelik). In die res van die gevalle is die verskille gering en onbeduidend.

(b) Tweede taal Afrikaans en Engels: In die geval van Tweede taal Engels presteer die gemiddelde asmaseuns en ondergemiddelde asmameisies (5%) en die bogemiddelde asmameisies (1%) beduidend beter as die gesonde leerlinge, terwyl die verskille ten opsigte van die res van die leerlinge gering en onbeduidend is.

Ten opsigte van Tweede taal Afrikaans is dit slegs die gemiddelde asmaseuns (5%) wat beduidend beter presteer as die gesonde leerlinge, terwyl daar ten opsigte van die res van die leerlinge geen besondere tendens waarneembaar is nie.

Die relatief tot beduidend beter prestasie van die asmaleerlinge in Tweede taal Engels mag moontlik toegeskryf word aan die beduidend groter voorkoms van asmaleerlinge in stedelike en veral die stedelike kusgebiede soos Kaapstad, Port Elizabeth, Oos-Londen en Durban, waar daar 'n hoë konsentrasie Engelssprekendes aangetref word (tabelle 4.3 en 4.4), en die Afrikaanssprekende asmaleerlinge dus in 'n beter geleentheid is om tweetalig te word as die gesonde leerlinge, wat meer eweredig oor die land versprei is.

(c) Rekenkunde: Asmaleerlinge presteer met die uitsondering van die ondergemiddelde asmaseuns relatief beter as die gesonde leerlinge, alhoewel slegs die gemiddelde asmaseuns en bogemiddelde asmameisies beduidend (5% en 10% respektiewelik) verskil. Hierdie relatief tot beduidend beter prestasie van die asmaleerlinge in Rekenkunde stem in hoofsaak ooreen met die resultate van die JAT, HT en TT.

TABEL 7.1
GEMIDDELDE STANEGETELLINGS VAN DIE ASMA- EN GESONDE LEERLINGE IN DIE ALGEMENE TOETSE IN TAAL EN REKENKUNDE

TOETS	Asmatiese leerlinge									Gesonde leerlinge								
	IK-groepe									IK-groepe								
	Ondergemiddeld			Gemiddeld			Bogemiddeld			Ondergemiddeld			Gemiddeld			Bogemiddeld		
	N	X	σ	N	X	σ	N	X	σ	N	X	σ	N	X	σ	N	X	σ
	SEUNES																	
Moedertaal Afrikaans	128	2,88	1,50	373	4,58	1,58	114	6,73	1,42	665	2,95	1,45	1689	4,54	1,56	603	6,61	1,45
Moedertaal Engels	59	3,07	1,47	277	4,87 ^{xx}	1,75	189	6,83	1,44	208	2,78	1,50	915	4,49 ^{xx}	1,74	597	6,74	1,63
Rekenkunde	187	3,01	1,40	650	4,94 ^{xxx}	1,60	303	6,96	1,56	873	3,11	1,44	2605	4,73 ^{xxx}	1,59	1200	6,83	1,58
Tweede taal Engels	128	3,41	1,53	373	4,65 ^{xxx}	1,64	114	6,52	1,43	665	3,45	1,43	1689	4,44 ^{xxx}	1,63	603	6,29	1,57
Tweede taal Afrikaans	59	3,80	1,62	277	4,84 ^{xxx}	1,80	189	5,62	1,84	208	3,74	1,72	915	4,54 ^{xxx}	1,91	597	5,91	1,94
	MEISIES																	
Moedertaal Afrikaans	87	3,32	1,43	206	4,97	1,53	83	7,01	1,58	552	3,09	1,41	1656	4,86	1,49	704	6,91 ^{xxx}	1,39
Moedertaal Engels	42	2,59	1,22	200	4,79	1,48	110	7,12 ^{xxx}	1,46	195	2,91	1,42	872	4,83	1,73	586	6,78 ^{xxx}	1,48
Rekenkunde	130	3,12	1,36	406	4,67	1,54	193	6,88 ^{xxx}	1,46	748	2,97	1,34	2529	4,61	1,57	1290	6,61 ^{xxx}	1,46
Tweede taal Engels	87	3,94	1,42	206	4,68	1,62	83	6,87 ^{xxx}	1,39	552	3,54 ^{xxx}	1,41	1656	4,74	1,58	704	6,31 ^{xxx}	1,57
Tweede taal Afrikaans	42	3,70	1,78	200	5,25	1,92	110	6,50	1,77	195	4,05	1,79	872	5,24	1,92	586	6,32	1,81

TABEL 7.2
GEMIDDELDE STANEGETELLINGS VAN DIE ASMA- EN GESONDE LEERLINGE IN DIE SPELLINGTOETSE

TOETS	Asmatiese leerlinge									Gesonde leerlinge								
	IK-groepe									IK-groepe								
	Ondergemiddeld			Gemiddeld			Bogemiddeld			Ondergemiddeld			Gemiddeld			Bogemiddeld		
	N	X	σ	N	X	σ	N	X	σ	N	X	σ	N	X	σ	N	X	σ
	SEUNES																	
Moedertaal Afrikaans	128	3,36	1,55	369	4,48	1,77	114	6,41	1,60	664	3,40	1,56	1687	4,49	1,72	600	6,35	1,66
Moedertaal Engels	60	3,35	1,36	276	4,29	1,76	187	6,03	1,79	208	3,29	1,61	905	4,18	1,82	594	5,94	1,91
Tweede taal	127	3,69	1,67	370	4,70	1,83	113	6,48	1,54	663	3,47	1,68	1684	4,56	1,77	600	6,25	1,70
Tweede taal	59	3,34	1,36	272	4,29	1,77	186	5,20	1,94	206	3,46	1,64	894	4,27	1,81	584	5,48 ^{xxx}	1,96
	MEISIES																	
Moedertaal Afrikaans	84	4,11	1,59	205	5,56 ^{xxx}	1,77	83	7,11	1,46	550	4,28	1,52	1648	5,35 ^{xxx}	1,65	703	7,01	1,45
Moedertaal Engels	44	3,75	1,57	205	4,99	1,58	112	6,73	1,67	195	3,74	1,57	878	5,04	1,69	598	6,51	1,62
Tweede taal	85	4,26	1,70	205	5,35	1,72	83	6,90	1,82	549	4,15	1,66	1648	5,27	1,69	702	6,65	1,55
Tweede taal	40	3,95	1,61	204	5,11	1,84	111	6,12	1,82	192	3,96	1,67	871	5,17	1,82	592	6,11	1,90

TABEL 7.3
GEMIDDELDE STANEGETELLINGS VAN DIE ASMA- EN GESONDE LEERLINGE IN DIE GESKIEDENIS-, ALGEMENE WETENSKAP- EN AARDRYKSUNDE-TOETSE

TOETS	Asmatiese leerlinge									Gesonde leerlinge								
	IK-groepe									IK-groepe								
	Ondergemiddeld			Gemiddeld			Bogemiddeld			Ondergemiddeld			Gemiddeld			Bogemiddeld		
	N	X	σ	N	X	σ	N	X	σ	N	X	σ	N	X	σ	N	X	σ
	SEUNES																	
Geskiedenis	189	3,94	1,94	656	5,19	1,84	306	6,44	1,83	882	4,11	1,84	2616	5,10	1,84	1201	6,44	1,84
Wetenskap	186	3,70	1,68	651	5,33	1,71	304	6,99	1,62	875	3,68	1,72	2598	5,27	1,71	1194	7,06	1,53
Aardrykskunde	187	3,83	1,83	649	5,29	1,86	303	6,57	1,72	866	4,07	1,82	2578	5,21	1,91	1187	6,60	1,81
	MEISIES																	
Geskiedenis	130	3,70	1,78	417	4,45	1,79	200	5,70	1,82	757	3,69	1,65	2555	4,52	1,79	1310	5,72	1,94
Wetenskap	131	3,12	1,38	410	4,39	1,55	196	6,16	1,56	751	2,96	1,37	2547	4,51	1,61	1308	6,13	1,61
Aardrykskunde	125	3,80	1,68	408	4,46	1,72	194	5,87	1,86	740	3,67	1,66	2534	4,55	1,81	1304	5,80	1,81

TABEL 7.4
GEMIDDELDE PERSENTASIES† VAN DIE ASMA- EN GESONDE LEERLINGE IN SEKERE ST. SES-EINDEKSAMENPUNTE

VAK	Asmatiese leerlinge									Gesonde leerlinge								
	IK-groepe									IK-groepe								
	Ondergemiddeld			Gemiddeld			Bogemiddeld			Ondergemiddeld			Gemiddeld			Bogemiddeld		
	N	X	σ	N	X	σ	N	X	σ	N	X	σ	N	X	σ	N	X	σ
	SEUNES																	
Afrikaans Hoër	121	4,15	1,06	367	4,93	1,07	112	6,08	1,15	613	4,17	1,00	1640	4,87	1,03	593	6,03	1,10
Afrikaans Laer	56	3,54	1,63	258	4,35	1,29	176	4,90 ^{xx}	1,30	198	3,59	1,46	857	4,27	1,35	545	5,15 ^{xxx}	1,37
Engels Hoër	56	3,59	1,27	261	4,65	1,02	175	5,68	1,05	199	3,73	1,21	868	4,58	1,03	565	5,71	1,17
Engels Laer	121	3,53	1,29	366	4,48 ^{xx}	1,24	113	5,70	1,32	614	3,60	1,14	1636	4,34 ^{xxx}	1,23	581	5,66	1,36
Rekenkunde	37	2,89	1,62	175	4,14	1,91	90	6,08	1,82	190	3,33	1,99	585	4,22	1,93	283	6,21	1,80
Algemene Wiskunde	77	3,19 ^{xxx}	1,57	232	4,55	1,55	130	6,12	1,48	371	3,55 ^{xxx}	1,54	1166	4,46	1,47	561	5,94	1,65
Wiskunde	84	2,82	1,81	350	4,59	1,84	167	6,14	1,75	337	2,97	1,64	1215	4,56	1,80	558	6,38	1,66
Algemene Wetenskap	141	3,80 ^{xxx}	1,53	513	4,73	1,56	251	6,13	1,49	648	3,78 ^{xxx}	1,46	2093	4,84	1,49	1009	6,13	1,52
Totale eksamenpunt	177	3,64 ^{xxx}	1,00	627	4,63	1,08	289	5,84	1,12	813	3,79 ^{xxx}	1,00	2504	4,63	1,07	1146	5,89	1,21
	MEISIES																	
Afrikaans Hoër	82	4,29	0,90	201	5,23	1,19	83	6,31	1,08	517	4,40	1,04	1620	5,23	1,07	695	6,40	1,04
Afrikaans Laer	34	4,18	1,49	190	4,66	1,39	112	5,33	1,39	176	4,00	1,37	830	4,58	1,42	566	5,45	1,38
Engels Hoër	39	3,97	1,07	191	5,02	1,02	114	6,06	1,05	181	4,20	1,16	851	4,98	1,10	582	6,01	1,08
Engels Laer	82	3,85	1,24	200	4,83	1,36	82	6,13	1,44	516	3,89 ^{xxx}	1,18	1608	4,72	1,25	683	6,05	1,23
Rekenkunde	38	2,58 ^{xxx}	1,74	125	3,70 ^{xx}	1,85	69	5,30 ^{xx}	2,02	225	3,08	1,75	696	4,21 ^{xx}	1,89	371	6,06 ^x	1,97
Algemene Wiskunde	58	2,91	1,33	179	4,38 ^{xxx}	1,55	71	6,00	1,55	344	3,22	1,39	1232	4,37 ^{xxx}	1,51	647	6,12	1,49
Wiskunde	45	2,73	1,61	170	4,50 ^{xxx}	1,85	103	6,35	1,74	233	2,69	1,47	999	4,21 ^{xxx}	1,78	515	6,33	1,70
Algemene Wetenskap	109	3,21 ^{xx}	1,41	358	4,47 ^{xxx}	1,57	189	5,37 ^{xxx}	1,58	619	3,64 ^{xx}	1,36	298	4,68 ^{xxx}	1,56	1208	6,18 ^{xxx}	1,49
Totale eksamenpunt	121	3,55 ^{xx}	0,97	392	4,72	1,11	196	5,93 ^{xx}	1,20	698	3,75 ^{xx}	0,96	2459	4,72	1,13	1265	6,12 ^{xx}	1,18

* Beduidend 1%-peil; ** Beduidend 5%-peil; *** Beduidend 10%-peil.

† Die gemiddeldes en standaardafwykings in tabel 7.4 kan in persentasies omgesit word deur die desimale punt met 100 te vermenigvuldig.

7.2.2 Die Spellingtoetse

Die gemiddelde stanegetellings en standaardafwykings van die asma- en gesonde leerlinge in die ST verskyn in tabel 7.2. Alhoewel daar volgens die gegewens van tabel 7.2 geen beduidende verskille tussen die asma- en gesonde leerlinge op die 5%-peil of beter gevind is nie, word sekere tendense nogtans bespreek.

(a) Moedertaal Afrikaans en Engels: Terwyl daar by Moedertaal Afrikaans geen besondere tendens waarneembaar is nie, presteer die asmaleerlinge met die uitsondering van die gemiddelde asmameisies relatief beter as die gesonde leerlinge in Moedertaal Engels. Hierdie tendens wat aangetref is by Moedertaal Engels, stem ooreen met die resultate soos behaal in die ATTR (par. 7.2.1).

(b) Tweede taal Afrikaans en Engels: In die geval van Tweede taal Afrikaans is daar ook geen besondere tendens waarneembaar nie, terwyl die asmaleerlinge ten opsigte van Tweede taal Engels deurgaans relatief beter gepresteer het as die gesonde leerlinge. Hierdie bevinding ondersteun die resultate van die ATTR, naamlik dat Afrikaanssprekende asmaleerlinge beter tweetalig mag wees as Engelssprekende asmaleerlinge.

Die resultate van die ST ten opsigte van spelling in Moedertaal en Tweede taal stem grootliks ooreen met dié van die ATTR. Interessant is die feit dat meisies (asma en gesond) deurgaans beter gepresteer het in Moedertaal- en Tweede taalspelling as seuns.

7.3 SKOLASTIESE PRESTASIE

Die toetse waarvan die resultate in hierdie afdeling bespreek word, kan almal volgens die omskrywing van Helmstadter (1964) as skolastiese prestasietoetse beskou word. In al die gevalle is die vrae van die toetse gebaseer op die gemeenskaplike kern van die leerplanne van die verskillende onderwysdepartemente en toets dit die peil van die leerlinge se kennis in daardie besondere vak.

In die Talentopnametoetsprogram is die volgende skolastiese prestasietoetse toegepas:

- (a) Geskiedenisstoets
- (b) Algemene Wetenskapstoets
- (c) Aardrykskundetoets

Die drie toetse is meer volledig bespreek in paragraaf 1.4.12. Die gemiddelde stanegepunte wat die asma- en gesonde leerlinge behaal het, met hul standaardafwykings, in die Geskiedenis-, Algemene Wetenskap- en Aardrykskundetoetse, verskyn in tabel 7.3. Volgens tabel 7.3 is daar nie beduidende verskille tussen asma- en gesonde leerlinge nie, terwyl daar ook geen besondere tendens waarneembaar is nie.

Na aanleiding van die resultate van die skolastiese prestasietoetse kan die afleiding dus gemaak word dat daar geen verskil bestaan tussen die asma- en gesonde leerlinge wat betref hul prestasie in Geskiedenis, Algemene Wetenskap en Aardrykskunde nie.

Dit is egter interessant om daarop te let dat die seuns (asma en gesond) in al drie die IK-groepe deurgaans beter gepresteer het as die meisies op elkeen van die drie toetse.

As gevolg van die ooreenkoms tussen asma- en gesonde leerlinge, wat betref hul prestasies op die skolastiese bekwaamheids- en prestasietoetse en niestandaard die relatief geringe verskille ten opsigte van sekere vakke, is die rangordekorrelasie van Spearman (Downie en Heath, 1959, pp. 178-180) toegepas om te bepaal of die oënskynlike verband wat uit die tabelle duidelik geword het, betekenisvol is of nie.

Die korrelasies en hul beduidendheid tussen asma- en gesonde leerlinge ten opsigte van die verskillende vakke soos gemeet deur die ATTR, Spelling-, Geskiedenis-, Algemene Wetenskap- en Aardrykskundetoetse, word weergegee in tabel 7.5.

TABEL 7.5

RANGORDEKORRELASIE TUSSEN TELLINGS VAN ASMA- EN GESONDE LEERLINGE IN DIE VERSKILLENDSE SKOLASTIESE BEKWAAMHEIDS- EN PRESTASIE TOETSE SOOS GEMEET DEUR DIE ATTR, SPELLING-, GESKIEDENIS-, ALGEMENE WETENSKAP- EN AARDRYKSKUNDE TOETSE

Beskrywing	Seuns			Meisies		
	O/G*	Gem.*	B/G*	O/G	Gem.	B/G
Korrelasies	0,94	0,89	0,94	0,84	1,00	0,94
Peil van beduidendheid	0,10%	0,10%	0,10%	0,10%	0,01%	0,10%

O/G - Ondergemiddeld; Gem. - Gemiddeld; B/G* - Bogemiddeld

Volgens die gegewens van tabel 7.5 blyk dat die verband tussen asma- en gesonde leerlinge wat betref hul skoolastiese bekwaamheid en prestasie, soos gemeet deur die ATTR, Spelling-, Geskiedenis-, Algemene Wetenskap- en Aardrykskundetoetse, hoogs beduidend is en kan die afleiding gemaak word dat die skoolastiese vermoë van die asma-leerlinge nie verskil van dié van die gesonde leerlinge nie.

7.4 EKSAMENPRESTASIE

Volgens Roos (1970) is eksamenpunte met die oog op die doelstelling van Projek Talentopname om twee redes belangrik, naamlik -

- (a) "dit kan dien as kriterium vir die bepaling van die geldigheid van die toetse wat in die Talentopnameprogramme gebruik is en
- (b) dit kan dien as aanduiding van sukses in opleiding".

Aangesien eksamenpunte nog die beste aanduiding van sukses in opleiding is, en aangesien sukses in opleiding vir die doeleindes van Talentopname as kriterium vir ontwikkeling beskou word, is met die oog op die doelstellinge van Talentopname die eksamenpunte van alle leerlinge wat aan die Talentopnametoetsprogram deelgeneem het, so volledig moontlik ingesamel.

Vir die doel van hierdie ondersoek is die leerlinge slegs met mekaar vergelyk ten opsigte van die volgende vakke:

- (i) Afrikaans Hoër graad
- (ii) Afrikaans Laer graad
- (iii) Engels Hoër graad
- (iv) Engels Laer graad
- (v) Rekenkunde
- (vi) Algemene Wiskunde
- (vii) Wiskunde
- (viii) Algemene Wetenskap
- (ix) Totale eksamenpunt

Die gemiddelde st.6-eindeksamenpunte van 1965 ten opsigte van genoemde skoolvakke, vir asma- en gesonde leerlinge verskyn in tabel 7.4 (p.106).

Waargenome tendense word kortliks bespreek.

- (i) Tale : Ten opsigte van Afrikaans en Engels Hoër is die verskille tussen asma- en gesonde leerlinge gering en onbeduidend en geen besondere tendens is waarneembaar nie.

Alhoewel die bogemiddelde asmaseuns ten opsigte van Afrikaans Laer beduidend (5%) swakker presteer as die gesonde leerlinge, is die verskille tussen die res van die leerlinge gering en onbeduidend.

In Engels Laer het slegs die gemiddelde asmaseuns beduidend (5%) beter geprester as die gesonde leerlinge. Ten opsigte van die res van die asmaleerlinge is die verskille onbeduidend en geen besondere tendens is waarneembaar nie.

Die afleiding kan dus gemaak word dat die asmaleerlinge ten opsigte van die twee amptelike tale, soos weerspieël deur hul eksamenpunte, nie van die gesonde leerlinge verskil nie.

Die meisies (asma en gesond) het ten opsigte van die tale in al die gevalle beter as die seuns gepresteer.

(ii) Rekenkundige en wetenskaplike vakke

(a) Rekenkunde: Ten opsigte van Rekenkunde het die asmaleerlinge deurgaans relatief swakker gepresteer as die gesonde leerlinge. Die gemiddelde en bogemiddelde asmameisies (1%) en die ondergemiddelde asmameisies (10%) verskil beduidend van die gesonde leerlinge.

Dit is moeilik om 'n verklaring te vind vir die relatief tot beduidend swakker prestasie van die asmaleerlinge in Rekenkunde, daar hulle in vergelyking met die gesonde leerlinge deurgaans relatief tot beduidend beter gepresteer het ten opsigte van rekenkundige aanleg volgens die JAT, HT en TT en rekenkundige bekwaamheid volgens die ATTR.

Indien die moeders van asmaleerlinge hoë eise aan hul kinders stel, soos bevind deur Little en Cohen (1950), dan mag dit wees dat daar spanning by die kinders oplaai, en dat dit hul eksamenprestasies mag benadeel. Die invloed wat spanning op eksamenprestasies uitoefen, hoef nie te geld in die geval van die aanleg- en bekwaamheidstoetse, wat afgeneem is tydens Projek Talentopname nie. Vir eksamen geld langdurige en nougesette voorbereiding met 'n voortdurende vrees dat daar nie aan die verwagtings van die ouers voldoen sal word nie. In die geval van Projek Talentopname was die leerlinge onbewus van die aard van die toetse wat afgeneem sou word. Leerlinge het ook nie nodig gehad om hulle enigsins voor te berei vir die afneem van die sielkundige toetse nie. Die toetse is ook afgeneem in 'n rustige en kalme atmosfeer, terwyl die toetsafnemer die leerlinge op hulle gemak gestel het met 'n gerusstellende praatjie wat daarop neergekom het dat die uitslag vertroulik is en dat die leerlinge geensins deur hul prestasie op enige toets benadeel sal word nie.

Volgens die resultate van die HSPV is bevind dat asmaleerlinge emosioneel meer gespanne is as die gesonde leerlinge (par. 5.2). Die gerusstellende inleidende praatjie van toetsafnemers mag die spanning by asmaleerlinge in so 'n mate verminder het dat die nadelige gevolge verdwyn het. Dit is bekend dat geringe spanning prestasie stimuleer, terwyl te veel spanning tot 'n afname in prestasie lei (Madge 1967).

(b) Wiskunde en Algemene Wiskunde: In die geval van Wiskunde en Algemene Wiskunde is die verskille tussen die asma- en gesonde leerlinge gering en onbeduidend en is geen besondere tendens waarneembaar nie.

Dat die moontlike rol wat angs en spanning gespeel het in die eksamenprestasie in Rekenkunde, nie so duidelik na vore kom ten opsigte van die ander vakke nie, moet gesien word teen die agtergrond van Rekenkunde as verpligte eksamenvak in st. 6. Volgens die beginsels van Rekenkunde is dit gebaseer op netheid, akkuraatheid en spoed en sou mens verwag dat die rol van angs en spanning sy uitwerking hier die duidelikste sal toon.

In die geval van Wiskunde en Algemene Wiskunde behoort die effek nog nie so sigbaar te wees nie aangesien die leerlinge maar pas met hierdie vakke in st.6 begin het en die kumulatiewe effek wat spanning in 'n vak mag hê, hom nog nie hier in so 'n mate laat geld nie, terwyl die vereistes in genoemde vakke ook nog nie so hoog is as in Rekenkunde, wat as een van die basiese vakke vanaf die grade geneem word nie.

(c) Algemene Wetenskap: Ten opsigte van Algemene Wetenskap is die verskille tussen asma- en gesonde seuns onbeduidend en geen besondere tendens is waarneembaar nie. Die asmameisies presteer egter deurgaans beduidend swakker as die gesonde meisies (ondergemiddelde meisies (1%), gemiddelde en bogemiddelde meisies (10%)). Hierdie prestasie van die asmameisies in Algemene Wetenskap toon ook 'n teenoorgestelde tendens in vergelyking met die resultate van die asmameisies in die skolastiese prestasietoets in Algemene Wetenskap (par. 7.3).

Terwyl die meisies as groep in die tale beter gevaar het as die seuns, het die seuns weer in die rekenkundige, wiskundige en wetenskaplike vakke deurgaans beter as die meisies gepresteer.

(iii) Totale eksamenpunt: In vergelyking met die gesonde leerlinge het die asmaleerlinge, met die uitsondering van die gemiddelde groep, by wie geen verskille aangetref is nie relatief tot beduidend laer punte behaal. Die ondergemiddelde asma-seuns (10%) en die ondergemiddelde en bogemiddelde asmameisies (5%) verskil beduidend.

Omdat die leerlinge in hierdie ondersoek in IK-groepe verdeel is en IK dus konstant gehou is, kan die oorsake vir die swakker prestasie van die asmaleerlinge nie toegeskryf word aan verskil in IK nie.

Indien die tellings van die leerlinge, soos behaal in die skolastiese bekwaamheids- en prestasietoetse (par. 7.2 en 7.3) as geheel geneem word, dan het die asmaleerlinge oor die algemeen relatief beter gepesteer as die gesonde leerlinge. Dat die asmaleerlinge dus in hul skoolindevaksamen swakker presteer as die gesonde leerlinge moet aan ander oorsake toegeskryf word.

In paragraaf 7.4 (ii) (a) is die rol van angs en spanning op eksamenprestasies reeds bespreek as 'n moontlike faktor wat 'n rol kan speel in die asmaleerlinge se swakker eksamenprestasie in Rekenkunde. Dit mag ook 'n rol gespeel het in die eksamen as geheel.

In die paragrawe oor persoonlikheid, aanpassing en belangstelling (par. 5.2, 5.3 en 6.3) het geblyk dat die asmaleerlinge met beduidend meer persoonlikheids- en aanpassingsprobleme te kampe het as die gesonde leerlinge. Ten opsigte van belangstelling in werk en stokperdjies blyk die asmaleerlinge ook minder gemotiveerd en toekomstgerig as die gesonde leerlinge. Hiervolgens kan dus verwag word dat die asmaleerlinge swakker sou presteer in hul eksamen as die gesonde leerlinge.

Die swakker prestasie van die asmaleerlinge kan dus moontlik toegeskryf word aan hul siekte, herhaalde afwesigheid, angs en spanning as gevolg van te hoë eise van ouers, persoonlikheids- en aanpassingsprobleme en swakker toekomstgerigheid.

Om vas te stel of daar 'n besondere rangordeverskil ten opsigte van die genoemde eksamenvakke tussen asma- en gesonde leerlinge bestaan, is die rangordekorrelasie van Spearman (Downie en Heath, 1959, pp. 178-180) toegepas.

Die korrelasies en hul beduidendheid tussen asma- en gesonde leerlinge ten opsigte van die verskillende eksamenvakke, word weergegee in tabel 7.6.

TABEL 7.6

RANGORDEKORRELASIE TUSSEN PUNTE VAN ASMA- EN GESONDE LEERLINGE SOOS BEHAAL IN DIE ST.6-EINDEKSAMEN

Beskrywing	Seuns			Meisies		
	O/G*	Gem.*	B/G*	O/G	Gem.	B/G
Korrelasies	0,97	0,98	0,89	0,97	0,89	0,50
Peil van beduidendheid	0,10%	0,10%	0,10%	0,10%	0,10%	20,00%

O/G* - Ondergemiddeld; Gem.* - Gemiddeld; B/G* - Bogemiddeld

Volgens die gegewens van tabel 7.6 blyk dat, met die uitsondering van die bogemiddelde meisies, die verband tussen asma- en gesonde leerlinge hoogs beduidend is en kan die afleiding gemaak word dat die asmaleerlinge nie van die gesonde leerlinge verskil wat betref die rangorde in prestasie in genoemde eksamenvakke nie.

Die uitsondering wat aangetref is by die bogemiddelde meisies kan hoofsaaklik toegeskryf word aan die rangordeverskil wat aangetref is by Engels Laer en Hoër en Rekenkunde.

HOOFSTUK 8

ENKELE OPVOLGGEGEWENS IN VERBAND MET ASMALEERLINGE TOT ST.10

8.1 INLEIDING

Ten einde 'n beter beeld te verkry ten opsigte van die asmaleerlinge van st.6, wat in die voorafgaande afdeling ondersoek is, is hierdie leerlinge opgevolg tot st. 10. Deur die opvolging van hierdie leerlinge, kan daar groter duidelikheid verkry word ten opsigte van sekere van die volgende aspekte:

- (i) Wat is die druiplings- en skoolverlatingstendens van asmaleerlinge in vergelyking met gesonde leerlinge?
- (ii) Presteer asmaleerlinge in die hoërskool skolasties swakker as gesonde leerlinge?
- (iii) In watter mate ontgroei asmaleerlinge hul asma in die hoërskool?
- (iv) In watter mate doen leerlinge nog asma op in die hoërskool?
- (v) Verander die persoonlikheid van asmaleerlinge in vergelyking met gesonde leerlinge gedurende die hoërskoolfase of anders gestel, verminder of vermeerder die persoonlikheidsprobleme van die asmaleerlinge in vergelyking met gesonde leerlinge.

Daar dien op gelet te word dat die kontrolegroep in hierdie hoofstuk nie dieselfde is wat in die eerste deel van die ondersoek gebruik is nie. Omdat eers in 'n later stadium besluit is om asmaleerlinge met gesonde leerlinge te vergelyk ten opsigte van sekere opvolggewens tot st. 10, is om ekonomiese redes gebruik gemaak van 'n 20 persent ewekansige steekproef van gesonde leerlinge, wat op daardie oomblik beskikbaar was.

8.2 VERLIES VAN LEERLINGE AS GEVOLG VAN DRUIPING EN SKOOLVERLATING

In tabel 8.1 word aangetoon hoeveel leerlinge van die oorspronklike groep asma-leerlinge in vergelyking met gesonde leerlinge elke standerd se eksamens van st.6 tot st.10 in die minimum tyd geslaag het, uitgedruk as 'n persentasie van die oorspronklike 1965-Talentopnameleerlinge.

TABEL 8.1

GETAL LEERLINGE WAT ELKE STANDERD IN DIE MINIMUM TYD GESLAAG HET, UITGEDRUK AS 'N PERSENTASIE VAN DIE OORSPRONKLIKE 1965-TALENTOPNAMELEERLINGE

Jaar en standerd	Asmatiese leerlinge						Gesonde leerlinge								
	Seuns (N tydens Talentopname = 1173)		Meisies (N tydens Talentopname = 768)		Totaal (N tydens Ta= lentopname = 1941)		Seuns (N tydens Ta= lentopname = 4750)		Meisies (N tydens Ta= lentopname = 4663)		Totaal (N tydens Ta= lentopname = 9413)				
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%			
1965 - st. 6	946	80,6	**	605	78,8	1551	79,9	3868	81,4	**	3881	83,2	7749	82,3	
1966 - st. 7	730	62,2	*	500	65,1	1230	63,4	3099	65,2	*	3395	72,8	6494	69,0	
1967 - st. 8	**	660	56,3		458	59,6	1118	57,6	**	2777	58,5	3034	65,1	5811	61,7
1968 - st. 9		510	43,5		337	43,9	847	43,6		1976	41,6	2212	47,4	4188	44,5
1969 - st.10		362	30,9		267	34,8	629	32,4		1426	30,0	1786	38,3	3212	34,1

* Beduidend 1%-peil;
 **Beduidend 5%-peil;
 ***Beduidend 10%-peil.

Dit blyk baie duidelik dat met enkele uitsonderings die verskille tussen asma- en gesonde leerlinge gering en onbeduidend is. Dit is egter interessant om daarop te let dat die grootste persentasie druiplings by asmaleerlinge voorkom tussen sts. 6 en 8 en dat dit verbeter in sts. 9 en 10 in vergelyking met die gesonde leerlinge en wel in so 'n mate dat die asmaseuns in sts. 9 en 10 net so goed of selfs beter vaar as die

gesonde leerlinge. Die asmameisies het in sts. 6 en 7 beduidend swakker (5%) gevaar of meer gedruip as die gesonde meisies.

Daar sou eerder verwag kon word dat die asmaseuns, wat met meer en ernstiger persoonlikheids- en aanpassingsprobleme te kampe het as die asmameisies in vergelyking met die gesonde leerlinge (par. 5.2 en 5.3) swakker sou vaar as die asmameisies.

Dat die asmameisies in sts. 6 en 7 swakker as die asmaseuns in vergelyking met die gesonde leerlinge gevaar het, kan moontlik toegeskryf word aan die laer IK van die asmameisies in vergelyking met die asmaseuns. Volgens tabel 1.8, paragraaf 1.3.2 het dit geblyk dat 'n groter persentasie asmaseuns oor 'n bogemiddelde IK beskik, terwyl 'n groter persentasie asmameisies oor 'n ondergemiddelde IK beskik in vergelyking met die gesonde leerlinge.

In tabel 8.2 word die persentasie verliese weens skoolverlating en druipling vir sts. 6 tot 8, sts. 8 tot 10 en sts. 6 tot 10 aangedui, waaruit weer eens duidelik blyk dat die grootste verliese by die asmaleerlinge tussen sts. 6 en 8 voorgekom het, terwyl dit by die gesonde leerlinge tussen sts. 8 en 10 was.

Bogenoemde bevindings hou besondere implikasies in vir beroepsvoorligters aan skole, en dien as bevestiging vir die afleidings wat gemaak is in hoofstuk 6, waar die aanleg en belangstelling van die st.6-asmaleerlinge bespreek is.

TABEL 8.2

VERLIES AS GEVOLG VAN DRUIPING EN SKOOLVERLATING BY ASMATIESE EN GESONDE LEERLINGE

Beskrywing	Asmatiese leerlinge			Gesonde leerlinge		
	Seuns	Meisies	Toetaal	Seuns	Meisies	Toetaal
Getal leerlinge tydens 1965-Talentopname in st. 6	1173	768	1941	4750	4663	9413
Getal leerlinge wat in minimum tyd geslaag het - st. 8	660	458	1118	2777	3034	5811
Verlies aan leerlinge tussen sts. 6 en 8	513	310	823	1973	1629	3602
Persentasieverlies aan leerlinge tussen sts. 6 en 8	43,7	40,4	42,4	41,5	34,9	38,3
Totale getal leerlinge geslaag in st. 8	660	458	1118	2777	3034	5811
Getal leerlinge wat in minimum tyd geslaag het - st. 10	362	267	629	1426	1786	3212
Verlies aan leerlinge tussen sts. 8 en 10	298	191	489	1351	1248	2599
Persentasieverlies aan leerlinge tussen sts. 8 en 10	45,2	41,7	43,7	48,6	41,1	44,7
Getal leerlinge tydens 1965-Talentopname in st. 6	1173	768	1941	4750	4663	9413
Getal leerlinge wat in minimum tyd geslaag het - st. 10	362	267	629	1426	1786	3212
Verlies aan leerlinge tussen sts. 6 en 10	811	501	1312	3324	2877	6201
Persentasieverlies aan leerlinge tussen sts.6 en 10	69,1	65,2	67,6	70,0	61,7	65,9

8.3 SKOLASTIESE PRESTASIE TOT ST. 10

Die totaalpuntpersentasie vir al die vakke deur die leerlinge behaal, vir elke standaard vanaf st.6 tot st. 10 word aangedui in tabel 8.3. Slegs met die uitsondering van die sts.6- en 7-asmameisies, wat beduidend swakker (5%) persentasies behaal het as die gesonde meisies, is die verskille gering en onbeduidend. Dit is interessant dat volgens tabelle 8.1 en 8.2 die grootste persentasie druipling en skoolverlating ook by hierdie asmameisies voorgekom het.

Hierdie bevindings is in ooreenstemming met die van tabel 7.4 waar die ondergemiddelde en bogemiddelde asmameisies beduidend (5%) swakker gevaar het in die totale st.6-eindeksamenpunt.

TABEL 8.3

TOTAALPUNTPERSENTASIE VIR AL DIE VAKKE DEUR DIE LEERLINGE BEHAAL IN ELKE STANDERD VAN ST. 6 TOT ST. 10

Jaar en standerd	Asmatiese leerlinge				Gesonde leerlinge			
	Seuns		Meisies		Seuns		Meisies	
	\bar{X}	S	\bar{X}	S	\bar{X}	S	\bar{X}	S
1965 - st. 6	(N=1173) 47,8	13,1	(N=768) 48,4**	13,7	(N=4750) 47,9	13,1	(N=4663) 49,6**	13,8
1966 - st. 7	46,1	12,9	48,4**	13,1	46,4	12,9	49,5**	12,9
1967 - st. 8	(N=772) 46,5	11,5	(N=507) 49,3	12,1	(N=3157) 47,1	12,1	(N=3317) 50,0	12,3
1968 - st. 9	45,3	12,7	48,6	13,8	45,9	13,8	49,1	13,7
1969 - st. 10	(N=422) 47,4	9,5	(N=300) 49,1	10,6	(N=1681) 48,1	10,7	(N=1981) 49,9	10,0

**Beduidend 5%-peil

8.4 ONTGROEIING VAN ASMA GEDURENDE DIE HOËRSKOOIJARE

Die aspek van ontgroeiing van asma gedurende die hoërskooljare word dikwels in die literatuur vermeld. Dees en Durham (1957) beweer egter: "The course of asthma in childhood is surrounded by as much controversy and uncertainty as is its incidence. The opinions range from those who firmly believe that all children outgrow asthma, to those who are doubtful if an appreciable number ever lose this affliction" (p. 230).

De V. Heese (1961) wat vir 'n lang tydperk 'n groep van 68 asmalyers in Suid-Afrika ondersoek het, kom tot die gevolgtrekking dat die meeste van hulle 'n verbetering getoon het na die ouderdom 10 - 12 jaar (p. 230). Dees en Durham (1957) wat 269 asmagevalle aan 'n pediatriese kliniek in Amerika behandel het, het onder andere gevind dat by ongeveer 15 jaar 44,0 persent feitlik geen asma meer gehad het nie, 36,0 persent heelwat verbeter het, terwyl slegs 20,0 persent geen verbetering getoon het nie (p. 231).

Dees en Durham (1957) verwys ook na die ondersoeke van Rackemann en Edwards in Amerika en Flensburg in Denemarke. Rackemann en Edwards het 688 asmalyers oor 'n tydperk van 20 jaar behandel en opgevolg. Hulle het hul pasiënte in twee groepe verdeel, naamlik 449 pasiënte wat hulle voor en 239 pasiënte wat hulle na die ouderdom van 13 jaar vir behandeling aangemeld het. Hul bevindings ten opsigte van die eers- en laasgenoemde groepe was respektiewelik as volg: 30,7 teenoor 21,7 persent het hul asma geheel en al ontgroei, 19,3 teenoor 25,5 persent was nog sensitief, maar het geen simptome getoon nie omdat hulle die oorsake vermy het terwyl 21,4 teenoor 8,0 persent nie meer asma gehad het nie, maar nou 'n ander allergie, naamlik hooikoors ontwikkel het. Rackemann en Edwards is die mening toegedaan dat hoe jeugdiger die asma opgedoen word, hoe beter is die kans op algehele ontgroeiing of verbetering van die toestand. Flensburg wat 298 asmalyers waarvan die meeste hul asma voor hul vyfde jaar opgedoen het, opgevolg het, het gevind dat 40,0 persent hul asma by ouderdom 15 jaar ontgroei het.

Met die oog op hierdie belangrike aspek van ontgroeiing van asma gedurende die hoërskooljare is daar 'n poging aangewend om vas te stel hoeveel van die 1942 asmaleerlinge van st.6 hulle nog in st.10 bevind het. Omdat die verskillende sielkundige toetse tydens die 1969-Talentopnametoetsprogram slegs op 'n kwart van die st.10-leerlinge toegepas is en daaruit 'n 18,27 persent verteenwoordigende steekproef getrek is, is dié ondersoek slegs tot dié leerlinge beperk wat ingesluit was in die verteenwoordigende steekproef.

In tabel 8.4 word die getal asma- en gesonde leerlinge wat van st.6 deurgedring het tot st. 10 en wat in die verteenwoordigende steekproef van die 1969-toetsprogram ingesluit was, aangedui.

TABEL 8.4

GETAL ST.6-LEERLINGE AANGETREF IN DIE VERTEENWOORDIGENDE STEEKPROEF VAN DIE 1969-TALENTOPNAMETOETSPROGRAM

Geslag	Asmaleerlinge	Gesonde leerlinge
Seuns	84	358
Meisies	74	462
TOTAAL	158	820

Bogenoemde 158 leerlinge wat in st. 6 aangedui het dat asma hulle die meeste moeilikheid gee, is op grond van vraag 45 van die Biografiese Vraelys van 1969 verdeel volgens die verskillende siektes wat hulle die meeste moeilikheid in st. 10 gegee het. Die vraag het as volg gelui: Watter een van die volgende gee jou die meeste moeilikheid? (Spraakgebreke, bv. hikkel/uiterlike liggaamsgebreke/n swak hart/asma/oorgewig/vallende siekte/hardhorendheid/swaksiendheid/ander kwale/geen). Hierdie verdeling word gemaak om vas te stel hoeveel van die st.6-asmaleerlinge in st. 10 nog asma het, ander kwale opgedoen het of nou heeltemal gesond is, met ander woorde, hul asma in-tussen ontgroei het. Die besonderhede word aangedui in tabel 8.5 .

TABEL 8.5

VERDELING VAN ST.6-ASMALERLINGE VOLGENS DIE FEIT OF HULLE HUL ASMA TUSSEN STS.6 EN 10 ONTGROEI HET

Kwale	Seuns	Persentasie	Meisies	Persentasie
Asma	38	45,2	33	44,6
Ander kwale*	13	15,5	27	36,5
Gesond	33	39,3	14	18,9
TOTAAL	84	100,0	74	100,0

*Vir praktiese doeleindes is al die kwale met die uitsondering van asma, saamgevoeg onder ander kwale.

Volgens tabel 8.5 blyk dat slegs 45,2 persent seuns en 44,6 persent meisies wat asma in st.6 gehad het, in st.10 asma nog aandui as die kwaal wat hulle die meeste moeilikheid gee. Die afleiding kan dus gemaak word dat ongeveer 55,0 persent van die leerlinge hulle asma tussen sts. 6 en 10 ontgroei het. Dat sommige van die leerlinge nou ander kwale aandui wat hulle die meeste moeilikheid gee, sluit nie die moontlikheid uit dat hulle behalwe die ander kwaal, nog asma ook kan hê nie. Daar kan egter met 'n groot mate van sekerheid aanvaar word dat as hulle nog asma het, dit in 'n baie ligte graad is. Hierdie bevinding strook dus in 'n groot mate met bogenoemde literatuurbevindings.

Tydens die 1965-toetsprogram was die st.6-leerlinge se gemiddelde ouderdom 13,43 jaar (tabel 1.7). Volgens Rackemann en Edwards, soos aangehaal deur Dees en Durham (1957), het asmalyers wat voor die ouderdom van 13 jaar behandeling ontvang of asma opdoen, 'n beter kans op herstel of ontgroeiing van die siekte as die wat dit opdoen daarna. Hill (1966) kom na 'n uitgebreide ondersoek tot die gevolgtrekking dat: "Apparently, the more independence the asthmatic child is given the earlier he will "outgrow" his asthma" (p. 355).

8.5 EERSTE VOORKOMS VAN ASMA GEDURENDE DIE HOËRSKOOLJARE

. Nadat Hill (1966) alle laerskool asmaleerlinge in die Houston Public Schools opgevolg het, kom hy tot die gevolgtrekking: "Of the 1338 cases of asthma studied, 78% developed the disease before the fifth year of life, 19% during the next five

years, and only 2% developed asthma at age ten and over" (p. 353). Verskeie ander navorsers is dit eens dat die meeste asma-gevalle voor die tiende lewensjaar voorkom.

Met die oog op die vasstelling van die voorkoms van asma na st.6, is die 820 st.6-leerlinge wat in die 1965-toetsprogram aangedui het dat hulle geen moeilikheid van enige siekte ondervind nie, ook op grond van vraag 45 van die Biografiese Vraelys van st.10 verdeel volgens die kwale wat hulle in st.10 die meeste moeilikheid gee. Hieruit kan vasgestel word watter persentasie van die gesonde st.6-leerlinge vir die eerste keer asma tussen sts. 6 en 10 opgedoen het. Vir praktiese doeleindes is al die kwale met die uitsondering van asma, saamgevoeg onder ander kwale. Die besonderhede is vervat in tabel 8.6.

TABEL 8.6

VERDELING VAN GESONDE ST.6-LEERLINGE VOLGENS DIE FEIT OF HULLE ASMA TUSSEN STS. 6 EN 10 OPGEDOEN HET

Kwale	Seuns	Persentasie	Meisies	Persentasie
Asma	3	0,8	3	0,7
Ander kwale	70	19,6	99	21,4
Gesond	285	79,6	360	77,9
TOTAAL	358	100,0	462	100,0

Volgens tabel 8.6 blyk dat 0,8 persent van die seuns en 0,7 persent van die meisies wat gesond was in st.6, tussen sts. 6 en 10 asma vir die eerste keer opgedoen het. Hierdie geringe voorkoms van asma na st.6, toe die gemiddelde ouderdom van die gesonde leerlinge 13,47 jaar was (tabel 1.7), stem in 'n groot mate ooreen met bogenoemde bevindings van Hill (1966).

8.6 PERSOONLIKHEIDSVERANDERINGE BY ASMALEERLINGE TUSSEN STS. 6 EN 10

Terwyl daar alle aanduidings is dat 'n groot persentasie asmaleerlinge hul asma na die puberteitsjare ontgroei (par. 8.4), terwyl dit by diegene wat dit behou, dikwels in 'n minder ernstige graad voorkom, word daar nou gekyk of die st.6-asmaleerlinge wat in st.10 nog las van asma gehad het, enige persoonlikheidsverandering in vergelyking met gesonde leerlinge ondergaan het. Vir hierdie doel word gebruik gemaak van die rouppunte deur asma- en gesonde leerlinge behaal op die verskillende velde van die HSPV.

Omdat die maksimum getal punte wat op enige veld behaal kan word, gelyk is aan 20 en die gemiddelde verskille tussen sts. 6 en 10 negatiewe tellings tot gevolg kan hê, is gebruik gemaak van die volgende formule:

$$((\text{Gemiddelde rouppunte st. 6} - \text{Gemiddelde rouppunte st. 10}) + 20)$$

Bogenoemde formule het tot gevolg dat 'n gemiddelde verskil van 20 beteken dat daar geen persoonlikheidsverandering tussen sts. 6 en 10 plaasgevind het nie. 'n Telling, groter of kleiner as 20 is dus 'n aanduiding van 'n verandering in die persoonlikheid. 'n Gemiddelde verskil groter as 20 beteken met ander woorde dat die leerlinge in st. 10 'n laer telling as in st.6 behaal het en hoe groter die gemiddelde verskil, hoe laer is die telling in st.10 behaal. 'n Gemiddelde verskil kleiner as 20 beteken daarenteen dat die leerlinge in st.10 'n hoër telling as in st. 6 behaal het, en hoe kleiner die gemiddelde verskil, hoe hoër is die telling in st. 10 behaal.

Omdat die persoonlikheid van sts. 6 tot 10 of van die puberteitstadium tot adolessensie steeds in wording is, is die asma- en gesonde leerlinge met mekaar vergelyk en die t-toets vir beduidendheid toegepas. Die gemiddelde verskille in HSPV-rouppunte vir asma- en gesonde leerlinge tussen sts. 6 en 10 word aangedui in tabel 8.7.

TABEL 8.7

DIE GEMIDDELDE VERSKILLE IN HSPV-ROUPEPUNTE VIR ASMA- EN GESONDE LEERLINGE TUSSEN STS. 6 EN 10

Naam van faktor	Seuns				Meisies			
	Asma		Gesond		Asma		Gesond	
	\bar{X}	S	\bar{X}	S	\bar{X}	S	\bar{X}	S
A Vriendelikheid	20,73	4,95	20,19	4,06	18,94**	3,93	20,35**	3,75
B Intelligensie	19,68**	1,63	19,07**	1,64	19,64	1,49	19,37	1,58
C Egosterkte	20,60	3,60	20,26	4,11	19,97	4,22	20,56	3,78
D Prikkelbaarheid	20,22	4,44	21,02	4,51	20,18	3,69	20,63	4,21
E Selfhandhawing	18,43	4,38	19,39	3,84	18,52	3,94	19,44	3,47
F Entoesiasme	19,57	3,64	19,76	3,84	18,97	2,87	19,78	3,77
G Pligsgetroetheid	19,57	3,38	19,21	3,92	18,97	3,97	19,32	3,65
H Avontuurlustigheid	20,38	4,36	19,99	4,99	20,12	3,50	20,84	4,15
I Sensitiwiteit	20,49	3,21	19,57	3,64	18,52	3,31	18,54	3,67
J Passiewe Individualisme	20,65	4,37	19,83	3,75	20,36	3,84	19,70	3,91
O Vreesagtigheid	19,62	4,65	19,89	4,16	18,88	3,82	19,18	3,78
Q ₂ Selfgenoegsaamheid	19,30	3,11	19,73	3,42	20,15	2,89	19,59	3,50
Q ₃ Selfbeheersing	20,27	3,07	20,47	3,46	19,39	3,36	20,19	3,80
Q ₄ Gespannenheid	19,19	3,62	19,77	4,11	18,03***	3,64	19,18***	3,62
N =	37		279		33		351	

*Beduidend 1%-peil **Beduidend 5%-peil ***Beduidend 10%-peil

Volgens tabel 8.7 blyk baie duidelik dat die asmaleerlinge in vergelyking met die gesonde leerlinge nie veel persoonlikheidsveranderinge ondergaan het tussen sts.6 en 10 nie. Waar dit wel gebeur het, het dit met die uitsondering van faktore A en Q₄ (meisies) en faktor B (seuns) wat beduidend van die gesonde leerlinge verskil, min of meer dieselfde tendens openbaar. Die afleiding kan dus gemaak word dat die persoonlikheidsverskille wat die asmaleerlinge in st.6 openbaar het, nie besonder toe- of afgeneem het in vergelyking met die gesonde leerlinge nie.

Ten opsigte van faktor A (Vriendelikheid) blyk die asmameisies nou beduidend (5%) meer na-buite-lewend en hartlik te wees as in st.6 in vergelyking met die gesonde meisies. Alhoewel die asmaseuns 'n teenoorgestelde tendens openbaar as die asmameisies, is die verskil in vergelyking met die gesonde seuns, nie beduidend nie.

Wat faktor B (Intelligensie) betref, toon die asmaseuns en -meisies dieselfde tendens as die gesonde seuns en meisies alhoewel slegs die asmaseuns beduidend (5%) van die gesonde seuns verskil. Terwyl daar by hierdie groepe seuns 'n toename in die abstrakte en skolastiese verstandelike denkvermoë is, het dit in 'n beduidend mindere mate by die asmaseuns toegeneem in vergelyking met gesonde seuns.

Ten opsigte van faktor Q₄ (Gespannenheid) openbaar die asmaseuns en -meisies deurgaans dieselfde tendens as die gesonde seuns en meisies alhoewel die asmameisies van sts. 6 tot 10 in vergelyking met die gesonde meisies beduidend (10%) meer gespanne en gefrustreerd geraak het.

HOOFSTUK 9

SAMEVATTING

9.1 INLEIDING

Projek Talentopname, een van die omvattendste langtermynnavorsingsprojekte wat nog op die gebied van die onderwys in Suid-Afrika onderneem is, het tot gevolg gehad dat 69 908 st. 6-leerlinge gedurende 1965 onderwerp is aan 'n battery toetse en vraelyste. Soortgelyke toetsprogramme is in 1967 en 1969 herhaal toe genoemde leerlinge hulle respektiewelik in st.8 en st.10 bevind het. Die hoofdoelstelling met Talentopname is die bepaling of identifisering van faktore wat die maksimale ontwikkeling van die land se mannekragpotensiaal beïnvloed, en om gegewens beskikbaar te stel om hierdie potensiaal tot die maksimum te laat ontwikkel.

Verskeie groepe leerlinge met fisieke en/of psigiese gebreke en/of kwale is onder andere geïdentifiseer en met die verskeidenheid toets- en agtergrondgewens beskikbaar, kan intensiewe navorsing ten opsigte van hierdie leerlinge gedoen word. In hierdie ondersoek is daar dan gekyk na die groep leerlinge wat hulle in st.6 as asmalyers geïdentifiseer het.

Uit die literatuur het geblyk dat die asmalyer 'n besondere siek kind is en met die oog op die verkryging van 'n beeld van die asmalyers as groep, is daar eers besin oor die leefwêreld van die siek kind in die algemeen, sodat die asmalyer as 'n besondere siek kind in perspektief geplaas kan word.

9.2 DOEL MET DIE ONDERSOEK

Die doel met hierdie ondersoek was om leerlinge met asmaprobleme op st.6-vlak met 'n kontrolegroep gesonde leerlinge te vergelyk ten opsigte van biografiese en ander agtergrondgewens, persoonlikheid, aanpassing, aanleg, belangstelling, intellektuele vermoë en skolastiese prestasie, om sodoende 'n beter beeld van asmaleerlinge te verkry en om te kan bepaal of hulle moontlik as 'n probleemgroep beskou kan word.

Die leerlinge is ook opgevolg tot st.10 om vas te stel in watter mate druipling en skoolverlating by asmaleerlinge voorkom, hulle hul asma ontgroei en asma vir die eerste keer opdoen tussen sts. 6 en 10 en of hulle enige persoonlikheidsverandering in vergelyking met gesonde leerlinge ondergaan tussen sts. 6 en 10.

9.3 METODE VAN ONDERSOEK

Die ondersoekgroep is geïdentifiseer op grond van leerlinge se antwoorde op 'n vraag in die 1965- Biografiese Vraelys, waar hulle uit 'n reeks kwale of siektes moes aandui watter een hulle die meeste las gee. Hiervolgens het 1942 of 2,8 persent van die universum van st.6-leerlinge aangedui dat asma hul die meeste las gee, terwyl 47 074 leerlinge of 68,1 persent aangedui het dat geeneen van die gemelde siektes op hulle van toepassing is nie. Laasgenoemde groep leerlinge is vir die doel van hierdie ondersoek as die "gesonde" leerlinge beskou. Uit die "gesonde" groep is 'n 20 persent ewekansige steekproef getrek en hierdie 9332 leerlinge dien as die kontrolegroep om vas te stel in watter mate die asmaleerlinge van die "gesonde" populasie van st.6-leerlinge verskil.

Uit 'n voorlopige verkenningstudie in verband met jeugdige asmalyers is die genoemde asmaleerlinge met die universum van st.6-leerlinge vergelyk ten opsigte van intelligensie, geslag en ouderdom. Daar is toe bevind dat die asmaleerlinge oor 'n beïndend hoër intelligensie beskik as die universum van st.6-leerlinge, terwyl asma beïndend meer by seuns aangetref is. Alhoewel die asmaleerlinge effens jonger as die universum van st.6-leerlinge was, is die verskil gering en onbeduidend.

As gevolg van die ongelyke verspreiding van asmaleerlinge ten opsigte van intelligensie en geslag, is besluit om voorsiening te maak vir intellektuele en geslagsverskille. Vir alle vergelykings is die ondersoek- en kontrolegroep toe volgens intellektuele vermoë in drie IK-groepe verdeel, naamlik ondergemiddeld (n IK van 88 of minder = stanege 1-3), gemiddeld (n IK van 89 tot 111 = stanege 4-6) en bogemiddeld (n IK van 112 of meer = stanege 7-9) vir seuns en meisies apart.

Die verkenningsmedia waarvan die resultate in hierdie ondersoek aangewend is, is tydens die 1965-Talentopnametoetsprogram toegepas en bestaan uit die Biografiese en Onderwysersvraelys, wat spesiaal opgestel is met die doel om soveel as moontlik biografiese en ander agtergrondgegevens van elke leerling te verkry, die Hoërskool-Persoonlikheidsvraelys, Aanpassingsvraelys, Junior Aanlegtoetse, Handelstoetse, Teg-niese Toetse, Guilford-Schneidmann-Zimmerman-belangstellingsvraelys, Nuwe Suid-Afrikaanse Groeptoets, Algemene Toetse in Taal en Rekenkunde, Spellingtoetse, Algemene Wetenskap-, Geskiedenis- en Aardrykskundetoetse, asook die st.6-skooleindeksamenpunte.

Die opvolggegewens waarvan gebruik gemaak is, was onder andere die persentasie druipele en skoolverlaters vir elke standaard van sts. 6 tot 10, die totaalpuntper-sentasie vir alle vakke vir elke standaard van sts. 6 tot 10 asook die st.10-resultate van die Hoërskool-Persoonlikheidsvraelys.

9.4 BEVINDINGS UIT DIE LITERATUUR

9.4.1 Wat is asma?

Asma beteken eintlik 'n versteuring van die asemhalingsproses waar die asmatikus wel deeglik bewus is van verhoogde respiratoriese inspanning. As gevolg van lugpyp-vernouing word die lug moeilik na buite gedryf. Inaseming neig om kort en hygend te wees, terwyl uitaseming gekenmerk word deur 'n fluitgeluid en hoesbuie tydens 'n aanval dikwels die asemhaling bemoeilik. Die asmalyer word dikwels in die nag wakker met 'n gevoel dat hy versmoor. Die dramatiese aard van elke aanval verontrus gewoonlik die ouers en naasbestaendes en maak hulle vreesbevange. Hierdie ang en vrees word dan onbewus oorgedra op die asmalyer.

Die lugpypvernouing word gewoonlik veroorsaak deur 'n kramp in die spierstelsel waardeur die spiere saamgetrek bly en dus die bronchi vernou, of deur 'n swelling van die slymvlies van die bronchi, of deur 'n oormatige slymafskeiding vanuit die slymvlies van die bronchi, waardeur die lugafvoer belemmer word, of deur 'n kombinasie van al drie genoemde faktore.

9.4.2 Asma as 'n psigosomatiese siekte

Asma word algemeen aanvaar as een van die psigosomatiese siektes, waar die oor-sake in sommige gevalle fisies (infeksie, allergie, oorerwing, ensovoorts) en in ander weer oorwegend psigies (afhanklikheidsambivalensie, onderdrukking van woede, ens.) van aard is terwyl dit in die meerderheid van gevalle tussen die twee uiterstes lê en elemente van beide bevat.

9.4.3 Indeling van asma

Verskillende indelings van asma word deur navorsers gemaak. Dit geskied ge-woonlik op grond van die veroorsakende faktore of op grond van die aard van die behan-deling wat in die verlede suksesvol was. Vir suksesvolle behandeling is dit noodsaak-lik om te weet tot watter groep die pasiënt behoort.

9.4.4 Etiologie van asma

Hier volg slegs 'n kort bespreking van die verskillende fasette van die konstel-lasie van faktore wat as oorsake van asma genoem word.

(a) Erflike faktore

Alhoewel feitlik alle navorsers erflikheid as een van die veroorsakende faktore noem, blyk dat die persentasie voorkoms baie wissel. Volgens bevindings van talle na-vorsers, wissel die voorkoms van erflikheid as faktor tussen 27 en 72 persent.

(b) Sensitiwiteit vir sekere allergene

Die meeste navorsers beklemtoon 'n hoë voorkoms van allergiese toestande by asma-pasiënte en noem verskillende allergieë as voorlopers van asma, terwyl 'n verskeiden-heid van allergene as presipiterende faktore optree. Die voorkoms van allergieë by asmalyers wissel egter volgens bevindings van navorsers tussen 30 en 70 persent.

Alhoewel die meeste asmalyers in een of ander opsig allergies is vir sekere allergene, is alle asmalyers nie allergies nie en ontwikkel alle persone wat allergies is, nie asma nie.

(c) Infeksie

Volgens sommige navorsers is koue of infeksie, gevolg deur allergiese faktore, van die belangrikste oorsake van asma. Hulle noem brongitis, kinkhoes, longontsteking en masels as van die belangrikste voorlopers van asma.

(d) Klimaatsfaktore

Verskillende klimaats- (lugdruk, vogtigheidsgraad, temperatuur en die wisseling daarvan), meteorologiese (wind, reën, sneeu, mistigheid, onweer, windrigting, heftigheid van winde, wisseling van dag- en nagtemperatuur), streek- (laagliggende streke, gebiede langs groot riviere, areas met digte plantegroei), en seisoensfaktore (lente en herfs) oefen 'n invloed uit op die voorkoms van asma.

Daar is bevind dat huisstof uit kusgebiede meer stofallergene bevat en dit word toegeskryf aan die warm, vogtige klimaat wat bevorderlik is vir bakteriese groei van mikro-organismes soos skimmel, fungus of swamme in huisstof. Ondersoeke dui ook onteenseglik daarop dat asma baie meer voorkom by kus en laagliggende gebiede as by hoër liggende, droër binnelandse gebiede.

(e) Moeder-kindverhouding

Die meeste navorsing is seker op die gebied van die moeder-kindverhouding gedoen deur psigoanalitici en hulle kom tot die gevolgtrekking dat 'n onopgeloste afhankelijkheidskonflik tussen moeder en kind as oorsaak van asma geponeer kan word. Ander oorsake wat onder die kategorie moeder-kindverhouding genoem word, is vrees vir verwydering of verlies van die liefde en beskerming van die moeder, moederverwerping, oorbekerming, perfeksonisme, dominerende ouers, die oordra van eie emosionele konflikte van die moeder op die kind, behoefte aan onafhanklikheid, veiligheid en geborgenheid en leiding op weg na volwassenheid.

(f) Emosionele faktore

Talle navorsers is die mening toegedaan dat 'n spesifieke emosionele samestelling persone meer vatbaar maak vir asma, en bevindings dui op eienskappe soos emosionele onstabieliteit, emosionele spanning, opgekropte emosies, onderdrukte toorn, neerslagtigheid, angstigheid, gebrek aan selfvertroue, selfsugtigheid, besitlikheid en afhankelijkheid by die asmalyer.

Daar is gevind dat 'n gebrek aan 'n behoorlike balans in die outonome sensuïes stelsel van die asmalyer 'n belangrike aspek van die sindroom is en wanneer die astikus aan sielkundige druk onderwerp word, kan hierdie gebrek aan balans 'n belangrike rol speel in die ontstaan van asma-aanvalle.

Sommige navorsers meen dat die emosionele toestand die perk van weerstand teen asma-aanvalle verlaag, terwyl ander meen dat die hoë spanning by die asmalyer gepaard gaan met swak ontladingsmeganismes en dat die asmalyer uiting gee aan sy emosies deur asma-aanvalle.

Of die genoemde emosionele eienskappe die oorsaak of die gevolg van asma is, is egter nog lank nie 'n uitgemaakte saak nie.

(g) Traumatiese ervarings

Traumatiese ervarings word deur sommige skrywers 'n besondere plek toegeken in die etiologie van asma. Hulle vind dat 'n groot persentasie van hul asmapasiënte se aanvalle teruggevoer kan word na onaangename ervarings in hul kinderjare.

(h) Kondisionering

Verskeie voorbeelde word in die literatuur aangehaal, wat daarop dui dat kondisionering 'n belangrike rol speel in verband met die veroorsaking van asma-aanvalle. Talle ondersoekers het die rol wat kondisionering by asma-aanvalle speel, eksperimenteel ondersoek en tot dieselfde slotsom gekom.

(i) Snellersituasies

'n Gevreesde skeiding van 'n dierbare of sekere aangeleerde of gekondisioneerde reaksies kan soms 'n aanval binne enkele ure aan die gang sit.

(j) Ras

Asma kom meer voor by die beskaafde volkere. Ondersoeke dui daarop dat asma baie minder voorkom by die Suid-Afrikaanse Bantoe en die Amerikaanse Neger as by die Blankes.

(k) Intelligensie

'n Hoër voorkoms van asma word aangetref onder die intelligenter leerlinge as by die minder intelligente leerlinge.

(l) Gesinsgrootte

Die voorkoms is hoër by kleiner as by groot gesinne.

(m) Rangorde in gesin

Volgens talle ondersoekers is die asmatikus dikwels die oudste of enigste kind.

(n) Geslag

'n Hoër voorkoms van asma word aangetref by seuns en die meeste skrywers gee die verhouding van asma by seuns en meisies aan in die verhouding twee tot een.

(o) Ouderdom

Volgens die bevindings van talle navorsers blyk dat die meeste asmagevalle voor die tiende lewensjaar voorkom. 'n Omvattende ondersoek van Hill (1966) onder laerskoolkinders, het aan die lig gebring dat 78 persent hul asma voor die vyfde lewensjaar ontwikkel het, 19 persent gedurende die volgende vyf jaar en die res op 'n later ouderdom.

(p) Sosiale status

Daar is 'n duidelike tendens van 'n hoër voorkoms van asma onder die hoër sosio-ekonomiese beroepsgroepe. Die neiging is selfs te bespeur by Bantoe-kinders in die Republiek van Suid-Afrika.

(q) Omgewing

Alhoewel omgewingsverskille dikwels die gevolg is van klimaatsverskille, is dit tog van belang dat bevindings dui op 'n hoër voorkoms van asma in stede en digbevolkte gebiede as op die platteland.

(r) Digtheidsvoorkoms

Alhoewel die digtheidsvoorkoms verskil volgens ouderdom, geslag, omgewing, volk, ensovoorts, skat gesaghebbendes dit op een persent van alle mense.

9.4.5 Erns van Asma

Bevindings dui daarop dat daar nie alleen 'n wêreldtoename in asma is nie, maar ook 'n drastiese toename in sterftes as gevolg van asma asook 'n toename van asma in digbevolkte stede. Die verlies van arbeidsproduktiwiteit as gevolg van asma in vergelyking met ander siektes is ook baie hoog.

9.4.6 Die asmaleerling en die skool

(a) Prestasie op skool

Allergiese en asmaleerlinge is nie so gemotiveerd om te presteer nie, is stadiger leerders en presteer nie so goed soos gesonde leerlinge op skool nie. Hulle is ook dikwels "probleem"-kinders.

(b) Afwesigheid van skool

Asma is volgens talle navorsers die enkele siekte wat vir die meeste afwesigheid op skool verantwoordelik is, met die gevolg dat skoolwerk baie daaronder ly.

(c) Druiping op skool

Druiping is een van die ernstigste gevolge van die herhaalde afwesigheid op skool, met die gevolg dat baie asmaleerlinge die skool ondergeskoold verlaat.

(d) Sosiale en emosionele aanpassing op skool

Asmakinders kom moeilik met hul maats oor die weg. Hulle is dikwels ongelukkig, ontevrede, irriteerbaar en rusiemakerig en word selde deur hul maats gekies vir speletjies of as leiers van groepe.

(e) Beroepsvoorligting en beroepskeuse

Uit die literatuur blyk dat daar heelwat beroepe is wat nie deur asmalyers beoefen kan word nie, dat volwasse asmalyers met heelwat beroepsprobleme te kampe het en dat hulle as gevolg van herhaalde afwesigheid van hul werk, dikwels ontslaan word en uiteindelik n las vir die staat word.

9.4.7 Behandeling van asma

Die behandeling van asma kan volgens die aard van die behandeling, verdeel word in lokale, akute of korttermyn terapie en algemene of langtermyn terapie.

(a) Lokale, akute of korttermyn terapie

Hieronder word verstaan die terapie of behandeling wat gerig is op die werklike aanval of die benoudheid voor, tydens of na 'n aanval. Die doel is spoedige en/of tydelike verligting, word hoofsaaklik toegepas deur die geneesheer en gaan gepaard met die toediening van sekere medikamente.

(b) Algemene of langtermyn terapie

Onder algemene of langtermyn terapie word verstaan die terapie wat voorkomend van aard is en sentraal gerig is op die faktore of prosesse wat aanleiding kan gee tot 'n asma-aanval of die verergering van asma. Die volgende terapieë ressorteer onder hierdie afdeling:

1 Anti-allergiese terapie

Dit is eerstens gemik op eliminerings of verwydering van stof of allergene waarvoor die pasiënt allergies is en tweedens is die doel die verhoging van liggaamsweerstand teen allergene.

2 Ontspanningsterapie

Dit is toegespits op liggaamlike oefening om deur middel van oefening en moontlike prestasie in liggaamlike aktiwiteite die asmatikus se selfstandigheidsgevoel weer op te bou, sodat hy weer die nodige selfvertroue kan ontwikkel.

3 Asemhalingsterapie

Hierdie terapie is toegespits op asemhalingstegnieke om die asmatikus te help om beter asem te haal tydens aanvalle.

4 Anti-spanningsterapie

Die doel is om spanning te verlig en dit gaan gepaard met die toediening van sekere medikamente.

5 Hipnoterapie

Hipnoterapie is al deur verskeie navorsers met sukses toegepas, alhoewel die langtermynwaarde nog nie sonder meer bewys is nie. Die belangrikste aspek is blykbaar die suggestie, terwyl die hipnotiseur absoluut selfversekerd moet wees. As behandelingstegniek het selfhipnose ook al vrugte afgewerp.

6 Psigoterapie

Groep terapie geniet voorkeur bo individuele terapie en gekombineer met die toediening van medikamente, lewer dit die beste resultate. Die spanbenadering, naamlik samewerking tussen huisdokter, psigiater, sosiale werkster, pedagoog, ensovoorts, word beklemtoon in enige vorm van terapie, terwyl dit toegespits moet wees op die herstel van die asma tikus se basiese sekuriteitsgevoel.

7 Milieu- of klimaatsverandering

In die literatuur word talryke bewyse gevind van beterskap wat ingetree het na dat ouers met hul asmakind verhuis het van een streek na 'n ander. Daar is egter soveel faktore wat 'n rol speel in die veroorsaking van asma, dat dit onmoontlik is om ten opsigte van milieu- of klimaatsverandering 'n algemeen geldende aanbeveling te doen. By milieu- of klimaatsverandering is sosiale, klimaats-, meteorologiese, streeks- en seisoensfaktore ter sprake, wat elkeen op 'n ander wyse 'n invloed op die asmalyer uitoefen.

8 Parentektomie

Die verwydering van die ouers of die verwydering van die kind of die skeiding van die pasiënt van die persone wat sy siekte skynbaar beïnvloed, staan bekend as parentektomie. Hieronder word saamgevat alle behandelingsmetodes wat daarop toegespits is om die asmakind vir korter of langer tydperke uit die ouerhuis te verwyder, sodat hy behandeling kan ontvang in 'n hospitaal, kliniek, gesondheidsentrum of asmakliniek.

Verskeie asma sentrums het hul ontstaan gehad in Amerika, Australië, Nederland en ander wêrelddele, waar chroniese jeugdige asmalyers vir korter of langer tydperke, wat wissel van drie tot 24 maande, van hul ouerhuis weggeneem word vir behandeling. Fenomenale sukses is aan hierdie sentrums behaal.

Die algemene terapie wat aan hierdie sentrums toegepas is, kom kortliks daarop neer dat -

(i) elke asmalyer die persoonlike aandag ontvang van personeel wat deurdronge is met 'n ideaal om die lot van die asmalyer te verlig;

(ii) alles in die stryd gewerp word om by die asmalyers die nodige selfvertroue en sekuriteitsgevoel te ontwikkel;

(iii) asmalyers aangemoedig word om vryelik uiting te gee aan hul gevoelens;

(iv) asmalyers aanvaar word soos hulle is en daar gepoog word om hulle insig in hul probleme te gee;

(v) tydens aanvalle daar so min as moontlik van medikamente gebruik gemaak word en die asmalyers aangemoedig word om op eie krag te steun, sodat hulle 'n geestelike weerbaarheid teen die siekte kan opbou, en

(vi) hierdie asmalyers geen voorkeurbehandeling in die skool kry ten opsigte van liggaamlike opvoeding, gimnastiek of sport nie, maar dat liggaamlike aktiwiteite juis aangewend word as 'n middel tot ontwikkeling van die nodige selfvertroue, deurstellingsvermoë en verantwoordelikhedaanvaarding.

Die pedagogiese benadering wat aan hierdie sentrums gevolg word, het ten doel die skepping van 'n gevoel van veiligheid, sekerheid en geborgenheid by die asmakind. Liefdevolle hulp en leiding word aan die nie-volwassene, hulpbehoewende en hulpsoekende gebied in sy op-weg-wees-na-volwassenheid, met die nodige erkenning van sy drang tot eksplorasi e en emansipasie en sy behoefte aan verantwoordelikheid en verantwoordelikhedaanvaarding. Die asmakind word nie alleenlik aanvaar soos hy is nie, maar sy waardigheid as persoon word erken en hy word gehelp om sy siek-wees sinvol te verwerk en te aanvaar.

Dit is interessant dat kinders wat in twee jaar geen asma-aanval in die sentrum gekry het nie, weer dadelik aanvalle begin kry het by hul terugkeer tot hul ouerhuise. Om die probleem te verhelp, is die kinders by ontslag uit die sentrums eers by "pleegouers" geplaas, wat moes help in die oorskakeling van asma sentrum na ouerhuis. Hierdie "pleegouers" was ten volle op die hoogte met die probleem van die kinders, en het vrywillig saamgewerk met die asma sentrum. Gedurende hierdie tyd het volledig op-

geleide maatskaplike werkers met die nodige kennis en agtergrond van die asma-probleem, die ouerhuise besoek met die oog op die vasstelling en uit-die-weg-ruiming van moontlike oorsake wat in die gesinsituasie mag bestaan. Die ouers is dan ook ten volle ingelig in verband met die probleem van asma en hoe daar opgetree moet word teenoor die asmakind.

Volgens werkers by die asmasentra is daar, ten spyte van hul suksesse, altyd sekere instansies of invloede van buite wat die langtermynherstel van die asmalyers in die wiele ry. Hulle noem veral -

- (i) die ouers en familielede;
- (ii) die onderwyser en die skool;
- (iii) die geneesheer en geneeskundige personeel.

Aangesien enige hoop op suksesvolle behandeling so nou gemoeid is met elkeen van bogenoemde instansies, is verskeie wenke aan die hand gedoen oor hoe daar opgetree moet word deur hierdie instansies.

9.4.8 Ontgroeiing van asma

Bevindings dui daarop dat ongeveer 40 persent van die asmalyers hul asma tussen puberteit en adolessensie ontgroei terwyl ongeveer 'n verdere 30 persent heelwat verbeter. Hoe jonger die asma opgedoen word, hoe beter is die kans op ontgroeiing.

9.5 BEVINDINGS UIT DIE ONDERSOEK

Die bevindings, soos blyk uit die empiriese ondersoek, kan kortliks soos volg saamgevat word:

9.5.1 Agtergrond

(a) Geografiese besonderhede

Volgens die geografiese besonderhede kom die asma- in vergelyking met die gesonde leerlinge,

- 1 beduidend meer voor in die kusproviensies en wel meer langs die kus as in die binneland;
- 2 beduidend meer voor in stedelike gebiede.

(b) Gesinsagtergrond

Die belangrikste bevindings in verband met die gesinsagtergrond is dat na verhouding en in vergelyking met gesonde leerlinge,

- 1 asma beduidend meer by Engelssprekende leerlinge voorkom as by Afrikaanssprekende leerlinge;
- 2 asma beduidend meer voorkom by seuns as by meisies;
- 3 relatief tot beduidend meer van die asmaleerlinge se vaders die hoër sosio-ekonomiese beroepe beklee;
- 4 relatief tot beduidend meer asmaseuns aspireer na die hoër sosio-ekonomiese beroepe;
- 5 asmaleerlinge relatief tot beduidend meer uit kleiner gesinne (vier en minder kinders) afkomstig is, terwyl hulle relatief meer onder die eerste drie kinders voorkom;
- 6 daar geen besondere tendens waarneembaar is met betrekking tot die feit of ouers nog leef of nie;
- 7 relatief meer egskeidings by ouers van asmaleerlinge voorgekom het, terwyl relatief tot beduidend meer van hul moeders buitenshuis werk.

(c) Skool- en studieaangeleenthede

In hierdie afdeling is die asmaleerlinge met die gesonde leerlinge vergelyk ten opsigte van sekere agtergrondgegewens in verband met skool- en studieaangeleenthede. Die belangrikste bevindings is dat na verhouding en in vergelyking met gesonde leerlinge,

- 1 relatief tot beduidend meer van die asmaleerlinge kleuterskole bygewoon het;
- 2 relatief meer asmaleerlinge jonger tot die skool toegetree het en 37,5 persent reeds op vyfjarige ouderdom skool toe is;
- 3 beduidend meer van die asmaleerlinge hul onderwys deur medium Engels ontvang;
- 4 asmaleerlinge nie verskil wat betref die getal skole wat hulle bygewoon het nie;
- 5 daar met die uitsondering van die ondergemiddelde asmaseuns, wat beduidend meer by hul ouers gebly het, ten opsigte van die res nie 'n besondere tendens wat betref verblyfplek waarneembaar is nie;
- 6 die asmaleerlinge se gesondheidstoestand volgens hulle eie mening beduidend swakker is en hulle ook gedurende 1965 vir beduidend langer tydperke van die skool afwesig was;
- 7 daar ten opsigte van druipling, met die uitsondering van die gemiddelde asmameisies, wat beduidend meer gedruip het, nie veel verskille gevind is ten opsigte van die res van die asmaleerlinge nie;
- 8 relatief tot beduidend meer ouers van asmaleerlinge hoër onderwysaspirasies vir hule kinders het;
- 9 die asmaleerlinge in hul onderwysaspirasies verskil van onbeduidend laer tot beduidend hoër in die geval van die gemiddelde asmaseuns en ondergemiddelde asmameisies respektiewelik;
- 10 die asmaseuns relatief tot beduidend minder van skoolgaan hou, terwyl die asmameisies nie verskil nie;
- 11 asmaleerlinge wat betref hul begeerte om leiding te neem, nie verskil nie, alhoewel daar tog by die asmameisies 'n deurlopende neiging is om relatief meer begerig te wees om leiding te neem;
- 12 asmaleerlinge relatief tot beduidend meer negatief ingestel is teenoor die doen van huiswerk;
- 13 daar ten opsigte van hulp in verband met huiswerk deur ouers geen verskille bestaan nie;
- 14 die asmaleerlinge nie verskil in hul houding ten opsigte van geleerdheid nie;
- 15 die asmaleerlinge relatief meer krities ingestel is in hul houding teenoor die nakoming van skoolreëls.

(d) Vryetydsbesteding, sport en ontspanning

Die belangrikste bevindings in verband met die asmaleerlinge se houdings, gebruike en gewoontes ten opsigte van vryetydsbesteding, sport en ontspanning is dat na verhouding en in vergelyking met die gesonde leerlinge,

- 1 daar ten opsigte van leesgewoontes geen besondere tendens waarneembaar is nie en die verskille gering en onbeduidend is;
- 2 relatief tot beduidend meer asmaleerlinge aan geen buitemuurse aktiwiteite deelneem nie, en waar hulle wel deelneem, hulle minder tyd daaraan bestee; terwyl minder asmaseuns aan een tot drie aktiwiteite deelneem, neem meer asmameisies aan een tot drie aktiwiteite deel;
- 3 relatief tot beduidend meer asmaleerlinge naskoolse lesse in musiek, ballet, ensovoorts ontvang;
- 4 die asmaleerlinge volgens stokperdjiebeoefening meer hou van die versameling van artikels, bou van modelle, fotografie en kuns, terwyl hulle minder hou van die aanhou van troeteldiere, tuinmaak en om met gereedskap te werk; ten opsigte van lees, korrespondensie met penvriende en handwerk is daar geen besondere tendens waarneembaar nie;

5 asmaleerlinge relatief tot beduidend meer dié aktiwiteite verkies wat die minste fisiese en psigiese inspanning vereis, byvoorbeeld om na plate of die radio te luister, bioskoop toe te gaan en om boeke te lees, en

6 relatief tot beduidend meer asmaleerlinge minder daarvan hou om sport te beoefen, alhoewel die meerderheid tog baie van sport hou.

(e) Gegewens soos verstrek deur klasonderwysers

Volgens die inligting soos verstrek deur die klasonderwysers in verband met die houdings, gewoontes, prestasies, ensovoorts, van die asma- en gesonde leerlinge, blyk dat na verhouding en in vergelyking met die gesonde leerlinge,

1 asmaseuns relatief tot beduidend minder tekens van leierskap openbaar; alhoewel die asmameisies relatief meer tekens van leierskap openbaar, is die verskil gering en onbeduidend;

2 asmaleerlinge in hul samewerking met onderwysers nie beduidend verskil nie; daar is egter tekens waarneembaar dat asmaleerlinge beter sowel as swakker met onderwysers saamwerk;

3 daar wat samewerking met medeskoliere betref, geen beduidende verskille bestaan nie;

4 die asmaleerlinge deurgaans beduidend swakker in sport presteer, alhoewel 'n groot persentasie nog gemiddeld en bogemiddeld presteer;

5 asmaleerlinge wat stokkiesdraai betref, nie van die gesonde leerlinge verskil nie;

6 daar geen beduidende verskille ten opsigte van ywer in verband met skoolwerk bestaan nie;

7 afwesighede 'n beduidend meer nadelige invloed uitoefen op die skoolprestasies van asmaleerlinge;

8 die asmaleerlinge geensins verskil wat betref besondere aanleg in 'n vak of vakgroep nie; alhoewel asmaseuns 'n relatief beter aanleg toon in Rekenkunde en asmaleerlinge as groep, weer 'n swakker aanleg toon in die leervakke, is die verskille gering en onbeduidend;

9 die asmaleerlinge ten opsigte van hul kans om st.10 te slaag en die hoogste standerd wat hulle kan slaag, nie beduidend verskil nie en daar ook nie 'n besondere tendens waarneembaar is nie.

9.5.2 Intelligensie

Volgens die resultate van die NSAG blyk dat die Verbale, Nie-verbale en Totale IK van die asmaleerlinge beduidend hoër is as dié van die universum van st.6-leerlinge. Alhoewel nie beduidend nie, is die IK van die asmaleerlinge ook relatief hoër as dié van die gesonde leerlinge.

Die asmaseuns is ook relatief meer intelligent as die asmameisies. Die beduidend hoër intelligensie van die asmaleerlinge in vergelyking met die universum van st. 6-leerlinge kan dus toegeskryf word aan die hoër IK van die asmaseuns.

9.5.3 Persoonlikheid

Volgens die tellings wat die leerlinge behaal het op die HPSV, het die asma-leerlinge in vergelyking met die gesonde leerlinge relatief tot beduidend laer tellings behaal op velde A (Vriendelikheid), C (Egosterkte), F (Entoesiasme) G (Pligsgetroetheid) en H (Avontuurlustigheid), wat daarop dui dat die asmaleerlinge meer teruggetrokke, afsydig, krities, aantasbaar deur gevoelens, opportunisties, emosioneel onstabiel, skaam, beheersd en onvrymoedig is. Hulle ontwyk makliker reëls, voel min verpligtings, raak makliker ontstel en het ook minder ego- en superegosterkte.

In die geval van velde B (Intelligensie), D (Prikkelbaarheid), O (Vreesagtigheid), Q₂ (Selfgenoegsaamheid) en Q₄ (Gespannenheid) het hulle weer relatief tot beduidend hoër tellings behaal as die gesonde leerlinge, wat daarop dui dat hulle meer prikkelbaar, opgewonde, ongeduldig, veeleisend, ooraktief, bevreesd, bekommerd, neerslagtig, geneig tot skuldgevoelens, gespanne, aangedrewe en gefrustreerd is. Volgens

velde B en Q₂ is die asmaleerlinge meer intelligent, abstrakdenkend, selfgenoegsaam en vindingryk, beskik hulle oor 'n beter skolastiese verstandelike vermoë en verkies hulle om eie besluite te neem.

Wat die oorblywende velde van persoonlikheid betref, is daar geen besondere tendens vir asmaleerlinge gevind nie. Indien daar gelet word op die getal beduidende verskille, dan is daar blykbaar heelwat meer persoonlikheidsverskille tussen asma- en gesonde seuns as tussen asma- en gesonde meisies. Dit is egter nie slegs die getal beduidende verskille wat verskil nie, maar ook die graad van beduidendheid, wat moontlik daarop dui dat asmaseuns hul persoonlikheidsprobleme meer intens beleef as die asmameisies.

Interessant is ook 'n geringe toename in die voorkoms van persoonlikheidsverskille namate die IK van die asmaleerlinge toeneem, in vergelyking met die gesonde leerlinge.

Die bogenoemde bevindings ten opsigte van die persoonlikheidsamestelling van die asmaleerlinge word gestaaf deur talle ondersoekers op grond van die resultate van verskillende persoonlikheidstoetse en -vraelyste, projeksietegnieke en persoonlike waarnemings.

9.5.4 Aanpassing

Volgens die resultate van die Aanpassingsvraelys het die asmaleerlinge in vergelyking met die gesonde leerlinge op al die velde van die Aanpassingsvraelys, met die uitsondering van Sosiale Verhoudings relatief tot beduidend hoër tellings behaal, wat dui op swakker aanpassing.

Die grootste beduidende verskille vir al drie die IK-groepe en albei geslagte, het voorgekom by Gevoel van Eiewaarde en Emosionaliteit.

Gevoel van Eiewaarde handel oor die toetsling se gevoel van eiewaarde ten opsigte van sy werklike of vermeende persoonlike gebreke of ongunstige omstandighede, veral wanneer hy in situasies geplaas word waar hy minder suksesvol as ander presteer. Die vrae wat handel oor hierdie afdeling het ten grondslag die gevoel van eiewaarde wat by die goed aangepaste individu ontstaan as gevolg van erkenning van sy swakhede en 'n rasonale begrip van dit waartoe hy in staat is.

Die swakker aanpassing van die asmaleerlinge ten opsigte van Emosionaliteit, wat 'n aanduiding is van emosionele onrypheid of onstabiliteit, word gestaaf deur die bevindings van die HSPV, waar die asmaleerlinge in alle gevalle beduidend laer tellings behaal het ten opsigte van faktor C (Egosterkte), wat daarop dui dat asmaleerlinge makliker aantastbaar is deur gevoelens, emosioneel minder stabiel, maklik ontstelbaar en veranderlik is en minder egosterkte besit.

Belangrik is ook Gevoel van Persoonlike Vryheid, Simptome van Senuweeagtigheid en Huislike Verhoudings, waar die tweede grootste verskille voorkom tussen asma- en gesonde leerlinge.

Gevoel van Persoonlike Vryheid handel oor die houding van die toetsling teenoor beperkings of vermeende beperkings op sy persoonlike vryheid, terwyl Senuweeagtigheid dui op verskeie simptome van senuweeagtigheid of gespannenheid. Huislike verhoudings handel oor die persoon se houding en gevoel teenoor sy huis en volgens die resultate van die Aanpassingsvraelys is die asmaleerlinge beduidend swakker aangepas as die gesonde leerlinge.

Die asmaleerlinge is verder beduidend swakker aangepas ten opsigte van Selfvertroue, Gevoel van Aanvaarding en Erkenning, Morele Inslag en Skoolverhoudings. Die swakker aanpassing van die asmaleerlinge op genoemde velde dui daarop dat hulle minder vertrouwe in hul werklike of vermeende vermoëns het; dat daar by hulle 'n groter gebrek aan selfvertroue is; dat hulle meen dat hulle nie die nodige aanvaarding en erkenning in die gemeenskap geniet nie; dat hulle onveilig voel; dat daar by hulle 'n groter behoefte aan veiligheid en geborgenheid bestaan; dat hulle makliker as gesonde leerlinge in botsing kom met die aanvaarde morele standaarde en gedrag van die gemeenskap

en dat hulle nie so goed oor die weg kom met hul medeskoliers en onderwysers nie.

Die geringste verskille kom voor ten opsigte van Sosiale Verhoudings by asma-meisies, waar daar geen beduidende verskille gevind is nie, en die afleiding gemaak kan word dat die asmameisies nie meer teruggetrokke is as die gesonde meisies nie. Die asmaseuns is egter relatief tot beduidend swakker aangepas in hul sosiale verhoudings en aldus meer teruggetrokke as die gesonde leerlinge.

'n Verdere interessante bevinding is dat in vergelyking met die gesonde leerlinge die meeste en mees beduidende verskille voorkom by die bogemiddelde asmaleerlinge en die minste en mins beduidende by die ondergemiddelde asmaleerlinge, en dat die afleiding gemaak kan word dat die bogemiddelde asmaleerlinge met meer en ernstiger aanpassingsprobleme te kampe het as laer intellektuele groepe.

Op grond van die frekwensie en aard van beduidendheid het dit ook geblyk dat die asmaseuns met meer en ernstiger aanpassingsprobleme te kampe het as die asmameisies in vergelyking met die gesonde leerlinge.

Samevattend kan dit dus gestel word dat die asmaleerlinge op grond van die resultate van die HSPV en die Aanpassingsvraelys byna deurgaans minder gewenste persoonlikheidseienskappe openbaar en met heelwat meer aanpassingsprobleme te kampe het in vergelyking met gesonde leerlinge.

9.5.5 Aanleg

Die belangrikste bevindings in verband met die asmaleerlinge se aanleg, soos gemeet deur die JAT, HT en TT is dat na verhouding en in vergelyking met die gesonde leerlinge,

- (a) hulle dieselfde hoogste en laagste aanlegrigtings openbaar;
- (b) hul aanlegpatroon nie van die gesonde leerlinge verskil nie, maar dat dit wel verskil volgens die verskillende IK-groepe en ook tussen die geslagte;
- (c) hulle oor 'n relatief beter vermoë en aanleg beskik om
 - (i) vinnig en akkuraat met syfers en sekere aangeleerde sisteme te werk en vaardig is in die oplossing van praktiese rekenkundige probleme;
 - (ii) waarnemings van 'n meganiese en nie-taalkundige aard te maak, en
 - (iii) met gereedskap te werk;
- (d) asmameisies oor 'n relatief beter psigomotoriese koördinasie beskik.

9.5.6 Belangstelling

Die belangrikste bevindings in verband met die asmaleerlinge se belangstelling in sekere beroepsrigtings as werk of as stokperdjie, soos gemeet deur die GSZ-belangstellingsvraelys, is dat na verhouding en in vergelyking met die gesonde leerlinge,

- (a) die asmaseuns 'n relatief tot beduidend laer belangstelling in werk en stokperdjie toon;
- (b) asmameisies 'n relatief hoër werkbelangstelling toon, alhoewel die verskille gering en onbeduidend is;
- (c) asmameisies ten opsigte van stokperdjiebelangstelling nie van die gesonde meisies verskil nie;
- (d) die getal beduidende verskille, asook die graad van beduidendheid by die asmaseuns toeneem namate die IK toeneem, terwyl dieselfde tendens nie by die asmameisies waarneembaar is nie;
- (e) die hoogste en laagste werk- en stokperdjiebelangstelling van die asma- en gesonde leerlinge dieselfde is;
- (f) die belangstellingspatroon van die asmaleerlinge nie van die van die gesonde leerlinge verskil nie, alhoewel daar tog verskille is tussen die verskillende IK- en geslagsgroepe;
- (g) 'n verdere bevinding met besondere implikasies vir beroepsvoorligting en -opleiding in die besonder, is dat -

(i) die ondergemiddelde leerlinge (asma en gesond) 'n hoër werk- as stokperdjiebelangstelling toon;

(ii) die gemiddelde leerlinge (asma- en gesond) feitlik geen verskille toon tussen werk- en stokperdjiebelangstelling nie, terwyl

(iii) die bogemiddelde leerlinge (asma en gesond) 'n groter stokperdjie- as werkbelangstelling toon.

9.5.7 Skolastiese bekwaamheid en -prestasie

Die belangrikste bevindings in verband met die asmaleerlinge se skolastiese bekwaamheid en -prestasie, soos gemeet deur die ATTR, Spelling-, Geskiedenis-, Algemene Wetenskap- en Aardrykskundetoetse is dat -

(a) geen afdoende bewys gevind kon word van enige verskille in skolastiese bekwaamheid ten opsigte van Moedertaal en Tweede taal Afrikaans en Engels nie;

(b) asmaleerlinge relatief tot beduidend beter presteer in Rekenkunde as gesonde leerlinge;

(c) asmaleerlinge nie verskil van gesonde leerlinge wat betref spelling in Moedertaal en Tweede taal Afrikaans en Engels nie;

(d) die skolastiese prestasie van asmaleerlinge in Geskiedenis, Algemene Wetenskap en Aardrykskunde nie verskil van dié van gesonde leerlinge nie, en

(e) die verband tussen asma- en gesonde leerlinge wat betref hul skolastiese bekwaamheid en -prestasie, soos gemeet deur genoemde toetse, hoogs beduidend is.

9.5.8 Standaard ses-eindeksamenpunte

Volgens die resultate soos behaal in die st.6-skooleindeksamen blyk dat -

(a) daar geen verskille bestaan tussen asma- en gesonde leerlinge ten opsigte van hul prestasie in Afrikaans en Engels Hoër en Laer en Wiskunde en Algemene Wetenskap nie;

(b) asmaleerlinge relatief tot beduidend swakker presteer in Rekenkunde;

(c) alhoewel asmaseuns nie van die gesonde seuns verskil ten opsigte van Algemene Wetenskap nie, die asmameisies beduidend swakker as die gesonde meisies presteer;

(d) asmaleerlinge relatief tot beduidend swakker presteer in hul totale eindeksamenpunt as die gesonde leerlinge, en

(e) asmaleerlinge wat hul rangorde in prestasie in die genoemde eksamenvakke betref, 'n hoë beduidende verband toon met die gesonde leerlinge.

9.5.9 Druiping en skoolverlating

Asmaleerlinge druipt in vergelyking met gesonde leerlinge relatief tot beduidend meer tussen sts. 6 en 8 terwyl die grootste verliese as gevolg van skoolverlating en druipting ook tussen sts. 6 en 8 voorkom.

9.5.10 Skolastiese prestasie tot st. 10

Met die uitsondering van die sts. 6- en 7-asmameisies wat beduidend swakker vaar in hul totaalpuntpersentasie vir alle vakke, as die gesonde meisies, is die verskille tussen die res gering en onbeduidend.

9.5.11 Ontgroeiing van asma gedurende die hoërskooljare

Ongeveer 55 persent van die leerlinge wat las van asma in st.6 gehad het, het hul asma tussen sts. 6 en 10 ontgroeï.

9.5.12 Eerste voorkoms van asma gedurende die hoërskooljare

Slegs 0,8 persent van die seuns en 0,7 persent van die meisies wat gesond was in st.6, het in st.10 aangetoon dat hulle toe las van asma gehad het.

9.5.13 Persoonlikheidsveranderinge by asmaleerlinge tussen sts. 6 en 10

Die asmaleerlinge het in vergelyking met die gesonde leerlinge nie veel persoonlikheidsveranderinge ondergaan tussen sts. 6 en 10 nie. Daar is slegs beduidende verskille gevind ten opsigte van faktore A en Q_4 by meisies en faktor B by seuns.

Die asmeisies blyk in st.10 meer na-buite-lewend en hartlik alhoewel meer gespanne en gefrustreerd as in st.6 te wees in vergelyking met die gesonde meisies terwyl die abstrakte denkvermoë van die asmeisies in 'n mindere mate toegeneem het as dié van die gesonde seuns.

9.6 AANBEVELINGS

9.6.1 Inleiding

In hierdie studie is 'n poging aangewend om die psigiese lewe van die asmakind as siek kind te deurgrond met die oog op 'n beter begrip vir die probleme van dié kinders. Die bevindings in verband met persoonlikheids-, emosionele en aanpassingsprobleme dui op 'n behoefte aan hulp- en steungewing van die volwassenes (ouers, onderwysers en geneeskundige personeel), meer nog as in die geval van gesonde kinders.

In hul bemoeienis met hierdie kinders kom die volwassenes as rype, sedelik selfstandige en verantwoordelike persone te staan teenoor nog nie rype, sedelik onselfstandige en verantwoordelik-wordende persone wat vanweë hul siekte nog meer aangewys is op hulp en leiding in hul op weg wees na volwassenheid. Dit gaan dus spesifiek om opvoedingshulp.

Uit die bevindings en gevolgtrekkings blyk duidelik dat daar sekere psigologiespedagogiese, didakties-pedagogiese, sosio-pedagogiese en pedoterapeutiese aanbevelinge gemaak moet word.

9.6.2 Psigologies-pedagogiese aanbevelings

(a) Die psigologies-pedagogiese opgawe aan die ouers

By die asmakind is daar duidelike emosionele en gedragsprobleme wat dui op verstourings in die gevoelslewe, eintlik affektiewe nood, wat aanleiding gee tot 'n basiese lewensonsekerheid. By hierdie affekversteurde kinders is daar alle aanduidings van opvoedingsnood en ook opvoedingsfoute. Opvoedingsnood beteken vir hulle affektiewe nood.

Elke kind op-weg-na-volwassenheid is 'n kind in nood, en hierdie nood word slegs deur sy siek-wees geïntensiveer. Die onsekerheid van kind-wees word deur siek-wees vergroot.

Omdat enige psigologies-pedagogiese aanbevelings opgesluit lê in die beantwoording van hierdie nood, word dit kortliks hier aangestip. Enige kind het nood aan die volgende:

1 'n Intieme vertrouensverhouding met sy opvoeders. Dit sluit in algehele aanvaarding, erkenning van sy menswaardigheid, liefdevolle versorging, belangstelling, gemoedsekerheid, veiligheid en geborgenheid.

2 Begrip. Die kind wil weet dat die opvoeder hom ken en begryp en hy vra begrip vir sy moeilike oorgang na volwassenheid.

3 Gesag en dissipline. Gebrek aan die nodige gesagsleiding werk onsekerheid in die hand.

4 Kontak. Liefdevolle omgang, ontmoeting, inkontaktrading met die opvoeder werk 'n gevoel van veiligheid en geborgenheid in die hand.

5 Die opvoeder se bemoeienis met hom. Die opvoeder moet nie passief staan teenoor die kind nie, maar in sy bemoeienis met hom moet hy ingryp in sy handeling, afkeer, straf en tereg wys. Wanneer nodig, moet die opvoeder egter ook instem met, prys, aanmoediging, belangstel en goedkeur.

6 Rustigheid, vryheid en ontspanning. Die kind wil in 'n rustige, ontspanne atmosfeer toegelaat word om in vryheid te eksploreer, wetende dat hy altyd kan terugval op die leiding van 'n begrypende opvoeder.

Om hierdie kinders in nood te kan help, moet hul ouers toetree tot die wêreld van die asmakind, dit wil sê hulle moet simpatieke begrip hê vir die innerlike lewe van hierdie kinders deur -

- (i) hulle onvoorwaardelik te aanvaar soos hulle is, met hul gebreke en probleme;
- (ii) hulle nie te bejammer nie;
- (iii) hulle waardigheid as persone te erken;
- (iv) hulle op te voed om hul siekte te aanvaar en die sin daarvan te begryp;
- (v) hulle te help en aan te moedig om die mate van onafhanklikheid te bereik waartoe hulle in staat is en hul toekomsideale realisties te aanvaar, met inagneming van hul moontlikhede;
- (vi) 'n stabiele affektiewe verhouding met hulle op te bou;
- (vii) te waak teen oorbeskerming of verwenning, anders bly die kind afhanklik en kry hy nie geleentheid om sy selfstandigheidsgevoel te ontwikkel nie;
- (viii) te waak teen 'n tekort aan moederliefde, affektiewe verwaarlosing of moederverwerping;
- (ix) hulle net soos ander kinders te behandel ten opsigte van dit wat as aanvaarbare gedrag beskou word; dit geld ook wat die dissipline betref;
- (x) te sorg vir die stimulering van hul belangstellings, aanleg, bekwaamhede en vermoëns;
- (xi) te sorg vir 'n veilige ruimte waar die kind daarvan verseker is dat hy aanvaar word;
- (xii) ten slotte te waak daarteen om die slagoffer van hul eie angs in verband met die asmakind se siekte en nood te word. Die ouers het hierin besondere steun van deskundiges nodig, en daarom is 'n voorligtingsdiens noodsaaklik.

Naas die besondere pedagogiese opgaaf wat die opvoeding van hierdie kinders ten grondslag lê, is daar nog sekere aanbevelings wat meer spesifiek gerig is op hierdie kinders se besondere siekte, naamlik, dat die ouers -

- (i) nie abnormaal hoë eise aan hierdie kinders moet stel nie;
- (ii) hulle nie moet weerhou van deelname aan sport en ander liggaamlike bedrywighede nie, want deur normale verkeer met hul portuurgroep kry hulle die geleentheid tot herwinning van selfvertroue;
- (iii) kalm, bedaard en rustig moet optree en sorg vir 'n spanningsvrye atmosfeer tydens 'n asma-aanval, al is hulle ook hoe bekommerd, anders dra hulle hul eie spanninge oor op die kind en vererger so die hewigheid van 'n aanval;
- (iv) die instruksies en voorskrifte van die geneesheer nougeset moet uitvoer;
- (v) nie die gevare van asma voor die kinders bespreek nie;
- (vi) die kind deeglik daarop moet voorberei indien hy hospitaalbehandeling moet ontvang;
- (vii) deeglik kennis moet dra van die rol van allergene, en
- (viii) die kind moet leer wat om te doen as hy 'n aanval kry.

(b) Die psigologies-pedagogiese opgaawe aan die medici

Vir die mediese personeel geld presies dieselfde pedagogiese opgaaf as vir die ouers. Hulle moet kennis dra van die nood van die kind en in hul behandeling waak daarteen om asma in plaas van die kind, en wel die kind as mens, in die middelpunt te plaas. Naas die besondere pedagogiese opgaaf, moet die geneesheer -

- 1 nie te veel op medikamente staat maak nie, want dit breek die kind se eie weerstand af en ondermyn sy selfvertroue;
- 2 in sy omgang met die asmakind kalm en bedaard, dog ferm optree;
- 3 ouers in sy volle vertroue neem en hulle inlig oor asma, en
- 4 onthou dat die ouers net soveel en soms meer aanmoediging nodig het as die kind.

(c) Die psigologies-pedagogiese opgaawe aan die onderwysers

Vir die onderwysers, as plaasvervangende ouers, geld dieselfde pedagogiese opgaaf wat bespreek is in verband met die ouers, in 'n meerdere mate as wat dit die geval is vir die geneeskundige personeel. Veral waar hierdie kinders uit huise kom waar pedagogiese verwaarlosing bestaan, opvoedingsfoute gemaak word en daar dus opvoedingsnood by die kind bestaan, moet die skool vir hierdie leerlinge 'n toevlugsoord en veilige hawe wees, waar die nodige waarborg van veiligheid en geborgenheid bestaan. Ouers en onderwysers van asmakinders moet egter besef dat die asmakind nie 'n anderse opvoeding moet kry op grond van sy anderse leefwêreld nie. Veel eerder moet sy andersheid in ag geneem word sonder om hom anders te laat voel.

Naas die besondere pedagogiese opgaaf, moet die onderwysers -

- 1 kennis dra van die persoonlikheidsprobleme en emosionele nood van die asmakind;
- 2 ingaan op die agtergrondgeskiedenis van hierdie kinders en nou met die ouers saamwerk;
- 3 kennis dra van die oorsake van asma en die rol van allergeene;
- 4 kennis neem van die herhaalde afwesigheid en op 'n onopvallende wyse individuele hulp verleen met agterstallige werk;
- 5 waak teen psigiese ooreising en vermoeidheid, byvoorbeeld oorbelading met huiswerk;
- 6 bewus wees van die rol wat spanninge en frustrasie tydens eksamen by hierdie kinders speel;
- 7 onnodige beperkende maatreëls op liggaamlike aktiwiteite soos liggaams-oefening, sport en ander buitemuurse bedrywighede moet vermy word omdat baie van die emosies en frustrasies van hierdie kinders juis die gevolg hiervan is; die liggaams-oefeningonderwyser het 'n besondere taak om hier te vervul;
- 8 die stokperdjies waarvan die asmaleerlinge hou, aanmoedig en vir hulle die geleentheid bied om daarin uit te blink.

(d) Die psigologies-pedagogiese opgaaf aan die kleuterskool- en koshuispersoneel

Alhoewel dieselfde pedagogiese opgaaf wat vir ouers en onderwysers geld, ook in die besonder hier van toepassing is, word kleuterskole en koshuise uitgesonder, omdat ouers moet kennis dra van die volgende:

- 1 Waar oorsake van asma geleë is in 'n ongunstige emosionele en onpedagogiese huislike klimaat, kan kleuterskoolbywoning of koshuisinwoning help om asma te verlig, mits die onderwysers ten volle ingelig word aangaande die kind se probleme.
- 2 Indien die oorsake geleë is in ongunstige klimaats- en meteorologiese faktore, kan die kind na 'n koshuis gestuur word waar die klimaat meer gunstig is.
- 3 Die bywoning van 'n kleuterskool of koshuisinwoning, indien die kind nie daarop voorberei en reg ingestel is nie, kan deur hom as verwerping beskou word, in welke geval dit reeds bestaande asma mag vererger, of asma mag ontstaan.

Uit wat tot dusver bespreek is, blyk baie duidelik dat die volwassenes wat met hierdie kinders te doen kry (ouers, onderwysers, medici, paramedici, maatskaplike werkers) voor 'n besondere pedagogiese opgaaf te staan kom, naamlik om die asmakind te aanvaar soos hy is en hom op te voed tot aanvaarding en sinvolle verwerking van sy siekte en hom steeds ten opsigte van sy wêreld te oriënteer. Hierdie kinders het die

hulp en steun van volwassenes meer nodig as gesonde kinders, nie alleen op normatief-etiese terrein nie, maar veral op affektiewe vlak. As hierin nie geslaag word nie, sal die kinders hul geloof in die sin van hul bestaan verloor, en die gedying tot volwaardige volwassenheid sal bemoeilik word.

Uit die psigologies-pedagogiese opgaaf vloei sekere didakties-pedagogiese opgaewes. Waar eersgenoemde hoofsaaklik gerig is op 'n begrip vir die kind se psigiese lewe en gemoeid is met steun en hulpgewing, is laasgenoemde gemoeid met die onderrigaspek.

9.6.3 Didaktiese-pedagogiese aanbevelings

Hier word in die besonder gedink aan opleiding, vakdidaktieke en -metodieke en die soort skool wat die leerlinge moet bywoon.

(a) Opleiding

1 Onderwysers

Daar behoort voorsiening gemaak te word vir spesiale didaktiek en metodiek vir siek en gestremde kinders in die algemeen, waar daar in die besonder klem gelê moet word op emosionele versteurings, omdat alle chroniese siek en gestremde kinders aan een of ander emosionele versteuring ly. Hierdie emosionele versteurings kan enersyds toegeskryf word aan hul siekte of gestremdheid en andersyds aan opvoedingsfoute. Dit beteken egter nie dat die kind aan sy siekte of aan opvoedingsfoute uitgelewer is nie, maar dat hy nogtans daaraan blootgestel is.

Terwyl die spesiale pedagogiek sal moet besin oor die wêreld van hierdie kinders en hoe om hulle te begelei tot nuwe singewing aan hul wêreldverhoudinge, sal die spesiale didaktiek moet besin oor en leeraktiwiteite soek wat aanklank sal vind by die struktuur van die kinders se persoonlikheid. Daar word hier in besonder gedink aan ernstige asmalyers.

Dit is die taak van die spesiale pedagogiek en didaktiek om leerremminge te voorkom. Van kernbelang vir 'n spesiale pedagogiek en didaktiek is dat die affektiewe steungewing daarin sentraal moet staan.

Eers as daar leerremminge ervaar word, kom die ortopedagogiek en -didaktiek ter sprake. Daar sal byvoorbeeld nagegaan moet word in welke mate die lesstruktuur ortodidakties verantwoordbaar is met betrekking tot die asmakind. Die asmakinders moet egter eers ten opsigte van hul affektiewe belewinge gesteun word voordat daar enige sprake kan wees van sukses met ortodidaktiese tegnieke.

2 Geneeskundige personeel

In die geval van medici en paramedici wat hulle met hierdie kinders bemoei, behoort naas hul basiese opleiding voorsiening gemaak te word vir kursusse in die psigologie oftewel kindersielkunde en pedagogiek, in die besonder pedoterapie.

(b) Soort skool

1 Asmaleerlinge moet toegelaat word tot die gewone skool, waar hulle die normale behandeling van die res van hul portuurgroep ontvang, en hulle nie meen dat hulle anders is en anders behandel word nie, alhoewel spesiale didaktiese voorsieninge getref word.

Deur hulle in spesiale skole te plaas, val die klem juis op hul siekte en andersheid en kan dit bydra tot verergering van hul persoonlikheidsprobleme.

2 Indien daar egter 'n hele paar van hierdie leerlinge in 'n besondere klas in die gewone skool beland, behoort spesiale personeelvoorsiening gemaak te word, so dat die klasse waarin hierdie kinders is, nie te groot is nie.

9.6.4 Sosiopedagogiese aanbevelings

Die sosiopedagogiese aanbevelings het ten doel 'n geskikte en doeltreffende beroepsinskakeling en die inneem van 'n bevredigende plek in die samelewing. Die inskakeling in die regte beroep is van die grootste belang uit die oogpunt van selfonderhouding en lewensgeborgenheid en is toegespits op die sinvolle bestaan van die asmaticus as volwassene.

Besondere aandag moet dus geskenk word aan voorligting in die algemeen en beroepsleiding in die besonder.

(a) Beroepsleiding aan leerlinge

1 Die beroepsoriënteur moet besondere kennis neem van die belangstelling, aanleg en vermoëns van die asmaleerlinge. Dat daar geen wesentlike verskil tussen die belangstelling, aanleg en vermoëns van die asma- en gesonde leerlinge bestaan nie, moet geïnterpreteer word teen die agtergrond van die beperkende invloed wat asma as siekte uitoefen op die werksvermoë van die asmatikus.

Die beroepsoriënteur moet kennis dra van die beroepe wat beïnvloed word deur faktore wat asma-aanvalle kan vererger. Hier word gedink aan beroepe wat onderhewig is aan klimaats- en meteorologiese faktore, 'n hoë vermoeidheidspeil, spanninge en frustrasies, kontak met skadelike allergene en wat afhanklik is van uiterste liggaamlike fiksheid en uithouvermoë, ensovoorts.

Met hierdie kennis moet die belangstellings, aanleg en vermoëns van die asmaleerlinge in dié rigtings gekanaliseer word wat die minste kans tot mislukking bied. Dit gaan dus nie daarom of die asmaleerling aan al die akademiese en ander vereistes voldoen om 'n kursus in veeartsenykunde te volg nie, maar wel of die leerling as volwassene die beroep suksesvol sal kan beoefen as gevolg van sy allergie vir dierestowwe, -reuke en -afval. Daar word volstaan met die breë beroepskategorieë wat nie vir asmaliers geskik is nie, omdat enersyds aanvaar word dat beroepsbelangstelling op st.6-vlak nog nie ten volle uitgekristaliseer het nie, en beroepsaanbevelings andersyds 'n individuele aangeleentheid is, wat volgens die meriete van elke individuele leerling benader moet word.

2 Aan die ondergemiddelde asmaleerling (IK < 89) wat naas sy siekte ook met 'n intellektuele agterstand te kampe het, en die skool gewoonlik met 'n st.6-, st. 7- of st. 8-sertifikaat moet verlaat, moet betyds en dringend aandag gegee word. Die meeste beroepe wat hierdie laag gekwalifiseerdes kan volg, is onderhewig aan baie van die faktore genoem onder die vorige paragraaf.

(b) Voorligting aan ouers

Ouers van asmaleerlinge moet ingelig word oor die beperkende invloed wat faktore soos klimaat, allergene, ensovoorts uitoefen op die beroepsmoontlikhede vir dié kinders en hul uiteindelijke suksesvolle beroepsbeoefening as volwassenes. Hier is veel oortuigingswerk nodig.

Met die instelling van verskeie voorligtingsklinieke by groot sentra om uitvoering te gee aan die nuwe gedifferensieerde onderwysbeleid, kan 'n groot diens aan ouers van asmakinders gelewer word deur die sielkundiges en opvoedkundiges wat aan hierdie klinieke verbonde is.

(c) Voorligting aan werkgewers

Werkgewers moet ten volle ingelig word in verband met die probleme van die asmatikus. Klem moet gelê word op die so noodsaaklike bydrae wat hulle kan lewer ten opsigte van rehabilitasie oftewel revalidasie. Onder revalidasie word verstaan al die bemoeiinge wat die samelewing as sy menslike plig en verantwoordelikheid beskou om hierdie persone die nodige hulp en steun te gee om 'n menswaardige bestaan te kan voer.

9.6.5 Aanbevelings ten aansien van 'n revalidasieprogram

Laastens is nodig 'n volledige psigologies-pedagogiese geïntegreerde revalidasieprogram vir asmakinders, veral ernstige asmalyers, waar alle kragte in werking gestel kan word met die oog op die verbetering van die liggaamlike toestand, die versterking van die psigiese kragte, die bevordering van die sosiale inskakeling en die verbetering van die uiteindelijke ekonomiese moontlikhede van die volwasse asmalyer.

Om hieraan uitvoering te gee, moet daar eers gekom word tot 'n herwaardering van die bestaande opvattinge oor asma. Daar moet aanvaar word dat asma as een van die psigosomatiese siektes 'n verskeidenheid van oorsake het en dat dit wissel van suiwer fisiese tot suiwer psigiese, maar dat in die meeste gevalle daar 'n element van beide

teenwoordig is en dat daar dus 'n taak vir die medikus, psigoloog en pedagoog is.

Indien die multidimensionaliteit van asma aanvaar word, sal dit lei tot 'n beter begrip en wedersydse erkenning vir die bydrae wat elkeen van genoemde instansies gelewer het tot 'n beter insig in en kennis van die probleem.

Ouers, onderwysers, opvoedkundiges, sielkundiges, predikante, medici, paramedici, verpleegsters, maatskaplike werksters en beroepsraadgewers moet as 'n span saamwerk in die diagnostisering, behandeling, opvoeding, plasing en/of rehabilitasie van die asmalyer.

Hierdie spanbenadering moet toegespits wees op al die dimensies van menswees, naamlik die liggaamlike, psigiese en geestelike dimensies. Dit sal dus gaan om liggaamlik mediese metodes, spesiale opleidings- of onderwysmetodes, sosiale oriënteringsmetodes op psigiese vlak, geestelike hervormingsmetodes en spesifieke opvoedings- en heropvoedingsmetodes. Hier word gedink aan die rol van die medikus en paramedikus in verband met die liggaamlike, van die sielkundige, pedagoog en psigiater in verband met die uitligting van die persoonsbeeld, van die predikant en pastorale psigoloog met die oog op die geestelike aanvaarding, berusting en hoop, van die welsynswerkster in verband met die sosiale agtergrond en sosiale oriëntering en van die beroepsoriënteur in verband met arbeidsinskakeling.

9.7 SLOT

Met hierdie ondersoek is in 'n groot mate daarin geslaag om die persoonsbeeld van jeugdige asmalyers as siek groep uit te lig. Daar word vertrou dat die bevindings sal bydra tot 'n beter kennis en begrip van die psigiese lewe van die jeugdige asmalyer en dat die aanbevelings met vrug deur opvoeders tot voordeel van die jeugdige asmalyer aangewend sal word.

CHAPTER 10

SYNOPSIS

10.1 INTRODUCTION

In Project Talent Survey, one of the most comprehensive long-term research projects yet to be undertaken in the field of education in South Africa, altogether 69 908 Std 6 pupils were, in 1965, subjected to a battery of tests and questionnaires. Similar test programmes were repeated in 1967 and 1969, when these pupils were in Std 8 and Std 10 respectively. The principal aim of Talent Survey is to determine or identify factors which influence the maximum development of the country's manpower potential and to make data available which will develop this potential to the utmost.

Various groups of pupils with physical and/or psychological handicaps and/or ailments were, inter alia identified and with the variety of test and background data which are available, intensive research in respect of these pupils can be undertaken. In this investigation, a study was made of the pupils who identified themselves as asthma sufferers in Std 6.

It appeared from the literature that the asthma sufferer is a particular sick child and with a view to obtaining a picture of the asthma sufferers as a group, attention was initially devoted to the world of experience of the sick child in general so that the asthma sufferer, as a particular sick child, may be placed in perspective.

10.2 AIM OF THE INVESTIGATION

The aim of this investigation was to compare pupils with asthma problems at Std 6 level with a control group of healthy pupils in respect of biographical and other background data, personality, adjustment, aptitude, interest, intellectual ability and scholastic achievement in order to obtain a better picture of asthmatic pupils and to determine whether they may possibly be regarded as a problem group.

The pupils were also followed up to Std 10 to determine the extent to which failure and school-leaving occur among asthmatic pupils and also to determine to what extent they outgrow their asthma and contract asthma for the first time between Stds 6 and 10 and whether they undergo any personality change between Stds 6 and 10 as compared with healthy pupils.

10.3 METHOD OF INVESTIGATION

The test group was identified on the strength of pupils' responses to a question in the 1965 Biographical Questionnaire in which, from a series of ailments or diseases, they were asked to indicate the one which troubled them most. According to this, 19,42 or 2,8 per cent of the population of Std 6 pupils indicated that they are troubled to the greatest extent with asthma, while 47 074 pupils, or 68,1 per cent, stated that none of the diseases mentioned were applicable to them. For the purposes of this investigation, the latter group of pupils were regarded as the "healthy" pupils. A 20 per cent random sample was drawn from the "healthy" group and these 9332 pupils serve as control group to determine the extent to which the asthmatic pupils differ from the "healthy" population of Std 6 pupils.

From a preliminary exploratory study on young asthma sufferers, the above-mentioned asthmatic pupils were compared with the population of Std 6 pupils in respect of intelligence, sex and age. It was subsequently found that the asthmatic pupils possess significantly higher intelligence than the population of Std 6 pupils and that asthma occurs to a more significant extent among boys. Although the asthmatic pupils were slightly younger than the population of Std 6 pupils, the difference is slight and insignificant.

As a result of the uneven distribution of asthmatic pupils in respect of intelligence and sex, it was decided to make provision for intellectual and sexual differences. The test group and control group were subsequently divided, for all comparisons, into three IQ groups, according to intellectual ability, viz below-average (an

IQ of 88 or less = stanine 1-3), average (an IQ of 89 to 111 = stanine 4-6) and above-average (an IQ of 112 or more = stanine 7-9), separately for boys and girls.

The exploratory media of which the results were utilised in this investigation were applied during the 1965 Talent Survey test programme and consist of the Biographical and Teachers' Questionnaires, which were prepared with the particular aim of obtaining as many biographical and other background data as possible from each pupil, the High School Personality Questionnaire, Adjustment Questionnaire, Junior Aptitude Tests, Commercial Tests, Technical Tests, Guilford-Schneidmann-Zimmerman Interest Inventory, New South African Group Test, General Tests of Language and Arithmetic, Spelling Tests, General Science, History and Geography Tests, as well as the final Std 6 examination marks.

The follow-up data of which use were made were, inter alia, the percentage of pupils who failed and school-leavers for each standard from Stds 6 to 10, the total mark percentage for all subjects for each standard from Stds 6 to 10, as well as the Std 10 results of the High School Personality Questionnaire.

10.4 FINDINGS FROM THE LITERATURE

10.4.1 What is asthma?

Asthma actually means a disturbance of the breathing process, as a result of which the asthmatic person is highly aware of increased respiratory exertion. A constriction of the trachea causes air to be expelled with great difficulty. Inhalation tends to be short and gasping while exhalation is characterised by a whistling sound. Fits of coughing during an attack often make breathing difficult. The asthma sufferer often wakes at night with the feeling that he is going to suffocate. The dramatic nature of each attack usually alarms the parents and nearest relatives and fills them with fear. These feelings of anxiety and fear are consequently transferred unconsciously to the asthma sufferer.

The constriction of the trachea is usually caused by a cramp in the muscular system, as a result of which the muscles remain contracted and thus constrict the bronchi, either by a swelling of the mucous membrane of the bronchi or by excessive mucous secretion from the mucous membrane of the bronchi, thus leading to an impediment in the flow of air, or by a combination of all three above-mentioned factors.

10.4.2 Asthma as a psychosomatic disease

Asthma is generally regarded as one of the psychosomatic diseases, in which the causes are, in some cases, of a physical (infection allergy, heredity, etc.) nature, and in others, predominantly the result of psychological factors (dependence ambivalence, suppression of rage, etc.), while the majority of cases lie between the two extremes and contain elements of both.

10.4.3 Classification of asthma

Various classifications of asthma are made by researchers. These are usually on the strength of causal factors or the nature of the treatment which has been successful in the past. For the sake of successful treatment, it is essential to know to which group the patient belongs.

10.4.4 Etiology of asthma

A brief discussion follows on the various facets of the constellation of factors which are mentioned as causes of asthma.

(a) Hereditary factors

Although practically all researchers mention heredity as one of the causal factors, it appears that the percentage of its incidence varies to a great extent. According to the findings of many researchers, the incidence of heredity as a factor varies from 27 to 72 per cent.

(b) Sensitivity to certain allergens

The majority of researchers stress a high incidence of allergic conditions among asthma patients and mention various allergies as forerunners of asthma, while a variety of allergens act as precipitating factors. However, according to findings of researchers, the incidence of allergies among asthma sufferers varies from 30 to 70 per cent. Although the majority of asthma sufferers are, in some or other respect, allergic to certain allergens, all asthma sufferers are not allergic and all persons who are, in fact, allergic, do not develop asthma.

(c) Infection

According to some researchers, cold or infection, followed by allergic factors, is among the most important causes of asthma. They mention bronchitis, whooping cough, pneumonia and measles as some of the most important forerunners of asthma.

(d) Climatic factors

Various climatic (air pressure, degree of humidity, temperature and its variation), meteorological (wind, rain, snow, mistiness, stormy weather, wind direction, intensity of winds, variation of day and night temperatures), regional (low-lying regions, areas next to large rivers, areas with dense vegetation) and seasonal factors (spring and autumn) exert an influence on the incidence of asthma.

It was found that household dust from coastal areas contains more dust allergens. This is ascribed to the warm, moist climate which promotes the bacteriological growth of micro-organisms such as mildew, fungus or mould in household dust.

Investigations also indicate clearly that asthma occurs to a much greater extent at the coast and in low-lying areas than in the more high-lying and drier areas of the interior.

(e) Mother-child relationship

Most research has probably been done in the field of the mother-child relationship by psychoanalysts and they arrive at the conclusion that an unsolved dependence conflict between mother and child may be advanced as a cause of asthma. Other causes which can be mentioned under the category mother-child relationship, are fear of alienation or loss of the love and protection of the mother, mother rejection, overprotection, perfectionism, domineering parents, the transfer of the mother's emotional conflicts to the child, need for independence, security and guidance on the road to adulthood.

(f) Emotional factors

Many researchers are of the opinion that a specific emotional composition can make persons more susceptible to asthma and findings point to emotional instability, emotional tension, pent-up emotions, suppressed rage, depression, anxiety, lack of self-confidence, selfishness, possessiveness and dependence on the part of the asthma sufferer.

It has been found that a lack of a proper balance in the autonomous nervous system of the asthma sufferer is an important aspect of the syndrome and when such a person is subjected to psychological pressure, this lack of balance can play an important part in the origin of asthma attacks.

Some researchers are of the opinion that the emotional condition lowers the limit of resistance to asthma attacks, while others aver that the extreme tension which the asthma sufferer experiences is accompanied by weak discharge mechanisms and that the asthma sufferer gives expression to his emotions by asthma attacks.

No finality has, however, been reached on the question whether the above-mentioned characteristics are the cause or result of asthma.

(g) Traumatic experiences

Some writers accord a special place to traumatic experiences in the etiology of asthma. They find that the attacks of a large percentage of their asthma patients can be traced back to unpleasant experiences in their childhood years.

(h) Conditioning

Quoted in the literature are various instances which indicate that conditioning plays an important part in respect of the cause of asthma attacks. Many investigators have experimented on the role of conditioning in asthma attacks and have arrived at the same conclusion.

(i) Trigger situations

A dreaded parting from a loved one or certain acquired or conditioned reactions can, in some cases, actuate an attack within a few hours.

(j) Race

Asthma occurs more frequently among civilised nations. Investigations indicate that asthma occurs to a far lesser extent among the South African Bantu and the American Negro than among Whites.

(k) Intelligence

There is a higher incidence of asthma among the more intelligent than the less intelligent pupils.

(l) Family size

The incidence is higher in smaller families than in larger ones.

(m) Position in family

According to many investigators, the asthmatic pupil is often the eldest or only child.

(n) Sex

There is a higher incidence of asthma among boys and the majority of writers put the ratio of boys to girls at two to one.

(o) Age

According to the findings of many researchers, it would appear that the majority of asthma attacks occur before the tenth year. A comprehensive investigation by Hill (1966) among primary school children, revealed that 78 per cent developed their asthma before their fifth year, 19 per cent during the following five years and the rest at a later age.

(p) Social status

There is a clear trend of a higher incidence of asthma among the higher socio-economic occupational groups. This trend is perceptible even among Bantu children in the Republic of South Africa.

(q) Environment

Although environmental differences are often the result of climatic differences, it is nevertheless of importance that findings indicate a higher incidence of asthma in cities and densely populated areas than in rural areas.

(r) Density of incidence

Although the density of incidence varies according to age, sex, environment, nation, etc., authorities estimate it at one per cent of all people.

10.4.5 Seriousness of asthma

Findings indicate that there is not only a worldwide increase in the incidence of asthma but also a drastic increase in deaths as a result of the disease. It also occurs to an increasing extent in densely populated cities. Furthermore, the loss of labour productivity as a result of asthma is, in comparison with other diseases, extremely high.

10.4.6 The asthma pupil and the school

(a) Achievement at school

Allergic and asthmatic pupils are not so well motivated to achieve success, do not learn as quickly and attain poorer performances at school than healthy pupils. They are in many cases "problem" children.

(b) Absence from school

According to many researchers, asthma is the one disease which is responsible for the greatest absence from school, with the result that school-work suffers to a considerable extent.

(c) Failure at school

Failure is one of the most serious consequences of repeated absence from school, with the result that many asthma pupils leave school without adequate training.

(d) Social and emotional adjustment at school

Asthmatic pupils do not get on well with their playmates. They are often unhappy, dissatisfied, irritable and quarrelsome and are seldom invited by their playmates to take part in games or to act as leaders of groups.

(e) Vocational guidance and occupational choice

It appears from the literature that there are a considerable number of occupations which asthma sufferers cannot pursue, that adult asthma sufferers experience many occupational problems and that, as a result of repeated absence from work, they are often dismissed and eventually become a burden to the State.

10.4.7 Treatment of asthma

The treatment of asthma can, according to the nature thereof, be divided into local, acute or short-term therapy and general or long-term therapy.

(a) Local, acute or short-term therapy

This signifies the therapy or treatment which is directed towards the actual attack or the tightness of the chest before, during or after an attack. The aim is quick and/or temporary relief, and the treatment is generally applied by the physician, who administers medicaments.

(b) General or long-term therapy

This is the therapy which is of a preventive nature and is concentrated mainly on the factors and processes which may give rise to an asthma attack or the exacerbation of asthma. The following therapies fall under this section:

1 Anti-allergic therapy

This is aimed, in the first place, at the elimination or removal of dust or allergens to which the patient is allergic. In the second place, the object is to increase physical resistance to allergens.

2 Relaxation therapy

This is concentrated on physical exercise and the asthma sufferer is encouraged, by means of exercise and possible achievement in physical activities, to restore his feeling of independence, so that he may once more develop the necessary self-confidence

3 Breathing therapy

This therapy is aimed at breathing techniques to assist the asthma sufferer to breathe more easily during attacks.

4 Anti-tension therapy

The aim is to relieve tension and this is accompanied by the administration of certain medicaments.

5 Hypnotherapy

Hypnotherapy has been applied successfully by various researchers, although its long-term efficacy has not yet been proved beyond doubt. The most important aspect is apparently the suggestion, while the hypnotist must be absolutely self-assured.

Self-hypnosis as a treatment technique has also met with success.

6 Psychotherapy

Group therapy is preferred to individual therapy and, combined with the administration of medicaments, it yields the best results. The team approach, viz cooperation between family doctor, psychiatrist, social worker, pedagogue, etc., is stressed in any form of therapy, while it should be aimed at restoring the asthma sufferer's basic feeling of security.

7 Change in environment or climate

Adequate proof has been found in the literature that the health of asthmatic children improves when their parents move with them from one region to another. However, there are so many factors which play a part in causing asthma that it is impossible to make a generally valid recommendation in respect of a change in environment or climate. In a discussion of a change in environment or climate, social, climatic, meteorological, regional and seasonal factors are also at issue. Each of these influences the asthma sufferer in different ways.

8 Parentectomy

The removal of the parents or the child or the separation of the patient from the persons who apparently influence his condition is known as parentectomy. This includes all methods of treatment which are aimed at removing the asthmatic child, for shorter or longer periods, from his parental home so that he can undergo treatment at a hospital, clinic, health centre or asthma clinic.

Various asthma centres have been set up in America, Australia, the Netherlands and other parts of the world, where chronic young asthma sufferers are, for shorter or longer periods, which vary from three to 24 months, removed from their parental homes for treatment. Phenomenal successes have been achieved at these centres. The general therapy applied at these centres is briefly the following -

- (i) Every asthma sufferer receives the personal attention of the members of the staff, who are dedicated to the ideal of relieving the suffering of such persons;
- (ii) everything possible is done to develop the necessary self-confidence and feeling of security among asthma sufferers;
- (iii) asthma sufferers are encouraged to give vent to their feelings;
- (iv) asthma sufferers are accepted as they are and attempts are made to give them insight into their problems;
- (v) as little use as possible is made of medicaments during attacks and the asthma sufferers are encouraged to rely on their own strength, so that they can build up a mental resistance to the disease, and
- (vi) these asthma sufferers do not get any preferential treatment at school in respect of physical education, gymnastics or sport but physical activities are, in fact, used as a means of developing the necessary self-confidence, perseverance and acceptance of responsibility.

The pedagogical approach which is adopted at these centres aims at creating a feeling of security and assurance in respect of the asthmatic child. Loving assistance and guidance are given to the non-adult who, while progressing to adulthood, is in need and search of support. Recognition is also accorded to his urge to explore and to achieve emancipation and to his need for responsibility and the acceptance of responsibility. The asthmatic child is not only accepted as he is but his dignity as a person is acknowledged and he is assisted to accept his condition in a meaningful manner.

It is an interesting fact that children who, during a period of two years at the centre, suffered no asthma attacks, immediately started having such attacks after returning to their parental homes. To overcome this problem, the children, after being discharged, were placed with "foster parents", who had to assist in tiding the patients over the transitional period between the asthma centre and the parental home. These "foster parents" were fully acquainted with the problems of the children and co-operated voluntarily with the asthma centre. During this period, fully trained social workers with the necessary knowledge and background in respect of the problem of asthma, visited the parental homes with a view to determining and eliminating the possible causes existing in the family situation. The parents were fully informed of the problem of asthma and of the way in which the asthmatic child should be treated.

According to workers at the asthma centre, there are, despite their successes, always certain bodies or external influences which hamper the long-term recovery of the asthma sufferers. They mention in particular -

- (i) the parents and relatives;
- (ii) the teacher and the school;
- (iii) the physician and medical personnel.

Since any hope of successful treatment is so closely related to each of the above-mentioned bodies, various suggestions have been made in respect of the way in which these bodies should act.

10.4.8 Outgrowing asthma

Findings indicate that approximately 40 per cent of the asthma sufferers outgrow their asthma between puberty and adolescence, while the condition of a further 30 per cent improves to a considerable extent. The younger the age at which asthma is contracted, the better are the chances that sufferers will outgrow it.

10.5 FINDINGS OF THE INVESTIGATION

The findings as evidenced by the empirical situation may be summarised as follows:

10.5.1 Background

(a) Geographical particulars

According to the geographical particulars, asthmatic pupils, in comparison with the healthy ones, are found,

- 1 to a significantly greater extent in the coastal provinces and more frequently along the coast than in the interior;
- 2 to a significantly greater extent in urban areas.

(b) Family background

The most important findings in connection with the family background are that, in proportion to and in comparison with healthy pupils,

- 1 asthma occurs to a significantly greater extent among English-speaking than Afrikaans-speaking pupils;
- 2 asthma occurs to a significantly greater extent among boys than girls;
- 3 relatively to significantly more of the fathers of asthmatic pupils occupy the higher socio-economic positions;
- 4 relatively to significantly more asthmatic boys aspire to the higher socio-economic occupations;
- 5 relatively to significantly more asthmatic pupils come from smaller families (four children and fewer), while relatively more of them are among the first three children.

6 no particular trend is perceptible in respect of the fact whether the parents are living or not;

7 there were relatively more divorces among the parents of asthmatic pupils, while relatively to significantly more of their mothers work away from home.

(c) School and study matters

In this section, the asthmatic pupils were compared with the healthy pupils with regard to certain background data in connection with school and study matters. The most important findings are that, in proportion to and in comparison with healthy pupils,

1 relatively to significantly more of the asthmatic pupils attended nursery schools;

2 relatively more asthmatic pupils entered school at an earlier age and that 37,5 per cent entered school at the age of five years;

3 significantly more of the asthmatic pupils are taught through the medium of English;

4 asthmatic pupils do not differ in respect of the number of schools which they have attended;

5 no particular trend is perceptible regarding the place of residence of asthmatic pupils, with the exception of the below-average boys, who lived with their parents to a significantly greater extent;

6 the state of health of the asthmatic pupils is, in their own opinion, significantly poorer and that, in 1965, they were absent from school for significantly longer periods;

7 no significant differences were found with regard to failure among the asthmatic pupils, with the exception of the average asthmatic girls, who failed to a significantly greater extent;

8 relatively to significantly more parents of asthmatic pupils have higher educational aspirations for their children;

9 the asthmatic pupils differ from insignificantly lower to significantly higher in the case of the average asthmatic boys and below-average asthmatic girls respectively with regard to educational aspirations;

10 the asthmatic boys are relatively to significantly less fond of attending school, while the asthmatic girls do not differ;

11 asthmatic pupils do not differ with regard to their desire to assume leadership, although there is a continuous trend among asthmatic girls which indicates that they are relatively more desirous of assuming leadership;

12 asthmatic pupils are relatively to significantly more negatively disposed towards homework;

13 there are no differences in respect of assistance rendered by parents with regard to homework;

14 the asthmatic pupils do not differ in their attitude to learning;

15 the asthmatic pupils are relatively more critical in their attitude towards obedience to school rules.

(d) Use of leisure, sport and recreation

The most important findings in connection with the asthma pupils' attitudes, customs and habits in respect of the use of leisure, sport and recreation are that, in proportion to and in comparison with the healthy pupils,

1 no particular trend is perceptible in respect of reading habits and that the differences are negligible and insignificant;

2 relatively to significantly more asthmatic pupils do not participate in any extramural activities and where they do in fact, participate, devote less time to them; while fewer asthmatic boys take part in one to three activities, more asthmatic girls participate in one to three activities;

3 relatively to significantly more asthmatic pupils have lessons in music, ballet, etc. after school;

4 the asthmatic pupils, according to the pursuit of hobbies, are more fond of collecting articles, building models, photography and art, while they are less fond of keeping pets, gardening and working with tools; as regards reading, correspondence with pen friends and handicraft, no particular trend is perceptible;

5 asthmatic pupils are relatively to significantly more interested in activities which demand the least physical and psychological effort, for example, listening to records or the radio, going to the bioscope and reading books, and

6 relatively to significantly more asthmatic pupils are less fond of taking part in sport, although the majority like sport very much.

(e) Data as supplied by class teachers

According to the information as supplied by the class teachers in connection with the attitudes, habits, achievements, etc. of the asthmatic and healthy pupils, it would appear that, in proportion to and in comparison with the healthy pupils,

1 asthmatic boys display relatively to significantly fewer signs of leadership; although the asthmatic girls display comparatively more signs of leadership, the differences are negligible and insignificant;

2 asthmatic pupils do not differ significantly in respect of their co-operation with teachers; there are, however, signs that asthmatic pupils co-operate with teachers to a favourable as well as to an unfavourable extent;

3 there are no significant differences in respect of co-operation with fellow-pupils;

4 the asthmatic pupils' achievement in sport is poorer throughout, although a large percentage still attain average and above-average performances;

5 asthmatic pupils do not differ from the healthy ones in respect of truancy;

6 there are no significant differences with regard to zeal in connection with school work;

7 non-attendance exerts a significantly more detrimental influence on the scholastic achievements of asthmatic pupils;

8 the asthma pupils do not differ at all in respect of particular aptitude in a subject or group of subjects; although asthmatic boys reveal a comparatively better aptitude for Arithmetic and asthma pupils, as a group, a poorer aptitude for the learning subjects, the differences are negligible and insignificant;

9 the asthmatic pupils do not differ significantly as regards their chances of passing Standard Ten and the highest standard which they can pass and no particular trend is noticeable.

10.5.2 Intelligence

According to the results of the NSAGT, it would appear that the Verbal, Non-verbal and Total IQ of the asthmatic pupils is significantly higher than that of the population of Std 6 pupils. Although not to a significant extent, the IQ of the asthmatic pupils is also comparatively higher than that of the healthy pupils.

The asthmatic boys are also relatively more intelligent than the asthmatic girls. The significantly higher intelligence of the asthmatic pupils, in comparison with the population of Std 6 pupils, can consequently be attributed to the higher IQ of the asthmatic boys.

10.5.3 Personality

According to the scores which the pupils obtained on the HSPQ, the asthmatic pupils, as compared with the healthy pupils, attained relatively to significantly lower scores in Fields A (Sociability), C (Ego strength), F (Surgency), G (Conscientiousness) and H (Adventurousness), which indicate that the asthmatic pupils are more reserved, detached, critical, affected by feelings, opportunistic, emotionally unstable, shy, restrained and diffident. They are more inclined to evade rules, feel

few obligations, are more easily upset and also have less ego and superego strength.

In the case of Fields B (Intelligence), D (Excitability), Q_2 (Self-sufficiency) and Q_4 (Tenseness), on the other hand, asthmatic pupils obtained comparatively to significantly higher scores than the healthy pupils, which indicate that they are more irritable, excitable, impatient, demanding, overactive, apprehensive, worrying, depressive, guilt prone, tense, driven and frustrated. According to Fields B and Q_2 the asthmatic pupils are more intelligent, abstract-thinking, self-sufficient and resourceful, possess better scholastic intellectual ability and prefer to make their own decisions.

As regards the remaining fields of personality, no particular trend was found in respect of asthmatic pupils.

When one considers the number of significant differences, it would appear that there are considerably more personality differences between asthmatic and healthy boys than between asthmatic and healthy girls. However, it is not only the number of significant differences which vary but also the degree of significance, which indicates that asthmatic boys experience their personality problems more intensely than asthmatic girls. Another interesting fact is that in comparison with the healthy pupils, there is a slight increase in the incidence of personality difference as the IQ of the asthmatic pupils increases.

The above-mentioned findings in respect of the personality composition of the asthmatic pupils are substantiated by many investigators, on the strength of various personality tests and questionnaires, projection techniques and personal observations.

10.5.4 Adjustment

According to the results of the Adjustment Questionnaire, the asthmatic pupils, as compared with the healthy ones, obtained relatively to significantly higher scores in all the fields, with the exception of Social Relationships. This points to poorer adjustment.

The largest significant differences for all three IQ groups and both sexes occurred in respect of Sense of Personal Worth and Emotionality.

Sense of Personal Worth concerns the testee's sense of personal worth with regard to his actual or presumed personal shortcomings or unfavourable circumstances, particularly when he is placed in situations where he achieves less success than others. The questions in this section are basically concerned with the sense of personal worth which develops in the well adjusted individual, as a result of the acknowledgement of his weaknesses and a rational understanding of his capabilities.

The poorer adjustment of the asthmatic pupils in respect of Emotionality, which is an indication of emotional immaturity or instability, is substantiated by the findings of the HSPQ, in which the asthma pupils obtained significantly lower scores throughout with regard to Factor C (Ego strength). This indicates that asthmatic pupils are more easily affected by feelings, are emotionally less stable, easily upset and changeable and possess less ego strength. Also important are Sense of Personal Freedom, Nervous Symptoms and Family Relationships, where the second largest differences occur between asthmatic and healthy pupils.

Sense of Personal Freedom is concerned with the attitude of the testee towards limitations or supposed limitations on his personal freedom, while Nervousness indicates various symptoms of nervousness or tenseness. Family relationships relate to the person's attitude and feeling towards his home. According to the results of the Adjustment Questionnaire, the asthmatic pupils are significantly less well adjusted than the healthy pupils.

The asthmatic pupils are also significantly more poorly adjusted in respect of Self-confidence, Recognition, Moral Attitudes and School Relationships. The poorer adjustment of the asthmatic pupils in the above-mentioned fields indicates that they have less confidence in their actual or supposed abilities; that they experience a greater lack of self-confidence; that they are of the opinion that they do not enjoy

the necessary recognition in society; that they feel insecure; that they experience a greater need for security; that they are more inclined than healthy pupils to clash with the accepted moral standards and conduct of the community and that they do not get on so well with their fellow-pupils and teachers.

The most negligible differences occur with regard to Social Relationships in the case of asthmatic girls, where no significant differences were found and the conclusion can be made that the asthmatic girls are not more reserved than the healthy girls. However, the asthmatic boys are relatively to significantly more poorly adjusted in their social relationships and are consequently more reserved than the healthy pupils.

A further interesting finding is that, in comparison with the healthy pupils, the majority of and the most significant differences occur among the above-average asthmatic pupils and the least and also the least significant differences among the below-average asthmatic pupils. One may consequently arrive at the conclusion that the above-average asthmatic pupils have to cope with a greater number of adjustment problems of a more serious nature than those in the lower intellectual groups.

It also appeared, on the strength of the frequency and nature of significance that, in comparison with the healthy pupils, the asthmatic boys experience a greater number of adjustment problems of a more serious nature than do the asthmatic girls.

To sum up, it can consequently be stated that, on the strength of the results of the HSPQ and the Adjustment Questionnaire, the asthmatic pupils reveal less desirable personality characteristics throughout and have to cope with considerably more adjustment problems, as compared with healthy pupils.

10.5.5 Aptitude

The most important findings with regard to the asthma pupils' aptitude, as measured by the JAT, CT and TT are that, in proportion to and in comparison with the healthy pupils,

- (a) they reveal the same highest and lowest aptitude fields;
- (b) their aptitude pattern does not differ from that of the healthy pupils but that it does, in fact, differ according to the various IQ groups and also between the sexes;
- (c) they have comparatively better ability and aptitude to
 - (i) work quickly and accurately with figures and certain acquired systems and are proficient in solving practical arithmetical problems;
 - (ii) make observations of a mechanical and non-linguistic nature, and
 - (iii) work with tools;
- (d) asthmatic girls have comparatively better psychomotor co-ordination.

10.5.6 Interest

The most important findings in connection with the asthmatic pupils' interest in certain occupational fields as employment or as a hobby, as measured by the GSZ Interest Inventory, are that, in proportion to and in comparison with the healthy pupils,

- (a) the asthmatic boys display relatively to significantly less interest in work and hobbies;
- (b) asthmatic girls display a relatively greater interest in work, although the differences are negligible and insignificant;
- (c) asthmatic girls do not differ from the healthy girls in respect of interest in hobbies;
- (d) the number of significant differences, as well as the degree of significance in the case of the asthmatic boys, increase as the IQ increases, while the same trend is not noticeable in the case of the girls;

- (e) the greatest and least interest in work and hobbies of the asthmatic and healthy pupils is the same;
- (f) the interest pattern of the asthmatic pupils does not differ from that of the healthy pupils, although there are differences between the various IQ and sex groups;
- (g) a further finding with particular implications for vocational guidance and training in particular is that,
 - (i) the below-average pupils (asthmatic and healthy) display greater interest in work than in hobbies;
 - (ii) the average pupils (asthmatic and healthy) display practically no differences between interest in work and hobbies, while
 - (iii) the above-average pupils (asthmatic and healthy) display a greater interest in hobbies than work.

10.5.7 Scholastic ability and achievement

The most important findings with regard to the asthmatic pupils' scholastic ability and achievement, as measured by the GTLA, Spelling, History, General Science and Geography tests are that,

- (a) no conclusive proof could be found of any differences in scholastic ability in respect of Home Language and Second Language Afrikaans and English;
- (b) asthmatic pupils achieve relatively to significantly better results in Arithmetic than healthy pupils;
- (c) asthmatic pupils do not differ from healthy pupils in respect of spelling in Home Language and Second Language Afrikaans and English;
- (d) the scholastic achievement of asthmatic pupils in History, General Science and Geography does not differ from that of healthy pupils, and
- (e) the relationship between asthmatic and healthy pupils as regards their scholastic ability and achievement, as measured by the above-mentioned tests is highly significant.

10.5.8 Standard Six final examination marks

According to the results obtained in the Std 6 final examination, it would appear that,

- (a) there are no differences between asthmatic and healthy pupils in respect of their achievement in Afrikaans and English Higher and Lower and Mathematics and General Science;
- (b) asthmatic pupils obtain relatively to significantly poorer results in Arithmetic;
- (c) although asthmatic boys do not differ from healthy boys in respect of General Science, the asthmatic girls achieve significantly poorer results than the healthy girls;
- (d) asthmatic pupils obtain relatively to significantly poorer marks in their final examination than do the healthy pupils, and
- (e) asthmatic pupils, as regards their ranking order in achievement in the above-mentioned examination subjects, reveal a highly significant relationship with the healthy pupils.

10.5.9 Failure and school-leaving

Asthmatic pupils, as compared with healthy ones, fail relatively to significantly more between Stds 6 and 8, while the most serious losses as a result of school-leaving and failure also occur between Stds 6 and 8.

10.5.10 Scholastic achievement up to Std 10

With the exception of the Stds 6 and 7 asthmatic girls, who fare significantly worse than the healthy girls in their total mark percentage for all subjects, the differences between the rest are negligible and insignificant.

10.5.11 Outgrowing of asthma during the high school years

Approximately 55 per cent of the pupils who were troubled with asthma in Std 6, outgrew it between Stds 6 and 10.

10.5.12 First occurrence of asthma during the high school years

Only 0,8 per cent of the boys and 0,7 per cent of the girls who were healthy in Std 6, indicated in Std 10 that they were troubled with asthma at that stage.

10.5.13 Personality changes among asthmatic pupils between Stds 6 and 10

The asthmatic pupils, as compared with the healthy ones, did not undergo many personality changes between Stds 6 and 10. The only significant differences were found in respect of Factors A and Q_4 for girls and Factor B for boys.

In comparison with the healthy girls, it would appear that the asthmatic girls in Std 10 are more outgoing and warm-hearted, although more tense and frustrated, than they were in Std 6, while the abstract intellectual ability of the asthmatic boys increased to a lesser extent than that of the healthy boys.

10.6 RECOMMENDATIONS

10.6.1 Introduction

In this study, an attempt was made to examine the psychological life of the asthmatic child as a sick child, with a view to obtaining a better understanding of the problems of these children. The findings in respect of personality, emotional and adjustment problems point to a need for the giving of support by the adults (parents, teachers and medical staff), to an even greater extent than in the case of healthy children.

In their dealings with these children, adults, as mature, morally independent and responsible persons come face to face with immature, morally dependent persons who are in the process of acquiring responsibility and who, as a result of their ailment, are even more reliant on assistance and guidance in their progression towards adulthood. One is thus concerned primarily with educational assistance.

It is clearly apparent from the findings and conclusions that certain psychological-pedagogical, didactical-pedagogical, socio-pedagogical and pedotherapeutic recommendations must be made.

10.6.2 Psychological-pedagogical recommendations

(a) The psychological-pedagogical task of the parents

The asthmatic child experiences distinct emotional and behavioural problems which point to disturbances and affective distress in his emotional life and give rise to a basic feeling of uncertainty in life. In the case of these affectively disturbed children, there are all indications of educational distress and also of errors committed in the field of education. For such children, educational distress signifies affective distress.

Every child who is progressing towards adulthood is a child in distress and this distress is intensified if he suffers from an ailment. The uncertainty of being a child is increased by his physical condition.

Since certain psychological-pedagogical recommendations may serve to relieve this distress, they are mentioned in brief. Every child has a need of the following:

1 An intimate relationship of trust with his educators. This includes complete acceptance, recognition of his human dignity, loving care, interest, tranquility of mind and security.

2 Understanding. The child desires to know that the educator knows and understands him and he seeks understanding for the difficult transition to adulthood.

3 Authority and discipline. A lack of the necessary authoritative guidance promotes uncertainty.

4 Contact. Loving communication, encounter and contact with the educator promote a feeling of security.

5 The educator's concern with the child. The educator must not adopt a passive attitude towards the child but, in his dealings with him, should intervene in his actions, express disapproval, mete out punishment and reprimand him. However, the educator should also express approbation by praising, encouraging, displaying interest and giving approval, where necessary.

6 Restfulness, freedom and relaxation. The child desires to be free to explore in a restful and relaxed atmosphere, in the knowledge that he can always fall back on the guidance of an understanding educator.

In order to assist these children in distress, their parents must enter the world of the asthmatic child, that is, they must have sympathetic understanding of the inner life of these children by,

- (i) accepting them without question as they are, with their defects and problems;
- (ii) not pitying them;
- (iii) acknowledging their dignity as persons;
- (iv) educating them to accept their ailment and to understand its meaning;
- (v) assisting and encouraging them to attain the degree of independence of which they are capable and to accept their future ideals realistically, with due allowance for their possibilities;
- (vi) building up a stable affective relationship with them;
- (vii) guarding against overprotection or pampering, otherwise the child remains dependent and does not have the opportunity of developing his feeling of independence;
- (viii) guarding against a lack of maternal love, affective neglect or mother rejection;
- (ix) treating them just like other children in respect of what is regarded as acceptable behaviour; this also applies to discipline;
- (x) seeing that their interests, aptitude, abilities and capacities are stimulated;
- (xi) ensuring a haven of security in which the child is assured that he is accepted;
- (xii) guarding against becoming the victims of their own anxiety in respect of the asthmatic child's ailment and distress. The parents require the particular support of experts in this regard and therefore a guidance service is essential.

Apart from the particular pedagogical task which is the basis of the formative education of these children, there are certain other recommendations which are specifically aimed at these children's particular ailment, namely that the parents -

- (i) should not impose abnormally high demands on these children;
- (ii) should not restrain them from taking part in sport and other physical activities, since by mixing under normal circumstances with their peer group, they obtain the opportunity of regaining self-confidence;
- (iii) should act calmly, composedly and in a restful manner and ensure an atmosphere free of tension during an asthma attack, no matter how worried they may be, otherwise they transfer their own tensions to the child and consequently exacerbate the intensity of an attack;

- (iv) should carry out the instructions and prescriptions of the physician to the letter;
- (v) should not discuss the dangers of asthma in front of the children;
- (vi) should prepare the child thoroughly if he has to receive hospital treatment;
- (vii) should be fully acquainted with the role of allergens, and
- (viii) should teach the child what to do when he suffers an attack.

(b) The psychological-pedagogical task of physicians

The medical personnel have exactly the same pedagogical task as the parents. They must be acquainted with the distress of the child and, while treating him, guard against making asthma, and not the child, as a person, the focal point of their attention.

Apart from the specific pedagogical task, the physician must -

- 1 not rely too heavily on medicaments, since this lowers the child's own resistance and undermines his self-confidence;
- 2 remain calm and composed in his association with the asthmatic child but not hesitate to act firmly;
- 3 take parents into his fullest confidence and inform them about asthma, and
- 4 remember that the parents need just as much, and sometimes more encouragement than the child.

(c) The psychological-pedagogical task of the teachers

The same pedagogical task which was described in respect of the parents, applies to the teachers, who take the place of the parents and are involved to a greater extent than the medical personnel. Particularly in cases where these children come from homes where there is pedagogical neglect, errors are made in formative education and they are consequently in a state of educational distress, the school must serve as a sanctuary and sheltered haven, where the necessary guarantee of security exists. However, parents and teachers of asthmatic children must realise that the asthmatic child must not be educated differently on the strength of his different world of experience. On the contrary, his otherness should be taken into consideration without causing him to feel different.

In addition to the particular pedagogical task, the teachers must -

- 1 have knowledge of the personality problems and emotional distress of the asthmatic child;
- 2 go into the background history of these children and co-operate closely with the parents;
- 3 have knowledge of the causes of asthma and the role of allergens;
- 4 take cognisance of repeated absence from school and give individual assistance with work in arrears in an unobtrusive manner;
- 5 guard against mental over-exertion and fatigue, for example giving too much homework;
- 6 be aware of the role which tensions and frustrations play in the lives of these children when examinations are written;
- 7 avoid unnecessary restrictive measures in respect of physical activities such as physical exercises, sport and other extramural activities since many of the emotions and frustrations of these children are, in fact, the result of restrictive measures; the physical training teacher has a particular task in this regard;
- 8 encourage the hobbies of which the asthmatic pupils are fond and offer them the opportunity of excelling in this field;

(d) The psychological-pedagogical task of the nursery school and hostel staff

Although the same pedagogical task which applies to parents and teachers is particularly relevant in this case, special mention is made of nursery schools and hostels, since parents must have knowledge of the following:

1 Where asthma is caused by an unfavourable emotional and unpedagogical domestic climate, attendance of nursery schools or residence in hostels can help to relieve matters, provided that the teachers are fully informed of the child's problems.

2 If asthma is caused by unfavourable climatic and meteorological factors, the child can be sent to a hostel where the climate is more suitable.

3 The child may feel that he is being rejected if he is not prepared for attending a nursery school or living in a hostel, in which case the existing asthma may be exacerbated or he may contract the disease.

From what has been discussed up to this point, it is clearly apparent that the adults who have to deal with these children (parents, teachers, physicians, paramedical personnel, social workers) are faced with a particular pedagogical task, namely to accept the asthmatic child as he is, to educate him to accept his condition so that he will adjust himself meaningfully to it and to orientate him in respect of his world. These children are in greater need of the assistance and support of adults, not only in the normative-ethical field but particularly at affective level. If these efforts are unsuccessful, the children will lose faith in the meaningfulness of their existence and their development towards fully fledged adulthood will be hampered.

Certain didactical-pedagogical tasks flow from the psychological-pedagogical task. Where the latter is aimed mainly at obtaining an understanding of the child's mental life and is concerned with assistance and support, the former relate to the teaching aspect.

10.6.3 Didactical-pedagogical recommendations

In this case, particular attention is devoted to training, subject didactics and methodology and the type of school which the pupils should attend.

(a) Training

1 Teachers

Provision ought to be made for special didactics and methodology for sick and handicapped children in general, in which particular stress should be laid on emotional disturbances, since all sick or handicapped children suffer from one of these emotional disturbances. These emotional disturbances may on the one hand, be attributed to their sickness or handicap and, on the other, to errors in education. However, this does not mean that the child has become the victim of his disease or errors in education but that he is nevertheless exposed to it.

While it will be the task of special pedagogics to reflect on these children's world and to find ways and means of helping them to accord new meaning to their world relationships, special didactics will have to devote thought to and seek learning activities which will be suited to the structure of the children's personality. This applies in particular to persons who suffer from asthma to a serious extent.

It is the task of special pedagogics and didactics to prevent obstacles in learning. Of particular importance in this regard is that special pedagogics and didactics must accord the greatest significance to affective support.

It is only when impediments in learning have been experienced that orthopedagogics and orthodidactics come into the picture. A study will have to be made, for example, of the extent to which the teaching structure is orthodidactically accountable as far as the asthmatic child is concerned. However, asthmatic children must be supported in respect of their affective experiences before there can be any question of achieving success with orthodidactical techniques.

2 Medical personnel

In the case of medical and paramedical personnel who concern themselves with these children, provision should be made, in addition to their basic training, for courses in psychology or more specifically, child psychology and pedagogics, with special emphasis on pedotherapy.

(f) Type of school

1 Asthmatic pupils should be admitted to the ordinary school where they receive the normal treatment of the rest of their peer group and are not led to believe that they are different and are treated differently, although special didactical provision should be made.

By placing them in special schools, the emphasis will fall on their ailment and their otherness and this may contribute towards aggravating their personality problems.

2 If, however, quite a number of these pupils are placed in a particular class at the ordinary school, special staffing arrangements should be made to ensure that these classes are not too large.

10.6.4 Socio-pedagogical recommendations

It is the aim of the socio-pedagogical recommendations to ensure that asthmatic pupils will find a suitable place in the labour market and in society. Placement in the most suitable occupation is of the greatest importance from the point of view of self-sufficiency and security in life and it is aimed at the meaningful existence of the asthma sufferer as an adult.

Specific attention should consequently be devoted to guidance in general and vocational guidance in particular.

(a) Vocational guidance to pupils

1 The vocational guidance officer should acquaint himself thoroughly with the interest, aptitude and abilities of the asthmatic pupils. The fact that there is no basic difference between the interest, aptitude and abilities of asthmatic and healthy pupils should be interpreted against the background of the limiting influence which asthma, as an ailment, exerts on the capacity for work of the asthma sufferer.

The vocational guidance officer must have knowledge of the occupations which are influenced by factors which may exacerbate asthma attacks. In this regard, one can think of occupations which are subject to climatic and meteorological factors, a high level of exhaustion, tensions and frustration, contact with harmful allergens and those which are dependent on extreme physical fitness, endurance, etc.

With this knowledge, the interests, aptitude and abilities of the asthmatic pupils should be channelled in those directions which offer the least chance of failure. One is consequently not concerned with whether the asthmatic pupil satisfies all the academic and other requirements to take a course in veterinary science but whether the pupil, as an adult, will be able to pursue the occupation successfully as a result of his allergy to animal smells, droppings, etc.

The broad occupational categories which are not suitable for asthma sufferers will suffice, since it is assumed, on the one hand, that occupational interest at Std 6 level has not developed to the maximum, while recommendations in respect of occupations, on the other, are an individual matter which should be approached according to the merits of each individual pupil.

2 Timely and urgent attention should be devoted to the below-average asthmatic pupil (IQ < 89) who, apart from his condition, also has to cope with an intellectual disadvantage and usually has to leave school with a Std 6, 7 or 8 certificate. The majority of occupations which these poorly qualified persons can pursue are subject to many of the factors mentioned in the preceding paragraph.

(b) Guidance to parents

Parents of asthmatic pupils should be informed on the limiting influence exerted by factors such as climate, allergens, etc., on the occupational possibilities of these children and their eventual successful pursuit of an occupation as adults. Much has still to be done to convince parents in this regard.

With the introduction of various guidance clinics in large centres to implement the new differentiated education policy, psychologists and educationists attached to these clinics can render invaluable services to parents of asthmatic children.

(c) Guidance to employers

Employers should be fully informed of the problems of asthma sufferers. Stress should be laid on the essential contribution which they can make with regard to rehabilitation, that is revalidation. Revalidation signifies all the efforts made by society on behalf of these persons to assist and support them towards leading an existence which is worthy of human dignity.

10.6.5 Recommendations in respect of a revalidation programme

Finally, a complete psychologically and pedagogically integrated revalidation programme is necessary for asthmatic children, particularly those whose condition is serious, in which everything can be done with a view to improving the physical condition, strengthening mental powers, promoting integration into society and improving the eventual economic possibilities of the adult asthma sufferer.

In order to implement this, one must first arrive at a reappraisal of the existing viewpoints on asthma. It should be assumed that asthma, as one of the psychosomatic diseases, has a variety of causes varying from the purely physical to the purely psychological, but that, in the majority of cases, an element of both is present, with the result that its treatment is the task of the physician, psychologist and pedagogue.

If the multidimensionality of asthma is accepted, it will lead to a better understanding and reciprocal acknowledgement of the contribution which each of the above-mentioned persons have made towards obtaining a better insight into and knowledge of the problem.

Parents, teachers, educationists, psychologists, ministers of religion, physicians, paramedical personnel, nurses, social workers and vocational guidance officers should work together as a team in the diagnosis, treatment, education, placement and/or rehabilitation of the asthma sufferer.

This team approach must be applied to all dimensions of man's existence, viz: the physical, psychological and spiritual dimensions. One will thus be concerned with physical and medical methods, special training or educational methods, social orientation methods at psychological level, spiritual reformation methods and specific educational and re-educational methods. In this regard, attention is devoted to the role of the physician and paramedical expert in respect of the physical aspect, of the psychologist, pedagogue and psychiatrist in respect of the elucidation of the image of the person, of the minister of religion and the pastoral psychologist with a view to spiritual acceptance, forbearance and hope of the social worker in connection with the social background and social orientation and of the vocational guidance officer with regard to integration in the labour market.

10.7 CONCLUSION

This investigation succeeded to a great extent in elucidating the personal image of youthful asthma sufferers as a sick group. It is hoped that the findings will contribute towards a better knowledge and understanding of the psychological life of the asthma sufferer and that the recommendations will be applied profitably by educators, to the advantage of the youthful asthma sufferer.

BIBLIOGRAFIE

- 1 AARON, N.S. Some personality differences between asthmatic, allergic and normal children. Journal of Clinical Psychology 23(3), Jul. 1967 : 336-340.
- 2 ABRAMSON, H.A. Somatic and psychiatric treatment of asthma. Baltimore, Williams and Wilkens Co., 1951.
- 3 ALCOCK, T. Some personality characteristics of asthmatic children. British Journal of Medical Psychology 33(2), 1960 : 133-141.
- 4 ALEXANDER, F. and FLAGG, G.W. The Psychosomatic approach. In: Wolman, B.B., ed. Handbook of Clinical Psychology. New York, McGraw-Hill Book Co., 1965, pp. 855-947.
- 5 BAART DE LA FAILLE, R.L. Wat is asthma? In: Asthma Bronchiale. Enige problemen betreffende de medische en sociale zijde toegelicht op een studiedag van de Nederlandse asthma vereniging. Leiden, H.E. Stenfert Kroese N.V., 1958, pp. 1-7.
- 6 BACON, C.L. The Role of aggression in the asthmatic attack. Psychoanalytic Quarterly 25, 1956 : 309-324.
- 7 BARENDRECHT, J.T. A Cross-validation study of the hypothesis of psychosomatic specificity with special reference to bronchial asthma. Journal of Psychosomatic Research 2, 1957a : 109-114.
- 8 BARENDRECHT, J.T. A Psychological investigation of the effect of group psychotherapy in patients with bronchial asthma. Journal of Psychosomatic Research 2, 1957b : 115-119.
- 9 BARKIN, G.D. and McGOVERN, J.P. What the classroom teacher can do for the asthmatic child. NEA Journal 56, Nov. 1967 : 40-41.
- 10 BEECH, H.R. and NACE, E.P. Asthma and aggression : The Investigation of a hypothetical relationship employing a new procedure. British Journal of Social and Clinical Psychology 4(2), 1965 : 124-130.
- 11 BEETS, N. De Grote jongen - de psychologie van de jongen in de vlegeljaren. Utrecht, Erven J. Bijleveld, 1958.
- 12 BINGHAM, W.v.D. Aptitudes and aptitude testing. New York, Harper Bros., 1942.
- 13 BLOCK, J., et al. Interaction between allergic potential and psychopathology in childhood asthma. Psychosomatic Medicine 26 (4 pt. 1), 1964 : 307-320.
- 14 BOLAND, E.R. Asthma. In: Perry, K.M.A. and SELLORS, T.H., eds. Chest Diseases. Vol. 2. London, Butterworths and Co. (Publishers) Ltd., 1963, pp. 475-492.
- 15 CLARKE, T.W. Allergy and the "Problem Child". Nervous Child 9(3), 1951-52 : 278-281.
- 16 CLEIN, N.W. The growth and development of allergy. Ann. Allergy 3, Jan.-Feb. 1945 : 1-11.
- 17 COLEMAN, J.C. Abnormal psychology and modern life. Chicago, Scott Foresman, 2nd ed. 1956.
- 18 COOLIDGE, J.C. Asthma in mother and child as a special type of intercommunication. American Journal Orthopsychiatry 26, 1956 : 165-178.
- 19 CUTTER, F. Maternal behavior and childhood allergy. Washington, Catholic University Press, 1955.
- 20 DAVIDSON, M. A Practical manual of diseases of the chest. London, Oxford University Press, 1935.
- 21 DAVIDSON, S. The Principles and practice of medicine. Edinburgh, E.S. Livingstone Ltd., 1959.
- 22 DEES, S.C. and DURHAM, N.C. The Asthmatic child. Development and course of asthma in children. American Journal of Diseases of Children 93, 1957 : 228-233.

- 23 DEKKER, E., BARENDRECHT, J.T. and DE VRIES, K. Allergy and neurosis in asthma. Journal of Psychosomatic Research 5, 1961 : 83-87.
- 24 DEKKER, E. and GROEN J. Reproducible psychogenic attacks of asthma. A Laboratory Study. Journal Psychosomatic Research 1, 1956 : 58-67.
- 25 DEKKER, E., PELSER, H.E. and GROEN, J. Conditioning as a cause of asthmatic attacks : A Laboratory Study. Journal of Psychosomatic Research 2, 1957 : 97-108.
- 26 DE NECKER, J.G.H. Die Betekenis van die anamnese in die pedodiagnostisering van kinders. Pretoria, Werkgemeenskap ter bevordering van die Pedagogiek as Wetenskap, Fakulteit Opvoedkunde, Universiteit van Pretoria, Opvoedkundige Studies nr. 51, Veertiende jaargang, s.d.
- 27 DE V. HEESE, H. On Asthma in Children. S.A. Medical Journal 35, 18 Mar., 1961 : 229-232.
- 28 DE VILLIERS, N. Bronchiale asma. Referaat gelewer by die Mediese Skool, Universiteit van Pretoria, Pretoria, 1971.
- 29 DOWNIE, N.M. and HEATH, R.W. Basic statistical methods. New York, Harper and Brothers Publishers, 1959.
- 30 DROST, C.A. Enige aspekte ten aanzien van het asthmatische kind op school. In : Asthma bronchiale. Enige probleme betreffende de mediese en sosiale zijde toegelicht op een studiedag van de Nederlandse asthma vereniging. Leiden, H.E. Stenfert Kroese N.V., 1958, pp. 27-32.
- 31 DUNBAR, F. Emotions and bodily changes. A survey of literature on psychosomatic interrelationships 1910-1953. New York, Columbia University Press, Fourth Edition, 1954.
- 32 EILOLA, R. Adjusting the school program to the allergic child. Journal of Exceptional Children 12, 1946 : 162-167 & 191.
- 33 FEIN, B.T. and KAMIN, P.B. Bronchial asthma in adopted children. Annals of Allergy 23(4), 1965 : 199-203.
- 34 FEINGOLD, B.F., et al. Psychological studies of allergic women. Psychosomatic Medicine 24, 1962 : 195-201.
- 35 FINCH, S.M. Psycho-physiological disorders. In : Freedman, A.M. and Kaplan, H.I., eds. Comprehensive Textbook of Psychiatry. Baltimore, Williams & Wilkens Co., 1967, pp. 1406-1414.
- 36 FINE, R. The Personality of the asthmatic child. In : Schneer, H.I., ed. The Asthmatic child. Psychosomatic approach to problems and treatment. New York, H.I. Hoeber, 1963, pp. 39-57.
- 37 FITZELLE, G.T. Personality factors and certain attitudes toward child rearing among parents of asthmatic children. Psychosomatic Medicine 21(3), 1959 : 208-217.
- 38 FLENSBORG, E.W. The Prognosis for bronchial asthma arisen in infancy, after nonspecific treatment hitherto applied (Investigation in fate of 298 asthmatic children). Acta Paediatrica 33, Oct., 1945 : 4-23.
- 39 FORD, M. The Treatment of intractable childhood asthma by medium-term separation from home environment. The Medical Journal of Australia 1(16), 1968 : 653-656.
- 40 FOUCHÉ, F.A. Sielkundige eienskappe van donnormale seuns. Pretoria, Nasionale Buro vir Opvoedkundige en Maatskaplike Navorsing, 1968. (Navorsingsreeks nr. 66).
- 41 FREEMAN, G.L. and JOHNSON, S. Progression of allergies in adolescents. American Journal Disabled Child 118, 1969 : 886-891.
- 42 FREEMAN, G.L. and JOHNSON, S. Allergic diseases in adolescents: I. Description of survey; Prevalence of allergy. American Journal Disabled Child 107, June 1964a : 549-559.
- 43 FREEMAN, G.L. and JOHNSON, S. Allergic diseases in adolescents: II. Changes in allergic manifestations during adolescence. American Journal Disabled Child 107, June 1964b : 560-566.

- 44 FRENCH, J.W. The Description of personality measurements in terms of rotated factors. Princeton, Educ. Test Service. 1953.
- 45 FRENCH, T.M. and ALEXANDER, F. Psychogenic factors in bronchial asthma. Psychosomatic Medical Monographs 4, Washington, National Research Council, 1941.
- 46 GANDEVIA, B. The Changing pattern of mortality from asthma in Australia. The Medical Journal of Australia 1(18), May 4, 1968 : 747-752.
- 47 GARNER, A.M. and WENAR, G. The mother-child interaction in psychosomatic disorders. Urbana, University of Illinois Press, 1959.
- 48 GERARD, M.W. Bronchial asthma in children. The Nervous Child 5, 1946 : 327-331.
- 49 GLASER, J. Allergy in Childhood. Springfield, Illinois, Charles C. Thomas, Publisher, 1956.
- 50 GROEN, J. en PELSER, H.E. Verdere ervaringen en resultaten van groepspsychotherapie bij lijders aan asthma bronchiale. Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde 103(2), 1959 : 65-75.
- 51 GROSS, S.J., HIRT, M. and SEEMAN, W. Psychosexual conflicts in asthmatic children. Journal of Psychosomatic Research 11(4), 1968 : 315-317.
- 52 GUNTER, C.F.G. Aspekte van die teoretiese opvoedkunde. Stellenbosch, Universiteits-Uitgewers en -Boekhandelaars (Edms.) Bpk., Derde Druk, 1967.
- 53 GUNTER, C.F.G. Opvoedingsfilosofieë. Stellenbosch, Universiteits-Uitgewers en -Boekhandelaars (Edms.) Bpk., Tweede Druk, 1964.
- 54 HAHN, W.W. and CLARK, J.A. Psychophysiological reactivity of asthmatic children. Psychosomatic Medicine 29 (Sept./Oct.), 1967 : 526-536.
- 55 HALLOWITZ, D. Residential treatment of chronic asthmatic children. American Journal Orthopsychiatry 24, 1954 : 576-587.
- 56 HARRIS, M.C. Is there a specific emotional pattern in allergic disease. Annals of Allergy 13, 1955 : 654-661.
- 57 HARRIS, M.C. and SHURE, N. A study of behaviour patterns in asthmatic children. Journal Allergy 26, 1956 : 312-323.
- 58 HELMAN, M. Asthma in young boys. S.A. Medical Journal 30, 13 Oct., 1956: 989-991.
- 59 HELMSTADTER, G.C. Principles of Psychological measurement. New York, Appleton-Century-Crofts, 1954.
- 60 HEYNS, W.K. Die Behandeling van bronchiale asma. S.A. Verpleegsterstydskrif 30(1), Jan. 1963 : 20-21.
- 61 HILL, A.E. Asthma among school children. The Journal of School Health XXXVI(8), Oct. 1966 : 353 : 356.
- 62 HOFMEYR, I. Die wêreld van die siek kind. Stellenbosch, Universiteitsuitgewers en -Boekhandelaars (Edms.) Bpk., 1970.
- 63 HOLLAND, B.C. and WARD, R.S. Homeostasis and psychosomatic medicine. In : Arieti, S., ed. American handbook of psychiatry. Vol. III (2nd Printing). New York, Basic Books, Inc., Publishers, 1966, pp. 344-361.
- 64 HOWARD, A. Asthma. In : Speer, F., ed. The Allergic Child. New York, Harper and Row Publishers, 1963, pp. 299-319.
- 65 HURLOCH, E.B. Child development. New York, McGraw-Hill Book Co. Inc., 3rd ed. 1956.
- 66 ISRAEL, M. Rorschach responses of a group of adult asthmatics. Journal Mental Science 100, 1954 : 733-757.
- 67 JASPAR, H.H.J., PRICK, J.J.G. en VAN DE LOO, K.J.M. Enkele aspecten uit de problematiek van de psychosomatiese asthma bronchiale. Nederlandsch Tijdschrift voor de Psychologie 10, 1955 : 224-245.
- 68 JESSNER, L. et al. Emotional impact of nearness and seperation for the asthmatic child and his mother. Psychoanalytic study of the Child 10, 1955: 353-375.
- 69 JONGBLOED, J. Overzicht van de fysiologie van de mens. Utrecht, N.V.A. Oosthoek's Uitgevermaatschappij, 1960.
- 70 KANNER, L. Child psychiatry. Springfield, Thomas, 1957.

- 71 KISKER, G.W. The disorganized personality. New York, McGraw-Hill, 1964.
- 72 KNAPP, P.H. et al. Personality variations in bronchial asthma; a study of forty patients. Psychosomatic Medicine 19(6), 1957 : 443-465.
- 73 KOOPER, W.A.J. De Invalidiserende milieu-invloeden rond het asthmatische schoolkind. In: Het asthmatische schoolkind. Verslag van een studiedag van de Nederlandse Asthma Vereniging. Leiden, H.E. Stenfert Kroese N.V., 1958, pp. 50-53.
- 74 KRAFT, B. The Role of emotions in intractable asthma. Geriatrics 18(5), 1963 : 361-367.
- 75 LANGEVELD, M.J. Beknopte theoretische pedagogiek. 10de druk. Groningen, J.B. Wolters, 1965.
- 76 LANGEVELD, M.J. Ontwikkelingspsychologie. 7de druk. Groningen, J.B. Wolters, 1966.
- 77 LEERING, A. Het asthmatische schoolkind. In: Het asthmatische schoolkind. Verslag van een studiedag van de Nederlandse Asthma Vereniging. Leiden, H.E. Stenfert Kroese N.V., 1958, pp. 37-39.
- 78 LEIGH, D. and MARLEY, E. Bronchial asthma, a genetic, population and psychiatric study. Oxford, Pergannon Press, 1st ed. 1967.
- 79 LEVY, D.M. Maternal overprotection. New York, Columbia Univ. Press, 1948.
- 80 LINDEMAN, M.A.C. Past het asthmatische kind op school? In: Het asthmatische schoolkind. Verslag van een studiedag van de Nederlandse Asthma Vereniging. Leiden, H.E. Stenfert Kroese N.V., 1958, pp. 33-36.
- 81 LITTLE, S.W. and COHEN, L.D. Goal setting behavior of asthmatic children and their mothers for them. Journal of Personality 19, Sept. 1950-Jan. 1951 : 376-389.
- 82 LONG, R.T., et al. A Psychosomatic study of allergic and emotional factors in children with asthma. American Journal Psychiatry 114, 1958 : 890-899.
- 83 LOPEZ IBOR, J.J. Problems presented by asthma as a psychosomatic illness. Journal Psychosomatic Research 1, 1956 : 115-119.
- 84 MAGDE, E.M. 'n Oorsig oor die literatuur en 'n voorlopige ondersoek aangaande die verband tussen angs (soos gemeet deur die IPAT-Angskaal), intelligensie en skolastiese prestasie by Engelssprekende standerd sewe-leerlinge. Pretoria, Nasionale Buro vir Opvoedkundige en Maatskaplike Navorsing, 1967. Kantoorverslag 1967/7.
- 85 MADGE, E.M. 'n Oorsig oor die bestaande kennis in verband met die primêre persoonlikheidstrekke wat deur die HSPV gemeet word. Pretoria, Nasionale Buro vir Opvoedkundige en Maatskaplike Navorsing, 1969. Kantoorverslag NB 677/1.
- 86 MANSMANN, J.A. Projective psychological tests applied to the study of bronchial asthma. Annals of Allergy 10, 1952 : 583-587.
- 87 MARAIS, F.A.J. Atergrondbeskrywing en enkele persoonlikheidstrekke van die asmatiese kind - 'n Psigo-pedagogiese studie. Pretoria, UNISA, 1973, (D.Ed.-proefskrif.)
- 88 MARAIS, F.A.J. en PAUW, J.C. 'n Verkenningstudie oor jeugdige asmalyers. Pretoria, Raad vir Geesteswetenskaplike Navorsing, Kantoorverslag 7-1972.
- 89 MARGOLIS, M. The Mother-child relationship in bronchial asthma. Journal Abnormal and Social Psychology 63(2), 1961 : 360-367.
- 90 MASCIA, A.V. The Role of a residential center in the care of the asthmatic child. Annotated Allergy 22, 1964 : 191-197.
- 91 MCDERMOTT, N.T. and COBB, S. A Psychiatric survey of 50 cases of bronchial asthma. Psychosomatic Medicine 1, 1939 : 201-244.
- 92 MCGOVERN, G.P. and KNIGHT, G.A. Allergy and human emotions. Springfield, Illinois, Charles C. Thomas, 1967.
- 93 MENGES, L.J. Problemen rondom het asthma bronchiale. Nederlands Tijdschrift voor de psychologie 21, 1966 : 614-625.
- 94 MILLER, M.L. Emotional conflicts in asthma. Diseases of the Nervous System 13, 1952 : 298-302.

- 95 MILLER, M.L. and BARUCH, D.W. Psychosomatic studies of children with allergic manifestations. 1. Maternal rejection. Psychosomatic Medicine 10, 1948 : 275-278.
- 96 MILLER, H. and BARUCH, D.W. Maternal rejection aspects in the treatment of bronchial asthma. In : Abramson, H.A., ed. Somatic and psychiatric treatment of asthma. Baltimore, Williams and Wilkens, Co., 1951, pp. 632-654.
- 97 MILLER, H. and BARUCH, D.W. The Emotional problems of childhood and their relation to asthma. A.M.A. Journal of Diseases of Children 93, 1957 : 242-245.
- 98 MIRVISH, I. The Differential diagnosis and treatment of asthma in childhood. S.A. Medical Journal 16, Dec. 26, 1942 : 431-434.
- 99 MONSOUR, K.J. Asthma and the fear of death. Psychoanalytic Quarterly 29, 1960 : 56-71.
- 100 MURPHY, E.G. The Child with progressive muscular dystrophy. In : Martner, E.E., ed. The Child with a handicap. Oxford, Blackwell Scientific Publications, 1959, pp. 221-232.
- 101 MURRAY, A.B. Die Behandeling van kinders met chroniese asma. S.A. Tydskrif vir Geneeskunde 35(15), 15 April, 1961 : 301-304.
- 102 MUSSEN, P.H., CONGER, J.J. and KAGAN, J. Child development and personality. New York, Harper and Row, 1963.
- 103 NEL, B.F., red. Jubileum-lesings 1937-1962. Pretoria, HAUM, Universiteit van Pretoria. Fakulteit Opvoedkunde, Opvoedkundige Monografieë, nr. 8, 1963.
- 104 NEL, B.F. Die Grondslae van 'n pedagogiese diagnostisering en behandeling van kinders met tekorte en/of afwykings. In : Nel, B.F., red. Aspekte van 'n modern-pedagogiese diagnostisering en behandeling van kinders met gedrags- en leermoeilikhede. Pretoria, Werkgemeenskap ter bevordering van die Pedagogiek as wetenskap, Universiteit van Pretoria, Opvoedkundige Studies, 1966a, pp. 1-14.
- 105 NEL, B.F. Pedagogiese verwaarlosing. In : Nel, B.F., red. Aspekte van 'n modern-pedagogiese diagnostisering en behandeling van kinders met gedrags- en leer-moeilikhede. Pretoria, Werkgemeenskap ter bevordering van die Pedagogiek as Wetenskap, Universiteit van Pretoria, Opvoedkundige Studies, 1966b, pp. 15-26.
- 106 NEL, B.F. Pedagogiese verwaarlosing. Pretoria, Aurora, s.d. Werkgemeenskap ter bevordering van die Pedagogiek as Wetenskap, Fakulteit Opvoedkunde, Universiteit van Pretoria, Opvoedkundige Studies nr. 46, s.d.
- 107 NEL, B.F. en SONNEKUS, M.C.H. Psigiese beelde van kinders met leermoeilikhede. Pretoria, Werkgemeenskap ter bevordering van die Pedagogiek as Wetenskap, Fakulteit Opvoedkunde, Universiteit van Pretoria, Opvoedkundige Studies nr. 33, 1962.
- 108 NEL, B.F., SONNEKUS, M.C.H. en GARBERS, J.G. Grondslae van die psigologie. Universiteitsuitgewers en -Boekhandelaars (Edms.) Bpk., Stellenbosch, 1965.
- 109 NEUHAUS, E.C. A Personality study of asthmatic and cardiac children. Psychosomatic Medicine 20 (3), 1958 : 181-186.
- 110 NEWCOMB, A.L. The Child with diabetes. In : Martmer, E.E., ed. The Child with a handicap. Oxford, Blackwell, Scientific Publications, 1959, pp. 177-181.
- 111 NEW YORK CITY BOARD OF EDUCATION. Helping the physically limited child. Curriculum Bulletin 1952-53, Series No. 7, 1955.
- 112 OBERHOLZER, C.K. Inleiding in die prinsipiële opvoedkunde. Pretoria, J.J. Moreau, 1954.
- 113 OBERHOLZER, C.K. Prolegomena van 'n prinsipiële pedogogiek. Kaapstad, HAUM, 1968.
- 114 ORDMAN, D. The Climate factor in perennial respiratory allergy and its relation to house-dust sensitivity. International Archives Allergy and Applied Immunology 9, 1956 : 129-145.
- 115 ORDMAN, D. The "Climate Group" of respiratory allergy patients in South Africa. S.A. Medical Journal 32, Aug. 23, 1958a : 853-855.

- 116 ORDMAN, D. Respiratory allergy in the coastal areas of South Africa. The Climate factors in relation to house-dust sensitivity. S.A. Medical Journal 32, Febr. 1, 1958b : 117-118.
- 117 ORDMAN, D. Respiratory allergy in the coastal areas of South Africa. The significance of climate. S.A. Medical Journal 29, Febr. 19, 1955 : 173-179.
- 118 PAAUW, G.W. Het sociaal-economisch probleem van de asthma-bronchiale patiënt. In : Asthma bronchiale. Enige problemen betreffende de medische en sociale zijde toegelicht op een studiedag van de Nederlandse Asthma Vereniging. Leiden, H.E. Stenfert Kroese N.V., 1958, pp. 20-24.
- 119 PATTERSON, L.L. The Role of the parent In : Martmer, E.E., ed. The Child with a handicap. Oxford, Blackwell Scientific Publications, 1959, pp. 11-29.
- 120 PELTONEN, M.L., KASANEN, A. and PELTONEN, T.E. Occurrence of allergic conditions in school children. Annals Paediatricae Fenniae 1, 1954-55 : 119-129.
- 121 PERQUIN, N. Pedagogische psychologie van die middelbare scholier. Roermond, J.J. Ronen en Zonen, 1962.
- 122 PERQUIN, N. Paedagogiek. Roermond-Maaseik, J.J. Ronen en Zonen, 1960.
- 123 PESHKIN, M.M. Intractable asthma of childhood rehabilitation at the institutional level with a follow-up of 150 cases. International Archives Allergy 15, 1959 : 91-96.
- 124 POLLIE, D.M. A Projective study of conflict and defence in peptic ulcers and bronchial asthma. Journal of Projective Techniques and Personality Assessment 28(1), 1964 : 67-77.
- 125 PURCELL, K. and METZ, J.R. Distinctions between subgroups of asthmatic children: some parent attitude variables related to age of onset of asthma. Journal of Psychosomatic Research 6(4), 1962 : 251-258.
- 126 PURCELL, K., TURNBULL, J.W. and BERNSTEIN, L. Distinctions between subgroups of asthmatic children : Psychological test and behavior rating comparisons. Journal of Psychosomatic Research 6, 1962 : 283-291.
- 127 QUARLES VAN UFFORD, W.J. Iets over het asthma van het asthmatische schoolkind. In : Het asthmatische schoolkind. Verslag van een studiedag van de Nederlandse Asthma Vereniging. Leiden, H.E. Stenfert Kroese N.V., 1958, pp. 1-21.
- 128 RACKEMANN, F.M. Clinical allergy, particularly asthma and hay fever : Mechanism and treatment. New York, MacMillan Co., 1931.
- 129 RATNER, B., COLLINS-WILLIAMS, C. and UNTRACHT, S. Allergic Dermal-Respiratory Syndrome in children. A.M.A. American Journal Disabled Children 82, Dec. 1951 : 666-676.
- 130 RAWLS, D.J., RAWLS, J.R. and HARRISON, C.W. An investigation of six-to-eleven-year-old children with allergic disorders. Journal of Consulting and Clinical Psychology 36(2), 1971 : 260-264.
- 131 REES, L. Physical and emotional factors in bronchial asthma. Journal of Psychosomatic Research 1, 1956a : 98-114.
- 132 REES, L. Psychosomatic aspects of asthma in elderly patients. Journal of Psychosomatic Research 1, 1956b : 212-218.
- 133 REES, L. The Importance of psychological allergic and infective factors in childhood asthma. Journal of Psychosomatic Research 7(4), 1964 : 253-262.
- 134 REES, L. The Significance of parental attitudes in childhood asthma. Journal of Psychosomatic Research 7, 1963 : 181-190.
- 135 RIENSTRA, Y. Kind, school en gezin. Orthopedagogieschegeschriften, Groningen, J.B. Wolters, 1962.
- 136 RIESS, B.F. and DE CILLIS, O.E. Personality differences in allergic and non-allergic children. Journal of Abnormal and Social Psychology 35, 1940 : 104-113.
- 137 RILEY, C.M. The Child with nephrosis. In : Martmer, E.E. The Child with a handicap. Oxford, Blackwell Scientific Publications, 1959, pp. 233-251.

- 138 ROBBERTSE, P.M. Die verhouding tussen skoolprestasie en huislike milieu van laerskoolleerlinge in sover dit ekonomiese, beroeps- en strukturele omstandighede van die gesinne betref. Amsterdam, C.V. Swets en Zeitlinger, 1948.
- 139 ROGERSON, C.H., HARDCASTLE, D.H. and DUGUID, K. Psychological approach to problems of asthma and asthmaczema-prurigo syndrome. Guy's Hosp. Rep. 85, 1935 : 289-296.
- 140 ROOS, W.L. Die 1965-Talentopnametoetsprogram. Pretoria, Raad vir Geesteswetenskaplike Navorsing, Instituut vir Mannekragnavorsing, 1970.
- 141 ROOS, W.L. Die 1967-Talentopnametoetsprogram. Pretoria, Raad vir Geesteswetenskaplike Navorsing, Instituut vir Mannekragnavorsing, 1972.
- 142 ROOS, W.L. Die 1969-Talentopnametoetsprogram. Pretoria, Raad vir Geesteswetenskaplike Navorsing, Instituut vir Mannekragnavorsing, 1975.
- 143 RYMAN, P.M. The Role of the social worker. In : Martmer, E.E., ed. The Child with a handicap. Oxford, Blackwell Scientific Publications, 1959, pp. 44-56.
- 144 SAUL, L.J. Psychological systems and emotional development. Psychoanalytical Quarterly 19, 1950 : 158-163.
- 145 SAUL, L.J. and LYONS, J.W. Motivation and respiratory disorders. In : Wittkower, E.D. and Cleghorn, R.A. eds. Recent developments in psychosomatic medicine. New York, Lippincott, 1955.
- 146 SCATIA, V. The Incidence of neurosis in cases of bronchial asthma as determined by the Rorschach Test with Psychiatric examination. Psychosomatic Medicine 3, 1941 : 156-169.
- 147 SCHOOK, J.E.C. Algemene aspecten van het kinderasthma. In : Het asthmatische schoolkind. Verslag van een studiedag van de Nederlandse Asthma Vereniging. Leiden, H.E. Stenfert Kroese N.V., 1958, pp. 40-49.
- 148 SHAW, C.D. The Psychiatric disorders of childhood. New York, Appleton-Century-Crafts, 1966.
- 149 SMITH, F.B. Die enigste kind in die gesin : 'n Vergelykende studie. Pretoria, Raad vir Geesteswetenskaplike Navorsing, Instituut vir Mannekragnavorsing, 1970.
- 150 SMITH, R.E. A Minnesota Multiphasic Personality Inventory profile of allergy. Journal Psychosomatic Medicine 24, 1962 : 203-209.
- 151 SONNEKUS, M.C.H. Besinning oor die pedagogiese ondersoek en behandeling van kinders met leermoeilikhede 'n bydrae tot die psigologies-pedagogiese grondslae van die ortodidaktiek. In: Nel, B.V., red. Jubileumlesings. Pretoria, HAUM, 1963, pp. 133-172
- 152 SONNEKUS M.C.H. Die Problematiek van die slegsienende kind : 'n Verkennende pedagogies-psigologiese ondersoek. Pretoria, Werkgemeenskap ter bevordering van die Pedagogiek as Wetenskap, Fakulteit Opvoedkunde, Universiteit van Pretoria, Opvoedkundige Studies nr. 55, 15de Jaargang, s.d.
- 153 SPEER, F. The Management of childhood asthma. Springfield, Illinois, Charles C. Thomas Publisher, 1958.
- 154 SPEER, F. The Allergic child. New York, Harper and Row Publishers, 1963.
- 155 SPERLING, M. The Role of the mother in psychosomatic disorders in children. Psychosomatic Medicine 11(6), 1949 : 377-385.
- 156 SPIEKSMAN, F. Th.M. Some preliminary remarks on the classification, occurrence and life-cycle of the mite Dermatophagoides pteronyssinus. Aangehaal deur: Menges, L.J. Problemen rondom het asthma bronchiale. Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie 21, 1966 : 614-625.
- 157 SPOCK, B. and LERRIGO, M.O. Caring for your disabled child. New York, Collier Books, 1965.
- 158 STOKVIS, B. Psychosomatic aspects and psychotherapy in allergic diseases. In : Jamar, J.M., ed. International textbook of allergy. Copenhagen, Munksgaard, 1959, pp. 353-412.
- 159 STRIJDOM, H.G. Sosiale status en die verband daarvan met vryetydsaktiwiteite, houdings en aspirasies van Afrikaanssprekende standerd ses-seuns. Pretoria, Raad vir Geesteswetenskaplike Navorsing, Instituut vir Mannekragnavorsing, 1971.

- 160 SUID-AFRIKA (Republiek). Buro vir Statistiek. Suid-Afrikaanse Statistieke, 1968. Pretoria, Staatsdrukker, 1968.
- 161 SUID-AFRIKA (Republiek). Buro vir Statistiek. Onderwys: Vernaamste Statistieke. Verslag nr. 21/07/05. Pretoria, Staatsdrukker, 1972.
- 162 SUID-AFRIKA (Republiek). Verslag van die Interdepartementele komitee van ondersoek na onderwysgeleenthede vir opvoedbare blanke kinders wat aan chroniese siektes ly. Pretoria, Departement van Onderwys, Kuns en Wetenskap, 1967.
- 163 SULLIVAN, J.C. Guides for discipline. In : Martmer, E.E ed. The Child with a handicap. Oxford, Blackwell Scientific Publications, 1959, pp. 341-350.
- 164 SUPER, D.E. and CRITES, J.O. Appraising vocational fitness. New York, Harper Bros., 1962.
- 165 SWAGERS, G.G. De astmapatiënt als werknemer. In : Asthma bronchiale. Enige probleme betreffende die mediese en sosiale zijde toegelicht op een studiedag van de Nederlandse Asthma Vereniging, Leiden, H.E. Stenfert Kroese N.V., 1958, pp. 25-28.
- 166 TODD, R.H. Treatment of asthma. In : Speer, F., ed. The Allergic child. New York, Harper and Row Publishers, 1963, pp. 530-552.
- 167 TURNBULL, J.W. Asthma conceived as a learned response. Journal of Psychosomatic Research 6, 1962 : 59-70.
- 168 VAN CAPELLE, Zr. M.N. De verzorging van het schoolkind in een gezondheidskolonie. In : Het asthmatische schoolkind. Verslag van een studiedag van de Nederlandse Asthma Vereniging. Leiden, H.E. Stenfert Kroese N.V., 1958, pp. 22-26.
- 169 VAN DIJK, A. Asthma-centra. In : Asthma bronchiale. Enige probleme betreffende die mediese en sosiale zijde toegelicht op een studiedag van de Nederlandse Asthma Vereniging, Leiden, H.E. Stenfert Kroese N.V., 1958, pp. 9-12.
- 170 VAN DEN BERG, J.H. Kleine psichiatrie. 2de Uitgawe. Nijkerk, C.F. Callenbach, 1967.
- 171 VAN DER BIJL, W.J.F. Heeft milieuverandering of klimaatwijziging invloed op het complex van verschijnselen kenmerkend voor het ziektebeeld "asthma"? In : Asthma bronchiale. Enige probleme betreffende die mediese en sosiale zijde toegelicht op een studiedag van de Nederlandse Asthma Vereniging, Leiden, H.E. Stenfert Kroese N.V., 1958, pp. 13-19.
- 172 VAN DER ZEYDE, N.F. Opvoedingsnood in Pedagogische Spelbehandeling. Utrecht, Erven J. Bijleveld, 1962.
- 173 VAN Z. KOTZÉ, H.A. Die Aansluitingsproblematiek van die standerd ses-leerling tot die hoërskool : 'n Pedagogiese ondersoek. Stellenbosch, Universiteit Stellenbosch, 1966, (M.Ed.-verhandeling.)
- 174 VERHOEF, W. en ROOS, W.L. Die Doel en eksperimentele opset van projek Talentopname. Pretoria, Raad vir Geesteswetenskaplike Navorsing, Instituut vir Mannekragnavorsing, 1970.
- 175 VLES, S.J. en GROEN, J. Een ondersoek van die persoonlikheidsstruktuur bij jeugdige astmapatiënte met behulp van de Behn-Rorschach proef. Nederlandsch Tijdschrift voor de Psychologie 6, 1951 : 29-40.
- 176 VOORHORST, R. Indeling van asthma bronchiale in een atopiese en een niet-atopiese vorm. Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde 103(24), Junie 1959 : 1256-1262.
- 177 VOORHORST-SMEENK, F. Problems of basic security in asthmatic children. Acta Allergologica 25, 1970 : 294-322.
- 178 WALT, F. Asthma in childhood. S.A. Medical Journal 29, April 9, 1955 : 340-344.
- 179 WEBLIN, J.E. Psychogenesis in Asthma. British Journal Medical Psychology 36, 1963 : 211-225.
- 180 WESLEY, A.G., CLYDE, J.H. and WALLACE, H.L. Asthma in Durban children of three racial groups. S.A. Medical Journal 43, Jan. 25, 1969 : 87-89.

- 181 WIEHAHN, G. n Psigo-diagnostiese ondersoek van asma pasiënte. Pretoria, Universiteit van Pretoria, 1968, (M.A.-verhandeling.)
- 182 WILKEN-JENSEN, K., et al. Psychosomatic investigations of asthmatic children. Stockholm Acta Pediatrics 40 (Suppl. 83), 1951 : 52-53.
- 183 WRIGHT, G.L.T. Asthma and emotions : Aetiology and treatment. The Medical Journal of Australia 1, Jun. 1965 : 964-967.
- 184 ZISKIND, E. Psychophysiological medicine. Philadelphia, Lea & Fabiger, 1954.

RGN-PUBLIKASIES SEDERT 1 JANUARIE 1974

HSRC PUBLICATIONS SINCE 1 JANUARY 1974

'n Volledige lys van RGN-publikasies is op aanvraag verkrygbaar.
Eksemplare van publikasies wat uit druk is, kan deur biblioteekdienste verkry word.

A complete list of HSRC publications is available on request.
Copies of publications which are out of print can be obtained through library services.

GESKIEDENIS/HISTORY

Genealogy Publication No. 2/Hiller, V.W./The descendants of Richard and Maria Peacock 1820 Settlers/1974/R3,15

Source Publication No. 2/Brits, J.P./Diary of a National Scout P.J. du Toit 1900-1902/1974/R5,30

INLIGTING/INFORMATION

IN-20/Coetzee, C.J.S. en Caroline Geggus/Tersiêre opleiding buite die universiteit en beroepsgeleenthede/RGN Voorligtingsreeks VR-4/1973/R4,35
IN-20/Coetzee, C.J.S. and Caroline Geggus/Tertiary training outside universities and career opportunities/HSRC Guidance Series GS-4/1973/R4,35

IN-21/Geggus, C./Toekennings beskikbaar vir nagraadse studie in die Republiek van Suid-Afrika en in die buiteland 1974/RGN Voorligtingsreeks VR-8/R4,80
IN-21/Geggus, C./Awards available for post-graduate study in the Republic of South Africa and overseas 1974/HSRC Guidance Series GS-8/R4,80

IN-22/Coetzee, C.J.S. en Geggus, C./Dpleiding en beroepsgeleenthede vir skoolverlaters voor standerd tien/1974/RGN Voorligtingsreeks VR-3/R1,40
IN-22/Coetzee, C.J.S. en Geggus, C./Training and career opportunities for school-leavers before Standard Ten/1974/HSRC Guidance Series GS-3/R1,40

MANNEKRAG/MANPOWER

MM-50/Meij, L.R. en Strauss, F./Die akkulturasie van die Zoeloe-ondernemer in Kwa-Zulu/1974/R1,85

MM-51/Pelser, J.J./Die invloed van die heersende kulturele milieu op die ontwikkeling van entrepreneurskap onder die Tswana in die distrikte Bafokeng en Mankwe/1974/R2,55

MT-20/Roos, W.L./Projek Talentopname: Navorsingsbevindings - 1973/1974/R0,65
MT-20/Roos, W.L./Project Talent Survey: Research Findings - 1973/1974/R0,80

MT-21/Smith, F.B./Leerlinge met fisieke gebreke en kwale/1974/R1,50

MT-22/Marais, F.A.J./Leerlinge met hartprobleme: 'n Psigologies-pedagogiese ondersoek/1974/R1,90

NAVORSINGSONTWIKKELING/RESEARCH DEVELOPMENT

Navorsingsbulletin/Verskyn tien keer per jaar
Research Bulletin/Ten issues per annum

Kwic-index van Navorsingsbulletins, Volumes 1 - 2/1971 - 1972
Kwic-index of Research Bulletins, Volumes 1 - 2/1971 - 1972

RSA 2000 Gesprek met die toekoms/Verskyn twee keer per jaar
RSA 2000 Dialogue with the future/Two issues per annum

OPVOEDKUNDE/EDUCATION

O-17/Strydom, A././Die doeltreffende beplanning en benutting van skoolterreine vir buitemuurse aktiwiteite Deel een/1973/R3,25

O-18/Strydom, A.E./Die doeltreffende beplanning en benutting van skoolterreine vir buitemuurse aktiwiteite Deel twee/1973/R6,10

SOSIOLOGIE, DEMOGRAFIE, KRIMINOLOGIE/SOCIOLOGY, DEMOGRAPHY, CRIMINOLOGY

S-27/Rip, Colin, M. en Schurink, W.J./Vryetydsaktiwiteite in 'n kleiner gemeenskap wat aan 'n groot stad grens/1974/R4,05

S-28/Mostert, W.P. and Malherbe, W.S./Fertility and family planning among Indians in Chatsworth, Durban/1974/R2,80

S-30/Strijdom, H.G. en Smith, H.E./Die sorgbehoewende kind - Deel 1: Agtergrond en vorms van benadeling/1974/R1,75

S-32/Lötter, J.M. en Du Plessis, J.L./Aspekte van die sosio-ekonomiese posisie van die Indiërgemeenskap in Transvaal: Statistiese gegewens/1974/R2,15

STATISTIEK/STATISTICS

WS-9/Van Rensburg, F.A.J./Graduation trends for Whites at South African universities 1956-1972, with projections to 1990/1974/R4,60

WS-12/Soskolne, Colin L./A computerised statistical census relating to university education: A group of science and engineering students, University of the Witwatersrand, 1970/1974/R1,45

TAAL, LETTERE EN KUNS/LANGUAGES, LITERATURE AND ARTS

Rosalie Botha/Bronnegids vir Toneel, Ballet, Rolprente en Hoorspele Nuwe Reeks, deel II 1971 - Source guide for Drama, Ballet, Films and Radio Plays New series, volume II 1971/1974/R4,05

Yvonne Huskisson/The Bantu Composers of Southern Africa - Supplement/1974/R3,15

Loïs Albertyn/Bronnegids by die studie van die Afrikaanse Taal en Letterkunde Nuwe Reeks, deel II (1971)/1974/R3,45

Rosalie Botha/Bronnegids vir Toneel, Ballet, Rolprente en Hoorspele Nuwe Reeks, deel III (1972)/1974/R4,70
Source Guide for Drama, Ballet, Films and Radio Plays New series, volume III (1972)/1974/R4,70

PUBLIKASIES WAT DEUR DIE RGN ONDERSTEUN WORD/PUBLICATIONS SUPPORTED BY THE HSRC

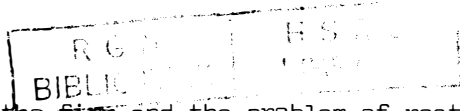
Van der Merwe, F.Z./Suid-Afrikaanse Musiekbibliografie/Tafelberg, 1974

Esterhuysen, M./Gedenkepennings ter ere van President S.J.P. Kruger/Koöperasiepers van SA Bpk., 1973

Verhandelinge van die Klassieke Vereniging van Suid-Afrika/Proceedings of the Classical Association of South Africa/ACTA CLASSICA/Volume XVI 1973/A.A. Balkema, Kaapstad

Hunt, K.S./Sir Lowry Cole - A study in Colonial Administration/Butterworth & Co. (SA) (Pty.) Ltd., Durban, 1974

Nuwe Testamentiese Werkgemeenskap van Suid-Afrika/Aspekte van die Nuwe Testamentiese Hermeneutiek (Neotestamentica 4 1970)/RGN Publikasiereeksnommer 35/Universiteit van Pretoria, 1974



Mouton, D.J./The behaviour of the firm and the problem of restrictive trade practices/HSRC Publication Series Number 44/J.L. van Schaik Ltd., Pretoria, 1974

Oosthuizen, G.C./The great debate: Abortion in the S.A. Context/HSRC Publication Series Number 47/Howard Timmins, Cape Town, 1974

Kruger, D.W./Die ander oorlog - Die stryd om die openbare mening in Engeland gedurende die Tweede Vryheidsoorlog/RGN Publikasiereeksnommer 49/Tafelberg-Uitgewers, 1974

Shaw, E.M. and Van Warmelo, N.J./The Material Culture of the Cape Nguni, Technology Part 2/Annals of the South African Museum, P.O. Box 61, Cape Town, 1974

1

ISBN O 86965 210 9