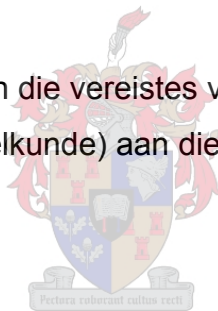


**Gesinsaanpassing, ouerskapstyle en hanteringstrategieë in gesinne met kinders
met 'n Aandagtekort/Hiperaktiwiteitsversteuring (AT/HV)**

Elise-Marie Tancred

Tesis ingelewer ter voldoening aan die vereistes vir die graad Magister in die Lettere en
Sosiale Wetenskappe (Sielkunde) aan die Universiteit van Stellenbosch



Studieleier: Prof. A.P. Greeff

Maart 2011

Verklaring

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

Datum: 21 Februarie 2011

Kopiereg © 2011 Universiteit van Stellenbosch

Alle regte voorbehou

OPSOMMING

Aandagtekort/Hiperaktiwiteitsversteuring (AT/HV) word gekenmerk deur impulsiwiteit, aandaggebrek en hiperaktiewe gedrag. Die teenwoordigheid van 'n kind met AT/HV is 'n stressor wat 'n beduidende impak op gesinsaanpassing het. Die doel van hierdie studie was om verbande te ondersoek tussen ouerskapstyle, hanteringstrategieë en die aanpassing van gesinne met kinders met AT/HV vanuit 'n gesinsveerkragtigheids-perspektief. Gesinsveerkragtigheid verwys na 'n gesin se vermoë om uitdagende lewenssituasies of stressors op só 'n manier te herbeoordeel dat weerstandigheid gekweek word en dat die gesin aanpas, herstel en versterk word deur die ervaring.

Altesaam 102 Suid-Afrikaanse gesinne met vooraf gediagnoseerde kinders met AT/HV tussen die ouderdom van 5 en 13 jaar het aan die studie deelgeneem. 'n Eenmalige dwarsnitopname-navorsingsontwerp is gebruik. Kwantitatiewe data is ingesamel met behulp van 'n biografiese vraelys en drie selfvoltooingsvraelyste. Resultate van die onderhawige ondersoek bevestig bestaande teorieë en soortgelyke vorige navorsing. Pearson korrelasiekoëffisiëntontledings dui op sterk positiewe korrelasies tussen dimensies van die gesaghebbende ouerskapstyl (konneksie, outonomie-gewendheid en regulering) en herbeoordeling en mobilisering (as hanteringstyl). Die gesaghebbende ouerskapstyl korreleer ook sterk met gesinsaanpassing.

Die outoritêre ouerskapstyl se drie dimensies - fisieke forsering, verbale vyandigheid en geen verduideliking - het 'n sterk negatiewe statisties beduidende korrelasie met gesinsaanpassing getoon. Fisieke forsering het ook 'n positiewe korrelasie getoon met die hanteringstyl soeke na spirituele ondersteuning. Die hanteringstyl passiwiteit het weer 'n negatiewe korrelasie getoon met die outoritêre ouerskapstyl. Ook die permissiewe ouerskapstyl het negatiewe korrelasies getoon met die hanteringstyle herbeoordeling en passiwiteit terwyl dit ook negatief gekorreleer het met gesinsaanpassing. 'n Regressie-ontleding het medikasie, konneksie en regulering (as dimensies van die gesaghebbende ouerskapstyl) as die beste substel voorspeller-veranderlikes uitgewys met gesinsaanpassing as die afhanklike veranderlike.

'n Gemengde-herhalingsmodel met ANOVA-metings is gebruik om geslagsverskille tussen ouers te ondersoek. Geslagsverskille tussen ma's en pa's het daarop gedui dat ma's hoër tellings behaal het vir konneksie, outonomie-gewendheid en die

gesaghebbende ouerskapstyl as pa's. Die biografiese data het meestal vorige navorsingsbevindinge ondersteun. Daar is 'n sterk genetiese band gevind tussen ouers en kinders met AT/HV (51% van ouers het ook aangedui dat hulle met AT/HV gediagnoseer is), 78% van die kinders het medikasie gebruik en 34% van die kinders het ko-morbiede toestande gehad.

Die bevindinge van hierdie ondersoek vul 'n leemte in die literatuur oor die verband tussen ouerskapstyle en hanteringstrategieë en die aanpassing van gesinne met kinders met AT/HV. Verdere navorsing word dringend benodig om Suid-Afrikaanse ouers met kinders met AT/HV te help om 'n goed-georkestreerde ondersteuningsnetwerk te ontwikkel wat ouers, die kinders self, die gesin in sy geheel en hierdie kinders se funksionering binne skole te kan bystaan.

SUMMARY

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is characterised by impulsiveness, an inability to maintain attention and hyperactive behaviour. The presence of a child with ADHD is a stressor that has a significant impact on family adaptation.

The purpose of this study was to identify associations between parenting styles, coping strategies and the adaptation of families with children with ADHD from a family resilience perspective. Family resilience refers to the ability of a family to re-evaluate challenging life situations or stressors in such a manner as to develop resilience, so that the family adapts, recovers and becomes stronger as a result of the experience.

Some 102 South African families with previously diagnosed children with ADHD between the ages of 5 and 13 years participated in this study. A single cross-sectional research method was used. Quantitative data was collected by means of a biographical questionnaire and three self reporting questionnaires.

The results of this study confirmed existing theories and previous research of a similar nature. The Pearson correlation coefficient analysis revealed strong positive correlations between dimensions of the authoritative parenting style (connection, autonomy granting and regulation) and of re-evaluation and mobilisation (as coping strategies). The authoritative parenting style also correlates strongly with family adaptation.

The three dimensions of the authoritarian parenting style (physical coercion, verbal hostility, and non-reasoning) have a strong negative correlation with family adaptation. Physical coercion also has a positive correlation with the coping strategy looking for spiritual support. The coping strategy passivity, in turn, showed a negative correlation with the authoritarian parenting style. Also the permissive parenting style correlates negatively with the coping strategy re-evaluation and passivity, while it also correlates negatively with family adaptation. A regression analysis further revealed medication, connection and regulation (as dimensions of the authoritative parenting style) as the best subset predictable variables, with family adaptation as the dependent variable. A mixed repetitive model with ANOVA-measures was used to identify differences between parents. Mothers obtained higher scores for connection, autonomy granting and

authoritative parenting than fathers. The biographical data generally supported previous research findings. There was a strong genetic link between parents and children with ADHD (51% of parents also indicated that they were diagnosed with ADHD), 78% of the children used medication and 34% of the children had co-morbid conditions.

The findings of this study fill a gap in the literature about the impact of parenting styles and coping strategies on the adaptation of families with children with ADHD. Further research is urgently needed to help South African parents of children with ADHD learn productive coping styles in order to improve family adaptation.

BEDANKINGS

1. 'n Hartlike dank aan die skoolhoofde en personeel van die Laerskool Beaumont, Strand Moslem-laerskool, Somerset West Methodist School, Laerskool Panorama, Laerskool Mikro, Paarl Jongens-laerskool, wat ten spyte van druk jaarprogramme bereid was om deel te neem aan hierdie projek.
2. Aan die AT/HV-ondersteuningsgroepe van die Helderbergkom, Durbanville en Houtbaai wat geweldige leemtes vul en altyd bereid was om te help.
3. Heather Picton en die span by Adhasa, vir u hulp en raad.
4. Mev. Maati van Heerden, vir u lekker geselsies en bereidwilligheid om u webwerf te gebruik.
5. Dr. Adri van der Walt – altyd 'n inspirasie.
6. Heloise Uys vir jou oneindige vriendskap en hulp.
7. Prof. Andre Venter van die Vrystaatse Universiteit, vir die deel van u kennis en kundigheid.
8. Prof. Martin Kidd vir u geduld en statistiese leiding.
9. Prof. Awie Greeff – oneindige dankie dat u altyd die mens agter die tesis raak sien. Vir u wysheid, raad, geduld en stoere leiding. Daarsonder sou dit seker nooit klaar nie.
10. My ouers, Pieter en Talita Tancred – my eerste bewuswording van iets soos 'n "ouerskapstyl". Baie dankie vir al die liefde en dit wat ek by julle kon leer en steeds leer.
11. My kinders, Sebastiaan, Katryn en Lea, wat heelwat sonder ma moes klaarkom, maar darem nou weet hoe die wasmasjien werk! Julle bly my leermeesters.
12. Hierdie tesis is grotendeels te danke aan my man, Conrad Steenkamp - wie dit vir my moontlik gemaak het om verder te studeer en wie my ten spyte van beenbreke, Kaboel en 'n motorongeluk my aangemoedig het om dit klaar te maak. Dankie.
13. Laastens die dapper AT/HV-ouers en hul gesinne wat aan hierdie projek deelgeneem het. Elke dag in die spervuur, 24/7! Baie, baie dankie dat u bereid was om u gesin se inligting te deel.

INHOUDSOPGAWE

TITELBLAD	i
VERKLARING	ii
OPSOMMING	iii
SUMMARY	v
BEDANKINGS	vii
LYS VAN TABELLE	xi
LYS VAN FIGURE	xii

HOOFSTUK 1: INLEIDING, MOTIVERING VIR EN DOELSTELLINGS VAN DIE ONDERSOEK.....	1
1.1 Inleiding.....	1
1.2 Motivering	2
1.3 Doelstellings.....	4
1.4 Verklaring van sleutelterme.....	4
1.5 Struktuur van die studie	5
1.6 Samevatting	7
HOOFSTUK 2: TEORETIESE ONDERBOU	8
2.1 Inleiding.....	8
2.2 Aandagtekort-hiperaktiwiteitsversteuring (AT/HV)	9
2.2.1 Oorsake van AT/HV.....	10
2.2.2 Diagnose van AT/HV	11
2.2.3 AT/HV en ko-morbiede toestande	12
2.2.4 Behandeling van AT/HV	12
2.2.5 Adolessensie en volwassenheid.....	13
2.2.6 AT/HV in Suid-Afrika.....	13
2.3 Ouerskapstyle	14
2.4 Gesinstreorieë en 'n veerkrachtigheidsperspektief	19
2.4.1 Grondbeginsels van gesinstreorieë	20
2.4.1.1 Stres of krisis?.....	20
2.4.1.2 Hulpbronne.....	21
2.4.1.3 Hantering.....	21

2.4.1.4 Gesinsverstelling en gesinsaanpassing.....	22
2.4.2 Die ontwikkeling van gesinstreorieë.....	22
2.4.3 Die veerkragtigheidsmodel van gesinstres, verstelling en aanpassing.....	23
2.5 Samevatting	28
HOOFSTUK 3: LITERATUUROORSIG	30
3.1 Inleiding.....	30
3.2 Die impak van AT/HV op ouers en gesinne	30
3.3 Ouerskapstyle en AT/HV.....	33
3.4 AT/HV en ko-morbiede toestande	37
3.5 Psigiatrisse versteurings by ouers met kinders met AT/HV	40
3.6 Bevordering van veerkragtigheid – uitkomste vir ouer en kind.....	43
3.7 Samevatting	45
HOOFSTUK 4: METODE VAN ONDERSOEK.....	47
4.1 Inleiding.....	47
4.2 Navorsingsontwerp	47
4.3 Deelnemers.....	48
4.3.1. Inleiding	48
4.3.2. Deelnameproses	48
4.3.3. Deelnamestatistieke	49
4.3.4 Kern biografiese data verbeeld in histogramme	51
4.4 Meetinstrumente	54
4.4.1 Parenting Styles and Dimensions Questionnaire Short Version (PSDQ)	55
4.4.2 Family Crises Oriented Personal Evaluation Scales (F-COPES)	57
4.4.3 Family Attachment and Changeability Index 8	58
4.5 Prosedure	59
4.6 Etiese oorwegings.....	61
4.7 Data-ontleding.....	61
4.8 Samevatting	62
HOOFSTUK 5: RESULTATE.....	64
5.1 Inleiding.....	64

5.2 Geslagsverskille	64
5.3 Pearson-produkmomentkorrelasiekoëffisiënte binne dimensies van die gesaghebbende ouerskapstyl, tussen hanteringstyl en gesinsaanpassing	66
5.4 Pearson-produkmomentkorrelasiekoëffisiënt binne die dimensies van die outoritêre ouerskapstyl, tussen hanteringstyl en gesinsaanpassing	68
5.5 Pearson se produkmomentkorrelasiekoëffisiënte binne die permissiewe ouerskapstyl, tussen hanteringstyl en gesinsaanpassing	70
5.6 Veelvuldige regressie-ontledings	71
5.7 Samevatting	73
HOOFTUK 6: BESPREGING EN GEVOLGTREKKING	74
6.1 Inleiding	74
6.2 Biografiese resultate	75
6.3 Geslagsverskille in die beoordeling van gesinsdinamika	76
6.4 Korrelasies tussen veranderlikes	78
6.4.1 Gesaghebbende ouerskapstyl, gesinsaanpassing en ander veranderlikes ...	78
6.4.1.1 Konneksie	78
6.4.1.2 Outonomie-gewendheid	79
6.4.1.3 Regulering.....	80
6.4.1.4 Samevatting.....	81
6.4.2 Outoritêre ouerskapstyl, gesinsaanpassing en ander veranderlikes.....	82
6.4.2.1 Fisieke forsering	82
6.4.2.2 Geen verduideliking.....	83
6.4.2.3 Verbale Vyandigheid	83
6.4.2.4 Samevatting.....	84
6.4.3 Permissiewe ouerskapstyl, gesinsaanpassing en ander veranderlikes	85
6.4.3.1 Toegeeflikheid	85
6.5 Resultate van regressie-ontleding.....	87
6.6 Ouerskapstyle, hantering en gesingsaanpassing – laaste gedagtes	88
6.7 Samevatting	89
6.8 Tekortkominge en aanbevelings	90
6.9 Gevolgtrekking	92

VERWYSINGSLYS	94
BYLAE A: INLIGTINGSBRIEF AAN OUERS, SKOOLHOOFDE EN TERAPEUTE	106
BYLAE B: INLIGTINGSBRIEF AAN OUERS BY SKOLE	107
BYLAE C: INSTRUKSIES.....	108
BYLAE D: BIOGRAFIESE VRAELYS.....	109
BYLAE E: SELFVOLTOOIINGSVRAELYTE	112
BYLAE F: INGELIGDE TOESTEMMINGSBRIEF	117

LYS VAN TABELLE

Tabel 1: <i>Simptoomkriteria vir AT/HV soos vervat in die DSM-IV-RT (APA, 2000)</i>	10
Tabel 2: <i>Ouerskapstyle en die Uitkomst vir Kinders volgens Baumrind (1967, 1971, 1991)</i>	18
Tabel 3: <i>Variansie-ontleding tussen mans (n = 16) en vroue (n = 16) om te kontroleer vir moontlike Geslagsverskille in Hanteringstyl, Ouerskapsdimensies en Gesinsaanpassing</i>	68
Tabel 4: <i>Pearson Korrelasies binne Gesaghebbende Ouerskapstyl-dimensies tussen moontlike Veerkrachtigheidsveranderlikes van Hanteringstyle (F-COPES) en Gesinsaanpassing (FACI8) (n = 98)</i>	70
Tabel 5: <i>Pearson Korrelasies binne Outoritêre Ouerskapstyl-dimensies tussen moontlike Veerkrachtigheidsveranderlikes van Hanteringstyle (F-COPES) en Gesinsaanpassing (FACI8) (n = 98)</i>	72
Tabel 6: <i>Pearson Korrelasies binne die Permissiewe Ouerskapstyl-dimensie tussen moontlike Veerkrachtigheidsveranderlikes van Hanteringstyle (F-COPES) en Gesinsaanpassing (FACI8) (n = 98)</i>	74
Tabel 7: <i>Resultate van Veelvuldige Regressie-ontleding met Gesinsaanpassing as afhanklike veranderlike (n = 90)</i>	75

LYS VAN FIGURE

<i>Figuur 1.</i> Die verstellingsfase van die Veerkrachtigheidsmodel van Gesinstres, Verstelling en Aanpassing (McCubbin & McCubbin, 1996).	27
<i>Figuur 2.</i> Die aanpassingsfase van die Veerkrachtigheidsmodel van Gesinstres, Verstelling en Aanpassing (McCubbin & McCubbin, 1996).	28
<i>Figuur 3.</i> Die voorkoms van AT/HV by ma's tydens volwassenheid.	53
<i>Figuur 4.</i> Die voorkoms van AT/HV by pa's tydens volwassenheid.	54
<i>Figuur 5.</i> Gemiddelde ouderdom van AT/HV-diagnose by kinders.	54
<i>Figuur 6.</i> Die gebruik van voorgeskrewe medikasie.	55
<i>Figuur 7.</i> Die voorkoms van ko-morbiede toestande.	56

HOOFSTUK 1: INLEIDING, MOTIVERING VIR EN DOELSTELLINGS VAN DIE ONDERSOEK

1.1 Inleiding

Aandagtekort-hiperaktiwiteitsversteuring (AT/HV) is wêreldwyd die algemeenste ontwikkelingsgedragsversteuring wat onder kinders voorkom (Barkley, 1998). Die toestand word gekenmerk deur aandagtekort, impulsiwiteit en hiperaktiwiteit, wat nie in pas is met die ontwikkelingsvlak van die kind nie (APA, 2000). Indien dit onbehandel bly, kan dit ernstige gevolge hê in adolessensie en in volwassenheid (Louw, Oswald, & Perold, 2009).

Die voorkoms van AT/HV onder kinders veroorsaak hoë vlakke van stres by ouers wat maklik tot disfunksionele ouerskapspraktyke kan lei (Modesto-Lowe, Danforth, & Brooks, 2008). Die kwaliteit van gesinslewe het 'n fundamentele uitwerking op die welstand van kinders en gesinsverhoudinge (Berns, 2007). Veral die ouer-kind verhouding het 'n deurlopende invloed op die sielkundige, fisiologiese, sosiale en ekonomiese welstand van die kind (Chamberlain & Patterson, 1995). In gesinne waar daar kinders met AT/HV is, kan optimalisering van die ouer-kind interaksie en van die ouers se psigiese welstand, 'n positiewe uitwerking hê op beide die ouer en die kind en beter aanpassing vir die gesin in sy geheel meebring (Modesto-Lowe et al., 2008).

In Suid-Afrika, en die res van die wêreld, is die voorkoms van AT/HV soortgelyk aan die Amerikaanse Psigiatriese Vereniging se skatting van ongeveer drie tot sewe persent van skoolgaande kinders (Barkley, 2000; Louw et al., 2009). Om 'n presiese syfer vas te stel oor hoeveel kinders die versteuring het, is haas onmoontlik weens die moeilike aard van die diagnose (Weingartner, 1999; Wodrich, 2000). 'n Verrassende aantal mediese dokters, insluitende pediater, psigiaters en sielkundiges neem steeds verkeerdelik aan dat AT/HV bloot 'n fase is waartydens kinders hiperaktief en impulsief optree (Wodrich, 2000).

In 'n studie deur Louw et al. (2009), dui Suid-Afrikaanse algemene praktisyns aan dat hulle opleiding, kennis en vermoë om hierdie versteuring suksesvol te diagnoseer en te behandel, ver te kort skiet. Onkunde versterk populêre mites rondom die versteuring.

Mites wat gereeld aangevoer word as redes vir die toestand is swak ouerskap, verskillende soorte kos - veral suiker, te veel televisie kyk en elektroniese speletjies.

1.2 Motivering

Ouers van kinders met AT/HV rapporteer baie hoër vlakke van stres en van ouer-kind konflik, as ouers van tipiese* kinders (Modesto-Lowe et al., 2008). Hierdie stres spoel dikwels oor na die huwelik (Harvey, 2000). Sodanige stres veroorsaak dikwels konflik tussen ouers oor opvoedingstyle en lei daarom tot verminderde kohesie tussen die twee (Harvey, 2000). Veral ma's van kinders met AT/HV kry swaar en depressie is een van die psigiatriese verstourings wat dikwels onder hierdie groep voorkom (Modesto-Lowe et al., 2008). Studies oor interaksies in gesinne met kinders met AT/HV, het gevind dat sulke gesinne beduidende veranderinge aan gesinsfunksionering aanbring, in 'n poging om hierdie kinders se simptome te hanteer (Podolski & Nigg, 2001).

Om die prentjie verder te kompliseer, blyk dit dat daar 'n sterk genetiese band is in die voorkoms van AT/HV binne families (Barkley, 1998). Die kans is dus goed dat AT/HV-kinderns minstens een of selfs beide ouers het wat ook AT/HV het. Die impulsiewe pa/ma, wat "vergeet" om dissipline toe te pas, of nie konsekwent is in sy/haar ouerskapspraktyk nie, veroorsaak verdere verwarring, konflik en stres binne sulke gesinne. Wanaangepaste, destruktiewe ouerskapspraktyke ontwikkel maklik binne sulke gesinne (Mash & Barkley, 2006).

Op 'n sosiale vlak sukkel kinders met AT/HV om sosiale reëls en tekens te verstaan, wat baie frustrasie vir ouers en kinders veroorsaak (Bester, 2006). Dít maak kinders ook kwesbaar vir boelie (Bester, 2006). Ook op skool ontstaan probleme. Onderwysers weet dikwels nie hoe om teenoor hierdie kinders op te tree nie, terwyl maats hulle verstoot omdat hulle anders en impulsief optree. Hulle is dikwels die luidrugtige belhamels wat die klas ontwrig, of die dromer wat nooit aandag gee nie (Bester, 2006).

Tipiese ouers beskou ook ouers van kinders met AT/HV as ouers wat nie goeie dissipline kan toepas nie (Bester, 2006). Hulle kan ook wantrouig wees, met die vermoede dat daar iets fout is in sulke gesinne.

* In hierdie studie verwys die term tipies na 'n toestand waar AT/HV afwesig is.

Gesinne met kinders met AT/HV kan hulself maklik in 'n sosiale niemandsland bevind. Soms isoleer die gesin homself in 'n poging om die simptome van die kind se gedrag te beheer, of weg te steek (Bester, 2006).

Kinders met AT/HV stel dus baie meer eise aan hulle ouers, as tipiese kinders (Barkley, 1998). Sulke ouers moet baie meer aandag en energie spandeer in hul opvoedingstaak as tipiese ouers. Dit kan maklik tot uitputting lei (Modesto-Lowe et al., 2008). Ouers word ook gekonfronteer met moeilike besluite oor watter skool, terapie en medikasie die beste vir die kind is (Dos Reis & Myers, 2008).

Vir die doel van hierdie studie word AT/HV as die stressor beskou wat sekere eise aan 'n gesin stel om suksesvol aan te pas. Die gesin se opvoedingspraktyk sal vanuit die veerkragtigheidsraamwerk beskou word.

Hierdie studie wil vrae en antwoorde soek op watter ouerskapstyle en hanteringstrategieë Suid-Afrikaanse gesinne met kinders met AT/HV gebruik. Tot op hede is daar verskeie studies gedoen wat die voorkoms van AT/HV in Suid-Afrika belig het (Louw et al., 2009), maar geen wat kyk na die rol van ouerskap en die hanteringstrategieë van ouers nie. Hierdie studie is belangrik omdat die emosionele, finansiële en fisiese eise wat aan ouers met AT/HV kinders gestel word, oorweldigend is.

In Suid-Afrika is daar bittermin, indien enige, ondersteuning van die staat om sulke gesinne te help (H. Picton, persoonlike kommunikasie, 28 Augustus, 2009). Die enigste bydrae wat gemaak word, is die Department van Gesondheid wat kortwerkende Metielfenidaat gratis by staatsklinieke beskikbaar stel aan skoolgaande kinders onder die ouderdom van 16 jaar wat reeds met AT/HV gediagnoseer is (A. Venter, persoonlike kommunikasie, 9 Maart, 2009). Staatskole het geen hulpstrukture om ouers of kinders te help nie. Ouers moet vir allerlei terapieë en ekstra klasse uit hul eie sakke betaal. Ook in die geestesgesondheidssektor is daar geen gratis hulpmiddels soos ouerleidingskursusse om ouers te ondersteun nie. Die verantwoordelikheid en finansiële kostes, rus uitsluitlik op die ouers se skouers. Dit bring mee dat ouers hulle na oplossings soos boerate, kruie en alternatiewe terapieë wend, in 'n poging om dié versteuring te hanteer (George & Pretious, 2006; Sidley, 2008). Die wêreldwye

resessie, werkloosheid, politieke onstabieleit en hoë vlakke van misdaad plaas verdere druk op Suid-Afrikaanse gesinne.

Uit Louw et al. (2009) se navorsing is dit duidelik dat daar veral in die Suid-Afrikaanse mediese gemeenskap 'n groot tekort aan kundigheid, kennis en opleiding oor AT/HV is. Aangesien die algemene praktisyns waarskynlik 'n gesin se eerste soeke na hulp is en hulle nie eens oor die nodige kennis en leiding beskik om 'n gesin te help nie, hoeveel te meer moet sulke ouers nie radeloos, hulpeloos en gefrustreerd voel nie.

1.3 Doelstellings

Die doel van hierdie studie is om te bepaal of daar 'n ouerskapstyl en/of hanteringstrategie is, wat geassosieer kan word met beter aanpassing by gesinne met kinders met AT/HV. En of hierdie ouerskapstyl en/of hanteringstrategie gesinsveerkragtigheid bevorder.

Derhalwe word die volgende navorsingsvrae gestel:

- Watter ouerskapstyle word geassosieer met beter gesinsaanpassing by gesinne met AT/HV kinders?
- Watter hanteringstrategieë word geassosieer met beter gesinsaanpassing by gesinne met AT/HV kinders?
- Is daar binne sekere ouerskapstyle spesifieke hanteringstrategieë wat geassosieer word met beter gesinsaanpassing?
- Biografiese veranderlikes word ook as belangrik geag sodat daar ook gekyk gaan word of daar van hierdie veranderlikes is wat 'n rol speel by ouerskapstyl en gesinsaanpassing. Bykomend kan die biografiese veranderlikes moontlik help om antwoorde te verskaf op die volgende vrae:
 - Is daar 'n verband tussen die gebruik van medikasie en gesinsaanpassing?
 - Is daar 'n ouer wat meer of minder betrokke is by die kind met AT/HV?
 - Hoeveel ouers van kinders met AT/HV, het self AT/HV?
 - Hoeveel ouers het al ouerskapsleiding ontvang?

1.4 Verklaring van sleutelsterme

Die volgende terme word deurentyd gebruik en word vervolgens omskryf.

- **AT/HV:** 'n Versteuring wat gewoonlik tydens die jeugjare voorkom en gekenmerk word deur 'n ontoereikende aandagspan, impulsiwiteit en hiperaktiewe gedrag (American Psychiatric Association [APA], 2000; Diagnostic and statistical manual of mental disorders 4th Edition Text Revision [DSM-IV-RT], 2000).
- **Ouerskapstyl:** Die wyse waarop ouers beheer uitoefen en hul kinders groot maak. Die klimaat waarbinne opvoedingsgedrag plaasvind (Berns, 2007).
- **Gesaghebbende ouerskapstyl:** 'n Ouerskapstyl wat gekenmerk word deur hoë vlakke van responsiwiteit (warmte en ondersteuning) en eise wat gestel word, binne 'n demokratiese klimaat. Beherend, maar buigbaar (Baumrind, 1991).
- **Outoritêre ouerskapstyl:** Gekenmerk deur die rigiede afdwinging van reëls, respek en gehoorsaamheid, terwyl responsiwiteit ontbreek (Baumrind, 1991).
- **Permissiewe ouerskapstyl:** Hierdie ouerskapstyl is kindgerig sonder dat enige eise gestel word. Die kind dikteer die klimaat binne die gesin en word nie vir oortredings getugtig nie. Swak ouerlike beheer (Baumrind, 1991).
- **Hanteringstyl:** Kognitiewe gedrag ten tye van stres. Binne 'n gesin behels dit die vermoë om stressors te beoordeel, te kommunikeer, hulpbronne te gebruik, gesinstruktuur te handhaaf en aan te pas, veranderinge aan te bring en daarby aan te pas. 'n Proses waar daar 'n balans is tussen 'n gesin se bevordering van individuele groei, onafhanklikheid van sy lede en die handhawing van gesinskohesie (McKenry & Price, 1994).
- **Veerkragtigheid:** Eienskappe, dimensies en waardes wat gesinne ten tye van 'n krisis wys, asook die positiewe gedragspatrone en funksionele vaardighede wat gesinne tydens 'n krisis gebruik en waardeur hulle van 'n krisis herstel. In die proses word die integriteit van die gesinseenheid en gesinsweerstandigheid gekweek (McCubbin & McCubbin, 1996). Walsh (1996) verwys na gesinsveerkragtigheid as die gesin se vermoë om homself weer “heel” te maak.

1.5 Struktuur van die studie

Die strukturele elemente van hierdie studie bestaan uit die volgende: In Hoofstuk 2 word die teoretiese grondslag vir hierdie studie beskryf. Die hele **AT/HV-konsep**, kriteria, simptome, verwante toestande en hoe dit gediagnoseer word, word bespreek. Feite en mites rondom AT/HV, asook die kontroversie rondom diagnose en mediese behandeling word ook belig.

Die situasie in Suid-Afrika, asook die voorkoms en uitkoms van AT/HV in volwassenheid, word kortliks bespreek. Hierna word **Ouerskap**, die ontwikkeling van verskillende ouerskapstyle en faktore wat 'n invloed op ouerskap het, bespreek. Die dimensies van ouerskap en veral Baumrind se vier ouerskapstyle, die uitkomst van spesifieke ouerskapstyle en beperkinge van Baumrind se teorie, word bespreek. Laastens word **gesinstresteorieë en die veerkrachtigheidsmodelle** bespreek. Daar sal na die basiese beginsels van gesinstresteorieë verwys word, waarna die ontwikkeling van die teorieë kortliks verduidelik word. Laastens word die Veerkrachtigheidsmodel van gesinstres, verstelling en aanpassing bespreek.

In Hoofstuk 3 word 'n **literatuuroorsig** aangebied wat verband hou met vorige studies oor die voorkoms van AT/HV en die verband met ouerskap, hanteringstyle en gesinsveerkrachtigheid. Antwoorde word gesoek op kwessies en vrae soos:

- Kan gesinne AT/HV as 'n uitdaging sien – een wat gesinsveerkrachtigheid bevorder of is dit 'n oorweldigende stressor wat disfunksie aanmoedig?
- Maak ouerskapstyl werklik saak wanneer mens na AT/HV kyk?
- Die impak van AT/HV op ouerskap en op gesinne.
- Ouerskapstyle in gesinne met kinders met AT/HV.
- Die impak van ko-morbiede toestande by kinders met AT/HV op ouerskap.
- Die voorkoms van psigiatriese versteurings by ouers met kinders met AT/HV.
- Bevorder ouerleidingsprogramme gesinsveerkrachtigheid?

Die **metodologie** word aan die orde gestel in Hoofstuk 4. Die eenmalige dwarsnitopname-ontwerp, kwantitatiewe navorsing en die meetinstrumente wat gebruik is, word bespreek, asook die identifisering van biografiese eienskappe van die deelnemers, die meetinstrumente wat gebruik is, die navorsingsprosedure, etiese oorwegings en data-analise.

Die data wat ingesamel is met die verskillende meetinstrumente word in Hoofstuk 5 gerapporteer. Die resultate van hierdie studie word geïntegreer en bespreek aan die hand van teorie en vorige navorsingsbevindinge in Hoofstuk 6. Die belangrikste biografiese data, geslagsverskille en die korrelasies tussen veranderlikes soos gemeet met die verskillende meetinstrumente word bespreek, deur te verwys na die gesaghebbende, outoritêre en permissiewe ouerskapstyle. In hierdie hoofstuk word

daar ook 'n samevatting gegee van die hele studie. Tekortkominge van hierdie studie en aanbevelings vir toekomstige studies word gemaak, waarna daar met 'n gevolgtrekking afgesluit word.

1.6 Samevatting

Dit is duidelik dat gesinne met kinders met AT/HV voor unieke uitdagings te staan kom. 'n Verskeidenheid eise word aan ouers gestel wat opvoedingsvaardighede tot die uiterste beproef. Nie net is dit die kind met AT/HV wat swaarkry nie, maar ook die ouers, ander sibbe en die gesin in sy geheel. In Suid-Afrika kan sulke gesinne nie op hulpbronne van die staat of skool staatmaak nie. Dit is dus noodsaaklik om wetenskaplik gefundeerde riglyne met betrekking tot die hantering van die versteuring binne gesinne neer te lê, wat vir sulke gesinne van waarde kan wees.

HOOFSTUK 2: TEORETIESE ONDERBOU

2.1 Inleiding

In 'n gesin kan die teenwoordigheid van 'n kind met AT/HV as 'n stressor beskou word, wat 'n beduidende uitwerking het op hoe 'n gesin funksioneer en in die breë samelewing aanpas. Ook hanteringstrategieë van ouers en ouerskapstyl word aangepas om hierdie kinders te hanteer. In hierdie studie word daar gepoog om vas te stel of daar 'n optimale ouerskapstyl is wat geassosieer is met beter hantering en aanpassing van gesinne met kinders met AT/HV.

In die bespreking oor **AT/HV** sal verduidelik word wat dit is, wat as oorsake vir die toestand beskou kan word en wat die diagnostiese kriteria en simptome is, soos vervat in die DSM-IV-RT (APA, 2000). Feite en mites oor AT/HV word bespreek, asook probleme met diagnose, medikasie, die voorkoms van verwante toestande, die situasie in Suid-Afrika en die voorkoms en uitkomste van AT/HV in volwassenheid.

Hoë eise word aan ouers met kinders met AT/HV gestel; veral word baie geduld en energie van ouers geverg (Turk, 1991). Uitkomste vir beide die ouer en die kind word dus deurentyd beïnvloed deur die aard van hul verhouding (Johnston & Mash, 2001). In die afdeling oor **Ouerskap** sal gekyk word na wat die konsep is, en hoe die teenwoordigheid van 'n verskynsel soos AT/HV 'n gesin en ouerskap kan beïnvloed. Die ontwikkeling van verskillende ouerskapstyle, ouerskapsdimensies en faktore wat 'n invloed op ouerskap het, word dan bespreek.

Gesinstresteorieë en die Veerkrachtigheidsmodel. In hierdie studie word AT/HV as 'n stressor beskou vir die gesin waarin dit voorkom. Die gesin gebruik sekere hanteringstrategieë en moet verstellings maak om by die situasie aan te pas. Daar sal na die basiese beginsels van gesinstresteorieë verwys word, waarna die ontwikkeling van die teorieë kortliks verduidelik word. Laastens sal 'n veerkrachtigheidsmodel van gesinstres, verstelling en aanpassing bespreek word.

Vervolgens word die volgende teoretiese konstrunkte nader toegelig: AT/HV, ouerskapstyle, stres, hantering, en aanpassing binne 'n gesinsveerkrachtigheids-model.

2.2 Aandagtekort-hiperaktiwiteitsversteuring (AT/HV)

AT/HV is 'n toestand wat gekenmerk word deur hoë vlakke van onoplettendheid, hiperaktiwiteit en impulsiwiteit wat onvanpas is vir die ontwikkelingsvlak van die kind (Plizka, 2007). Dit is een van die bes nagevorsde neurobiologiese toestande wat tussen 5 tot 9% van skoolgaande kinders raak (Mash & Barkley, 2006) en vier tot ses keer meer by seuns as by meisies voorkom (Bester, 2006).

Effektiewe farmakologiese behandeling is beskikbaar, maar indien die toestand onbehandeld bly, kan dit verreikende gevolge tydens adolessensie en volwassenheid, inhou (Modesto-Lowe et al., 2008). AT/HV is 'n toestand met 'n genetiese grondslag wat in families voorkom. Geaffekteerde individue het verhoogde risiko's om as volwassenes psigiatriese steurnisse te ontwikkel, verander dikwels van werk, terwyl middelmisbruik en egskeidings ook meer voorkom as by volwassenes sonder AT/HV (Hersen & Ammerman, 2000; Louw et al., 2009).

Om met AT/HV gediagnoseer te word, moet:

- Simptome vir minstens ses maande of langer teenwoordig wees;
- Probleme voor die ouderdom van sewe;
- Probleemgedrag teenwoordig vir minstens ses maande;
- Gedrag abnormaal gereken vir die ontwikkelingstadium van die kind;
- Gedrag as ontwrigtend beskou vir die kind se daaglikse welsyn en prestasie;
- Simptome moet op meer as een plek voorkom, byvoorbeeld by die skool sowel as tuis (Wodrich, 2000)

Die volgende simptomekriteria van AT/HV word vervat in die DSM-IV-RT (APA, 2000). Ses of meer van die volgende simptome vir aandagafleibaarheid (vergelyk Tabel 1) moet vir minstens ses maande teenwoordig wees, sodat 'n kind se welsyn en prestasie daardeur beïnvloed word en dit nie in pas is met sy/haar ontwikkelingsvlak nie.

Tabel 1

Simptoomkriteria vir AT/HV soos vervat in die DSM-IV-RT (APA, 2000)

Aandagafleibaarheid	Hiperaktiwiteit	Impulsiwiteit
Skenk nie aandag aan detail nie	Vroetel dikwels met hande/voete – kiewelrig	Blaker dikwels antwoorde uit, voordat vrae voltooi is
Sukkel om op te let by skool	Kan nie stilsit nie	Sukkel om beurt af te wag
Luister skynbaar nie wanneer daar met hom/haar gepraat word nie	Kan nie stil speel nie	Val ander dikwels in rede of is opdringerig
Voer nie opdragte ten volle uit nie of voltooi nie take nie	Deurentyd aan die gang – gedrewe gedrag	
Sukkel om aktiwiteite te organiseer	Praat onophoudelik	
Verm, hou nie daarvan om take aan te pak wat volgehoue verstandelike inspanning verg	Hardloop dikwels rond, klouter aanhoudend	
Verloor dikwels dinge		
Aandag maklik afgetrek		
Vergeetagtig		

In die DSM-IV-RT (APA, 2000) word tussen drie subgroepe van AT/HV onderskei:

- AT/HV gekombineerde tipe – as beide kriteria vir aandagafleibaarheid en hiperaktiwiteit/impulsiwiteit vir minstens ses maande teenwoordig is.
- AT/HV hoofsaaklik aandagafleibare tipe – indien daar aan kriteria vir aandagafleibaarheid, maar nie vir hiperaktiwiteit/impulsiwiteit voldoen is nie.
- AT/HV hoofsaaklik hiperaktiewe-impulsiewe tipe – indien daar nie aan kriteria vir aandagafleibaarheid voldoen is nie, maar wel aan kriteria vir hiperaktiwiteit/impulsiwiteit.

2.2.1 Oorsake van AT/HV

AT/HV ontstaan nie as gevolg van swak dieet, huislike omstandighede of te veel televisie kyk nie, maar is 'n erkende neurochemiese wanbalans in sekere areas van die brein (Mash & Barkley, 2006). Navorsing wys dat AT/HV deur foutiewe oordragstowwe in die brein veroorsaak word (Beers, 2006).

AT/HV kom in families voor met verskeie studies wat op 'n sterk genetiese verband dui (Plizka, 2007) – met 'n tot 35% kans dat 'n onmiddellike familielid en 'n 32% kans dat 'n sib ook die versteuring sal hê (Bester, 2006; Mash & Barkley, 2006). In tweelingstudies is gevind dat oorerwing 'n sterk faktor is met 'n minstens 75% risiko dat AT/HV geneties is (Mash & Barkley, 2006). Dit beteken dat AT/HV dikwels oorgeërf word en geneig is om 'n familietrek te wees (Taylor et al., 2004). Indien 'n volwassene AT/HV het, het die kinders 'n 57% kans om ook AT/HV te hê (Mash & Barkley, 2006).

AT/HV het egter nie net een spesifieke oorsaak nie (Beers, 2006). Sommige studies wys op 'n moontlike verband tussen rook, alkoholgebruik en blootstelling aan bensodiasepiene tydens swangerskap en die risiko om 'n kind met AT/HV te hê (Beers, 2006; Taylor et al., 2004). Komplikasies voor en tydens geboorte en lae geboortegewig kan met AT/HV geassosieer word (Taylor et al., 2004). Breinbeserings en -siektes mag ook lei tot AT/HV (Mash & Barkley, 2006).

Verskeie gene speel 'n rol in die versteuring. Dopamienoordrag-geen word geïmpliseer en veral die DRD4 dopamien (herhalingsgeen) word meeste in kinders met AT/HV gevind. Dié geen word geassosieer met “novelty seeking behaviour” en 'n post-sinaptiese sensitiwiteit in die frontale korteks van die brein (Mash & Barkley, 2006).

Moderne kliniese navorsing met behulp van magnetiese resonansie-afbeeldingstudies, of te wel MRI, wys dat die AT/HV brein 'n frontale lobdisfunksie het. Dit het 'n impak op die “werkende geheue” van die brein en veroorsaak onder meer, 'n versteurde sin van tyd (Mash & Barkley, 2006). Elektroënkefalogramstudies dui weer op konsekwente, stadige breingolfpatrone in veral die frontale lob en 'n toename van beta-aktiwiteit wat beide aanduidings is van lae wekkingsvlakke en laer reaktiwiteitsvlakke in die brein (Mash & Barkley, 2006). Studies met *SPECT* (Single Photon Emission Computerised Tomography) en *PIT* (Photo Image Tomography) dui ook op daadwerklike verskille tussen AT/HV breinwerking en 'n tipiese brein (Bester, 2006).

2.2.2 Diagnose van AT/HV

Tans kan breinskanderings nie diagnosties aangewend word nie en word verskeie vraelyste soos onder meer die bekende Connors-vraelyste en *Brown Attention Deficit Scale*, saam met die *DSM-IV-TR* gebruik om 'n AT/HV diagnose te maak (Weingarten,

1999; Wodrich, 2000). 'n Kind behoort slegs met AT/HV gediagnoseer te word nadat inligting vanuit verskeie bronne soos vraelyste, observasies en onderhoude verkry is (Bester, 2006).

2.2.3 AT/HV en ko-morbiede toestande

Altesaam 87% van kinders met AT/HV sal minstens een ander versteuring en 67% sal minstens twee ander versteurings hê (Mash & Barkley, 2006). Die mees algemene ko-morbiede versteurings wat met AT/HV voorkom is gedragsteurnis (GS) en opposisionele uitdagende versteuring (OUV) (Mash & Barkley, 2006), terwyl algemene angsversteuring, obsessiewe kompulsiewe versteuring en kinderdepressie ook gereedelik voorkom (Barkley, 1998). Die voorkoms van ko-morbiede toestande, veral OUV en GS, het 'n sterk verband met die voorkoms van depressie en ander psigiatriese versteurings by die ouers (Podolski & Nigg, 2001).

Vir kinders met AT/HV is skool 'n nagmerrie, hoofsaaklik omdat hulle onproduktief (voltooi nie opdragte nie, verloor hul take of boeke) is en/of swak organisasievaardighede het (Wodrich, 2000). Sowat 35% van kinders met AT/HV het ook leerprobleme van een of ander aard (Wodrich, 2000). Volgens Barkley (1998) het kinders met AT/HV dikwels probleme met hul werkende geheue, linguistiese en fonologiese prosessering en het gewoonlik 'n swak handskrif (Taylor et al., 2004). Daarbenewens sukkel hulle dikwels op 'n sosiale vlak, deurdat hulle dit moeilik vind om maats te maak of te hou. Weens hul impulsiewe gedrag sukkel hulle om in te pas by speletjies, hul beurt af te wag en gevolglik word hulle maklik deur hul maatgroep verwerp. Hierdie verwerping word maklik versterk weens konflik met onderwysers. Onderwysers weet dikwels nie hoe om hierdie kinders te hanteer nie, terwyl maats hulle verstoot omdat hulle 'anders' is, impulsief optree, dikwels luidrugtig is en die klas ontwrig (Bester, 2006).

Tipiese ouers beskou ook ouers van kinders met AT/HV as “swak ouers” wat nie hulle kinders ordentlik dissiplineer nie, of tree wantrouig op, met die vermoede dat daar “iets” fout is in sulke gesinne (Bester, 2006). Gesinne met AT/HV kinders kan hulself maklik in 'n sosiale niemandsland bevind. Soms isoleer die gesin hulself in 'n poging om die simptome van die kind se gedrag te beheer, of weg te steek (Bester, 2006).

Voorafgemelde is aspekte wat gesinne se aanpassing en vermoë om veerkragtigheid te ontwikkel, binne die gemeenskap belemmer.

2.2.4 Behandeling van AT/HV

Farmakologiese medikasie, sielkundige terapie, gedragsmodifikasie- en ouerleidingsprogramme, asook 'n gesonde dieet en oefening, vorm alles deel van die AT/HV-behandelingspakket (Taylor et al., 2004). Medikasie kan nie AT/HV genees nie, maar kan sleutelsimptome soos onoplettendheid, hiperaktiwiteit en impulsiwiteit, verbeter. In Suid-Afrika is Metielfenidaat en Atomoksetien gelisensieer as medikasie vir AT/HV (Snyman & Truter, 2007). Verskeie studies in die VSA het gevind dat medikasie alleen nie die beste uitkoms bring nie, maar dat dit ondersteun moet word deur gestruktureerde adviesprogramme aan ouers en kinders (Taylor et al., 2004).

2.2.5 Adolessensie en volwassenheid

Adolessente met AT/HV het meer sosiale probleme, meer gedragsversteurings, maak meer misbruik van middels en is meer geneig om vroeër op te hou met skool, as tipiese adolessente (Robin, 1999). Tussen 43 en 80% van individue met AT/HV toon steeds simptome van die versteuring in volwassenheid (Mash & Barkley, 2006). Volwassenes met AT/HV As 'n groep het minder opleiding, is meer afhanklik van middelmisbruik, het meer sielkundige versteurings en toon meer antisosiale gedrag, as tipiese volwassenes (Wodrich, 2000). In die geval van kinders met AT/HV-simptome dui empiriese navorsing voorts op 'n verband met 'n hoër geneigdheid tot latere kriminele gedrag (Fletcher & Wolfe, 2009). Volgens Fletcher en Wolfe (2009) se navorsing in die VSA het hierdie kriminele gedrag substansiële ekonomiese gevolge vir die samelewing.

2.2.6 AT/HV in Suid-Afrika

In Suid-Afrika, en die res van die wêreld, is die voorkoms van AT/HV soortgelyk aan die Amerikaanse Psigiatriese Vereniging (APA) se skatting (Louw et al., 2009). Om 'n presiese syfer vas te stel oor hoeveel kinders die versteuring het, is haas onmoontlik, weens die moeilike aard van die diagnose (Weingartner, 1999; Wodrich, 2000). 'n Verrassende aantal professionele persone, insluitend mediese dokters, pediater, psigiaters, en sielkundiges, neem steeds verkeerdelik aan dat die versteuring bloot 'n fase is waarin kinders hiperaktief en impulsief optree (Louw et al., 2009; Wodrich,

2000). Ongelukkig versterk hierdie soort wanpersepsie populêre mites rondom die versteuring en veroorsaak dit groot verwarring en stres vir ouers (Louw et al., 2009).

In 'n studie deur Louw et al. (2009) dui Suid-Afrikaanse algemene praktisyns aan dat hulle opleiding, kennis en vermoë om hierdie versteuring suksesvol te diagnoseer en te behandel, ver te kort skiet. In Suid-Afrika stel die behandeling van AT/HV reuse finansiële en hulpbroneise aan gesinne. Staatshulp in dié verband bestaan feitlik glad nie, terwyl die meeste privaat mediese fondse vir slegs 'n handjievol terapieessies betaal en glad nie nie-stimulante medikasie dek nie. Staatskole het ook geen fasiliteite, spesialisonderwysers, of terapeute om kinders met spesiale behoeftes by te staan nie (A. Venter, persoonlike kommunikasie, 9 Maart, 2009).

Daar word beraam dat slegs 'n derde van die totale AT/HV-populasie in die land gediagnoseer is en tans behandeling ontvang (A. Venter, persoonlike kommunikasie, 9 Maart, 2009) Gegewe die oormag sosio-ekonomiese probleme in Suid-Afrika, insluitend misdaad, oorvol tronke, ongeletterdheid, leerders wat nie skool voltooi nie, leerprobleme en ander psigiatriese versteurings, is dit van die uiterste belang dat hierdie “verlore populasie” so gou as moontlik gediagnoseer word en die nodige hulp kry. Op die lange duur sal dit die staat tot voordeel kan strek op sosiale en ekonomiese gebied (Fletcher & Wolfe, 2009).

2.3 Ouerskapstyle

Om 'n ouer te wees van 'n kind met AT/HV, stel meer eise en is baie meer kompleks as vir ouers met tipiese kinders (Berns, 2007). Kinders met AT/HV is as 'n groep moeiliker beheerbaar en minder gehoorsaam as tipiese kinders (Johnston & Mash, 2001). Hulle ignoreer dikwels hulle ouers se versoeke, baklei dikwels met sibbe en maats en ontlok negatiewe reaksies by onderwysers, en toon onvanpaste sosiale gedrag (Johnston & Mash, 2001). Buiten dat ouers dus 'n “moeilike” kind moet beheer, moet hulle ook medici, onderwysers en sosiale situasies bestuur.

Ouers van kinders met AT/HV ervaar enorme sielkundige stres en frustrasie wat dikwels oorspoel in versteurde gesinsinteraksies (Berns, 2007). Kozloff (aangehaal in Turk, 1991) se model oor die reeks ervarings van 'n gesin met 'n kind met gedrags- en/of leerprobleme is van toepassing op 'n gesin met 'n kind met AT/HV. In Kozloff se model

word 'n reeks agtergrondfaktore beskryf wat die ongewenste gedrag van die kind beïnvloed en waarop die gemeenskap dan reageer, die gesin se weerloosheid verhoog en moontlik tot isolasie kan lei. Gestruktureerde interaksies met die kind kan produktief of teenproduktief wees, wat langtermyngevolge het (Turk, 1991).

Wanneer daar 'n kind in die gesin is met spesiale behoeftes, kan ouers volgens Berns (2007) 'n verlies aan selfwaarde hê, wat oorgedra word aan die kind in die vorm van oorbeskerming, verwerping en selfs mishandeling. Die kind sit op 'n emosionele wipplank – die een oomblik oorlaai sy ouers hom met liefde en die volgende oomblik is daar woede. Sulke ouers se geduld word tot die uiterste beproef, hulle bekommer hulle ook oor die toekoms van hul kind, sy/haar versorging en ekstra finansiële laste. Huwelikskonflik, verwaarlosing van die ander kinders in die gesin en gebroke gesinsverhoudings kan volg (Berns, 2007). Sibbe kan ook die kind met AT/HV verwerp. Uit woede en frustrasie en desperaatheid om hul ouers se aandag te trek, begin hulle onvanpaste gedrag toon. Dit alles lei tot verdere konflik binne die gesin (Berns, 2007). Ouerskap van kinders met AT/HV is dus 'n veeleisende uitdaging – een wat Modesto-Lowe et al. (2008) laat vra het of ouerskapstyl werklik saak maak vir AT/HV kinders? Vervolgens sal gekyk word na wat ouerskap en ouerskapstyle is.

Volgens Berns (2007) is ouerskap die fisieke beskerming, emosionele versorging en sosialisering van kinders binne die gesin. In vergelyking met 'n paar dekades gelede spandeer kinders vandag meer tyd weg van hul ouers as vroeër, tog bly die gesin steeds die spil waarom die kind se ontwikkeling draai (Louw, 1991). Ouers en hul opvoedingstyl bly dus 'n kernkomponent van die ontwikkelende individu (Louw, 1991).

Vroeër is ouers gesien as die enkele faktor wat ouerskap bepaal. Belsky onderskei egter drie determinante wat 'n invloed op ouerskap het: die ouer self, die kind en bronne van stres en ondersteuning (Louw, 1991). Ouerskap is dus 'n dinamiese tweerigtingproses wat voortdurend verander en ontwikkel, een waar die volwassene se gedrag teenoor die kind dikwels 'n reaksie is op die kind se temperament en gedrag. Ouerskap vind ook nie in isolasie plaas nie, maar word beïnvloed deur makrosisteme soos heersende politieke ideologie, kultuur, sosio-ekonomiese status, etnisiteit, religie en bronne van stres en ondersteuning (Berns, 2007; Louw, 1991).

Ouerskapstyl, of te wel die wyse waarop ouers hulle kinders groot maak, speel 'n kernrol in die ontwikkeling van die kind (Louw, 1991). Ouerskapstyl kan gesien word as die klimaat waarbinne opvoedingsgedrag uitgevoer/uitgedruk word (Berk, 1997).

Sommige navorsers, soos Alexander, Roodin en Gorman (in Louw, 1991), onderskei twee ouerskapstyldimensies, naamlik 'n warm-aanvaardende teenoor 'n koud-verwerpende styl, en 'n outonoom-permissiewe teenoor 'n kontrolerend-beperkende styl (Louw, 1991). Becker (in Louw, 1991) onderskei drie dimensies van ouerskap: beperkend teenoor permissief, warm teenoor vyandig, en angstig-emosioneel teenoor kalm-afsydig. Becker sien ouerskap nie as eendimensioneel nie, maar as 'n driedimensionele proses waar elke ouer se gedrag êrens op die drie kontinue pas.

Baumrind (1971) het ná bestudering van voorskoolse kinders se gedrag, ouers se pogings om hul kinders te beheer en te sosialiseer in drie ouerskapstyle afgebaken, naamlik die gesaghebbende ouer, die outoritêre ouer en die permissiewe ouer. Later is 'n vierde styl, naamlik die onbetrokke ouer, bygevoeg.

Vir Maccoby en Martin (1983) omvat ouerskapstyl twee belangrike elemente van ouerskap, naamlik responsiwiteit (*responsiveness*) en eis-stellendheid (*demandingness*). Responsiwiteit is die mate waartoe ouers op hulle kinders se behoeftes reageer, en daar ouerlike warmte en ondersteuning is. Wanneer ouers responsiwiteit openbaar probeer ouers ook doelbewus individualiteit, selfbeheer en selfgeding by kinders skep deur ondersteunend en in voeling te wees met kinders se behoeftes en eise (Baumrind, 1991). Eis-stellendheid verwys na die eise wat ouers aan kinders stel om hulle gedrag te beheer en in te pas by die gesin. Sulke ouers gebruik konsekwente toesig en dissipline en doen 'n beroep op kinders se sin vir verantwoordelikheid om reg op te tree. Ouers wat eis-stellend is, skroom ook nie om ongehoorsame kinders te konfronteer en te dissiplineer nie (Baumrind, 1991).

Deur te kyk na die mate (hoof of laag) waartoe ouers responsiwiteit en eis-stellend is, is 'n tipologie van vier ouerskapstyle ontwerp (Baumrind, 1989, 1991; Maccoby & Martin, 1983). Elkeen van hierdie style reflekteer patrone wat natuurlik deel vorm van ouerskap, soos waardes, gedragspraktyke en 'n spesifieke balans tussen responsiwiteit en eis-stellendheid (Baumrind, 1991). Baumrind (1991) se teorie oor ouerskapstyle is geskoei

op gesinne waar daar nie enige patologieë, soos kindermishandeling, voorkom nie. Ouerskapskwessies draai om die mate van beheer (*control*). Hoewel daar aangeneem kan word dat alle ouerskaps pogings ten doel het om die kinders se gedrag te beïnvloed, te leer en op 'n sekere manier te sosialiseer, is daar verskille in hoe beheer toegepas word. In Tabel 2 word Baumrind (1971,1991) se ouerskapstyle, die ouer se gedrag en uitkoms by die kind aangetoon.

Tabel 2

Ouerskapstyle en die Uitkomst vir Kinders volgens Baumrind (1971, 1991)

Ouerskapstyl	Ouergedrag	Uitkomst by kind
Gesaghebbend (demokraties)	Beherend maar buigbaar; stel eise maar is rasioneel; warm en oop vir kommunikasie; erken uniekheid van kind	Self-regulerend; selfbeheer goed; goeie selfbeeld; nuuskierig; tevrede; insiklik
Outoritêr (ouer-gesentreerd)	Streng beheer; rigied; afdwing van waardes, tradisies en respek	Onttrekking; vaar redelik goed op skool; vrees; wantrouig; swak selfbeeld; depressie
Permissief (kind-gesentreerd)	Geen beheer; stel geen eise nie; aanvaar kind se impulse; konsulteer met kind oor beleid in huis	Aggressief; stel nie werklik belang nie; swak selfbeheer; impulsief
Onbetrokke (onsensitief & afsydig)	Nie-beherend; stel geen eise aan kind nie; onbetrokke by kind se aktiwiteite en verwaarloos kind op sosiale, emosionele en kognitiewe vlak	Sukkel om sosiale verhoudings te vestig; swak kognitiewe, sosiale en emosionele vaardighede; impulsief en swak selfbeeld

Die gesaghebbende ouer volg 'n demokratiese styl, is beherend en buigbaar, maar stel terselfdertyd rasionele eise aan die kind. Die klimaat van die ouer-kindverhouding is warm en ondersteunend. Kommunikasiekanale is oop en die ouer respekteer die kind se uniekheid, maar skroom nie om die kind se wangedrag te konfronteer en te dissiplineer nie. Kinders van gesaghebbende ouers beskik oor 'n goeie selfbeeld, hulle het selfvertroue in hul eie vaardighede, is nuuskierig, tevrede en insiklik. Hulle vaar goed op skool en sosialiseer geredelik. In die gesaghebbende styl word onderhandeling binne perke toegelaat sodat albei partye tevrede voel (Baumrind, 1991).

Die outokratiese ouer is streng, rigied en dwing waardes, tradisies en respek af. Dissipline word rigied afgedwing, dikwels deur 'n pak slae. Daar is geen plek vir die kind se opinie of onderhandeling nie. Kinders van outoritêre ouers vaar redelik goed op skool, maar die ouer-kindverhouding word gekenmerk deur 'n gebrek aan intimiteit, vrees en wantroue. Sulke kinders het 'n swak selfbeeld, 'n tekort aan selfvertroue en onttrek maklik (Baumrind, 1991).

Die permissiewe ouer laat toe dat die kind in beheer is en huisreëls dikteer. Die ouer konsulteer met die kind oor alles. Daar word geen eise aan die kind gestel nie en daar is geen beheer nie. Die kind se impulse word bloot aanvaar. Die ouer is uitermatig warm en ondersteunend teenoor die kind. Kinders van permissiewe ouers voel nie veilig nie. Hulle is impulsief, het swak selfbeheer en raak maklik aggressief. Hulle stel nie werklik belang in skoolwerk nie (Baumrind, 1991).

Baumrind (1991) het later 'n vierde styl, naamlik die onbetrokke ouer, bygevoeg. Die onbetrokke ouer is afsydig, nie-beherend en stel geen eise aan die kind nie. Die kind word verwaarloos op 'n sosiale, emosionele en kognitiewe vlak. Kinders van onbetrokke ouers sukkel om sosiale verhoudings te vestig, hulle het swak kognitiewe, sosiale en emosionele vaardighede en is impulsief met 'n swak selfbeeld. Die onbetrokke ouerskapstyl word allerweë as die een met die slegste uitkoms vir die kind beskou (Baumrind, 1991; Berns, 2007; Maccoby & Martin, 1983).

Baumrind (1991) beklemtoon dat ouerskapstyl 'n tipologie is, eerder as 'n lineêre konstruk, daarom is 'n ouerskapstyl meer as die som van sy dele. Barber (1996) voeg nog 'n derde dimensie by responsiwiteit en eis-stellendheid, naamlik sielkundige beheer (*psychological control*) – waar beheer verwys na die ingrepe van ouers in die sielkundige en emosionele ontwikkeling van die kind, deur die kind te laat skuldig voel oor onvanpaste gedrag (*guilt induction*), onttrekking van liefde en die kind te laat skaam kry daaroor (*shaming*) (Barber, 1996).

Die gesaghebbende en outoritêre ouerskapstyle verskil juis oor die omvang van “sielkundige beheer”. Beide hierdie style stel hoë eise aan die kinders en verwag van hulle toepaslike gedrag en gehoorsaamheid. Outoritêre ouers verwag egter ook dat kinders nie hulle waardes, doelwitte en oordele sal bevraagteken nie. In teenstelling

hiermee, laat gesaghebbende ouers gesonde tweerigting-kommunikasie oor kwessies toe, en maak meer van verduidelikings gebruik (Barber, 1996). 'n Magdom navorsing het intussen Baumrind se bevindings ondersteun dat ouerskapstyl kinders se gedrag beïnvloed en sekere ontwikkelingsuitkomst meebring (Berns, 2007).

Die langtermyngevolge van ouerskapstyl op adolessente se gedrag, dui daarop dat die gesaghebbende ouerskapstyl die positiefste korreleer met skoolprestasie en self-waarde en die beste uitkoms bring by kinders (Baumrind, 1991). Weiss en Schwarz (1996) het ondersoek gedoen na ouerskapstyl as voorspellers van persoonlikheidsontwikkeling by kinders, hul akademiese prestasie asook die neiging om middels te misbruik. Die gesaghebbende ouerskapstyl het oor verskeie etniese groepe heen, telkens die beste uitkoms vir adolessente getoon.

Berns (2007) wys egter daarop dat Baumrind se definisie van outoritêre ouerskapstyl en gevolglike uitkomst by kinderontwikkeling, nie altyd van pas is oor kruiskulturele kontekste heen nie. Ander veranderlikes wat ook 'n rol speel is etnisiteit, die geslag van die ouer en sosio-ekonomiese status (Berns, 2007).

Navorsing wat aandui of ouerskapstyl se invloed tot in volwassenheid voortduur, is beperk, maar Bee (in Louw, 1991) meen dit is wél die geval. Gesaghebbende ouers en hulle kinders het gesonde verhoudings oor tyd, met wedersydse respek vir mekaar (Baumrind, 1991), aspekte wat gesinsaanpassing en gesinsveerkragtigheid bevorder. Daar moet in gedagte gehou word dat ouers nie net een ouerskapstyl het nie, maar dikwels 'n mengsel van style. Ouerskapstyl is 'n komplekse proses wat beïnvloed word deur spesifieke situasies, die ouderdom van die kind, geboorte-orde van die kind, sibbe, die kind se temperament, die ouer se vorige ervarings en die ouer se temperament (Berns, 2007).

Omvattende kliniese navorsing verwerp die idee dat ouerskapstyl 'n rol speel in die ontstaan van AT/HV (Mash & Barkley, 2006). Sekere akademici, soos Rosemond en Ravenel (2008), argumenteer egter dat daar wél 'n direkte verband is tussen swak ouerskapstyle en AT/HV. Rosemond en Ravenel (2008) moedig ouers aan om beheer te neem oor hulle kinders deur meer outoritêr op te tree, omdat hulle meen dat kinders in 'n post-moderne wêreld verward is. Hierdie siening doen meer kwaad as goed,

deurdat dit een van die sterkste mites rondom AT/HV versterk en populariseer, naamlik dat kinders bloot stout is en dat ouers nie hulle kinders genoegsaam dissiplineer nie. Nie alleen word hoë eise aan ouers van kinders met AT/HV gestel nie, maar hulle moet ook kritiek en verwerping vanuit die breë samelewing verduur. Aspekte wat gesonde ouerskap en gesinsaanpassing nog moeiliker maak. Vervolgens sal gesinstrestorieë en gesinsveerkragtigheid bespreek word.

2.4 Gesinstrestorieë en 'n veerkragtigheidsperspektief

Hoe kry sommige gesinne dit reg om te midde van AT/HV wel gesonde gesinsverhoudinge te handhaaf? Dit is die studieveld van gesinsveerkragtigheid, wat ook in hierdie studie ondersoek word. In hierdie verband kan AT/HV gesien word as 'n stressor of 'n krisis vir gesinne met kinders met AT/HV. Om die impak van stres of 'n krisis op 'n gesin se funksionering te verstaan, moet die grondbeginsels van die verskillende gesinstrestorieë, wat tot die ontstaan van gesinsveerkragtigheidsmodelle gelei het – verduidelik word.

2.4.1 Grondbeginsels van gesinstrestorieë

Die gesin-sistemiese perspektief postuleer dat wat met een lid van die gesin gebeur, 'n uitwerking op ander lede van die gesin het (Walsh, 1998). AT/HV, soos met enige ander kroniese toestand of gebrek, is 'n bron van stres vir die lyster en vir die gesin, wat voortdurende uitdagings en aanpassingseise aan almal in die gesin stel, aldus Kozloff (in Turk, 1991). Hoe die gesin dus die voorkoms van AT/HV beoordeel en bestuur, sal die welstand, lewenskwaliteit en oorlewing van die gesin in sy geheel bepaal. Die vermoë van 'n gesin om stressors/krisisse te hanteer, word bepaal deur die hanteringstrategieë wat gebruik word, asook die gesin se beoordeling daarvan en aanpassing by die stressor. Stres, beoordeling en hantering is 'n dinamiese komplekse proses wat interafhanklik is (Lazarus, 1966).

2.4.1.1 Stres of krisis?

'n Stressor is enigiets wat die gesinsisteam noop om verandering te weeg bring, soos verandering aan grense, strukture, doelwitte, rolle en waardes (Hill, in McCubbin & Patterson, 1983). Stres word gedefinieer as die interaksie, transaksie of proses wat eise aan 'n individu stel om sekere fisiese en psigiese aanpassings te maak, om die situasie

te hanteer (Carson, Butcher, & Coleman, 1988). Stres kan dus gesien word as die uitkoms as gevolg van 'n stressor (Carson et al., 1988).

Stressors en krisisse is nie identies nie. Boss (1988) onderskei dit so: 'n krisis is 'n versteuring in die *status quo* wat oorweldigend is - geweldige druk wat op die sisteem geplaas word, of sulke akute verandering noodsaak dat die gesin se funksionering verlam word. Wanneer 'n gesin in krisis is, funksioneer die sisteem nie genoegsaam nie. Gesinstres is egter bloot 'n toestand wat 'n verandering in die ewilbrium meebring – dit kan 'n kontinue veranderlike wees (byvoorbeeld tieners in puberteit), teenoor 'n krisis wat 'n digotome veranderlike is (byvoorbeeld die dood van 'n ouer). Volgens Boss (1988) verpletter 'n krisis nie noodwendig 'n gesin nie. Baie gesinne herstel, ontwikkel nuwe hanteringstyle en word in der waarheid daardeur versterk.

Wanneer stressors opeenvolgend voorkom, word daar van stresopeenhoping gepraat (McKenry & Price, 1994). Gesinne moet selde 'n enkele stressor, soos 'n kind wat met AT/HV gediagnoseer word, die hoof bied. Gesinne word dikwels gelyktydig blootgestel aan ekstra finansiële eise, mediese uitgawes, terapie, asook probleme rondom skool en ouerskapkwessies wat druk op die sisteem plaas. Hierdie druk kan maklik omsit in verhoogde huweliks- en gesinskonflik en 'n bron van kroniese stres, derhalwe 'n krisis, word (McKenry & Price, 1994).

Die impak wat stressors het, word bepaal deur die gesin se benadering tot die probleem. Indien gesinne 'n stressor positief herdefinieer, sal die stressor beter hanteer en beter daarby aangepas word. Die teenoorgestelde is natuurlik ook waar (McKenry & Price, 1994).

2.4.1.2 Hulpbronne

McCubbin en Patterson (1983) beskryf hulpbronne as kenmerke, eienskappe of vermoëns van individuele gesinslede, die gesin as 'n sisteem en die gemeenskap. Gesinsisteemhulpbronne verwys na interne eienskappe van die gesinseenheid self wat die gesin teen die impak van stressors kan beskerm en aanpassing fasiliteer, soos gesinskohesie en aanpasbaarheid. Gemeenskapshulpbronne verwys na sosiale ondersteuning wat op 'n emosionele en netwerkvlak kan voorkom (McCubbin & Patterson, 1983).

2.4.1.3 Hantering

Al die pogings wat 'n gesin aanwend om 'n krisis die hoof te bied – ongeag wat die uitkoms daarvan is, word gesien as hantering (McKenry & Price, 1994). Derhalwe is hantering 'n proses eerder as 'n uitkoms. 'n Gesin se hanteringstrategie verwys na verskeie dimensies wat oor tyd ontwikkel soos: goeie interne kommunikasie en organisasie; die ontwikkeling en handhawing van individuele onafhanklikheid en selfwaarde; die handhawing van gesinshegtheid; die ontwikkeling en handhawing van sosiale interaksies met die groter gemeenskap; pogings om beheer te verkry oor die impak wat 'n stressor kan hê en die verandering wat dit kan meebring (McKenry & Price, 1994). Hantering is dus 'n proses waar daar 'n balans gevind word tussen die bevordering van individuele gesinslede se groei en onafhanklikheid en gesinshegtheid (McKenry & Price, 1994).

2.4.1.4 Gesinsverstelling en gesinsaanpassing

McCubbin en Patterson (1983) sien gesinsverstelling as die besluitnemingsproses waarin iets binne die gesinsfunksionering verstel/verander word, om balans en harmonie te bring. Gesinsverstelling is 'n korttermynverandering van 'n gesin op 'n gegewe moment. Gesinsaanpassing is die gewenste of ongewenste uitkoms na afloop van 'n krisis. Dit word gemeet aan die mate wat 'n gesin sy interne funksionering aangepas het om weer homeostase te bereik. Dié proses geskied meestal oor langer periodes en hou langtermyngevolge in vir gesinsrolle, grense, reëls en persepsies. Indien aanpassing onsuksesvol was, bevind die gesin hulself terug by die fase van gesinsverstelling (Olson et al., 1983).

2.4.2 Die ontwikkeling van gesinstresteorieë

'n Sikliese veerkragtigheidsmodel wat probeer verklaar hoekom sommige gesinne inmekaarstort ten tye van 'n krisis en hoekom ander gesinne sterker daaruit kom, is deur McCubbin en Patterson in 1988 ontwikkel. Hierdié model, bekend as die veerkragtigheidsmodel van gesinstres, verstelling en aanpassing is gebaseer op vier ander modelle, waarvan Hill (in McCubbin & Patterson, 1983) s'n die eerste was.

Die vernietigende impak wat oorlog op gesinne gehad het, het die basis gevorm vir die ontwikkeling van gesinstresmodelle vanuit 'n sosialesisteemperspektief. Vir Hill (in McCubbin & Patterson, 1983) was die Tweede Wêreldoorlog die stimulus vir sy ABCX-

model (waar A die stressor, B hulpbronne, C die definisie van stres en X die krisissituasie is). Hy het gesinne as lewendige organismes beskou wat beide simboliese en “werklike” strukture het. Gesinne moet grense handhaaf en verskeie funksies (instrumenteel en emosionele uitdrukkings) verrig, om groei en oorlewing te verseker. Gesinne probeer 'n stabiele status handhaaf, en is terselfdertyd produkte van sub sisteme (byvoorbeeld individuele lede, diades) en suprasisteme (byvoorbeeld gemeenskap, kultuur, bevolkingsgroep). Vanuit die sosialesisteemperspektief word daar na die gesin as 'n geheel, eerder as na individue, gekyk. Die gesinsisteam is, in so 'n siening, meer as die som van sy dele (McKenry & Price, 1994). Volgens Hill (in McCubbin & Patterson, 1983) hang 'n gesin se vermoë om 'n krisis die hoof te bied af van drie faktore: die stresvolle gebeurtenis, die gesin se krisishanteringshulpbronne en die gesin se beoordeling van die stresvolle gebeurtenis (McKenry & Price, 1994).

Die impak van die oorlog in Viëtnam het tot McCubbin en Patterson (1983) se dubbele ABCX-model van verstelling en aanpassing gelei. In dié model word veral gefokus op hanteringsmeganismes en sosiale ondersteuning wat 'n gesin se aanpassing by die krisis fasiliteer. In dieselfde jaar bring McCubbin en Patterson (1983) sekere veranderinge aan die dubbele ABCX-model en skep die *Family Adjustment and Adaptation Response (FAAR)* model. Die klem van die FAAR-model is om 'n volledige beskrywing te gee van die prosesse wat betrokke is om 'n balans te vind tussen die eise en hulpbronne wat aan 'n gesin in krisis gestel word (McKenry & Price, 1994). Die vierde model is deur McCubbin en McCubbin (1989) ontwikkel en is bekend as die veerkragtigheidsmodel van gesinstres, verstelling en aanpassing (hierna die veerkragtigheidsmodel genoem). Hierdie model fokus op die pre- en post-krisis faktore, asook gesinsbeoordeling van die krisis en bestaande patrone van gesinsfunksionering in die verstellings en aanpassingsproses (McCubbin & McCubbin, 1996). Die veerkragtigheidsmodel word in die volgende afdeling bespreek.

2.4.3 Die veerkragtigheidsmodel van gesinstres, verstelling en aanpassing

Gesinsveerkragtigheid word deur McCubbin en McCubbin (1988) gedefinieer as eienskappe, dimensies en waardes wat gesinne ten tye van 'n krisis wys. Dit is ook die positiewe gedragpatrone en funksionele vaardighede, wat gesinne tydens 'n krisis gebruik en waardeur hulle van 'n krisis herstel. In die proses word die integriteit van die gesinseenheid en gesinsweerstandigheid gekweek (McCubbin & McCubbin, 1996).

Walsh (1996) verwys na gesinsveerkragtigheid as die gesin se vermoë om sigself weer “heel” te maak.

Voorheen is die siening gehandhaaf, dat gesinne nooit weer kan herstel ná 'n krisis nie. Die gesinsveerkragtigheidsperspektief postuleer dat gesinne kán herstel én sterker aan die ander kant uitkom. Gesinne kan selfs eienskappe omtrent hulself ontdek wat tot beter gesinsfunksionering lei. Gesinne het natuurlike eienskappe waarmee hulle hulself kan “gesond” maak. Stressors word dus uitdagings wat gesinne gebruik om te “groeï” (Walsh, 2002). Dit is die grootste waarde van die gesinsveerkragtigheidsperspektief. Walsh (2003) beskryf 'n gesinsveerkragtigheidsraamwerk waarin drie aspekte van gesinsfunksionering sentraal staan: kommunikasiepatrone, geloofsteme en organiseringspatrone.

Gunstige kommunikasiepatrone sluit in openlike emosionele uitdrukking en gemeenskaplike probleemoplossing. Op dié manier kan die gesin sin maak van gebeure en meer leer omtrent die stressor (soos AT/HV) en oor hulself én ander. Vae kommunikasie kan lei tot misverstande en chaos (Walsh, 1998). Kommunikasie behels ook probleemoplossing en die ontwikkeling van probleemoplossingsvaardighede, terwyl vermyding daarvan, tot onopgeloste probleme lei, wat op die lange duur die gesin ontwig (Walsh, 1998).

Gesinsgeloofsteme versterk veerkragtigheid deurdat gesinne betekenis vind in die stresvolle gebeurtenis. Hóé gesinne probleme beoordeel bepaal uiteindelik hantering vs. wanfunksionering (Walsh, 1998). 'n Geloofsteme bied 'n positiewe raamwerk vir spirituele leiding en ondersteuning (Walsh, 2003). Dit versterk ook 'n gesin se bestaande gesinskema (McCubbin & McCubbin, 1996).

Gesinsorganisasie sluit buigbaarheid, gehegtheid en sosiale en ekonomiese hulpbronne in, wat in tye van stres deur die gesin gemobiliseer word, om weerstand teen stres te bied. Op dié manier kan die gesin herorganiseer en verander om aan te pas by die krisis (Walsh, 2002).

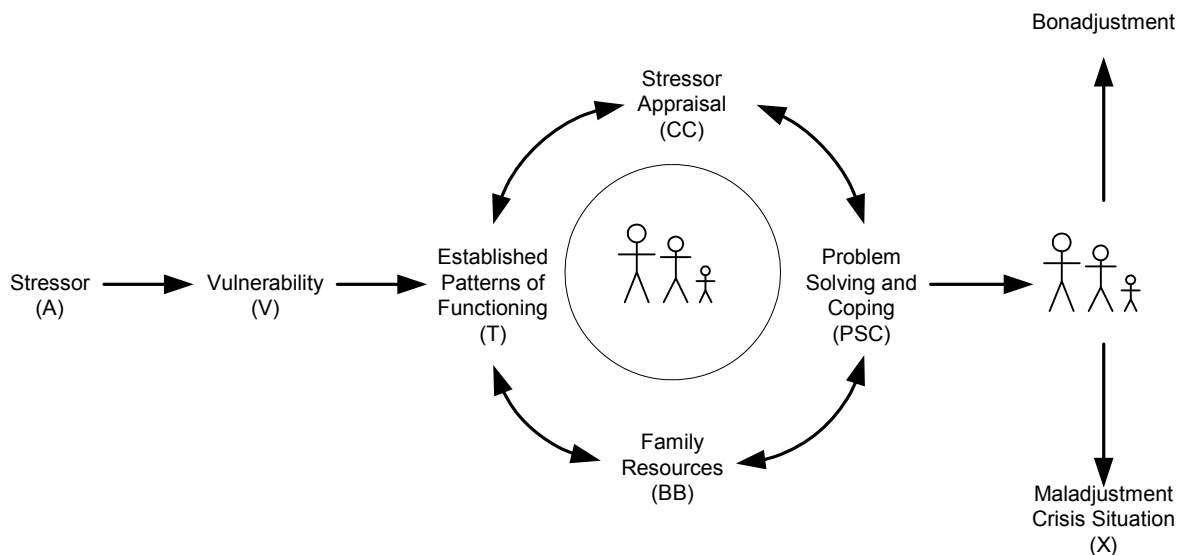
In McCubbin en McCubbin (1988, 1996) se veerkragtigheidsmodel val die klem op die gesin se vermoë om aan te pas. 'n Raamwerk word geskep waarbinne die gesin 'n

stressor as 'n moontlike krisis beskou, of dit as 'n uitdaging sien wat gesinsfunksionering kan versterk. Ander faktore wat 'n rol speel in die aanpassingsproses is: bykomende lewensstressors, sielkundige en sosiale eienskappe wat gesinne gebruik om krisissituasies te bestuur, die prosesse waardeur gesinne gaan om suksesvolle oplossings te vind, asook die uitkomst van al die verskillende pogings om aan te pas (McKenry & Price, 1994).

McCubbin en McCubbin (1996) se veerkrachtigheidsteorie is gebaseer op vyf basiese aannames oor gesinne: krisis is 'n natuurlike deel van die lewensiklus van 'n gesin; gesinne ontwikkel vaardighede en funksioneringspatrone om gesinslede en die gesinseenheid te ontwikkel en te beskerm (ten spyte van veranderinge wat gestel word); gesinne ontwikkel basiese en unieke vaardighede en funksioneringspatrone om die gesin te beskerm teen onverwagte en nie-normatiewe stressors - wat ook 'n gesin se herstel na afloop van 'n krisis bevorder; gesinne dra by en kry hulp by sosiale netwerke in die gemeenskap, wat kulturele en etniese ondersteuning tydens krisis insluit; en dat gesinne te midde van 'n krisis wat aanpassingseise en verandering in gesinsfunksionering verg, steeds probeer om orde, harmonie en balans te handhaaf (McCubbin & McCubbin, 1996).

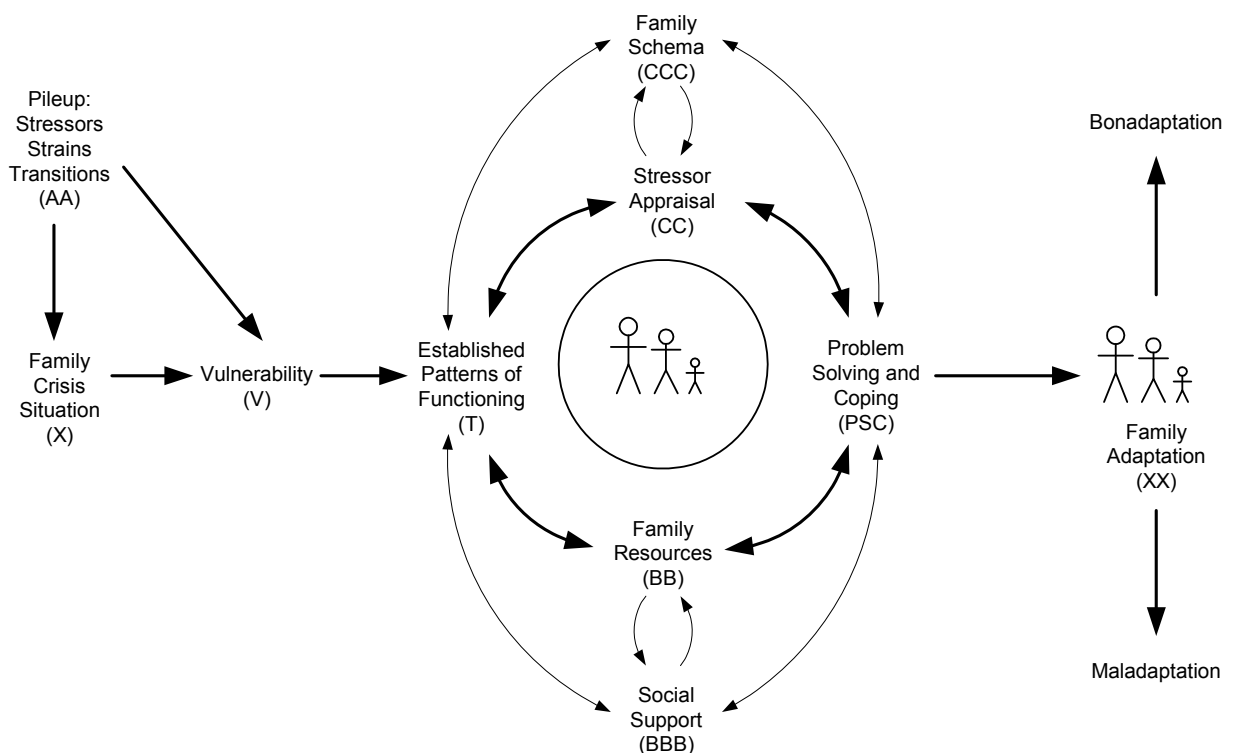
Harmonie en balans is belangrike eienskappe van die gesinsisteam. Die gesin wat 'n krisis in die gesig staar, soek te alle tye na 'n gevoel van welstand. Wanneer 'n gesin deur 'n stressor gekonfronteer word (soos 'n kind met AT/HV), word die hele gesin daardeur geraak. Die mate waartoe die gesin verstellings maak, hang af van die graad van AT/HV, die weerloosheid van die gesin, die gesin se bestaande patrone van funksionering, hul beoordeling van die stressor en die gesin se bestaande probleemoplossingsvaardighede (McCubbin & McCubbin, 1996).

Die verstellingsfase volgens die Veerkrachtigheidsmodel (vergelyk Figuur 1) kan beskryf word as 'n reeks interaktiewe komponente wat die gesin se prosesse en uitkoms bepaal. Sommige stressors is maklik hanteerbaar vir 'n gesin, terwyl ander weer in 'n krisis ontaard. Uitkoms het dus twee kante. Aan die een kant is suksesvolle verstelling moontlik – wanneer vaste patrone van funksionering gehandhaaf word. Aan die ander kant kan verstellings misluk. Dit is wanneer die krisis verdere verstellings vereis in 'n poging om harmonie en balans te handhaaf.



Figuur 1. Die verstellingsfase van die veerkragtigheidsmodel van gesinstres, verstelling en aanpassing (McCubbin, Thompson, & McCubbin, 1996).

Die krisis kan 'n verandering aan die patrone van funksionering van die gesin vereis - om sodoende die integriteit van die gesin te herstel. Hierdie beweging om verandering te bewerkstellig, dui die begin van die Aanpassingsfase aan (vergelyk Figuur 2) waar die gesin interne en eksterne hulpbronne moet aktiveer in 'n poging om hulself te beskerm en integriteit te verseker (McCubbin & McCubbin, 1988).



Figuur 2. Die aanpassingsfase van die Veerkragtigheidsmodel van Gesinstres, Verstelling en Aanpassing (McCubbin, Thompson, & McCubbin, 1996).

Die X-faktor in die aanpassingsfase van die veerkrachtigheidsmodel (vergelyk Figuur 2) is die resultaat van foutiewe verstelling weens stres. Die AA-faktor verbeeld die opeenhoping (*pile-up*) van eise aangesien AT/HV nie die enigste stressor sal wees wat die gesin moet hanteer nie. Hierdie opeenhoping van eise verhoog die kwesbaarheid (*vulnerability* oftewel V) van die gesin. Al hierdie eise kan 'n gesin se vermoë om suksesvol aan te pas ondermyn. Verskillende soorte gesinne (T) mag verskillend by verskillende stressors, soos AT/HV, aanpas (McCubbin et al., 1996). Gesinstipe verteenwoordig 'n gesin se vaste patroon van funksionering (McCubbin et al., 1996). Die BB-faktor (*family resources*) verteenwoordig die hulpbronne (sielkundige, sosiale, gesin) wat die gesin gebruik om aan te pas. Hulpbronne sluit die gesin se eie sterk punte en vermoëns in. Die BBB-faktor (*social support*) verwys na gemeenskapshulpbronne en ondersteuning wat gebruik word om aanpassing te bewerkstellig (McCubbin et al., 1996). Die gesin se situasionele beoordeling van hul vermoë is die CC-faktor (*stressor appraisal*). Wanneer eise gestel word, moet die gesin voortdurend ervarings evalueer en interpreteer wat spanning kan veroorsaak, veral wanneer die persepsie by die gesin bestaan dat hul hulpbronne min of onvoldoende is. Wanneer 'n krisis dreig word 'n gesin se beoordeling van die stressor as die belangrikste komponent van gesinsverstelling en aanpassing beskou (Brubaker, 1993). Hierdie beoordelingskomponent van die veerkrachtigheidsmodel noem McCubbin en McCubbin (1991) die gesinskema (CCC of te wel *family schema*). Die gesinskema kan gesien word as 'n soort bloudruk – 'n stabiele fondasie – waarvolgens die gesin 'n stressor soos AT/HV beoordeel om die nodige verstellings aan te bring, sodat hantering en aanpassing kan plaasvind. Die gesinskema sluit gedeelde waardes, standarde, prioriteite, doelwitte, reëls, wêreldbeskouings en verwagtinge van die gesin in. Gesinskema's verskil van gesin tot gesin, en is verskillend binne verskillende kulture en rassegroepe. Hoewel die gesinskema relatief stabiel is, kan dit in reaksie op die stresvolle ervaring verander. Ten tye van 'n krisis word die gesin uitgedaag om hul funksionering in die verlede en hoe hulle dit in die toekoms sien, te herbeoordeel, in 'n poging om spesifieke hanteringstrategieë te genereer sodat verandering/verstelling en aanpassing kan plaasvind (Brubaker, 1993). Gesinsparadigmas, gehardheid (*hardiness*) en veerkrachtigheid, bepaal of 'n gesin intern die stressor herdefinieer en op watter manier die gesin oplossings soek. Eksterne faktore sluit in sosiale en spirituele ondersteuning, asook die aktiewe soeke na hulp en aanvaarding (Brubaker, 1993). Derhalwe word gesinskema as 'n derde vlak van beoordeling gesien, wat betrokke is by

die gesin se aanpassingsproses. Wanneer 'n gesin aanpassings maak, is die gesinskema daar om die gesin se integriteit, identiteit en selfwaarde in die proses te beskerm. Wanneer 'n gesin se funksionering verander, mag dit nodig wees om byvoorbeeld 'n gesin se waardes of doelwitte te verstel. In die proses dien die gesinskema weereens as 'n veiligheidsnet.

Probleemoplossingsvaardighede en die hanteringsfaktor word voorgestel as PSC (*problem solving coping*) en sluit koverte en overte pogings in om aan die eise wat aan die gesinsisteam gestel word te voldoen. Hanteringstyle kan individueel of op 'n gesinsvlak geskied. Hantering en probleemoplossing mag doelbewus daarop gemik wees om stres te verminder, hulpbronne te verkry en die gesin te bestuur (Danielson, Hamel-Bissell, & Winstead-Fry, 1993).

Gesinsaanpassing (XX of te wel *adaptation*) verteenwoordig die gesin se pogings om balans te handhaaf ten spyte van die krisis. Daar is 'n aanvanklike krisis (X), gevolg deur die verstelling en aanpassing (suksesvol of onsuksesvol). Die sukses van die aanpassing word bepaal deur die gesin se patroon van funksionering, interne hulpbronne, ondersteuningsnetwerke, die gesin se beoordeling van die situasie en die stressor, asook die gesin se hanteringstyl en probleemoplossingsvaardighede. Die gesin se vermoë om stres te hanteer sal uiteindelik aanpassing verg van die gesin in sy geheel, sowel as individueel (Walsh, 1998). Wanneer gesinne egter nie suksesvol nuwe patrone van funksionering ontwikkel nie, vind wanaanpassing plaas – wat die gesin weer in 'n krisis dompel en hernieude pogings om verstellings aan te bring ondersoek moet word (Danielson et al., 1993).

Sommige gesinne kry dit reg om in tye van krisis saam te staan, oplossings te vind en sterker aan die ander kant uit te kom (Walsh, 1996). Krisisse kan egter ook 'n vernietigende uitwerking op gesinsverhoudinge hê en tot ernstige gesinspatologieë lei (Walsh, 2002). Gerdes (1998) beskryf sterk gesinne as gesinne wat weet wat hul swak en sterk punte is - en op hul sterk punte fokus en dit ontwikkel. Elke gesin is uniek, weerloos, feilbaar en menslik. Soms gaan gesinne misluk en soms gaan hulle suksesvol wees. Die belangrikste is om sterk punte te ontwikkel, wat 'n gesin se veilige hawe kan wees wanneer onweer dreig. Dit is die kern van veerkragtigheid.

2.5 Samevatting

In hierdie hoofstuk is daar na verskeie fasette van AT/HV as 'n erkende neurologiese versteuring gekyk. Simptome van die versteuring en probleme rondom diagnose kan moontlik tot verwarring by ouers lei. Daar is ook verwys na kwelpunte rondom die versteuring soos die gebruik van medikasie. Indien die toestand onbehandeld bly, kan dit op die lange duur negatiewe uitkomste hê in veral volwassenheid.

Uitkomste vir beide die kind met AT/HV sowel as die ouer word beïnvloed deur die aard van die interaksie tussen hulle. Ouerskap van 'n kind met 'n versteuring is 'n komplekse tweerigtingproses wat boonop deur die groter omgewing beïnvloed word. Ouerskapstyl, die klimaat waarbinne opvoedingsgedrag plaasvind, is aan die hand van Baumrind se teorie bespreek, deur te verwys na die gesaghebbende, outoritêre, permissiewe en onbetrokke ouerskapstyle.

Volgens die gesinsistemiese perspektief het wat met een lid van die gesin gebeur, 'n uitwerking op ander lede van die gesin (Walsh, 1998). Ouerskapstyl het dus ook 'n invloed op gesinsfunksionering. AT/HV is 'n bron van stres vir die lyster én die gesin, wat voortdurende uitdagings en aanpassingseise aan almal in die gesin stel. Hoe die gesin dus die voorkoms van AT/HV beoordeel en bestuur, sal die welstand, lewenskwaliteit en oorlewing van die gesin in sy geheel bepaal. Die vermoë van 'n gesin om stressors te bowe te kom, word op sy beurt weer deur die hanteringstrategieë wat gebruik word, bepaal.

Voorheen is die siening gehandhaaf, dat gesinne nooit weer kan herstel ná 'n krisis nie. Die gesinsveerkragtigheidsperspektief sê egter, gesinne kán herstel én sterker aan die ander kant uitkom en daarby eienskappe omtrent hulself ontdek wat tot beter gesinsfunksionering lei.

HOOFSTUK 3: LITERATUUROORSIG

3.1 Inleiding

Ouerskapstyle en gesinsveerkragtigheid in gesinne met kinders met AT/HV word in hierdie studie ondersoek. Kan gesinne AT/HV as 'n uitdaging sien – een wat gesinsveerkragtigheid bevorder – of is dit 'n oorweldigende stressor wat disfunksie aanmoedig? En maak ouerskapstyl werklik saak waar AT/HV ter sprake is? Om antwoorde op hierdie en ander vrae te vind, word na verskeie faktore gekyk wat 'n interaktiewe, transaksionele rol in hierdie gesinsdrama speel.

Vervolgens word navorsing bespreek wat gedoen is oor die impak van AT/HV op ouerskap en op gesinne; ouerskapstyle in gesinne met kinders met AT/HV; die impak van ko-morbiede toestande by kinders op ouerskap; die voorkoms van psigiatriese versteurings by ouers met kinders met AT/HV en 'n gedragleidingsprogram vir ouers (*behaviour parent training*) as bouer van gesinsveerkragtigheid.

3.2 Die impak van AT/HV op ouers en gesinne

Ouers van kinders met AT/HV ervaar baie meer stres en het minder selfvertroue in hulle ouerskapsvaardighede as ouers van tipiese kinders (Johnston & Mash, 2001). Volgens Johnston en Mash (2001) kan die gedrag van die kind die kwaliteit van ouerskap beïnvloed. Kinders met AT/HV het hoë aktiwiteitsvlakke, 'n kort aandagspan en is impulsief. Onvanpaste gedrag kom dikwels in verskeie situasies voor. Kinders met AT/HV ignoreer ouers se versoeke en is dikwels verantwoordelik vir rusverstoring in woonbuurte. Daarbenewens is hulle dikwels in konflik gewikkel met sibbe, onderwysers en maats. Ouerskap word dus tot die uitsterste beproef, deurdat ouers kinders se probleemgedrag by verskeie geleenthede moet hanteer en beheer.

In 'n literatuurstudie deur Dos Reis en Myers (2008) word daarop gewys dat kinders met AT/HV baie meer eise aan hulle ouers stel, as tipiese kinders. Sulke ouers moet baie meer aandag en energie spandeer in hul opvoedingstaak, as tipiese ouers. Ouers word ook gekonfronteer met moeilike besluite, soos watter skool, terapie en medikasie is die beste vir die kind (Dos Reis & Myers, 2008). Daarbenewens word 'n ekstra finansiële las op ouers geplaas, wat verdere stres veroorsaak.

'n Suid-Afrikaanse studie deur Turk (1991) wys daarop dat gesinne met kinders met leer- en gedragsprobleme beduidend meer stres ervaar as gesinne met kinders sonder enige probleme. Turk (1991) het in 'n studie *Holroyd se Questionnaire on Resources and Stress (QSR)* - 'n multivariante maatstaf vir die meting van gesinstres (1984, 1988) - gebruik, om 136 ouers van kinders met leer/gedrags-probleme en 136 ouers van kinders sonder enige beduidende probleme, met mekaar te vergelyk. Kozloff se teorie (in Turk, 1991) het Turk se bevindinge ondersteun, naamlik dat meer eise aan ouers met kinders met leerprobleme gestel word en dat sulke ouers fisies en emosioneel maklik uitgeput word. Ouers ervaar ook frustrasie, depressie, angs en voel onseker oor die kind se toestand (Turk, 1991). Op 'n sosiale vlak, is ouers ook sensitief oor ander se opinie oor hul kind se gedrag, veral omdat leer- en gedragsprobleme dikwels onsigbaar is in die sin dat dit nie onmiddellik waarneembaar is nie. Kinders met leer- en gedragsprobleme is dikwels impulsief, sukkel om sosiale tekens te lees en toon derhalwe soms onaanvaarbare gedrag. Gevolglik sal ander die kind op 'n negatiewe manier beoordeel en die ouers blameer vir hul kind se wangedrag.

Turk (1991) het ook gevind dat kinders met gedrags- en leerprobleme dikwels persoonlikheidskenmerke het wat nie noodwendig met kognitiewe tekorte verband hou nie. Sulke kinders ervaar erge frustrasie om take te verrig wat hul maats met gemak regkry. Hulle word ook dikwels by die skool fisies en verbaal geboelie, wat tot 'n swak selfbeeld en 'n tekort aan selfvertroue lei. 'n Gebrek aan sosiale ondersteuning, oorbeskerming, afhanklikheid, finansiële probleme en 'n gebrek aan gesinsintegrasie, is alles deel van die ouerproblematiek wat opgelos moet word (Turk, 1991).

Ouers se streshantering en die graad van AT/HV en gedragsprobleme, is in 'n studie deur Podolski en Nigg (2001) ondersoek. Ma's en pa's van 66 kinders tussen die ouderdom van 7 en 11 (gemiddelde ouderdom 10,2 jaar; 42 seuns, 24 meisies) het aan die studie deelgeneem. Ouers van kinders met AT/HV was meer ontevrede met hulself as ouers van tipiese kinders. Vir ma's was die feit dat kinders nie aandag gee nie en opponerende gedrag toon, 'n groter bron van stres as hiperaktiewe gedrag. Vir pa's het kinders se opponerende en aggressiewe gedrag, eerder as die graad van AT/HV, die meeste stres veroorsaak. Positiewe herformulering (om die probleem as 'n uitdaging te sien wat oorkom kan word) - 'n eienskap van veerkragtigheid – is verbind met beter rol-

tevredenheid vir ma's en pa's. Gemeenskapsondersteuning het egter net vir ma's verligting gebring, nie vir pa's nie (Podolski & Nigg, 2001).

In 'n kwalitatiewe Australiese studie deur Peters en Jackson (2008) is ma's se ervarings van ouerskap van kinders met AT/HV ondersoek. Vorige studies het die negatiewe impak van AT/HV op die funksionering van die gesin beklemtoon. Die doel van die studie was om met 'n narratief-feministiese benadering groter insae te kry in ma's se ervarings van ouerskap van 'n kind met AT/HV. Indiepte-onderhoude is met 11 ma's van kinders met AT/HV gevoer. Ontledings is gedoen op grond van self-evaluerings, meta-stellings en deur die identifisering van nie-konsekwente stellings in die narratief. Kernstellings wat gemaak is, sluit in: “dis al tien jaar van op die rand van ineenstorting”; “oorweldig deur die verantwoordelikheid”; “gestigmatiseer en gekritiseer”; “hoekom het ek so 'n kind”; “skuldgevoelens en selfblaam”. Peters en Jackson (2008) wys daarop dat moederskap van kinders met AT/HV baie stresvol en veeleisend is. Ma's voel gemarginaliseerd. Mediavoorstellings van die toestand dra by tot mites wat ouers verwar wanneer dit by diagnoses en behandelingskeuses kom. Dit alles veroorsaak verdere stres wat op die langtermyn negatiewe gevolge vir gesinsaanpassing inhou.

Wymbs et al., (2010) het die voorkoms van egskeiding by Amerikaanse ouers van kinders met AT/HV en ouers van tipiese kinders ondersoek. Vorige navorsing het bevestig dat huwelikskonflik in gesinne met kinders met AT/HV beduidend hoër is, as in gesinne sonder AT/HV. Die doel van hierdie studie was om vas te stel of ouers van kinders met AT/HV 'n hoër risiko loop om te skei. Altesaam 282 ouers met tieners met AT/HV en 206 ouers met tipiese tieners, het aan die studie deelgeneem. Wymbs et al. (2010) het oorlewingsanalises (*Survival Analyses*) gebruik om *rates of marital dissolution* te vergelyk tussen ouers van tieners met AT/HV en ouers met tipiese tieners. Wymbs et al. (2010) se bevindinge dui daarop dat ouers met tieners met AT/HV meer geneig was om te skei, as die tipiese ouers. Ouers se opvoedingsvlak, pa's se antisosiale gedrag, die ouderdom van die kind, ras, etnisiteit en opposisionele gedrag het egter elk as unieke voorspellers tot die egskeiding bygedra. Die navorsers het die belang van verdere navorsing oor ouer-kindveranderlikes beklemtoon en die mate waartoe dit tot huwelikskonflik en egskeiding kan bydra, in gesinne met kinders met AT/HV.

Verskeie navorsing wys daarop dat kinders met probleemgedrag stres by ouers verhoog (Johnston & Mash, 2001). In die lig hiervan het Pelham et al. (1997, 1998) gepoog om 'n verband te identifiseer tussen kinders met AT/HV en drankmisbruik by ouers. Verskeie laboratoriumstudies is oor etlike jare aan die Universiteit van Pittsburgh en die Florida Staatsuniversiteit onderneem om die invloed van kinders se gedrag op ouers se drankgebruik waar te neem. In een van die studies is die effek van kinders met AT/HV se gedrag op ouers se alkoholgebruik getoets. Die ouers het beduidende hoër stresvlakke gehad, maar het nie noodwendig meer alkohol gebruik as die kontrolegroep nie (Pelham et al., 1997). Ouers van kinders met AT/HV het net meer gedrink indien daar reeds 'n familiegeskiedenis van drankmisbruik was. Dit was vir die navorsers 'n verrassende bevinding aangesien hulle oortuig was dat wangedrag deur kinders met AT/HV die ouers meer sou laat drink. Die navorsers het bevind dat ouers van kinders met AT/HV hanteringsmeganismes aangeleer het om die stres op daaglikse vlak te bowe te kom (Pelham et al., 1997). In 'n verdere studie deur Pelham et al. (1998) is weereens 'n verband gesoek tussen alkoholgebruik van ma's van kinders met AT/HV. Bevindinge van die studie het weersprekende resultate opgelewer. Aan die een kant het 'n groep ma's verhoogde drankgebruik getoon, maar aan die ander kant het 'n groep ma's se drankgebruik afgeneem ná konflik met hul kinders met AT/HV. Pelham et al. (1998) het bevind dat daar 'n komplekse, transaksionele verhouding tussen die misbruik van alkohol by ouers en kinders met AT/HV en gedragsprobleme is – wat verdere navorsing benodig.

3.3 Ouerskapstyle en AT/HV

Alizadeh, Applequist en Coolidge (2007) het die verhouding tussen ouers se selfvertroue, warmte en betrokkenheid (eienskappe van gesaghebbende ouerskapstyl) en fisieke dissipline by Iranse gesinne met kinders met AT/HV ondersoek. Twee groepe Iranse ouers, 130 met kinders met AT/HV en 120 met kinders sonder AT/HV, is gevra om Robertson se *Parenting Styles and Dimensions Questionnaire (PSDQ)* te voltooi wat onder meer ouers se selfvertroue en ouerskapstyl meet. Alizadeh et al. (2007) het gevind dat ouers van kinders met AT/HV minder selfvertroue het, minder warmte teenoor hul kinders toon en minder betrokke is by hul kinders. Hierdie ouers het ook meer dikwels van fisieke dissiplinêre metodes gebruik gemaak as ouers van tipiese kinders. Hulle het ook gevind dat ouers van kinders met AT/HV makliker beheer verloor en dat sulke kinders 'n groter kans staan om fisies gedissiplineer te word - wat hierdie

kinders meer blootstel aan kindermishandeling. Ouers met kinders met AT/HV se ouerskapstyl het weereens meer na outoritêr geneig.

In 'n Japanse studie deur Mano en Uno (2007) is ma's se ouerskapstyle en gedragseienskappe van kinders met AT/HV ondersoek. Volgens vorige soortgelyke studies het ma's van kinders met AT/HV meestal 'n outoritêre ouerskapstyl gehad. Mano en Uno wou die sielkundige proses onderliggend aan die ontstaan van die ouerskapstyl ondersoek. Hulle hipotese was dat die simptome van AT/HV-gedrag by kinders geleidelik ma's se stresvlakke verhoog, wat uiteindelik die ouerskapstyl beïnvloed. Altesaam 36 ma's van kinders met AT/HV (waarvan die gemiddelde ouderdom 8,1 jaar was) en 36 ma's van kinders sonder AT/HV (gemiddelde ouderdom 8,4 jaar) het aan die studie deelgeneem. Die ma's se stres is gemeet deur die gebruik van die *Japanese Parenting Stress Index*. Ouerskapstyle is geëvalueer deur die gebruik van die *TK-style Scale* wat die verhouding tussen die ouers en kinders bepaal. Die ma's van kinders met AT/HV het beduidend hoër strestellings vir ouerskap getoon, asook beduidend hoër tellings vir veranderlikes wat met negatiewe ouerskapstyl verbind word, as tipiese ouers. Negatiewe veranderlikes het ingesluit: ontevredenheid, strengheid, verwyte, inmenging, teenstrydigheid en onenigheid. Regressie-ontledings het gewys dat gedragskenmerke van die kinders met AT/HV geassosieer is met die graad van hegtheid met die ma, wat in die AT/HV-groep weer met strengheid en verwyte verbind is. Die gevolg is dat ma's met kinders met AT/HV, waarskynlik 'n streng en verwytende ouerskapstyl het as gevolg van 'n gebrek aan hegtheid met die kind (Mano & Uno, 2007).

'n Studie in China deur Eisenberg, Chang, Ma en Huang (2009) het die verhouding tussen gesaghebbende ouerskapstyl en fisieke straf van Chinese graad een en twee leerders ondersoek. Die effek van veeleisende en moeilike beheer (*effortful control* of te wel *EC*), impulsiwiteit, egoveerkragtigheid en gedragsprobleme, was van die veranderlikes wat ook gemeet is. Ouers en onderwysers het onderskeidelik oor kinders se EC, impulsiwiteit en egoveerkragtigheid gerapporteer, ouers het oor kinders se internalisering van simptome en hulle eie ouerskap verslag gelewer, terwyl onderwysers en maats oor kinders se eksterne gedrag verslag gelewer het. Sommige graad een en twee deelnemers het gekom uit 'n stedelike laer skool in Beijing en die ander van 'n plattelandse skool in die Ha Bei-provinsie. Altesaam 697 kinders - 356 (44% meisies)

stedelinge en 341 (45% meisies) plattelanders - het aan die studie deelgeneem. Die gemiddelde ouderdom van die kinders was 8.6 jaar. Altesaam 364 ma's, 182 pa's en 151 ouers - van wie se geslag onbekend was, het vraelyste voltooi. Tussen 645 en 657 datastelle is van onderwysers ontvang. Altesaam 697 kinders se maats het 'n maatgroepverslag voltooi. Kinders se temperament is gemeet met die Child Behavior Questionnaire (CBQ) (Rothbart et al., in Eisenberg et al., 2009) met items wat onder meer meet wat kinders se vermoë om aandag te gee en te behou, inhibisiebeheer, gevoelens van hartseer en woede, is. Kinders se vermoë om probleme te internaliseer en te eksternaliseer is met die *Child Behavior Checklist (CBCL)*; Achenbach, in Eisenberg et al., 2009) ondersoek. Ouers het kinders se internalisering van probleemgedrag beoordeel, terwyl onderwysers en maatgroep op kinders se eksterne gedrag kommentaar gelewer het. Altesaam 13 items van die oorspronklike *Teacher's Rating Index of Depression* (Cole, Martin, Powers, & Truglio, in Eisenberg et al., 2009) en ses items van die Kendall, McDonald en Treadwell (1998) se aanpassing van Achenbach se angsskaal is gebruik. Ouers het dieselfde formaat gebruik. Onderwysers het kinders se eksterne probleemgedrag beoordeel volgens die Blokman and the *Conduct Problems Prevention Research Cluster's* (1995) wat kinders se aggressie en neiging tot jeugmisdaad beoordeel. Maatgroepe het ook oor kinders se uiterlike gedrag gerapporteer deur gebruik te maak van 'n subskaal van aggressie-onderbrekende gedrag van die *Class Play* (Masten, Morison, & Pelligrini, in Eisenberg et al., 2009); terwyl tien items van Block en Block se Q-Sort gebruik is om persoonlikheidsveerkragtigheid by die kinders te meet (in Eisenberg et al., 2009). Ouers het die Chinese weergawe van die *Parenting Styles and Dimensions Questionnaire (PSDQ)* (Robinson, Mandleco, Olsen, & Hart, 1995) wat outoritêre ouerskap en gesaghebbende ouerskap meet, voltooi.

Eisenberg et al. (2009) het gevind dat gesaghebbende ouerskap en min gebruik van fisieke straf 'n voorspeller van veeleisende beheer (*effortful control*) en egoveerkragtigheid was. Veeleisende beheer het weer 'n rol gespeel in die verhouding tussen ouerskap en eksterne probleemgedrag van die kinders. Ook impulsiwiteit was 'n faktor in die verhouding tussen fisieke straf en eksterne gedragsprobleme. Navorsingsbevindinge het ouerskapstyl met kinders se wanaangepaste gedrag verbind en die rol van veeleisende beheer en egoveerkragtigheid bevestig. Soortgelyke

resultate is in Amerika gekry. Die effek van outoritêre ouerskap was soms nie duidelik nie, en is aan kulturele verskille toegeskryf (Eisenberg et al., 2009).

Die effek van kinders met AT/HV met opposisionele uitdagende versteuring (OUV) se gedrag op ouers se ouerskapspraktyke is deur McKee, Harvey, Danforth, Ulaszek en Friedman (2004) ondersoek. Die studie het ouers se hanteringstyl en ouer-kindinteraksie vóór en ná 'n ouerleidingsprogram ondersoek. Daar is gevind dat ouers van kinders met AT/HV hul kinders se gedrag as stresvol ervaar en daarop reageer deur onvanpaste ouerskapstyle te openbaar. Ouers van kinders met AT/HV tree meer beherend (*controlling*) op en wys hul ontevredenheid meer as ouers van tipiese kinders. AT/HV-ouers gee ook meer aandag aan ooraktiewe, impulsiewe gedrag; is geneig om gereeld verbale bevele te gee; herhaal dikwels bevele en maak meer gebruik van verbale tereg wysings as ouers met tipiese kinders. AT/HV-ouers gee ook minder belonings en reageer minder op hulle kinders se behoeftes (*responsiveness*) as ouers van kinders sonder AT/HV. Daar is ook hoër vlakke van konflik tussen ma's en kinders met AT/HV, as tussen ma's en tipiese kinders. Ma's van kinders met AT/HV is ook meer rigtinggewend (*directive*), negatief en sukkel om konsekwent te wees in die uitvoering van dissipline. AT/HV-ma's toon ook laer vlakke van hantering (*coping*) en hoër vlakke van depressie, as ma's van tipiese kinders. AT/HV ma's toon dus duidelik meer tekens van outoritêre ouerskap (McKee et al., 2004).

Die aard van die verhouding en interaksies tussen ouers en kinders met AT/HV is deur Modesto-Lowe, Danforth en Brooks (2008) ondersoek. Engelse *PubMed*-artikels wat tussen 2000 en 2007 gepubliseer is, met sleutelwoorde soos AT/HV en ouerskap, is in Modesto-Lowe et al. se oorsigstudie gebruik. Die navorsers het gepoog om vas te stel of ouerskapstyl 'n invloed het op die gedrag van kinders met AT/HV. Hulle het gevind dat ouers van kinders met AT/HV oor die algemeen baie hoër stresvlakke en ouer-kindkonflik gerapporteer het as ouers van tipiese kinders. Die gevolg hiervan is negatiewe funksioneringspatrone en ouerskapstyle deur ouers. Die voorkoms van psigopatologie by hierdie groep ouers was ook hoog. Ouers se psigopatologie het ook 'n negatiewe interaktiewe reaksie op die kind se AT/HV-simptome gehad. Soveel so dat daar gevind is dat dit tot die ontstaan van verdere gedragsversteurings kan lei. Die belangrikheid van ouerleidingsprogramme om uitkomst by beide die ouers en kinders

te verbeter, is beklemtoon, asook die noodsaaklikheid van verdere navorsing oor hierdie tema (Modesto-Lowe et al., 2008).

3.4 AT/HV en ko-morbiede toestande

Volgens 'n Amerikaans-Kanadese multimodalebehandelingstudie het slegs 33% van kinders met AT/HV “suiwer” AT/HV (Jensen, Hinshaw & Swanson 2001). Jensen het dwarsnit en longitudinale data gebruik van 579 kinders (tussen 7 en 9.9 jaar oud) met AT/HV wat deelgeneem het aan die *National Institute of Mental Health se Collaborative Multisite Multimodal Treatment Study of Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder* – hierdie bekende studie staan ook bekend as die *MTA*. Altesaam 64% van dié kinders het 'n ko-morbiede toestand gehad (Jensen et al., 2001). Een van die toestande wat die meeste met AT/HV geassosieer word is opposisionele uitdagende versteuring (OUV), met tussen 30 tot 40% wat ook hier die ko-morbiede toestand gehad het (Jensen et al., 2001). Simptome sluit in hardkoppigheid, uitdagende en argumentatiewe gedrag en humeurige uitbarstings. Gedragsteurnis (GS) is 'n ernstiger gedragsprobleem wat sowat 14% van AT/HV-lyers raak. Kinders met GS toon geen respek vir die basiese regte van ander nie, dreig, intimideer, is aggressief en wreed teenoor ander mense of diere. Ernstige oortredings, soos diefstal of ander jeugmisdaad, word soms begaan.

Sowat 30% van AT/HV-lyers het ook leergestremdhede wat lees, spel, skryf en rekenprobleme, insluit (Modesto-Lowe et al., 2008). Angs, depressie, obsessiewe kompulsiewe versteuring en bipolêre versteuring kom ook dikwels saam met AT/HV voor, terwyl 'n klein groepie ook *Tourette-sindroom* het – 'n neurologiese versteuring gekenmerk deur herhalende senutrekkings en onbeheerste verbale gedrag. Dit is dus duidelik dat die voorkoms van 'n ko-morbiede toestand die behandeling en stres wat ouers en gesinne ervaar vererger en hantering daarvan op die langtermyn beïnvloed (Modesto-Lowe et al., 2008).

In 'n longitudinale studie het August, Realmuto, Joyce en Hektner (1999) die stabiliteit van opposisionele uitdagende versteuring (OUV) as ko-morbiede toestand by AT/HV ondersoek. Die navorsers wou sien tot watter mate OUV afneem, dieselfde bly, vererger of ontwikkel tot 'n Gedragsteurnis (GS). In hul studie het 43% van die deelnemers se OUV afgeneem, terwyl 57% volgehoue OUV getoon het. Die navorsers het gevind dat

ouerskapspraktyke en die voorkoms van psigiatriese versteurings by ma's die sterkste voorspellers van volgehoue OUV was.

Cunningham en Boyle (2002) het die risiko om AT/HV en OUV te ontwikkel by voorskoolse kinders ondersoek, deur na gesinsinteraksies, ouerskap en gedragfaktore te kyk. Altesaam 129 voorskoolse kinders is in vier groepe verdeel: “risiko om AT/HV te ontwikkel”; “risiko om OUV te ontwikkel”; “risiko vir beide AT/HV en OUV”; “geen probleme”. Ma's van kinders in die groep “risiko om OUV te ontwikkel”, het meer disfunksionele gesinsinteraksies gerapporteer. Hulle het ook minder vertrouwe gehad in hul eie ouerskap en was minder assertief om hul kinders se gedrag te beheer.

In Modesto-Lowe et al. (2008) se studie is gevind dat gedragsteurnis (GS) as ko-morbiede toestand 'n kragtige voorspeller was vir middelmisbruik by seuns tydens puberteit en 'n hoërisikofaktor was vir jeugmisdaad en tronkstraf. Tienermeisies met GS as ko-morbiede toestand, het ook baie slegter gevaar as meisies met “suiwer” AT/HV. GS is 'n kragtige voorspeller van probleme op skool, psigiatriese en seksuele probleemgedrag (Modesto-Lowe et al., 2008). Antisosialepersoonlikheidsversteuring by ouers was 'n sterk voorspeller vir die aanvang van GS voor die ouderdom van 10 jaar, terwyl gesinskonflik die sterkste voorspeller was vir die aanvang van GS tydens puberteit (Modesto-Lowe et al., 2008). Eienskappe van ouers, ouerskapstyle en -praktyke is dus van kernbelang by kinders met AT/HV en speel 'n rol in die ontwikkeling van GS (Modesto-Lowe et al., 2008).

In 'n Kanadese studie deur Johnston, Seipp, Hommersen, Hoza en Fine (2005) is ma's se responsiwiteit (*responsiveness*) en oorreaksie (*overreactivity*) teenoor hulle seuns ondersoek. Drie groepe ma's het deelgeneem. Die eerste groep van 25 ma's se seuns het AT/HV én OUV gehad. Die tweede groep van 24 ma's se seuns het nét AT/HV gehad en die laaste groep van 38 ma's, het tipiese seuns gehad. Die seuns was tussen 7 en 9 jaar oud. Responsiwiteit is waargeneem tydens speelsessies tussen ma en seun, terwyl oorreaksie geëvalueer is met selfrapporteringsvraelyste oor ma's se dissiplinêre metodes. Die groep ma's met “suiwer” AT/HV en die tipiese ma's, het nie veel van mekaar verskil ten opsigte van responsiwiteit en oorreaksie nie. Maar die groep ma's wie se seuns AT/HV én OUV, was minder responsief (het minder op hulle kinders se behoeftes gereageer), meer vyandig en het meer oorreageer as die kontrole groep. Johnston et al. (2005) se bevindinge toon dat die graad van die kind se

gedragsprobleme bepaal tot watter mate ouers bewus is van én reageer op kinders met AT/HV se behoeftes.

In Iran het Ghanizadeh (2008) gekyk na die voorkoms van tandeknersing tydens slaap (*bruxism*) en psigiatriese versteurings by kinders met AT/HV en hul ouers. Die doel van die studie was om vas te stel of die voorkoms van tandeknersing die kans op psigiatriese ko-morbiede versteurings by kinders met AT/HV én hulle ouers verhoog - veral omdat kinders met AT/HV dikwels op hul tande kners. Die hipotese was dat daar geen verband is tussen tandeknersing en die voorkoms van ko-morbiede versteurings in kinders met AT/HV en psigiatriese versteurings by hul ouers nie. Altesaam 89 kinders met AT/HV s ónder tandeknersing is vergelyk met 32 kinders met AT/HV mét tandeknersing. Die studie het die frekwensie van psigiatriese versteurings by ouers en hul AT/HV kinders met, en sonder, tandeknersing vergelyk. Gestruktureerde onderhoude is gebruik om ko-morbiede versteurings te diagnoseer. Die enigste psigiatriese versteuring wat geassosieer kon word met die kinders wat tandekners was opposisionele uitdagende versteuring (OUV). Die voorkoms van depressie by ma's met kinders wat tandekners was statisties beduidend hoër, as by ma's sonder sulke kinders. Volgens Ghanizadeh (2008) was dit die eerste keer dat hierdie resultate gerapporteer is. Die gevolgtrekking is gemaak dat daar 'n verband is tussen kinders met AT/HV wat op hulle tandekners en die voorkoms van OUV. In die toekoms mag hierdie dalk 'n leidraad wees oor die voorkoms van tandeknersing onder kinders en ander mikro slaapversteurings.

In Modesto-Lowe et al. (2008) se studie (vroeër bespreek) word daar ook op gewys dat ouers van kinders met n é t AT/HV, verskil van ouers met kinders met AT/HV en ko-morbiede toestande. Ouers in die ko-morbiede groep is meer vyandig, oorreageer meer en reageer minder op hulle kinders se behoeftes, as ouers met kinders met “suiwer” AT/HV. Kinders met min gedragsprobleme het gesonder verhoudings met hulle ouers, terwyl kinders met erge gedragsprobleme en AT/HV die risiko loop om deur hul ouers mishandel te word, wat tot verdere wanaangepaste gedrag kan lei. Die ouer-kindverhouding by kinders met ko-morbiede GS word gekenmerk deur 'n tekort aan warmte en belangstelling. Swak toepassing van dissipline en die voorkoms van antisosiale persoonlikheidsversteuring by ouers, speel ook 'n rol. Ouers met antisosiale gedrag stel hulle kinders bloot aan 'n swak opvoedkundige klimaat (byvoorbeeld,

ouerlike aggressie, middelmisbruik, onbetrokke ouerskap) wat kinders se kanse om erger gedragsprobleme te ontwikkel, verhoog (Modesto-Lowe et al., 2008).

3.5 Psigiatriese versteurings by ouers met kinders met AT/HV

'n Magdom navorsing het al die sterk verband tussen kinders met AT/HV en depressie by hul ouers, veral ma's, ondersoek en bevestig (Mash & Barkley, 2006). Cunningham (2007) wys daarop dat depressie by ouers tipies bepaal word deurdat ouers vraelyste invul en simptome afmerk, soos met die *Beck Depression Inventory* of die 20-item *Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D)*. Hoewel navorsing wys dat ouers van kinders met AT/HV heelwat hoër depressietellings het as ouers van tipiese kinders, wys onlangse studies dat hoë depressietellings veral voorkom in gesinne met kinders met AT/HV wat OUV as ko-morbiede toestand het (Johnston, 1996). Cunningham (2007) wys daarop dat ouers se depressie verbind word met swak uitkomst en aanpassing by kinders. Swak ouerskapspraktyke speel ook 'n rol. Ouers met psigiatriese versteurings spandeer minder tyd en wys minder liefde aan hul kinders. Sulke ouers is swak toesighouers. Wanneer hulle dissipline toepas, is hulle onnodig streng en versuim ook om huisreëls konsekwent toe te pas. Hulle argumenteer ook dikwels met hul maat oor hoe kinders beheer moet word. Cunningham (2007) wys verder daarop dat ouerskopleidingsprogramme wat AT/HV-simptome by kinders verminder, ook ouers se depressietellings laat daal.

In 'n studie in Iran het Ghanizadeh, Mohammedi en Rozita (2008) die verband ondersoek tussen ko-morbiede versteurings by kinders met AT/HV en psigiatriese versteurings by hulle ouers. Die navorsers het gestruktureerde psigiatriese onderhoude (die Farsi- weergawe van die *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia*) volgens die DSM-IV-RT-kriteria, gebruik. Die gemiddelde ouderdom van die kinders was 8.7 jaar, die ma's s'n was 40.1 en pa's s'n was 34.6 jaar. Slegs 7.6% van die seuns en 21.7% van die meisies het "suiwer" AT/HV – sonder enige ander ko-morbiede versteurings – gehad. Die psigiatriese versteurings wat meestal by die kinders voorgekom het, was hoofsaaklik opposisionele uitdagende versteuring (OUV) by die seuns en angsversteurings by die meisies. Die voorkoms van lewenslange AT/HV by die ouers was 45.8% by die ma's en 17.7% by die pa's. Die voorkoms van depressie by die ma's was 48.1% en 43.0% van die pa's, het depressiesimptome gehad.

Chi en Hinshaw (2002) het die effek van ma's wat aan depressie ly op die ouer-kindverhouding ondersoek. Altesaam 96 kinders (tussen die ouderdom van 6 en 10 jaar) wat met AT/HV gediagnoseer is, en hul ma's, het aan die studie deelgeneem. Meetinstrumente is gebruik om eienskappe van die kinders te bepaal, terwyl ma's selfrapporteringsvraelyste rakende hul depressiewe simptome en ouerskapstyle moes invul. 'n Laboratoriumwaarneming van ouer-kindinteraksie is ook gedoen. Die navorsers het gevind dat die graad van depressie by ma's verband gehou het met negatiewe vooroordele oor hulle eie, asook hul kind se gedrag. Die navorsers beveel sterk aan dat verdere navorsing nodig is om ma's se depressie beter te verstaan, asook oor hoe depressie ouerskap kan beïnvloed.

Johnston, Murray, Hinshaw, William en Hoza (2002) het die ma-kindinteraksies van 136 seuns met AT/HV (tussen 7 en 10 jaar oud) ondersoek wat aan die *Multimodal Treatment Study of Children with ADHD (MTA-studie)* deelgeneem het. Die navorsers wou uitvind of ma's se responsiwiteit (*responsiveness*) en hul depressie simptome en kinders se AT/HV simptome en gedragsprobleme, met mekaar geassosieer kan word. Die navorsers het gevind dat ma's se responsiwiteit, beduidend negatief korreleer met kinders se gedragsprobleme. Dit het egter nie verband gehou met die kinders se AT/HV-simptome nie.

Gerdes, Hoza en Arnold (2007) het disfunksionele ouerskap en depressie by 96 ma's van kinders met AT/HV wat ook aan die MTA-studie deelgeneem het, ondersoek. Daar is gevind dat stres by ma's, lokus van beheer, en selfwaarde verbind kan word met die voorkoms van depressie en swak ouerskapsgedrag. Sulke ma's sien hulself as swak ouers. Hulle glo hulle het min beheer, of invloed op hul kinders. Gevolglik gebruik hulle swak ouerskapstyle. Modesto-Lowe et al. (2008) wys daarop dat geestesgesondheid by ma's deeglik ondersoek moet word en van kritiese belang is, as die beste uitkomst vir kinders met AT/HV verkry wil word. Volgens Modesto-Lowe et al. (2008) behoort navorsers ook die interaksie tussen ma's se depressie en kwesbaarhede by hulle kinders te ondersoek.

Chronis et al. (in Modesto-Lowe et al., 2008) wys daarop dat ma's se depressie 'n beduidende voorspeller vir die ontstaan van 'n gedragsteurnis (GS) by veral jonger kinders (voor die ouderdom van 10) met AT/HV is. Al hierdie studies wys volgens

Modesto-Lowe et al. (2008) op 'n duidelike verband tussen die voorkoms van depressie by ma's en hoe hulle op hul kinders en dié se gedragsprobleme reageer. Modesto-Lowe et al. (2008) wys egter daarop dat die proses wat onderliggend is aan hierdie assosiasie, nog swak verstaan word.

Ouers van kinders met AT/HV is meer geneig om as volwassenes self simptome van AT/HV te hê, as ouers met tipiese kinders (Cunningham, 2007). Volgens 'n literatuurstudie deur Cunningham (2007) het ouers se AT/HV-simptome 'n uitwerking op gesinsverhoudinge deurdat dit ouerskap en uitkomst by kinders beïnvloed. Ouers met AT/HV rapporteer swakker huweliksaanpassing en meer gesinsdisfunksie, as ouers sonder AT/HV-simptome. Ouers met AT/HV-simptome vaar ook swakker in ouerleidingsprogramme as tipiese ouers. Ouers met AT/HV se ouerskapstyl is nie konsekwent nie en soms selfs onbetrokke, terwyl reëls en dissipline wisselvallig toegepas word - wat 'n negatiewe impak op gesinsfunksionering het (Cunningham, 2007).

Ten slotte word gerapporteer oor Ghanizadeh en Jafari (2010) se interessante studie oor kinders met AT/HV wat hulle ouers mishandel. Dié navorsers kon geen vorige navorsing vind oor kinders met AT/HV wat hulle ouers mishandel nie en selfs studies oor tipiese kinders wat hulself skuldig maak aan dié soort mishandeling, is maar dun gesaai. Ghanizadeh en Jafari (2010) het onderhoude met 74 kinders en adolessente wat aan AT/HV ly en hulle ouers, gevoer. Die doel was om risikofaktore te identifiseer wat 'n rol speel in dié soort mishandeling. 'n Vraelys is ook ontwikkel wat ouers se mishandeling deur hulle kinders geëvalueer het. Volgens hul resultate is meer as die helfte van die ouers aan minstens een vorm van mishandeling blootgestel. Verskillende vorms van mishandeling het met Oppositionele Uitdagende Versteuring (OUV), die voorkoms van senuttrekkings, en skeidingsangsversteuring gekorreleer. Die pa's en ma's se ouderdom, die vlak van opvoeding en hulle beroep was nie risikofaktore vir mishandeling nie. Die teenwoordigheid van OUV by die kinders en depressie by ma's, was die sterkste voorspellers van mishandeling. Die navorsers het gevind dat daar 'n ontstellende hoë voorkoms van mishandeling van ouers deur hul kinders met AT/HV was (Ghanizadeh & Jafari, 2010).

3.6 Bevordering van veerkragtigheid – uitkomst vir ouer en kind

Verskeie navorsingstudies dui daarop dat die “goue” kombinasie van medikasie, kognitiewe gedragsterapie en 'n gedragleidingsprogram vir ouers (behaviour parent training) die beste uitkomst vir ouers en kinders met AT/HV bring (Mash & Barkley, 2006). Mash en Barkley (2006) wys daarop dat gedragleidingsprogramme vir ouers 'n fundamentele aspek van coping vir gesinne met kinders met AT/HV is, wat gesinsaanpassing aansienlik kan verbeter. Gedragleidingsprogramme help ook om konflik binne die gesin te verminder en lei tot beter sosiale aanpassing van gesinne binne die gemeenskap wat gesinsveerkragtigheid kan bevorder (Mash & Barkley, 2006).

Barkley (1997) se baanbrekerswerk op dié gebied, verdien spesiale melding. Barkley se model van verswakte selfregulering beklemtoon die belang van gedragleidingsprogramme. Kinders met AT/HV is minder gehoorsaam, samewerkend, meer negatief en minder inskiklik – ook op die lange duur (Mash & Barkley, 2006). Volgens Barkley se teorie word die kern tekortkominge van kinders met AT/HV in die prefrontaal korteks van die brein gevind. Dié gedeelte wat te make het met impuls beheer en uitvoerende gedrag. Gevolglik het kinders met AT/HV probleme met impulsbeheer, tydsbestuur, beplanning en om versoekings te weerstaan. Wat in die verlede gebeur het, of in die toekoms gaan gebeur, het feitlik geen of min invloed op AT/HV-gedrag nie. Dit het wel implikasies vir hoe hierdie kinders gedissiplineer behoort te word, wat aanpassing van die ouerskapstyl verg. Gebeure rondom die hier en nou, het die kragtigste uitwerking op AT/HV-gedrag. Om die effektiwiteit van ouerleidingsprogramme lê dus juis daarin, dat die ouers se “gedragsbehandeling” kompenseer vir die effek wat tydsverloop op gedrag het (Barkley, 1997). Barkley moedig ook ouers aan om soos 'n uitvoerende beampte met hul kinders om te gaan in 'n warm, ondersteunende klimaat waar grense en reëls en gevolge duidelik is en waar ouers kinders se sin vir verantwoordelikheid bevorder en ontwikkel (Barkley, 2000).

'n Literatuuroorsig deur Chronis, Chacko, Fabiano, Wymbs en Pelham (2004) ondersteun die siening dat gedragleidingsprogramme vir ouers 'n groot verskil aan

gesinsfunksionering maak. Soveel so dat dit wél 'n invloed op die ouerskapstyl het en ouers se stres verminder. Daar is gevind dat die kwaliteit van ouerskap verbeter wat tot beter aanpassing vir almal in die gesin lei. In sommige studies het gedragleidingsprogramme ook kinders se gedrag op skool verbeter, maar verdere navorsing hieroor word nog benodig (Chronis et al., 2004).

Hoe vroeër ouers begin met gedragleidingsprogramme, hoe beter hanteer ouers hul kinders se AT/HV simptome later en hoe kleiner raak die risiko dat 'n gedragsteurnis (GS) sal ontwikkel (Hartman, Stage, & Webster-Stratton, 2003). In 'n studie deur Hartman et al. (2003) is gevind dat kinders van ouers wat gedragleidingsprogramme volg se gedragsprobleme aansienlik verminder het. Ma's van 81 seuns (tussen 4 en 7 jaar oud) met gedragsprobleme het 'n gedragleidingsprogram wat tussen 22 en 24 weke geduur het, bygewoon. Aan die einde van die program het ma's beduidend minder negatiewe interaksies met hul kinders gerapporteer en het die seuns se gedragsprobleme daarmee saam beduidend afgeneem (Hartman et al., 2003).

Ook Danforth, Harvey, Ulaszek en McKee (2006) het in 'n studie die effek van 'n gedragleidingsprogram op 45 ouers en kinders met AT/HV met opposisionele aggressiewe gedrag ontleed. Die ouerleidingsprogram het hiperaktiewe, opponerende en aggressiewe gedrag by die kinders verminder. Die kwaliteit van ouerskap het verbeter, terwyl die stres wat ouers ervaar, terselfdertyd beduidend verminder het (Danforth et al., 2006).

Cunningham (2007) beklemtoon ook dat gedragleidingsprogramme ouers met kinders met AT/HV bemagtig. Ouers se stresvlakke daal, daar is groter aanvaarding van hul kind, die kwaliteit van die ouer-kindverhouding verbeter, terwyl gedragsprobleme by die kinders ook verbeter (Cunningham, 2007; Kienle, Koerber & Karch, 2009).

'n Interessante uitkoms van die MTA-studie wat vroeër bespreek is, was juis dat die blote gebruik van medikasie, of van gedragsprogramme vir kinders, selfs as gekombineerde behandelingsmetode, nie stresvlakke by ouers laat daal het nie (Cunningham, 2007). Die geheime bestanddeel in die resep blyk weereens gedragleidingsprogramme te wees – wat die ouer-kindverhouding optimaal verbeter.

Die positiewe effek van gedragleidingsprogramme oor verskillende kulture heen, word deur Modesto-Lowe et al. (2008) bevestig.

Huweliksconflik, ouers se middelmisbruik en die voorkoms van volwasse AT/HV-simptome by ouers kan egter die effektiwiteit van gedragleidingsprogramme belemmer. In 'n studie deur Harvey, Danforth, McKee, Ulaszek en Friedman (2003) is die verhouding tussen ouers met volwasse AT/HV-simptome en hul kinders met AT/HV ondersoek. Altesaam 46 ma's en 26 pa's het aan die studie deelgeneem. Pa's se selfrapportering van hul eie impulsiwiteit en aandagafleibaarheid, was sterk voorspellers van nalatige ouerskap vóór en ná 'n gedragleidingsprogram. Dieselfde volwasse AT/HV-eienskappe het na die gedragleidingsprogram steeds oorreaksie en gedrewe ouerskap veroorsaak. Ma's met aandagafleibaarheid het ook nalatige ouerskap voor en na gedragleidingsprogramme gerapporteer. Dié ma's met die hoogste aandagafleibaarheids-tellings het na gedragleidingsprogramme ook die negatiefste ouer-kindverhouding openbaar. Ook Murray en Johnston (2006) het die effek van gedragleidingsprogramme op ma's met AT/HV en ma's daarsonder met hul kinders met AT/HV ondersoek. Die ma's met AT/HV, teenoor tipiese ma's, was swak toesighouers, nie-konsekwent in die toepassing van dissipline en soms onbetrokke.

Modesto-Lowe et al. (2008) beklemtoon dat die effek van gedragleidingsprogramme beperk is, veral wanneer ouers self AT/HV het, aan depressie of ander psigiatriese versteurings ly, middels misbruik en antisosiale gedrag openbaar.

3.7 Samevatting

Uit vorige navorsing is dit duidelik dat kroniese stresvolle omgewings ernstige gesondheids- en geestesgesondheidsgevaare inhou vir beide ouers en hulle kinders. Studies wat die impak van AT/HV op ouers, kinders en die gesin ondersoek het, wys dat daar meer eise gestel word aan ouers met kinders met AT/HV. Hulle het minder hanteringsmeganismes en is meer ontevrede met hul rol as ouer, as ouers van tipiese kinders. So, byvoorbeeld, bestaan daar 'n komplekse transaksionele verhouding tussen ouers se alkoholmisbruik en hulle kinders met gedragsprobleme, terwyl huweliksconflik en egskeidingsyfers ook hoër is in gesinne met AT/HV kinders. Gesonde individuele en gesinsaanpassing blyk dus kwesbaar te wees.

Vorige navorsing dui daarop dat ouerskapstyle van ouers met kinders met AT/HV oor kulture heen na die outoritêre styl neig. Ouers slaan minder ag op hulle kinders se behoeftes, hulle kritiseer meer, gee meer bevele en oorreegeer maklik. Ook is daar 'n tekort aan warm-aanvaardende verhoudings. Ouers rapporteer self dat hulle makliker beheer verloor, wat kinders meer kwesbaar maak vir kindermishandeling (Alizadeh et al., 2007). Die voorkoms van ko-morbiede toestande en die impak daarvan op die gesin, is 'n verdere rede tot kommer. Ouers van kinders met nét AT/HV, verskil van ouers met kinders met AT/HV en ko-morbiede toestande omdat laasgenoemde groep nog swaarder kry. Psigiatrisiese versteurings by ouers met kinders met AT/HV is goed nagevors. Veral die voorkoms van depressie by ma's en die effek daarvan op kinders se gedrag is beduidend, hoewel die onderliggende prosesse nog swak verstaan word.

Die voorkoms van volwasse simptome van AT/HV by ouers met kinders met AT/HV en die effek daarvan op kinders se gedrag, asook die interessante verskynsel van kinders wat hulle ouers mishandel – dui op die komplekse sistemiese wisselwerking wat onderliggend is aan gesinne met kinders met AT/HV. Laastens is die effektiwiteit en beperkinge van gedragleidingsprogramme vir ouers bespreek.

HOOFSTUK 4: METODE VAN ONDERSOEK

4.1 Inleiding

Om 'n kind met AT/HV groot te maak, is 'n veeleisende proses wat meer druk op sulke ouers plaas as op ouers met tipiese kinders. Vir hierdie studie word AT/HV as 'n stressor beskou wat verstelling en aanpassing van gesinne verg.

Die doel van hierdie studie is om vas te stel of daar 'n optimale ouerskapstyl is wat die problematiek vir gesinne met AT/HV-kinders verlaag en derhalwe veerkragtigheid bevorder. Suid-Afrikaanse ouers met kinders met AT/HV wat op laerskool is, het aan hierdie studie deelgeneem. Verskeie meetinstrumente is gebruik om inligting in te samel oor ouerskapstyle, hanteringstyle en gesinsaanpassing.

Die volgende aspekte word in hierdie hoofstuk aan die orde gestel:

- Die navorsingsontwerp.
- Die identifisering van die deelnemers, asook 'n beskrywing van die biografiese kenmerke van die deelnemers.
- Die meetinstrumente wat gebruik is.
- Die navorsingsprosedure.
- Etiese oorwegings.
- Data-ontleding.

4.2 Navorsingsontwerp

'n Eenmalige, dwarsnitopnamenavorsingsontwerp is gebruik. Data is ingesamel deurdat ouers van kinders met AT/HV drie selfvoltooiingsvraelyste asook 'n biografiese vraelys ingevul het. Vir hierdie studie is 'n kwantitatiewe navorsingsbenadering gebruik. Volgens Neuman (1997) is die doel van kwantitatiewe metings om die sosiale wêreld objektief te meet en hipoteses te toets, om sodoende menslike gedrag te voorspel. 'n Kwantitatiewe studie kan beskou word as 'n ondersoek na sosiale of menslike probleme waaroor teorieë bestaan en wat veranderlikes bevat. Metings word statisties ontleed om te bepaal of voorspelde veralgemenings oor die teorie waar is (Neuman, 1997).

Vir hierdie studie is bekende vraelyste (*Parenting Styles and Dimensions Questionnaire Short Version, PSDQ-Short Version*), *Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scales (F-COPES)* en *Family Attachment and Changeability Index 8 (FACI8)* gebruik wat reeds oor verskillende kultuuroopsette heen in uiteenlopende ondersoeke gebruik is. Die wye gebruik van hierdie meetinstrumente maak dit moontlik om die resultate te vergelyk met soortgelyke studies.

4.3 Deelnemers

4.3.1. Inleiding

Deelnemers aan hierdie studie was ouers van kinders met ATHV wat in Suid-Afrika woon. Die insluitingskriteria waarvolgens ouers kon deelneem, was soos volg:

- die kinders moes reeds vir minstens ses maande tot een jaar met ATHV gediagnoseer wees;
- die diagnose moes deur 'n professionele deskundige wat by die *Health Professions Council of South Africa (HPCSA)* geregistreer is, gemaak wees;
- die ouderdom van die kinders kon wissel tussen 6 en 14 jaar – ongeveer die ouderdom van 'n laerskoolkind;
- die diagnose moes wees aan die hand van 'n erkende ATHV-diagnostiesemodel, byvoorbeeld die *Connors-vraelyste* of *Brown's Attention Deficit Scale*.
- die diagnostiese simptome en kriteria - soos uiteengesit in die *DSM-IV-TR* (American Psychiatric Association, 2000) - het gegeld.

4.3.2. Deelnameproses

Aanvanklik is 15 skole in die Helderbergkom in die Wes-Kaap genader met 'n versoek om inligtingsbriewe (vergelyk Bylae A) oor die studie, aan ouers met kinders met ATHV te stuur. Die ouers kon dan self besluit of hulle wou deelneem of nie. Van die 15 skole wat genader is, het agt ingestem om die briewe uit te deel. By elke skool is 'n onderwyser aangewys wat namens die navorser die vraelyste aan die ouers sou uitdeel en ontvang. Die ouers is ongeveer vier weke tyd gegee om die vraelyste in te vul en terug te stuur na die skool. Die reaksie was egter power. Vraelyste het weggeraak, ander is nooit teruggestuur nie, en sommige onderwysers was net nie gemotiveerd om

die proses te bestuur nie. By van die skole was daar geen terugvoer nie. Een van die laerskole het egter uitstekende samewerking gegee.

Op grond van die beperkte deelname is besluit om die geografiese ondersoekgebied te vergroot. Vier AT/HV-ondersteuningsgroepe in die Wes-Kaap, is met dieselfde versoek (dat 'n inligtingstuk oor die studie elektronies aan lede gestuur sal word) genader. Belangstellendes kon die navorser direk kontak en vraelyste sou per e-pos aan hulle gestuur word. Daar was nie veel reaksie van die lede van hierdie ondersteuningsgroepe nie.

Inligtingstukke oor die studie is ook by verskeie Wes-Kaapse professionele AT/HV-diensverskaffers soos pediater, dokters en psigiaters se spreekkamers opgeplak. Ouers is op die manier uitgenooi om deel te neem aan die studie en moes die navorser direk kontak. Hierdie proses was ook nie baie suksesvol nie.

Die navorser het hierná 'n paar skole in die Wes-Kaap geïdentifiseer met entoesiastiese onderwysers, wat bereid was om te help. Drie skole het ingestem om te help en die inligtingsbrief aan ouers beskikbaar te stel. Baie goeie terugvoer is van ouers by dié skole gekry.

In 'n laaste poging om genoeg deelnemers te kry, is die *Attention Deficit Hyperactivity Association of South Africa (Adhasa)* en mev. Maati van Heerden, wat 'n AT/HV-webwerf bedryf, genader om dieselfde inligtingstuk (vergelyk Bylae A) deur hulle webwerf aan lede te versprei. Intussen het nog 'n webwerf, wat te make het met ouerskapskwessies in Kwa-Zulu Natal, die navorser gekontak met 'n versoek om inligting rakende die studie op hul webwerf te publiseer. Die navorser is ook deur organiseerders van die *Baby Expo* wat in Oktober 2009 by die Kaapstadse Internasionale Konferensiesentrum gehou is, genader om inligtingstukke rakende die studie daar beskikbaar te stel.

Sommige deelnemers het by familie of vriende gehoor van die studie en het uit hulle eie die navorser gekontak. Oor die algemeen was die ouers wat wel deelgeneem het, baie entoesiasties oor die studie. Met e-pos is goeie terugvoering van ouers dwarsoor die land gekry.

4.3.3. Deelnamestatistieke

Uiteindelik is 122 stalle voltooide vraelyste teruggekry. Vier stalle is uitgegooi omdat drie onvoltooid was (groot gedeeltes van die selfvoltooiingsvraelyste is nie ingevul nie, of was weg) en een het nie 'n biografiese vraelys bevat nie. Uiteindelik is dus 118 stalle vraelyste ingesamel vanuit 102 gesinne wat aan die studie deelgeneem. By 16 van die 102 gesinne het beide die ma's en die pa's die vraelyste voltooi. Daar het altesaam 98 vroue en altesaam 20 mans aan die studie deelgeneem. Uit die 118 deelnemers was 56% (n = 57) Afrikaanssprekend, 41% (n = 42) was Engelssprekend en 1% (n = 1) was Xhosasprekend, terwyl 2% (n = 2) anderstalig was. Daar is nie vir ras gekontroleer nie.

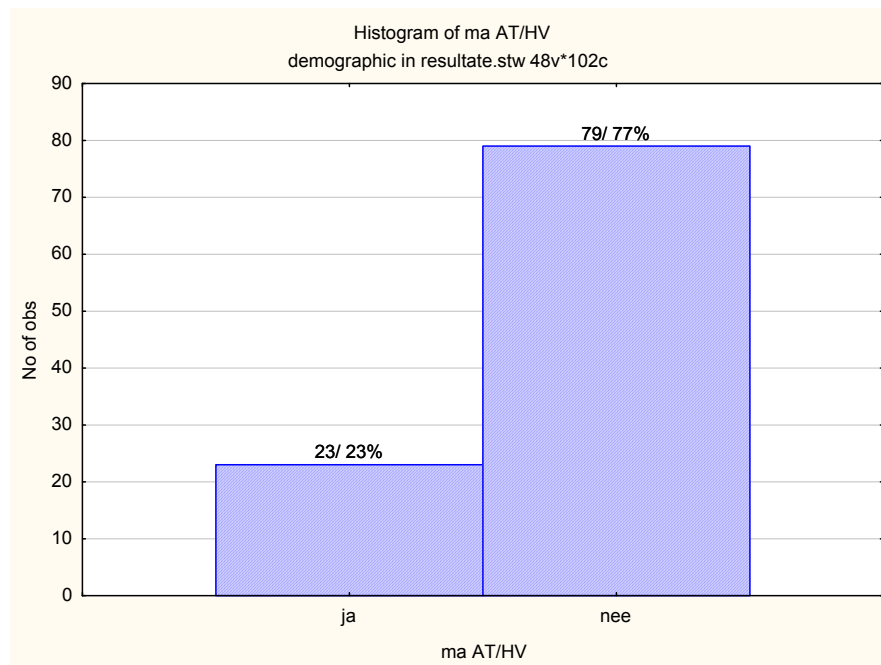
Wat geslag betref, was 16.81% (n = 20) van die deelnemers manlik en 83.19% (n = 98) was vroulik. Twee-ouergesinne het 85.29% (n = 87) van die studie en enkelouergesinne 14.70% (n = 15) van die studie uitgemaak. In die twee-ouergesinne was die ouers gemiddeld 12.67 jaar getroud. Altesaam 89% (n = 85) van die mans was net een keer getroud, terwyl 9% (n = 9) minstens twee keer getroud en 1% (n = 1) drie keer getroud was. Altesaam 1% (n = 1) was nie getroud nie. Die res se data was onbekend. Altesaam 83% (n = 82) van die vroue was net een keer getroud, terwyl 16% (n = 16) minstens twee keer getroud was. Die gemiddelde ouderdom van die pa's was 42.74 jaar en die ma's 39.21 jaar. Net 1% (n = 1) van die pa's het net laerskool voltooi, 32% (n=29) het matriek voltooi, 34% (n = 31) het 'n naskoolse diploma, 26% (n = 23) het 'n universiteitsgraad en 1% (n = 1) het 'n nagraadse kwalifikasie behaal. Wat die ma's betref het 4% (n = 4) laerskool voltooi, 30% (n = 30) het hoërskool voltooi, 32% (n = 32) het 'n diploma behaal, 28% (n = 28) het 'n graad behaal en 7% (n = 7) het 'n nagraadse kwalifikasie behaal.

Altesaam 12% (n = 12) van gesinne het minder as R60 000 per jaar verdien, 13% (n = 13) het tussen R60 000 en R120 000 verdien, terwyl 74% (n = 73) meer as R120 000 per jaar verdien het. Die gemiddelde ouderdom van die kind met AT/HV was 9.45 jaar, waarvan 19% (n = 19) meisies en 81% seuns (n = 83) was. Die gemiddelde ouderdom waarop die kind gediagnoseer is, was 6.6 jaar. Altesaam 78% (n = 80) van die kinders met AT/HV het voorgeskrewe medikasie ontvang, teenoor 22% (n = 22) sonder voorgeskrewe medikasie. In 55% (n = 57) van die gevalle is medikasie deur 'n pediater voorgeskryf, gevolg deur psigiaters (16%, n = 17), huisdokters (5%, n = 5), neuroloë (1%, n = 1). Altesaam 34% (N = 102; n = 34,68) van die kinders met ATHV het ook 'n

ko-morbiede toestand gehad. Die ko-morbiede toestand wat meestal voorgekom het, was sensoriese disintegrasie 13% (n = 13), gevolg deur depressie 6% (n = 6), angsvreterings 5% (n = 5), *Aspergerseversteuring* 4% (n = 4), Gedragsversteuring 3% (n = 3), Opponerende Uitdagende Versteuring 2% (n = 2) en *Touretteversteuring* 1% (n = 1). Wat ouers met AT/HV betref het 23% (n = 23) van die ma's en 28% (n = 29) van die pa's aangedui dat hulle as volwassenes met ATHV gediagnoseer is. 'n Totaal van 33% (n = 33) van die ouers het 'n vorm van oerleiding of sielkundige terapie ontvang, teenoor 67% (n = 68) wat geen ondersteuning gekry het nie.

4.3.4 Kern biografiese data verbeeld in histogramme

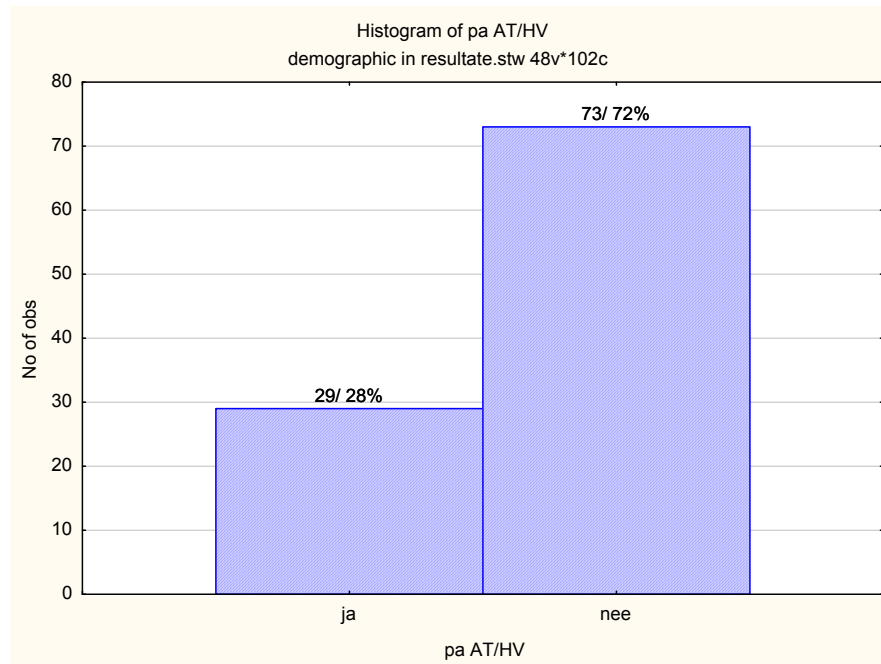
In *Figuur 3* word die voorkoms van AT/HV by ma's tydens volwassenheid getoon.



Figuur 3. Die voorkoms van AT/HV by ma's tydens volwassenheid.

In *Figuur 3* kan gesien word dat 23% van die ma's wat aan hierdie studie deelgeneem het AT/HV het, teenoor 77% wat aangedui het dat hulle nie die toestand het nie.

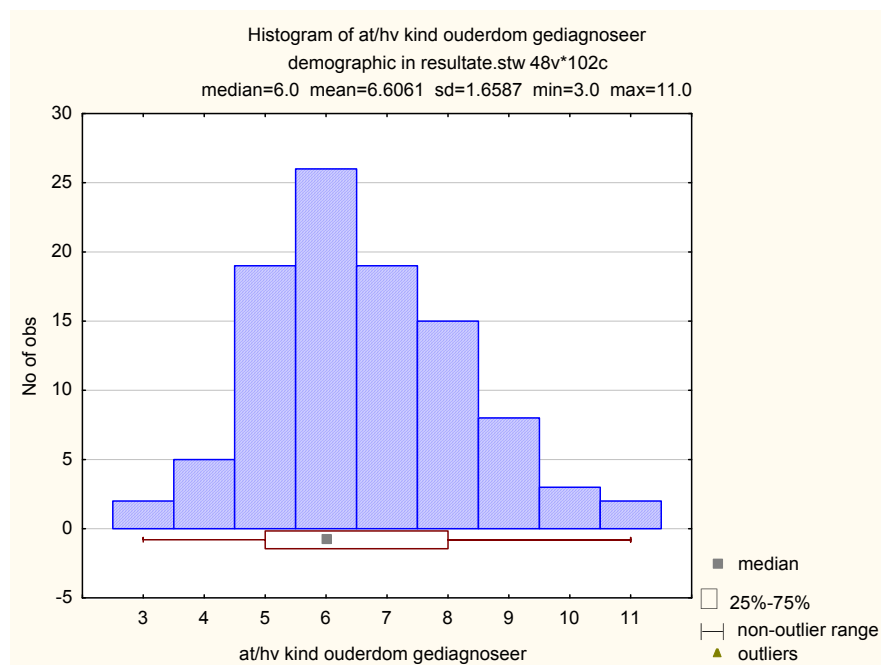
In *Figuur 4* word die voorkoms van AT/HV by pa's tydens volwassenheid aangetoon.



Figuur 4. Die voorkoms van AT/HV by pa's tydens volwassenheid.

In *Figuur 4* kan gesien word dat AT/HV voorkom by 28% van die pa's wat aan die studie deelgeneem teenoor 72% van die pa's wat nie gediagnoseer is nie.

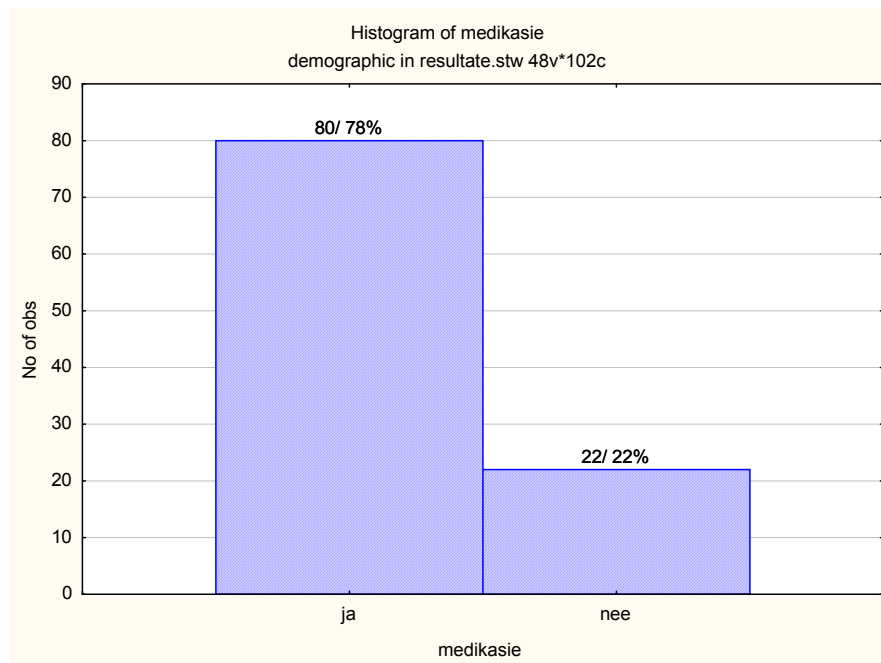
In *Figuur 5* word die gemiddelde ouderdom waarop kinders die eerste maal met AT/HV gediagnoseer is, aangetoon.



Figuur 5. Gemiddelde ouderdom van AT/HV-diagnose by kinders.

Dit volg uit *Figuur 5* dat die gemiddelde ouderdom waarop die kind met AT/HV vir die eerste keer gediagnoseer is, 6.61 jaar (SA = 1.66).

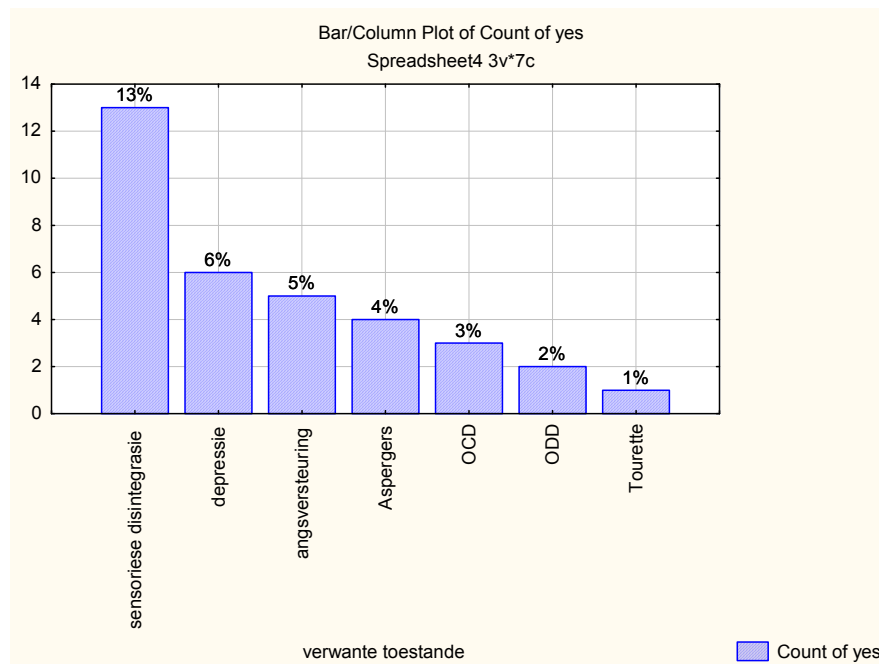
In *Figuur 6* word aangedui hoeveel kinders in die studie medikasie gebruik en hoeveel geen medikasie gebruik nie.



Figuur 6. Die gebruik van voorgeskrewe medikasie.

Dit volg uit *Figuur 6* dat 78% (n = 80) van die kinders met AT/HV (N = 102) in hierdie studie wel voorgeskrewe medikasie vir die toestand gebruik en 22% (n = 22) geen medikasie gebruik nie.

In *Figuur 7* word aangedui hoeveel kinders wat AT/HV het ook 'n ko-morbiede toestand het.



Figuur 7. Die voorkoms van ko-morbiede toestande.

In *Figuur 7* word ko-morbiede toestande wat saam met AT/HV voorkom verbeeld. Altesaam 13% ($n = 13$) van die kinders het probleme met sensoriese disintegrasië, 6% ($n = 6$) is ook met depressie gediagnoseer, 5% ($n = 5$) het angsvreuring, 4% ($n = 4$) het *Asperger's Sindroom*, 3% ($n = 3$) het obsessiewe kompulsiewe vreuring, 2% ($n = 2$) het opposisionele gedragsvreuring en 1% ($n = 1$) het *Tourettesindroom*. Dit blyk dus uit *Figuur 7* dat 34% ($n = 34,68$) van die kinders met AT/HV wie se ouers aan die studie deelgeneem het, 'n ko-morbiede toestand het.

4.4 Meetinstrumente

Inligting oor die gesinne wat deelgeneem het aan hierdie ondersoek, is verkry deurdat deelnemers 'n biografiese vraelys (vergelyk Bylae D) voltooi het. Daarin is inligting verskaf oor onder meer: geslag, ouderdom, huistaal, huwelikstatus, hoogste opvoedkundige kwalifikasie, beroep, bruto inkomste, ander onmiddellike gesinslede met AT/HV, die gebruik van medikasie, wie medikasie voorskryf, die gebruik van terapie, aantal kinders in die gesin, ouderdom van kind met AT/HV en ouderdom waarop diagnose gemaak is. Aanvullend hierby is deelnemers gevra om drie selfvoltooiingsvraelyste (vergelyk Bylae E) in te vul. Dié gevestigde kwantitatiewe vraelyste, is al in verskeie nasionale en internasionale studies gebruik. Al drie vraelyste is aanvanklik in Engels opgestel en is deur middel van vertaling-hervertaling in

Afrikaans vertaal. Die volgende kwantitatiewe meetinstrumente is gebruik: *Parenting Styles and Dimensions Questionnaire Short Version (PSDQ-Short Version)*, *Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scales (F-COPES)* en *Family Attachment and Changeability Index 8 (FACI8)*.

4.4.1 Parenting Styles and Dimensions Questionnaire Short Version (PSDQ)

Die *Parenting Styles and Dimensions Questionnaire Short Version (PSDQ-Short Version)* (Robinson, Mandleco, Olsen, & Hart, 2001) meet 'n aantal gedragskenmerke wat ouers van preadolesent kinders openbaar wanneer hulle in interaksie met hulle kinders is. Die vrae is ontwerp om te meet hoeveel keer die respondent se maat/eggenoot sekere gedrag teenoor die kind/kinders toon en hoeveel keer die respondent self sekere gedrag teenoor die kind/kinders toon. In die kort weergawe van die meetinstrument word 32 items na gelang van 'n vyfpunt-Likertskaal (nooit tot altyd) gemeet. Inligting word ontleed aan die hand van Baumrind (1971) se drie ouerskapstyle (gesaghebbend, outoritêr, permissief), terwyl sewe dimensies fynere nuanses uitwys. Die meetskaal het 'n aparte aaneenlopende meting van elke dimensie van ouerskap soos dit toenemend gebruik word.

Die gesaghebbende subskaal - evalueer die dimensies konneksie, outonomiegewendheid en regulering.

- Konneksie (warmte en ondersteuning) (vyf items) dui op die mate wat die ouer verstaan en in voeling is met die kind se behoeftes en emosies. 'n Voorbeeld van 'n item is: "Reageer ek op ons kind se gevoelens en behoeftes." Die interne betroubaarheid (*Cronbach alpha*) is 0.65 (Robinson et al., 2001) en in hierdie ondersoek is 'n Cronbach alpha van 0.75 gevind.
- Outonomie-gewendheid (demokratiese deelname) (vyf items) wys die mate wat die ouer die kind se opinie respekteer en toelaat om deel te neem aan besluite en gesinsreëls. 'n Voorbeeld hiervan is: "Ek laat ons kind toe om 'n bydrae te lewer tot gesinsreëls." Die interne betroubaarheid (*Cronbach alpha*) is 0.49 (Robinson et al., 2001) terwyl die interne betroubaarheid vir hierdie ondersoek 0.69 is.
- Regulering (redenering/induksie) (vyf items) dui aan hoe die ouer dissipline, reëls en gevolge van gedrag aan die kind verduidelik en beklemtoon. 'n Voorbeeld hiervan is: "Ek beklemtoon waarom daar reëls is." Die interne betroubaarheid

(*Cronbach alpha*) is 0.66 (Robinson *et al.*, 2001) terwyl die interne betroubaarheid vir hierdie studie 0.80 is.

- In hierdie studie is 'n interne betroubaarheid (*Cronbach alpha*) van 0.81 vir die totale gesaghebbende subskaal gevind, terwyl Robinson *et al.* (2001) 0.86 gevind het. Beide koëffisiënte is groter as .75 wat op aanvaarbare betroubaarheid dui (*Cronbach's Alpha*, 1984-2008).

Met die **outoritêre-subskaal** word drie dimensies geëvalueer, naamlik fisieke forsering, geen verduideliking, en verbale vyandigheid.

- **Fisieke forsering** (vier items) - wys op die mate wat ouers lyfstraf gebruik om dissipline af te dwing. 'n Voorbeeld hiervan is: "Ek klap ons kind vir wangedrag." Die interne betroubaarheid (*Cronbach alpha*) vir hierdie studie was 0.83, terwyl Robinson *et al.* (2001) 'n koëffisiënt van 0.70 rapporteer.
- **Geen verduideliking** (vier items) - wys op die mate wat ouers aan hulle kinders redes gee of verduidelikings gee vir straf of dissipline. 'n Voorbeeld hiervan is: "Ek straf ons kind deur hom/haar sonder enige verduideliking iewers alleen te laat." Die *Cronbach alpha* (interne betroubaarheid) vir hierdie studie was 0.63 terwyl Robinson *et al.* (2001), met 'n steekproef van 1377, 'n koëffisiënt van 0.54 rapporteer.
- **Verbale vyandigheid** (vier items) – dui die mate aan wat ouers hulle woede en kritiek verbaal uitdruk. 'n Voorbeeld hiervan is: " Ek bars in woede uit teenoor ons kind." Die interne betroubaarheidskoëffisiënt (*Cronbach alpha*) vir hierdie studie was 0.78 terwyl Robinson *et al.* (2001) 'n koëffisiënt van 0.53 rapporteer.
- In hierdie studie is vir die totale outoritêre-subskaal 'n interne betroubaarheidskoëffisiënt (*Cronbach alpha*) van 0.75 gevind terwyl Robinson *et al.* (2001) 0.82 rapporteer.

Die persmissiewe-subskaal het net een dimensie, naamlik toegeeflikheid. Toegeeflikheid (vyf items) dui op inkonsekvente, insiklike gedrag van ouers in deurvoering van dissipline, die mate waartoe hulle wangedrag ignoreer en selfvertroue in hul eie ouerskapsvaardighede. 'n Voorbeeld hiervan is: "Dis vir my moeilik om ons kind te dissiplineer." Die interne betroubaarheidskoëffisiënt (*Cronbach alpha*) vir hierdie studie was 0.69, terwyl Robinson *et al.* (2001) 'n koëffisiënt van 0.64 rapporteer.

Hoewel die PSDQ 'n redelike nuwe meetinstrument is, het dit reeds wye aanvaarding en lof ontvang (Winsler, Madian, & Aquilino, 2005). Dit is ook een van die min meetskale wat beskikbaar is as psigometriese *defensible scale* - wat ooreenkomste en verskille tussen ouers se vermoë om versorgend op te tree en dissipline te handhaaf – uit te wys. Die skaal se effektiwiteit, oor verskillende kulture heen, is reeds goed bewys in Rusland, China, Iran en in Afro-Amerikaanse gemeenskappe (Alizadeh *et al.*, 2007; Winsler *et al.*, 2005). Tot dusver het meeste navorsers slegs die selfrapporteringsgedeelte van die skaal gebruik - wat ook die geval was vir hierdie studie. Robinson *et al.* (1995) het met die oorspronklike 62-item skaal in 'n studie met 1251 ouers die geldigheid en interne betroubaarheid bewys (die *Cronbach alphas* was 0.91 vir die ma's, 0.86 vir die pa's en 'n koëffisiënt van 0.75 vir beide groepe saam).

4.4.2 Family Crises Oriented Personal Evaluation Scales (F-COPES)

F-COPES (*Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scales*) is ontwikkel deur McCubbin, Olson en Larsen (1981) om probleemoplossing- en gedragstrategieë te identifiseer, wat deur gesinne gebruik word ten tye van 'n krisis. Dit geskied deurdat interne en eksterne hanteringstrategieë van die gesin geëvalueer word. Interne hanteringstrategieë bestaan tussen gesinslede of binne die gesin in sy geheel. Eksterne hanteringstrategieë bestaan tussen die gesin en die sosiale omgewing, of kan verwys na probleme wat buite die gesin ontstaan, maar steeds die gesin affekteer. Gesinshantering (gemeet met *F-COPES*) vorm deel van die Veerkrachtigheidsmodel van Gesinsaanpassing, waarin die volgende faktore geïntegreer is: opeenhoping van stressors, beskikbaarheid van gesinshulpbronne, en betekenis en persepsie van krisis. *F-COPES* meet in hoe 'n mate gesinslede spesifieke gedrag toon, as hanteringstrategie in omgang met eise wat aan die gesin gestel word.

Die meetinstrument bestaan uit 30 items wat op 'n vyfpunt-Likertskaal gegradeer word (“stem glad nie saam nie” tot by “stem heelhartig saam”) en dit sluit die volgende vyf subskale in:

- **Sosiale ondersteuning** is 'n subskaal wat meet of die gesin aktief hulp soek by hulle sosiale netwerk wat familielede, bure en vriende insluit. 'n Voorbeeld van so 'n item is: “Raad by familielede te soek.” Volgens McCubbin *et al.* (1996) het die subskaal 'n interne betroubaarheidskoëffisiënt (Cronbach alpha) van 0.83. In

hierdie studie het die subskaal ook 'n interne betroubaarheidskoëffisiënt (Cronbach alpha) van 0.83 gehad.

- **Herbeoordeling** verwys na die mate waarin die gesin stresvolle situasies herdefinieer, sodat dit beter hanteer kan word. 'n Voorbeeld hiervan is: “Die gesinsprobleem op 'n meer positiewe manier te definieer sodat ons nie te veel ontmoedig word nie.” Die subskaal het 'n interne betroubaarheidskoëffisiënt (Cronbach alpha) van 0.82 (McCubbin et al., 1996). In hierdie studie is 'n interne betroubaarheidskoëffisiënt van 0.70 gevind.
- **Spirituele ondersteuning** meet die mate waartoe die gesin spirituele ondersteuning soek. 'n Voorbeeld hiervan is: “Om kerkdienste by te woon.” McCubbin et al. (1996) rapporteer 'n interne betroubaarheidskoëffisiënt (Cronbach alpha) van 0.80, terwyl in hierdie studie 'n Cronbach alpha van 0.83 gevind is.
- **Mobilisering van die gesin om hulp te soek** - meet as subskaal die mate waartoe die gesin hulpbronne in die gemeenskap soek en hulp van ander aanvaar. 'n Voorbeeld hiervan is: “Inligting en raad by die gesinsdokter te soek.” Die interne betroubaarheidskoëffisiënt (Cronbach alpha) word aangegee as 0.71 (McCubbin et al., 1996), terwyl in hierdie studie 'n interne betroubaarheidskoëffisiënt van 0.68 gevind is.
- **Passiewe beoordeling** – as subskaal meet dit die mate waartoe die gesin bloot probleme aanvaar, sonder om aktief oplossings daarvoor te soek. So word reaktiwiteit verminder. 'n Voorbeeld hiervan is: “Televisie te kyk.” Die interne betroubaarheidskoëffisiënt (Cronbach alpha) word deur McCubbin et al. (1996) aangegee as 0.63. In hierdie studie is 'n Cronbach alpha van 0.46 verkry.

'n Totale interne betroubaarheidstelling kan verkry word, deur die gemiddeld te bepaal van die subskale se tellings. In die huidige studie is subskaalte tellings apart gehou omdat dit duideliker maak watter hanteringsgedrag beter korreleer met gesinsaanpassing en ouerskapstyle eerder as om 'n totale hanteringstelling te gebruik. Hierdie meetinstrument het vir die totale skaal 'n interne betroubaarheidskoëffisiënt (*Cronbach alpha*) van 0.86 gehad en 'n toets-hertoets betroubaarheidskoëffisiënt van 0.81 (McCubbin et al., 1996).

4.4.3 Family Attachment and Changeability Index 8

Die *Family Attachment and Changeability Index 8 (FACI8)* is ontwikkel deur McCubbin, Thompson en Elver (1995). In hierdie studie is die skaal gebruik om gesinsaanpassing te meet. In pas met die teoretiese model onderliggend aan hierdie navorsing, was aanpassing die afhanklike veranderlike. Die dimensies gehegtheid en veranderbaarheid word evalueer om 'n aanduiding van gesinsfunksionering, en daarmee gesinsaanpassing te verkry. Die som van die twee subskaalteellings word as maatstaf van gesinsaanpassing gebruik.

- **Die gehegtheid-subskaal** meet die sterkte van die gesinslede se gevoelens van verbintenis teenoor mekaar. Daar word gekyk na hoeveel tyd gesinslede saam spandeer en die aard van die kommunikasie wat plaasvind. Gesinne wat saam aan aktiwiteite deelneem is meer geneig om mekaar in hul vertrouwe te neem, eerder as mense van buite die gesin. 'n Voorbeeld van 'n hegtheid-subskaal item is, "Dit is makliker om probleme met mense buite die gesin as met ander gesinslede te bespreek."
- **Die veranderbaarheid-subskaal** meet die mate wat gesinslede buigbaarheid toon in hulle verhoudings teenoor mekaar. Daar word gefokus op faktore soos of die gesin bereid is om te onderhandel wanneer probleme opduik en of hulle bereid is om die gesinsreëls aan te pas of te verander. 'n Voorbeeld van so 'n item is: "Wanneer probleme ontstaan kom ons tot 'n vergelyk".

FACI8 bestaan uit 16 items waarin stellings gemaak word oor die huidige funksionering van die gesin. Deelnemers gebruik 'n vyfpunt-Likertskaal (wat strek van "nooit" tot "altyd") om op elk van die stellings te reageer. Die interne betroubaarheid (*Cronbach alpha*) van die hegtheid-subskaal is .73 en die veranderbaarheid-subskaal s'n is .80 (McCubbin et al., 1996). In hierdie studie is die interne betroubaarheid (*Cronbach alpha*) van die hegtheid-subskaal .77 en die veranderbaarheid-subskaal is .81. Die totale skaal se interne betroubaarheidskoëffisiënt (*Cronbach alpha*) is .62.

4.5 Prosedure

Aanvanklik is toestemming by die skoolhoofde van die laerskole wat deelgeneem het verkry om die inligtingstukke (vergelyk Bylae A) aan die ouers uit te deel. Die skoolhoofde wat tot deelname ingestem het, het 'n onderwyser aangewys wat met die ouers van kinders met ATHV sou skakel. Inligtingstukke (vergelyk Bylae B) is deur die

onderwyser aan die ouers wat aan die insluitingskriteria voldoen het, gestuur. Ouers wat aan die studie wou deelneem, het 'n afskeurstrokie aan die onderwyser teruggestuur. Die onderwyser het dan weer die navorser laat weet hoeveel vraelyste en in watter taal, benodig word. Dit is dan verskaf (vergelyk Bylae B).

Die navorser het self geen kontak met die ouers gehad nie. 'n Instruksieblad (vergelyk Bylae C), biografiese vraelys (vergelyk Bylae D) en drie selfvoltooiingsvraelyste (vergelyk Bylae E), is by die pakket ingesluit. Op die instruksieblad is verduidelik hoe ouers die vraelyste moes voltooi. Deelnemers is ook gevra om 'n ingeligde toestemmingsdokument (vergelyk Bylae F) te onderteken. Ouers is ook uitgenooi om te enige tyd met die navorser in aanraking te kom, indien onduidelikheid sou bestaan, of indien hulle enige vrae sou hê. Wat party ouers dan ook gedoen het. Die proses het redelik glad verloop, veral by die skole wat entoesiasies was oor die projek. Sommige skole het nie die moeite gedoen om die vraelyste uit te stuur nie, of het hulle deelname onttrek. Uiteindelik is vraelyste van sowat 44 gesinne deur skole in die Wes-Kaap ontvang.

Sowat sewe gesinne het by vriende of familie van die navorsingsprojek gehoor en het die navorser direk gekontak, vraelyste bekom en dit voltooi. Van die professionele diensverskaffers wat bereidwillig was om te help, is vyf gesinne se vraelyste ontvang. Altesaam 12 gesinne wat deur die onderskeie ATHV-ondersteuningsgroepe in die Wes-Kaap van die studie gehoor het, het via e-pos die vraelyste ontvang, voltooi en teruggestuur.

Die ouers wat via internetwebwerwe uitgenooi is om aan die studie deel te neem, het direk aan die navorser 'n e-pos gestuur, waarna die vraelyste elektronies aan die ouers gestuur is. Hulle het dit dan weer by voltooiing elektronies of per faks aan die navorser teruggestuur. Oor die algemeen het die proses vinnig en suksesvol verloop en uiteindelik is vraelyste van 38 gesinne op dié manier ontvang. Die meeste ouers het verkies om via e-pos die vraelyste te ontvang en terug te stuur. Die e-pos was ook 'n maklike manier om vrae wat ouers oor die studie gehad het, vinnig te beantwoord.

Onderaan die instruksieblad, kon deelnemers aandui of hulle terugvoering oor die studie verlang, al dan nie. Die vraelyste was in Engels en Afrikaans beskikbaar. Die tyd

om 'n stel vraelyste te voltooi is bereken op ongeveer 20 minute. Die periode van data-insameling het ongeveer sewe maande geduur. Uiteindelik is 106 gesinne se vraelyste ontvang, maar vier gesinne s'n is uitgegooi omdat dit onvolledig was.

4.6 Etiese oorwegings

Die grootste etiese probleem was dat ouers en kinders deur die proses van data-insameling geïdentifiseer kon word, en derhalwe 'n etiket kry. Dit was 'n uiters sensitiewe kwessie omdat ouers van kinders met ATHV al reeds deur die gemeenskap, skool en op sosiale gebied hulself dikwels in troebel water bevind, veral omdat daar 'n wanopvatting bestaan dat die probleem met kinders met ATHV eintlik die ouers is wat nie hulle kinders genoegsaam dissiplineer nie. Hierdie wanopvatting word versterk deur onderwysers, skole en medici wat nie ten volle ingelig is oor die toestand nie (Louw et al., 2009). Alle pogings is aangewend om ouers en kinders se identiteit te beskerm. Dokumente is in koeverte aan ouers persoonlik gegee en toegeplakte koeverte (met voltooide vraelyste) is weer aan die onderwyser terugbesorg en aan die navorser oorhandig. Die hele proses was só gestruktureer om nie ouers se privaatheid te skend nie. Vraelyste is anoniem ingevul en teruggestuur. Die feit dat die hele prosedure anoniem was, het meer ouers genoop om deel te neem. Verskeie ouers wat van die studie gehoor het, het die navorser persoonlik gekontak omdat hulle nie wou hê dat die skool moet weet hulle kind is ATHV en is op medikasie nie. Die meeste ouers het juis om hierdie rede – anonimiteit - verkies om die vraelyste elektronies te ontvang en terug te stuur. Die skool is dus heeltemal uit die inligtingsinsamelingsproses gehou. Deelnemers wat onttrek het is verseker dat hulle geensins benadeel sou word nie.

4.7 Data-ontleding

Vraelyste is deur die navorser nagesien en 'n datalêer vir statistiese ontleding is voorberei. 'n Statistikus van die Sentrum vir Statistiese Konsultasie aan die Universiteit van Stellenbosch, was betrokke by die ontleding van die data. Om subgroepverskille uit te wys (byvoorbeeld tussen seuns en dogters) is ontledings van variansies gedoen. In hierdie studie is geslagsverskille en eienskappe tussen ma's en pa's van dieselfde gesin ondersoek deur 'n gemengde model herhalende ANOVA-metings te doen.

Data-ontleding en beskrywende statistieke is bereken aan die hand van Pearson se produkmoment- en Spearman se rangordekorrelasiekoëffisiënte. 'n Statistiese program,

Statistica 9 (StatSoft Inc., 2010) is gebruik om die Spearman- en Pearson-korrelasies te bereken, hoewel net Pearson-korrelasies gerapporteer word. Spearman se statistiese formule gee 'n aanduiding van die korrelasie tussen twee rangordes, terwyl Pearson se metode 'n aanduiding is van die sterkte van die reglynige verband tussen twee veranderlikes (McGuigan, 1990). Pearson-korrelasies meet ook die sterkte van die verhouding tussen twee veranderlikes en wys of die verhouding positief of negatief is (Struwig & Stead, 2001). 'n Korrelasie is 'n stelling wat verwys na die bestaan van 'n moontlike verhouding of tendens tussen twee veranderlikes (McGuigan, 1990). Die korrelasiekoëffisiënt is 'n indeks van die graad van die verhouding tussen twee veranderlikes, wat lineier of kromlynig mag wees (McGuigan, 1990). Vir 'n korrelasie om statisties beduidend te wees moet die p-waarde kleiner as 0.05 wees. Dit impliseer dat daar 'n 95% kans is dat die nul hipotese verwerp mag word en dat daar 'n statisties beduidende verband tussen groepe volgens die meetskaal is.

Meervoudige regressie-ontledings is ook gedoen deur die gebruik van die Statistica 9 rekenaar-pakket. Meervoudige regressie-ontledings word gebruik om die verhouding wat tussen verskeie onafhanklike veranderlikes en 'n enkele afhanklike veranderlike bestaan, te ondersoek. Derhalwe kan bepaal word tot watter mate die onafhanklike veranderlikes die afhanklike veranderlike kan voorspel (McGuigan, 1990). In hierdie studie is veelvuldige regressie-ontleding gebruik om die verhouding tussen 'n enkele afhanklike veranderlike naamlik, gesinsaanpassing, en ander veranderlikes in die datastel te beskryf. Dit maak die identifisering van 'n sistemiese verhouding moontlik, maar bewys geensins 'n kousale verhouding nie. In hierdie studie is die beste substelle veelvuldige regressie-ontledingstechniek gebruik. Dit word bereken deur alle moontlike kombinasies van die veranderlikes in verskillende regressie modelle in te skryf. Die “beste” substel van onafhanklike veranderlikes om gesinsaanpassing te voorspel, word bepaal deur die substel wat die mees gepaste R^2 gee.

4.8 Samevatting

In hierdie studie word veerkrachtigheidsfaktore ondersoek wat geassosieer word met beter gesinsaanpassing by gesinne met kinders met AT/HV.

Deelnemers aan hierdie studie was ouers van kinders met vooraf gediagnoseerde AT/HV wat in Suid-Afrika woon en aan die insluitingskriteria voldoen. Aanvanklik is

skole, ondersteuningsgroepe en professionele diensverskaffers in die Wes-Kaap genader om aan die studie deel te neem. Om voldoende aantal deelnemers te hê, het Adhasa en twee ander webwerwe wat te make het met AT/HV-kwessies gehelp om landswyd nog deelnemers te kry.

Deelnemers is gevra om 'n biografiese vraelys, asook verskeie kwantitatiewe meetinstrumente wat gebruik is om data oor ouerskapstyle, hanteringsmeganismes, en gesinsaanpassing in te samel, in te vul. Hierdie meetinstrumente, naamlik die: *Parenting Styles and Dimensions Questionnaire Short Version (PSDQ-Short Version)*, *Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scales (F-COPES)* en *Family Attachment and Changeability Index 8 (FACI8)* se geldigheid en betroubaarheid is reeds oor tyd en verskeie kulture heen bewys.

Die periode van data-insameling het ongeveer sewe maande geduur. Toestemming is by onderskeie skoolhoofde gekry om deur die skool toegang te kry tot ouers met kinders met AT/HV. Vraelyste is deur onderwysers aan die relevante ouers uitgedeel en weer ontvang. Vraelyste is ook uitgestuur en ontvang deur gebruik maak van verskeie AT/HV ondersteuningsgroepe in die Wes-Kaap. 'n Professionele diensverskaffer in Somerset-Wes het ook ouers genader om deel te neem, asook ouers wat op 'n hoorsê basis die navorser persoonlik gekontak het. Om voldoende deelnemers te kry is ook gebruik gemaak van verskeie AT/HV-webwerwe. Ouers het inligting oor die studie ontvang via die webwerf en moes dan self die navorser kontak. Vraelyste is per e-pos uitgestuur en ontvang.

Wat etiek betref is alle pogings aangewend om ouers en kinders se identiteit te beskerm, aangesien etikettering 'n groot probleem is in hierdie verband. Vraelyste van skole en professionele diensverskaffers is in koeverte uitgestuur en weer ontvang om anonimiteit te verseker. Ouers wat via e-pos met die navorser kontak gemaak het, het dit uit vrye wil gedoen. Die meeste ouers het hierdie manier van kommunikasie verkies. Ten slotte is aangedui hoekom Pearson-korrelasiekoëffisiente vir die berekening van die korrelasies tussen veranderlikes gebruik is, asook die rol van veelvuldige regressie-ontleding. Die resultate van die data-ontleding word, vervolgens, in Hoofstuk 5 gerapporteer.

HOOFSTUK 5: RESULTATE

5.1 Inleiding

Data-ontleding van die selfvoltooiingsvraelyste het verskeie faktore uitgewys wat met gesinsaanpassing verbind kan word. Om subgroepverskille ten opsigte van geslag uit te wys is variansie-ontledings gedoen, tussen die sestien vroue en mans van dieselfde gesin wat vraelyste voltooi het. Hiervoor is 'n gemengde model herhalende ANOVA-ontledings gedoen.

Beskrywende statistieke is bereken, sowel as Pearson se produkmoment- en Spearman se rangordekorrelasiekoëffisiënte. Die doel hiervan was om vas te stel of daar dimensies van ouerskapstyle is wat met hanteringstyle en gesinsaanpassing verbind kan word. Ten einde die moontlike effek van geslagsverskille uit te skakel, is slegs die vroue se data ontleed. Laastens word die resultate van die beste substelle veelvuldige regressie-ontledings aangebied.

5.2 Geslagsverskille

In 16 van die gesinne wat deelgeneem het aan die studie ($N = 102$), het beide mans en vroue van dieselfde gesin elk 'n stel vraelyste voltooi. Ten einde te bepaal of daar geslagsverskille is tussen mans en vroue van dieselfde gesin, is gemiddelde tellings bereken ten opsigte van ouerskapsdimensies en ouerskapstyle, asook hanteringstyle en gesinsaanpassing. Die doel hiervan is om vas te stel of geslag 'n rol speel in die beoordeling van die gemete veranderlikes. Met die voltooiing van die *PSDQ* is ouers gevra om hul eie ouerskapstyl ("ek") te beoordeel, terwyl met die *F-COPES* en *FACIS* ouers aspekte van hulle gesin ("ons") beoordeel het. Die beskrywende statistieke vir die gemete veranderlikes sowel as die resultate van die berekende variansie-ontledings word in Tabel 3 getoon.

Tabel 3

Variansie-ontleding tussen mans (n = 16) en vroue (n = 16) om te kontroleer vir moontlike Geslagsverskille in Hanteringstyl, Ouerskapsdimensies en Gesinsaanpassing

Veranderlike	Vroue		Mans		F(1, 15)	p
	Gemiddeld	SA	Gemiddeld	SA		
FC-Sos	29.313	5.313	24.688	7.058	5.718	0.03*
FC-Her	29.563	4.632	29.500	4.912	0.002	0.96
FC-Spir	13.813	2.762	12.437	4.704	1.645	0.22
FC-Mo	14.875	3.263	13.178	2.903	2.536	0.13
FC-Pa	14.125	3.537	14.250	3.000	0.284	0.87
Faci-Gh	30.688	5.363	30.625	5.487	0.003	0.96
Faci-Va	27.875	5.213	27.500	4.953	0.073	0.79
Faci-Tot	29.281	4.542	29.062	4.331	0.047	0.83
Kon	20.562	2.308	18.500	2.559	5.836	0.03*
Fis.For	7.437	3.285	8.437	3.463	1.875	0.19
Out-g	18.937	2.379	16.562	3.365	8.070	0.01**
Geen V	7.687	3.341	7.750	2.977	0.014	0.90
Regulering	19.375	3.159	18.063	3.193	1.365	0.26
Ver.Vyand.	11.063	3.549	10.438	3.224	0.434	0.52
Perm/Toe	13.625	3.879	13.438	3.520	0.040	0.85
Gesagh/Tot	58.875	6.130	53.125	8.830	5.416	0.03*
Outor/Tot	26.188	8.534	26.625	8.693	0.056	0.81

* $p < 0.05$

** $p < 0.01$

Nota: Onderstaande afkortings is in Tabel gebruik.

Hanteringstyl soos gemeet met F-COPES

FC-Sos (Sosiale ondersteuning)

FC-Her (Herbeoordeling)

FC-Spir (Spirituele ondersteuning)

FC-Mo (Mobilisering)

FC-Pa (Passiwiteit)

Gesinsaanpassing soos gemeet met FACI8

Faci-Gh (Gehegtheid)

Faci-Va (Veranderbaarheid)

Faci-Tot (Faci8 Totaaltelling)

Ouerskapstyl soos gemeet met PSDQ

Kon (Konneksie)

Fis.For (Fisieke forsering)

Out.Gew (Outonomie-gewendheid)

Geen.V (Geen verduideliking)

Reg (Regulering)

Verb.Vyand (Verbale vyandigheid)

Per/Toe (Permissiewe tyl/Toegeeflikheid)

Gesag/Tot (Gesaghebbende styl Totaal)

Out/Tot (Outoritêr styl Totaaltelling)

Dit blyk uit Tabel 3 dat vroue 'n beduidende hoër telling vir sosiale ondersteuning as mans het [$F(1, 15) = 5.718$; $p < 0.03$]. Wat konneksie betref het vroue ook 'n beduidende hoër telling as die mans gehad [$F(1, 15) = 5.836$; $p < 0.03$]. Vroue het ook 'n beduidende hoër telling vir outonomiegewendheid behaal [$F(1, 15) = 8.07$; $p < 0.01$]. Dit is in pas met die totaalstelling van die gesaghebbende ouerskapstyl wat ook hoër gemeet het by die vroue as by die mans [$F(1, 15) = 5.416$; $p < 0.03$].

5.3 Pearson-produkmomentkorrelasiekoëffisiënte binne dimensies van die gesaghebbende ouerskapstyl, tussen hanteringstyl en gesinsaanpassing

Korrelasies is bepaal tussen die veranderlikes soos gemeet met die onderskeie meetinstrumente (*PSDQ*, *F-COPES* en *FACI8*) wat in hierdie studie gebruik is. Veranderlikes wat met die gesaghebbende subskaal van die PSDQ gemeet is, is konneksie, outonomiegewendheid en regulering. Die korrelasies wat bereken is tussen die totaalstelling vir die gesaghebbende ouerskapstyl en hanteringstyl, en gesinsaanpassing, word in Tabel 4 getoon. Daar is vyf tipes hanteringstyle met F-COPES gemeet, naamlik sosiale ondersteuning, herbeoordeling, spirituele ondersteuning, mobiliteit en passiwiteit. Twee dimensies van gesinsaanpassing is met FACI-8 gemeet, naamlik gehegtheid en veranderbaarheid. 'n Totaalstelling (som van hierdie twee subskaaltellings) is bereken om 'n aanduiding van gesinsaanpassing te kry. Slegs die vroue ($n = 98$) se data is ontleed.

Tabel 4

Pearson Korrelasies binne Gesaghebbende Ouerskapstydlimensies tussen moontlike Veerkragtigheidsveranderlikes van Hanteringstyle (F-COPES) en Gesinsaanpassing (FACI8) (n = 98)

Veranderlike 1	Veranderlike 2	R	P
Konneksie	FC-Sosiale ondersteuning	0.03	0.77
	FC-Herbeoordeling	0.22	0.03*
	FC-Spirituele ondersteuning	0.01	0.94
	FC-Mobiliteit	0.16	0.11
	FC-Passief	0.18	0.09
	FACI8-Totaal	0.50	0.01**
Outonomie-gewendheid	FC-Sosiale ondersteuning	-0.04	0.73
	FC-Herbeoordeling	0.11	0.27
	FC-Spirituele ondersteuning	-0.03	0.74
	FC-Mobiliteit	0.06	0.53
	FC-Passief	0.10	0.32
	FACI8-Totaal	0.29	0.01**
Regulering	FC-Sosiale ondersteuning	0.09	0.41
	FC-Herbeoordeling	0.24	0.02*
	FC-Spirituele ondersteuning	0.05	0.61
	FC-Mobiliteit	0.20	0.06
	FC-Passief	0.21	0.04*
	FACI8-Totaal	0.47	0.01**
Gesaghebbend Totaal	FC-Sosiale ondersteuning	0.01	0.91
	FC-Herbeoordeling	0.24	0.02*
	FC-Spirituele ondersteuning	0.01	0.89
	FC-Mobiliteit	0.15	0.15
	FC-Passief	0.19	0.07
	FACI8-Totaal	0.49	0.01**

* p < 0.05

** p < 0.01

Dit volg uit Tabel 4 dat konneksie (PSDQ) 'n sterk positiewe korrelasie het met herbeoordeling (F-COPES) ($p < 0.03$). Ook regulering (PSDQ) het 'n positiewe korrelasie met herbeoordeling (F-COPES) ($p < 0.02$) en passiwiteit (F-COPES) ($p < 0.04$). Die totaalstelling van die gesaghebbende ouerskapstyl eweneens 'n positiewe korrelasie met herbeoordeling (F-COPES) ($p < 0.02$). Gesinsaanpassing (FACI8 totaalstelling) het telkens 'n sterk positiewe statisties beduidende korrelasie ($p < 0.01$) met die PSDQ se onderskeie dimensies: konneksie, outonomiegewendheid, regulering asook gesaghebbende totaalstelling.

5.4 Pearson-produkmentkorrelasiekoëffisiënt binne die dimensies van die outoritêre ouerskapstyl, tussen hanteringstyl en gesinsaanpassing

Korrelasies is bepaal tussen die veranderlikes soos gemeet met die onderskeie meetinstrumente (*PSDQ*, *F-COPES* & *FACI8*) wat in hierdie studie gebruik is. Veranderlikes wat met die outoritêre subskaal (van die PSDQ) gemeet is, is fisieke forsering, geen verduideliking en verbale vyandigheid. Die korrelasies wat bereken is tussen die totaalstelling vir die outoritêre ouerskapstyl en hanteringstyl, en gesinsaanpassing, word in Tabel 5 getoon. Daar is vyf tipes hanteringstyle met F-COPES gemeet, naamlik sosiale ondersteuning, herbeoordeling, spirituele ondersteuning, mobiliteit en passiwiteit. Twee dimensies van gesinsaanpassing is met FACI-8 gemeet, naamlik gehegtheid en veranderbaarheid. 'n Totaalstelling (som van hierdie twee subskaaltellings) is bereken om 'n aanduiding van gesinsaanpassing te kry. Slegs die vroue ($n = 98$) se data is ontleed

Tabel 5

Pearson Korrelasies binne Outoritêre Ouerskapstydlimensies tussen moontlike Veerkragtigheidsveranderlikes van Hanteringstyle (F-COPES) en Gesinsaanpassing (FACI8) (n = 98)

Veranderlike	Veranderlike 2	r	p
Fisieke forsering	FC-Sosiale ondersteuning	0.15	0.16
	FC-Herbeoordeling	-0.09	0.40
	FC-Spirituele ondersteuning	0.26	0.01**
	FC-Mobiliteit	-0.04	0.67
	FC-Passief	-0.34	0.01**
	FACI8-Totaal	-0.26	0.01**
Geen verduideliking	FC-Sosiale ondersteuning	0.13	0.19
	FC-Herbeoordeling	0.00	1.00
	FC-Spirituele ondersteuning	0.08	0.43
	FC-Mobiliteit	0.03	0.74
	FC-Passief	-0.39	0.01**
	FACI8-Totaal	-0.27	0.01**
Verbale vyandigheid	FC-Sosiale ondersteuning	0.21	0.04*
	FC-Herbeoordeling	- 0.03	0.77
	FC-Spirituele ondersteuning	0.14	0.18
	FC-Mobiliteit	0.16	0.13
	FC-Passief	- 0.31	0.01**
	FACI8-Totaal	- 0.29	0.01**
Outoritêre-styl Totaal	FC-Sosiale ondersteuning	0.20	0.05*
	FC-Herbeoordeling	- 0.06	0.60
	FC-Spirituele ondersteuning	0.21	0.04*
	FC-Mobiliteit	0.05	0.60
	FC-Passief	- 0.44	0.01**
	FACI8-Totaal	- 0.36	0.01**

* p<0.05

** p<0.01

Dit volg uit Tabel 5 dat daar telkens sterk negatiewe statisties beduidende korrelasies bestaan ($p < 0.01$) tussen gesinsaanpassing (FACI8-totaaltelling) en die PSDQ dimensies: fisieke forsering, geen verduideliking, verbale vyandigheid asook die totaalstelling van die outoritêre ouerskapstyl.

Ook passiwiteit (F-COPES) toon telkens 'n sterk negatiewe korrelasie ($p < 0.01$) met fisieke forsering, geen verduideliking, verbale vyandigheid en die totaalstelling van die outoritêre ouerskapstyl (PSDQ).

Beide Fisieke forsering ($p < 0.01$) en die totaalstelling van die outoritêre ouerskapstyskaal (PSDQ) ($p < 0.04$) toon 'n sterk positiewe beduidende korrelasie met spirituele ondersteuning (F-COPES). Verbale vyandigheid (PSDQ) en sosiale ondersteuning (F-COPES) toon 'n positiewe statistiese korrelasie ($p < 0.04$), terwyl daar 'n sterk tendens bestaan dat die totaalstelling van die outoritêre ouerskapstyl (PSDQ) en sosiale ondersteuning ($p = 0.05$) met mekaar verband hou.

5.5 Pearson se produkmomentkorrelasiekoëffisiënte binne die permissiewe ouerskapstyl, tussen hanteringstyl en gesinsaanpassing

Korrelasies is bepaal tussen die veranderlikes soos gemeet met die onderskeie meetinstrumente (*PSDQ*, *F-COPES* en *FACI8*) wat in hierdie studie gebruik is. Die enkele veranderlike wat met die permissiewe subskaal (van die PSDQ) gemeet is, is toegeeflikheid. Die totaalstelling van toegeeflikheid as veranderlike is ook die totaalstelling van die permissiewe ouerskapstyl. Die korrelasies wat bereken is tussen die totaalstelling vir die permissiewe ouerskapstyl en hanteringstyle, en gesinsaanpassing, word in Tabel 6 getoon. Daar is vyf tipes hanteringstyle met F-COPES gemeet, naamlik sosiale ondersteuning, herbeoordeling, spirituele ondersteuning, mobiliteit en passiwiteit. Twee dimensies van gesinsaanpassing is met FACI-8 gemeet, naamlik gehegtheid en veranderbaarheid. Die totaalstelling (som van hierdie twee subskaaltellings is bereken om 'n aanduiding van gesinsaanpassing te kry. Slegs die vroue ($n = 98$) se data is ontleed.

Tabel 6

Pearson Korrelasies binne die Permissiewe Ouerskapstyl-dimensie tussen moontlike Veerkragtigheidsveranderlikes van Hanteringstyle (F-COPES) en Gesinsaanpassing (FACI8) (n = 98)

Veranderlike 1	Veranderlike 2	r	P
Toegeeflikheid	FC-Sosiale ondersteuning	-0.10	0.32
	FC-Herbeoordeling	-0.22	0.04*
	FC-Spirituele ondersteuning	0.09	0.41
	FC-Mobiliteit	-0.11	0.28
	FC-Passief	-0.35	0.01**
	FACI8-Totaal	-0.56	0.01**

* p < 0.05

** p < 0.01

Uit Tabel 6 kan gesien word dat daar statisties beduidende negatiewe korrelasies is tussen toegeeflikheid (PSDQ) en herbeoordeling (F-COPES) ($p < 0.05$) en passiwiteit (F-COPES) ($p < 0.01$). Wat gesinsaanpassing betref is daar sterk negatiewe statisties-beduidende korrelasie met gesinsaanpassing (FACI8-totaaltelling) en toegeeflikheid (PSDQ) ($p < 0.01$).

5.6 Veelvuldige regressie-ontledings

Die beste substelle regressie-ontledings is uitgevoer om vas te stel watter substel onafhanklike veranderlikes die beste gesinsaanpassing sou voorspel (soos gemeet met die FACI8). Die resultate van die regressie-ontleding word in Tabel 7 aangebied.

Tabel 7

Resultate van Veelvuldige Regressie-ontleding met Gesinsaanpassing as afhanklike veranderlike (n = 90)

Veranderlike	β	t(83)	p
Konstante	10.342	2.499	0.014
Gebruik van medikasie		2.688	0.009
Konneksie – mate waartoe ouers warmte en ondersteuning aan kinders bied (PSDQ)	0.515	2.306	0.024
Outonomie-gewendheid – die mate waartoe ouers kinders se opinies respekteer en demokratiese deelname toelaat (PSDQ)	0.025	0.155	0.877
Regulering - die mate waartoe ouers dissipline en reëls aan kinders verduidelik (PSDQ)	0.407	2.514	0.014
Inkomste	-0.582	-0.831	0.408
Aantal kinders in gesin	-0.493	-0.853	0.396

Die berekende $R = 0.599$. Dit is duidelik uit Tabel 7 dat daar 'n sterk positiewe korrelasie tussen die ware FACI8 tellings en die geskatte FACI8 tellings is, deur die ses verskillende onafhanklike veranderlikes in die tabel. Die onafhanklike veranderlikes wat hierdie substel vorm is: konneksie, oftewel die mate waartoe ouers warmte en ondersteuning aan hul kinders bied (PSDQ); outonomiegewendheid, oftewel die mate waartoe ouers kinders se opinies respekteer en demokratiese deelname moontlik maak (PSDQ); regulering, oftewel die mate waartoe ouers dissipline en reëls aan kinders verduidelik (PSDQ); en vanuit die biografiese vraelys is die volgende veranderlikes ingesluit, naamlik die gebruik van medikasie; die gesin se inkomste en die aantal kinders in die gesin.

Tesame het hierdie veranderlikes 35% ($R^2 = 0.359$) van die variansie in die totale FACI8 telling verklaar. Dit volg uit Tabel 7 dat die veranderlikes: die gebruik van medikasie (biografiese vraelys), konneksie (gesaghebbende ouerskapstyl; PSDQ) en regulering (gesaghebbende ouerskapstyl; PSDQ) die beduidende voorspeller veranderlikes is. Die negatiewe teken voor die beta-waarde, soos dit in die geval is met inkomste en aantal kinders in die gesin (beide veranderlikes vanuit die biografiese vraelys) dui daarop dat 'n toename in kinders per gesin en toename aan beskikbare finansiële hulpbronne 'n afname in gesinsaanpassing tot gevolg het. Hoewel

die veranderlikes, aantal kinders in gesin, inkomste en outonomiegewendheid se p-waardes groter as .05 is, bestaan die moontlikheid wel dat hulle 'n bydrae tot gesinsaanpassing maak en word derhalwe hier gerapporteer.

5.7 Samevatting

Verskeie faktore wat met gesinsaanpassing verbind kan word, is deur die data-ontleding van die selfvoltooiingsvraelyste uitgewys.

Variansie-ontledings is gedoen om subgroepverskille ten opsigte van geslag uit te wys. Vroue het hoër tellings vir sosiale ondersteuning, konneksie, outonomiegewendheid en die totaalstelling van die gesaghebbende ouerskapstyl as mans behaal.

Data-ontleding is ook deur beskrywende statistieke en Pearson-produktmoment-korrelasiekoëffisiënte bereken, om vas te stel of daar dimensies van ouerskapstyle is wat met hanteringstyle en gesinsaanpassing verbind kan word. Om geslagsverskille uit te skakel is slegs die vroue se data gebruik. Die gesaghebbende ouerskapstyl subskaal van die PSDQ wat konneksie, outonomiegewendheid en regulering, het onder meer sterk positiewe statisties beduidende korrelasies met gesinsaanpassing getoon.

Terwyl die outoritêre subskaal (van die PSDQ): fisieke forsering, geen verduideliking en verbale vyandigheid, sterk negatiewe statisties beduidende korrelasies met gesinsaanpassing (FACI8-totaalstelling) getoon het. Die permissiewe subskaal (van die PSDQ) – toegeeflikheid – se korrelasies met hanteringstyle en gesinsaanpassing, het 'n sterk negatiewe statisties beduidende korrelasie met gesinsaanpassing getoon.

Uit die beste substelle veelvuldige regressie-ontledings was die beduidendste voorspeller veranderlikes die gebruik van medikasie (biografiese vraelys), konneksie (gesaghebbende ouerskapstyl; PSDQ) en regulering (gesaghebbende ouerskapstyl; PSDQ).

Vervolgens word die bespreking van die resultate aan die hand van bestaande teorie en ander navorsingsbevindinge in Hoofstuk 6 gedoen.

HOOFSTUK 6: BESPREGING EN GEVOLGTREKKING

6.1 Inleiding

Die fokus van die huidige studie is om ouerskapstyle, hanteringstyle en gesinsaanpassing van gesinne met kinders met Aandagtekort/Hiperaktiwiteitsversteuring (AT/HV) te ondersoek vanuit 'n gesinsveerkragtigheidsperspektief – waar AT/HV die stressor is wat gesinsverstelling en gesinsaanpassing te weeg bring.

In hierdie hoofstuk word die belangrikste navorsingsbevindinge van die studie geïntegreer met vorige studies en bestaande teorie. Navorsingsbevindinge word meestal in dieselfde volgorde bespreek as wat die datarapportering in Hoofstuk 5 aangebied is.

Eerstens word 'n kort oorsig van die belangrikste biografiese data gegee. Die biografiese data is belangrik omdat AT/HV 'n genetiese oorsprong het en dikwels in families voorkom wat implikasies het vir die gesin as 'n sisteem. Tweedens word die bevindinge oor geslagsverskille ten opsigte van ouerskapstyle, hanteringstyle en gesinsaanpassing bespreek. Derdens word die navorsingsdata ontleed en bespreek aan die hand van Pearson-produktmomentkorrelasiekoëffisiënte, met spesifieke verwysing na die gesaghebbende, outoritêre en permissiewe ouerskapstyle. Korrelasies tussen veranderlikes van die ouerskapstydienensies (soos gemeet met die *PSDQ*), en die subskale van hanteringstrategieë (soos gemeet met die *F-COPES*) en gesinsaanpassing (soos gemeet met die *FACI8*) word uitgewys. Ten einde die moontlike effek van geslagsverskille uit te skakel, word slegs die vroue se resultate bespreek. Vierdens word die beste substelle regressie-ontledings bespreek wat die beste kombinasie voorspellers van gesinsaanpassing aandui. Daarna word 'n paar laaste opmerkings oor ouerskap, AT/HV en gesinsaanpassing gemaak.

Hoofstuk 6 word afgesluit met 'n samevatting, waarna tekortkominge uitgewys en aanbevelings gemaak word. Laastens word tot 'n gevolgtrekking oor die studie as 'n geheel gekom.

6.2 Biografiese resultate

AT/HV kom in families voor wat op genetiese oorsake dui (Mash & Barkley, 2006; Plizka, 2007). Gegewe die sterk genetiese band en voorkoms binne gesinne, word daar aangeneem dat daar 'n 50% kans is dat 'n kind met AT/HV minstens een ouer het wat ook AT/HV het (Mash & Barkley, 2006; Wodrich, 2000). Biografiese bevindinge van die huidige ondersoek beklemtoon 'n sterk genetiese komponent. Altesaam 51% van die ouers het aangedui dat hulle self ook met AT/HV gediagnoseer is. Hiervan is 23% ma's en 28% pa's (vergelyk Figuur 3 en Figuur 4). Ouers van kinders met AT/HV, is self meer geneig om volwasse simptome van AT/HV te hê, as ouers met tipiese kinders (Cunningham, 2007). Navorsing wys dat ouers se AT/HV-simptome 'n uitwerking op gesinsverhoudinge het deurdat dit die kwaliteit van ouerskap, ouerskapstyl en uitkomst by kinders kan beïnvloed (Cunningham, 2007).

Vorige ondersoeke wys dat die meeste kinders tussen die ouderdom van ses en agt jaar vir die eerste keer met AT/HV gediagnoseer word (Barkley, 2000; Bester, 2006). In die huidige studie is die gemiddelde ouderdom waarop kinders die eerste maal met AT/HV gediagnoseer is 6.61 jaar (vergelyk Figuur 5). Vir die meeste Suid-Afrikaanse kinders is dit die ouderdom waarop hulle die eerste maal formeel met skool begin. In hierdie jaar word sekere verwagtinge aan die kinders gestel, soos om by 'n tafel stil te sit en te werk, iets waarmee kinders met AT/HV sukkel en wat hulle dus as 'n groep van hul maatgroep onderskei.

In die huidige studie gebruik 78% van die kinders met AT/HV medikasie, teenoor 22% wat geen voorgeskrewe medikasie gebruik nie (vergelyk Figuur 6). Hoewel dit haas onmoontlik is om te bepaal watter persentasie van die totale AT/HV-populasie in Suid-Afrika wel medikasie gebruik, word daar beraam dat slegs 'n derde van die AT/HV-populasie in Suid-Afrika tans medikasie ontvang (A. Venter, persoonlike kommunikasie, 9 Maart 2009). Familie, vriende en die populêre media, blyk 'n groot invloed te hê op ouers se besluit om voorgeskrewe medikasie aan hulle kinders met AT/HV te gee wat dikwels tot verdere verwarring en onsekerheid oor ouerskapsvaardighede lei (Dos Reis & Myers, 2008). Hoewel medikasie nie AT/HV kan genees nie het 'n magdom navorsing oor etlike dekades heen bewys dat medikasie sleutelsimptome van AT/HV verbeter en beter uitkomst vir kinders bring (Barkley, 1998, 2000; Mash & Barkley, 2006).

AT/HV kom dikwels saam met ander gedragsversteurings voor (Mash & Barkley, 2006; Plizka, 2007). Altesaam 87% van die kinders met AT/HV sal minstens een ander versteuring en 67% sal minstens twee of meer versteurings hê (Mash & Barkley, 2006). In die huidige studie is 34% van die kinders wie se ouers aan die studie deelgeneem het (N = 102), ook met minstens een ander ko-morbiede toestand gediagnoseer (vergelyk Figuur 7). Altesaam 13% van die kinders met 'n ko-morbiede toestand het probleme met sensoriese integrasie gehad. Die volgende ander diagnoses is ook gemaak: Depressiewe versteuring – 6%, Algemene angsversteuring – 5%, *Asperger's Sindroom* – 4%, Obsessiewe kompulsiewe versteuring 3%, Oppositionele uitdagende versteuring – 2%, en *Tourette se Sindroom* 1%.

Hoewel ander studies Oppositionele uitdagende versteuring (OUV) en die meer ernstige Gedragsteurnis (GS) as dié ko-morbiede toestande noem wat meestal saam met AT/HV voorkom (Mash & Barkley, 2006; Modesto-Lowe *et al.*, 2008), is dit nie die geval in die huidige studie nie. Die voorkoms van ko-morbiede toestande verhoog ouers se stresvlakke aansienlik en bevorder gefragmenteerde gesinsverhoudinge, veral die ouer-kindverhouding, terwyl dit ook gesinsgehegtheid verminder (Johnston, 1996). Volgens Podolski en Nigg (2001) is daar 'n sterk verband tussen die voorkoms van OUV en GS by kinders en psigiatriese versteurings by hulle ouers.

6.3 Geslagsverskille in die beoordeling van gesinsdinamika

Ma's en pa's se beoordeling van hulle gesin se hantering van kinders met spesiale behoeftes was reeds die fokus van verskeie studies (Englander, 2005; Turk, 1991). In die onderhawige studie was daar 'n beduidende verskil tussen pa's en ma's se beoordeling van gesinne se gebruik van die sosiale ondersteuning hanteringstyl (die mate waartoe die gesin aktief hulp soek by hulle sosiale netwerk wat familieledes, bure en vriende insluit) (subskaal van *F-COPES*) (vergelyk Tabel 3). Ma's het hulle gesinne beoordeel as meer geneig om aktief hulp te soek by sosiale netwerke wat familie, bure en vriende insluit, as pa's. Hierdie bevinding is ondersteun deur 'n studie van Podolski en Nigg (2001) waar ma's van kinders met AT/HV aangedui het dat die gesin meer geneig was om sosiale ondersteuning te soek as wat pa's gemeen het. Volgens die ma's het sosiale ondersteuning hulle stresvlakke verlig, maar dit was nie die geval vir die pa's nie (Podolski & Nigg, 2001). Ook in 'n studie deur Chen, Sepp en Johnston

(2008) wat ouers se houdings en attribusies oor kinders se AT/HV-gedrag ondersoek het, het ma's aangedui dat die gesin veel baat by sosiale ondersteuning, veral ouerleidingsprogramme, terwyl dit nie die geval was vir die pa's nie. Ma's het ook die aandagtekort en impulsiwiteit aan algemene, stabiele oorsake toegeskryf, terwyl pa's dit intern tot die kind gesien het, derhalwe het ma's meer vertrou in sosiale ondersteuning en ouerleidingsprogramme gehad, as die pa's (Chen et al., 2008).

Wat konneksie (warmte en ondersteuning) betref, 'n dimensie van die gesaghebbende ouerskapstyl (soos gemeet met die *PSDQ*) – waar ouers beoordeel tot watter mate hulle in voeling met hul kind se behoeftes is en die kind se emosies verstaan, het ma's 'n statisties beduidende hoër telling as pa's behaal (vergelyk Tabel 3). 'n Moontlike verklaring hiervoor mag wees dat ma's meer tyd met hulle kinders spandeer en gevolglik dus hul kinders beter verstaan en meer in voeling is met hulle behoeftes, as pa's (George, 2004). Vorige studies het gewys dat pa's minder in voeling is met hulle kind met AT/HV se behoeftes, veral wanneer die kind met AT/HV 'n seun is (Englander, 2005). Pa's reageer dan ook meer negatief teenoor die kind met AT/HV as die ma's (Englander, 2005). Redes hiervoor was dat pa's hoër verwagtinge van hulle kinders, veral seuns, het en wanneer die kind nie aan die verwagtinge voldoen nie, druk pa's hulle teleurstelling duidelik uit en onttrek op 'n emosionele vlak (Englander, 2005). Hierteenoor het Peris en Hinshaw (2003) wat die effek van AT/HV op die ouer-kindverhouding ondersoek het, weer gevind dat ma's die minder ondersteunende en warm ouer is. In hulle studie het ma's meer negatiewe interaksies met hul kinders met AT/HV gehad en meer dissipline gebruik, as die pa's. Volgens Peris & Hinshaw (2003) was 'n moontlike rede hiervoor dat ma's die primêre versorger van die kinders was en meer tyd met die kinders spandeer het. Ma's was dus meer blootgestel aan die effek van AT/HV-gedrag as die pa's (Peris & Hinshaw, 2003).

Wat outonomiegewendheid ('n dimensie van die gesaghebbende ouerskapstyl) betref, is ma's se telling in die huidige studie ook statisties beduidend hoër as pa's s'n (vergelyk Tabel 3). Outonomie-gewendheid wys op die mate waartoe die ouer demokratiese deelname toelaat en wys dat hulle die kind se opinie respekteer en die kind toelaat om deel te neem aan besluite en die formulering van gesinsreëls. Hierdie bevinding word ondersteun deur 'n studie deur George (2004) wat gevind het dat pa's meer magsassertiewe style van interaksie gebruik wat natuurlik inpas by die outoritêre

ouerskapstyl. Pa's is strenger wanneer kinders oortree en vinniger gereed om kinders te dissiplineer as ma's – dít, argumenteer George (2004), maak pa's egter nie minder bevoegde ouers as ma's nie, net minder outonomiegewend.

Alhoewel daar nog relatief min navorsing gedoen is oor geslagsverskille en ouerskapstyle, word die siening gehuldig dat pa's en ma's minstens 65% van die tyd dieselfde dissiplinêre styl volg (George, 2004). In die onderhawige ondersoek het ma's 'n statisties beduidende hoër totaalstelling vir die gesaghebbend ouerskapstyl (soos gemeet met die *PSDQ*) behaal as pa's (vergelyk Tabel 3). In die beoordeling van die gesinsdinamika het ma's hulself dus as meer gesaghebbend beoordeel as die pa's. Dit is egter van belang om daarop te wys dat gesaghebbendheid die mees dominante ouerskapstyl vir ma's en pa's in die huidige studie in sy geheel is. Dit is bepaal deur te kyk na watter ouerskapstyldimensie van die *PSDQ* die hoogste telling het. Hierdie voorkoms van gesaghebbendheid is in teenstelling met ander studies wat meestal gevind het dat veral ma's van kinders met AT/HV hoofsaaklik 'n oorkoepelende outoritêre ouerskapstyl het (Mano & Uno, 2007). Ook in 'n studie deur McKee et al. (2004) waarin ma's van kinders met AT/HV se ouer-kindinteraksie ondersoek is, is gevind dat ma's outoritêr optree deur dikwels bevele te gee en verbaal negatief met die kinders kommunikeer.

In die huidige studie het ma's en pa's geen beduidende verskille getoon ten opsigte van die dimensies van outoritêre en permissiewe ouerskapstyle en gesinsaanpassing (soos gemeet met *FACI8*) en die ander hanteringstyle, naamlik: spirituele ondersteuning, herbeoordeling, passiwiteit, en mobilisering (soos gemeet met *F-COPES*), nie (vergelyk Tabel 3).

6.4 Korrelasies tussen veranderlikes

6.4.1 Gesaghebbende ouerskapstyl, gesinsaanpassing en ander veranderlikes

In die huidige studie is die korrelasies ondersoek tussen konneksie, outonomiegewendheid en regulering as dimensies van die gesaghebbende ouerskapstyl (soos gemeet met die *PSDQ*) en hanteringstrategieë (soos gemeet met *F-COPES*) en gesinsaangepastheid (soos gemeet met *FACI8*). Vervolgens word die bevindinge van die dimensies van die gesaghebbende ouerskapstyl bespreek.

6.4.1.1 Konneksie

In die huidige studie is daar 'n sterk positiewe statisties beduidende korrelasie gevind tussen die gesaghebbende ouerskapsdimensie, konneksie (wat verwys na die mate wat die ouer die kind verstaan en in voeling is met die kind se behoeftes en emosies; warmte en ondersteuning) en die hanteringstyl, herbeoordeling (wat 'n gesin se vermoë om 'n stresvolle situasie te herdefinieer) (vergelyk Tabel 4). Hierdie bevinding word ondersteun deur die veerkragtigheidsmodel van gesinstres, verstelling en aanpassing (McCubbin & McCubbin, 1988). In gesinne waar daar baie warmte en kohesie is, neem gesinslede mekaar se behoeftes in ag, is daar ondersteuning binne gesinsverband en bestaan daar oop kommunikasiepatrone (Walsh, 1998). Indien een gesinslid siek word of 'n krisis ervaar (byvoorbeeld AT/HV) raak dit almal, derhalwe is daar hoë vlakke van interaksie wat kan verduidelik waarom hierdie gesinne die vermoë het om stresvolle situasies te herdefinieer en op so 'n manier te beoordeel dat dit gesinsaanpassing bevorder (Walsh, 2002).

Die sterk positiewe statisties beduidende korrelasie tussen konneksie en gesinsaanpassing in die huidige studie (vergelyk Tabel 4), is soortgelyk aan bevindinge in ander studies wat daarop dui dat konneksie tot beter gesinsaanpassing lei (Baumrind, 1991; Berns, 2007; Walsh, 2002; Weiss & Schwarz, 1996). In 'n studie oor ouerlike konneksie en ondersteuning tussen gesinne in die voormalige Oos- en Wes-Duitsland, het dit duidelik geblyk dat ongeag die agtergrond en kultuuroopset, konneksie op dieselfde manier funksioneer vir beide groepe se gesinne deurdat 'n hoë mate van ouerlike ondersteuning tot beter aangepaste kinders lei en gesinsaanpassing bevorder (Juang & Silbereisen, 1999). Goldstein en Ellison (2002) wys ook daarop dat kohesie, konneksie en ouerlike ondersteuning beduidende faktore is wat veerkragtigheid bevorder, veral in gesinne met kinders met AT/HV. Die onderhawige studie se bevindinge dat daar 'n korrelasie is tussen konneksie en gesinsaanpassing verklaar moontlik waarom ouerlike ondersteuning groter kohesie in 'n gesin bring wat selfs kinders met gedragsprobleme, soos kinders met AT/HV, beduidend positief kan beïnvloed en gesinsveerkragtigheid bevorder (Goldstein & Ellison, 2002; Johnston et al., 2002; Schroeder & Kelley, 2009). Die onderhawige studie se bevindinge dui dus daarop dat ouers wat op 'n warm, ondersteunende manier in voeling is met hulle kinders se behoeftes, ook die vermoë het om stresvolle situasies te herbeoordeel – aspekte wat gesinsaanpassing bevorder.

6.4.1.2 Outonomie-gewendheid

In die huidige ondersoek is die gesaghebbende dimensie, outonomiegewendheid (wat dui op demokratiese deelname en die mate wat die ouer die kind se opinie respekteer en toelaat om deel te neem aan besluite en die samestelling van gesinsreëls) statisties beduidend gekorreleer met gesinsaanpassing (vergelyk Tabel 4). 'n Moontlike verklaring vir hierdie bevinding is dat ouers deur outonomiegewendheid 'n beroep doen op kinders om deel te neem aan die gesin, deur eise te stel ten opsigte van samewerking, verantwoordelikheid, respek en volwassenheid (Mash & Barkley, 2006). Die demokratiese proses in die ouerskapstyl word dus 'n spieëlbeeld van die mate wat gesinslede buigbaarheid toon in hulle verhoudings teenoor mekaar – naamlik gesinsaangepastheid en veranderbaarheid (Walsh, 1998).

In 'n studie deur Gray en Steinberg (1999) is gevind dat outonomiegewendheid van ouers 'n negatiewe korrelasie met gedragsprobleme by kinders het. Hoe minder outonomiegewend die ouers was en hoe meer rigied hul pogings om gedrag te beheer, hoe meer gedragsprobleme het voorgekom. Latouf (2008) het ook gevind dat hoe meer outonomiegewend ma's was, hoe minder het onderwysers kinders se gedrag as hiperaktief beoordeel. Die onderhawige studie se bevindinge dui dus daarop dat wanneer ouers 'n demokratiese ouerskapstyl volg waarbinne daar wedersydse respek vir mekaar se opinies is, dit gesinsaangepastheid bevorder.

6.4.1.3 Regulering

Die gesaghebbende ouerskapsdimensie, regulering (wat daarop dui dat ouers dissipline, reëls en die gevolge van die kind se gedrag konsekwent toepas, verduidelik en beklemtoon) het in die huidige studie sterk statisties beduidende positiewe korrelasies getoon met twee hanteringstylsubskale (soos gemeet met *F-COPES*), naamlik: herbeoordeling (die vermoë om stresvolle situasie te herdefinieer) en passiewe beoordeling (die mate waartoe die gesin bloot probleme aanvaar, sonder om aktief oplossings daarvoor te soek) (vergelyk Tabel 4).

In die onderhawige ondersoek toon regulering en herbeoordeling 'n positiewe statistiese korrelasie. 'n Moontlike verklaring hiervoor kan gevind word in die veerkragtigheidsmodel van gesinstres, verstelling en aanpassing (McCubbin & McCubbin, 1988). In gesinne waar ouers regulering toepas is dit op sigself 'n

mobiliseringsaksie, deurdat ouers dissipline konsekwent toepas en reëls en gevolge van gedrag aan kinders verduidelik. Regulering verminder ouerlike stres en laat ouers meer in beheer voel wat dit vir ouers moontlik maak om stresvolle situasies te herdefinieer, terwyl herbeoordeling weer reguleringsvlakke van ouers kan beïnvloed (Mash & Barkley, 2006; McCubbin & McCubbin, 1988).

Passiewe beoordeling se positiewe statistiese korrelasie met regulering dui moontlik op die mate wat ouers AT/HV aanvaar as 'n toestand wat intern tot die kind is en gevolglik nie hulself, of die kind, daarvoor blameer nie (Johnston et al., 2005). Dit het weer 'n positiewe invloed op ouers se houding oor die voorkoms van AT/HV en hoe hulle kies om dit te hanteer (Johnston et al., 2005).

Ouers se vermoë om dissipline konsekwent toe te pas en reëls en gevolge van gedrag aan kinders te verduidelik word as die sleutel tot beter aangepastheid vir die kind en die gesin in sy geheel beskou (Mash & Barkley, 2006). Dit vorm ook die kern van gedragleidingsprogramme vir ouers met kinders met AT/HV (Mash & Barkley, 2006). In die onderhawige studie dui die bevindinge dus daarop dat hoe meer konsekwent ouers dissipline toepas en gevolge van reëls en gedrag verduidelik, hoe meer verbeter die gesin se vermoë om stresvolle situasies te herbeoordeel, terwyl passiewe beoordeling ook toeneem.

6.4.1.4 Samevatting

Die **totaaltelling** van die gesaghebbende ouerskapstyl het 'n sterk positiewe korrelasie met herbeoordeling (as 'n hanteringstyl). Dit blyk uit Tabel 4 dat die totaaltelling van die gesaghebbende ouerskapsdimensie 'n sterk positiewe korrelasie toon met gesinsaanpassing.

Verskeie studies oor etlike dekades ondersteun Baumrind se bevindinge dat die gesaghebbende ouerskapstyl die beste uitkomst bring vir kinders en die gesin in sy geheel (Baumrind, 1991; Berns, 2007). Weiss en Schwarz (1996) het gevind dat die gesaghebbende ouerskapstyl oor verskeie etniese groepe heen telkens die beste uitkoms vir adolessente bring en 'n sterk voorspeller is van gesonde sosiale vaardighede, goeie akademiese prestasie en lae middelmisbruik.

Barkley (2000) meen ouers van kinders met AT/HV moet soos uitvoerende beamptes optree en op 'n gesaghebbende manier met hulle kinders omgaan. Reëls en regulasies moet konsekwent toegepas word sodat dit telkens die beste uitkoms vir ouers, die kind met AT/HV en die gesin in sy geheel bring. McDonnell en Mathews (2001) het gevind dat meer en oop kommunikasie en probleemoplossingsessies ouers ondersteun en gesinsgehegtheid bevorder.

In die huidige studie is konneksie, outonomiegewendheid en regulering (dimensies van die gesaghebbende ouerskapstyl) positief verbind met herbeoordeling en passiewe beoordeling (subskale van hanteringstrategieë) wat tot beter gesinsaanpassing lei.

6.4.2 Outoritêre ouerskapstyl, gesinsaanpassing en ander veranderlikes

In die huidige studie is die korrelasies ondersoek tussen fisieke forsering, geen verduideliking en verbale vyandigheid (as dimensies van outoritêre ouerskapstyl (soos gemeet met die *PSDQ*)) en hanteringstrategieë (soos gemeet met *F-COPES*), en gesinsaangepastheid (soos gemeet met *FAC/8*).

6.4.2.1 Fisieke forsering

In die onderhawige ondersoek is 'n statisties beduidende positiewe korrelasie gevind tussen fisieke forsering (die mate waartoe ouers lyfstraf gebruik om dissipline af te dwing) en spirituele ondersteuning (die mate waartoe die gesin spirituele ondersteuning soek) en statisties beduidende negatiewe korrelasie gevind met passiewe beoordeling (die mate waartoe die gesin bloot probleme aanvaar, sonder om aktief oplossings daarvoor te soek) - beide hanteringstrategieë (vergelyk Tabel 5). Daar is ook 'n sterk negatiewe korrelasie gevind tussen fisieke forsering en gesinsaanpassing (vergelyk Tabel 5).

'n Studie deur Wade en Kendler (2007) ondersteun die onderhawige studie se bevindinge. Wade en Kendler (2007) het bevind dat hoe meer dikwels ouers religieuse byeenkomste bywoon, hoe meer gebruik hulle lyfstraf, hoe hoër is die voorkoms van algemene angstigheid onder die ouers en hoe minder het ouers warmte en ondersteuning aan hul kinders gewys.

Verskeie ander studies dui ook op die verband tussen die outoritêre ouerskapstyl, spirituele ondersteuning en fisieke forsering (Alizadeh, Applequist & Coolidge, 2007; Eisenberg, Chang, Ma & Huang, 2009). Volgens Alizadeh et al. (2007) verloor ouers van kinders met AT/HV makliker beheer en maak meer gebruik van fisieke forsering om te dissipliner as tipiese ouers, wat kinders met AT/HV meer blootstel aan kindermishandeling. Die onderhawige studie se bevindinge dui dus daarop dat hoe meer ouers lyfstraf gebruik om dissipline af te dwing hoe meer soek die gesin na spirituele ondersteuning, en hoe meer ouers fisieke forsering gebruik hoe minder word probleme deur die gesin passief beoordeel.

In die huidige studie is daar 'n sterk negatiewe korrelasie gevind tussen fisieke forsering en gesinsaanpassing. Hierdie bevinding is soortgelyk aan ander studies wat daarop wys dat outoritêre ouers nie warm, ondersteunende verhoudings met hul kinders het nie en dat dit nie gesinsaanpassing bevorder nie (Baumrind, 1991). Gesinsaanpassing neem af omdat outoritêre ouers rigied is en waardes, tradisies en respek afdwing (Barber 1996; Baumrind, 1991; Berns, 2007; Weiss en Schwarz, 1996). Uit die onderhawige studie se bevindinge is dit dus duidelik dat hoe meer ouers lyfstraf gebruik om dissipline af te dwing, hoe swakker is gesinsaangepasheid.

6.4.2.2 Geen verduideliking

In die huidige studie is geen verduideliking (die mate wat ouer aan hulle kinders verduidelikings gee vir straf of dissipline; bestraffendheid) statisties beduidend negatief gekorreleer met passiewe beoordeling (die mate waartoe die gesin bloot probleme aanvaar, sonder om aktief oplossings daarvoor te soek), 'n hanteringstyl. Daar is ook 'n sterk negatiewe korrelasie gevind tussen geen verduideliking en gesinsaanpassing (vergelyk Tabel 5). 'n Moontlike verklaring vir die negatiewe korrelasie tussen geen verduideliking en passiewe beoordeling kan gevind word in Baumrind (1991) se teorie oor die outoritêre ouerskapstyl. Outoritêre ouers is geneig om onmiddellik en sonder enige verduideliking te straf wanneer reëls nie absoluut gehoorsaam word nie (Baumrind, 1991). Derhalwe word 'n hanteringstyl gebruik waar probleme (wat in die AT/HV-verband ongewensde gedrag is) nie bloot aanvaar word nie, maar waar die gesin onmiddellik en aktief optree, deur die toepassing van dissipline.

Die bevinding in die onderhawige studie dat daar 'n sterk negatiewe korrelasie tussen geen verduideliking en gesinsaanpassing is word ondersteun deur 'n Iranse studie wat die verband tussen AT/HV en ouer-kind verhoudinge ondersoek het (Alizadeh & Andries, 2002). Alizadeh en Andries (2002) het gevind dat AT/HV-ouers gehoorsaamheid sonder enige verduidelikings vereis. Hierdie ouers het ook gesinsverhoudinge as meer negatief en problematies beskryf met meer stres en meer vyandigheid binne die gesin (Alizadeh & Andries, 2002). Volgens die onderhawige studie se bevindinge is dit dus duidelik dat hoe minder ouers verduidelikings gee vir straf of dissipline hoe minder soek die gesin aktief na oplossings vir probleme, terwyl gesinsaangepastheid dienooreenkomstig swakker is.

6.3.2.3 Verbale Vyandigheid

In die onderhawige studie is verbale vyandigheid (die mate wat ouers hulle woede en kritiek verbaal uitdruk) statisties beduidend negatief verbind met passiewe beoordeling (die mate waartoe die gesin bloot probleme aanvaar, sonder om aktief oplossings daarvoor te soek) as hanteringstyl, en sterk positief statisties beduidend verbind met sosiale ondersteuning (die mate waartoe die gesin aktief hulp soek by hulle sosiale netwerk wat familieledede, bure en vriende insluit) (vergelyk Tabel 5). Die negatiewe verband tussen verbale vyandigheid en passiewe beoordeling dui moontlik daarop dat ouers die opvoeding van kinders met AT/HV as uiters frustrerend ervaar, wat daartoe lei dat hulle min geduld het en maklik self in woede uitbars en tot optrede oorgaan (Alizadeh & Andries, 2002; Mano & Uno, 2007). Dit is in lyn met vorige studies wat daarop dui dat ouers van kinders met AT/HV verbaal meer bevele gee, 'n strengere stemtoon gebruik en meer beperkinge stel ten opsigte van hulle kinders met AT/HV se gedrag as ouers van tipiese kinders (Alizadeh & Andries, 2002).

In die huidige studie is daar dan ook 'n sterk negatiewe korrelasie gevind tussen verbale vyandigheid en gesinsaanpassing (vergelyk Tabel 5). Dit kan moontlik verklaar word deurdat wanneer ouers verbaal vyandig optree dit nie warm, vertrouensverhoudings met kinders bevorder nie, omdat hulle nie op hulle kinders se behoeftes en emosies reageer nie (Baumrind, 1991; Berns, 2007). Die huidige studie se bevindinge is ook in lyn met ander studies wat beklemtoon dat ouers met kinders met AT/HV streng, verwyttende ouerskapstyle volg wat gesinshegtheid en veranderbaarheid benadeel (Mano & Uno, 2007).

In die onderhawige studie is bevind dat hoe meer ouers hul woede en kritiek verbaal uitdruk, hoe minder aanvaar die gesin probleme sonder om oplossings daarvoor te soek. En dat hoe meer verbaal vyandig die ouers optree hoe swakker is die gesin se aanpassing. Die verskynsel in die huidige studie dat verbale vyandigheid positief verbind word met sosiale ondersteuning, is verwarrend en nie in pas met ander navorsingsbevindinge nie. Daar is nie 'n geskikte logiese verklaring hiervoor nie.

6.4.2.4 Samevatting

Wat die totaalstelling van die outoritêre ouerskapstyl betref, is daar 'n statisties beduidende positiewe korrelasie met soeke na spirituele ondersteuning, 'n statisties beduidende negatiewe korrelasie met passiewe beoordeling as hanteringstyl dimensie, en 'n sterk negatiewe statisties beduidende korrelasie met gesinsaanpassing (vergelyk Tabel 5). Daar is ook 'n tendens dat die totaalstelling van die outoritêre ouerskapstyl 'n verband met sosiale ondersteuning, 'n hanteringstyl het (vergelyk Tabel 5). Hoe meer outoritêr die ouers se styl, hoe meer soek die gesin na spirituele ondersteuning. Die outoritêre ouerskapstyl is ook negatief verbind met die hanteringstyl waar die gesin bloot probleme aanvaar, sonder om aktief oplossings te soek. Derhalwe aanvaar outoritêre ouers nie bloot probleme nie en tree hul aktief op om probleme op te los. Die onderhawige studie se bevindinge ondersteun vorige navorsing wat daarop dui dat outoritêre ouerskap nie warm, vertrouensverhoudinge binne 'n gesin bevorder nie. Outoritêre ouerskap word dus verbind met swak gesinsaanpassing.

6.4.3 Permissiewe ouerskapstyl, gesinsaanpassing en ander veranderlikes

In die huidige studie is korrelasies ondersoek tussen die enkele dimensie van die permissiewe ouerskapstyl, toegeeflikheid (soos gemeet met die *PSDQ*), en hanteringstrategieë (soos gemeet met die *F-COPES*), en gesinsaanangepastheid (soos gemeet met die *FACIS*).

6.4.3.1 Toegeeflikheid

In die onderhawige ondersoek is daar statisties beduidende negatiewe korrelasies gevind tussen toegeeflikheid (inkonsekwente, insiklike gedrag van ouers in deurvoering van dissipline en die mate waartoe hulle wangedrag ignoreer) en die

hanteringstyle, herbeoordeling (die gesin se vermoë om stresvolle situasies te herdefinieer) en passiewe beoordeling (verminderde reaktiwiteit; die mate waartoe die gesin bloot probleme aanvaar, sonder om aktief oplossings daarvoor te soek) (vergelyk Tabel 6).

Die resultate dui daarop dat soos toegeeflikheid by ouers toegeneem het, het die vermoë om stresvolle situasies te beoordeel, of te herdefinieer, afgeneem. 'n Moontlike verklaring vir hierdie bevinding is dat permissiewe ouers geen selfvertroue het in hulle ouerskapsvaardighede nie en uitermatig demokraties en kind-gesentreerd is (Baumrind, 1991). Toegeeflike ouers fokus tot so 'n mate op die kind se behoeftes en belange dat daar amper geen dissipline is nie en indien daar wel gedissiplineer word, word dit nie konsekwent toegepas nie (Baumrind, 1991). Ouers se vermoë om dus probleemsituasies te herbeoordeel word gestrem omdat daar 'n magswanbalans is. Hulle vermoë om stressors wat verband hou met ouerskap sinvol te beoordeel of te herdefinieer, skiet dus te kort.

Die statisties beduidende negatiewe korrelasie tussen toegeeflikheid en passiwiteit (as 'n hanteringstyl) in die huidige studie, is 'n interessante bevinding. Dit beteken dat hoe meer toegeeflik die ouers is, hoe minder passief hanteer hulle krisisse en hoe meer gaan hulle tot aksie oor. 'n Moontlike verklaring vir hierdie “tot-aksie-oorgaan”, oftewel minder passiwiteit, is dat die aard van hierdie aksie permissief van aard is. 'n Permissiewe ouer wat byvoorbeeld 'n kind het wat neul om iets te kry, sal ingee en die item aan die kind gee in 'n poging om die kind tevrede te stel en die vrede te bewaar. Die gevolg hiervan is dat die kind bloot meer eise stel, waarna die ouer se toegeeflikheid en aksies om aan die eise te voldoen, sal toeneem.

Wat gesinsaanpassing betref is daar in die huidige studie 'n sterk statisties beduidende negatiewe korrelasie gevind tussen toegeeflikheid, as permissiewe ouerskapsdimensie en gesinsaanpassing (vergelyk Tabel 6). Hierdie bevinding is in lyn met verskeie vorige navorsingstudies wat daarop dui dat permissiewe ouerskap nie tot goeie gesinsaanpassing lei nie (Baumrind, 1991; Ramirez, 2004; Weiss en Schwarz, 1996).

'n Interessante verskynsel uit vorige studies is dat 'n beduidende positiewe verband gevind is tussen die permissiewe ouerskapstyl en die voorkoms van AT/HV-simptome by kinders (Carlton, Jewell, Krohn, Scott & Mainz, 2008; Neal & Frick-Harbury, 2001).

Ouers wat nie dissipline konsekwent toepas nie en nie duidelike grense vir hul kinders stel nie kweek kinders wat impulsief, hiperaktief voorkom en wat dieselfde gedragsimptome as kinders met AT/HV het (Carlton et al., 2008; Neal & Frick-Harbury, 2001; Ramirez, 2004). Die onderhawige studie se bevinding is dus dat hoe meer insiklik ouers is en hoe minder hulle konsekwent dissipline toepas, hoe minder is die gesin se vermoë om stresvolle situasies te herdefinieer. Hoe meer permissief die ouers se styl is, hoe swakker is die gesin se aangepastheid.

6.5 Resultate van regressie-ontleding

In die huidige studie is die beste substelle regressie-ontledings uitgevoer om vas te stel watter substel onafhanklike veranderlikes die beste gesinsaanpassing sou voorspel (soos gemeet deur FACI8). Dit blyk uit Tabel 7 dat die gebruik van medikasie, konneksie ('n gesaghebbende ouerskapsdimensie wat na warmte en ondersteuning en die mate wat die ouer die kind verstaan en in voeling is met die kind se behoeftes en emosies), en regulering (wat daarop dui dat ouers dissipline, reëls en die gevolge van die kind se gedrag konsekwent toepas, verduidelik en beklemtoon) statisties beduidende bydraes tot gesinsaanpassing lewer. Dit is in lyn met etlike vorige navorsingsbevindinge wat telkens die gesaghebbende ouerskapstyl uitwys as die een wat oor verskillende kulture heen telkens die beste gesinsaanpassing tot gevolg het (Baumrind, 1991; Berns, 2007; Weiss & Schwarz, 1996). Hoewel die gebruik van medikasie, aangevuur deur populêre media-artikels, kontroversieel bly, wys wetenskaplike navorsing oor etlike dekades heen dat dit sleutelsimptome van AT/HV verbeter en beter uitkomst vir kinders en gesinne tot gevolg het (Barkley, 1998, 2000; Mash & Barkley, 2006).

Die onderhawige ondersoek se beste substel veranderlikes, medikasie, konneksie en regulering, ondersteun dus verskeie vorige navorsingsbevindinge dat die gesaghebbende ouerskapstyl die beste gesinsaanpassing te weeg bring, selfs in gesinne met kinders met AT/HV. Die onderhawige studie se bevindinge ondersteun vorige navorsingsbevindinge dat die gebruik van medikasie saam met 'n warm ondersteunende ouerskapstyl en die konsekwente toepassing van dissipline, gesinsaaangepastheid in gesinne met kinders met AT/HV bevorder (Barkley, 2000; Englander, 2005; Mash & Barkley, 2006; Modesto-Lowe et al., 2008).

6.6 Ouerskapstyle, hantering en gesingsaanpassing – laaste gedagtes

AT/HV stel op vele vlakke gesonde gesinsverhoudinge in gevaar, deurdat dit veral die struktuur, welstand en gehegtheid van die gesin affekteer (Niederhuffer, Hackenberg, & Lanzendorfer, 2002). AT/HV lei ook maklik tot negatiewe ouer-kindverhoudings wat 'n impak op alle lede van die gesin het (Niederhuffer et al., 2002). In sulke gesinne word die sibbe wat nie AT/HV het nie ook beïnvloed omdat ouers maklik hierdie kinders óók in 'n negatiewe lig sien (Niederhuffer et al., 2002).

Die veerkragtigheidsparadigma postuleer dat geloofsteme gesinne se veerkragtigheid versterk deurdat gesinne betekenis vind in stresvolle gebeurtenisse (Walsh, 1998). 'n Geloofsteme bied 'n positiewe raamwerk vir spirituele leiding en ondersteuning (Walsh, 2003). Dit versterk ook 'n gesin se bestaande gesinskema (McCubbin & McCubbin, 1996). Tog laat bevindinge uit die onderhawige studie gevaarlike flikker. Soeke na spirituele ondersteuning ('n hanteringstyl) se sterk assosiasie met die outoritere ouerskapstyl en fisieke forsering herrinner aan vorige bevindinge wat daarop dui dat kinders met AT/HV kwesbaar is vir kindermishandeling (Alizadeh et al., 2007) . Verdere navorsing hieroor word dringend benodig.

Verder word die komplekse impak wat AT/HV op die gesin as sisteem het, gedeeltelik gedemonstreer deur Cunningham (2007) wat swak aanpassing en uitkomste by kinders met AT/HV, met ouers se depressie verbind het. Ouers met sielkundige verstourings is swak toesighouers en hulle is nie konsekwent in hul toepassing van dissipline nie (Cunningham, 2007). Dit laat mens met die vraag of die kind se AT/HV depressie by die ouer veroorsaak, of is dit die ouer se depressie wat tot AT/HV-tipe gedrag by die kind lei?

Harvey (2000) meen dat die volgehoue stres wat ouerskap van kinders met AT/HV meebring, ook dikwels die ouers se huwelik nadelig beïnvloed. Ouers van kinders met AT/HV verskil dikwels oor hóé die kind grootgemaak moet word, wat tot argumente en ongelukkigheid lei (Harvey, 2000). Harvey (2000) het in 'n studie AT/HV se invloed op ouerskapstyle en die huwelik ondersoek. Ouers van kinders met AT/HV se ouerskapstyle het meer van mekaar verskil, as tipiese ouers s'n (Harvey, 2000). AT/HV-ouers was ook meer ongelukkig in hul huwelik en het meer met hul eggenoot baklei as

die kontrolegroep (Harvey, 2000). Daar was ook minder hegtheid tussen die ouers en hulle het huwelikstres as die grootste probleem in hul lewe beskryf (Harvey, 2000).

Hoewel gedragleidingsprogramme van veel waarde vir ouers kan wees, argumenteer Englander (2005) dat sulke programme hoogstens daarop fokus om ouers te help om buitensporige gedrag van kinders te hanteer en te verstaan. Englander (2005) meen egter dat 'n meer holistiese benadering nodig is. 'n Benadering wat ook fokus op ouers se emosies, behoeftes en verhoudings met hulle kinders - een wat persoonlike probleme as gevolg van AT/HV, aanspreek (Englander, 2005). Die kernargument bly: sterk ouers kweek sterk kinders (Britz, 2008).

6.7 Samevatting

AT/HV is 'n gedragsversteuring wat gekenmerk word deur impulsiwiteit, aandaggebrek en hiperaktiewe gedrag. Die teenwoordigheid van 'n kind met AT/HV is 'n stressor wat 'n beduidende impak op gesinsaanpassing het. In hierdie studie is daar gesoek na assosiasies tussen ouerskapstyle, hanteringstrategieë, en die aanpassing van gesinne met kinders met AT/HV.

Altesaam 102 Suid-Afrikaanse gesinne met vooraf gediagnoseerde kinders met AT/HV tussen die ouderdom van 5 en 13 jaar het aan die studie deelgeneem. 'n Eenmalige dwarsnitopnamenavorsingsontwerp is gebruik. Kwantitatiewe data is ingesamel met behulp van 'n biografiese vraelys en 'n stel selfrapporteringsvraelyste. Resultate van die onderhawige ondersoek bevestig dié van bestaande teorieë en soortgelyke vorige navorsing.

Uit die Pearson-korrelasiekoëffisiëntontleding is sterk positiewe korrelasies tussen gesaghebbende ouerskapsdimensies en gesinsaanpassing gevind. Statisties beduidende korrelasies tussen konneksie, outonomiegewendheid en regulering (gesaghebbende ouerskapsdimensies soos gemeet met die *PSDQ*) en hanteringstyle (soos gemeet met die *F-COPES*) van herbeoordeling en mobilisering, en gesinsaanpassing (soos gemeet met die *FACI8*) is gevind.

Die outoritêre ouerskapstyl (soos gemeet met die *PSDQ*) se dimensie fisieke forsering, het 'n positiewe korrelasie getoon met die hanteringstyl (soos gemeet met die *F-*

COPES). soeke na spirituele ondersteuning. Die hanteringstyl passiwiteit (soos gemeet met die *F-COPES*) het weer 'n negatiewe korrelasie getoon met die outoritêre ouerskapstyl. Ook gesinsaanpassing (soos gemeet met die *FACI8*) het 'n negatiewe korrelasie gehad met die outoritêre ouerskapstyl. Verbale vyandigheid het sterk negatiewe assosiasies getoon met gesinsaanpassing en passiwiteit, 'n hanteringstyl. Verder is 'n duidelike beeld geskep van 'n verband tussen swak gesinsaanpassing en die outoritêre ouerskapstyl. Ook die permissiewe ouerskapstyl (soos gemeet met die *PSDQ*) het negatiewe korrelasies getoon met die hanteringstyle herbeoordeling en passiwiteit (soos gemeet met die *F-COPES*), terwyl dit ook negatief gekorreleer het met gesinsaanpassing (soos gemeet met die *FACI8*).

Regressie ontledings is gedoen en medikasie, konneksie en regulering is as die beste substel voorspeller veranderlikes uitgewys met gesinsaanpassing as die afhanklike veranderlike.

'n Gemengdeherhalingsmodel met *ANOVA*-ontledings is gebruik om geslagsverskille tussen ouers aan te dui. Geslagsverskille tussen ma's en pa's het daarop gedui dat ma's hoër tellings behaal het vir konneksie, outonomiegewendheid en gesaghebbende ouerskapstyl as pa's.

Die biografiese data het meestal vorige navorsingsbevindinge ondersteun. So is daar 'n sterk genetiese band tussen ouers en kinders met AT/HV gevind (51% van ouers het ook aangedui dat hulle met AT/HV gediagnoseer is), 78% van die kinders het medikasie gebruik en 34% van die kinders het ko-morbiede toestande gehad.

6.8 Tekortkominge en aanbevelings

Beide gesinsaanpassing en ouerskapstyle is meer as die som van sy dele. In hierdie studie is 'n eenmalige dwarssnitopname gebruik. Dus is gesinsaanpassing en ouerskapstyl op 'n gegewe moment gerapporteer. Beide is buigbaar en veranderlik, dus kan 'n longitudinale studie interessanter data oplewer.

Deelnemers was moeilik bekombaar vir hierdie studie. Die aanname kan gemaak word dat ouers bereid was om deel te neem, ouers is wat reeds baie inligting het en sterk daarop ingestel is om hulle kinders en gesinne te help. Die ouers het ook oorwegend in

die middel- tot hoërinkomsteklas geval, wat daarop dui dat hierdie ouers waarskynlik toegang tot kundigheid kan bekostig. In die lig hiervan sou dit onvanpas wees om veralgemenings te maak op grond van die resultate van hierdie studie.

Aanvanklik is gepoog om beide ouers te kry om vraelyste te voltooi. Hoewel 20 pa's wél deelgeneem het, was dit uiteindelik hoofsaaklik ma's wat die vraelyste voltooi het. Ma's van kinders met AT/HV, as 'n groep, is op sigself al reeds 'n komplekse studieveld. Soortgelyke navorsing sou kon baat om 'n manier te vind om pa's te betrek. Ook kan dit baie interessante data oplewer indien 'n mens die kind met AT/HV kan vra om sy/haar ouers se ouerskapstyle te beoordeel.

Die tema van AT/HV is 'n uiters sensitiewe een binne gesinne, gemeenskappe en skole. Sommige skole wil nie as pro-AT/HV of anti-AT/HV geklassifiseer word nie. Die meeste skole wat genader is om te help om deelnemers te identifiseer wou nie hul samewerking gee nie. Soortgelyke navorsing sal 'n manier moet vind om kontak te maak met gesinne in 'n konteks waarmee hulle gemaklik voel. Elektroniese werwing en insameling van data, was definitief 'n metode wat die meeste ouers verkies het, waarskynlik omdat dit anonimiteit verhoog. Verdere navorsing word dringend benodig om volledige gedragleidingsprogramme vir ouers van AT/HV-kinders in Suid-Afrika te ontwikkel. Die oorgrote meerderheid van ouers het aangedui dat hulle dringend 'n behoefte het aan sulke programme en enige vorm van ondersteuning. Hierdie ondersteuning moet egter nie net 'n eenmalige ingryping wees nie, maar moet deurentyd beskikbaar en volhoubaar wees.

Die vraag ontstaan tot watter mate AT/HV en ook ko-morbiede toestande effektief behandel en gediagnoseer word binne die Suid-Afrikaanse konteks, gegewe Louw et al. (2009) se bevindinge dat hierdie land se medici en sielkundiges oor die algemeen nie oor die nodige kundigheid beskik om hierdie toestand volwaardig te behandel nie. Internasionale navorsingsbevindinge dui daarop dat tot 87% van kinders met AT/HV ook 'n ko-morbiede toestand het. In hierdie studie was dit heelwat laer - slegs 34%. Ouers het ook soms nie eens geweet wat ko-morbiede toestande is of wat dit beteken nie en het die navorser daarvoor gekontak. Dit laat die vraag ontstaan of hulle werklik nie weet nie en of daar ooit tydens diagnose 'n volledige profiel van die kind saamgestel is. In wese wonder 'n mens hoe oningeligte medici die problematiek van AT/HV beïnvloed.

Verdere navorsing oor ouerskapstyle en die effek op kinders met AT/HV se gedrag is noodsaaklik. Verskeie studies het aangedui dat permissiewe en outoritêre ouerskapstyle tot gevolg het dat kinders sonder AT/HV, meer impulsief en hiperaktief optree – simptome van AT/HV. Hierdie verband behoort deeglik bestudeer te word, veral omdat medici bekommerd is daaroor dat die gedragsversteuring besig is om toe te neem (Newmark, 2009).

Hoewel hierdie studie sekere beperkinge het, wat deur toekomstige navorsing aangespreek kan word, is baie van die bevindinge deur teorie en ander navorsing ondersteun. Die beperkinge van hierdie studie kan gebruik word om 'n verbeterde navorsingsontwerp vir die toekomstige navorsing daar te stel.

6.9 Gevolgtrekking

In hierdie studie is geen oorsaaklikheid bewys nie. Dit was 'n korrelasionele ontwerp wat assosiasies tussen veranderlikes van ouerskapstyle, hanteringstrategieë en gesinsaanpassing uitgewys het. Die studie was geslaagd in dié mate dat dit reeds gevestigde navorsing oor ouerskapstyle en uitkomst by kinders en die gesin ondersteun. Dit was vernuwend in dié sin dat AT/HV as 'n stressor beskou is wat opvoedingspraktyke bemoeilik.

In gesinne met kinders met AT/HV het die gesaghebbende ouerskapstyl 'n sterk positiewe korrelasie met gesinsaanpassing getoon. 'n Gesaghebbende ouerskapstyl kan dus selfs vir kinders wat gedragsprobleme het, beter uitkoms bring en gesinsveerkragtigheid bevorder. Dit strook met wat AT/HV-gesaghebbendes aanbeveel vir gesinne met kinders met AT/HV (Barkley, 2000).

Dit is interessant dat outoritêre ouerskap, fisieke forsering en soeke na spirituele ondersteuning met mekaar verbind is. Dit is 'n belangrike bevinding wat illustreer dat hoe meer ouers van kinders met AT/HV spiritueel aktief is, hoe meer geneig is hulle om hulle kinders met lyfstraf te dissiplineer. Dit strook met Alizadeh, Applequist en Coolidge (2007) se bevindinge in 'n studie oor Iranse gesinne met kinders met AT/HV en wys op die weerloosheid van hierdie kinders omdat die grense tussen fisieke forsering en mishandeling vaag is.

In Suid-Afrika is daar nog nie veel studies gedoen wat juis na ouers se rol binne 'n AT/HV-konteks kyk nie. Derhalwe maak hierdie studie 'n waardevolle bydrae. Dit is egter duidelik dat die voorkoms van AT/HV binne die gesin as stressor vir ouers 'n uiters komplekse saak is wat verdere navorsing vereis. Suid-Afrikaanse gesinne met kinders met AT/HV benodig dringend 'n goed georkestreerde ondersteuningsnetwerk wat gerig is op ouers, die kinders self, die gesin in sy geheel en op hierdie kinders se funksionering binne skole. Vorige navorsingstudies het reeds op 'n verband tussen wetsoortreding en onbehandelde AT/HV gewys. Iets wat Suid-Afrika met sy hoë voorkoms van misdaad nouliks kan bekostig. Veral skole behoort interne begeleiers aan te stel om hierdie kinders van jongs af op 'n akademiese en sosiale vlak volledig te integreer. Dit sal nie net die kind nie, maar ook die onderwysers, die res van die skool en die gemeenskap tot voordeel strek.

VERWYSINGSLYS

- Alizadeh, H., & Andries, C. (2002). Interactions of parenting styles and attention-deficit/hyperactivity disorder in Iranian parents. *Child and Family Behavior Therapy, 23*(3), 37-52.
- Alizadeh, H., Applequist, K.F., & Coolidge, F.L. (2007). Parental self-confidence, parenting styles, and corporal punishment in families of ADHD children in Iran. *Child Abuse & Neglect, 31*(5), 567-572.
<http://www.ncjrs.gov/App/Publications/abstract.aspx?ID=240713>
- American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4de uitg.), Text Revision [DSM-IV-TR]. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- August, G.J., Realmuto, G.M., Joyce, T., & Hektner, J.M. (1999). Persistence and desistance of oppositional defiant disorder in a community sample of children with ADHD. *Journal of American Academy of Child Adolescence and Psychiatry 38*, 1262-1270.
- Barber, B.K. (1996). Parental psychological control: revisiting a neglected construct. *Child Development, 67*(6), 3296-3319.
- Barkley, R.A. (1997). Attention-deficit/hyperactivity disorder, self-regulation, and time: toward a more comprehensive theory. *Journal of Developmental Behavioral Pediatrics, 18*, 271-279.
- Barkley, R.A. (1998). Attention deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment. New York: Guilford Press.
- Barkley, R.A. (2000). Taking charge of ADHD: the complete, authoritative guide for parents (Red.). New York: Guilford Press.

- Baumrind, D. (1971). Current patterns of paternal authority. *Developmental Psychology Monographs*, 4, 1-102.
- Baumrind, D. (1989). Rearing competent children. In W. Damon (red.), *Child development today and tomorrow* (pp. 349-378). San Francisco: Jossey-Bass.
- Baumrind, D. (1991). The Influence of parenting style on adolescent competence and substance use. *Journal of Early Adolescence*, 11(1), 56-95.
- Beers, M.H. (red.) (2006). *The Merck manual of diagnosis and therapy* (18de uitg.). New Jersey: Merck Research Laboratories.
- Berk, L. E. (1997). *Child development* (4de uitg.) Boston: Allyn and Bacon.
- Berns, R. M. (2007). *Child, family, school, community: socialization and support* (7de uitg.) Belmont: Thomson Wadsworth.
- Bester, H. (2006). *Beheer aandagafleibaarheid. 'n Suid-Afrikaanse gids vir ouers, onderwysers & terapeute*. Kaapstad: Human & Rousseau.
- Boss, P. (1988). *Family stress management*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Britz, H. (2008). *Kweek gesonde gesag*. Vanderbijlpark: Carpe Diem Media.
- Brubaker, T.H. (red.) (1993). *Family relations: challenges for the future*. Newbury Park: SAGE.
- Carlton, M., Jewell, J.D., Krohn, E.J., Scott, V.G., & Meinz, E. (2008). The differential impact of mothers' and fathers' discipline on pre-school children's externalizing behavior in home and classroom. *North American Journal of Psychology*, 10, 173-188.
- Carson, R.C., Butcher, J.N., & Coleman, J.C. (1988). *Abnormal psychology and modern life* (8de uitg.) Glenview: Scott, Foresman and Company.

- Chamberlain, P., & Patterson, G.R. (1995). Discipline and child compliance in parenting. In: M.H. Bornstein (red.), *Handbook of Parenting* (vol. 4.), Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Chen, M., Sepp, C.M., & Johnston, C. (2008). Mothers' and fathers' attributions and beliefs in families of girls and boys with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child Psychiatry and Human Development, 39*(1), 85-99.
- Chi, T.C., & Hinshaw, S.P. (2002). Mother-child relationship of children with ADHD: the role of maternal depressive symptoms and depression-related distortions. *Journal of Abnormal Child Psychology, 30*, 387-400.
- Chronis, A.M., Chacko, A., Fabiano, G.A., Wymbs, B.T. & Pelham, W.E. (2004). Enhancements to the behavioral parent training paradigm for families of children with ADHD: review and future directions. *Clinical Child and Family Psychology Review, 7*(1), 1-27.
- Cunningham, C.E. (2007) Family-centred approach to interventions for children with ADHD: parental adjustment. *Journal of Pediatric Psychology, 32*(6), 676-694.
- Cunningham, C.E., & Boyle, M.H. (2002). Preschoolers at risk for attention-deficit hyperactivity disorder: family, parenting, and behavioral correlates. *Journal of Abnormal Child Psychology, 30*, 555-569.
- Danforth, J.S., Harvey, E., Ulaszek, W.R. & McKee, T.E. (2006). The outcome of group parent training for families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder and defiant/aggressive behavior. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 37*, 188-205.
- Danielson, C.B., Hamel-Bissell, B., & Winstead-Fry, P. (1993). Families, health & illness. Perspectives on coping and intervention. Mosby-Year Book, Inc. Missouri: Mosby.

- Dos Reis, S., & Myers, M.A. (2008). Parental attitudes and involvement in psychopharmacological treatment for ADHD: a conceptual model. *International Review of Psychiatry*, 20(2), 135-41.
- Eisenberg, N., Chang, L., Ma, Y., & Huang, X. (2009). Relations of parenting style to Chinese children's effortful control, ego resilience, and maladjustment. *Development Psychopathology*, 21(2), 455-477.
- Englander, A. (2005). Childhood ADHD and its effects on parents and the family system. Lehigh University, <http://jsaw.lib.lehigh.edu/viewarticle.php?id=359&layout=html>
- Fletcher, J., & Wolfe, B. (2009). Long-term consequences of childhood ADHD on criminal activities. www.icmpe.org/test1/journal/issues/v12i3/v12i3abs03.html
- George, M. E. (2004). Relations between parenting styles and the social status of school-age children with their peers. Florida State University, College of Human Sciences. <http://etc.lib.fsu.edu/thesis/available/etd.07062004-105107/unrestricted/finalPDFthesis.pdf>
- George, A., & Pretious, L. (2006). The Myth of ADD: Biblically redefined. Johannesburg: Life Enrichment Ministries.
- Gerdes, L. C. (1998). Bringing up parents and children. Pretoria: Unisa Press.
- Gerdes, A.C., Hoza, B., & Arnold, L.E. (2007). Maternal depressive symptomatology and parenting behavior: exploration of possible mediators. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 705-714.
- Ghanizadeh, A. (2008). ADHD, bruxism and psychiatric disorders: does bruxism increase the chance of a comorbid psychiatric disorder in children with ADHD and their parents? *Sleep and Breathing*, 12(4), 375-380.

- Ghanizadeh, A., & Jafari, P. (2010). Risk factors of abuse of parents by their ADHD children. *European child & adolescent psychiatry*, 19(1) 75-81.
- Ghanizadeh, A., Mohammadi, R.M., & Rozita, M. (2008). Comorbidity of psychiatric disorders and parental psychiatric disorders of ADHD children. *Journal of Attention Disorders*, 12(2), 149-155.
- Goldstein, S., & Ellison, A.T. (2002). Clinicians' guide to adult ADHD: assessment and interventions. San Diego: Elsevier Science Academic Press.
- Gray, M.R., & Steinberg, L. (1999). Unpacking authoritative parenting: reassessing a multi-dimensional construct. *Journal of Marriage and the Family*, 61, 574-587.
- Hartman, R.R., Stage, S.A., & Webster-Stratton, C.A. (2003). A growth curve analysis of parent training outcomes: examining the influence of child risk factors (inattention, impulsivity, and hyperactivity problems), parental and family risk factors. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44, 388-398.
- Harvey, E. (2000). Parenting similarity and children with ADHD. *Child and Family Behavior Therapy*, 22(3), 39-54.
- Harvey, E.A., Danforth, J.S., McKee, T.E., Ulaszek, W.R., & Friedman J.L. (2003). Parenting of children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): the role of parental ADHD symptomatology. *Journal of Attention Disorders*, 7(1). 29-40.
- Hersen, M., & Ammerman, R.T. (2000). Advanced abnormal child psychology (2de uitg.). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Jensen, P.S., Hinshaw, S.P., & Swanson, J.M. (2001). Findings from the NIMH multimodal treatment study of ADHD (MTA): implications and application for primary care providers. *Journal of Dev behav Pediatrics*, 22, 60-73.

- Johnston, C. (1996). Parent characteristics and parent-child interactions in families of nonproblem children and ADHD children with higher and lower levels of oppositional defiant behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24(1), 85-104.
- Johnston, C., & Mash, E.J. (2001). Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: review and recommendations for future research. *Clinical Child Family Psychological Review*, 4(3), 183-207.
- Johnston, C., Murray, C., Hinshaw, S.P., William, E.P. & Hoza, B. (2002). Responsiveness in interactions of mothers and sons with ADHD: relations to maternal and child characteristics. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30, 77-88.
- Johnston, C., Seipp, C., Hommersen, P., Hoza, B., & Fine, S. (2005). Treatment choices and experiences in attention-deficit and hyperactivity disorder: relations to parents' beliefs and attributions. *Child Care Health Development*, 31(6), 669-77.
- Juang, L.P., & Silbereisen, R.K. (1999). Supportive parenting and adolescent adjustment across time in former East and West Germany. *Journal of Adolescence*, 22(6), 719-736.
- Kienle, X., Koerber, S., & Karch, D. (2009). Effectiveness of parent training for children with ADHD in routine clinical practice. *Prax Kinderpsychologie Kinderpsychiatrie*, 58(1), 16-33.
- Latouf, N.C.D.S. (2008). Parenting styles affecting the behaviour of five-year olds. Ongepubliseerde meesterstesis, Universiteit van Suid-Afrika.
- Lazarus, R.S. (1966). Psychological stress and the coping process. San Francisco: Wiley & Sons.
- Louw, D.A. (1991). Menslike ontwikkeling (2de uitg.). Pretoria: HAUM-Literêr.

- Louw, C., Oswald, M.M., & Perold, M.D. (2009). General practitioners' familiarity, attitudes and practices with regard to Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in children and adults. *South African Family Practice*, 51(2), 1-6.
- Maccoby, E.E., & Martin, J.A. (1983). Socialization in the context of the family: parent-child interaction. In P.H. Mussen (Red.) & E.M. Hetherington (Vol. Red.), *Handbook of child psychology: Vol. 4. Socialization, personality and social development* (4de uitg.) (pp. 1-101). New York: Wiley.
- Mano, S., & Uno, H. (2007). Relationship between characteristic behaviors of children with ADHD and mother's parenting styles. *No To Hattatsu*, 39, 19-24.
- Mash, E.J., & Barkley, R.A. (2006). *Treatment of childhood developmental disorders* (3de uitg.). New York: The Guilford Press.
- McCubbin, H.I., & McCubbin, M.A. (1988). Typologies of resilient families: emerging roles of social class and ethnicity. *Family Relations*, 37, 247-254.
- McCubbin, M.A., & McCubbin, H.I. (1989). Theoretical orientations to family stress and coping. In C.R. Figley (Red.). *Treating stress in families* (pp. 3–43). New York: Brunner/Mazel.
- McCubbin, M.A., & McCubbin, H.I. (1996). Resiliency in families: a conceptual model of family adjustment and adaptation in response to stress and crises. In H.I. McCubbin, A.I. Thompson, & M.A. McCubbin (Reds.). *Family assessment: resiliency, coping and adaptation: inventories for research and practice* (pp. 1-64). Madison: University of Wisconsin.
- McCubbin, H.I., Olson, D., & Larsen, A. (1981). Family Crisis Oriented Personal Scales (F-COPES). In H.I. McCubbin, A.I. Thompson, & M.A. McCubbin (1996) (Reds.). *Family assessment: Resiliency, coping and adaptation – Inventories for research and practice* (pp. 455-507). Madison, WI: University of Wisconsin System.

- McCubbin, H.I., & Patterson, J.M. (1983). The family stress process: the Double ABCX Model of Adjustment and Adaptation. *Marriage and Family Review*, 6, 7-37.
- McCubbin, H.I., Thompson, A.I., & McCubbin, M.A. (1996). *Family assessment: Resiliency, coping and adaptation – Inventories for research and practice*. Madison, WI: University of Wisconsin System.
- McCubbin, H.I., Thompson, A.I., & Elver, K.M. (1995). Family Attachment and Changeability Index 8 (FACI8). In H.I. McCubbin, A.I. Thompson, & M.A. McCubbin (1996). *Family assessment: Resiliency, coping and adaptation – Inventories for research and practice* (pp. 725-751). Madison, WI: University of Wisconsin System.
- McDonnell, K.A., & Mathews, L.L. (2001). Promoting enhanced parenting: a group for caregivers of children diagnosed with AD/HD. *Journal for Specialists in Group Work*, 26(3), 276-288.
- McGuigan, F.J. (1990). *Experimental Psychology: methods of research* (5de uitg.). San Diego: Prentice-Hall International, Inc.
- McKee, T.E., Harvey, E., Danforth, J.S., Ulaszek, W.R., & Friedman, J.L. (2004). The relation between parental coping styles and parent-child interactions before and after treatment for children with ADHD and oppositional disorder. *Journal of Clinical Child Adolescent Psychology*, 33(1), 158-168.
- McKenry, P.C., & Price, S.J. (1994). *Families and change: coping with stressful events*. Thousand Oaks: SAGE.
- Modesto-Lowe, V., Danforth, J.S., & Brooks, D. (2008). ADHD: does parenting style matter? *Clinical Pediatrics*, 47(9), 865-872.
- MTA Cooperative Group (1999). A 14th month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. Multimodal treatment study of children with ADHD. *Archives of General Psychiatry*, 56, 1073-1086.

- Murray, C., & Johnston, C. (2006). Parenting in mothers with and without attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 115*, 52-61.
- Neal, J., & Frick-Harbury, D. (2001). Effects of parenting styles and childhood attachment patterns on intimate relationships. *Journal of Instructional Psychology, 28*(3), 178-183.
- Neuman, L. (1997). *Social research methods: qualitative and quantitative approaches* (5de uitg.). Boston, MA: Allyn and Bacon.
- Newmark, S. (2009). Nutritional interventions in ADHD. *Journal of Science and Healing, 5*(3), 71-73.
- Niederhuffer, H., Hackenberg, B., & Lanzendorfer, K. (2002). Family coherence and ADHD. *Physiological Reports, 91*(1), 123-126.
- Olson, D.H., McCubbin, H.I., Barnes, H.L., Larsen, A.S., Muxen, M.J., & Wilson, M.A. (1983). *Families: what makes them work*. Beverly Hills: SAGE.
- Peris, T.S., & Hinshaw, S.P. (2003). Family dynamics and pre-adolescent girls with ADHD: The relationship between expressed emotion, ADHD symptomology, and combined disruptive behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 44*(8), 177-1190
- Pelham, W.E., Lang, A.R., Atkeson, B. Murphy, D.A., Gnagy, E.M. Greiner, A.R., Vodde-Hamilton, M., & Greenslade, K.E. (1997). Effects of deviant child behavior on parental distress and alcohol consumption in laboratory interaction. *Journal of Abnormal Child Psychology, 25*(4), 413-424 .
- Pelham, W.E., Lang, A.R., Atkeson, B., Murphy, D.A., Gnagy, E.M., Greiner, A.R., Vodde-Hamilton, M., & Greenslade, K.E. (1998). Effects of deviant child behavior on parental alcohol consumption: stress-induced drinking in parents of ADHD children. *The American Journal on Addictions, 7*, 103–114.

- Peters, K., & Jackson, D. (2008). Mothers' experiences of parenting a child with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Nursing, 17*(20), 2725-2732.
- Plizka, S. (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 46*(7), 894-921.
- Podolski, C.L., & Nigg, J.T. (2001). Parent stress and coping in relation to child ADHD severity and associated child disruptive behavior problems. *Journal of Clinical Psychology, 30*, 503-513.
- Ramirez, L.M. (2004). *Keepers of the children: Native American wisdom and parenting*. Reno: Walk in Peace Productions.
- Robin, A.L. (1999). Attention-deficit/hyperactivity disorder in adolescents: common pediatric concerns. *Pediatric Clinics of North America, 46*, 1027-1038.
- Robinson, C.C., Mandleco, B., Olsen, S.F., & Hart, C.H. (1995). The Parenting Styles and Dimensions Questionnaire (PSDQ). In B.F. Perlmutter, J. Touliatos, M.A. Straus (Eds.) *Handbook of family measurement techniques: Vol.3. Instruments & index* (pp. 319-321). Thousand Oaks: Sage.
- Robinson, C.C., Mandleco, B., Olsen, S.F., & Hart, C.H. (2001). The parenting styles and dimensions questionnaire (PSDQ). In B.F. Perlmutter, J. Touliatos, G.W. Holden (Eds.) *Handbook of family measurement techniques: Vol.3. Instruments & index* (pp. 319-321). Thousand Oaks: Sage.
- Rosemond, J., & Ravenel, B. (2008). *The diseasing of America's children: Exposing the ADHD fiasco and empowering parent to take back control*. Nashville: Thomas Nelson Inc.

- Schroeder, V.M., & Kelley, M.L. (2009). Associations between family environment, parenting practices and executive functioning of children with and without ADHD. *Journal of Child and Family Studies, 18*(2), 227-235.
- Sidley, K. (2008). ADHD Report: everything you need to know to help you child cope. *Your Child, March-April*, 16-24.
- Snyman, S., & Truter, I. (2007). Treatment and care of children and adolescents diagnosed with Attention deficit/Hyperactivity disorder in the Eastern Cape, South Africa. *Drug Safety 30*(10), 919-990.
- StatSoft, Inc. (2010). STATISTICA (data analysis software system), version 9.
- Struwig, F.W., & Stead, G.B. (2001). Planning, designing and reporting research. Kaapstad: Pearson Education South Africa.
- Taylor, E., Dodfner, M., Sergeant, J., Asherson, P., Banaschewski, T., & Buitelaar, J. (2004). European clinical guidelines for hyperkinetic disorder – first upgrade. *European Child Adolescent Psychiatry, 13*(1), 1/7-1/30.
- Turk, M. (1991) Stress and coping in families with learning disabled children. Ongepubliseerde meesterstesis, Universiteit van Port Elizabeth.
- Wade, T.D., & Kendler, S. (2007). Parent, child and social correlates of paternal discipline style: a retrospective, multi-informant investigation with female twins. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 36*(4), 177-185.
- Walsh, F. (1996). Family Process: The concept of family resilience. *Crisis and challenge, 35*(3), 262-295.
- Walsh, F. (1998). Strengthening Family Resilience. New York: The Guilford Press.
- Walsh, F. (2002). A family resilience framework's innovative practice applications. *Family Relations, 51*, 130-137.

- Walsh, F. (2003). Family resilience: a framework for clinical practice: *Family Process*, 42(1), 1-18.
- Weingartner, P.L. (1999). ADHD Handbook for families. a guide to communicating with professionals. Washington, DC: Child & Family Press.
- Weiss, L.H., Schwarz, J.C. (1996). The relationship between parenting types and older adolescents' personality, academic achievement, adjustment, and substance use. *Child Development*, 67(5), 2101-2114.
- Winsler, A., Madigan, A.L., Aquilino, S.A. (2005). Correspondence between maternal and paternal parenting styles in early childhood. *Early Childhood Research Quarterly*, 20, 1-12.
- Wodrich, D.L. (2000). Attention-deficit/Hyperactivity disorder: what every parent should know. Baltimore, MA: Paul H Brookes Publishing Company.
- Wymbs, B.T., Pelham, W.E., Molina, B.S.G., Gnagy, E.M., Wilson, T., & Greenhouse, J.B. (in press). Rate and predictors of divorce among parents of youth with ADHD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(5), 735-44.

BYLAE A: INLIGTINGSBRIEF AAN OUERS, SKOOLHOOFDE EN TERAPEUTE

Dear Parent/Principal/Therapist

RE: Attention Deficit Disorder

Worldwide ADD/ADHD is the most common behaviour disorder amongst school aged children today.

A lot of research has been done on the disorder itself, although in South Africa little work has been done on the effect it has on the family unit and how parents cope with this.

The Department of Psychology at the University of Stellenbosch is proposing a research project on **Coping Strategies used by families with ADD/ADHD children. The focus is on parenting styles.** The aim of the project is to establish whether any particular parenting style has a more positive effect on families and how they cope with the disorder.

We need as many parents as possible to complete a short questionnaire. The selection criteria for participation are as follows:

- the children should be between the ages of 6 and 13 (grades I – VII);
- the children concerned should have been diagnosed as ADHD/ADD by a health care professional registered with the HPCSA;
- the diagnosis should have been made **before July 2009**.

For more information please contact the Principal Researcher at 082-768-2540 or e-m.tancred@lantic.net.

Thank you for your time.

Regards

Elise-Marie Tancred
Principal Researcher
082-768-2540
021-851-1831
e-m.tancred@lantic.net

RESEARCH SUPERVISOR: PROF A GREEFF

BYLAE B: INLIGTINGSBRIEF AAN OUERS BY SKOLE

Geagte ouer

U word uitgenooi om deel te neem aan 'n opwindende navorsingsprojek wat ten doel het om Suid-Afrikaanse ouers van kinders met AT/HV (Aandagtekort/hiperaktiwiteitsversteuring) te help in hul opvoedingstaak.

Om met 'n kind met AT/HV saam te leef stel unieke eise aan 'n gesin gestel word. In hierdie studie word AT/HV as 'n stressor beskou, wat sekere aanpassingseise aan gesinne stel. Ouerskapstyle en hanteringstrategieë van gesinne met kinders met AT/HV word ondersoek. Die doel van die studie is om te kyk of daar 'n ouerskapstyl en/of hanteringstrategie is, wat beter gesinsaanpassing te weeg bring en veerkragtigheid (beter 'coping', minder huweliks/gesins-konflik) van gesinne bevorder.

Deelname is heeltemal vrywillig en deelnemers kan te enige tyd onttrek. Die studie behels die invul van drie kort vraelyste en 'n demografiese vraelys (wat hoogstens 20 min sal neem om te voltooi). Alle inligting sal anoniem gehou word en die data sal vertroulik hanteer word. Data sal in 'n plek van veiligheid geberg word. Deelnemers kan aandui of hulle terugvoer rakende die bevindings sou wou hê, aldan nie. Navorsingsbevindinge sal in 'n artikel gepubliseer word, onderhewig aan etiese navorsingsbeginsels soos anonimiteit, vertroulikheid en geldigheid.

Dankie vir u tyd.

Elise-Marie Tancred (Hoofondersoeker)

Kontakbesonderhede: e-m.tancred@lantic.net

021-851-1831

082-768-2540

Toesighouer prof. A. Greeff, Departement Sielkunde, Universiteit van Stellenbosch: apg@sun.ac.za

Ek is bereid / nie bereid om deel te neem aan die studie

Ek wil die vraelys deur die klasonderwyser/praktykpersoneel ontvang & terugbesorg

Die ondersoeker moet my persoonlik kontak tel:sel:.....

Ek wil graag die vraelyste per e-pos ontvang. My e-pos adres is:

Ek wil graag na afloop van die studie terugvoering hê oor die studie. Ja.....Nee.....

BYLAE C: INSTRUKSIES

Beste Deelnemer

Baie dankie vir u tyd en bereidwilligheid om deel te neem. U moet asseblief die **ingeligte toestemmingsbrief** onderteken en die **biografiese vraelys** voltooi. Daar is **twee stelle vraelyste** in die koevert. Die een met die **geel plakkertjie** moet asb deur die **pa's** ingevul word. Indien net een ouer deelneem, moet die oningevulde vraelys asb terug gestuur word.

Lees asseblief die instruksies bo-aan elke vraelys noukeurig deur en omkring die mees gepaste nommer. Daar is nie 'n regte of verkeerde antwoord nie. Dit is belangrik dat u by elke vraag 'n antwoord gee. Wanneer u klaar kan u al die vraelyste in die bruin koevert terugsit, dit toeplak en by die skool/dokter/terapeut se spreekkamer terugbesorg.

Indien u enige vrae het, kan u gerus die ondersoeker kontak, by: e-m.tancred@lantic.net of 082-768-2540.

Beste wense

Elise-Marie Tancred
Hoofondersoeker

INSTRUCTIONS

Dear Participant

Thank you for your time and willingness to take part in this study. Please sign the informed consent form and complete the biographical data sheet. There are **two sets of questionnaires** in the envelope. The one marked with a **yellow dot**, should be completed by the **fathers**. If only parent participates, the blank questionnaire should be sent back please.

Please read the instructions at the top of every page, carefully, and circle the number which best describes your family. There is no 'right' or 'wrong' answer. It is important that you answer all the questions. When you have finished, please put everything back in the brown envelope, seal it and return it to the school/doctor's/therapist's rooms.

If you have any questions, please do not hesitate to contact the researcher at:
e-m.tancred@lantic.net or 082-768-2540.

Yours sincerely
Elise-Marie Tancred
Principal Investigator

BYLAE D: BIOGRAFIESE VRAELYS

(Alle inligting is streng vertroulik en sal anoniem verwerk word)

Vul in en merk asseblief af waar van toepassing:

1. Woon in

.....(stad/dorp)

2. Huwelikstatus (vul asseblief in wat u huidige status beskryf en die aantal jaar)

Hoeveel keer was u al getroud? En u maat?

Hoe lank is u reeds met u huidige eggenoot getroud? jaar

3. Gesinsamestelling

	Self	Eggenoot	Kind 1	Kind 2	Kind 3	Kind 4	Kind 5
Ouderdom							
Geslag							

4. Werk, Opvoeding, inkomste en huistaal

Gee asb. Besonderhede van u werk (bv. tydelik/permanent, aard van werk)

Gee asb. 'n kort beskrywing van u eggenoot/maat se werk

Wat is die hoogste vlak van opvoeding wat behaal is deur:

U self

- | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Laerskool | <input type="checkbox"/> Hoër skool |
| <input type="checkbox"/> Diploma | <input type="checkbox"/> Graad |
| <input type="checkbox"/> Nagraads | <input type="checkbox"/> Ander |

- U Maat** *Laer skool* *Hoër skool*
 Diploma *Graad*
 Nagraads *Ander*

Wat is u gesin se geskatte bruto inkomste per jaar?

- Minder as R60 000 R61 000 – R120 000
 R120 000 of meer

Wat is u huistaal? Afrikaans Engels Xhosa
 Ander (spesifiseer)

5. Huidige ouderdom van kind met AT/HV? _____

6. Ouderdom waarop gediagnoseer? _____

7. Is enige van die volgende verwante toestande by u kind gediagnoseer? (merk asb indien wel)

- ___ Gedragsteurnis (Conduct Disorder)
 ___ Opponerende Gedrags Versteuring (Oppositional Defiant Disorder)
 ___ Asperger's
 ___ Obsessiewe Kompulsiewe Versteuring (Obsessive Compulsive Disorder)
 ___ Algemene Angsversteuring
 ___ Depressie
 ___ Tourette se Versteuring
 ___ Sensoriese Disintegrasië

8. Gebruik u kind met AT/HV enige medikasie? Ja _____ Nee _____

Indien ja, wat en hoe gereeld? _____

Wie skryf die medikasie voor (merk af asb.)? Pediater

Huisdokter

Psigiater

Neuroloog

Ander (spesifiseer asb.)

9. Het enige van die biologiese ouers AT/HV? Ma _____ Pa _____

10. Is daar enige ander gesins/familie-lede met AT/HV? Indien wel, spesifieer asb. (bv. Suster, Oupa) _____

11. Het enige een van die ouers/of beide al oerleidingsprogramme bygewoon of sielkundige raad rakende die opvoeding van u kind met AT/HV ingewin? Ja ____ Nee ____

Indien wel, het dit gehelp? Ja _____ Nee _____

Indien ja , hoe?

BYLAE E: SELFVOLTOOIINGSVRAELYS

PARENTING STYLES AND DIMENSIONS QUESTIONNAIRE (PSDQ)

C.C. Robinson, B. Mandleco, S.F. Olsen, & C.H. Hart

INSTRUKSIES: Die volgende vraelys bevat 'n lys van moontlike gedragsopsies wat ouers in interaksie met hulle kinders openbaar. Die vraelys meet hoe dikwels u sekere gedrag teenoor u kind toon. Reageer asseblief op elke vraag so eerlik as moontlik, sonder om u antwoord met u eggenoot/maat te bespreek.

ONTHOU: Toon aan hoe dikwels u sekere gedrag teenoor u kind openbaar en omkring die gepaste beskrywing.

EK OPENBAAR DIE VOLGENDE GEDRAG

1 = Nooit 2 = Somtyds 3 = Die helfte van die tyd 4 = Baie dikwels 5 = Altyd

In ons gesin ...	Nooit	Soms	Helfte van kere	Baie dikwels	Al tyd
Reageer ek op ons kind se gevoelens en behoeftes.	1	2	3	4	5
Maak ek van fisieke straf gebruik as 'n wyse om ons kind te dissiplineer.	1	2	3	4	5
Neem ek ons kind se begeertes in ag voor ek vir hom/haar vra om iets te doen.	1	2	3	4	5
Wanneer ons kind vra waarom hy/sy iets moet doen, is my antwoord dat ek so sê, of dat ek die kind se ouer is en wil hê hy/sy moet dit doen	1	2	3	4	5
Ek verduidelik aan ons kind hoe ons oor sy/haar goeie en slegte gedrag voel.	1	2	3	4	5
Ek gee ons kind pak wanneer hy/sy ongehoorsaam is.	1	2	3	4	5
Ek moedig ons kind aan om oor sy/haar probleme te praat.	1	2	3	4	5
Dis vir my moeilik om ons kind te dissiplineer.	1	2	3	4	5
Ek moedig ons kind aan om hom-/haarself vrylik uit te druk selfs wanneer hy/sy nie met ons as ouers saamstem nie.	1	2	3	4	5
Ek straf deur voorregte van ons kind weg te neem, sonder veel indien enige verduideliking.	1	2	3	4	5
Ek beklemtoon waarom daar reëls is.	1	2	3	4	5
Ek vertrou ons kind en toon begrip wanneer hy/sy ontsteld is.	1	2	3	4	5
Ek skree of gil wanneer ons kind hom/haar wangedra.	1	2	3	4	5
Ek prys ons kind wanneer hy/sy hom/haar goed gedra.	1	2	3	4	5
Ek laat ons kind begaan wanneer hy/sy 'n bohaai oor iets opskop.	1	2	3	4	5
Ek bars in woede uit teenoor ons kind.	1	2	3	4	5
Ek dreig ons kind dikwels meer met straf, as wat ek dit werklik toepas.	1	2	3	4	5
Ek neem ons kind se voorkeure in ag wanneer ek beplan vir ons gesin.	1	2	3	4	5
Ek gryp ons kind wanneer hy/sy ongehoorsaam is.	1	2	3	4	5
Ek sê hoe ek ons kind gaan straf, maar voer dit dan nie uit nie.	1	2	3	4	5

Ek toon respek teenoor ons kind se menings deur hom/haar aan te moedig om daarvoor te praat	1	2	3	4	5
Ek laat ons kind toe om 'n bydrae te lewer tot gesinsreëls.	1	2	3	4	5
Ek raas en kritiseer om ons kind te help verbeter.	1	2	3	4	5
Ek bederf ons kind.	1	2	3	4	5
Ek verduidelik aan ons kind waarom reëls gehoorsaam behoort te word.	1	2	3	4	5
Ek dreig met straf al is dit feitlik ongeregverdig of glad nie geregverdig nie.	1	2	3	4	5
Ek bring gesellige en intieme tydies saam met ons kind deur.	1	2	3	4	5
Ek straf ons kind deur hom/haar sonder enige verduideliking iewers alleen te laat.	1	2	3	4	5
Ek help ons kind om die invloed van gedrag te verstaan deur hom/haar aan te moedig om oor die gevolge van sy/haar eie gedrag te praat.	1	2	3	4	5
Ek raas en kritiseer wanneer ons kind se gedrag nie aan ons verwagtinge voldoen nie	1	2	3	4	5
Ek verduidelik die gevolge van ons kind se gedrag aan hom/haar.	1	2	3	4	5
Ek klap ons kind vir wangedrag.	1	2	3	4	5

F-COPES

Eerstens, lees die lys van "Voorkeurreaksies" een op 'n slag.

Tweedens, besluit hoe goed elke stelling jou houdings en gedrag in reaksie op probleme of moeilikhede beskryf. Indien die stelling jou reaksie baie goed beskryf, kies nommer 5 om aan te dui dat jy HEELHARTIG SAAMSTEM. Indien die stelling glad nie jou reaksie beskryf nie, kies nommer 1 om aan te dui dat jy GLAD NIE SAAMSTEM NIE. Indien die stelling jou reaksie tot 'n sekere mate beskryf, kies 'n nommer 2, 3 of 4 om aan te dui in hoe 'n mate jy saamstem, al dan nie, met die stelling oor jou reaksie.

Stem gladnie saam nie	1
Stem nie saam nie	2
Geen standpunt	3
Stem saam	4
Stem heelhartig saam	5

Wanneer ons gesin deur probleme of moeilikhede gekonfronteer word, reageer ons deur:

	Nou				
	Stem glad nie saam nie	Stem nie saam nie	Geen standpunt	Stem saam	Stem heelhartig saam
Ons moeilikhede met familieledede te deel	1	2	3	4	5
Aanmoediging en ondersteuning by ons vriende te soek	1	2	3	4	5
Te weet dat ons die vermoë het om groot probleme op te los	1	2	3	4	5
Vir inligting en raad te soek by persone in ander gesinne wat al deur dieselfde of soortgelyke probleme gekonfronteer is	1	2	3	4	5
Raad by familieledede (grootouers, ens.) te soek	1	2	3	4	5
Hulp by verenigings vir die gemeenskap (gemeenskapsdienste) en gemeenskapsprogramme wat ontwerp is om gesinne in ons situasie te help	1	2	3	4	5
Te weet dat ons die vermoë het om ons probleme op te los, binne ons eie gesin	1	2	3	4	5
Geskenke en gunste van bure te ontvang (bv. kos, pos ontvang, ens.)	1	2	3	4	5
Inligting en raad by die gesinsdokter te soek	1	2	3	4	5
Gunste en hulp van bure te vra	1	2	3	4	5
Die probleme reguit in die gesig te staar en die oplossing onmiddellik te probeer vind	1	2	3	4	5

Televisie te kyk	1	2	3	4	5
Te wys dat ons sterk is	1	2	3	4	5
Kerkdienste by te woon	1	2	3	4	5
Spanningsvolle gebeure as die verloop van die lewe te aanvaar	1	2	3	4	5
Bekommernisse met intieme vriende te deel	1	2	3	4	5
Te weet dat geluk 'n groot rol speel in hoe goed ons daartoe in staat is om gesinsprobleme op te los	1	2	3	4	5
Saam met vriende te oefen om fiks te bly en spanning te verminder	1	2	3	4	5
Te aanvaar dat moeilikhede onverwags voorval	1	2	3	4	5
Dinge saam met familie te doen (byeenkomste, aandetes, ens.)	1	2	3	4	5
Professionele voorligting en hulp vir gesinsprobleme te soek	1	2	3	4	5
Te glo dat ons, ons eie probleme kan hanteer	1	2	3	4	5
Aan kerkaktiwiteite deel te neem	1	2	3	4	5
Die gesinsprobleem op 'n meer positiewe manier te definieer sodat ons nie te veel ontmoedig word nie	1	2	3	4	5
Familielede te vra hoe hulle voel oor probleme wat ons in die gesig staar	1	2	3	4	5
Te voel dat nieteenstaande wat ons doen om voor te berei, ons dit moeilik sal vind om probleme te hanteer	1	2	3	4	5
Raad by 'n dominee te soek	1	2	3	4	5
Te glo dat die probleem sal weggaan indien ons lank genoeg wag	1	2	3	4	5
Probleme met bure te deel	1	2	3	4	5
Geloof in God te hê	1	2	3	4	5

GESINSFUNKSIONERING (FACI8)

Instruksies

Besluit hoe goed elke stelling beskryf wat in jou gesin gebeur. In die kolom met opskrif **Nou**, omkring die nommer wat die beste beskryf hoe gereeld elke stelling huidiglik (m.a.w **nou**) gebeur.

In my gesin...	Nou				
	Nooit	Soms	Halfte van kere	Meer as helfte	Altyd
In ons gesin is dit vir almal maklik om sy/haar opinie te gee.	1	2	3	4	5
Dit is makliker om probleme met mense buite die gesin as met ander gesinslede te bespreek.	1	2	3	4	5
Elke lid van die gesin het 'n sê in belangrike gesins-besluite.	1	2	3	4	5
Gesinslede bespreek probleme en voel goed oor die oplossings.	1	2	3	4	5
In ons gesin doen elkeen sy/haar eie ding.	1	2	3	4	5
Lede van die gesin beraadslag met ander gesinslede oor hul besluite.	1	2	3	4	5
Ons vind dit moeilik om aan dinge te dink wat ons as 'n gesin kan doen.	1	2	3	4	5
Dissipline is regverdig in ons gesin.	1	2	3	4	5
Gesinslede voel nader aan mense buite die gesin as aan ander gesinslede.	1	2	3	4	5
Ons gesin beproef nuwe maniere om probleme te hanteer.	1	2	3	4	5
In ons gesin deel almal verantwoordelikhede.	1	2	3	4	5
In ons gesin is dit moeilik om 'n reël te verander.	1	2	3	4	5
Gesinslede vermy mekaar by die huis.	1	2	3	4	5
Wanneer probleme ontstaan, kom ons tot 'n vergelyk.	1	2	3	4	5
Gesinslede is bang om te sê wat hulle op die hart het..	1	2	3	4	5
Gesinslede paar af eerder as om dinge as 'n hele gesin saam te doen.	1	2	3	4	5

BYLAE F: INGELIGDE TOESTEMMINGSBRIEF

UNIVERSITEIT STELLENBOSCH

INWILLIGING OM DEEL TE NEEM AAN NAVORSING

Gesinsaanpassing, ouerskapstyle en hanteringstrategieë in gesinne met kinders met 'n Aandagtekort/Hiperaktiwiteitsversteuring (AT/HV)

U word gevra om deel te neem aan 'n navorsingstudie wat uitgevoer word deur Elise-Marie Tancred (B.A., B.Phil (Hons), B.A. (Hons) (Cum Laude) Sielkunde, tans geregistreer vir M.A. (Sielkunde) van die Sielkunde Departement aan die Universiteit Stellenbosch. Die resultate van hierdie studie sal deel vorm van 'n navorsingstesis en as artikel in 'n wetenskaptydskrif gepubliseer word. U is as moontlike deelnemer aan die studie gekies, omdat u voldoen aan die navorsingskriteria, naamlik u is 'n ouer van 'n kind met AT/HV.

DOEL VAN DIE STUDIE

Die doel van hierdie studie is om te kyk of daar 'n ouerskapstyl en hanteringstrategie is wat geassosieerd is met beter gesinsaanpassing in gesinne met AT/HV-kinders.

PROSEDURES

Indien u inwillig om aan die studie deel te neem, sal die ondersoeker die volgende aan u verskaf: Drie vraelyste wat u asseblief na die beste van u vermoë en so eerlik moontlik moet beantwoord. 'n Biografiese vraelys moet asseblief ook voltooi word. Die ondersoeker kan u ter enige tyd bystaan indien enigiets verwarrend is en u meer duidelikheid sou verkies. Die ondersoeker sal die vraelys by u kom afhaal of u kan dit by die skool/praktyk laat waar u dit gekry het, of u kan dit aan die ondersoeker terug e-pos, by e-m.tancred@lantic.net

MOONTLIKE RISIKO'S EN ONGEMAKLIKHEID

Daar is geen risiko's verbonde aan die studie nie. U anonimiteit en vertroulikheid word gewaarborg. Indien daar enige vrae is wat u ongemaklik laat voel, kan u dit ter enige tyd met die ondersoeker bespreek. Dit staan u vry om ter enige tyd uit die studie te onttrek.

MOONTLIKE VOORDELE VIR DEELNEMERS EN/OF VIR DIE SAMELEWING

Die studie hoop om 'n daadwerklike bydrae te lewer om ouers met kinders met AT/HV in te lig en bystand te verleen in hulle opvoedingstaak. Die eise (finansieël, fisiese energie, hulpbronne) wat aan AT/HV-ouers gestel word, is enorm en hierdie studie hoop om 'n ouerskapstyl en/of hanteringstyl te identifiseer,

wat ouers kan help om as gesin beter aan te pas in hul omgewing; hulle AT/HV-kindere beter te beheer; stres te verminder; huwelikskonflik/gesinskonflik te verminder en harmonie in die huis te bring.

VERGOEDING VIR DEELNAME

Daar is geen geldelike vergoeding aan deelnemers nie.

VERTROUOLIKHEID

Enige inligting wat deur middel van die navorsing verkry word, sal vertroulik bly en slegs met u toestemming bekend gemaak word, of soos deur die wet vereis. Vertroulikheid sal gehandhaaf word deur middel van anonimiteit en die feit dat slegs die ondersoeker, toesighouer en statistikus toegang tot die oorspronklike data sal hê. Data sal ook in 'n plek van veiligheid gebêre word. Die resultate van hierdie studie sal wel gepubliseer word, maar deelnemer-anonimiteit word gewaarborg.

DEELNAME EN ONTTREKKING

U deelname is vrywillig. Indien u inwillig om aan die studie deel te neem, kan u te eniger tyd onttrek sonder enige nadelige gevolge. U kan ook weier om op bepaalde vrae te antwoord, maar steeds aan die studie deelneem. Die ondersoeker kan u aan die studie onttrek indien omstandighede dit noodsaaklik maak.

IDENTIFIKASIE VAN ONDERSOEKERS

Indien u enige vrae of besorgdheid omtrent die navorsing het, staan dit u vry om in verbinding te tree met Elise-Marie Tancred (hoofondesoeker) per e-pos: e-m.tancred@lantic.net en selfoon: 082-768-2540, en prof. A Greeff (studieleier) by apg@sun.ac.za of 021-8083464.

REGTE VAN DEELNEMERS

U kan te eniger tyd u inwilliging terugtrek en u deelname beëindig, sonder enige nadelige gevolge vir u. Deur deel te neem aan die navorsing doen u geensins afstand van enige wetlike regte, eise of regs middel nie. Indien u vrae het oor u regte as deelnemer by navorsing, skakel met Maryke Hunter-Hüsselmann (mh3@sun.ac.za; 021 808 4623) van die Afdeling Navorsingsontwikkeling by die Universiteit van Stellenbosch.

VERKLARING DEUR DEELNEMER OF SY/HAAR REGSVERTENWOORDIGER

Die bostaande inligting is aan my, [_____], gegee en verduidelik deur [_____] in [Afrikaans/English/Xhosa/ander] en ek is dié taal magtig of dit is bevredigend vir my vertaal. Ek is die geleentheid gebied om vrae te stel en my vrae is tot my bevrediging beantwoord.

Ek wil hiermee vrywillig in om deel te neem aan die studie. 'n Afskrif van hierdie vorm is aan my gegee.

Naam van deelnemer

Naam van regsverteenvoordiger (indien van toepassing)

Handtekening van deelnemer of regsverteenvoordiger

Datum

VERKLARING DEUR ONDERSOEKER

Ek verklaar dat ek die inligting in hierdie dokument vervat verduidelik het aan [_____]. Hy/sy is aangemoedig en oorgenoeg tyd gegee om vrae aan my te stel. Dié gesprek is in [Afrikaans/*Engels/*Xhosa/*Ander] gevoer.

Handtekening van ondersoeker

Datum

Goedgekeur Subkomitee A 25 Oktober 2004