

OPVOEDINGSROLLE VAN VERSORGERS VAN ADOLESENTE MET FETALE-ALKOHOLSINDROOM

MARISE LOUISE CLOETE



**Tesis ingelewer ter voldoening aan die vereistes vir die graad
Magister in Maatskaplike Werk in die Fakulteit Lettere en Sosiale
Wetenskappe aan die Universiteit van Stellenbosch.**

Supervisor: Prof Lambert K Engelbrecht

Maart 2013

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: Maart 2013

Kopiereg © 2013 Universiteit van Stellenbosch
Alle regte voorbehou

OPSOMMING

Fetale-alkoholsindroom (FAS) is 'n toestand wat veroorsaak word wanneer vroue alkohol drink tydens swangerskap. Alkoholgebruik tydens swangerskap het blywende en ernstige nagevolge wat manifesteer in ontwikkelingsagterstande en skade in die senuweestelsel. FAS word dus beskou as heeltemal voorkombaar, maar is onomkeerbaar en duur voort tot in volwassenheid.

Die voorkomsyfer van FAS is wêreldwyd die hoogste in veral die Wes-Kaap. FAS is nie net 'n gesondheidsprobleem nie, maar ook 'n maatskaplike probleem aangesien die versorging van adolessente met FAS besondere eise aan versorgers stel. Om hierdie rede is dit noodsaaklik om die opvoedingsrolle waarvoor versorgers van FAS-adolessente moet oor beskik te ondersoek.

Hierdie navorsingstudie beskryf eerstens die kenmerke van FAS binne die fisiese-, kognitiewe- en sosiale ontwikkeling van die adolessent met FAS. Tweedens beskryf studie die opvoedingsrolle waarvoor versorgers van FAS-adolessente moet oor beskik.

Die studie kombineer beide kwalitatiewe en kwantitatiewe navorsing. Die verkennende en beskrywende navorsingsontwerp is gebruik en daar is 'n doelbewuste steekproef gedoen. Individuele onderhoude is met die deelnemers gevoer met behulp van gestruktureerde vraelyste.

Die bevindinge van die empiriese ondersoek toon dat die versorgers van FAS-adolessente volgens hulle persepsie en belewenisse, weet wat van hulle verwag word in die verskillende opvoedingsrolle en dat hulle wel pogings aanwend om hierdie rolle te probeer vervul. Verdere bevindings toon dat as gevolg van aspekte soos armoede en ongeletterdheid van die deelnemers die maatskaplike werker ondersteuning sal moet bied aan die versorgers van FAS-adolessente in die vervulling van hul opvoedingsrolle.

Aanbevelings vanuit die empiriese ondersoek dui daarop dat die versorgers van FAS-adolessente deur veral die maatskaplike werker ondersteun moet word deur oerleidingsprogramme wat eenvoudig en prakties aangebied behoort te word sodat die

versorgers die inhoud maklik kan verstaan en kan toepas. Verdere aanbevelings fokus op bewusmakingsprogramme en -aksies waarin die versorgers 'n rol kan speel om sodoende die gemeenskap ook op te voed ten opsigte van FAS. Hierdeur kan die versorgers van FAS-adolesente vir hulleself 'n ondersteuningsnet binne die gemeenskap bou en die gemeenskap as 'n waardevolle hulpbron benut in die vervulling van hul opvoedingsrolle.

ABSTRACT

Fetal alcohol syndrome (FAS) is a condition which occurs when women drink alcohol during pregnancy. The use of alcohol during pregnancy has permanent and serious consequences which manifests in developmental delays and causes harmful effects to the central nervous system. FAS is seen as completely preventable and irreversible which lasts into adulthood.

The prevalence rate of FAS in the Western Cape is the highest in the world. FAS is not just a health problem but also a social welfare problem, since the care for adolescents with FAS brings about exceptional demands for the carer. For this reason it became vital to explore the educational roles of the carers of adolescents with FAS.

This research study firstly describes the characteristics of FAS within the physical, cognitive and social development of the adolescents with FAS. Secondly, the study describes and explores the educational roles of the carers of adolescents with FAS.

The study combines both quantitative and qualitative research. The exploratory and descriptive research designs were used and a purposive sampling method was used. The participants were interviewed individually with the help of a semi-structured questionnaire.

The findings of the empirical investigation show that the carers of FAS adolescents according to their perceptions and experiences know what is expected of them within their respective educational roles and they do make an effort to fulfil this role to the best of their ability. Further findings show that due to aspects like poverty and illiteracy of the participants, the carers need the support of the social worker in order for them to fulfil their educational roles.

Recommendations resulting from the empirical investigation indicated that social workers need to support the carers of adolescents with FAS in parenting programmes which is simple and practical for the carers to understand and to implement. Further recommendations focus on awareness programmes and actions where the carers also take part in educating the community in terms of FAS. Through these actions the carers of adolescents with FAS can build a support system for themselves within the community. Therefore the community can be utilized by the carers of adolescents with FAS as a valuable resource in the fulfilment of their educational roles.

ERKENNING

- Alle lof eer en dank aan ons Hemelse Vader wat my gedra het en aan my die krag en sterkte gegee het om hierdie tesis te voltooi.
- Dr Lambert Engelbrecht, Departement van Maatskaplike Werk, Universiteit van Stellenbosch vir sy geduld, leiding en spoedige terugvoer.
- Professor Cudor Snell, FASER-SA vir sy motivering en waardevolle insette.
- Margareth Rossouw wie behulpsaam was met die taalversorging.
- Mev Suzette Winckler wie behulpsaam was met die tegniese versorging.
- FASER-SA Wellington kantoor vir jul vertrou, aanmoediging en hulp.
- My man, Jonathan, en kinders Meacke (5 jaar) en Javier (8 jaar); dankie vir al julle opofferings en liefde.
- Dankie aan al my goeie vriende en familie vir die aanmoediging en vertrou.
- Dankie aan al die dapper versorgers wat hul ervarings met my gedeel het.

If we can prevent one child from being born with FAS a difference has been made... Philip. A. May

INHOUDSOPGAWE

HOOFSTUK 1

INLEIDING

1.1	MOTIVERING VIR DIE STUDIE	1
1.2	PROBLEEMSTELLING	5
1.3	DOELSTELLING EN DOELWITTE VAN DIE STUDIE.....	6
1.4	KLARIFISERING VAN HOOFKONSEPTE	7
1.4.1	Fetale-alkoholspektrumafwyking (FASA)	7
1.4.2	Fetale-alkoholsindroom (FAS)	7
1.4.3	Alkoholverwante neuro-ontwikkelingsafwykings (AVNA)	8
1.4.4	Alkoholverwante geboortedefekte (AVGD)	8
1.4.5	Gedeeltelike fetale-alkoholsindroom (GFAS).....	8
1.4.6	Adolessensie	8
1.4.7	Versorger	9
1.4.8	Opvoedingsrol.....	9
1.5	NAVORSINGSMETODOLOGIE.....	9
1.5.1	Navorsingsbenadering.....	9
1.5.2	Navorsingsontwerp	10
1.5.3	Navorsingsmetode.....	11
1.5.3.1	Literatuurstudie	11
1.5.3.2	Proses van steekproeftrekking en populasie	11
1.5.3.3	Steekproefprosedure.....	12
1.5.4	Navorsingsinstrument	13
1.5.4.1	Metode van data analise	13
1.5.4.2	Bepalings van geldigheid van data	13
1.6	ETIESE ASPEKTE.....	14
1.6.1	Ingeligte toestemming	15
1.6.2	Konfidensialiteit	15
1.6.3	Ontlonting	15
1.7	BEPERKINGS VAN DIE STUDIE.....	16
1.8	AANBIEDING	16

HOOFSTUK 2

FETALE-ALKOHOLSINDROOM EN KENMERKE VAN ADOLESSENTE WAT DAARMEE GEDIAGNOSEER IS

2.1	INLEIDING	18
2.2	OMSKRYWING VAN FETALE-ALKOHOLSINDROOM (FAS)	18
2.2.1	Fetale-alkoholsindroom (FAS)	21
2.2.2	Alkoholverwante neuro-ontwikkelingsafwykings (AVNA)	21
2.2.3	Alkoholverwante geboortedefekte (AVGD)	22
2.2.4	Gedeeltelike fetale-alkoholsindroom (GFAS)	22
2.3	UITSTAANDE KENMERKE VAN FETALE-ALKOHOLSINDROOM (FAS).....	22
2.3.1	Sentrale senuweestelsel.....	23
2.3.1.1	Strukturele agterstande.....	24
2.3.1.2	Funksionele agterstande	24
2.3.2	Intelligensie.....	25
2.3.3	Leeragterstande.....	25
2.3.4	Vertraagde groei.....	25
2.3.5	Gesigskenmerke	26
2.4	DIAGNOSE VAN FETALE-ALKOHOLSINDROOM (FAS)	26
2.4.1	Verskil tussen aandagafleibaarheid/hiperaktiwiteitsindroom en fetale- alkoholsindroom (FAS)	30
2.5	VOORKOMS VAN FETALE-ALKOHOLSINDROOM (FAS)	31
2.6	RISIKO- EN BESKERMENDE FAKTORE VAN FETALE-ALKOHOLSINDROOM (FAS)	32
2.7	KENMERKE VAN ADOLESSENTE MET FETALE-ALKOHOLSINDROOM (FAS)	34
2.7.1	Omskrywing van adolessensie	34
2.7.2	Fisiese ontwikkeling van die adolessent met fetale- alkoholsindroom (FAS)	36
2.7.3	Kognitiewe ontwikkeling van die adolessent met fetale- alkoholsindroom (FAS)	36
2.7.3.1	Formeel-operasionele denke	37
(a)	Abstrakte denke.....	37

	(b)	Proporsionele denke	38
	(c)	Hipoteties-deduktiewe denke	39
	(d)	Interproporsionele denke	39
2.7.3.2		Verwerking van inligting in die kognitiewe ontwikkelings- proses	40
	(a)	Stoor en terugvind van inligting in die lang en kort termyn	40
2.7.4		Identiteitsontwikkeling van die adolessent met fetale- alkoholsindroom (FAS)	41
	2.7.4.1	Identiteitsverwarring	42
	2.7.4.2	Vooruitbepaalde identiteit	42
	2.7.4.3	Identiteitsmoratorium	42
	2.7.4.4	Identiteitsbereiking.....	43
2.7.5		Selfkonsep en selfagting.....	44
2.7.6		Sosiale ontwikkeling van die adolessent met fetale- alkoholsindroom (FAS)	44
	2.7.6.1	Aanpasbare funksionering	45
	2.7.6.2	Verhoudings.....	46
2.8		SAMEVATTING.....	47

HOOFSTUK 3

OPVOEDINGSROLLE WAAROOR VERSORGERS VAN ADOLESSENTE MET FETALE-ALKOHOLSINDROOM (FAS) MOET OOR BESKIK

3.1		INLEIDING.....	48
3.2		OPVOEDINGSROLLE VAN DIE VERSORGER	48
	3.2.1	Die rol van die versorger as finansiële voorsiener	50
	3.2.2	Die rol van die versorger as emosionele ondersteuner	52
		3.2.2.1 Verkeerde interpretasie van gedrag.....	54
	3.2.3	Die rol van die versorger as opvoedkundige stimuleerder	55
	3.2.4	Die rol van die versorger as positiewe rolmodel.....	59

3.2.5	Die rol van die versorger as dissiplineerder	63
3.2.5.1	Gesaghebbende ouerskapstyl	66
3.2.5.2	Outoritêre ouerskapstyl.....	67
3.2.5.3	Permissiewe ouerskapstyl	67
3.2.5.4	Onbetrokke ouerskapstyl	68
3.2.5.5	Dissiplinerings van die adolessent met fetale- alkoholsindroom (FAS)	69
3.2.5.6	Verkeerde interpretasie van gedrag.....	71
3.2.6	Die rol van die versorger as beskermers.....	72
3.2.7	Die rol van die versorger gesinsinteraksie te bevorder	74
3.2.8	Die rol van die versorger as voorsiener van 'n permanente plek in die samelewing	77
3.2.9	Die rol van die versorger as voorspraakmaker.....	78
3.3	SAMEVATTING	80

HOOFSTUK 4

EMPIRIESE ONDERSOEK NA DIE OPVOEDINGSROLLE WAAROM VERSORGERE VAN FAS-ADOLESENTE MOET OOR BESKIK

4.1	INLEIDING.....	82
4.2	VOORBEREIDING VIR DIE ONDERSOEK.....	82
4.2.1	Navorsingsmetode.....	83
4.2.2	Data-invordering en -analiserings.....	83
4.3	NAVORSINGSRESULTATE	84
4.3.1	Woonarea van die deelnemers	88
4.3.2	Ras	88
4.3.3	Huwelikstatus	89
4.3.4	Huistaal	90
4.3.5	Verwantskap.....	90
4.3.6	Ouderdom	90
4.6	Graad	92

4.3.7	Graad waarin die FAS-adolesent skool verlaat het	93
4.4	KENMERKE VAN FETALE-ALKOHOLSINDROOM (FAS)	95
4.4.1	Fisiese kenmerke van fetale-alkoholsindroom (FAS)	95
4.4.2	Strukturele gevolge van fetale-alkoholsindroom (FAS)	95
4.4.3	Funksionele gevolge van fetale-alkoholsindroom (FAS)	97
4.5	KOGNITIEWE EN SOSIALE ONTWIKKELING	98
4.5.1	Agterstande in kognitiewe ontwikkeling	98
4.5.2	Eienskappe van sosiale ontwikkeling	99
4.6	RISIKOFAKTORE	102
4.7	OPVOEDINGSROLLE WAAROM VERSORGERS VAN FAS-ADOLESENTE MOET OOR BESKIK	
4.7.1	Die versorger se rol as finansiële voorsiener	105
4.7.1.1	Werkstatus	106
4.7.1.2	Maatskaplike toelaes	107
4.7.1.3	Totale maandelikse huishoudelike inkomste	108
4.7.1.4	Ekstra uitgawes ten opsigte van die FAS-adolesent	109
4.7.1.5	Suksesvolle vervulling van die rol as finansiële voorsiener	110
4.7.2	Die versorgers se rol as emosionele ondersteuner	111
4.7.2.1	Eienskappe van emosionele funksionering	111
4.7.2.2	Suksesvolle vervulling van die rol as emosionele ondersteuner	113
4.7.3	Die versorger se rol as opvoedkundige stimuleerder	113
4.7.3.1	Hoogste standerd of graad geslaag	113
4.7.3.2	Eenvoudige taalgebruik	115
4.7.3.3	Toesig	116
4.7.3.4	Suksesvolle vervulling van die rol as opvoedkundige stimuleerder	117
4.7.4	Die versorger se rol as positiewe rolmodelleerder	118
4.7.4.1	Suksesvolle vervulling van die positiewe rolmodelleerder	119
4.7.5	Die versorger se rol as dissiplineerder	120
4.7.5.1	Frekwensie van die toepassing van dissipline	120
4.7.5.2	Dissiplinerings van die FAS-adolesent	122

4.7.5.3	Suksesvolle vervulling van die rol van dissiplineerder	123
4.7.6	Die versorger se rol as beskermer	124
4.7.7	Die rol van die versorger om gesinsinteraksie te bevorder	124
4.7.8	Die rol van die versorger as voorsiener van 'n permanente plek in die gemeenskap	125
4.7.9	Die rol van die versorger as voorspraakmaker	126
4.8	SAMEVATTING.....	127

HOOFSTUK 5

GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS

5.1	INLEIDING.....	128
5.2	GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS	128
5.2.1	Profiel van die versorger	128
5.2.2	Kenmerke van fetale-alkoholsindroom (FAS)	129
5.2.2.1	Fisiese kenmerke van fetale-alkoholsindroom (FAS)	129
5.2.3	Kognitiewe en sosiale ontwikkeling	130
5.2.4	Risikofaktore	131
5.2.5	Opvoedingsrolle waarvoor versorgers van FAS-adolesente moet oor. 131	
5.2.5.1	Die versorger se rol as finansiële voorsiener	132
5.2.5.2	Die versorger se rol as emosionele ondersteuner	132
5.2.5.3	Die versorger se rol as opvoedkundige stimuleerder	133
5.2.5.4	Die versorger se rol as positiewe rolmodelleerder	134
5.2.5.5	Die versorger se rol as dissiplineerder	134
5.2.5.6	Die versorger se rol as beskermer	135
5.2.5.7	Die versorger se rol om gesinsinteraksie te bevorder.....	136
5.2.5.8	Die versorger se rol as voorsiener van 'n permanente plek in die samelewing	136
5.2.5.9	Die versorger se rol as voorspraakmaker	137
5.2.6	Verdere navorsing	137

5.3	SAMEVATTING	138
	BIBLIOGRAFIE	139
	BYLAAG A: TOESTEMMING OM AAN NAVORSING DEEL TE NEEM.....	156
	BYLAAG B: GESTRUKTUREERDE VRAELYS	159
	BYLAAG C: TOESTEMING VAN FASER-SA	168

LYS VAN TABELLE

Tabel 4.1:	Skematiese uiteensetting van die empiriese ondersoek	85
Tabel 4.2:	Identifiserende besonderhede	87
Tabel 4.3:	Fisiese kenmerke van FAS	95
Tabel 4.4:	Strukturele gevolge van FAS	96
Tabel 4.5:	Funksionele gevolge van FAS	97
Tabel 4.6:	Agterstande in kognitiewe ontwikkeling	98
Tabel 4.7:	Eienskappe van sosiale ontwikkeling	100
Tabel 4.8:	Vestiging van vriendskapsbande	101
Tabel 4.9:	Maatskaplike toelaes	107
Tabel 4.10:	Ekstra uitgawes ten opsigte van die FAS-adolessent	109
Tabel 4.11:	Eienskappe van emosionele funksionering	111
Tabel 4.12:	Hoogste standerd geslaag	114
Tabel 4.13:	Eenvoudige taalgebruik	115
Tabel 4.14:	Frekwensie van die toepassing van dissipline	120
Tabel 4.15:	Dissiplinerings van die adolessent	122

LYS VAN FIGURE

Figuur 2.1:	FASA en verwante toestande	20
Figuur 4.1:	Woonarea van die deelnemers	88
Figuur 4.2:	Huwelikstatus van die deelnemers	89
Figuur 4.3:	Ouderdom van die FAS-adolesent	91
Figuur 4.4:	Graad waarin die adolessent is	92
Figuur 4.5:	Graad waarin skool verlaat is	93
Figuur 4.6:	Risikofaktore	102
Figuur 4.7:	Werkstatus	106
Figuur 4.8:	Totale maandelikse huishoudelike inkomste	108

HOOFSTUK 1

INLEIDING TOT STUDIE

1.1 MOTIVERING VIR DIE STUDIE

Fetale-alkoholsindroom (voortaan FAS) word algemeen beskou as die vernaamste voorkombare geboortefwyking in die westerse wêreld (May, Miller, Goodheart, Maestas, Buckley, Trijilo & Gossage, 2007a:747). FAS is 'n toestand wat veroorsaak word deur voorgeboortelike blootstelling aan alkohol deur swanger vroue en word gekenmerk deur uitstaande gesigskenmerke, groeivertraging en ontwikkelingsagterstande (May et al., 2007a:747). Die drink van alkohol tydens swangerskap het ernstige nagevolge en sluit onder meer leeragterstande, skade aan die senuweestelsel, organe en ledemate in wat lewenslank met die kind met FAS sal wees (Marais, 2006). FAS vorm deel van 'n reeks afwykings en is teenwoordig binne alle samelewings en etniese groepe, maar kom oorwegend meer voor in verarmde gemeenskappe (London, 1999; May, Brooke, Gossage, Croxford, Adnams, Jones, Robinson & Viljoen, 2000; May, Gossage, Brooke, Snell, Marais, Hendricks, Croxford & Viljoen, 2005; Streissguth, 1997; Viljoen, Gossage, Brooke, Adnams, Jones, Robinson, Hoyme, Snell, Khaole, Kodituwakku, Asante, Findlay, Quinton, Marais, Kalberg & May, 2005; Viljoen, Croxford, Gossage, Kodituwakku & May, 2002).

Die hoogste vermeldde voorkomssyfer van FAS in die wêreld kom in Suid-Afrika voor met 68.0 tot 89.2 per 1000 geboortes in die Wes-Kaap tussen die jare 2000 en 2008 (May, Gossage, Marais, Adnams, Hoyme, Jones, Robinson, Khaole, Snell, Kalberg, Hendricks, Brooke, Stellavato & Viljoen, 2007b:267). Die toename van FAS in Suid-Afrika kan soos volg uiteengesit word, vanaf 40.5 - 46.4 per 1000 (May et al., 2000) tot 65.2 - 74.2 per 1000 (Viljoen, et al., 2005), 68.0 - 89.2 per 1000 (May et al., 2007b: 267) en 122 per 1000 (Urban, Chersich, Fourie, Chetty, Olivier & Viljoen, 2008). Voorafgaande syfers van 'n onlangse studie in twee afsonderlike hoë risikogemeenskappe in die Wes-Kaap het voorkomssyfers van 61 - 94 en 94 -130 per 1000 geboortes getoon volgens May (2011). Die Westelike en Noordelike Provinsie toon die hoogste syfers van FAS in Suid-Afrika gevolg deur die Gauteng Provinsie met 'n voorkomssyfer van 26.5 per 1000 (May et al., 2000; Viljoen et al., 2002; May et al., 2005; McKinstry, 2005; Viljoen et al., 2005; May, et al. 2007b:267).

Wanneer hierdie syfers volgens May et al. (2007b: 260) vergelyk word met die gemiddeld van 8 per 1000 in 'n sekere hoë risikogemeenskap in die VSA asook die gemiddelde skatting van 0.97 in ontwikkelende lande, lig hierdie syfers die omvang van die probleem ten opsigte van FAS in Suid-Afrika en veral in die Westelike Provinsie uit.

Die misbruik van alkohol in sekere subkulture van die populasie in die Wes-Kaap word beskou as sosiaal aanvaarbaar en kom gereeld voor in dele van die Wes-Kaap, ook onder pasiënte wat voorgeboortesorg klinieke besoek (Viljoen et al., 2002:7). Volgens May et al. (2007b:260) bestaan daar 'n drinkkultuur in hierdie provinsie waar oormatige alkoholmisbruik (*binge drinking*) oor naweke voorkom en word gesien as deel van ontspanning, veral op die landelike areas. Dit maak van alkohol "... a favoured, valued and expected commodity among many local population..." volgens Viljoen et al. (2002:7). Verskeie studies (May et al., 1995:1588; May et al., 2007b:263; May et al., 2008:742; Viljoen et al., 2002:7) het getoon dat 'n groot aantal vroue steeds voortgaan om hul drinkpatroon te handhaaf gedurende hul swangerskap. Viljoen et al. (2002:14) is egter van mening dat hoewel episodiese drinkgewoontes as die norm beskou word in hoë risikogemeenskappe, patrone van oormatige drinkgewoontes algemeen voorkom by moeders van kinders met FAS.

Alkoholmisbruik tydens swangerskap het nie net ernstige gevolge nie, maar het ook 'n blywende effek op die kognitiewe, sosiale en emosionele funksionering van die persoon met FAS (Duquette, Stodel, Fullarton & Hagglund, 2006:119). Die ekonomiese las van FAS kon nie in Suid-Afrika vasgestel word nie, hoewel die koste van FAS beide op menslike en finansiële vlak as baie ernstig beskou word, aangesien die aantal FAS-slagoffers jaarliks styg. Die finansiële koste vir die lewenslange versorging van 'n persoon met FAS is in 2004 bereken tot \$8 miljoen vir alle FAS-persone in die VSA. Die leeftydskoste vir 'n kind gediagnoseer met FAS is bereken op \$3 miljoen (Steward, 2005:24-25). FAS het verwoestende gevolge op sosiale en ekonomiese vlakke vir gesinne, individue en gemeenskappe wat deur FAS geraak word aangesien intervensie in die veld van alkoholmisbruik in Suid-Afrika moeilik bekombaar en hulpbronne beperk is (Graig, 2001).

FAS is duidelik 'n gesondheidsprobleem en baie gesinne dwarsoor die wêreld word daardeur geraak. Daar is baie leemtes ten opsigte van kennis oor FAS en veral ten opsigte van die gesin van die persoon met FAS, ten spyte daarvan dat die kwaliteit en stabiliteit van die huislike omgewing as 'n aanduiding van positiewe gesinsfunksionering beskou word. Hoewel daar informele literatuur bestaan, is daar slegs 'n beperkte hoeveelheid data beskikbaar wat die impak van FAS beskryf op gesinne se opvoeding van hul FAS-kindere. Die informele literatuur waarna verwys word, is artikels gebaseer op referate by konferensies, aanlynforums, webtuistes, pamflette ten opsigte van ouerskapkwessies en nuusbriewe soos byvoorbeeld: FASSATAR, 2009, Iceberg, 2009, SNAP, 1999; Von Canada, 2005, SAMHSA FASD, Centre for excellence, 2009 (Olson, Oti & Beck, 2009: 235-236; Streissguth, Bookstein, Sampson, O'Malley & Young, 2004).

Campbell (2007:1) stem saam dat daar baie literatuur beskikbaar is oor die kliniese aanbiedings en gedragsmanifestasies ten opsigte van FAS, maar daar bestaan baie min literatuur ten opsigte van die versorgers van FAS-kindere en hul opvoeding ten opsigte van hierdie kindere. Streissguth et al. (2004) is van mening dat daar byna geen studies bestaan wat die psigososiale milieu waarin kindere met FAS gebore is en hoe hul lewens beïnvloed word binne die verskillende stadiums van hul ontwikkeling nie. Morizette (2001) spreek die kommer uit dat ten spyte van die groot getal kindere wat met FAS gediagnoseer word, die ervarings en behoeftes van die versorgers wat hierdie kindere opvoed nie behoorlik ondersoek word nie.

Moeders van kindere met FAS toon dikwels ook kenmerke van FAS (Denys et al., 2009; Malbin, 2004; Randall-Mkosi, Adnams, Morojele, McLoughlin & Goldstone, 2008:21) en kindere met FAS word daarom dikwels deur ander individue, anders as die biologiese moeder versorg. Hierdie individue word meermale "versorgers" genoem (Reynolds, 2012). Die FAS-kindere kan as gevolg van 'n groot verskeidenheid redes deur ander persone as die biologiese ouers versorg word. Die redes waarom die FAS-gediagnoseerde kind nie deur sy/haar biologiese ouers versorg word nie, is egter 'n addisionele fokus van ondersoek. Die opvoedingsrol van die versorgers van FAS-kindere is vir hierdie studie van belang, aangesien die versorgers die betrokke kindere se opvoeding moeilik kan vind sonder ondersteuning van multi-professionele dienslewering. Die betrokke kindere het spesiale behoeftes, wat

spesifieke opvoedingsrolle deur die versorgers verg. Dit is veral adolessente wat met FAS gediagnoseer is, wat besondere rolle en vaardighede deur versorgers vereis. Multi-professionele dienslewering kan daarom 'n bydrae lewer om dienslewering aan versorgers van kinders met FAS te verbeter, voorkomingsaksies te laat toeneem en om isolasie van professies te verminder wat algemeen voorkom in die veld van FAS (Denys et al., 2009).

Bepaalde bewustheid onder professionele persone ten opsigte van FAS maak dit moeilik om die behoeftes van persone met FAS te assesser, en om dienste wat benodig word, te evalueer (Randall-Mkosi et al., 2008:14). Shephard, O'Neill, Down en Morris (2012) stem saam en voer aan dat wanneer die bekommernisse van versorgers geïdentifiseer is, kan insette voorsien word om toepaslike ondersteuning te bepaal wat nodig is vir die suksesvolle opvoeding van kinders met FAS. McDonald, Poertner en Pierpont (1999) is van mening dat 'n gebrek aan begrip vir FAS kan lei tot die veroordeling van opvoedingsvaardighede en verdraagsaamheid teenoor die behoeftes van die versorgers. Wanneer die versorgers van kinders met FAS se behoeftes in ag geneem word, sal intervensie gerig moet wees op die bemagtiging van versorgers en die voorsiening van maatskaplike ondersteuning, kennis en begrip (Olson et al., 2009).

Die versekering van voldoende opvoedingsvaardighede deur versorgers kan 'n baie moeilike taak wees vir die maatskaplike werker, hoewel die ondersteuning aan die versorgers byvoorbeeld ten opsigte van toepaslike dissiplineringsstegnieke betekenisvol kan wees in die hulpverlening aan gesinne met kinders met FAS (LaDue, 2002:144). Die rol van die maatskaplike werker binne die hulpverleningsproses van FAS sal die volgende insluit: die ondersteuning, opvoeding, opleiding, verlening van bystand aan veral die versorgers van FAS-kindere. Die maatskaplike werker se rol sluit ook in om 'n nie-veroordelende houding te handhaaf en as voorspraakmaker op te tree vir versorgers van FAS-kindere (Kotrla & Martin, 2007).

As 'n maatskaplike werker tans betrokke by 'n omvattende Epidermiologiese navorsingstudie ten opsigte van FAS, het die navorser gevind dat baie versorgers nie begrip vir hul opvoedingsrolle ten opsigte van die FAS-kind toon nie, en dat hulle ook nie oor kennis en vaardighede beskik om hierdie kindere te hanteer nie. Hierdie versorgers beskou die

opvoedingsrol as die verantwoordelikheid van die skool. Dit het die navorser laat beseef dat meer kennis ontwikkel moet word ten opsigte van die opvoedingsrolle van versorgers van adolessente met FAS.

Hoewel daar 'n aantal Epidemiologiese studies ten opsigte van FAS in Suid-Afrika gedoen is, kon geen studies oor die opvoedingsrolle van versorgers van FAS-adolessente gevind word nie, veral nie vanuit 'n maatskaplike werk-oogpunt nie (May et al., 2000; May et al., 2007b; Viljoen et al., 2005). Hoewel verskeie tesse oor FAS in Suid-Afrika geskryf is, gee dit slegs 'n beskrywing van die kind met FAS, of is veral in die veld van gesondheid, onderwys en sielkunde. Die afleiding word gemaak dat bestaande studies hoofsaaklik fokus op die ontwikkeling van die kind met FAS of bestudeer FAS vanuit 'n mediese perspektief.

In die lig hiervan kan gesê word dat daar geen studies in Suid-Afrika gevind kon word ten opsigte van die opvoedingsrolle waarvoor versorgers van FAS-adolessente moet oor beskik nie. Geen literatuur kon gevind word ten opsigte van die versorgingsomstandighede van adolessente met FAS in Suid-Afrika nie (Randall-Mkosi et al., 2008:53). Die navorser is verder van mening dat daar 'n gebrek aan bronne bestaan ten opsigte van die opvoedingsrolle van die versorgers van FAS-adolessente en dat hierdie veld beslis verder ondersoek moet word. Volgens Randall-Mkosi et al. (2008:iii) is dit daarom belangrik dat 'n reeks studies opgevolg moet word wat 'n bydrae kan maak om voorgeboortelike blootstelling aan alkohol beter te kan verstaan en wat kan bydra om die behoeftes van kinders en volwassenes en hul gesinne te identifiseer.

1.2 PROBLEEMSTELLING

Verskeie navorsingstudies (May et al., 2007b; Viljoen et al., 2005) is dit eens dat die Wes-Kaap die hoogste voorkomssyfer van FAS in die wêreld toon. Die literatuur bevestig dat daar 'n behoefte aan intervensie is by gesinne wat geaffekteer is deur FAS (Campbell, 2007:1; Morizette, 2001; Olson et al., 2009:235-236; Streissguth et al., 2004).

Die uitdagings wat kinders met FAS in hul kinderjare ervaar, word nie net veroorsaak deur die feit dat hul moeders alkohol misbruik het tydens hul swangerskap nie, maar ook as gevolg van ontoepaslike ouerskapbeoefening (Campbell, 2007:5). Die ouerskapsbeoefening

van die biologiese ouers word dikwels deur ander versorgers oorgeneem omdat die biologiese ouers meestal self kenmerke van FAS toon (hoewel hulle nie noodwendig formeel gediagnoseer is nie), wat hul vermoë beperk om suksesvolle ouerskap te beoefen of begrip te toon vir die opvoedingsrolle wat nodig is om die FAS-adolesent voldoende te versorg (Denys et al., 2009; Malbin, 2004; Randall-Mkosi et al., 2008:21).

Die literatuur (Randall-Mkosi et al., 2008:14; Shephard et al., 2012) beklemtoon dat daar 'n beperkte bewustheid van FAS bestaan onder professionele persone wat ook maatskaplike werkers insluit, asook ten opsigte van die opvoedingsrolle van versorgers van FAS-adolesente, wat die ouerskapsbeoefening by die biologiese ouers van die FAS-adolesent formeel of informeel oorneem. Hierdie is 'n aanduiding dat daar ruimte is vir die uitvoering van hierdie studie veral in die veld van maatskaplike werk sodat maatskaplike werkers 'n beter begrip kan ontwikkel van FAS, die kenmerke daarvan, asook besondere opvoedingsrolle waarvoor versorgers van adolessente met FAS moet beskik. 'n Studie wat dus gefokus is op versorgers van FAS-adolesente binne die konteks van maatskaplike diensverskaffers, kan waarde toevoeg tot maatskaplike werk in Suid-Afrika.

1.3 DOELSTELLING EN DOELWITTE VAN DIE STUDIE

Fouché en De Vos (2005:104) definieer 'n doelstelling as die eindpunt waarop navorsing gerig is. Die doel van hierdie studie is om begrip te ontwikkel vir die opvoedingsrolle waarvoor versorgers van adolessente met FAS moet oor beskik ten einde aanbevelings aan maatskaplike werkers te kan maak vir effektiewe ondersteuning aan die versorgers.

Doelwitte word deur Fouché en De Vos (2005:104) gedefinieer as die meer meetbare, konkrete stappe wat lei tot die doelstelling. Die volgende doelwitte is vir hierdie studie geformuleer:

- Om FAS en die kenmerke van adolessente wat daarmee gediagnoseer is, te beskryf;
- Om 'n oorsig te bied van die opvoedingsrolle waarvoor versorgers van adolessente met FAS moet oor beskik;
- Om die opvoedingsrolle waarvoor die versorgers van adolessente met FAS moet oor beskik, empiries te ondersoek;

- Om aanbevelings aan maatskaplike werkers te maak vir ondersteuning met betrekking tot die opvoedingsrolle van versorgers van adolessente met FAS.

1.4 KLARIFISERING VAN HOOFKONSEPTE

Daar bestaan verskeie definisies oor bepaalde konsepte en om hierdie rede sal die volgende belangrike konsepte van hierdie studie geklarifiseer word.

1.4.1 Fetale-alkoholspektrumafwyking (voortaan FASA) (*Fetal alcohol spectrum disorder*) (FASD)

FASA is die sambreel terme wat gebruik word deur navorsers om die kontinuum van die effek te beskryf wat deur die blootstelling aan alkohol gedurende swangerskap veroorsaak word (Ashley & Clarren, 2001:147; Duquette et al., 2006:219; Morizette, 2001; Petkovic & Barisic, 2009). FASA word nie as 'n kliniese diagnose gesien nie, maar word gebruik as 'n term om ander toestande binne die FASA-spektrum te beskryf, naamlik: FAS (*Fetal alcohol syndrome*) (FAS); Gedeeltelike FAS (GFAS) (*Partial fetal alcohol syndrome*) (PFAS); Neuro-ontwikkelingsagterstande (NOA) (*Neuro developmental defects*) (NDD) en Alkoholverwante afwyking (AVA) (*Alcohol related birth defects*) (ARBD) (Ashley & Clarren, 2001:147; Duquette et al., 2006:219; Morizette, 2001; Petkov & Barisic, 2009).

1.4.2 Fetale-alkoholsindroom (FAS) (*Fatal alcohol syndrome*) (FAS)

FAS is volgens Ashley en Clarren (2001) 'n mediese diagnose en gaan gepaard met voorgeboortelike blootstelling aan alkohol, groeivertraging, uitstaande gesigskenmerke en breinskade. FAS word deur Gwinnel en Adamec (2006:124) beskryf as 'n toestand wat permanente ontwikkelingsagterstande veroorsaak as gevolg van oormatige alcoholmisbruik gedurende swangerskap.

1.4.3 Alkoholverwante neuro-ontwikkelingsafwykings (AVNA) (*Alcohol related neuro developmental disorder*) (ARND)

Hierdie diagnose verwys na die wanfunksionering van die brein en vereis 'n bevestigde blootstelling aan alkohol tydens swangerskap. AVNA dui op die skade in die sentrale senuweestelsel wat reflekteer in leerprobleme, swak skoolprestasie, swak beheer oor impulsiwiteit, probleme in aandag, geheue, swak sosiale vaardighede en swak oordeelsvermoë (Hoyme, 2005:43-45; May et al., 2000:1906; Scheepers, 2009:4).

1.4.4 Alkoholverwante-geboortedefekte (AVGD) (*Alcohol related birth defects*) (ARBD)

Alkoholverwante geboortedefekte verwys na spesifieke abnormaliteite wat voorkom as gevolg van voorgeboortelike blootstelling aan alkohol. Abnormaliteite kan insluit: hart, skedel; sig, gehoor en fyn motoriese probleme (Alberta Learning, 2004).

1.4.5 Gedeeltelike fetale-alkoholsindroom (voortaan GFAS)

GFAS dui op bevestigde blootstelling van alkohol gedurende swangerskap. Persone met 'n GFAS-diagnose presenteer met sommige van die fisiese tekens van FAS, maar ervaar probleme in veral die kognitiewe en aanpasbare funksionering soos persone met 'n FAS-diagnose (Alberta learning, 2004:4; Hoyme et al., 2005:43-45; May et al., 2000:1961).

1.4.6 Adolessensie

Adolessensie word deur Gouws, Kruger en Burger (2008:2), beskryf as die ontwikkelingstadium tussen die kinderjare en volwassenheid. Die woord adolessensie word afgelei van die Latynse woord "adolescere" wat beteken "to grow up" of "to grow into adulthood". Adolessensie verwys na die oorgangstyd vanaf kinderjare na volwassenheid en word beïnvloed deur individuele verskille asook die ouderdom waarop adolessensie begin. Adolessensie begin vanaf 11 tot 13 jaar en eindig tussen 17 en 21 jaar, afhangende van die biologiese en sosio-kulturele faktore. As die verskille in die ouderdomgrens van adolessensie in ag geneem word, is dit aanvaarbaar om eerder na die adolessente-stadium te verwys na die fisiese, psigologiese en sosiaal-kulturele kenmerke as ouderdom (Louw en Louw, 2007:278-281). Vir die doel van hierdie navorsingstudie is hierdie definisie geskik, aangesien die studie sal fokus op versorgers van adolessente tussen die ouderdom van 14 tot 18 jaar.

1.4.7 Versorger

Die nuwe woordeboek vir Maatskaplike Werk (1995:6), definieer 'n versorger as 'n persoon wat verantwoordelik is vir die versorging van 'n ander persoon. Binne die konteks van hierdie studie is daar FAS-adolesente wat nie deur hul ouers versorg word nie, maar deur 'n versorger, en om hierdie rede is daar besluit om die term versorger te gebruik.

Die Kinderwet (2005:17) verwys na 'n versorger as enige persoon, anders as die ouer wie 'n kind versorg. Die term versorger impliseer 'n ander persoon as die biologiese ouers (Reynolds, 2012). Vir die doeleindes van hierdie studie sal die verwysing na die versorger enige ander volwasse persoon insluit wat verantwoordelikheid aanvaar vir die versorging van die FAS-adolesent.

1.4.8 Opvoedingsrol

Die opvoedingsrol verwys na vertroosting, begrip, leiding en onbaatsugtigheid (Hildebrand, 1990:430). Die hoofdoel van hierdie rol is die versorging en beskerming van die kind en daarom word hierdie rol nie beperk tot die biologiese ouer van die FAS-adolesent nie, maar ook tot die verskillende lede van die gemeenskap wat die verskillende rolle kan vervul om aan die adolessent se behoeftes te voldoen (Kadushin, 1967:7-8; 1970:250).

1.5 NAVORSINGSMETODOLOGIE

1.5.1 Navorsingsbenadering

In hierdie navorsingstudie is oorwegend van 'n kwalitatiewe benadering gebruik gemaak, hoewel elemente van 'n kwalitatiewe benadering ook gebruik is om die doel van die studie te bereik.

Die doel van die kwalitatiewe benadering is om die sosiale lewe te probeer te verstaan, asook die betekenis wat mense aan die alledaagse lewe heg. In die breë konteks word die respondent se betekenis, ervaring en persepsie vasgevang en groter begrip word verkry (De Vos, Strydom, Fouché & Delport, 2005:74). Leedy en Omrod (2005:94), stem saam deur die stelling dat kwalitatiewe navorsing ten doel het om 'n beter begrip te ontwikkel van mense se eie ervarings. Kwantitatiewe navorsing aan die ander kant word gedefinieer as die ondersoek na sosiale of menslike probleme wat gebaseer is op die toetsing van

veranderlikes en word gemeet deur getalle en geanaliseer deur statistiese prosedure (De Vos et al., 2005:74, 357). Kwalitatiewe navorsing is gefokus op nie-statistiese metodes en klein doelbewuste steekproewe word gekies.

Deur die kwantitatiewe navorsing te gebruik, word die inligting aangebied deur die gebruik van tabelle en figure om so die twee navorsingsbenaderings te kombineer (Fouché & Delport, 2005:79). Volgens De Vos et al. (2005:364), is dit soms nodig om die twee benaderings te kombineer, aangesien klein elemente van die kwantitatiewe benadering soos byvoorbeeld die aanduiding van persentasie, 'n oorsig kan bied van die aantal respondente wat betrokke is. In die lig van die voorafgaande beskrywing van die kwalitatiewe navorsingsbenadering is die navorser van mening dat hierdie benadering toepaslik is om die doel van hierdie navorsingstudie te bereik, naamlik: Om begrip te ontwikkel vir die opvoedingsrolle waarvoor versorgers van adolessente met FAS moet oor beskik ten einde aanbevelings aan maatskaplike werkers te kan maak vir effektiewe ondersteuning aan die versorgers.

1.5.2 Navorsingsontwerp

Beide verkennende en beskrywende navorsing is gedurende hierdie studie gebruik. Verkennende navorsing word benut om insig te verkry tot 'n situasie, individu of gemeenskap. Die behoefte van so 'n studie kan voortvloei as gevolg van 'n leemte in bestaande inligting tot hierdie nuwe belangstellingsveld (Fouché & De Vos, 2005:106). Die woord "verken" word deur die *Compact Oxford English Dictionary* (1997:406), verklaar as 'n deeglike studie, 'n deeglike ondersoek na 'n verskynsel en so ook die soeke na meer inligting. Gedurende hierdie studie is die opvoedingsrolle waarvoor versorgers van FAS-adolessente moet oor, verken.

Die antwoord op die vraag oor "wat" nagevors moet word, kom gewoonlik neer op 'n verkennende studie. Verkennende navorsing het gewoonlik 'n doel en navorsers maak gewoonlik van kwalitatiewe data gebruik (Fouché, 2005:109). Beskrywende navorsing aan die ander kant fokus op die hoe en hoekom vrae (De Vos et al., 2005:106). Beskrywende navorsing gee 'n gedetailleerde en akkurate prentjie van die spesifieke besonderhede van 'n verskynsel, verhouding of sosiale ruimte. Rubin en Babie in Fouché en De Vos (2005:106)

verwys na 'n beskrywing in 'n kwalitatiewe studie wat vir hierdie studie toepaslik is, as die intense ondersoek van 'n verskynsel en sy dieper betekenis wat lei tot 'n ryk, komplekse beeld van die fenomeen.

1.5.3 Navorsingsmetode

Vir die doel van hierdie ondersoek is 'n literatuur- en empiriese studie uitgevoer om die navorser se begrip van die onderwerp te bevorder. Die metodes waarvolgens die ondersoek uitgevoer sal word, is die volgende: Die literatuurstudie; die proses van steekproeftrekking en populasie; insluitingskriteria en die steekproefprosedure.

1.5.3.1 Literatuurstudie

'n Literatuurstudie is onderneem om 'n duidelike begrip van die navorsingsveld te verkry (Fouché & Delpont, 2005:127). Volgens Grinnell en Williams (1990) verwys 'n literatuurstudie na 'n in-diepte studie van bestaande navorsingsartikels wat verwant is aan die onderwerp wat bestudeer word. Die navorser het van bestaande tesisse, tydskrifte, boeke, artikels, databasisse en webtuistes gebruik gemaak, asook van bestaande Suid-Afrikaanse en internasionale literatuur om die opvoedingsrolle waaroor die versorgers van FAS-adolesente moet beskik, te ondersoek. Die literatuurstudie vestig 'n basis vir die res van die navorsingsproses, bespaar tyd en vermy duplisering van bestaande navorsingstudies, hoewel dit ook die navorser in staat sal stel om die resultate te interpreteer en vergelykings te kan tref met bestaande literatuur, teorie en navorsing (De Vos et al., 2005:123-124; Fouché & Delpont, 2005:84).

1.5.3.2 Proses van steekproeftrekking en populasie

De Vos et al. (2005:193) verwys na die universum as alle potensiële respondente wat oor die eienskappe beskik waarin die navorser belangstel. In die geval van hierdie studie sluit die universum 20 versorgers van adolessente tussen die ouderdomme van 14 tot 18 jaar in wat reeds met FAS gediagnoseer is. Dit is egter onmoontlik om al hierdie versorgers te betrek, en daarom is sekere grense gestel. Strydom (2005:193) definieer populasie as 'n term wat grense plaas op die eenheid van ontleding. Dit beskryf ook persone in die universum wat oor sekere eienskappe beskik.

Vir die doel van hierdie studie is die populasie 20 versorgers van adolessente tussen die ouderdomme van 14 en 18 jaar wat reeds 'n diagnose van FAS het en woonagtig is in Wellington of op die omliggende plase. Hierdie versorgers is bereik deur die databasis van FASER-SA (FAS voorkomingstudie van Stellenbosch Universiteit) wat tans navorsing doen oor FAS in die Wellington area. Die insluitingskriteria verteenwoordig die samevatting van eenhede, insluitend gebeure, objekte of persone in die populasie waaruit die steekproef geselekteer word (Mouton, 2003).

Die insluitingskriteria vir die seleksie van respondente vir hierdie studie sluit in: Vroulike versorgers van adolessente tussen die ouderdom van 14 en 18 jaar wat met FAS gediagnoseer is; versorgers kan enige kultuur en ras insluit; versorgers moet woonagtig wees in die Wellington-area. Versorgers is nie die biologiese moeders van hierdie adolessente nie. Dit word dus duidelik gestel dat hierdie studie nie geïnteresseerd is in die redes waarom die FAS-adolesent deur ander persone as sy/haar biologiese ouers versorg word nie. Hierdie studie is gefokus op die unieke opvoedingsrolle van versorgers van FAS-adolessente, en daarom word slegs versorgers as deelnemers ingesluit.

1.5.3.3 Steekproefprosedure

Die respondente wat vir die studie gekies is, word die steekproef genoem. Doelbewuste steekproefneming is gebruik deur die selektering van versorgers wat adolessente met FAS versorg. Doelbewuste steekproefneming word deur Strydom en Delpont (2005:325) gesien as 'n nie-waarskynlikheidsteekproef, aangesien die respondente nie toevallig in die studie ingesluit word nie. Die navorser het persone gekies wat tipiese kenmerkende eienskappe van die populasie openbaar (De Vos et al., 2005:202).

Die steekproef is die elemente van die populasie wat vir die insluiting van die studie oorweeg word. In gedeeltelike kwalitatiewe navorsing is die steekproef beperk en nie verteenwoordigend nie, daarom kan die navorser nie waarborg dat hulle die hele populasie verteenwoordig nie, aangesien nie alle vroulike versorgers van FAS-adolessente in die studie ingesluit is nie. Volgens Strydom (2005:201) word die nie-waarskynlikheid seleksie gekenmerk as 'n nie-tydrowende en koste-effektiewe proses.

1.5.4 Navorsingsinstrument

1.5.4.1 Metode van data analise

Brynard en Hanekom (1997:48-55) verwys na data-analise as die proses waardeur die groot hoeveelheid data wat ingesamel is, gestruktureer moet word en betekenis moet aan hierdie data geheg word. Die deduktiewe metode is gebruik deur die opstel van 'n onderhoudskedule wat inligting bevat soos in die literatuurstudie vervat. Kwantitatiewe en kwalitatiewe navorsingsbenaderings verseker dat die data deur beskrywende prosedures, temas en tendense geïdentifiseer, gegroepeer en geanaliseer is (De Vos et al., 2005; Mouton, 2003).

Kwantitatiewe data is deur middel van tabelle en figure uiteengesit om dit grafies te illustreer en deelnemers se narratiewe is as kwalitatiewe data aangebied in temas, subtemas en kategorieë (Tesch, 1990). Data is ingesamel deur die gebruik van gestruktureerde onderhoude wat gedoen is volgens 'n onderhoudskedule gedurende Junie 2012. Hierdie navorsingsinstrument is gekies sodat deelnemers hul ervarings in hul eie woorde kon deel (De Vos et al., 2005:296). Die onderhoude is in die deelnemers se huistaal (Afrikaans) gevoer en respondente se antwoorde is direk op die onderhoudskedule aangeteken (Greeff, 2002:302-303). In die gestruktureerde onderhoudskedule is vrae in 'n riglyn vervat wat gerig is op die kwessies wat bespreek moet word. Die tipe vrae is gekombineer in terme van oop-geslote- en keuse-vrae. Die navorser verduidelik dus elke vraag vir die deelnemers, waarna hulle dit antwoord en hulle antwoorde op die skedule aangeteken word.

1.5.4.2 Bepalings van geldigheid van data

De Vos et al. (2005) beklemtoon die noodsaaklikheid dat kwantitatiewe en kwalitatiewe navorsing moet voldoen aan die volgende kriteria wat die geldigheid van die navorser sal verifieer, naamlik: geloofwaardigheid, oordraagbaarheid en bevestigbaarheid. Hierdie faktore sal vervolgens bespreek word.

- **Geloofwaardigheid**

Geloofwaardigheid in navorsing het ten doel om te demonstreeer dat die ondersoek op so 'n wyse plaasgevind het dat die onderwerp noukeurig geïdentifiseer en omskryf is (De Vos, 2002). Die gebruik van leidende vrae in kwalitatiewe onderhoudsvoering kan die geloofwaardigheid van die deelnemers bepaal. Leidende vrae kan ook gebruik word deur 'n vraag op verskillende maniere te vra en wanneer dieselfde antwoord verkry word, dui dit daarop dat die deelnemer geloofwaardig is. Hierdeur kan ooreenstemmendheid van die bevindinge van die navorsing binne konteks bepaal word (Kvale, 1996:286, 152).

- **Oordraagbaarheid**

De Vos (2002) definieer veralgemening of oordraagbaarheid van navorsing as die mate waartoe die navorser daarin slaag om aan te dui dat die bevindinge ook in ander kontekste of ten opsigte van ander groepe as hierdie studie van toepassing gemaak kan word. Die navorser is van mening dat die deelnemers in hierdie navorsing se eie ervarings vergelyk kan word, ooreenkomste en verskille kan geïdentifiseer word en veralgemenings kan gemaak word binne hierdie spesifieke groep, naamlik die versorgers van FAS-adolessente.

- **Bevestigbaarheid**

Bevestigbaarheid ten opsigte van die onderhoud behels die betroubaarheid van die navorsingresultate en die kwaliteit van die onderhoud met spesifieke verwysing na omsigtige vraagstelling met die begrip na wat gesê is en om voortdurend die inligting te verifieer (Kvale, 1996). Bevestigbaarheid ten opsigte van die transkripsie van data behels die oordrag of verplasing van mondelinge data na geskrewe data. Alle inligting wat verkry is gedurende die onderhoud, is woord vir woord op die onderhoudskedule aangeteken.

1.6 ETIESE ASPEKTE

De Vos et al. (2005:7) definieer etiese aspekte as 'n stel morele beginsels en gedragsvoorwaardes oor die mees korrekte wyse van optrede teenoor die respondente en die navorser. Etiese aspekte dien volgens Strydom (2005:57) as 'n maatstaf vir optrede waarteen elke navorser hom/haarself moet evalueer. Hierdie navorsing word as 'n minimale

risiko beskou en is as sodanig deur die Departement Maatskaplike Werk se etiese komitee verklaar en goedgekeur. Die volgende etiese aspekte is vir die doel van hierdie studie is ag geneem:

1.6.1 Ingeligte toestemming

Ingeligte toestemming behels dat al die nodige inligting aan die respondente bekend gemaak moet word. Dit sluit in: alle moontlike of genoegsame informasie oor die doelstellings en doelwitte van die navorsing, die prosedures wat tydens die navorsing gevolg sal word; die moontlike voordele en nadele en enige moontlike gevare waaraan die respondente blootgestel kan word (De Vos et al., 2005: 59; Strydom, 2005:57). Die navorser het die respondente deeglik ingelig oor die doelstellings en doelwitte van die studie. Toestemming is verkry deur 'n toestemmingsbrief (Bylae A). Die ingeligte toestemming tot die navorsing wat deur die deelnemers voltooi word is deur die navorser aan die deelnemers in eenvoudige taal verduidelik.

1.6.2 Konfidensialiteit

Konfidensialiteit verwys na die voortsetting van 'n persoon se privaatheid en beperk toegang tot persoonlike inligting (De Vos et al., 2005:62). Strydom (2005:61) verduidelik dat die reg tot privaatheid die individu se reg om te besluit wanneer, waar, teenoor wie en tot watter mate hul houding, geloof en gedrag wil openbaar. Konfidensialiteit kan dus beskryf word as alle inligting wat privaat hanteer word. Tydens die onderhoudvoering is aantekeninge gemaak. Die navorser het die respondente ten volle ingelig oor die maak van die aantekeninge. Hierdie aantekeninge is veilig in 'n geslote kabinet gestoor om die privaatheid van die respondente te beskerm. Data sal konfidensieel gehou word en aan niemand beskikbaar gestel word nie.

1.6.3 Ontlonting

Die navorser is bewus daarvan dat die onderhoud ontstellend vir die respondent kan wees en dat daar gevoelens is wat hulle sal moet deurwerk (De Vos et al., 2005:66). Na afloop van die onderhoud is daar geleentheid geskep vir die respondente om hul ervaring te deel deur gespreksvoering. Die navorser is 'n geregistreerde Maatskaplike werker en kan self

gevoelens hanteer of na die Maatskaplike werker van die ACVV Wellington verwys na gelang van die deelnemer se voorkeur. Onverwagte situasies het egter nie voorgekom nie. Binne hierdie konteks verwys Strydom (2005:66) na ontloftingsessies as die geleentheid vir respondente om onmiddellik na afloop van die studie deur hul ervarings te werk.

1.7 BEPERKINGS VAN DIE STUDIE

Beperkings tot die navorsingstudie wat deur die navorser geïdentifiseer kan word, is dat daar beperkte inligting en veral teorieë rakende die opvoedingsrolle bestaan waarvoor versorgers van FAS-adolesente moet oor, binne die Suid-Afrikaanse konteks. Die navorser het om hierdie rede hoofsaaklik van internasionale literatuur gebruik gemaak.

‘n Verdere beperking is ook dat die empiriese data van hierdie studie nie in die breë Suid-Afrikaanse konteks veralgemeen sal kan word nie, aangesien daar swaar op internasionale literatuur gesteun is. Die resultate van die studie kan egter as ‘n riglyn vir maatskaplike werkers dien in die hulpverlening aan versorgers van adolessente met FAS. Die response van die deelnemers is baie eenvoudig en simplisties omdat die deelnemers meestal ongeletterd is, daarom moes die navorser die deelnemers se response binne konteks interpreteer.

1.8 AANBIEDING

Die studie bestaan uit vyf hoofstukke –

HOOFSTUK 1 dien as die inleiding tot die studie en bespreek die motivering van die studie, probleemstelling, die doelstelling en doelwitte van die studie, die navorsingsbenadering en die navorsingsmetodologie. Die etiese aspekte en die beperkinge van die studie word ook in hierdie hoofstuk bespreek.

HOOFSTUK 2 gee ‘n beskrywing van FAS asook die kenmerke van die adolessente wat daarmee gediagnoseer is.

HOOFSTUK 3 bied ‘n oorsig van die opvoedingsrolle waarvoor versorgers van adolessente met FAS moet oor.

HOOFSTUK 4 gee 'n uiteensetting van die empiriese gegewens en navorsingsresultate uit die verwerking van die data van die onderhoudskedule. Die resultate word verbind aan en gekontroleer met die twee literatuurhoofstukke (Hoofstukke 2 en 3).

HOOFSTUK 5 bied 'n opsomming van die gevolgtrekkings en aanbevelings wat gemaak word vanuit die resultate van die studie ten opsigte van die opvoedingsrolle waarvoor versorgers van FAS-adolessente moet oor.

HOOFSTUK 2

FETALE-ALKOHOLSINDROOM EN KENMERKE VAN ADOLESSENTE WAT DAARMEE GEDIAGNOSEER IS

2.1 INLEIDING

Hierdie hoofstuk sal hoofsaaklik fokus op die omskrywing, uitstaande kenmerke, diagnose en voorkoms van FAS. Aspekte soos die fisiese, kognitiewe en sosiale ontwikkeling van die adolessent in die geheel sal bespreek word met betrekking tot die adolessent met FAS. Die belangrikheid hiervan is om FAS binne konteks te verstaan en vertrou te raak met die kenmerke en terminologie ten opsigte van FAS. Hierdeur sal die versorgers hul opvoedingsrolle meer effektief kan beoefen en toepas volgens die behoeftes van die adolessent met FAS.

2.2 OMSKRYWING VAN FETALE-ALKOHOLSINDROOM (FAS)

FAS is 'n permanente toestand met kenmerkende tekens soos vertraagde groei, opsigtelike gesigskenmerke, lae intelligensie-vlakke en skade aan die sentrale senuweestelsel. Hierdie toestand word veroorsaak wanneer 'n vrou alkohol drink tydens swangerskap. Alkohol word opgeneem deur al die organe en weefsels in die liggaam en so ook deur die plasenta, wat die fetus moet voed en beskerm. Alkohol bevat 'n gevaarlike bestanddeel, van teratogeen wat deur die membraan van die plasenta dring na al die ontwikkelende organe en weefsels van die fetus. Die eerste drie maande van swangerskap word beskou as die mees kritiese tydperk tydens swangerskap ten opsigte van die gevare van teratogeen, aangesien belangrike strukturele ontwikkeling in die fetus in hierdie tydperk plaasvind.

FAS kan nie ontgroeï word nie, hoewel dit ten volle voorkom kan word wanneer 'n vrou geen alkohol inneem tydens swangerskap nie. Navorsers is dit eens dat FAS die hooforsaak is van verstandelike gestremdheid, omdat die grootste skade in die brein voorkom (Dailey, 1999; Gearing, McNeill & Lozier, 2005:1; Hoyme, May, Kalberg, Kodituwakku, Gossage, Trujillo, Buckley, Miller, Arogan, Khaole, Viljoen, Jones & Robinson, 2005:40; Kalberg &

Buckley, 2006:58; Killion, 2008a; May, Brooke, Crozdord, Adnams, Jones, Robinson & Viljoen, 2000:1906; Morizette, 2001; Nicus, 2005:1-3).

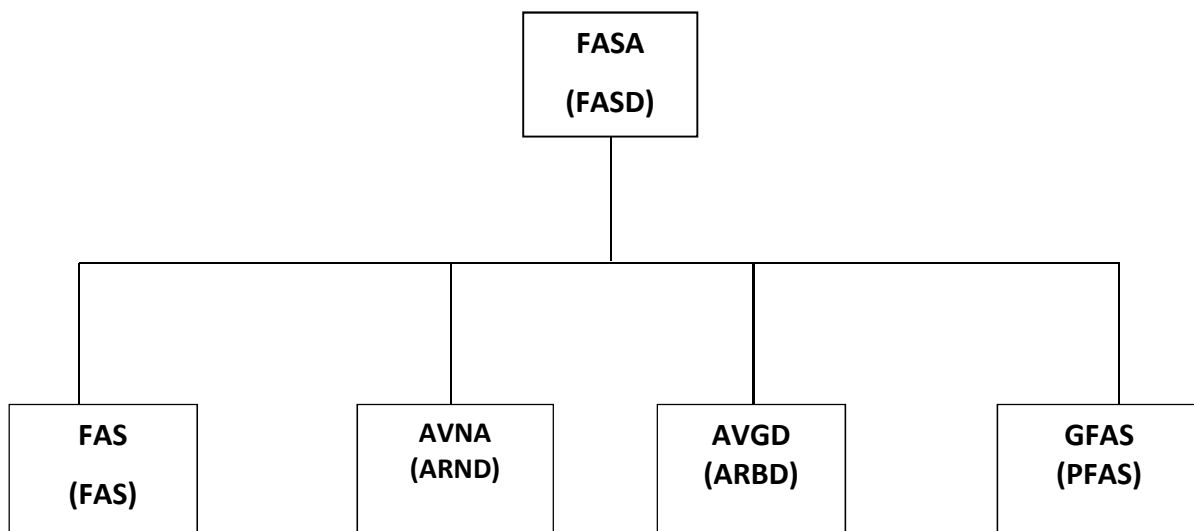
FAS is vir die eerste keer in 1973 beskryf deur Kenneth L. Jones en David Smit as 'n kenmerkende patroon van abnormaliteite en afwykings in kinders wat voorgeboortelik blootgestel word aan groot hoeveelhede alkohol (Hoyme et al., 2005). FAS in Suid-Afrika word histories verbind aan die sogenaamde Dopstelsel, wat tot die hoë voorkoms van FAS in hoë risikogemeenskappe gelei het. Die Dopstelsel het in die laat 1600's in Kaapstad ontstaan en is gebruik om arbeiders na plase te lok, waar hulle vergoed is met alkohol, brood en tabak (Campbell, 2007:21; Randall-Mkosi et al., 2008:25). Die siening het dus ontstaan dat wyn die gunstelingdrankie is wat algemeen gedrink word deur vroue wat aan FAS-kindere geboorte skenk. Hierdie wanbegrip is deur navorsing oor die bepaling van moederlike risikofaktore in die Wes-Kaap aangepas deur bevindings dat vroue bier bo wyn verkies het en dus tydens swangerskap bier gedrink het (May et al., 2005:1196; May et al., 2008).

Glasser (in De Villiers, 2009:22) som die geskiedenis van die Dopstelsel as volg op: "Over time a 'tot' (also known as a "dop" in Afrikaans) system was erected out of Van Riebeeck's instructions, eventually stretching from schools to the vineyards and orchards cultivated by Van Riebeeck and his followers. Slave labourers were given tots of brandy (and later bottles of wine). Workers drank at breakfast, lunch and dinners, nearly every day of the week." Hieruit blyk dit dat die Dopstelsel deel van veral plaaswerkers se kultuur geword het. Scheepers (2009:23) voer voorts aan dat die Dopstelsel 'n ongesonde kultuur van alkoholmisbruik in die Wes-Kaap gevestig het. Hierdie kultuur is versterk deur verstedeliking, omdat dit nie meer net die sogenaamde "kleurlingmense" is wat op wyn- en vrugteplase woon wat beïnvloed word nie, maar ook mense op die Kaapse Vlakte.

Die Dopstelsel is in 1963 onwettig verklaar, hoewel die gebruik daarvan volgens Scheepers (2009:23) steeds op 1.4% van plase in Suid-Afrika voortbestaan. Tans word die Dopstelsel grootliks vervang deur sjebiens, smokkelhuise of "taverns" ('n informele kroeg wat vanuit 'n woonhuis bedryf word waar alkohol verkoop word). Hierdie smokkelkroeë is 24 uur per dag oop en is in woonbuurte geleë (Campbell, 2007:22; Scheepers, 2009:23; Viljoen et al., 2002:71).

FAS is dus 'n realiteit wat nie net in landelike gebiede nie, maar ook in stedelike gebiede voorkom. Om die omvang van hierdie realiteit te verstaan, is dit nodig dat FAS volledig omskryf word. Eerstens is dit belangrik om te beseef dat FAS gesien moet word as deel van 'n groep fisiese en verstandelike geboorte-abnormaliteite wat veroorsaak word wanneer 'n vrou tydens swangerskap 'n oormatige hoeveelheid alkohol gebruik. Hierdie geboorte-abnormaliteite word saamgevoeg onder die begrip FASA (FASD). Ander toestande wat onder FASA ressorteer, is FAS (FAS); GFAS (PFAS) Neuro-ontwikkelingsagterstande (NOA) (*Neuro-Developmental Defects*) en Alkoholverwante geboorte-afwykings (AVGA) (*Alcohol-related birth defects*) (Ashley & Clarren, 2001:147; Duquette et al., 2006:219; Morizette, 2001; Petkov & Barisic, 2009).

Figuur 2.1 is 'n grafiese uiteensetting van FASA en verwante toestande.



Figuur 2.1: FASA en verwante toestande (Carrier, Green, Jones, Soliman en Wark, 2005:15)

FAS vorm deel van meer as een toestand wat veroorsaak word deur voorgeboortelike blootstelling aan alkohol. Binne die konteks van hierdie studie sal die fokus slegs op FAS geplaas word. FAS verskil van die ander verwante toestande in die FASA-spektrum in die sin dat daar 'n spesifieke, kenmerkende patroon van afwykings teenwoordig moet wees vir 'n diagnose van FAS. Spesifieke kenmerke sluit in bepaalde gesigskenmerke, skade aan die

sentrale senuweestelsel, vertraagde groei en bevestigde of onbevestigde blootstelling aan alkohol tydens swangerskap (Armstrong, 2003:3-4; Nicus, 2005:2). Vervolgens sal elk van die verwante toestande in die FASA bespreek word, wat die verskille sal uitwys en 'n beter begrip van FAS sal vestig tydens diagnosering.

2.2.1 Fetale-alkoholsindroom (FAS) (*Fatal alcohol syndrome*) (FAS)

FAS is fisies die mees uitkenbare toestand van al die toestande in die FASA-spektrum. FAS word ook beskryf as 'n geboorte-defek met hoofsaaklik skade aan die brein (Dailey, 1999; Gearing, Codero & Floyed, 2005:1; Hoyme et al., 2005:40, Kalberg & Buckley, 2006:58; Killion, 2008a; May et al., 2000; Streissguth, 1994:74).

Urban et al. (2008) se beskrywing van FAS wys daarop dat dit gesien word as die ernstigste toestand in die FASA-spektrum, met nadelige gevolge wat voor- en nageboortelike groeivertraging en neurologiese, kognitiewe en gedragsafwykings insluit as gevolg van alkoholgebruik tydens swangerskap. Hierdie nadelige gevolge word ook gesien as uitstaande tekens van FAS en onderskei dan ook FAS van die ander verwante toestande.

2.2.2 Alkoholverwante neuro-ontwikkelingsafwyking (AVNA) (*Alcohol-Related Neuro-Developmental Disorder*)

Alkoholverwante Neuro-ontwikkelingsafwyking is 'n term wat oorgeneem is by die VSA se *Institute of Medicine Model (IOM)* van 1996, wat persone beskryf wat 'n bevestigde geskiedenis het van blootstelling aan alkohol tydens swangerskap (Scheepers, 2009:4).

'n Diagnose van AVNA sal van toepassing wees op kinders wat normale groei en strukturele ontwikkeling toon, maar 'n kenmerkende patroon van gedrag en kognitiewe afwykings het as 'n resultaat van blootstelling aan alkohol tydens swangerskap (Hoyme et al., 2005:43-45; May et al., 2000:1906).

Scheepers (2009:4) wys daarop dat die fokus van AVNA op die wanfunksionering van die brein is, wat die volgende gedrag en kognitiewe afwykings insluit: leerprobleme, swak skoolprestasie, swak beheer oor impulsiwiteit, swak sosiale waarnemingsvermoë, swak

taalvaardighede, probleme met abstrakte denkbeelde, probleme met wiskunde, probleme met aandag, en swak oordeelsvermoë.

2.2.3 Alkoholverwante geboorte-defekte (AVGD) (*Alcohol-related birth defects*)

“Alkoholverwante geboorte-defekte” is ’n term wat gebruik word om fisiese ontwikkelings- en gedragafwykings in die FASA-spektrum te beskryf, en die blootstelling aan alkohol tydens swangerskap word ook as ’n bydraende faktor beskou (Duquette et al., 2006; Scheepers 2009:4).

Hoyme et al. (2005:43) stem saam met bogenoemde stelling en voeg by dat AVGD ’n term is wat van toepassing is op kinders in die FASA-spektrum met tipiese gesigskenmerke en normale groei en ontwikkeling, maar met spesifieke afwykings in die strukturele funksionering van die brein.

2.2.4 Gedeeltelike fetale-alkoholsindroom (GFAS) (*Partial fetal alcohol syndrome*) (PFAS)

GFAS beskryf die teenwoordigheid van sommige van die FAS-kenmerke. Persone met GFAS toon tipiese gesigskenmerke en afwykings in groei of skade aan die sentrale senuweestelsel (Hoyme et al., 2005:43-45; May et al., 2000:19061; Randall-Mkosi et al., 2008:11). Scheepers (2009:4) sluit aan by bovermelde beskrywing van GFAS deur daarop te wys dat persone met GFAS-probleme ervaar ten opsigte van kognitiewe funksionering en aanpasbare gedrag, wat ooreenstem met persone wat gediagnoseer is met FAS.

2.3 UITSTAANDE KENMERKE VAN FETALE-ALKOHOLSINDROOM (FAS)

In die omskrywing van FAS word daarop gewys dat FAS deel is van ’n groep afwykings wat veroorsaak word deur alkoholgebruik tydens swangerskap. FAS het uitstaande kenmerke wat ’n belangrike bydrae lewer tot ’n begrip van FAS in sy totaliteit en wat die opvoeders van FAS-adolesente se rol kan vergemaklik indien hulle bewus is van hierdie kenmerke.

FAS se kenmerke sluit permanente skade aan die brein in as gevolg van voorgeboortelike alkoholgebruik en het volgens Duquette et al. (2006:119) ’n blywende effek op individue met

FAS se kognitiewe, sosiale en emosionele funksionering. Van Rooyen (2003:35) sluit hierby aan deur die mening te lug dat gestremdheid as gevolg van FAS kan manifesteer in die vorm van neurologiese gedrag wat vir die moeder, kind en selfs ander persone naby individue met FAS moeilik is om te hanteer.

Kenmerke van hierdie gedrag vir die FAS-adolesent bring hoë vlakke van frustrasie, 'n lae selfbeeld, swak motivering en depressie mee. Kwesbaarheid vir alkohol- en dwelmmisbruik kom voor. Hiperaktiwiteit lei daartoe dat geen oorweging aan die gevolge van aksies geskenk word nie. Adolesente met FAS word maklik oorgestimuleer in sosiale situasies, en blyk onsimpatiek te wees teenoor sosiale gedragspatrone.

Adolesente met FAS ervaar 'n leemte aan wedersydse vriendskapsbande en toon swak oordeelsvermoë oor wie om te vertrou. Gebrekkige kommunikasie en sosialiseringsvermoë veroorsaak dat adolesente met FAS altyd die middelpunt van aandag wil wees en gedurig aandag op hulself vestig. Adolesente met FAS het swak redenerings- en begripsvermoë, wat dit moeilik maak om take te voltooi. Hulle is swak akademiese presteerders, veral in wiskunde en ten opsigte van leesvaardighede. Negatiewe gedrag soos leuens vertel, steel en impulsiwiteit kom algemeen voor by adolesente met FAS (Duquette et al., 2006; Fascets Information, n.d; Fasfacts, 2006).

Die uitstaande kenmerke van FAS sal verder bespreek word deur te verwys na die volgende komponente: sentrale sensuweestelsel; intelligensie; leeragterstande; vertraagde groei; en gesigskenmerke.

2.3.1 Sentrale sensuweestelsel

Gerberding, Cordero en Floyed (2005:13) beweer dat daar oor die afgelope 30 jaar meer as 2 000 wetenskaplike studies gepubliseer is oor die effek van alkohol as 'n teratogeen en die implikasies daarvan op die sentrale sensuweestelsel. Hierdie implikasies kan presenteer in kort- en langtermyn-kognitiewe en gedragsabnormaliteite.

Hierdie abnormaliteite is lewenslank as gevolg van voorgeboortelike blootstelling aan alkohol en manifesteer in strukturele en funksionele afwykings en gedrag. Die sentrale senuweestelsel sal verder bespreek word aan die hand van strukturele en funksionele agterstande.

2.3.1.1 Strukturele agterstande

Strukturele agterstande verwys ook na sekondêre skade. Hierdie agterstande ontstaan wanneer daar geen diagnose en intervensie in plek is om 'n ondersteuningstelsel vir die funksionele agterstande in plek te stel nie (Carrier et al., 2005:11). Scheepers (2009:50) is van mening dat strukturele agterstande op 'n later stadium by persone met FAS voorkom.

Randall-Mkosi et al. (2008:53-54) sluit hierby aan deur die mening te lug dat strukturele agterstande nie oorgeërf is nie, maar later in die lewe van 'n persoon met FAS ontstaan as gevolg van skade aan die sentrale senuweestelsel. Strukturele agterstande ontstaan as gevolg van 'n verkeerde passing tussen die strukturele agterstande en die verwagtinge wat die samelewing het van die persoon met FAS.

Strukturele agterstande ontwikkel met verloop van tyd, maar kan verbeter deur vroeë intervensie en effektiewe ondersteuning. Strukturele agterstande kan manifesteer in die volgende gedrag: onderbreekte skoolopleiding, kriminele aktiwiteite, geestelike gesondheidsprobleme, dwelm-afhanklikheid, onvanpaste seksuele gedrag, swak korttermyngeheue, onvermoë om te onderskei tussen werklikheid en fantasie, lae IK, probleme met spraak en gehoor (Carrier et al., 2005:11; Scheepers, 2009:50-51; Von Canada, 2005:12).

2.3.1.2 Funksionele agterstande

Funksionele agterstande word ook na verwys as primêre skade as gevolg van skade aan die senuweestelsel en gaan gepaard met FAS. Hierdie skade word gereflekteer in lae intelligensie, swak akademiese prestasie as gevolg van intellektuele gestremdheid en probleme met aanpasbaarheid (Carrier, 2005:11; Scheepers, 2009:48-49).

Probleme met aanpasbaarheid word veroorsaak deur adolessente met FAS se onvermoë om die reëls en gedrag wat sosiaal aanvaarbaar is te verstaan. Hierdie gebrek aan vaardighede met betrekking tot sosiaal aanvaarbare gedrag word gereflekteer in swak impuls beheer, swak begrip van persoonlike grense, opdringerige gedrag, swak beheer oor aggressie, hardkoppigheid en oorvriendelikheid teenoor vreemdelinge (Carrier, 2005:11; Scheepers, 2009:48-49).

2.3.2 Intelligensie

Die gemiddelde intelligensie van individue met FAS is tussen 70 en 79 (Adnams et al., 2001:557; Duquette et al., 2006:119). Kalberg en Buckley (2007:279) is van mening dat hoewel persone met FAS soms normale IK-tellings het, hulle kenmerkende agterstande toon, veral ten opsigte van aandag, geheue en hul uitvoerende funksionering.

2.3.3 Leeragterstande

Nevid, Rathus en Greene (in Van Rooyen, 2003:30) verwys na leeragterstande as verskynsels wat algemeen voorkom binne 'n spesifieke leerarea en wat veral baie opmerklik is binne verskillende leergeleenthede. Adolessente met FAS ervaar nie net leeragterstande nie, maar ook akademiese mislukkings, emosionele probleme en agterstande in taal- en grammatikavaardighede (Adnams et al., 2007:404; Duquette et al., 2006: 220).

Adnams et al. (2007:404) en Scheepers (2009:26) spreek die kommer uit dat baie leerders met FAS in Suid-Afrika publieke skole bywoon en in hoofstroomonderrig ingesluit word. Daar word van hierdie leerders verwag om die nasionale kurrikulum te volg sonder dat hulle spesifieke leeragterstande ondersteun word. Die gevolg hiervan is dat die las van FAS-hantering swaar steun op die onderwysstelsel, wat swak toegerus is met onvoldoende bronne en dus nie in staat is om genoegsaam in hierdie kinders se behoeftes te voorsien nie.

2.3.4 Vertraagde groei

Voor- en nageboortelike groeivertraging word gesien as die hoofrede waarom 'n kind se gewig, lengte en/of kopomtrek minder is as wat verwag word vir hul ouderdom. Die 10de persentiel van die plaaslike standaardgroei-verwysingskaart (Departement van Gesondheid

se “Road to Health”-kliniekkaart) word gewoonlik gebruik om die afsnypunt te bepaal ten opsigte van gewig, lengte en kopotrek wanneer ’n diagnose by graadeenleerders gemaak word. Vertraagde groei word as permanent beskou, hoewel adolessente se gewig vermeerder soos hulle ouer word, maar hulle sal hoofsaaklik kort wees met ’n klein kopotrek en ’n lae liggaamsmassa-indeks (De Villiers, 2009:28; Randall-Mkosi et al., 2008:10; Viljoen, 2001: 681).

2.3.5 Gesigskenmerke

Gesigskenmerke word gesien as die uitstaande kenmerk of eienskap van FAS en sluit die volgende kenmerke in: nou of klein ogies; verkorte boonste ooglidvoue; ’n onduidelike *philtrim*, wat verwys na die gladde parallelle groef tussen die neus en die bolip; ’n dun bolip *vermillion*; afgeplatte wangbene en ’n kort neus. Aanvullende kenmerke verwys na die volgende: epikantiese voue by die oë, ’n lae neusbrug, oog-abnormaliteite, bysiendheid en gehoorverlies.

Die gesigskenmerke raak minder opsigtelik soos kinders ouer word en kan die ontdekking en diagnose van FAS kompliseer (Armstrong, 2003:5; De Villiers, 2009:29; Randall-Mkosi et al., 2008:10; Van Rooyen, 2003:20). Streissguth (1994:76) is van mening dat hoewel fisiese kenmerke van FAS mettertyd verdwyn, die skade aan die sensuweestelsel blywend is, omdat die brein die vatbaarste orgaan in die liggaam is vir die effek van alkohol.

2.4 DIAGNOSE VAN FETALE-ALKOHOLSINDROOM (FAS)

Akkurate diagnose is belangrik om onderdiagnosering of oordiagnosering uit te skakel. Sodanige diagnose vereis abnormaliteite op alle vlakke van funksionering, insluitend abnormaliteite wat betref gesigskenmerke, groei (vertraagde groei) en die grootte van die brein en breinstruktuur (May et al., 2007b: 270; Streissguth, 1994:74).

Diagnosering van FAS word gesien as ’n proses wat baie uitdagings bied, veral in die diagnosering van adolessente. Die twee redes wat aangevoer word, is eerstens dat die fisiese tekens van FAS minder opsigtelik raak soos kinders ouer word en dus die waarneming en diagnosering van FAS kompliseer. Tweedens bestaan daar geen uitstaande kenmerke om

’n diagnose wat by adolessente gemaak word, te bevestig nie (Armstrong, 2003:5; De Villiers, 2009:24; Hoyme et al., 2005:39; Randall-Mkosi et al., 2008:11).

Viljoen et al. (2001:68) is van mening dat die uitdagings ten opsigte van die diagnosering van adolessente met FAS verminder kan word indien hierdie adolessente tussen die ouderdom van 3 en 10 jaar gediagnoseer word, aangesien hierdie ouderdom ideaal is om FAS-verwante kenmerke uit te ken. Verskeie diagnostiese instrumente en riglyne is oor die jare ontwikkel en gepubliseer, naamlik: *The Revised 1996 Institute of Medicine Criteria (IOM)* (Hoyme et al., 2005); Die Universiteit van Washington se Model, bekend as die Viersyfer- Diagnostiese Kode (*The Four Digit Code*) (Ashley & Clarren, 2001); *The Centre of Disease Control’s Fetal Alcohol Syndrome: Guidelines for Referral and Diagnosis* (CDC, 2005). Rendall-Mkosi et al. (2008:9) berig ook oor die Kanadese Riglyne vir Diagnose en ’n FASA-riglyn vir Professionele Persone in Gesondheidsberoep deur die Britse Mediese Assosiasie.

The 1996 Institute of Medicine Criteria (IOM) en die Washington-kriteria is die twee stelle diagnostiese riglyne wat wêreldwyd die meeste gebruik word om kinders te evalueer wat die potensiaal toon om met FAS gediagnoseer te word. Die verskil in die riglyne lê in die hoeveelheid gesigskenmerke wat teenwoordig moet wees om ’n diagnose in die FASA-kontinuum te kan maak (Gerberding et al., 2005; Hoyme et al., 2005:39). *The 1996 Institute of Medicine Criteria (IOM)* word deur Viljoen et al. (2005:594) beskryf as die akkuraatste diagnostiese metode vir kinders wat voorgeboortelik blootgestel is aan alkohol, omdat dit ook gebruik kan word om pasgebore babas en kleuters te diagnoseer.

Randall-Mkosi et al. (2008:12) wys daarop dat hoewel daar reeds diagnostiese kriteria ten opsigte van FAS in Suid-Afrika bestaan, daar sekere kwessies ontstaan het wat ’n groot impak kan hê op toekomstige navorsing en intervensies in die land. Sommige van hierdie kwessies sal kortliks bespreek word: Eerstens is diagnostiese dienste vir FAS in Suid-Afrika beperk in die sin dat akkurate diagnoses ’n hoogs gekwalifiseerde multidissiplinêre span vereis. Hierdie span bestaan uit ’n dysmorfooloog, ’n opvoedkundige, gesondheidsterapeute en ’n ervare onderhoudvoerder met verkieslik ’n agtergrond in die Gesondheidswetenskappe. Geregistreerde maatskaplike werkers en verpleegsusters kan

ook volgens May et al. (2007b:270) en May et al. (2011) deel vorm van hierdie multidissiplinêre span.

In Suid-Afrika is hierdie spesialisvaardighede egter skaars, duur en beperk. 'n Gebrek aan hierdie spesialisvaardighede lei daartoe dat internasionale samewerkingstudies beëindig word, wat 'n belangrike bron sou kon wees vir toekomstige diagnostiese en intervensie-pogings. Tans word FAS-babas in Suid-Afrika na aanleiding van 'n kliniese vermoede geïdentifiseer. Kinders se groei word gekontroleer en ondersoek vir verskynsels vorm deel van die standaardassessering van pasgebore babas en kleuters in klinieke. Fasiliteite soos Gesondheids- en Opvoedkundige Dienste word gesien as die beste plek om keuring te doen vir FAS, omdat daar geen nasionale protokol bestaan vir die keuring en diagnosering van FAS nie.

'n Verkeerde diagnose kan veroorsaak dat kinders ondergediagnoseer kan word, wat 'n groot risiko inhou vir die ontwikkeling van sekondêre afwykings, maar dit kan ook oordiagnosering tot gevolg hê, wat kan lei tot stigmatisering van individue en gesinne (Randall-Mkosi et al., 2008:12-13). Onder- of oordiagnosering kan lei tot ernstige gevolge vir die persoon met FAS sowel as sy/haar gesin; daarom is 'n akkurate diagnose baie belangrik. Viljoen et al. (2002) is daarom van mening dat verskeie faktore soos skuldgevoelens en vrees vir stigmatisering daartoe kan lei dat vroue onvoldoende weergawes van hul drinkgewoontes mag deurgee tydens onderhoudvoering. Ten spyte hiervan voer Viljoen et al. (2002) aan dat moeders van FAS-kinders in Suid-Afrika eerlik is tydens onderhoudvoering.

Die diagnostiese kriteria van FAS soos saamgestel deur Hoyme et al. (2005:43-45) sluit die volgende belangrike komponente in vir 'n akkurate diagnose. Diagnose word in twee kategorieë verdeel, naamlik: FAS met bevestigde materne blootstelling aan alkohol en FAS sonder bevestigde materne blootstelling aan alkohol. FAS met bevestigde materne blootstelling aan alkohol vereis eerstens bevestiging dat die ma wel tydens swangerskap alkohol gedrink het.

Bewyse van 'n kenmerkende patroon van gesigsabnormaliteite, wat twee van die volgende kenmerke insluit, moet teenwoordig wees: kort ooglede, 'n dun bolip, 'n gladde parallelle

groef tussen die neus en die bolip, bewyse van voor- en/of nageboortelike groeivertraging, wat insluit lengte of gewig onder die 10de persentiel, en bewyse van abnormaliteit in die groei van die brein, wat een van die volgende insluit: strukturele breinabnormaliteite of 'n kopomtrek onder die 10de persentiel.

FAS sonder bevestigde materne blootstelling aan alkohol word bepaal op grond van 'n kenmerkende patroon van gesigsabnormaliteite wat die volgende insluit: kort ooglede, 'n dun bolip, 'n gladde parallelle groef tussen die neus en die bolip, bewyse van voor- en/of nageboortelike groeivertraging, wat insluit lengte of gewig onder die 10de persentiel, en bewyse van abnormaliteit in die groei van die brein, wat een van die volgende insluit: strukturele breinabnormaliteite of 'n kopomtrek onder die 10de persentiel (Hoyme et al., 2005:43-45). Kinders met FAS kan volgens Hoyme et al. (2005:44) gediagnoseer word met of sonder 'n bevestigde geskiedenis van materne alkoholgebruik tydens swangerskap.

Viljoen et al. (2001:662) spreek die kommer uit dat diagnosering van FAS op skoolgaande ouderdom geleentheid vir vroeë opvoedkundige intervensies kan verminder. Daarom waarsku Hoyme et al. (2005:45) dat FAS altyd gesien moet word as 'n diagnose met die uitsluiting van ander sindrome, omdat FAS baie gemeenskaplike kenmerke toon met sindrome soos Velocardio-gesigsindroom, Williams-sindroom, Blefarofimose-sindroom, Dubowitz-sindroom en Cornelia de Lange-sindroom. Die kenmerke van die onderskeie sindrome sal vervolgens bespreek word.

Velocardio-gesigsindroom word gekenmerk deur kort ooglede, afgeplatte wangbene, kleinskedelrigheid (mikrosefalie), leeragterstande, breë neusgleuf met "bullbows"-neuspunt, en lang, slanke vingers. 'n Groter voorkoms van hartdefekte kom voor by die Velocardio-gesigsindroom. Die *Williams-sindroom* word gekenmerk deur voorgeboortelike groeivertraging, kleinskedelrigheid (mikrosefalie), kort ooglede en 'n gladde parallelle groef tussen die neus en die bolip. Die bolip is lank en leer- en gedragsprobleme kom algemeen voor. *Blefarofimose-sindroom* word gekenmerk deur die teenwoordigheid van kort ooglede, verstandelike gestremdheid en hartdefekte. *Dubowitz-sindroom* word gekenmerk deur kleinskedelrigheid, kort ooglede, verstandelike gestremdheid en voorgeboortelike groeivertraging. Die *Cornelia de Lange-sindroom* begin reeds in die prenatale stadium.

Kenmerke soos groeivertraging, die lang, gladde parallelle groef tussen die neus en die bolip en die dun bolip is ook baie prominent in die Cornelia de Lange-sindroom (Hoyme et al., 2005:45).

FAS het baie ooreenkomste met ander sindrome en die diagnosering van FAS sal dus met baie omsigtigheid moet geskied. So het FAS ook baie ooreenkomste met sekere gedragskenmerke van ander sindrome wat maklik verwar kan word. Daarom sal dit veral in maatskaplike werk van groot belang wees dat die maatskaplike werker vertrouwd moet wees met die verskille tussen veral gedrag soos aandagafleibaarheid en FAS om verwarring uit te skakel in die hulpverleningsproses aan die versorgers van FAS-adolesente. Vervolgens sal die verskille tussen aandagafleibaarheid/hiperaktiwiteitsindroom (AAHS) en FAS bespreek word, wat hierdie verskille duidelik sal uiteensit.

2.4.1 Verskil tussen aandagafleibaarheid/hiperaktiwiteitsindroom (AAHS) en fetale-alkoholsindroom (FAS)

AAHS kom voor by 80% van individue wat ook gediagnoseer is met FAS (Scheepers, 2009:34; Williams (2001 in De Villiers, 2009:34). Zevenberg en Ferraro (2001 in Campbell, 2007:37) en Peadon en Elliot (2010:510) voer aan dat AAHS die eerste gedragsprobleem is wat geïdentifiseer word by individue met FAS. Hierdie gedrag duur voort en veroorsaak beduidende probleme wat ook geassosieer word met simptome van FAS. FAS en AAHS kan baie ooreenkomste ten opsigte van gedrag hê, wat volgens Greenbaum (in Rovet, 2009) insluit beperkte aandag, fisiese rusteloosheid en uitermatige impulsiwiteit.

Die verskil tussen AAHS en FAS kan aan die hand van die volgende verduidelik word: Persone met AAHS vind dit moeilik om te fokus en om hierdie fokus te handhaaf. Wanneer fokus verkry word, is die persoon in staat om te leer en probleme op te los. Die persoon kan ook die fokus verskuif wanneer dit nodig sou wees. Persone met AAHS tree impulsief op sonder om hulle optrede goed te deurdink. Persone met FAS kan fokus en hierdie fokus handhaaf, maar vind dit moeilik om leer materiaal aan te leer. Hulle vind dit moeilik om hulle fokus te verskuif en tree oor die algemeen impulsief op. Wanneer iets verkeerd gaan, is die persoon met AAHS in staat om gebeure te proses – die persoon verstaan wat gebeur

het en is in staat om probleme op te los. In dieselfde situasie is die persoon met FAS nie in staat om probleme op te los of verantwoordelikheid vir probleme te aanvaar nie, of is te stadig om die gebeure te prosessee (Gross, 2005; Kulp, 2006b).

Kodituwakku (in Rovet, 2009) voer aan dat kinders met FAS en AAHS verskil wat sosiale vaardighede betref, maar die faktore wat tot hierdie verskille lei, is verskillend. Kodituwakku verduidelik hierdie stelling aan die hand van die volgende voorbeeld: "A child with ADHD may be able to predict how another would feel in a certain situation but he or she may do something to hurt that child's feelings despite this ability. On the other hand a child with FASD may do something to hurt someone's feelings because of an inability to appreciate that person's reaction." Kodituwakku beklemtoon dat kinders met AAHS sosiale probleme ervaar as gevolg van swak selfhandhawende gedrag eerder as 'n gebrek aan kennis oor gepaste sosiale gedrag. Kinders met AAHS sal dus die korrekte sosiale reëls kan voordra, maar dit nie self toepas nie.

O'Mally en Nanson (2002) is van mening dat kinders met FAS ernstiger probleme het met betrekking tot kognitiewe en emosionele prosesering ten opsigte van begrip en interpretasie van ander se geestelike toestand en emosies. Daar is nie net verskille in die gedrag van adolessente met AAHS en FAS nie; daar is ook ooreenkomste, veral in die antisosiale gedrag van hierdie twee groepe adolessente. Anti-sosiale gedrag wat adolessente met FAS sowel as dié met AAHS toon, is bedrieëry, leuens vertel en steel.

Die verskil tussen FAS en AAHS lê dus daarin dat adolessente met AAHS nie hul gedrag kan beheer nie, hoewel hulle bewus is dat dit verkeerd is. Adolessente met FAS, aan die ander kant, is nie in staat om hul gedrag te beheer nie weens hul onvermoë om te verstaan wat sosiaal aanvaarbare gedrag is.

2.5 VOORKOMS VAN FETALE-ALKOHOLSINDROOM (FAS)

Urban et al. (2008:8) voer aan dat ongeveer 34% van die pasiënte in die groot metropolitaanse gebied van Kaapstad wat voorgeboortelike sorg ontvang, en 46% tot 50% van hierdie pasiënte in die plattelandse gebiede van die Wes-Kaap, alkohol gebruik tydens

swangerskap. Epidemiologiese studies wat in 1997 in die Boland onderneem is, het getoon dat 46 uit elke 1 000 kinders van skoolgaande ouderdom in hierdie hoë risikogemeenskap FAS het. In 1999 het die getal verhoog na 75 uit elke 1 000 kinders.

Die hoë voorkoms van FAS in De Aar, 'n klein dorpie in die Noord-Kaap, het getoon dat 122 per 1 000 kinders met FAS gediagnoseer is (Urban et al., 2008). Die Wes-Kaap en Noord-Kaap toon die hoogste syfers van FAS in Suid-Afrika, gevolg deur Gauteng met 26,5 per 1 000 kinders (May et al., 2007b: 267; Nicus, 2005; Viljoen et al., 2002; Viljoen et al., 2005). Die voorkoms van FAS word deur Peardon, Fermantle en Elliot (2008) as volg beskryf: 0,06 (2) en 0,68 (3) per 1 000 lewende geboortes in Australië; 0,5 en 2 per 1 000 lewende geboortes in die VSA; 3,7 tot 7,4 per 1 000 kinders in Italië; en 9,0 per 1 000 lewende geboortes in sekere sektore van die inheemse Amerikaans-Indiaanse bevolking.

As Suid-Afrika se statistiek met die wêreld vergelyk word ten opsigte van die voorkoms van FAS, is dit duidelik dat Suid-Afrika se syfers dié van ander gemeenskappe in die wêreld oorskry en dat die voorkoms van FAS in Suid-Afrika steeds toeneem. Viljoen et al. (2005) spreek die kommer uit dat die toename in die voorkoms van FAS in Suid-Afrika toegeskryf kan word aan die vryheid van en toename in die beskikbaarheid van kommersiële alkoholprodukte.

2.6 RISIKO- EN BESKERMENDE FAKTORE TEN OPSIGTE VAN FETALE- ALKOHOLSINDROOM (FAS)

Campbell (2007:23) voer aan dat dit belangrik is om die redes te verstaan waarom vroue die risiko loop om kinders met FAS te hê. Hierdie redes lê dikwels in die maatskaplike omstandighede van hierdie vroue opgesluit, wat hul kans verhoog om geboorte te skenk aan 'n kind met FAS.

Risikofaktore wat aanleiding gee daartoe dat vroue geboorte skenk aan kinders met FAS word gekenmerk deur die volgende faktore: Vroue woon gewoonlik in 'n omgewing waar hoë alkoholmisbruik voorkom, byvoorbeeld deur hul lewensmaat, man, ander familie en vriende. Oormatige episodiese drankgebruik (ook "binge drinking" genoem) kom voor

tydens swangerskap, veral oor naweke, vroue is gewoonlik ouer en het meer as drie kinders, vroue is deel van die lae sosiale klas en is gewoonlik ongetroud en betrokke in 'n saamwoonverhouding. Swak voeding, swak skolastiese vordering, 'n nie aktiewe geloofslewe, geen vaste inkomste, oormatige rook, die gebruik van ander dwelmmiddels en seksuele wanfunksionering is ook bydraende risikofaktore.

Ander faktore, soos alkoholmisbruik deur albei ouers van die vrou, die feit dat die vrou op 'n vroeë ouderdom begin alkohol drink het en die vrou se lae selfbeeld en depressie, kan ook haar risiko verhoog om geboorte te skenk aan 'n kind met FAS (Campbell, 2007:23; May, et al., 2005:1190; May, Gossage, Marais, Hendricks, Snell, Tabachnick, Stellavato, Buckley, Brooke & Viljoen, 2008:739; Nicus, 2005:3; Rendall-Mkosi et al., 2008:19; Viljoen et al., 2001:6).

Die afleiding kan gemaak word dat FAS nie net veroorsaak word deur alkoholgebruik tydens swangerskap nie, maar dat die vrou se lewensomstandighede 'n belangrike rol speel ten opsigte van FAS en daarom is May et al. (2008:750) van mening dat "Overall, the most severe life circumstances produce more problem drinking and FASD." Dit is daarom belangrik om 'n goeie begrip te hê van die risikofaktore wat vroue se kanse verhoog om kinders met FAS te hê en daarom kan beskermende faktore risikofaktore uitskakel mits opvoedingsrolle effektief toegepas word. Beskermende faktore toon dat adolessente met FAS steeds 'n kans het om hul lewenskwaliteit te verhoog ten spyte van al die negatiewe aspekte wat met FAS geassosieer word.

Die volgende beskermende faktore word deur Deliz (2008) en Gerbering et al. (2005:3) geïdentifiseer, naamlik: deur te woon in 'n stabiele omgewing met geen voorkoms van geweld nie, deur op 'n vroeë ouderdom met FAS gediagnoseer te word, om in te skakel by 'n spesiale onderrigprogram en die beskikbaarheid van ambassadeurs wat persone met FAS se behoeftes namens hulle kan aanspreek.

Scheepers (2009:52) brei verder uit op die beskermende faktore deur aan te voer dat 'n goeie, stabiele, versorgende omgewing belangrik is vir veral kinders met FAS omdat dit struktuur en sekuriteit bied, wat belangrik is vir positiewe uitkomst. Binne hierdie

omgewing sal persone met FAS beskerm wees teen negatiewe invloede soos geweld. Vroeë diagnosering van FAS voor die ouderdom van ses jaar dien ook as 'n beskermende faktor om beter toeganklikheid tot ondersteuningsdienste te verseker. Die volgende beskermende faktore word deur May et al. (2005:1197) geïdentifiseer as belangrike voorkomingsmeganismes vir FAS in Suid-Afrika, naamlik minder kinders en swangerskappe, 'n sterker liggaamsbou vir die vrou, hoër opvoedings- en inkomstevlakke, 'n aktiewe godsdienstelewe, lewensmaats wat nie alkohol drink nie en goeie voeding.

Beskermende faktore toon dat ten spyte van die baie negatiewe invloede wat 'n rol speel in die ontwikkeling van die adolessent met FAS, daar ook positiewe uitkomstes kan wees. Ouers en versorgers van adolessente met FAS kan deur effektiewe opvoedingsrolle positiewe uitkomstes verseker deur beskermende faktore in plek te stel wat die adolessent met FAS se lewenskwaliteit kan verhoog.

2.7 KENMERKE VAN ADOLESSENTE MET FETALE-ALKOHOLSINDROOM (FAS)

Dit is belangrik dat versorgers van adolessente met FAS 'n goeie kennis moet hê van die kenmerke van die adolessente ontwikkelingsstadium sodat adolessente met FAS se houding, gedrag en kennis binne hierdie konteks begryp kan word. 'n Omskrywing van adolessensie sal aangebied word, gevolg deur 'n bespreking van die kognitiewe en sosiale ontwikkeling van adolessente gediagnoseer met FAS teenoor adolessente wat nie FAS het nie. Hierdie afdeling sal fokus op die kenmerke van die adolessente ontwikkelingsfase met verwysing na die ontwikkelingsagterstande wat adolessente met FAS binne dieselfde ontwikkelingsfase ervaar.

2.7.1 Omskrywing van adolessensie

Louw en Louw (2007:278-281) omskryf adolessensie as 'n oorgangstyd vanaf kinderjare na volwassenheid. Hierdie oorgangstyd word beïnvloed deur individuele verskille asook die ouderdom waarop adolessensie begin. Adolessensie begin vanaf 11 tot 13 jaar en kan tussen 17 en 21 jaar eindig, afhangende van die biologiese en sosio-kulturele faktore. Weens die verskille in die ouderdomsgrens van adolessensie is dit meer aanvaarbaar om in

die adolessente ontwikkelingsfase te verwys na fisiese, psigologiese en sosiaal-kulturele kenmerke as na die chronologiese ouderdom.

Newman en Newman (2006:303) omskryf adolessensie as 'n opwindende tyd met blywende herinneringe oor eerste ervarings. Die adolessente se denkwyses verander en dit bring nuwe insigte mee oor hulself asook hul omgewing. Conger (1979:6) en Gouws et al. (2008:10) sluit hierby aan in hul omskrywing van adolessensie deur aan te voer dat adolessensie 'n tydperk is waar drastiese veranderinge binne die adolessent plaasvind: fisies, seksueel en intellektueel. Hierdie veranderinge het 'n groot impak op die adolessent se lewe.

Adolessensie is dus 'n gekompliseerde lewensfase met verskeie ontwikkelingskenmerke, nie net op fisiese vlak nie, maar ook op psigologiese en kulturele vlak. Daarom is dit belangrik om daarop te let dat elke ontwikkelingsfase in adolessensie onderhewig is aan ontwikkelingstake wat nodig is om hierdie lewensfase te voltooi. Die ontwikkeling vanaf babastadium tot die volwasse stadium is onderhewig aan ontwikkelingstake of unieke vaardighede wat eers bemeester moet word voordat daar aanbeweeg kan word na 'n volgende lewensfase. Dit is belangrik dat adolessente hierdie ontwikkelingstake bemeester ten einde 'n eie identiteit te kan ontwikkel (Perkins (n.d) in Claassens, 2007:14).

Kritiese ontwikkelingstake wat die adolessent moet bemeester, is onder andere om sy of haar veranderde fisiese voorkoms te aanvaar en deel te word van 'n portuurgroep. Hulle moet heteroseksuele verhoudings kan vestig en so ook sosiale ondersteuningsnetwerke. Hulle moet 'n geslagsidentiteit en selfbewustheid kan ontwikkel en ook sterk emosionele verbintenisse met ander persone kan vestig. Voorbereiding vir die huwelik en gesinsverantwoordelikheid begin wanneer onafhanklikheid van hul ouers ontwikkel. Aanvaarding en ontwikkeling van 'n eie persoon met waardes en 'n eie identiteit, en so ook sosiaal aanvaarbare gedrag, moet ontwikkel. Die voorbereiding vir en keuse van 'n spesifieke loopbaan, word gevolg deur ekonomiese onafhanklikheid en die ontwikkeling van 'n lewensfilosofie (Gouws et al., 2008:80-81; Louw, 1991:396; Wait, Meyer & Loxton, 2005:150). Die adolessent se veranderde fisiese voorkoms is een van die ontwikkelingstake wat hy/sy eerste moet bemeester en word beskou as 'n belangrike kenmerk in die fisiese

ontwikkeling van die adolessent. Vervolgens sal die fisiese ontwikkeling van die adolessent bespreek word.

2.7.2 Fisiese ontwikkeling van die adolessent met fetale-alkoholsindroom (FAS)

Adolessensie word gekenmerk deur 'n proses wat ingrypende veranderinge in die liggaam teweegbring en sluit in: versnelde groei-tempo, die ontwikkeling van voortplantingsorgane, die verskyning van sekondêre seksuele eienskappe en 'n toename van vetweefsel. Adolessente meisies vertoon gewoonlik groter en langer as seuns as gevolg van die toename in vetweefsel (Kellerman, 2005; Killion, 2008b; Streissguth, 1994).

Sekondêre eienskappe, soos die ontwikkeling van borste, laat meisies volwasse en vroulik vertoon. Geslagsdele verander in voortplantingsorgane en baard en aknee raak 'n werklikheid by seuns. Elke aspek van hierdie verandering word op 'n baie sensitiewe wyse ervaar deur die adolessent (Gouws et al., 2008:9; Wait et al., 2005:150-151). Adolessente met FAS se fisiese ontwikkeling word hoofsaaklik gekenmerk deur hul lengte, gewig en die grootte van hul kopomtrek. Adolessente met FAS vertoon gewoonlik kleiner en korter as hul portuurgroep. Hoewel meisies se gewig meer toeneem, bly hulle steeds kort (Kellerman, 2005; Killion, 2008b; Streissguth, 1994).

2.7.3 Kognitiewe ontwikkeling van die adolessent met fetale-alkoholsindroom (FAS)

Rice en Dolgin (2005, in Claassens, 2007:18) beskryf die woord "kognisie" as die handeling om te weet of waar te neem. Die term word verder uitgebrei deur te verwys na die vermoë om te verstaan, te dink en waar te neem, waarna hierdie vermoëns aangewend word in die praktiese oplossing van probleme in die daaglikse lewe. Kognitiewe ontwikkeling is die voortdurende en kummulatiewe ontwikkeling van die denkvermoë en ontwikkel volgens die tempo van die individu. Gedurende adolessensie ondergaan die verstandelike aktiwiteite ook verandering, net soos die liggaam betekenisvolle veranderinge ondergaan (Gouws et al., 2008:42; Newman & Newman, 2006:309).

Vervolgens sal die kognitiewe ontwikkeling van die adolessent bespreek word deur te verwys na die verskille in ervarings en persepsies van die adolessent wat nie FAS het nie teenoor die adolessent met FAS. Hierdie bespreking sal aan die hand van die volgende faktore bespreek word: formeel-operasionele denke, wat aspekte insluit soos abstrakte denkwyses, proporsionele denke, hipoteties-deduktiewe denke, interproporsionele denke en die verwerking van inligting in die kognitiewe ontwikkelingsproses.

2.7.3.1 Formeel-operasionele denke

Volgens Newman en Newman (2006:312) is die formeel-operasionele denke nie 'n spesifieke vaardigheid wat 'n individu moet bemeester nie; dit is eerder die wyse waarop 'n probleem benader en opgelos moet word. Claassens (2007:19) is van mening dat die formele operasionele stadium die adolessent in staat stel om weg te beweeg van konkrete werklike belewenisse deur logiese en abstrakte denke. Vervolgens sal die abstrakte denkwyses, proporsionele denke, hipoteties-deduktiewe denke en interproporsionele denke bespreek word.

(a) Abstrakte denke

Adolessente wat nie tydens swangerskap geaffekteer is deur of blootgestel is aan alkohol nie, is in staat om abstrak te dink, kan abstrakte konsepte verstaan en kan dink en redeneer oor konsepte soos liefde, haat, geregtigheid en onregverdigheid. Adolessente is geneig om baie krities te wees oor hulself en meet hulself gedurig aan hul rolmodelle en portuurgroep. Die indruk wat hulle op ander mense maak, is vir hulle baie belangrik en is 'n sensitiewe saak omdat hulle graag aan 'n sekere groep wil behoort (Gouws et al., 2008:45).

Adolessente met FAS, daarteenoor, vind dit moeilik om abstrakte konsepte soos tyd te verstaan, en dit veroorsaak dat hulle geneig is om gedurig laat te wees vir byvoorbeeld skool of glad nie opdaag vir afsprake nie. Adolessente met FAS vind abstrakte begrippe oor die algemeen moeilik om te verstaan. Die aanleer van feite word as afsonderlike eenhede gesien. Adolessente met FAS vind dit moeilik om nuwe vaardighede te bemeester en vorige vaardighede te onthou. Die integrasie van nuwe vaardighede met vaardighede wat voorheen geleer is, is baie moeilik vir die adolessent met FAS. Konsepte soos wiskunde, die hantering van geld, ruimte, oorsaak en gevolg is baie moeilike begrippe om te verstaan, en

so ook die verskuiwing van een aktiwiteit na 'n volgende (Kulp, 2006a; Streissguth, 1994:76; Von Canada, 2005:2).

Die afleiding word gemaak dat adolessente wat nie FAS het nie se kognitiewe denkvermoë só ontwikkel het dat hierdie adolessente in staat is om abstrakte begrippe te verstaan en logies te redeneer. In teenstelling hiermee is FAS-adolessente nie in staat om abstrakte begrippe te verstaan nie, en hierdie onvermoë lei tot 'n agterstand teenoor adolessente in hul portuurgroep wat nie FAS het nie.

(b) Proporsionele denke

Wanneer hierdie denkwyse ontwikkel word, is adolessente volgens Louw en Louw (2007:300) in staat om verbale stellings logies te kan beredeneer. Gouws et al. (2008:45) voer aan dat adolessente in staat is om sekere feite te aanvaar, te ondersoek, 'n hipotese daarvoor te kan formuleer en afleidings te kan maak. Adolessente se analitiese denkwyse stel hulle in staat tot alternatiewe probleemoplossingsmetodes deur hulle dinamiese denkprosesse.

Adolessente met FAS, daarenteen, ervaar 'n gebrek aan tradisionele probleemoplossingsvaardighede, spesifiek met betrekking tot beplanning en organisering. Adolessente met FAS is geneig om hul probleme pessimisties te benader en raak maklik gefrustreerd. Probleme word ook dikwels ontwykend, sorgeloos en impulsief hanteer. Adolessente met FAS vind dit moeilik om gedragspatrone en logiese volgorde te begryp en tussen fantasieë en werklikheid te onderskei (Jones & Cunningham, 2004:12; Kalberg & Buckley, 2007:280; Kulp, 2006a; McGee et al., 2008:429).

Die afleiding word gemaak dat adolessente met FAS nie in staat is om te kies uit 'n verskeidenheid van moontlikhede nie. Hierdie onvermoë kan verwarring en groot frustrasie meebring. Die gebrek aan die begrip dat take uit 'n begin, middel en einde bestaan, kan frustrasievlakke en verwarring verhoog (Jones & Cunningham, 2004:12; Kalberg & Buckley, 2007:280; Kulp, 2006a; McGee Fryer, Bjorkquist, Mattson & Riley, 2008:429).

(c) Hipoteties-deduktiewe denke

As hierdie denkwyse ontwikkel word, is adolessente in staat om probleme sistematies op te los omdat hulle oor die kognitiewe vermoë beskik om alternatiewe metodes te ontwikkel om 'n probleem op te los (Gouws et al., 2008:45; Louw & Louw, 2007:300). Daarteenoor toon adolessente met FAS 'n onvermoë om 'n verbintenis te maak tussen gedrag en gevolg en oorsaak en gevolg. Soos voorheen genoem, bemoeilik 'n gebrek aan probleemoplossingsvaardighede, 'n gebrekkige begrip van logiese volgorde en probleme ten opsigte van die volgorde van gedragspatrone die vind van oplossings vir probleme. Die afleiding word gemaak dat adolessente met FAS geen vermoë het om abstrakte begrippe te reflekteer of te integreer, 'n sintese te formuleer en vergelykings te kan tref om by die toekomst aansluiting te vind nie (Kalberg & Buckley, 2007:280; Kulp, 2006a).

(d) Interproporsionele denke

Die adolessent met hierdie denkwyse is in staat om op 'n meer komplekse manier oor hulleself en ander mense te dink. Dit is vir hulle belangrik om 'n siening oor hulleself te hê met die oog op die vestiging en ontwikkeling van die selfkonsep en die soeke na 'n identiteit. Egosentrisme in adolessensie lei daartoe dat die adolessent meer bewus raak van die denkbeeldige gehoor, wat intense selfbewustheid, skaamheid en 'n behoefte aan privaatheid aanwakker (Gouws et al., 2008:48-49).

Die denkbeeldige gehoor help ook om beter te verstaan hoekom adolessente lang ure aan hulleself spandeer en probeer voorspel hoe ander mense op hulle sal reageer. Die persoonlike fabel reflekteer die selfvernietigende en roekelose gedrag wat as 'n kenmerkende eienskap van adolessensie gesien word (Gouws et al., 2008:48-49). Saunders (2007:30) voer aan dat 'n gevolg van die persoonlike fabel is dat adolessente nie in reëls glo nie omdat hulle voel hulle is uniek en eiesoortig.

Vervolgens kan die afleiding gemaak word dat adolessente in hierdie lewensfase die vermoë ontwikkel om meer komplekse analitiese en logiese denkwyses te ontwikkel. Die ontwikkeling van die selfkonsep en identiteit begin ontwikkel, wat selfbewustheid op die voorgrond laat tree en die adolessent bewus maak van ander mense en hierdie mense se persepsies oor hom/haar.

Die adolessente met FAS se onvermoë ten opsigte van probleemoplossingsvaardighede en sosiale vaardighede tree veral binne hierdie denkwysie op die voorgrond. Dit word veral weerspieël in hulle onvermoë om ander mense se persepsies oor hulle te verstaan. Die formeel-operasionele denkwysie is 'n belangrike komponent waarop versorgers van adolessente met FAS bedag moet wees ten einde hierdie adolessente se gedrag te kan verstaan en die verkeerde interpretasie van gedrag te voorkom.

2.7.3.2 Verwerking van inligting in die kognitiewe ontwikkelingsproses

Louw en Louw (2007:302) verwys na die verwerking van inligting as soortgelyk aan 'n rekenaar. Binne die proses van inligtingverwerking word die menslike denkwysie afgebreek in aparte funksies. Hierdie funksies beskik oor die kapasiteit om aandag te proses, asook die stoor en herwinning van inligting. Hierdeur word die denkprosesse opgebreek in verskillende komponente ten einde meer aandag te gee aan relevante inligting en beter aanpassings te maak wanneer take verander.

Adolessente wat nie FAS het nie, toon 'n verhoogde spoed van inligtingverwerking, wat die produk is van 'n meer doeltreffende denkwysie. Adolessente met FAS is stadiger met die verwerking, beredenering en integrasie van inligting. Adolessente met FAS vind dit baie moeilik om korrekte inligting vanuit hulle geheue terug te vind en maak dus staat op irrelevante opmerkings in hulle pogings om te kommunikeer. Dit is die gevolg van gebreke in die verwerking van inligting. Adolessente met FAS vind dit moeilik om dinge te onthou wat hulle gesien of gehoor het en as gevolg hiervan is dit vir hulle baie moeilik om verbale opdragte uit te voer (Adnams et al., 2001:557; Kalberg & Buckley, 2007:281; Kodituwakku, 2006).

Die vermoë om inligting te onthou wat verbaal deurgegee word en hierdie inligting te veralgemeen en op verskillende situasies toe te pas, ontbreek by adolessente met FAS, en onderstreep hulle agterstand in die kognitiewe denkproses.

(a) Stoor en terugvind van inligting in die lang en kort termyn

Die langtermyngeheue in die adolessente fase is meer effektief, aangesien adolessente meer ervarings en kennis opdoen binne hierdie ontwikkelingsfase. Adolessente met FAS,

daarteenoor, ervaar agterstande in hul lang- en korttermyngeheue. 'n Adolessent met FAS vind dit moeilik om inligting te stoor en dit later weer te gebruik om probleme op te los, om take te beplan en om aandag te behou ten einde 'n doelwit te bereik. Hierdie agterstand maak dit vir hulle moeilik om hul behoeftes en gevoelens deur verbale en nie verbale kommunikasie aan ander oor te dra (Campbell, 2007:280; Jones & Cunningham, 2004:13; Kalberg & Buckley, 2007:280; Louw & Louw, 2007:302-303; Von Canada, 2005:6).

Ter samevatting kan gesê word dat die kognitiewe ontwikkeling van adolessensie 'n komplekse proses is waartydens die adolessent se denkvermoë, denke, waarneming, redenering en geheue ontwikkel word. Adolessente met FAS toon 'n sigbare agterstand in hul kognitiewe funksionering teenoor hul portuurgroep wie nie FAS het nie.

2.7.4 Identiteitsontwikkeling van die adolessent met fetale-alkoholsindroom (FAS)

Adams (1994 in Ras, 2009:43) beskryf identiteitsvorming as die adolessent se bewustheid van hom- of haarself as 'n onafhanklike, unieke persoon met 'n bepaalde plek in die samelewing. Die ontwikkeling van identiteit behels dat adolessente moet definieer wie hulle is, wat vir hulle belangrik is en watter rigtings hulle in die lewe wil volg.

Gouws et al. (2008:11, 79) is van mening dat Erickson se teorie oor identiteitsvorming en persoonlikheidsontwikkeling die basiese raamwerk vorm om die adolessent se behoeftes te verstaan binne die konteks van die samelewing waarin hulle grootword en waarin hulle later hulle eie bydrae lewer. Adolessente moet eers die verandering in hulle liggaam aanvaar, hierdie verandering in hulle selfbeeld integreer en besef dat hulle steeds dieselfde persoon is voordat identiteit ontwikkel kan word.

Beckett (2002:119) verwys na Ericksen se beskrywing van identiteitsontwikkeling as 'n identiteitskrisis en verwys na hierdie tydperk as 'n tydelike periode van verwarring waartydens adolessente eksplorieer. Hierdie eksplorering, eksperimentering en bevraagtekening is die wyse waarop individue 'n persoonlike en sosiale identiteit vorm. Marcia (in Beckett, 2002:119) beskryf aan die hand van Erickson se teorie vier verskillende kategorieë waarin adolessente se identiteitstatus geplaas kan word, afhangende van die vordering wat gemaak is om 'n krisis op te los tydens die vorming van 'n stabiele identiteit.

Die vier kategorieë word vervolgens bespreek, naamlik: identiteitsverwarring; vooruitbesliste identiteit; identiteitsmoratorium en identiteitsbereiking.

2.7.4.1 Identiteitsverwarring

Beckett (2002:119) is van mening dat identiteitsverwarring gekenmerk word deur adolessente wat verbintnisse wil vermy, en dit veroorsaak dat hulle besluiteloos is oor belangrike kwessies. Identiteitsverwarring ontstaan volgens Louw en Louw (2007:310) wanneer die adolessent nie die verskillende rolle kan integreer wanneer hulle met teenstrydige waardestelsels gekonfronteer word nie. In hierdie omstandighede sal die adolessent met FAS dus nie die vrymoedigheid hê om self besluite te neem nie. Hierdie besluiteloosheid kan angstigheid, onverskilligheid en vyandigheid teenoor rolle en waardestelsels veroorsaak.

2.7.4.2 Vooruitbepaalde identiteit

Volgens Kaplan (2000:515) word hierdie status gekenmerk deur bestaande verbintnisse en waardestelsels soos dit aanvaar is deur ander persone in die adolessent se lewe, byvoorbeeld hulle ouers. Die adolessent met FAS het nie selfopgestelde doelwitte nie en sal dus nie die verwagtinge van die volwasse persone in hulle lewens bevestig en daarteen rebelleer nie. Louw en Louw (2007:311) is van mening dat vooruitbesliste identiteit voorkom wanneer die eksterne eise of rolverwagtinge 'n bedreiging is vir die ontwikkeling van die adolessent se identiteit. Die adolessent met FAS sal daarom as gevolg van hulle verwardheid neig om rolle aan te neem om aan ander se verwagtinge te voldoen sonder dat hulle noodwendig met hierdie rolle identifiseer.

2.7.4.3 Identiteitsmoratorium

Hierdie status word beskryf as 'n tydperk van vertraging waarin die persoon nog nie gereed is om 'n besliste besluit te neem nie. Adolessente in hierdie stadium toon die meeste twyfel in hulle eie vermoëns en ervaar konflik met hulle ouers en gesagsfigure. Volgens Erickson (in Kaplan, 2000:515) verkeer adolessente wat 'n krisis beleef, maar wie se verbintnisse vaag is, in die moratoriumstatus. Louw en Louw (2007:311) beskryf hierdie status as 'n hewige identiteitskrisis wat gekenmerk word deur daadwerklike aandag aan besluitneming, hoewel

al die alternatiewe konstruktief oorweeg word. Adollesente met FAS sal dus in hierdie fase 'n krisis beleef, omdat hulle dit moeilik vind om 'n verbintenis te maak weens hulle onvermoë om suksesvolle kompromieë te bereik tussen hulle ouers of versorgers se wense, die eise van die samelewing en hulle eie vermoëns (Seifert & Hoffnung, 1987:683).

2.7.4.4 Identiteitsbereiking

Adollesente met FAS sal binne hierdie identiteitstatus nie in staat wees om hulle eie krisisse op te los en hegte verbintenis te vorm wat op hulle eie denke en beplanning gebaseer is nie (Beckett, 2002:119). Kaplan (2000:516) is van mening dat adollesente in hierdie identiteitstatus alternatiewe opsies verken en hulle verbintenis daarvolgens maak. Anders as die adollesent met FAS word adollesente nie as klone van hulle ouers beskou nie, hoewel hulle van hulle ouers se waardes aangeneem het. Adollesente verskil ten opsigte van die mate waarin hulle 'n krisis beleef en watter besluit geneem word. Die adollesent kan daarom deur die verskillende statusse beweeg soos nuwe krisisse beleef word en nuwe verbintenis gevorm word (Kaplan, 2000:514-516).

Die afleiding kan gemaak word dat adollesente met FAS betekenisvolle gebreke sal hê in die ontwikkeling van 'n eie identiteit. Erickson (in Paplia, 2002:425) voer aan dat, om 'n identiteit te ontwikkel, adollesente hulle moet vergewis van hul vermoëns, behoeftes, belangstellings en begeertes en dit só moet orden dat dit in 'n sosiale konteks uitgedruk kan word.

Samevattend kan gesê word dat adollesente met FAS 'n betekenisvolle agterstand toon in die vorming van 'n eie identiteit volgens die riglyne wat Erickson uiteengesit het. Die skade aan die sentrale sensuweestelsel veroorsaak dat adollesente met FAS swak sosiaal aanvaarbare gedrag toon en beperkte probleemoplossingsvaardighede het, soos reeds bespreek onder die afdeling oor kognitiewe ontwikkeling. Adollesente ervaar agterstande op alle vlakke van funksionering, soos reeds in die voorafgaande literatuur bespreek is, en sal daarom ook in die ontwikkeling en vestiging van identiteit betekenisvolle agterstande toon in vergelyking met hulle portuurgroep wat nie FAS het nie.

2.7.5 Selfkonsep en selfagting

Gouws et al. (2008:11, 98) beskryf die selfkonsep as dinamies as gevolg van die wyse waarop dit van tyd tot tyd kan verander, en so ook van een situasie na 'n ander. Hierdeur word dinamiese invloede op die gedrag van die individu uitgeoefen. Die manier waarop adolessente hulle liggame sien, kan belangrike psigo-sosiale gevolge inhou wat die vorming van die selfkonsep kan strem of bevorder.

Die selfkonsep word onder meer beïnvloed deur die adolessent se persepsie van wat ander mense van hom of haar dink. Adolessente vind dit ook uiters vernederend wanneer ander hulle spot oor hulle onhandigheid en groot of klein aptyt. Die indruk wat adolessente op hul vriende (wil) maak, is die rede waarom hulle aanpas by die groep se sosiale gedrag, norme en fisiese voorkoms. Die mate waarin die adolessent aan hierdie kriteria voldoen, sal bepaal hoe die groep teenoor hom of haar sal optree en hoe hulle hulleself teenoor mekaar sien en evalueer (Gouws et al., 2008:11, 98).

Louw en Louw (2007:183) voer aan dat die ontwikkeling van selfagting vroeg in die kinderjare begin. Vroeg in kinders se ontwikkeling vorm hulle talle persepsies oor hulleself deur hulle interaksie met hulleself en ander. Selfagting ten opsigte van adolessente met FAS kan dus op die volgende faktore gebaseer word: die mate waarin individue voel dat hulle liefde, aanvaarding, ondersteuning en aanmoediging van ander ontvang, en die spesifieke kenmerke en vaardighede waaroor 'n persoon beskik en die mate waarin hy of sy en ander hierdie verskillende eienskappe aanvaar. In die lig hiervan stem Campbell (2007:32) en McGee et al. (2008:429) saam dat adolessente met FAS oor 'n swak selfbeeld beskik.

2.7.6 Sosiale ontwikkeling van die adolessent met fetale-alkoholsindroom (FAS)

Vervolgens sal die sosiale ontwikkeling en aanpasbaarheid van adolessente met FAS bespreek word teenoor die sosiale ontwikkeling van adolessente in die algemeen.

Adolessente wat nie met FAS gediagnoseer is nie, is sosiaal aktief en beskou sosialisering as die belangrikste komponent van sosiale ontwikkeling wat hulle help om 'n plek in die samelewing te vind. Hierdie adolessente ontwikkel 'n geslagsrol-identiteit en aanvaar

hulleself met waardes weens die ontwikkeling van hulle eie identiteit. Adollesente wat nie FAS het nie, is in staat om keuses te maak en hulleself voor te berei om 'n loopbaan te volg. Hulle kan 'n lewensfilosofie ontwikkel (Gouws et al., 2008:429; Louw, 1991:396).

Adollesente met FAS, daarteenoor, word as vriendelik beskryf, maar hulle is geneig om soms oorvriendelik te wees. Adollesente met FAS ervaar 'n groot leemte in wedersydse vriendskappe as gevolg van hulle swak selfbeeld. Hierdie leemte veroorsaak dat hulle dikwels geïsoleerd voel. Hulle word maklik oorgestimuleer in sosiale situasies, wat veroorsaak dat hulle nie toepaslik reageer op sosiale aanvaarbare gedrag en nuanses nie. Hierdie adollesente vestig gedurig die aandag op hulle en wil altyd die middelpunt van belangstelling wees (Duquette et al., 2006:219; McGee et al., 2008:429; Niccols, 2007).

2.7.6.1 Aanpasbare funksionering

Deel van sosiale ontwikkeling is aanpasbare funksionering, wat verwys na die persoonlike en sosiale vaardighede wat 'n persoon nodig het om onafhanklik te kan lewe (Rasmussen, Andrew, Zwaigenbaum & Tough, 2008). Niccols (2007) verduidelik dat individue met FAS betekenisvolle agterstande toon in hul aanpasbare funksionering. Adollesente met FAS is geneig om swak sosialisering- en kommunikasievaardighede te hê, met wanaangepaste gedrag soos impulsiwiteit wat vererger soos hulle ouer word. Adollesente met FAS se chronologiese ouderdom verskil van die vlak van hulle aanpasbaarheidsfunksionering.

Rasmussen et al. (2008) verduidelik dat adollesente op 17-jarige ouderdom se aanpasbare funksionering op dieselfde vlak as dié van 'n sewejarige is as gevolg van die afwykings in hulle aanpasbaarheid. Dorris (2007:241) verduidelik die verskil tussen die chronologiese ouderdom en die vlak van aanpasbaarheidsfunksionering soos volg: "FAS or FAE victims are [...] easily influenced by others and seem to have difficulty comprehending social situations, remembering the appropriate behavior and knowing when to say no." Adollesente met FAS verstaan nie die konsep van persoonlike ruimte nie, en toon onvanpaste en oordrewe nuuskierigheid wat hulle in onguns bring by hulle portuurgroep (Dorris, 2007:241). Adollesente wat nie FAS het nie, ervaar ook in 'n groot mate probleme ten opsigte van aanpasbaarheid, maar hulle sosiale vaardighede is sodanig ontwikkel dat hulle maklik binne verskillende situasies kan aanpas. Dit word volgens Biehler en Hudson

(1986:620) toegeskryf aan die indrukwekkende kapasiteit van aanpasbaarheid waaroor die mens as organisme beskik.

2.7.6.2 *Verhoudings*

Gouws et al. (2008:90-91) verduidelik dat dit vir adolessente van groot belang is om hegte bande te hê met seuns en meisies van hul eie ouderdom. Dit is ook vir adolessente belangrik om gewild te wees, liefgehê en gerespekteer te word vir wie hulle is en vir dít waarin hulle glo. Die skrywer brei verder uit oor hoe adolessente 'n groot deel van hulle lewens by hulle portuurgroep deurbring, byvoorbeeld deurdat hulle dieselfde skool bywoon, aan dieselfde sportaktiwiteite deelneem, hulle vrye tyd saam deurbring, by mekaar se huise oorslaap, mekaar gebruik as 'n klankbord vir hulle idees, hulle denke en bekommernisse met mekaar deel en kwessies bespreek wat hulle nie met hulle ouers sal bespreek nie, byvoorbeeld ten opsigte van opvoeders, ouers, klere, haarstyle, die toekoms, seks, voorbehoeding, alkohol en dwelms.

Die portuurgroep vorm 'n wêreld met sy eie gewoontes, kultuur en soms ook taalgebruik en kleredrag. Adolessente begin om verder weg te beweeg van die ouerhuis deur meer tyd saam met hulle vriende deur te bring (oor die telefoon of direk). Die portuurgroep bied geleenthede vir vriendskap, emosionele intimiteit, ondersteuning, begrip, geselskap en pret (Wait et al., 2005:156).

Die rol wat portuurgroep-verhoudings in adolessente met FAS se lewens speel, is anders as met adolessente wat nie FAS het nie. Duquette et al. (2006:227) bevestig hierdie stelling deur daarop te wys dat vriendskappe tussen adolessente met FAS verskil van beste vriende tot kennisse. Sommige adolessente voel dat hulle as gevolg van hulle swak akademiese vordering nie deur hulle portuurgroep aanvaar word nie. Duquette et al. (2006:227) wys veral daarop dat adolessente met FAS maklik vriendelikheid verwar met vriendskap. Jones en Cunningham (2004) sluit hierby aan deur die mening te lug dat adolessente met FAS maklik vriende maak, maar dit soms moeilik vind om vriende te behou. Dit lei daartoe dat hulle vinnig van vriende verander en geneig is om vriende te maak met ruwe groepe.

Die adolessent met FAS se vermoë om langtermynvriendskappe te sluit, is een van die grootste uitdagings waarvoor hulle te staan kom. Die leeragterstande en laer IK-tellings wat met FAS verbind word, lei daartoe dat adolessente met FAS nie sosiale etikette of die waarde van vriendskap verstaan nie. Streissguth (1994:79) sluit hierby aan deur na adolessensie te verwys as die fase waarin adolessente met FAS maklik onderskei kan word van hul portuurgroep, en hierdie adolessente raak ook bewus daarvan dat hulle anders dink as hul portuurgroep.

2.8 SAMEVATTING

Hoofstuk 2 bied 'n omvattende omskrywing van FAS, waarna die kenmerke en ontwikkeling (fisies, kognitief en sosiaal) van die adolessent wat met FAS gediagnoseer is in vergelyking met die adolessent wat nie FAS het nie, beskryf word. Die diagnostiese kriteria van FAS word bespreek en die belangrikheid van beskermende faktore word beklemtoon, wat toon dat adolessente met FAS se lewenskwaliteit verhoog kan word ten spyte daarvan dat FAS 'n permanente toestand is wat nie ontgroei kan word nie. Die gevolgtrekking wat in Hoofstuk 2 gemaak kan word, is dat FAS permanente skade op alle vlakke van funksionering vir die adolessent meebring en dat opvoedingsrolle 'n belangrike kwessie is ten einde positiewe uitkomst vir die adolessent met FAS te verseker, mits FAS in sy totaliteit verstaan word en intervensie daarvolgens gerig word.

HOOFSTUK 3

OPVOEDINGSROLLE WAAROM VERSORERS VAN FAS- ADOLESCENTE MOET OOR

3.1 INLEIDING

In hoofstuk 3 word die opvoedingsrolle van versorgers van FAS-adolesente bespreek. Die opvoedingsrolle waarom die versorger moet oor beskik om voldoende in die FAS-adolesent se behoefte te kan voldoen sal breedvoerig bespreek word, ook met verwysing na die verskillende ouerskapstyle. Soos in Hoofstuk 2 bespreek, verskil die behoeftes van FAS-adolesente teenoor adolesente wat nie met FAS gediagnoseer is nie en kan dus daartoe lei dat die gesin se funksionering en aanpassing in die breë samelewing beïnvloed kan word. Dit is daarom belangrik vir versorgers van FAS-adolesente om te weet watter ouerskapstyle algemeen gebruik word en watter rolle en strategieë toegepas kan word om te help met beter hantering en aanpassing van gesinne met FAS-adolesente. Binne hierdie konteks word Kadushin (1967; 1970; 1980) se klassieke werk steeds as relevant beskou in die veld van ouerskap en om hierdie rede is die volgende ouerrolle in opvoedingsrolle omskep om 'n raamwerk te gee oor die rolle waaraan die versorger van die FAS-adolesent moet oor beskik om in hierdie adolesent se behoeftes (fisies, emosioneel, finansiële en sosiaal) te kan voorsien. Die opvoedingsrolle onder bespreking is die versorger se rol as: finansiële voorsiener, emosionele ondersteuner, opvoedkundige stimuleerder, sosialiseerder, positiewe rolmodelleerder, dissiplineerder, beskermmer, om interaksie tussen lede van die gesin te handhaaf, voorsiener van 'n permanente plek in die gemeenskap en voorspraakmaker.

3.2 OPVOEDINGSROLLE VAN DIE VERSORGER

Ten einde opvoedingsrolle te verstaan sal die verskillende definisies van ouerskap bespreek word. Die term ouerskap spruit uit die Latynse woord "parere" en beteken om voort te bring, te ontwikkel of op te voed en is meer gerig op die aktiwiteit van ontwikkeling en opvoeding as die persoon wat die aktiwiteit verrig. Die term dui dus op die proses, aktiwiteit en

interaksie tussen volwassenes met hul kinders (Hoghughi & Long, 2004:5). Ouerskap word gesien as die fisieke beskerming, en emosionele versorging van kinders binne die gesin en is 'n dinamiese tweerigtingproses wat voortdurend verander en ontwikkel.

Tancred (2011:15), is van mening dat ten spyte daarvan dat kinders meer tyd weg van die huis spandeer gedurende die adolessente stadium, die gesin steeds die middelpunt van die kind se ontwikkeling bly. Ouerskap word ook gedefinieer as doelgerigte aktiwiteite wat daarop gerig is om die oorlewing en ontwikkeling van kinders te verseker. Norton (1977:1) sluit aan by hierdie definisie van ouerskap deur daarna te verwys as 'n baie sensitiewe en komplekse taak wat vereis dat ouers bereid moet wees om na hul eie aksies te kyk en verandering te maak wanneer dit vereis word.

Ouerskap van adolessente word deur Martin en Colbert (1997:4) gesien as 'n werk wat baie aanpassings verg aangesien ouers binne hierdie lewensfase die moeilike taak het om onafhanklikheid aan te moedig aan die een kant, maar aan die ander kant die verantwoordelikheid het om steeds verantwoordelike toesig te moet hou oor die onafhanklike adolessent. Neethling, Rutherford en Schoeman (2005:5-15) sien ouerskap as 'n uiters moeilike taak om suksesvol te voltooi sonder enige opleiding en voorbereiding.

Darling (1999) definieer ouerskap as 'n komplekse aktiwiteit wat baie spesifieke gedrag behels wat individueel maar ook in samewerking met ander kan geskied om uitkomst by kinders te kan beïnvloed. Marsiglia, Walczyk, Buboltz en Griffith-Ross (2007) is egter van mening dat ouerskap eerder gesien moet word as 'n multigeskakeerde rol wat individueel maar ook gesamentlik geïmplementeer kan word om psigososiale suksesse te beïnvloed.

Binne hierdie konteks beskryf Kadushin (1967:7-8; 1970:250) 'n rol as 'n voorgeskrewe gedrag en houding wat aan 'n persoon toegeken word, 'n sekere status wat van die persoon verwag word om te beklee. Hierdie rol vereis interaksie met ander en dit behels 'n stel aanvullende verwagtinge wat betrekking het op die individu se eie aksies en die van ander met wie hy/sy verkeer. Aangesien die kind altyd verander sal die voorskrifte van die ouerrol ook voortdurend moet verander ten einde die beste resultate te bereik. Die hoofdoel van die ouer se rol is die versorging en beskerming van die kind, en om hierdie rede word die

verantwoordelikheid van die ouerrol nie net beperk tot die biologiese vader of moeder nie, maar ook tot die verskillende lede van die gemeenskap wat die verskillende rolle kan vervul om in die kind se behoeftes te voldoen. In die uitvoering van die ouerrol word daar sekere voorskrifte gekoppel om aan te pas by die samelewing se veranderde persepsie van die doel van die ouerrol. Die samelewing word gesien as 'n belangrike bepaler van die ouerrol, aangesien die versorger deur die samelewing voorgeskryf word in die voorbereiding van die kind om gehoorsaam te wees en om gesag te aanvaar (Kadushin, 1980:9).

Volgens Snell, Overberg en Brewer (2005) kan ouerskapsrolle die sosiale, persoonlike en individuele ontwikkeling van kinders beïnvloed. Binne hierdie konteks word daar daarom na opvoedingsrolle van die versorger binne hierdie studie verwys in plaas van ouerskapsrolle, aangesien die FAS-adolesente binne hierdie studie nie deur hul ouers versorg word nie. Die rol van die versorger vereis volgens Hildebrand (1990:430) vertroosting, begrip, leiding en onbaatsugtigheid.

Die rol van die versorger is dus om die beste beskerming, versorging en opvoeding aan die kind te gee ten einde die beste in daardie kind na vore te bring. Volgens die Universiteit van Wake Forest (2004) is die rol van die versorger om 'n liefdevolle, gestruktureerde en stabiele omgewing te skep waarin die adolessent ondersteun word, en mediese en ander ondersteuningsdienste kan bekom, die versorger het ook die rol om 'n goeie begrip ten opsigte van die adolessent se spesiale behoeftes te toon en ander te leer ten opsigte van die adolessent se spesiale behoeftes. Vervolgens sal die onderskeie opvoedingsrolle bespreek word.

3.2.1 Die rol van die versorger as finansiële voorsiener

Kadushin (1970; 1974; 1980:9) beskryf die rol van die versorger as finansiële voorsiener om in die kind se behoeftes van kos, klere, huisvesting, opvoeding, gesondheidsorg, sosiale en ontspanningsaktiwiteite te voorsien. Binne hierdie konteks bepaal die Suid-Afrikaanse Kinderwet (2005) dat versorging van 'n kind bepaal dat: die kind van beskikbare middele voorsien moet word wat insluit; (i) 'n paslike plek om te woon; (ii) lewensomstandighede wat bevorderlik is vir die kind se gesondheid, welstand en ontwikkeling en (iii) die nodige finansiële bystand. Tesame hiermee bepaal die Handves van Kinderregte (1996) dat die

versorger verplig is om die kind te voorsien van basiese voeding, skooling, basiese gesondheidsorg en maatskaplike dienste.

Die versorger se rol as finansiële voorsiener van die FAS-adolesent in Suid-Afrika bring baie uitdagings mee. Volgens May et al. (2005); May et al. (2007b); May et al. (2008) en Viljoen et al. (2001) woon moeders met FAS-kindere gewoonlik op plase en plattelandse gebiede met baie minder inkomste. Vroue bestaan uit ongeveer 30% van die kommersiële landbou se werksmag en die waarskynlikheid is groot dat 2 uit 3 vroue as tydelike werkers gehuur sal word. Volgens McKinstry (2005:1097) leef meer as twee derdes van die plaaswerkers van 'n huishoudelike inkomste van minder as R700,00 per maand. Lone en die werksomstandighede van vroue word beskou as ongunstige faktore vir die handhawing van 'n goeie lewensstandaard vir miljoene huishoudings in Suid-Afrika (Sender & Johnston, 1995:14).

Volgens die Departement van Maatskaplike Dienste en Armoede Verligting (2004:3) kan die lae loonbesoldiging bydra tot lae kwaliteit van lewe en bestaan uit aspekte soos: die onvermoë van vroue om verandering in hul lewens te maak ten einde beter omstandighede vir hulself en hul kindere te skep, swak lewensomstandighede asook 'n gebrek aan goeie en alternatiewe vorms van ontspanning en ontspanningsfasiliteite. Hierdie faktore het groot implikasies op die versorgers om hul gesinne te voed en lei daartoe dat kindere dikwels ondervoed of wanvoed is.

Epidemiologiese studies (May et al., 2000; Viljoen et al., 2002) het bevind dat hoewel alkoholmisbruik onder alle rasse en sosio-ekonomiese groepe voorkom, die voorkoms hoër is onder minderheidsgroepe en veral persone met lae sosio-ekonomiese status. Sampson, Streissguth, Bookstein, Little, Clarren, Dehaene, Hanson en Graham (1997:323) argumenteer dat die risiko om 'n kind met FAS te hê groter blyk te wees wanneer faktore soos lae sosio-ekonomiese status, armoede en 'n gebrek aan opvoeding teenwoordig is.

May et al. (2008:739) stem hiermee saam deur te verwys na bevindinge in 'n studie in die Verenigde State waar lae sosio-ekonomiese status en lae opvoeding geïdentifiseer is as bydraende faktore tot FAS. Na aanleiding van 'n studie in Suid-Afrika het May et al.

(2008:739) aangevoer dat moeders met FAS-kindere in Suid-Afrika onder die laagste sosio-ekonomiese status in die wêreld geklassifiseer word. Carrier et al. (2005:19) is egter van mening dat hoewel FAS in alle sosio-ekonomiese groepe voorkom, het die toename van die maatskaplike kwessies in gemeenskappe met lae inkomste en sosiale status steeds 'n impak op die voorkoms van FAS.

Carrier et al. (2005:19) verduidelik dat die samelewing vroue in die lae inkomstegroepe in 'n negatiewe lig sien. Vroue wat in armoede leef het beperkte keuses en geleenthede en steun veral op maatskaplike toelaes, werk vir baie min betaling, het beperkte toegang tot behuising, opvoeding en mediese sorg. Volgens Roestenburg (1999:128) ervaar versorgers dat tesame met die finansiële druk vir oorlewing en die eise van die samelewing wat voortdurend verander, dat hulle dikwels nie toegerus is om die gedrag van die kindere ook te hanteer nie. Hildebrand (1990:34) maak die stelling dat dit baie duur is om kindere binne die huidige ekonomiese klimaat groot te maak. Singer (2003) ondersteun hierdie stelling en wys daarop dat die versorging van kindere met spesiale behoeftes soos FAS groter uitdagings op veral finansiële gebied verg.

Samevattend kan gesê word dat versorgers deur die wet verplig word om hul rol as finansiële voorsiener ten opsigte van die kindere na te kom. Vir die versorgers van FAS-adolesente om hierdie rol uit te voer kan baie uitdagings bied. Die meerderheid van hierdie versorgers woon op landelike gebiede en val binne die lae inkomstegroepe wat ook baie keer laag geskoold is. Hierdie aspekte kan daartoe bydra dat die versorgers en die FAS-adolesent se lewenskwaliteit nie kan verhoog nie en hulle voortgaan om in hagleike omstandighede te woon. Die gebrek aan voldoende finansies kan daartoe lei dat die versorgers nie voldoende aan die adolesent met FAS se behoeftes kan voorsien nie.

3.2.2 Die rol van die versorger as emosionele ondersteuner

Die rol van die versorger as emosionele ondersteuner word deur Kadushin (1970; 1974; 1980:10) beskryf as die voorsiening in die emosionele behoeftes van die kind deur liefde, sekuriteit en toegeneetheid. Die versorger bied hierdeur ook emosionele ondersteuning wat gesonde emosionele ontwikkeling sal bevorder. Die versorger word as die primêre

emosionele ondersteuningsstelsiem gesien wat aan die kind beskikbaar is om vertroosting, lof, empatie en simpatie te bied.

In die versorger se rol as emosionele ondersteuner, ondersteun die versorger die adolessent om ook aspekte soos vrees, angst en trauma te hanteer. As emosionele ondersteuner word daar van die versorger verwag om die adolessent met respek te behandel en hom/haar as 'n individu te erken, geleenthede te skep om risikogedrag te beheer asook geleenthede vir die uitoefening en maak van keuses (Hoghugh & Long, 2004:7).

De Klerk en Le Roux (2003:13) verduidelik dat die gesin die eerste plek is waar kinders oor hulleself leer en die wêreld waarin hulle hulself bevind. Binne die gesin leer die kinders ook om uitdrukking aan hulle gevoelens te gee of om gevoelens te onderdruk. Die mate waarop die versorger reageer op die intense gevoelens wat deur die kind ervaar word, sal bepaal hoe hulle oor die algemeen die konsep van emosies sal aanvaar. Hierdie emosies van die kinders word dikwels geïgnoreer deur die siening dat kinders te klein, minder selfstandig en onervare is. Die rol van die versorger as emosionele ondersteuner sal dus beteken dat die versorger hulleself toerus met die nodige vaardighede om negatiewe situasies te hanteer en dat die versorger die belangrikheid van emosies moet erken deur empatie te toon en deur sorgvuldig na die kinders te luister (De Klerk & Le Roux, 2003:13).

Die ontwikkeling van emosies word deur Rovet (2009) beskryf as die verstaan en ontwikkeling van inligting wat aan emosies gekoppel word. Hierdie begripsontwikkeling sluit die vermoë in om die emosies van die persoon self en ander persone se emosies te erken en te onderskei. Die erkenning en onderskeiding tussen emosies word gesien as 'n belangrike tegniek om suksesvol met ander te kommunikeer binne sosiale situasies. Die eienskappe van die emosionele funksionering van 'n persoon met FAS word volgens Miller (2006, in Campbell, 2007:13) beskryf as impulsief, onvoorspelbaar, buierig, humeurig of woedeuitbarstings. Duquette et al. (2006) voeg by dat adolessente met FAS emosioneel geneig is om te oorreeger en veral probleme ervaar binne emosionele funksionering. Emosionele onvolwassenheid, selfmoordneigings, swak beheer oor emosies en seksuele drange was van die bevindinge in 'n studie oor die ervarings van adolessente en jong volwassenes met FASD wat probeer om hul hoërskoolloopbaan te voltooi (Duquette et al.,

2006). FASA het 'n negatiewe effek op die emosionele ontwikkeling van die adolessent met FAS.

Jones en Cunningham (2003:22) is van mening dat dit noodsaaklik is om emosies aan te leer om goeie kommunikasie te verseker, maar omdat emosies 'n abstrakte begrip is, sal die versorger konkrete metodes nodig hê om die adolessent met FAS te leer om hul gevoelens te erken. Jones en Cunningham (2003:22) verduidelik dat omdat adolessente met FAS betekenisvolle agterstande in hulle kognitiewe ontwikkeling toon soos in hoofstuk 2 bespreek is dit vir hulle baie moeilik om abstrakte begrippe te verstaan. Volgens die skrywers is dit daarom belangrik om byvoorbeeld na 'n uitbarsting 'n gesprek met die adolessent te voer oor die emosies wat die adolessent tydens die uitbarsting ervaar het soos byvoorbeeld dat sy/haar hart baie vinnig geklop het, hul hande het gesweet of dat sy/haar gesig baie warm was. Sodoende verbind die versorger die konkrete gevoel aan die uitbarsting en help die versorger die adolessent verstaan watter gevoelens aan 'n sekere gedrag verbind word (Jones & Cunningham, 2003:22).

3.2.2.1 Verkeerde interpretasie van gedrag

Misinterpretasie van die adolessent met FAS se gedrag kan baie maklik voorkom. Die volgende misinterpretasies kan gemaak word ten opsigte van die adolessent met FAS se emosionele funksionering: wispelturigheid kan verkeerdelik geïnterpreteer word as die oorsaak van swak ouerskap, aggressiwiteit en buierigheid deur die adolessent. Indien die versorger genoegsame kennis oor FAS beskik, sal die regte interpretasie van die gedrag wees dat die adolessent wispelturig is omdat hy/sy uitgeput is as gevolg van spanning en of dat die adolessent oorgestimuleer is (Evenson, 2002; Hanscom, 2008:57, Jones & Cunningham, 2003:18).

Die misinterpretasie van inkonsekwente werkverrigtinge kan verkeerdelik geïnterpreteer word as die adolessent se manier om persone op 'n slinkse manier te manipuleer of dat die adolessent nie hard genoeg probeer nie. Die regte interpretasie van die gedrag sal wees dat die adolessent kroniese probleme met geheue ondervind en 'n onvermoë het om een situasie met 'n ander te veralgemeen (Evenson, 2002; Hanscom, 2008:58; Jones & Cunningham, 2003:18).

Die gedrag wat waargeneem word, is dat die adolessent nie gemotiveerd is nie. Die misinterpretasie van hierdie gedrag kan dui op swak ouerskap deur die versorger of dat die adolessent lui is en glad nie omgee nie. Die nodige kennis ten opsigte van FAS sal 'n groot bydrae kan maak in die regte interpretasie van hierdie gedrag soos dat die adolessent nie voorspellings of vooruitskattings in die toekoms kan maak nie, en nie in staat is om huidige besluite met toekomstige geleenthede kan verbind nie (Evenson, 2002; Hanscom, 2008:58; Jones & Cunningham, 2003:18). Hierdie misinterpretasies verwys terug na die adolessent met FAS se agterstande in die kognitiewe ontwikkeling soos bepreek in hoofstuk 2.

Ter samevatting kan gesê word die rol van die versorger as emosionele ondersteuner behels dus om in die adolessent met FAS se emosionele behoeftes te voorsien ten einde gesonde emosionele ontwikkeling te bevorder. Die versorger as emosionele ondersteuner sal die adolessent met FAS moet leer om negatiewe gevoelens te hanteer. Die adolessent moet ook leer om hulle eie gevoelens te erken en dit word as 'n belangrike komponent gesien om probleme in die emosionele ontwikkeling van die adolessent te verminder en goeie kommunikasie te bevorder. Dit is egter baie duidelik dat die adolessent nie abstrakte begrippe soos emosies sal verstaan nie as gevolg van hul agterstand in die kognitiewe ontwikkeling en dit kan dus nuwe uitdagings meebring vir die versorger binne die rol as emosionele ondersteuner.

3.2.3 Die rol van die versorger as opvoedkundige stimuleerder

Volgens Kadushin (1970; 1974; 1980:9) behels die rol van die versorger as opvoedkundige stimuleerder om die kind op sosiale, geestelike en opvoedkundige vlak te stimuleer. Hoghughi en Long (2004:9) sien die ondersteuning van die versorger as onskatbare waarde in die bevordering van kinders se opvoedkundige funksionering. In die versorger se rol as opvoedkundige stimuleerder sal die versorger deur middel van die kind se potensiaal geleenthede vir die kind skep sodat hy/sy intellektueel en opvoedkundig gestimuleer kan word. Binne hierdie konteks beklemtoon Baruth en Burggraf (1979:41) dat die kind se opvoeding die primêre verantwoordelikheid van die versorger is.

May et al. (2008:742) het in 'n studie in Suid-Afrika gevind dat die moeders van kinders met FAS oor die laagste vlak van opvoeding beskik het teenoor die moeders van die kontrolegroep in dieselfde studie wat 'n baie hoër vlak van opvoeding getoon het. Die rede vir die verskil in opvoeding wat deur May et al. (2008:742) aangevoer word, is dat die moeders van FAS-kindere op landelike gebiede woon en die gevolgtrekking wat deur die navorsers gemaak word is dat die voorkoms van FAS hoër is onder kinders wat deur vroue versorg word wat op plase woon as op plattelandse dorpe (May et al., 2007b; Viljoen et al., 2001). Scheepers (2009:2) steun hierdie siening deur die mening dat FAS oorwegend voorkom onder die kleurling-gemeenskap binne die Wes-Kaap.

Waldman (1994:18) verduidelik dat vroue wat op plase werk ingeperk is tot die plaas as gevolg van hulle gebrek aan opvoeding en vaardighede. Die gebrek aan opvoeding word verder beskryf as die gevolg van lang afstande wat sommige kinders te voet moet aflê na die naaste skool, 'n gebrek aan vroeë kinderontwikkelingsfasiliteite, finansiële nood, die behoefte om die huishouding finansiël te ondersteun en die voorkoms van tienerswangerskap (Departement van Maatskaplike Dienste en Armoede Verligting, 2004:11).

Parry, Pludderman, Steyn, Bradshaw, Norman en Laubsher (2005:93) het bevind in 'n studie wat die verband tussen opvoeding en alkoholmisbruik ondersoek dat beide mans en vroue met lae en/of hoë vlakke van opvoeding meer geneig is om alkohol te drink as persone met 'n gemiddelde opvoeding. Probleme met alkoholmisbruik by vroue word sterker verbind met 'n gebrek aan skoolopleiding.

In die versorger se rol as opvoedkundige stimuleerder van die FAS-adolesent maak Evensen en Lutke (1997) die volgende voorstellings. Die skrywers voer aan dat die versorger die FAS-adolesente beter sal verstaan wanneer daar in konkrete terme met die adolesent gepraat word aangesien die adolesent met FAS se sosio-emosionele begripsvermoë baie laer is as hul kronologiese ouderdom. Die voorstelling word verder gemaak dat woorde met dubbelbetekenisse en idioome vermy moet word wanneer daar met adolesente met FAS gekommunikeer word. Adolesente met FAS vind dit moeilik om leersituasies te veralgemeen en om hierdie rede word die aanbeveling gemaak dat daar so min as moontlik

verandering in die adolessent met FAS se omgewing gemaak moet word en dit sluit ook die taalgebruik in van die versorger om verbale opdragte en aanwysings aan die adolessent gee (Evensen & Lutke, 1997).

Adolessente met FAS het 'n toestand van kroniese korttermyngeheue wat veroorsaak dat hulle dinge vergeet wat hulle graag sal wil onthou. Dit sluit ook inligting in wat hulle voorheen geleer het. Deur herhaling kan die versorger die inligting weer aan die adolessent met FAS aanleer en dit sal help dat die adolessent die inligting langtermyn onthou (Evensen & Lutke, 1997). Jones en Cunningham (2003:5) beklemtoon dat die versorgers hulle moet voorberei om al die instruksies daagliks te herhaal omdat 'n adolessent met FAS dinge maklik vergeet wat 'n paar uur gelede gehoor is. Deur herhaling word die opdrag wat gegee is versterk.

Die vestiging en die volg van 'n vaste patroon word beskou as die beste benadering in die opvoeding van 'n kind met FAS. Daarom word 'n vaste roetine gesien as 'n belangrike komponent in die aanleer van onafhanklikheid en belangrike lewensvaardighede. Roetine word ook beskou as 'n groot hulp vir die versorger in die hantering van die unieke uitdagings wat die opvoeding van 'n seun of dogter met FAS verg (Von Canada, 2005:2). Wanneer 'n roetine onderbreek word kan dit tot verwardheid en frustrasie lei vir die adolessent met FAS. Dit is daarom belangrik dat die versorger altyd bewus moet wees van die adolessent met FAS se permanente breinskade wat veroorsaak dat dit vir hulle moeilik is om nuwe dinge aan te leer. Die versorger kan die adolessent met FAS help om hierdie uitdagings te verminder deur die handhawing van 'n goed gestruktureerde en vaste huislike omgewing (Von Canada, 2005:2). Roetine sal angstigheid laat afneem wat die adolessent beter in staat sal stel om te leer (Jones & Cunningham, 2003:5).

Die volgende voorbeelde van 'n vaste roetine word deur Von Canada (2005:2) voorgestel: versorgers kan elke taak in eenvoudige stappe afbreek sodat dit maklik gevolg kan word. Die adolessent kan byvoorbeeld geleer word hoe om sy/haar tande te borsel deur die adolessent te wys om na die badkamer te gaan en die kraan oop te maak, die adolessent te wys hoe om die tandepasta op die tandeborsel te plaas, tande te borsel, hul mond te spoel

en te glimlag. Versorgers kan ook van kontrolelyste (*check lists*) gebruik maak deur dit so te plaas dat dit die adolessent sal help om sy/haar roetine te onthou.

Instruksies moet kort en bondig wees. Die versorger kan byvoorbeeld vir die FAS-adolessent vra: "Sit al jou speelgoed in die mandjie" in plaas daarvan om te sê: "Kan jy asseblief al jou speelgoed optel en dit in daardie mandjie daar oorkant sit?" (Von Canada, 2005:2). Evensen en Lutke (1997), Graefe (1999) en Singer (2003), is dit eens dat eenvoudige taal gebruik moet word wanneer opdragte aan die adolessent met FAS gegee word. Deur eenvoudige taal kan die versorger verhoed dat die adolessent oorgestimuleer word en kan afskakel (*shut down*) wat sal veroorsaak dat inligting nie verwerk kan word nie. Eenvoud word beskou as 'n belangrike grondslag vir effektiewe ouerskap binne die versorger se rol as opvoedkundige stimuleerder. Tesame met eenvoud word spesifiekheid ook gesien as 'n belangrike komponent wanneer opdragte aan 'n FAS-adolessent gegee word. Die versorger sal ook spesifiek moet wees oor die verwagtinge van die opdrag wat gegee word.

Adolessente met FAS se onvermoë om abstrakte begrippe en veralgemenings te tref word weereens deur Graefe (1999) en Evensen en Lutke (1997), beklemtoon wanneer opdragte aan hulle gegee word. Versorgers moet dus bewus wees van die adolessent met FAS se kognitiewe ontwikkeling (soos bespreek in hoofstuk 2) wanneer opdragte aan die adolessent gegee word. Daarom beklemtoon die skrywers dat take in klein stappe opgebreek moet word en elke stap deur herhaling en beloning vir die FAS-adolessent aangeleer word om 'n gepaste patroon en gewoonte te ontwikkel.

Evenson en Lutke (1997) steun hierdie stelling deur struktuur te beskryf as die gom wat die wêreld verstaanbaar maak vir 'n kind met FAS. Struktuur voorsien aan die FAS-adolessent roetine en 'n daaglikse program wat dit vir die adolessent maklik sal maak om sy/haar weg te vind deur daaglikse aktiwiteite. Adolessente met FAS ervaar hulle daaglikse lewenssituasies met groot naïwiteit as gevolg van die kognitiewe uitdagings waarmee hulle te kampe het. As gevolg hiervan het adolessente met FAS konstante toesig nodig net soos jonger kinders om sekere lewenspatrone en gepaste gedrag aan te leer (Evenson & Lutke, 1997). Kellerman (2004a) verduidelik dat adolessente met FAS streng toesig benodig as gevolg van die disfunksionering in die voorste lob van die brein wat veroorsaak dat besluite wat deur hulle

geneem word nie altyd wys is nie en kan lei tot gevaarlike situasies. Die skrywer stel dus voor dat die versorger op grond van die adolessent met FAS se gedrag die mate van toesig bepaal om die maksimum vryheid te bied sonder om die adolessent en ander persone in gevaar te stel.

Graefe (1999) beklemtoon dat toesig nie gedurende adolessensie verminder kan word nie, aangesien die adolessent met FAS se geestelike en emosionele funksionering laer is as sy/haar kronologiese ouderdom. Adolessente met FAS se sosiale en vryetydsbesteding sal daarom versigtig gemonitor moet word, aangesien hulle baie maklik beïnvloedbaar en weerloos is teen portuurgroepmanipulasie en negatiewe destruktiewe gedrag soos seks, dwelmmiddele, alkoholmisbruik en misdaad. Singer (2003) steun Graefe (1999) se stelling dat toesig aan adolessente met FAS sorgvuldig moet plaasvind om te verhoed dat hulle in die moeilikheid beland of hulself in gevaarlike situasies plaas.

3.2.4 Die rol van die versorger as positiewe rolmodel

Kinders kyk op na die volwasse persone in hulle lewens. Hulle kyk na ouers of versorgers vir beskerming, antwoorde en leiding en vir wenke oor hoe om op te tree in hulle daaglikse lewens situasies (Carney, 2007). Silverman (2011) beskryf 'n rolmodel as mense wat ander naboots en navolg of na hulle opsien vir leiding. Lad (2011) definieer 'n goeie rolmodel as iemand wat ander inspireer met hulle voortreflike eienskappe en hulle verbintnisse tot 'n goeie saak. Yancey, Grant, Kurosky, Kravitz en Mistry (2011:36) beskryf 'n rolmodel as 'n persoon wat beskou word as voorbeeldig en waardig om nageboots te word. Weldon (2008) stem hiermee saam deur 'n rolmodel te definieer as 'n waardige persoon wat 'n goeie voorbeeld vir ander is. 'n Persoon met 'n buitengewone uitwerking of inspirasie binne 'n sekere sosiale rol of taak wat op so 'n manier as 'n rolmodel vir ander dien. Vasser (2011) voer aan dat die teenwoordigheid van 'n rolmodel betekenisvolle impak op die ontwikkeling van die adolessent kan hê.

Maartens (2007:40) voer aan dat adolessente geneig is om te herhaal wat hulle geleer is of gedrag wat hulle sien van hulle versorgers of rolmodelle, ongeag of die gedrag positief of negatief is. Carney (2007) waarsku dat daar goeie rolmodelle is wat groter inspirasie vir ander is, maar daar is ook slegte rolmodelle wat beskryf word as slegte invloede.

Elke versorger wil hê hulle kinders moet positiewe rolmodelle hê wat die kenmerke het om hulle te inspireer om die beste te wees. Vasser (2011) is van mening dat adolessente wat gesonde rolmodelle het, toon selfvertroue in hulle vermoë om te kan onderskei tussen reg en verkeerd, se waardes en norme is goed gevestig, het reeds 'n wye reeks ervarings opgedoen en toon die vermoë om doelgerig te kan werk. Volgens Carney (2007) en Lad (2011), sluit die kenmerke van goeie rolmodelle aspekte in soos die handhawing van 'n gesonde leefstyl, die modellering van 'n liefde vir leergierigheid, die handhawing van 'n positiewe houding, selfverantwoordelikheid, goeie probleemoplossings vaardighede, modellering van welwillendheid en respek, etiese optrede, goeie hanteringsvaardighede, betroubaarheid en diensbaarheid.

Volgens Carney (2007) kan die versorger deur die handhawing van 'n gesonde leefstyl wyse keuses ten opsigte van voedsel en oefening modelleer deur hulleself goed te versorg. Negatiewe opmerkings moet vermy word aangesien dit die kinders ook negatief kan beïnvloed om goed oor hulle eie liggame te voel. In die modellering van 'n gesonde leefstyl word dit aanbeveel dat versorgers nie in die kinders se teenwoordigheid praat of deelneem aan enige dwelm-, alkohol-, of tabakgebruik nie.

Stephens (2004) verduidelik dat kinders wat in huise grootword waar versorgers rook ook meer geneig sal wees om te rook en so ook ouers wat alkohol en dwelms misbruik se kinders sal heel waarskynlik ook dieselfde doen. Weldon (2008) is van mening dat goeie rolmodellering 'n belangrike deel van ouerskap is en dit behels onder andere ook die modellering van belangrike lewenslesse soos om nie enige vorm van dwelmmiddels te gebruik nie.

Carney (2007) voer aan dat deur 'n liefde vir leergierigheid te modelleer, kinders se waardestelsels beïnvloed kan word deur hul interaksie met volwassenes. 'n Positiewe gesindheid teenoor opvoeding en leer van die kant van die versorger kan soortgelyke gesindhede koester. Die versorger kan die adolessent daarvan bewus maak dat hulle baie waarde aan opvoeding heg en die voorstel word gemaak dat die versorger leersituasies as 'n uitdaging moet sien. Wanneer die versorger voortgaan om steeds nuwe dinge aan te leer stel dit die adolessent in staat om die waarde van lewenslange opvoeding te ervaar.

Die realiteit in die Suid-Afrikaanse huishouding met 'n FAS-adolesent is egter dat die versorgers van hierdie kinders laag geskool is en die adolessent aan beperkte leerervarings sal kan blootstel (May et al., 2008:742).

Carney (2007) beveel aan dat versorgers as positiewe rolmodelleerders 'n positiewe houding moet behou. Die skrywer waarsku dat negatieweiteit aansteeklik is, maar deur die houding van "ek kan" modelleer die versorger deur moeilike tye die mag van positiewe denke aan hul kinders. Stephens (2004) voer aan dat versorgers hulleself moet uitdaag om positiewe dinge te identifiseer om aan hulle kinders te modelleer soos byvoorbeeld geluk, bedagsaamheid, selfrespek, geduld, mededeelsaamheid, selfdissipline, ywer, vriendelikheid, dapperheid en medelye. Die versorgers in hierdie studie word beskryf as depressief met swak lewensdoelwitte (May et al. 2005:1190; Lewis, Shipman & May, 2011:3). Hierdie faktore kan daartoe bydra dat die versorger van die FAS-adolesent nie positiewe houdings en denke in hulle kinders sal kan modelleer nie.

Die versorger kan self verantwoordelikheid modelleer deur nie ander mense of eksterne faktore vir hulle probleme te blameer nie. Die voorstel word gemaak dat wanneer die versorger gefouteer het, die versorger sy/haar fout moet erken, dit moet korrigeer en daaraan moet werk (Carney, 2007). Silverman (2011) verduidelik dat niemand perfek is nie, maar voer aan dat die ideaal sal wees dat wanneer 'n versorger 'n fout gemaak het deur 'n swak keuse dit goed is om diegene wat na hom/haar opkyk steeds van die versorger kan leer, weet hy/sy het 'n fout begaan en beplan om dit reg te stel.

Hierdie aksie sal die adolessent help om te verstaan dat: (a) almal foute maak (b) om 'n fout te maak is nie die einde van die wêreld nie (c) foute kan reggemaak word, en (d) foute moet aangespreek word en die persoon wat die fout maak moet verantwoordelikheid daarvoor neem. Deur verskoning te maak vir die fout wat gemaak is, dit te erken en die fout reg te stel sal die versorger 'n baie belangrike komponent van rolmodellering demonstreer (Ajimera, 2011; Carney, 2007; Silverman, 2011). Selfverantwoordelikheid word deur Ajimera (2011) as 'n baie belangrike eienskap van positiewe rolmodellering beskou omdat die versorger ook menslikheid toon wanneer foute erken word. Dit wys ook dat die versorger as rolmodel hom-/haarself nie verhewe of bo die FAS-adolesent stel nie.

Versorgers as positiewe rolmodelleerders behoort oor goeie probleemoplossingsvaardighede te beskik. Wanneer probleme hanteer word, moet dit op 'n volwasse wyse gedoen word. Kinders kyk op na die versorger oor die wyse waarop hulle in moeilike situasies reageer en hulle neem ook leidrade van wat hulle sien en boots emosionele intensiteitsvlakke na. Daarom beveel Carney (2007) aan dat stres tot die minimum beperk word deurdat die versorger kalm reageer in moeilike situasies. Ajimera (2011) beklemtoon dat versorgers as goeie rolmodelle vir hul kinders moet optree aangesien die kinders eerste na hulle versorgers kyk vir leiding oor hoe om 'n situasie te benader.

Deur die modellering van welwillendheid en respek maak die versorger die adolessent daarvan bewus hoe om teenoor ander mense op te tree. Carney (2007) maak die voorstelling dat versorgers nie ander mense neerhalende name of terme noem nie, selfs al is dit vir pret, aangesien dit die idee kan skep dat dit reg is om nie respek teenoor ander mense te betoon nie. Stephens (2004) is van mening dat 'n rolmodel eienskappe soos bedagsaamheid en selfbeheersing verg.

Weldon (2008) voer aan dat versorgers as goeie rolmodelle aan hulle kinders moet wys hoe om ander persone met vriendelikheid en begrip te behandel asook hoe om 'n eerbare en produktiewe lid van die gemeenskap te wees. Eties-korrekte optrede deur die versorger verwys na die verwagtinge wat die versorger ten opsigte van die adolessent se gedrag verlang. Carney (2007) beveel aan dat die versorgers hulleself ook aan dieselfde standaard kan onderwerp deur daaglik bewus te wees dat hul aksies eerlikheid, regverdigheid, deernis en verdraagsaamheid moet weerspieël.

Deur betroubaarheid modelleer die versorgers aan die adolessent dat hulle op die versorgers kan vertrou. Baie kinders het al ondervind dat volwassenes hulle in die steek gelaat het, daarom is dit belangrik dat wanneer die versorger onderneem om iets te doen, dit deurgevoer moet word. Hierdeur sal die versorger respek en bewondering verdien (Ajimera, 2011; Carney, 2007). Volgens Carney (2007) kan versorgers deur die modellering van diensbaarheid aan ander maniere vind om 'n bydrae te lewer tot die samelewing. Versorgers kan hulle ervarings deel met hulle kinders en seker maak dat die kinders

verstaan hoekom 'n sekere saak vir die versorgers belangrik is, asook hoe goed dit die versorger laat voel.

Versorgers kan die adolessent inspireer om betrokke te raak by 'n saak waarin hulle glo. Die meeste adolessente voel baie passievol oor sekere goed soos byvoorbeeld die regte van diere, die omgewing, om haweloses te voed of om kinders te leer lees. Vasser (2011) waarsku egter dat wanneer adolessente nie kan identifiseer met 'n rolmodel wat hulle kan naboots nie dit kan lei tot die volgende: kroniese verwardheid, depressie of angstigheid om take te voltooi, nie in staat wees om vir hulleself doelwitte te stel nie, geneig wees om ongeorganiseerd, slordig en bedruk wees, dit moeilik vind om besluite te neem, dit moeilik vind om etiese of morele waardes en gedrag na te volg. Die skrywer is van mening dat die rede vir positiewe rolmodellering is om aan die adolessent van 'n toonbeeld te voorsien wat hulle kan naboots en bestudeer.

Wanneer die adolessent die vermoë ontwikkel om te kan waarneem en te idealiseer sal hulle hulle eie doel en betekenis van hulle lewens en rigting kan hê (Vasser, 2011). Versorgers het dus die opvoedingsrol om positiewe rolmodelle vir hul kinders te wees. Binne die konteks van hierdie navorsingstudie is dit belangrik dat versorgers van adolessente met FAS kennis dra van die eienskappe van positiewe rolmodellering, hoewel hulle nie noodwendig oor die vaardighede sal beskik om dit aan hulle FAS-adolessente te kan leer nie. In die hulpverleningsproses sal die maatskaplike werker hierdie versorgers kan ondersteun met hul opvoedingsrol in positiewe rolmodellering.

3.2.5 Die rol van die versorger as dissiplineerder

Kadushin (1970; 1974; 1980:9) beskryf die rol van die versorger as dissiplineerder om die kinders te weerhou van die aanleer van gedragpatrone en houdings wat hulle in onguns kan bring by die gemeenskap. In sy definisie beskryf Steffens (1995 in Visser, 2004:4) dissipline as die aanleer, opvoeding en bestuur van gedrag. Die korttermyn doel van dissiplinering is om die kinders se gedrag op 'n daaglikse basis te bestuur om te voorkom dat hulle hulleself en ander beseer.

Die langtermyn doel van dissiplinering is om die kinders die vermoë en vaardighede aan te leer om verantwoordelikheid te neem vir hulle eie aksies. Die versorger as dissiplineerder verbind hulleself dus positief tot dissiplinering aangesien dissiplinering die sosiale en emosionele ontwikkeling van die adolessent kan beïnvloed (Minett, 1985:43; Steffens (1995 in Visser, 2004:23). Visser (2004:22) voer aan dat versorging en beskerming nie alleen deel is van waardes nie, maar dat dissipline dui op outoriteit in die vestiging van norme wat 'n noodsaaklikheid is vir die kind om in te kan pas by die samelewing. Minett (1985:43) verduidelik dat dissipline wat ferm, liefdevol, regverdig en konsekwent is kinders bevoordeel omdat dit 'n gevoel van sekuriteit gee omdat hulle weet wat van hulle verwag word.

Dissipline help kinders om op 'n aanvaarbare manier teenoor ander op te tree wat dan ook baie meer van hulle sal hou. Dit leer hulle ook om te onderskei tussen veilige en onveilige situasies. Dit help hulle ook om selfdissipline te ontwikkel. Die gebrek aan dissipline aan die ander kant kan baie skadelik wees en kan veroorsaak dat die kinders bedorwe voorkom en geneig is om onseker te wees omdat daar geen grense op hul gedrag geplaas word nie. Hierdie kinders kom gulsig voor omdat hulle verwag dat hulle alles moet kry wat hulle wil hê. Hulle is geneig om ongehoorsaam en nie tegemoetkomend te wees omdat hulle nooit doen wat van hulle gevra word nie. Sulke kinders is ongeskik omdat hulle nie ander mense se gevoelens in ag neem nie. Hierdie kinders word ook beskryf as selfsugtig omdat hulle verwag dat daar altyd aan hulle eise voldoen moet word (Minett, 1985:43). Deur die toepassing van dissipline bly die versorgers en hulle opvoedingstyl die kern van die individuele ontwikkeling volgens (Louw, 1999 in Tancred, 2011:15). Darling en Steinberg (1993 in Pillay, 2008:8) beskou ouerskapstyle as 'n wêreldklimaat waarbinne 'n gesin funksioneer en waarbinne kinders grootgemaak word.

Ouerskapstyle dien dus as 'n rigtingwyser waarvolgens kinders grootgemaak word en speel 'n belangrike rol in die kind se ontwikkeling (Louw, 1999 in Tancred, 2011:16; Lerner, Brennan, Noh & Wilson, 1995). Ouers gebruik dus 'n verskeidenheid style om hul kinders se behoeftes en omstandighede te bepaal (Hoghughi & Long, 2004:4). Ouerskapstyle voorsien sterk rigtingwysers in die uitvoer van ouerskap. Ouerskap het 'n sterk invloed op kinders se welstand oor 'n wye spektrum diverse gemeenskappe en omgewings. Daarom word sowel

ouerlike sensitiviteit en ouerlike eisstelling beskou as belangrike komponente vir goeie ouerskap (Darling, 1999).

Volgens Marsiglia et al. (2007) het navorsers oor die verloop van tyd ouerlike gedrag in verwante groepe saamgevoeg om ouerskapstyle te vorm. In hierdie verband definieer Baumrind (1973 in Marsiglia et al., 2007) ouerskap as 'n patroon waarbinne ouers in interaksie tree met hul kinders deur middel van twee aspekte, naamlik sensitiviteit en eisstelling. Hierdie twee aspekte word gesien as belangrike komponente vir ouerskap. Sensitiviteit verwys na die ouerlike warmte en dui op die mate waartoe ouers opsetlike individualisme, selfregulering en selfgeldendheid by hul kinders koester. Ouers is in voeling en is ondersteunend tot die kind se spesiale behoeftes en eise.

Sensitiviteit of ouerlike warmte verwys verder na hoe aanvaarding, simpatie of teerheid van 'n ouer opweeg teenoor afsydigheid, verwerping en vyandigheid (Darling, 1999; Lerner et al., 1995; Martin & Colbert, 1997:39; Pillay, 2008:8; Tancred, 2011:16). Eisstelling daarteenoor verwys na die eise wat die ouers aan hulle kinders stel om binne die gesin as geheel te integreer deur middel van ouerlike volwassenheid, eisstelling, dissiplinering en die ouers se vermoë om ongehoorsame kinders te konfronteer. Eisstelling verwys verder na die eise wat ouers aan hul kinders stel om hul gedrag te beheer en hul inpassing by die gesin. Hierdie ouers is konsekwent in hulle toepassing van dissipline en beroep hulle op die kinders se verantwoordelikhedsin in hulle poging om reg op te tree (Darling, 1999; Lerner et al., 1995; Martin & Colbert, 1997:39; Pillay, 2008:8; Tancred, 2011:16).

Navorsers (Darling, 1999; Tancred, 2011:16) beklemtoon dat die mate waartoe ouers sensitiviteit en eisstellendheid toepas die rede is waarom die tipologie van vier ouerskapstyle ontwerp is. Elkeen van die ouerskapstyle reflekteer patrone wat op 'n natuurlike manier deel vorm van ouerskap waarin waardes, gedragspraktyke en 'n spesifieke balans tussen eisstelling en sensitiviteit vervat is. Ouers wat goed is met ouerlike sensitiviteit sal hulle kinders aanmoedig en probeer om kwessies ook vanuit die kind se perspektief te sien, terwyl ouers wat minder sensitiviteit openbaar kinders sal kritiseer, straf en ignoreer. Sulke ouers is dikwels onsensitief teenoor hulle kinders se emosionele behoeftes.

Ouers wat hulle beywer vir ouerlike beheer sal eise aan hulle kinders stel en dit streng monitor om seker te maak dat hulle die reëls volg. Ouers wat minder eistellend is, is meer toegeeflik en minder voorskriftelik wat daartoe kan lei dat hierdie kinders meer vryheid het, maar min leiding deur hulle ouers (Darling, 1999; Lerner et al., 1995; Martin & Colbert, 1997:39; Marsiglia et al., 2007; Norton, 1977:3-4; Paulson & Sputa, 1996; Pillay, 2008:9; Pretorius, 2000:4-5).

Vervolgens sal die verskillende ouerskapstyle bespreek word soos deur Diane Baumrind (1991) geïdentifiseer naamlik die gesaghebbende ouer, die outoritêre ouer en die permissiewe ouer. Die vierde styl naamlik die onbetrokke ouer is later bygevoeg (Darling, 1999; Lerner et al., 1995; Martin & Colbert, 1997:39; Marsiglia et al., 2007; Norton, 1977:3-4; Paulson & Sputa, 1996; Pillay, 2008:9; Pretorius, 2000:4-5). Die vier ouerskapstyle sal binne die konteks van versorgers bespreek word.

3.2.5.1 Gesaghebbende ouerskapstyl

Gesaghebbende ouers volg 'n demokratiese styl in ouerskap, is beherend maar buigbaar, en stel rasonale eise aan die kind. Hierdie ouers word beskryf as beide sensitief en eistellend. Hierdie ouerskapstyl word gekenmerk deur ouerlike warmte en gebruik reëls en redelikheid om gehoorsaamheid te bevorder en handhaaf 'n optimale balans tussen sensitiwiteit en eisstelling. Die ouer-kind-verhouding word beskryf as warm en ondersteunend en ouers moedig 'n groot mate van self-bestuur aan. Kommunikasiekanale is oop, die ouer respekteer die kind se uniekheid, maar konfronteer die kind se wangedrag en pas dissipline toe.

Gesaghebbende ouers is goed in beheer en sensitiwiteit. Hulle is versorgend, maar stel steeds standarde binne beperkte grense. Die demokratiese benadering van ouerskap respekteer die regte en behoeftes van beide die ouer en kind. Gesaghebbende ouers stel standarde om adolessente te lei na toepaslike gedrag, moedig onderhandeling aan en gee verduidelikings oor besluite wat geneem word.

Kinders van gesaghebbende ouers beskik oor 'n goeie selfbeeld, het selfvertroue in hulle eie vaardighede, is nuuskierig, tevrede en insiklik. Hierdie kinders is sosiaal kompetend,

energiek, vriendelik en vaar besonder goed op skool (Baumrind, 1991; Lerner, 1998; Martin & Colbert, 1997:40; Marsiglia, 2007; Norton, 1977:3; Pillay, 2008:8; Pretorius, 2000:4; Tancred, 2011:17).

3.2.5.2 Outoritêre ouerskapstyl

Outoritêre ouers is streng, rigied en dwing waardes, tradisies en respek af. Hierdie ouers het vasgestelde en onbuigsame begrip van reg en verkeerd. Outoritêre ouers is goed in beheer, maar openbaar min warmte. Hulle het vasgestelde standarde en verwag gehoorsaamheid sonder enige vrae of die kind se opinie. Dissipline word dikwels afgedwing deur 'n pak slae. Outoritêre ouers maak staat op dwang om samewerking van hul kinders te kry en is gewoonlik nie sensitief teenoor hul kinders se regte en behoeftes nie. Hierdie ouers beheer en domineer die adolessent se gedrag en houding voorskriftelik (Baumrind, 1991; Gouws et al., 2008:84; Lerner et al., 1998; Martin et al., 1997:40; Pillay, 2008:9; Tancred, 2011:18; Marsiglia et al., 2007; Pretorius, 2000:5).

Hierdie ouerskapstyl ontmoedig verbale interaksie tussen die ouer en kind met negatiewe gevolge vir die adolessent op die lange duur. Kinders van outoritêre ouers is gewoonlik buierig, ongelukkig, geïrriteerd, terughoudend en angstig. Hierdie kinders vaar goed op skool, maar die ouer-kind-verhouding word gekenmerk deur geen intimiteit, vrees en wantroue. Sulke kinders het 'n swak selfbeeld, 'n tekort aan selfvertroue, onttrek maklik, is skaam en het 'n negatiewe beeld van hul ouers. Kinders van outoritêre ouers raak later rebels teenoor hul ouers en het hoër vlakke van depressie en swak sosiale vaardighede. Hierdie ouerskapstyl leer dogters om minder afhanklik wees terwyl seuns meer aggressief is (Baumrind, 1991; Gouws et al., 2008:84; Lerner et al., 1998; Marsiglia et al., 2007; Martin et al., 1997:40; Pillay, 2008:9; Pretorius, 2000: 5; Tancred, 2011:18).

3.2.5.3 Permissiewe ouerskapstyl

Baumrind (1966, in Pillay, 2008:9) beskryf die permissiewe ouerskapstyl as ouers wat hulle op dieselfde vlak sien as hul adolessente en skep 'n omgewing waar straf nie toegelaat word nie. Binne hierdie omgewing word die adolessent toegelaat om sy/haar eie gedrag te

reguleer sonder inmenging deur die ouers. Sulke ouers laat toe dat die adolessent in beheer is en die huisreëls dikteer.

Permissiewe ouers toon geen konsekwentheid in die nakom van reëls nie, hulle het 'n lakse houding teenoor hulle kinders se gedrag in die sin dat hulle geen aandag gee aan die kind nie of dat hulle hom/haar toelaat om te doen wat hulle wil. Hierdie ouerskapstyl vermy konfrontasie en ouers gee hulle kinders alles wat hulle vra. Permissiewe ouers is goed in warmte maar het min beheer. Dit lei daartoe dat die ouers nie in beheer is nie en nie 'n bedreiging is vir die adolessent nie.

Permissiewe ouers is versorgers, maar vermy dit om eise te stel soos byvoorbeeld dat die adolessent verantwoordelikheid neem vir huishoudelike take of spesifieke aandklokkeëls nakom (Darling, 1999; Gouws et al., 2007:84; Lerner et al., 1998; Marsiglia et al., 2007; Martin et al., 1997:40; Pretorius, 2000:5; Tancred, 2011:18). Hierdie ouerskapstyl laat die adolessent in beheer en laat sy/haar vryheid toe om aktiwiteite te inisieer wat gebaseer is op eie perspektief. Kinders van permissiewe ouers voel nie veilig nie en is impulsief, toon swak beheer en raak maklik aggressief en kwesbaar. Adolessente van permissiewe ouers voel nie gereed en volwasse genoeg om hulle onbeperkte vryheid wys te kan gebruik nie. Hierdie adolessente word beskou as selfsugtig en het 'n tekort aan sosiale verantwoordelikhedsin en waardering vir wat hulle ouers en ander mense vir hulle doen. Adolessente van permissiewe ouers is geneig om te verval in sosiaal onaanvaarbare gedrag soos dwelmmisbruik, maar ten spyte daarvan is hulle goeie presteerders op skool (Darling, 1999; Gouws et al., 2007:84; Lerner et al., 1998; Martin et al., 1997:40; Marsiglia et al., 2007; Pretorius, 2000:5; Tancred, 2011:18).

3.2.5.4 Onbetrokke ouerskapstyl

Baumrind (1991) het die onbetrokke ouerskapstyl later by die vier ouerskapstyle gevoeg. Die onbetrokke ouerskapstyl word deur Martin en Colbert (1997:40) beskryf as die onsuksesvolste ouerskapstyl. Hierdie ouerskapstyl word gekenmerk deur uiters lakse ouers wat eerder hulle adolessente verwerp of nie tyd en energie het vir die kinders nie as gevolg van hulle eie probleme en stressors. Die onbetrokke ouer is afsydig, nie-beherend en stel geen eise aan die adolessent nie. Die adolessent word op sosiale, emosionele en kognitiewe

vlak verwaarloos. Die adolessent van die onbetrokke ouer vind dit moeilik om sosiale verhoudings te vestig, hulle het swak kognitiewe, sosiale en emosionele vaardighede, is impulsief en het 'n swak selfbeeld. Adolessente van onbetrokke ouers toon ook akademiese agterstande (Pillay, 2008:8; Tancred, 2011:18).

3.2.5.5 Dissiplinerings van die adolessent met fetale-alkoholsindroom (FAS)

Malbin (2004:56) is van mening dat tegnieke ten opsigte van dissiplinerings wat algemeen gebruik word nie effektief is vir persone met FASA nie, aangesien die breinfunksionering van hierdie persone nie die konsep van negatiewe gevolge vir onvanpaste gedrag verstaan nie. Kellerman (2004b) verduidelik dat vir suksesvolle ouerskap van adolessente met FAS dit belangrik is om te verstaan en te weet hoe die brein funksioneer, beide in 'n gesonde persoon en veral in diegene wat geaffekteer is deur alkohol, aangesien die brein ook gedurende die adolessente jare geweldige verandering ondergaan.

Volgens Fryer en Woznaik (2008) is daar een deel van die brein wat spesifiek sensitief is vir die effek van alkohol, naamlik die wit stof. Die wit stof is in die senuweevesels geleë waardeur inligting verwissel word na die verskillende areas van die senuweestelsel. Die brein se wit stof bestaan uit senuweebondels wat inligting verplaas tussen die areas van die brein. Fryer en Woznaik (2008) verduidelik die funksionering van die brein van 'n FAS-adolessent as volg: wanneer die adolessent met FAS 'n drang het om iets te doen, en die brein daarvan bewus raak, het die aksie reeds plaasgevind. Die adolessent is dan heel waarskynlik ook besig om die gevolge van sy/haar aksie te dra.

Maure (2003) verduidelik dat hierdie drang per definisie gesien word as gedrag sonder rede en wanneer die adolessent gevra word waarom hy/sy iets verkeerd gedoen het “*ek weet nie*” as antwoord sal gee. Dit lei daartoe dat die versorger sal aanneem dat die adolessent leuens vertel, maar die waarheid is dat die hierdie adolessent nie weet waarom hulle goed verkeerd doen nie.

Kersey (1994) beskryf dissiplinerings as die proses van leer en om op te lei. Goeie dissiplineerders vereis vaardighede om doelwitte te bereik wat versorgers vir hulleself in die rol as dissiplineerders stel, en waardeur hulle kinders leer om hulleself te beheer en om

standaarde vir hulleself te stel. Volgens Kersey (1994) sal die versorger konsekwent moet wees in die verwagtinge wat hulle aan die adolessent stel. Die versorger sal gepaste gedrag aan die adolessent moet modelleer en duidelike verwagtinge aan die adolessent moet stel.

Die skrywer stel voor dat positiewe gedrag beloon behoort moet word en negatiewe gedrag geïgnoreer word tensy dit gevaarlik, destruktief of 'n verleentheid kan wees. Dit is beter om die gevolge van onaanvaarbare gedrag dadelik aan te spreek nadat ongewenste gedrag uitgevoer is; versorgers behoort ferm dog liefdevol en regverdig op te tree; binne die proses van dissiplinering word die voorstel gemaak dat die versorger die adolessent laat voel dat hy/sy 'n persoon met selfwaarde is, geliefd en suksesvol.

Jones en Cunningham (2003:11) stel voor dat die versorger die redes heroorweeg en hersien waarom dissipline toegepas moet word in die geval van adolessente met FAS, en so ook die rede vir die toepassing van die dissipline. Dit is belangrik om in gedagte te hou dat die adolessent nie dinge moedswillig doen nie. In die versorger se rol as dissiplineerder word die volgende strategieë voorgestel in die toepassing van dissipline naamlik: die versorger sal ferm grense moet handhaaf en dissipline konsekwent moet toepas. Konsekwentheid kan gesien word as 'n groot uitdaging vir die versorger, maar dit is noodsaaklik.

Emosionele belonings werk goed in die vorm van 'n groot glimlag of aanraking aan die skouer en beteken meer as materiële belonings. Guinta (1999) voer aan dat wanneer belonings voortdurend verander dit die belonings meer interessant maak. Volgens Connor (2005) is die doel van belonings om goeie gedrag aan te moedig en in die meeste gevalle sal versorgers 'n spesifieke gedrag met 'n spesifieke geskenk beloon. Dreigemente moet sover moontlik vermy word aangesien persone met FAS woorde baie letterlik opneem. Die beste hantering van hierdie gedrag is om op te tree voor die gedrag toeneem en die tekens van 'n probleem te herken voor dit begin. Dit sal ook beter wees om situasies te vermy waar die adolessent oorgestimuleer word.

Guinta (1999) voer aan dat die versorger die adolessent teen blootstelling sal moet beskerm aangesien hulle baie naïef kan wees. Tegnieke wat nie effektief sal wees vir die versorger as dissiplineerder van FAS-adolessente nie, is volgens Jones en Cunningham (2003:12) die

tradisionele gedragsbestuurstegnieke en tradisionele beloningsisteme wat plakkers en geld insluit. Die sukses van hierdie beloning word bepaal deur die kind se begrip ten opsigte van toekomstige leer en die kind se vermoë om beheer toe te pas in toekomstige gedragsverandering. Die adolessent met FAS beskik nie oor hierdie vermoë nie.

Ander tegnieke wat ook nie effektief is met adolessente en kinders met FAS nie, is fisiese straf, wegneem van artikels, kontraksluiting, wegneem van voorregte en dreigemente (Jones & Cunningham, 2003:12). Kersey (1994) stem saam en voeg die volgende tegnieke van oneffektiewe dissiplinerende by naamlik: metodes van dissiplinerende wat die adolessent in 'n verleentheid sal plaas, versorgers wat betrokke raak in 'n magstryd met die adolessent, argumentering en dreigemente. Metodes soos die beloning van wangedrag, vaagheid teenoor opdragte wat aan die adolessent gegee word, om nie konsekwent te wees nie en om die adolessent skuldig te laat voel, vorm deel van dissiplinerende metodes wat nie effektief is nie.

3.2.5.6 Verkeerde interpretasie van gedrag

Evenson (2002), Hanscom (2008:57) en Jones en Cunningham (2003:8) bespreek die volgende misinterpretasies van gedrag van die FAS-adolessent wat kan voorkom. In die versorger se rol as dissiplineerder is dit belangrik dat die versorger bewus moet wees van hierdie misinterpretasies, sodat tegnieke rondom die dissiplinerende van sodanige gedrag ontwikkel kan word. Die gedrag wat waargeneem word, is dat die adolessent weier om reëls na te kom. Die misinterpretasie van hierdie gedrag is dat die adolessent dit moedswillig en kwaadwillig doen, aandag soek en hardkoppig is. Die korrekte interpretasie van hierdie gedrag sal wees dat die adolessent sukkel om verbale opdragte om te skakel in aksies en nie verstaan wat van hulle verwag word nie.

Gedrag wat waargeneem word, is dat die FAS-adolessent dieselfde foute herhaal: die misinterpretasie van hierdie gedrag is dat dit moedswillig gedoen word en dat die adolessent die versorger manipuleer. Die korrekte interpretasie van hierdie gedrag sal wees dat die FAS-adolessent geen verbindings tussen oorsaak en effek kan maak nie en sukkel om veralgemenings tussen situasies te tref. Gedrag wat waargeneem word, is dat die adolessent met FAS altyd laat is: die misinterpretasie van hierdie gedrag is dat die adolessent lui of

stadig is, hierdie gedrag word gesien as die oorsaak van swak ouerskap en dat die adolessent dit moedswillig doen. Die korrekte interpretasie van hierdie gedrag is dat die adolessent met FAS nie die abstrakte konsep van tyd verstaan nie en ondersteun sal moet word om aktiwiteite te orden (Evensen, 2002; Hanscom, 2008:57; Jones & Cunningham, 2003:8).

Die gedrag wat waargeneem word, is dat die adolessent nie kan stilsit nie: die misinterpretasie van hierdie gedrag is dat die adolessent aandag soek, ander pla en dit moedswillig doen. Die korrekte interpretering van hierdie gedrag is dat die adolessent met FAS neurologies nodig het om te beweeg terwyl hulle leer. Die adolessent kan ook sensoriese oorlaai wees. Gedrag wat waargeneem word, is dat die adolessent met FAS steel: die misinterpretasie van hierdie gedrag is dat die adolessent met FAS opsetlik oneerlik en gewetenloos is. Die adolessent verstaan nie die konsep van eienaarskap nie en toon 'n onvolwasse denkpatroon met die verstaan van "*finders are keepers*".

Die gedrag wat waargeneem word, is leuens vertel: die misinterpretasie van hierdie gedrag is dat die adolessent moedswillig en oneerlik is, gewetenlose en psigopatiese gedrag openbaar. Die korrekte interpretasie van hierdie gedrag sal wees dat die adolessent met FAS sukkel met geheue asook volgordebepaling, is nie in staat om gebeure te herroep nie en kan nie oorsaak met gevolg verbind nie (Evensen, 2000 in Evensen, 2002; Hanscom, 2008:57; Jones & Cunningham, 2003:8). Die versorgers van die FAS-adolessent sal dalk nie oor die vaardighede en vermoë beskik om effektiewe dissiplineringsstegnieke te kan toepas nie. Die maatskaplike werker sal binne die hulpverleningsproses ondersteuning aan hierdie versorgers moet verleen, om sodoende versorgers te kan toerus om hul rol as dissiplineerders uit te voer.

3.2.6 Die rol van die versorger as beskermer

Kadushin (1980:9-10; 1974; 1970) beskryf die rol van die versorger as beskermer om die kind te beskerm teen fisiese en emosionele skade. Dwivedi (1997:23) beskryf die versorger en ouer se rol as beskermer om die kind teen voorkombare siektes, seerkry, ongelukke en mishandeling te beskerm. Die versorger se rol as beskermer behels ook die versorging van die kind deur in die kind se fisiese, emosionele en maatskaplike welsyn te voorsien.

Beskerming van die kind vereis dat die versorger seker maak dat die kind nie blootgestel word aan onaanvaarbare risiko's van ongelukke deur diere of ander persone nie. Dit sluit ook in dat die kind nie blootgestel word aan geweld of pynlike konfliktsituasies in die huis wat nie in die beste belang van die kind geag word nie. Sosiale isolasie vorm ook deel van hierdie onaanvaarbare risiko's. Minett (1985:40) voer aan dat 'n kind se ontwikkeling beïnvloed word deur sy/haar gevoelens van veiligheid en sekuriteit. 'n Kind wat 'n gevoel van sekuriteit het, voel veilig. Hy/sy weet daar is iemand wat vir hom omgee en hy het 'n plek waar hy/sy behoort. Die kind voel nie net veilig teen seerkry nie, maar ook van eensaamheid, ongelukkigheid, verwerping en vrees. Die wete dat alles reg is in sy wêreld help die kind om normaal te kan ontwikkel.

Die nuwe Kinderwet (2005) beskryf die versorging van 'n kind as die beskerming van die kind teen mishandeling, misbruik, verwaarlosing, degradering, diskriminasie, eksploitasie en enige ander fisiese, emosionele of morele leed of gevaar. Volgens Van Niekerk (2010) behoort kinders onder geen omstandighede aan enige risiko's blootgestel te word wat met dwelms en drank geassosieer kan word nie. Viljoen et al. (2005:598) is van mening dat kinders wat steeds in die sorg van biologiese moeders verkeer, blootgestel word aan alkohol en dwelmmisbruik, aangesien hulle mans of lewensmaats ook veral alkoholgebruikers is. Campbell (2007:25) voer aan dat die huislike omstandighede van kinders met FAS dikwels chaoties is, aangesien die biologiese moeder steeds alkohol misbruik. Die gevolg is dat kinderverwaarlosing of -mishandeling algemeen voorkom in so 'n huishouding.

Die *World Health Organization* wys sterk skakels uit tussen kindermishandeling en alkoholmisbruik en veral wanneer alkoholmisbruik as skadelik beskou word. Hierdie organisasie is van mening dat alkohol 'n betekenisvolle faktor is in die mishandeling van kinders. Skadelike alkoholmisbruik deur die versorgers van kinders dra daartoe by dat die versorger se verantwoordelikhedsin verswak en die hoeveelheid tyd en geld wat beskikbaar is om op die kind te bestee drasties verminder. Dit veroorsaak dat die kind se basiese behoeftes verwaarloos word. Risikofaktore wat deur die organisasie geïdentifiseer word as verhoogde risiko's vir 'n kind om mishandel te word, sluit in: ouers wat jonk, arm, werkloos of sosiaal geïsoleerder is, 'n geskiedenis van gesinsgeweld binne die gesin, enkelouer gesinne

en oorbewoonde huise. Wanneer albei versorgers alkohol misbruik kan die risiko vir kindermishandeling groter wees (*World Health Organization, n.d.*).

Streisguth et al. (2004) voer aan dat baie kinders met FAS in pleegsorg geplaas word of aangeneem is aangesien hulle ouers onbevoeg is om hulle voldoende te versorg. In Suid-Afrika word kinders deur veral die uitgebreide familie versorg wanneer die ouers nie in staat is om hulle voldoende te versorg nie. Ook in gevalle waar kinders deur die maatskaplike werker in pleegsorg geplaas word, sal lede van die uitgebreide familie as pleegouers optree (Randall-Mkosi et al., 2008:51). Visser (2004:22) en Herbert (1996:21) beklemtoon daarom dat die versorger in haar rol as beskermers voorsien in 'n huis vir die kind waarin die kind veiligheid, sekuriteit, warmte en aanvaarding kan ervaar. Binne hierdie konteks verduidelik Lewis et al. (2011:354) dat die huis steeds vir die kind die plek is wat die meeste sekuriteit bied en die spil is waarom hulle bestaan draai. Olson et al. (2009:236) beklemtoon dat goeie kwaliteit sorg en 'n stabiele huislike omgewing noodsaaklik is vir suksesvolle uitkomst vir persone met FAS.

3.2.7 Die rol van die versorger om gesinsinteraksie te bevorder

Volgens Kadushin (1980:10) moet die versorger gesinsinteraksie op 'n bevredigende wyse handhaaf sodat daar in al die lede van die gesin se behoeftes voorsien word. Dit is die verantwoordelikheid van die versorger om ongemaklike situasies, wrywing, en ongelukkigheid in die gesin op te los. Die huis is die middelpunt van die gesinslede se lewe en speel ook 'n groot rol in die emosionele gesondheid van die gesin. 'n Huis moet kalmte en sekuriteit voorsien weg van die besige wêreld daar buite. Die huislike omgewing moet ook ruimte, lig, warmte en min stres bied omdat die huislike omgewing gesinslede help om beter oor hulself en ander te voel (Hildebrand, 1990:369).

Gesinsinteraksie kan deur die versorger gehandhaaf word deur middel van goeie kommunikasie binne die gesin. Baumrind (1997, in Pillay, 2008:15) beskryf ouer-kind kommunikasie as die mate waartoe ouers met hulle kinders sal redeneer en hulle kinders se opinies sal oorweeg wanneer 'n opdrag aan hulle gegee word. Norton (1977:17-18) voer aan dat daar drie belangrike aspekte is wat probleme kan veroorsaak in die kommunikasie

tussen ouer en kind. Eerstens kan woorde verskillende betekenis hê vir verskillende mense.

Tweedens is die verskil in die interpretasie van woorde wanneer 'n ouer 'n kind aansê om iets nie te doen nie, en derdens lê die probleem van kommunikasie nie in die woorde wat gesprek is nie, maar waar en wanneer hierdie woorde gesprek word en so ook in die emosie wat gewys word wanneer 'n ouer met 'n kind praat.

Jones en Cunningham (2003:13) is van mening dat sommige adolessente met FAS 'n breë woordeskat ontwikkel hoewel hulle gewoonlik probleme ervaar met ontvanklike en betekenisvolle taal. Dit beteken dus dat adolessente met FAS sukkel om te verstaan wat gesê word (verbaal sowel as nie-verbaal) en vind dit daarom moeilik om in woorde te sê wat hulle nodig het, wat hulle voel en wat hulle wil hê. Die volgende word as riglyne deurgegee wanneer inligting aan FAS-adolessente oorgedra word: Jones en Cunningham (2003:13) is van mening dat oogkontak baie belangrik vir die prosessering van verbale inligting is omdat die adolessent die versorger "kan lees". Die gebruik van oordrewe gesigsuitdrukkinge en liggaamstaal om gevoelens oor te dra word sterk aangemoedig. Op hierdie wyse word gevoelens oorgedra en uitdrukking word gegee aan woorde soos: "Ek weet nie..." met 'n groot gebaar van skouers optrek. Gedurende kommunikasie kan die versorger so veel as moontlik van visuele wenke gebruik maak om die adolessent se geheue en begripsvermoë te prikkel.

Volgens Jones en Cunningham (2004:13) besef die adolessente met FAS ook nie altyd dat hulle veronderstel is om opdragte uit te voer wat binne groepsverband gegee word nie. Daarom sal dit goed wees om opdragte apart aan hierdie adolessente te gee en om hom/haar op die naam aan te spreek aan die begin van die sin. Daar word verder aanbeveel om altyd dieselfde woorde vir dieselfde opdragte te gebruik. Hierdeur word die opdrag in die adolessent se langtermyngeheue geberg. Die skrywers waarsku egter dat die gebruik van ekstra woorde so ver as moontlik vermy moet word. Die skrywers stel verder voor dat die woord asseblief aan die einde van 'n gesin gebruik word en nie aan die begin van die sin nie.

Jones en Cunningham (2004:13) verduidelik dat die versorger spesifiek moet wees wat van die adolessent verwag word, byvoorbeeld: “Sit jou voete op die vloer” in plaas van “haal jou voete van die bank af”. Hierdie benadering sal meer suksesvol wees. Die skrywers stel verder voor dat wanneer daar ’n onderbreking was tydens die gee van ’n opdrag, die versorger weer die opdrag aan die adolessent herhaal. Deur opdragte met die woord “nou” te eindig weet die adolessent dat die opdrag dadelik uitgevoer moet word. Opdragte moet verkieslik nie binne ’n ander tydsraamwerk aan die adolessent gegee word nie, aangesien die adolessent met FAS nie in staat is om huidige besluite met toekomstige geleenthede te kan verbind nie en ook nie situasies kan veralgemeen van een situasie na ’n ander nie (Evensen, 2002; Jones & Cunningham, 2003:1).

Carrier et al. (2005:34) en Graefe (1999) voeg ander maniere van effektiewe kommunikasie met die FAS-adolessent by deur lyste te gebruik wat stap-vir-stap instruksies gee oor hoe om dinge te doen wat ook ’n goeie lewensvaardigheid kan word vir algemene en onverwagte situasies. Volgens die skrywers kan die versorgers die adolessent deur nabootsing leer hoe om die lyste te gebruik. Die versorger kan uitdrukkings en gebare gebruik wanneer daar met die adolessent gepraat word, asook verskillende volume, buigings en stemtone saam met handgebare. Die skrywers beveel aan dat soveel as moontlik visuele wenke gebruik moet word om die adolessent se geheue te prikkel om begrip te vestig.

Die versorger sal spesifiek moet wees wanneer ontoepaslike gedrag aangespreek word, soos byvoorbeeld; “John mag nie skop nie” met oordrewe skud van die kop as visuele wenk om die regte aksie te beklemtoon. Aanraking kan ook baie bruikbaar wees in die aanleer van toepaslike sosiale afstand of ruimte deurdat die versorger byvoorbeeld haar arm op die adolessent se skouer plaas en te sê: “Dit is waar ons staan wanneer ons staan en praat” (Carrier et al., 2005:34; Graefe, 1999). Wanneer die versorger hierdie metodes van interaksie met die FAS-adolessent toepas, sal die versorger daarin kan slaag om interaksie binne die gesin bevredigend te kan handhaaf. Die maatskaplike werker sal die versorger moet ondersteun binne hierdie opvoedingsrol.

3.2.8 Die rol van die versorger as die voorsiener van 'n permanente plek in die samelewing

Kadushin (1980:10) beskryf die rol van die versorger as die voorsiener van 'n permanente plek in die samelewing as dat die versorger moet toesien dat die kind 'n permanente plek in die gemeenskap moet hê. Mussen, Conger, Kagan en Huston (1984:499) stem saam deur die stelling dat adolessente 'n behoefte het aan aanvaarding, 'n behoefte aan behoort asook 'n plek in die breë samelewing. Streisguth (1997) sien die skool as die belangrikste instelling binne die gemeenskap waar effektiewe intervensies plaasvind in die lewe van die kinders met FAS en ook hul gesinne.

Die interaksie tussen onderwysers, gesinne en gemeenskappe word gesien as die bepaler van die mate hoe die kind sal aanpas in die skool. Die basiese komponent van die kind se aanpassing in die gemeenskap is 'n vertrouensverhouding waar wedersydse omgee, vertrouwe en respek voorkom. Hierdie komponent word dikwels misgekyk as die eerste stap in die vestiging van ondersteuning vir kinders met FAS. Die gemeenskap is baie belangrik in die lewe van die kind met FAS, aangesien die interaksie tussen die opvoeders, gesinne en die gemeenskap 'n belangrike bepaler van die kind se aanpassing is. Versorgers en kinders kom voor 'n wêreld te staan waar 'n gestremdheid soos FAS nie verstaan en algemeen aanvaar word nie. Persone met hierdie toestand word baie keer gestigmatiseer en dit veroorsaak dat hulle self nie hulle toestand aanvaar nie (Yukon, 2006:1.7).

Von Canada (2005:22) lig die skool uit as 'n omgewing wat baie uitdagings kan bied, nie net vir die kind wat geaffekteer is deur FASA nie, maar ook vir hul opvoeders en versorgers. Duquette et al. (2007:587) voer aan dat hoewel ouers buite die skool funksioneer, hulle die akademiese en fisiese omgewing van die kind probeer beïnvloed ten einde die kind se interaksie met die skool te bevorder. Volgens Kellerman (2004b) word die aanvaarding en houding van ander in die gemeenskap as 'n baie belangrike komponent in die FAS-adolessent se plek in die gemeenskap beskou en sluit ook die eksterne familielede, mediese, professionele persone, versorgers en ander persone in wat interaksie met die adolessent met FAS het.

Bennet en Lutke (2006:14) is daarom van mening dat kennis oor FAS na die gemeenskap geneem moet word deur veral ook die ouer geslag te betrek om bewusmaking ten opsigte van FAS te bevorder. Dit kan verandering in die gemoedstoestand bring en die wanbegrippe oor FAS aanspreek. Deur bewusmaking en ontwikkeling in die gemeenskap kan die houding ten opsigte van FAS verander word. Murphy (1991) beskryf die kind met FAS as 'n kind wat nêrens inpas nie. Kellerman (2002) verduidelik in die lig hiervan dat voorgeboortelike blootstelling aan alkohol definitief 'n negatiewe uitwerking het op die ervarings van die versorger van die FAS-adolesent.

Die oorsaak hiervoor word beskryf as die gebrek aan kennis en begrip ten opsigte van die FAS-afwykings, die gebrek aan die aanvaarding van die beperkinge wat deur die sindroom geskep word asook die faktore wat nodig is om veiligheid en sukses te verseker. Wanneer die biologiese moeder die primêre versorger van die FAS-adolesent is, kan baie skuldgevoelens voorkom. Die samelewing blameer die biologiese moeder vir die kind se toestand, hoewel dit dalk nie haar bedoeling was om haar kind te na te kom nie of as sy haar stryd met verslawing oorkom het, sal sy steeds sukkel met gevoelens van skuld, droefheid en vrees. Die gevolge van FAS-uitgeworpendenheid vir die gesin sluit in faktore soos kroniese depressie wat behandel moet word deur antidepressante en terapie, isolasie deur die gemeenskap, versoeking deur self medikasie in die vorm van alkohol, afmatting en uitbranding. Hierdie faktore kan meebring dat die versorger van die FAS-adolesent dit baie moeilik kan vind om 'n permanente plek in die samelewing te kan verseker.

3.2.9 Die rol van die versorger as voorspraakmaker

Die rol van die voorspraakmaker word deur Kadushin (1970; 1974; 1980:9-10) gesien as die van 'n tussenganger tussen die kind en die buitewêreld. Hiervolgens moet die versorger as tussenganger die kind se regte in die gemeenskap verdedig en so ook die kind beskerm teen onregverdige eise wat deur die gemeenskap gestel word. Westman (1979:44) beskryf die rol van die versorger as voorspraakmaker as die verantwoordelikheid om die kind se behoeftes as individu te ontwikkel, te bevorder en te versterk.

In hulle definisie verwys Waterston en Tonniges (2001) na die *Oxford Dictionary* se verklaring van die woord *voorspraak* as 'n pleidooi; om 'n stem te verhef om 'n saak te

verdedig of om 'n aanbeveling in die openbaar te maak. Volgens die skrywers is die belangrikste komponent die bevordering van 'n aksie om effektiewe verandering te maak. Volgens Von Canada (2005:20) en Mack (2008) sal die versorger van kinders met FAS altyd vir hulle kinders moet voorspraak maak en die gemeenskap moet opvoed te opsigte van FAS. In baie gevalle sal die versorger namens hulle kinders moet optree om toegang tot die nodige dienste te verseker.

Navorsers (Graeffe, 1999; Kellerman, 2004b; Singer, 2003) argumenteer dat versorgers die beste voorspraakmakers vir hul FAS-adolesente is en sal om hierdie rede bereid moet wees om inligting oor FAS met ander professionele persone te deel. Professionele persone beskik dikwels nie oor genoegsame kennis oor FAS of FASA nie, daarom word van die versorgers in hulle rol as voorspraakmakers verwag om toe te sien dat die professionele persone in hierdie kinders se lewens opgevoed word. Voorspraakmakers kan bestaan uit familie, vriende, ouers, versorgers en professionele persone wat betrokke is by die adolessent met FAS. Hierdie kriteria maak voorsiening vir versorgers wat nie self as voorspraakmakers kan optree nie, maar beklemtoon dat 'n goed opgeleide koördineerder nodig is om as tussenganger tussen die gesin en instansies soos byvoorbeeld die regering op te tree (TARE, 1999).

Singer (2003) waarsku egter dat wanneer die versorgers van kinders met spesiale behoeftes nie bewus is van hulle regte nie en hulle nie as sterk voorspraakmakers vir hulle kinders kan optree nie, die moontlikheid kan bestaan dat hierdie kinders slagoffers kan raak van doelbewuste mishandeling deur veral die skoolsisteme. Sonder sterk voorspraakmakers om FAS-adolesente te verteenwoordig en namens hulle voorspraak te maak, kan die beste opvoedkundige geleentheid van hulle ontsê word en sal hulle nie hul volle potensiaal bereik nie.

In die lig hiervan voer Kellerman (2001) aan in haar samestelling van riglyne wat ontwerp is om binne die VSA se opvoedingsstelsel voorspraak te maak vir kinders met FAS en FASA, dat deur die versameling van inligting die versorger rekord moet hou van probleme wat in die verlede ondervind is en wat 'n ongunstige uitwerking op die adolessent se leervermoë gehad het. Volgens Kellerman (2001) kan die gevaar bestaan dat wanneer dienste ten

opsigte van die FAS-adolesent verlang word, behoeftes gesien word as algemene gedragsprobleme wat deur swak ouerskap veroorsaak word en die adolesent as lui beskou word. Die versorger word ook dikwels geklassifiseer as te genadig of oorbeskermend.

Wright (2008) voer aan dat die insameling van inligting die voorspraakmaker se kennis kan verbreed oor die kind se toestand en opvoedkundige kennis. Hierdie kennis kan gebruik word om misverstande op te los. Volgens Kellerman (2001) sal versorgers hulleself moet bemagtig. Die versorger as voorspraakmaker moet weet wat hul regte is. Von Canada (2005:21) is van mening dat die versorger dikwels die kundige is ten opsigte van FAS en kan so geloofwaardigheid verdien by professionele persone en diensverskaffers.

Die navorser se siening is dat die opvoedingsrolle van versorgers met FAS-adolesente 'n braak area is in navorsing en veral ten opsigte van ondersteuning deur maatskaplike werkers. Navorsers (Kellerman, 2001; Singer, 2003; Von Canada, 2005:1; Wright, 2008) argumenteer dat ouers, en vir die doel van hierdie studie versorgers, die beste voorspraakmakers vir FAS-adolesente is. Die realiteit in Suid-Afrika is egter dat die versorgers in armoede leef en in baie gevalle nie in staat is om self as voorspraakmakers op te tree nie (McKechini, 2000:10). Die versorgers in Suid-Afrika word deur May et al. (2005:1190) beskryf as laag geskoold, handhaaf 'n lae sosio-ekonomiese leefstyl en woon in armoede. Hierdie omstandighede kan daartoe lei dat versorgers van FAS-adolesente baie uitdagings in die gesig kan staar in hul rol as voorspraakmaker.

3.3 SAMEVATTING

Hoofstuk 3 gee 'n omvattende beskrywing van die opvoedingsrolle waarvoor versorgers van FAS-adolesente moet oor beskik om voldoende in die behoeftes van die FAS-adolesent te kan voorsien. Dit is duidelik dat daar inderdaad aanpassings gemaak moet word op verskeie vlakke van versorging om in die FAS-adolesent se behoeftes te voorsien. Die literatuur beskryf dat die versorger 'n rol het om te speel in die opvoedingsrolle wat bespreek is. In Suid-Afrika word die versorgers van FAS-kindere beskryf as vroue wat laag geskoold is en in armoede woon. Hierdie vroue sal deur die maatskaplike werker ondersteun moet word om insig en ondersteuning in die uitvoering van hul opvoedingsrol te verkry. Deur die

adolesent met FAS se ontwikkelingsagterstande met die opvoedingsrolle te integreer, is die verband onderstreep van die breinskade wat opgedoen is as gevolg van voorgeboortelike inname van alkohol. Die maatskaplike werker het dus 'n belangrike rol om te speel, nie net in die voorkoming van FAS nie, maar ook in die aanleer van effektiewe opvoedingsvaardighede en strategieë vir die versorgers ten einde hul opvoedingsrol suksesvol toe te pas.

HOOFSTUK 4

EMPIRIESE ONDERSOEK NA DIE OPVOEDINGSROLLE WAAROM VERSORGERS VAN FAS-ADOLESCENTE MOET OOR

4.1 INLEIDING

Die doel van hierdie navorsing is om begrip te ontwikkel vir die opvoedingsrolle waarom versorgers van adolessente met FAS moet oor beskik, ten einde aanbevelings aan maatskaplike werkers te kan maak vir effektiewe hulpverlening aan die versorgers.

Hierdie hoofstuk sal fokus op die derde doelwit van die studie, naamlik die verwerking van die resultate soos verkry deur middel van die data van die onderhoudskedule. Die resultate van die empiriese ondersoek word deurlopend gekoppel met die twee literatuur hoofstukke, naamlik: hoofstukke 2 en 3. Vervolgens sal 'n bondige oorsig van die navorsingsmetodiek gegee word om te verseker dat die konteks van die studie korrek geïnterpreteer word. Eerstens sal die hoofstuk 'n oorsig bied oor die voorbereiding vir die ondersoek. Daarna sal 'n verduideliking volg oor hoe die data ingesamel en verwerk is. Daarna word die resultate van die empiriese studie uiteengesit.

4.2 VOORBEREIDING VIR DIE ONDERSOEK

'n Literatuurstudie is onderneem om 'n duidelike begrip van die navorsingsveld te verkry (Fouché & Delport, 2005:127). Die literatuurstudie is onderneem op elk van die twee onderwerpe wat verwant is aan die doelwitte van hierdie studie, naamlik: om eerstens FAS en die kenmerke van adolessente wat daarmee gediagnoseer is te beskryf en tweedens om 'n oorsig te bied oor die opvoedingsrolle waarom versorgers van adolessente met FAS moet oor. Die populasie het bestaan uit vroulike versorgers van FAS-adolessente tussen die ouderdomme van 14 en 18 jaar wat reeds 'n diagnose van FAS het. Die versorgers is nie die biologiese ouers nie. Hierdie eienskappe het deel gevorm van die insluitingskriteria vir hierdie studie. Hierdie persone beskik daarom oor sekere eienskappe en as gevolg hiervan is grense geplaas op die eenheid van ontleding (Strydom, 2005:193).

Die populasie het bestaan uit 20 versorgers van adolessente met FAS tussen die ouderdomme van 14 en 18 jaar. Hierdie versorgers is bereik deur die data basis van FASER-SA (Fetale alkohol sindroom voorkomingstudie van die Universiteit van Stellenbosch, toestemming is aangeheg sien bylaag c) wat tans ook navorsing doen oor FAS in die Wellington omgewing. Die versorgers is almal woonagtig in Wellington of op die omliggende plase. Ingeligte toestemming is verkry van al die deelnemers om 'n onderhoud te kan voer. Vir die doel van hierdie onderhoude is 'n gestruktureerde onderhoudskedule opgestel en gebruik.

4.2.1 Navorsingsmetode

Die onderhoudskedule wat gebruik is as riglyn vir die voer van die onderhoude is gebaseer op inligting wat uit die literatuurstudie verkry is (hoofstukke 2 en 3). 'n Gekombineerde kwalitatiewe en kwantitatiewe navorsingsbenadering is gevolg binne 'n verkennende en beskrywende ontwerp (De Vos et al., 2005:364). Hierdie metode is gebruik om FAS en die kenmerke van adolessente wat daarmee gediagnoseer is te beskryf, waarna die opvoedingsrolle waarvoor versorgers van adolessente met FAS moet oor beskik te verduidelik.

4.2.2 Data-invordering en -analiserings

Data is versamel deur die gebruik van 'n gestruktureerde een-tot-een onderhoud (Greeff, 2005:296). 'n Vraelys (Bylae B) wat beide gestruktureerde vrae bevat asook verdere motivering van inligting was vir hierdie doel gebruik. Die onderhoude is gevoer in Afrikaans wat die huistaal van al die deelnemers is (Greeff, 2005:302-303). Hierdeur kon die navorser verseker dat die deelnemers al die vrae en terminologie verstaan.

Die deelnemers is persoonlik ontmoet en gevra of hulle sal deelneem aan die studie. Afsprake is gemaak op 'n tyd wat vir die deelnemers geskik was. Die doel van die studie en konfidensialiteit is met groot omsigtigheid en eenvoudige taal aan die deelnemers verduidelik. Voornemende deelnemers het toestemming vir die onderhoude gegee. Die onderhoude is in 'n privaat plek gevoer. Elke deelnemer het 'n ingeligte toestemmings vorm

(Bylae A) geteken. Die navorser het gedurende die onderhoud die deelnemers voortdurend aangemoedig om vrae te vra oor terminologie wanneer hulle nie verstaan nie.

Die onderhoud is gedurende Junie 2012 gevoer. Direk na afloop van die onderhoud is die data verwerk en het analisering gevolg. Orde, struktuur en betekenis soos deur De Vos et al. (2005:333) beskryf, is aan die data gevoeg deur die soeke vir algemene opmerkings tussen kategorieë data. Kwalitatiewe data is volgens Tesch (1990) se metodiek tot temas en kategorieë verwerk. Die res van die hoofstuk fokus op data wat verkry is uit die onderhoudvoering. Kwantitatiewe data sal grafies illustreer word deur tabelle en figure.

4.3 NAVORSINGSRESULTATE

Die navorsingsresultate word bespreek deur middel van die skematiese uiteensetting in tabel 4.1, van die hoofareas wat in die studie voorkom aangedui word. Die navorsingsresultate spruit uit die onderhoudskedule wat goed gestruktureerd was met eenvoudige voorbeelde omdat die deelnemers laag geskoold is en ook moontlik kenmerke van FAS toon, maar nie formeel gediagnoseer is nie. Hierdie aspek kan ernstige gevolge hê op hulle algehele funksionering. Die identifiserende besonderhede van die versorger en die FAS-adolesent word in tabel 4.2 aangedui.

Tabel: 4.1: Skematiese uiteensetting van die empiriese ondersoek

HOOFTEMAS	SUBTEMAS	KATEGORIEË
1. Identifiserende Besonderhede	Woonplek Rassegroep Huwelikstatus Huistaal Verwantskap Ouderdom van adolessent Is die adolessent tans op skool	
2. Fisiese kenmerke van FAS	Fisiese kenmerke Strukturele kenmerke Funksionele gevolge	<ul style="list-style-type: none"> • Groeivertraging • Gesigskenmerke • Afwykings • Onderbreekte skoolopleiding • Kriminele aktiwiteite • Geestelike gesondheidsprobleme • Onvanpaste seksuele gedrag • Swak korttermyn geheue • Probleme met spraak en gehoor • Swak akademiese prestasie • Impulsiwiteit • Aggressie • Leerprobleme • Probleme met geheue
	Agterstande in kognitiewe ontwikkeling Eienskappe ten opsigte van sosiale ontwikkeling	<ul style="list-style-type: none"> • Probleme met abstrakte denke • Aanleer van nuwe vaardighede is moeilik • Sukkel met wiskunde en geld • Onvermoë om oorsaak en gevolg met mekaar te verbind • Vind dit moeilik om verbale opdragte uit te voer • Oorvriendelikheid • Hiperaktief • Gebrek aan wedersydse vriendskappe • Alleen/Geïsoleerd • Impulsief • Nuuskierig • Swak sosialisering en kommunikasie vaardighede

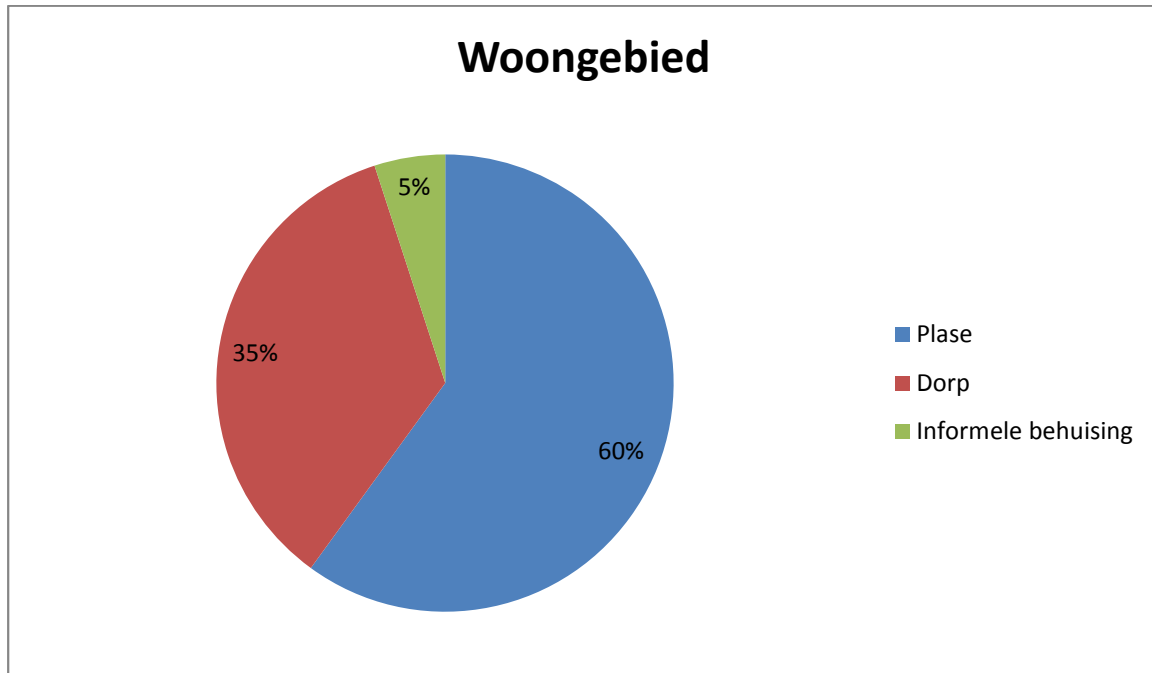
		<ul style="list-style-type: none"> • Wil altyd die middelpunt van belangstelling wees
4. Risikofaktore	<p>Hoë alkoholmisbruik deur ma se eggenoot of lewensmaat</p> <p>Hoë alkoholmisbruik deur vriende of familie</p> <p>Hoë alkoholmisbruik deur die ma</p> <p>Lae sosio ekonomiese omstandighede</p> <p>Geen vaste inkomste</p> <p>Gebrekkige opleiding</p> <p>Nie aktiewe godsdiens lewe</p> <p>Depressie</p> <p>Lae selfbeeld</p>	
Opvoedingsrolle waarvoor versorgers van FAS-adolesente moet oor:	Die rol van die versorger as finansiële voorsiener	<ul style="list-style-type: none"> • Werkstatus • Maatskaplike toelaag • Totale maandelikse inkomste • Ekstra uitgawes ten opsigte van die FAS-adolesent • Suksesvolle vervulling van die rol as finansiële voorsiener
	Die rol van die versorger as emosionele ondersteuner	<ul style="list-style-type: none"> • Eienskappe van emosionele funksionering • Suksesvolle vervulling van die rol as emosionele ondersteuner
	Die rol van die versorger as opvoedkundige stimuleerder	<ul style="list-style-type: none"> • Hoogste standaard/graad geslaag • Eenvoudige taalgebruik • Toesig • Die suksesvolle vervulling van die rol as emosionele stimuleerder
	Die rol van die versorger as positiewe rolmodelleerder	<ul style="list-style-type: none"> • Kenmerke van positiewe rolmodellering • Suksesvolle vervulling van die rol as positiewe rolmodelleerder
	Die versorger se rol as dissiplineerder	<ul style="list-style-type: none"> • Frekwensie van die toepassing van dissipline • Dissiplinerings van die FAS-adolesent
	Die rol van die versorger as beskermer	
	Die rol van die versorger om gesinsinteraksie te bevorder	
	Die rol van die versorger as voorsiener van 'n permanente plek in die gemeenskap	
	Die rol van die versorger as voorspraakmaker	

Tabel 4.2 Identifiserende besonderhede

	Woonplek van die versorger	Ras van die versorger	Huwelikstatus van die versorger	Huistaal van die versorger	Ouderdom van Adolessent	Huidige graad van die adolessent	Graad skool verlaat deur die adolessent
1	Plaas	Kleurling	Getroud	Afrikaans	17 jaar	Skool verlaat	Graad 7
2	Plaas	Kleurling	Getroud	Afrikaans	18 jaar	Skool verlaat	Graad 7
3	Dorp	Kleurling	Woon saam met saamwoonmaat	Afrikaans	17 jaar	Skool verlaat	Graad 8
4	Plaas	Kleurling	Ongetroud	Afrikaans	17 jaar	Skool verlaat	Graad 7
5	Dorp	Kleurling	Getroud	Afrikaans	16 jaar	Skool verlaat	Graad 4
6	Dorp	Kleurling	Getroud	Afrikaans	18 jaar	Spesiale skool	N.V.T
7	Dorp	Kleurling	Ongetroud	Afrikaans	16 jaar	Skool verlaat	Graad 7
8	Plaas	Kleurling	Getroud	Afrikaans	17 jaar	Skool verlaat	Graad 7
9	Dorp	Kleurling	Getroud	Afrikaans	17 jaar	Skool verlaat	Graad 8
10	Plaas	Kleurling	Ongetroud	Afrikaans	17 jaar	Skool verlaat	Kan nie onthou nie
11	Plaas	Kleurling	Getroud	Afrikaans	17 jaar	Graad 9	N.V.T
12	Plaas	Kleurling	Getroud	Afrikaans	18 jaar	Vaardigheid skool	N.V.T
13	Plaas	Kleurling	Saamwoon verhouding	Afrikaans	17 jaar	Skool verlaat	Graad 7
14	Dorp	Kleurling	Getroud	Afrikaans	17 jaar	Graad 11	N.V.T
15	Plaas	Kleurling	Saamwoon verhouding	Afrikaans	17 jaar	Skool verlaat	Graad 6
16	Dorp	Kleurling	Getroud	Afrikaans	16 jaar	Skool verlaat	Graad 8
17	Plaas	Kleurling	Saamwoon verhouding	Afrikaans	16 jaar	Graad 9	N.V.T
18	Plaas	Kleurling	Saamwoon verhouding	Afrikaans	17 jaar	Graad 9	N.V.T
19	Plaas	Kleurling	Ongetroud	Afrikaans	17 jaar	Graad 7	N.V.T
20	Informele behuising	Kleurling	Ongetroud	Afrikaans	17 jaar	Skool verlaat	Graad 7

4.3.1 Woon area van die deelnemers

Die deelnemers is gevra om aan te dui waar hulle woon. Hierdie bevindinge word in figuur 4.1 illustreer.



N =20

Figuur 4.1: Woon area van deelnemers

Figuur 4.1 illustreer dat die meerderheid, 12 (60%), van die deelnemers op plase woon. Sewe (35%) van die deelnemers woon in die dorp en slegs 1 (5%) van die deelnemers woon in 'n informele behuising. Die bevinding dat die meerderheid 12 (60%) van die deelnemers op plase woon korreleer met studies deur May et al. (2005), May et al. (2007b), May et al. (2008) en Viljoen et al. (2001) wat bevind het dat die versorgers met FAS-kindere gewoonlik op plase en plattelandse gebiede woon. Vanuit hierdie resultate kan die afleiding gemaak word dat hoewel 'n groot persentasie van die versorgers van FAS-adolesente op die plase woon, FAS ook 'n realiteit in die dorpsgebied is.

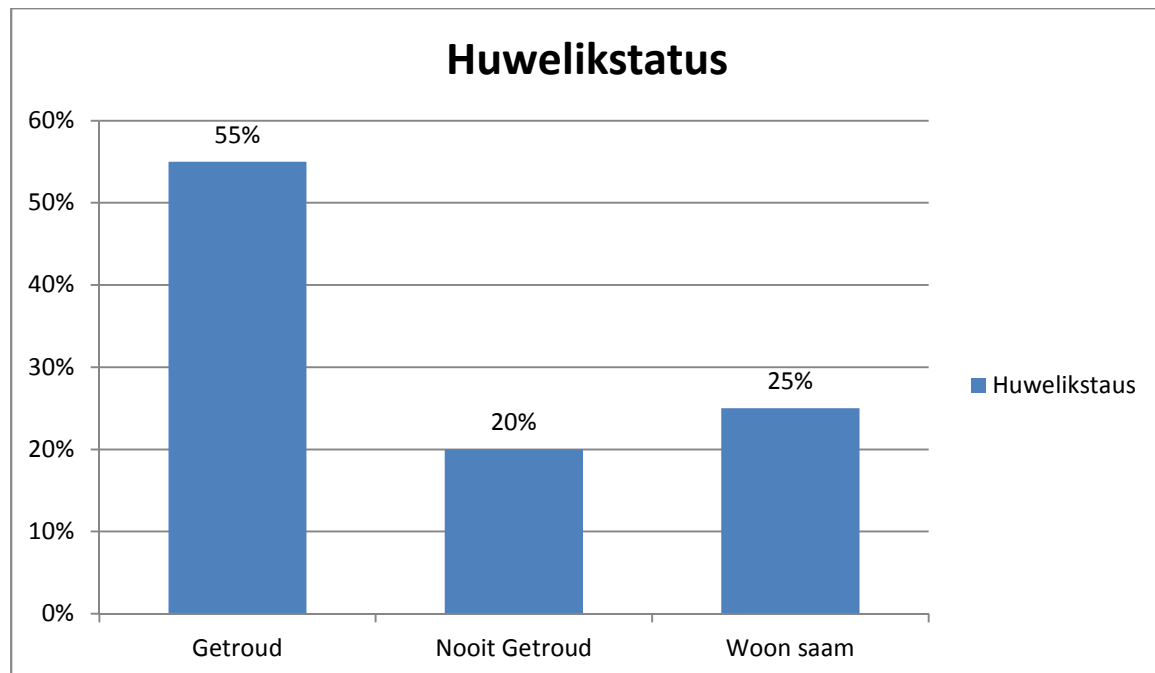
4.3.2 Ras

Die deelnemers is gevra om aan te dui aan watter rassegroep hulle behoort. Al die deelnemers het aangedui dat hulle aan die kleurling-rassegroep behoort. Hierdie bevinding

steun Scheepers (2009:2) se mening dat FAS oorwegend voorkom onder die kleurling gemeenskap binne die Wes-Kaap.

4.3.3 Huwelikstatus

Die deelnemers is gevra om aan te dui wat hul huwelikstatus is. Figuur 4.2 illustreer die deelnemers se huwelikstatus.



Figuur 4.2: Huwelikstatus van die deelnemers

N=20

In Figuur 4.2 het die meerderheid, 11 (55%), van die deelnemers aangedui dat hulle getroud is teenoor 5 (25%) van die deelnemers wie aangedui het dat hulle in 'n saamwoonverhouding betrokke is. Hierdie bevinding verskil van Campbell (2007:23), May et al. (2005:1190), May et al. (2008:739), Viljoen et al. (2001:6), Nicus (2005:3) en Rendall-Mkosi et al. (2008:19) wat aandui dat die versorgers van kinders met FAS gewoonlik ongetroud en in 'n saamwoonverhouding betrokke is. Vanuit die resultate kan die afleiding gemaak word dat die versorgers van FAS-adolessente later in hulle lewens trou in plaas daarvan om saamwoonverhoudings te handhaaf.

4.3.4 Huistaal

Die deelnemers is gevra om aan te dui wat hulle huistaal is. Al die deelnemers het aangedui dat hulle huistaal Afrikaans is.

4.3.5 Verwantskap

Slegs 1 (5%) van die deelnemers het getoon dat die adolessent 'n buurseun is. Die res van die deelnemers het aangedui dat die FAS-adolessent 'n familielid is. Hierdie is 'n aanduiding dat die studie fokus op die menings van die versorgers van adolessente met FAS oor watter opvoedingsrolle hulle dink die versorgers van FAS-adolessente moet oor.

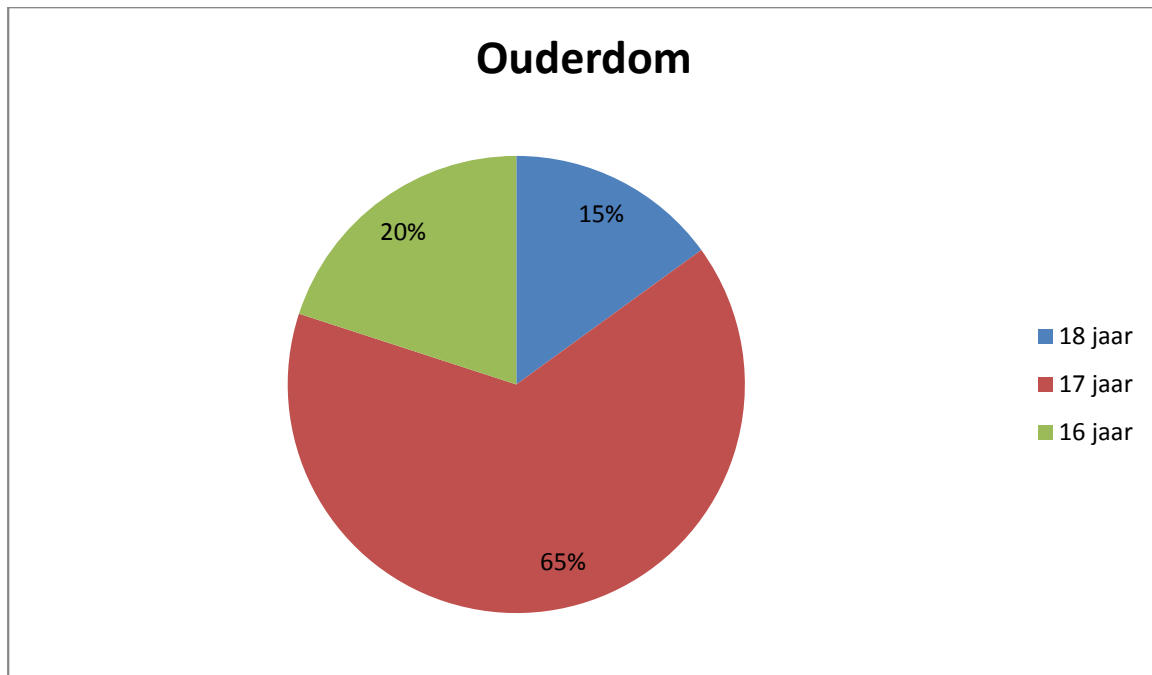
Hierdie bevinding word deur Randall-Mkosi et al. (2008:51) ondersteun dat kinders in Suid-Afrika veral deur die uitgebreide familie versorg word wanneer ouers nie in staat is om voldoende versorging te bied nie. Die volgende narratiewe kan as besvestiging dien:

- *“Sy ma drink baie en kan nie na hom kyk nie.”*
- *“Haar ma kon nie na haar kyk nie.”*

Vanuit die response van die deelnemers kan die afleiding gemaak word dat die biologiese moeder nie die kinders voldoende kon versorg nie, aangesien hulle alkohol misbruik het. Die uitgebreide familie het dus die versorgingsrol oorgeneem, daarom word daar binne hierdie konteks na die versorger verwys as enige ander volwasse persoon wat verantwoordelik is vir die versorging van die FAS-adolessent.

4.3.6 Ouderdom

Die deelnemers is gevra om aan te dui wat die ouderdom van die FAS-adolessent is. Dit was nodig om te kan bepaal of die versorger kwalifiseer om aan die studie deel te neem, aangesien die studie fokus op die versorgers van FAS-adolessente tussen die ouderdomme van 14 tot 18 jaar. Figuur 4.3 illustreer die ouderdom van die FAS-adolessent.



Figuur 4.3: Ouderdom van die FAS-adolessent

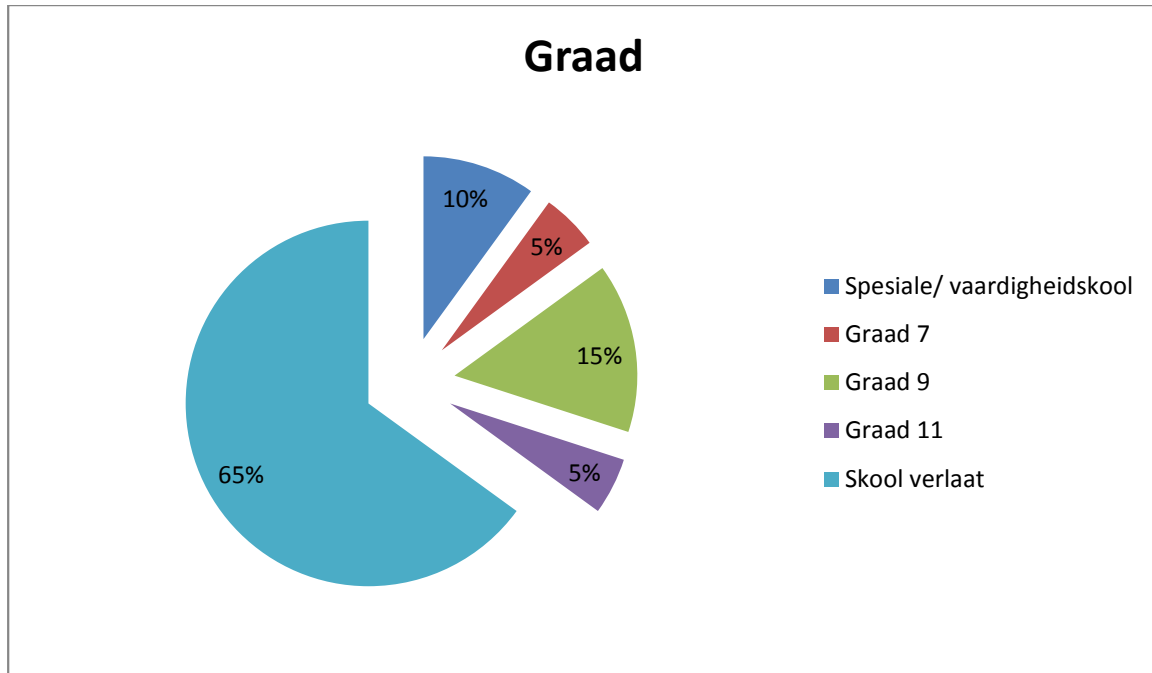
N=20

Figuur 4.3 toon dat 3 (25%) van die adolessente 18 jaar oud is. Die meerderheid 13 (65%) van die adolessente is 17 jaar oud en 4 (20%) van die adolessente is 16 jaar oud. Die bevinding toon dat al die adolessente tussen die ouderdomme van 14 en 18 jaar oud is en dus kwalifiseer om aan die studie deel te neem.

Hierdie bevinding stem saam met Louw en Louw (2007:278-281) se omskrywing deur na adolessensie te verwys as 'n oorgangstydperk vanaf die kinderjare na volwassenheid. Adolessensie begin vanaf 11 tot 13 jaar en kan tussen 17 en 21 jaar eindig, afhangende van die biologiese en sosio-kulturele faktore. Weens hierdie verskille in die ouderdomsgrens van adolessensie sal dit dus meer aanvaarbaar wees om in die adolessente ontwikkelingsfase te verwys na fisiese, psigologiese en sosiaal-kulturele kenmerke as na chronologiese ouderdom (Louw & Louw, 2007:278-281). Hierdie bevinding toon dat die adolessente in hierdie studie onderskeidelik 16, 17 en 18 jaar oud is en binne die kategorie val van die vroeë adolessente-fase wat deel vorm van die insluitingskriteria van hierdie navorsingstudie.

4.3.7 Graad

Die deelnemers is gevra in watter graad die adolessent is indien hy/sy steeds op skool is. Hierdie bevinding word in figuur 4.4 illustreer.



Figuur 4.4: Graad waarin die adolessent is

N=20

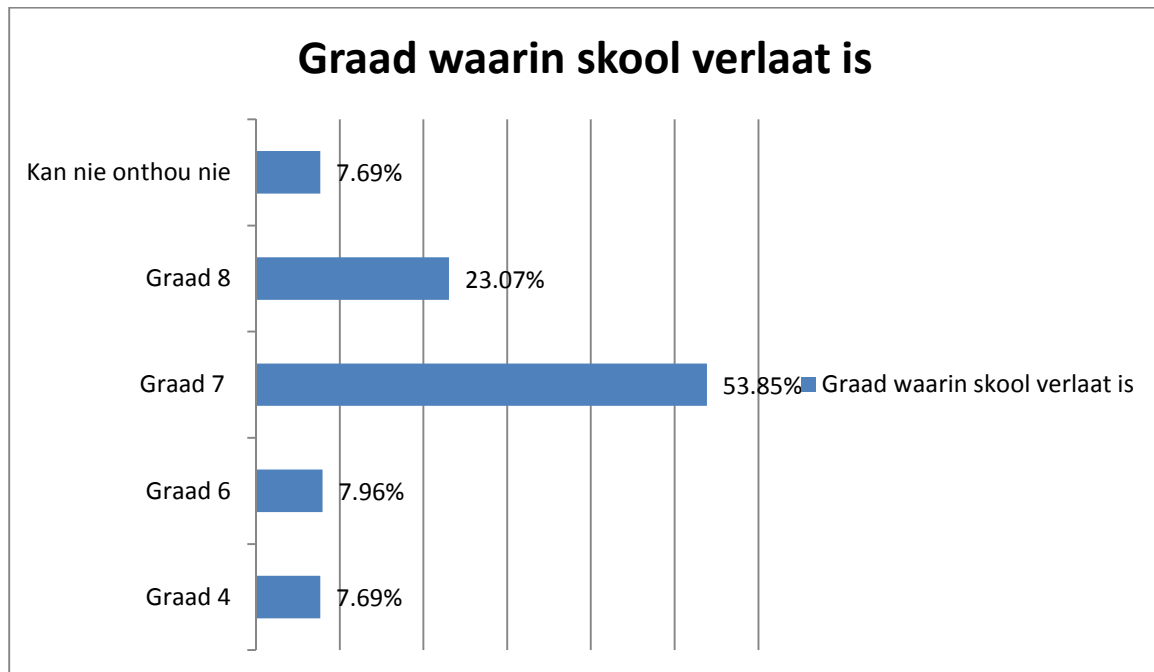
Bevindinge in Figuur 4.4 toon dat 2 (10%) van die deelnemers aangedui het dat die adolessent 'n spesiale skool of vaardigheidsskool bywoon. Drie (15%) van die deelnemers het aangedui dat die adolessent in graad 9 is. Een (5%) van die deelnemers het aangedui dat die adolessent in graad 11 is en 1 (5%) van die adolessente is in graad 7. Die meerderheid, 13 (65%), van die deelnemers het aangedui dat die adolessent die skool verlaat het. Hierdie bevinding toon dat daar duidelik 'n swak akademiese prestasie onder die FAS-adolessente heers. Hierdie bevinding word gesteun deur Carrier et al. (2005:11) en Scheepers (2009:48-49) se siening dat funksionele agterstande as gevolg van skade aan die senuweestelsel gereflekteer word in swak akademiese prestasie.

Die afleiding wat verder uit die bevinding gemaak kan word, is dat hoewel die meerderheid van die adolessente skool verlaat het moontlik as gevolg van swak akademiese prestasie,

daar ook adolessente is wat onderskeidelik in graad 9 en graad 11 is wat toon dat hierdie kinders wel potensiaal toon ten opsigte skoolvordering.

4.3.8 Graad waarin die FAS-adolessent skool verlaat het

Die deelnemers is gevra om aan te dui in watter graad die FAS-adolessent die skool verlaat het. Bevindinge word in Figuur 4.6 illustreer.



Figuur 4.5: Graad waarin skool verlaat is

n=13

Die bevinding in Figuur 4.5 toon dat die meerderheid, 7 (53.85%), van die FAS-adolessente skool verlaat het in Graad 7. Een (7.69%) van die deelnemers het getoon dat die adolessent die skool verlaat het in graad 4. Een (7.69%) van die deelnemers het getoon dat die adolessent skool verlaat het in graad 6. Drie (23.07%) van die deelnemers het aangedui dat die adolessent skool verlaat het in graad 8. Een (7.69%) van die deelnemers kon nie onthou in watter graad die adolessent skool verlaat het nie. Hierdie bevindinge korreleer met Carrier et al (2005:11), Randall-Mkosi et al. (2008:53-54) en Scheepers (2009:50-51) se studies dat strukturele agterstande manifesteer in gedrag soos onderbreekte skoolopleiding.

Die volgende narratiewe illustreer die redes wat deur die deelnemers aangevoer is waarom die adolessent die skool verlaat het:

- “Sy was **te oud** vir skool.”
- “Sy het nie **meer gevoel** om skool toe te gaan nie.”
- “Ek kon **nie die skoolfooi bekostig** nie.”
- “Hy het **gesukkel** met die skool werk.”
- “Sy wou nie meer skoolgaan nie omdat haar **vriende haar gespot** het.”
- “Hy wou nie meer skool gaan nie omdat hy **tik** gebruik....”
- “Sy moes die skool los omdat sy **swanger** geraak het.”

Volgens Gerberding et al. (2005:13) het die effek van alkohol implikasies op die sentrale senuweestelsel wat manifesteer in strukturele en funksionele agterstande. Carrier et al. (2005:11), Scheepers (2009:50-51) en Von Canada (2005:12) identifiseer funksionele en strukturele agterstande onder andere in gedrag soos onderbreekte skoolopleiding, lae IK, dwelmafhanlikheid en swak akademiese prestasies.

Belangrike aspekte word deur die deelnemers genoem as redes waarom die adolessent die skool verlaat het. Die volgende afleidings wat uit hierdie response gemaak kan word is onder andere dat die adolessent gevoel het hy/sy is te oud vir die skool, moontlik weens swak akademiese vordering. Hierdie aspek kon ook dalk die rede wees waarom die adolessent nie gemotiveerd was om verder skool by te woon nie aangesien hul vriende hulle dalk gespot het oor hul ouderdom. Swak akademiese vordering kon moontlik die rede wees waarom die adolessent gesukkel het met die skoolwerk en uit frustrasie kon hy/sy hulle na dwelms soos tik gewend het.

Dwelmmisbruik deur die adolessent kon ook die oorsaak wees van tienerswangerskappe. Die bevinding toon verder dat die meerderheid van die adolessente die skool verlaat het gedurende graad 7 waar adolessente met aspekte soos ouderdom, akademiese prestasie,

groepsdruk, dwelms en seksualiteit gekonfronteer word. Indien hierdie FAS-adolescente nie die nodige ondersteuning ontvang nie sal hulle verkies om liever die skool te verlaat.

4.4 KENMERKE VAN FETALE-ALKOHOLSINDROOM (FAS)

4.4.1 Fisiese kenmerke van fetale-alkoholsindroom (FAS)

Die deelnemers is gevra om aan te dui watter fisiese kenmerke van FAS die adolessent toon. Hierdie bevindinge word in tabel 4.3 illustreer.

Tabel 4.3: Fisiese kenmerke van FAS

Fisiese kenmerke	F	%
Groeivertraging	14	70%
Gesigskenmerke wat geassosieer word met FAS	9	45%
Afwykings in die ledemate, niere of brein	1	5%

N=20

(Die deelnemers kon meer as een opsie kies.)

‘n Diagnose vir FAS behels dat daar ten minste twee van die fisiese kenmerke naamlik: groeivertraging en gesigskenmerke wat met FAS geassosieer word teenwoordig moet wees (Hoyme et al., 2005:43-45). Tabel 4.3 toon dat 14 (70%) van die deelnemers aangedui het dat die adolessent groeivertraging toon. Nege (45%) van die deelnemers het getoon dat die adolessent gesigskenmerke van FAS toon en 1 (5%) van die deelnemers het getoon dat die adolessent ‘n afwyking in die niere het. Hoewel Streissguth (2000) sommige van hierdie fisiese kenmerke beskryf soos onder andere skeelheid, afwykings in niere, en litte, word dit nie vereis vir ‘n diagnose vir FAS nie. Vanuit die bevinding kan die afleiding gemaak word dat groeivertraging die grootste fisiese kenmerk van FAS is, gevolg deur die gesigskenmerke wat deur FAS geassosieer word.

4.4.2 Strukturele gevolge van fetale-alkoholsindroom (FAS)

Die deelnemers is gevra om aan te dui watter strukturele gevolge van FAS by die adolessent teenwoordig is. In table 4.4 word die bevindinge van die strukturele gevolge van FAS illustreer.

Tabel 4.4: Strukturele gevolge van FAS

Strukturele gevolge van FAS	F	%
Onderbreekte skoolopleiding	11	55%
Kriminele aktiwiteite	2	10%
Geestelike gesondheidsprobleme	13	65%
Onvanpaste seksuele gedrag	0	0%
Swak korttermyn geheue	9	45%
Probleme met spraak en gehoor	3	15%

N=20

(Die deelnemers kon meer as een opsie kies)

Tabel 4.4 toon 'n hoë voorkoms 11 (55%) van onderbreekte skoolopleiding onder die FAS-adolescente. Twee (10%) van die deelnemers het aangedui dat die adolessent betrokke was in kriminele aktiwiteite. Die meeste 13 (65%) van die deelnemers het aangedui dat die adolessent geestelike gesondheidsprobleme ervaar. Nege (45%) van die deelnemers het aangedui dat die adolessent swak korttermyn geheue het en 3 (15%) van die deelnemers het aangedui dat die adolessent probleme met spraak en gehoor ervaar. Hierdie bevinding word deur verskeie navorsers Carrier et al. (2005:11), Scheepers (2009:50-51) en Von Canada (2005:12) bevestig en wys daarop dat strukturele gevolge manifesteer in gedrag soos onderbreekte skoolopleiding, kriminele aktiwiteite, geestelike gesondheidsprobleme, swak geheue en probleme met spraak en gehoor.

Die bevinding toon verder dat die deelnemers geestelike gesondheidsprobleme uitgewys het as 'n ernstige strukturele gevolg van FAS, gevolg deur onderbreekte skoolopleiding. Die rede hiervoor kan toegeskryf word aan die adolessent se onvermoë om sy/haar skoolopleiding suksesvol te voltooi as gevolg van aspekte soos intelligensie en leerprobleme. Hierdie aspekte is kommerwekkend aangesien leerders met FAS in Suid-Afrika, publieke skole bywoon en in die hoofstroomonderrig ingesluit word sonder genoegsame bronne om in hierdie kinders se behoeftes te kan voorsien nie (Adnams et al., 2007:404; Scheepers, 2009:26).

4.4.3 Funksionele gevolge van fetale-alkoholsindroom (FAS)

Die deelnemers is gevra om aan te dui watter van die volgende funksionele gevolge van FAS die adolessent toon. Tabel 4.5 illustreer die bevinding.

Tabel 4.5: Funksionele gevolge van FAS

Funksionele gevolge	F	%
Swak akademiese prestasie	18	90%
Impulsief	7	35%
Aggressief	4	20%
Leerprobleme	17	85%
Probleme met geheue	9	45%

N-20

(Die deelnemers kon meer as een opsie kies)

Funksionele gevolge word deur Carrier et al. (2005:11) en Scheepers (2009:48-49) beskryf as primêre skade as gevolg van skade aan die senuweeselsel en gaan gepaard met FAS. Volgens tabel 4.5 toon die meerderheid 18 (90%) van die deelnemers dat die adolessent swak akademies presteer. Sewe (35%) van die deelnemers het getoon dat die adolessent impulsief optree. Vier (20%) van die deelnemers het aangedui dat die adolessent aggressief is. 'n Groot aantal 17 (85%) van die deelnemers het aangedui dat die adolessent leerprobleme ervaar en 9 (45%) van die deelnemers het getoon dat die adolessent probleme met geheue ervaar.

Die bevindinge in tabel 4.5 korreleer met die werk van Carrier et al. (2005:11) en Scheepers (2009:48-49) wat bevestig dat funksionele gevolge reflekteer onder andere in swak akademiese prestasie, swak impuls beheer en swak beheer oor aggressie. Die bevinding toon ook dat daar 'n sterk band is tussen swak akademiese prestasies, 18 (90%), leerprobleme, 17 (85%) en probleme met geheue 9 (45%) is. Hoewel die deelnemers impulsiwiteit en aggressie in die minderheid aangedui het kom dit wel voor en is dit 'n ook 'n kenmerk van FAS wat voorkom as gevolg van skade in die senuweestelsel.

4.5 KOGNITIEWE EN SOSIALE ONTWIKKELING

4.5.1 Agterstande in kognitiewe ontwikkeling

Die deelnemers is gevra om aan te dui watter agterstande die adolessent in kognitiewe ontwikkeling toon. Tabel 4.6 illustreer die bevinding.

Tabel 4.6: Agterstande in kognitiewe ontwikkeling

Agterstande in kognitiewe ontwikkeling	F	%
Probleme met abstrakte denke	4	20%
Aanleer van nuwe vaardighede is moeilik	5	25%
Sukkel met wiskunde en geld	6	30%
Onvermoë om oorsaak en gevolg met mekaar te verbind	5	25%
Vind dit moeilik om verbale opdragte uit te voer	3	15%

N=20

(Die deelnemers kon meer as een opsie kies)

Tabel 4.6 illustreer dat 4 (20%) van die adolessente probleme met abstrakte denke ervaar. Hierdie bevinding word deur Kulp (2006a), Streissguth (1994:76) en Von Canada (2005:2) bevestig dat adolessente met FAS abstrakte begrippe moeilik vind om te verstaan. Vyf (25%) van die deelnemers het getoon dat die adolessent sukkel om oorsaak en gevolg met mekaar te verbind. Die meerderheid, 6 (30%), van die deelnemers het aangedui dat die adolessent sukkel met wiskunde en geld. Hierdie bevinding korreleer met die navorsers Kulp (2006a); Streissguth (1994:76) en Von Canada (2005:2) se werk wat bevestig dat adolessente met FAS dit moeilik vind om nuwe vaardighede aan te leer, asook abstrakte konsepte soos wiskunde en geld.

Drie (15%) van die deelnemers het aangedui dat die adolessent dit moeilik vind om verbale opdragte uit te voer. Hierdie bevinding word deur Adnams et al. (2001:557), Kalberg en Buckley (2007:280), Kodituwakku (2006) bevestig dat adolessente met FAS dit moeilik vind om dinge te onthou wat hulle gesien of gehoor het, en as gevolg hiervan is dit vir hulle baie moeilik om verbale opdragte uit te voer. Adolessente met FAS toon ook 'n onvermoë om verbintnisse te maak tussen gedrag en gevolg en oorsaak en gevolg (Kalberg & Buckley, 2007:280).

Die deelnemers is gevra om addisionele agterstande in die kognitiewe ontwikkeling by te voeg wat nie op die lys is nie. Die volgende narratiewe illustreer die bevindinge.

- *“Sy neem lank om opdragte uit te voer.”*

Hierdie opmerking deur die deelnemer word deur Adnams et al. (2001:557), Kalberg en Buckley (2007:281) en Kadituwaku (2006) ondersteun met hul bevinding dat adolessente met FAS stadiger is met die verwerking, beredenering en integrasie van inligting. Adolessente met FAS vind dit moeilik om dinge te onthou wat hulle gesien of gehoor het en as gevolg hiervan is dit vir hulle baie moeilik om verbale opdragte uit te voer.

- *“Kind is hardkoppig.”*

Die narratief oor die adolessent se hardkoppigheid word deur Evenson (2002), Hanscom (2008:57), Jones en Cunningham (2003:8) bevind as verkeerde interpretasie van gedrag wat ervaar word soos byvoorbeeld wanneer die adolessent weier om reëls na te kom. Die regte interpretasie van hierdie gedrag sal wees dat die adolessent sukkel om verbale opdragte om te skakel in aksies en dus nie verstaan wat van hulle verwag word nie.

Die bevinding word deur die deelnemers bevestig dat die adolessent met FAS dit moeilik vind om verbale opdragte uit te voer as gevolg van agterstande in die kognitiewe ontwikkeling (Hoofstuk 2). Die afleiding kan ook gemaak word dat die adolessent met FAS se gedrag maklik verkeerdelik geïnterpreteer kan word. Hierdie verkeerde interpretasie van gedrag kan ook verbind word met die agterstande in die kognitiewe ontwikkeling soos bespreek in hoofstuk 2.

4.5.2 Eienskappe van sosiale ontwikkeling

Die deelnemers is gevra om aan te dui watter eienskappe die adolessent ten opsigte van sosiale ontwikkeling toon. Tabel 4.7 illustreer die bevindinge.

Tabel 4.7: Eienskappe van sosiale ontwikkeling

Eienskappe van sosiale ontwikkeling	f	%
Oorvriendelikheid	9	45%
Hiperaktief	3	15%
Gebrek aan wedersydse vriendskappe	5	25%
Alleen/Geïsoleerd	3	15%
Impulsief	8	40%
Nuuskerig	10	50%
Swak sosialisering en kommunikasie vaardighede	2	10%
Wil altyd die middelpunt van belangstelling wees	2	10%

N=20

(Die deelnemers kon meer as een eienskap van sosiale ontwikkeling selekteer)

Tabel 4.7 illustreer dat 9 (45%) van die deelnemers aangedui het dat die adolessent oorvriendelik is. Hierdie bevinding korreleer met verskeie navorsers Duquette et al. (2006:219), McGee et al. (2008:429), Niccols (2007) se werk dat adolessente met FAS vriendelik is maar geneig is om soms oorvriendelik te wees. Drie (15%) van die deelnemers het aangedui dat die adolessent hiperaktief is. Hierdie bevinding word bevestig deur Duquette et al. (2006) en Fasfacts (2006) deur die mening dat hiperaktiwiteit 'n kenmerk van FAS is. Vyf (25%) van die deelnemers het aangedui dat die adolessent 'n gebrek aan wedersydse vriendskappe toon. Drie (15%) van die deelnemers het aangedui dat die adolessent baie alleen is. Hierdie bevinding korreleer met Duquette et al. (2006), McGee et al. (2008:429) en Niccols (2007) wat bevestig dat die adolessent met FAS 'n groot leemte ervaar in wedersydse vriendskappe en dat die FAS-adolessent dikwels geïsoleerd voel.

Die meerderheid 10 (50%) van die deelnemers het getoon dat die adolessent baie nuuskierig is. Hierdie bevindinge korreleer met Dorris (2007:241), se bevinding dat adolessente met FAS 'n oordrewe nuuskierigheid toon wat hulle in onguns bring by hulle portuurgroep. Twee (10%) van die deelnemers het getoon dat die adolessent swak sosialisering- en kommunikasie vaardighede toon. Twee (10%) van die deelnemers het getoon dat die adolessent altyd die middelpunt van belangstelling wil wees. Hierdie bevindinge word deur Duquette et al. (2006) en Fasfacts (2006) bevestig deur daarop te wys dat adolessente met FAS oor gebrekkige kommunikasie- en sosialiseringvaardighede beskik wat daartoe lei dat hulle altyd die middelpunt van aandag wil wees en gedurig aandag op hulleself vestig.

Die bevinding toon verder dat nuuskierigheid 10 (50%), oorvriendelikheid 9 (45%) en impulsiwiteit 8 (40%) die eienskappe van sosiale ontwikkeling is wat die meeste uitstaan by die FAS-adolescente in hierdie studie, hoewel die adolessente ook eienskappe soos hiperaktiwiteit, gebrek aan wedersydse vriendskappe, alleenheid, swak sosiale vaardighede en die middelpunt van belangstelling toon.

Die deelnemers is gevra of die FAS-adolescent maklik vriende maak. Hierdie bevinding word in tabel 4.8 illustreer.

Tabel 4.8: Vestiging van vriendskapsbande

Maak adolessent maklik vriende	JA	F	%	NEE	F	%
		19	95%		1	5%

N=20

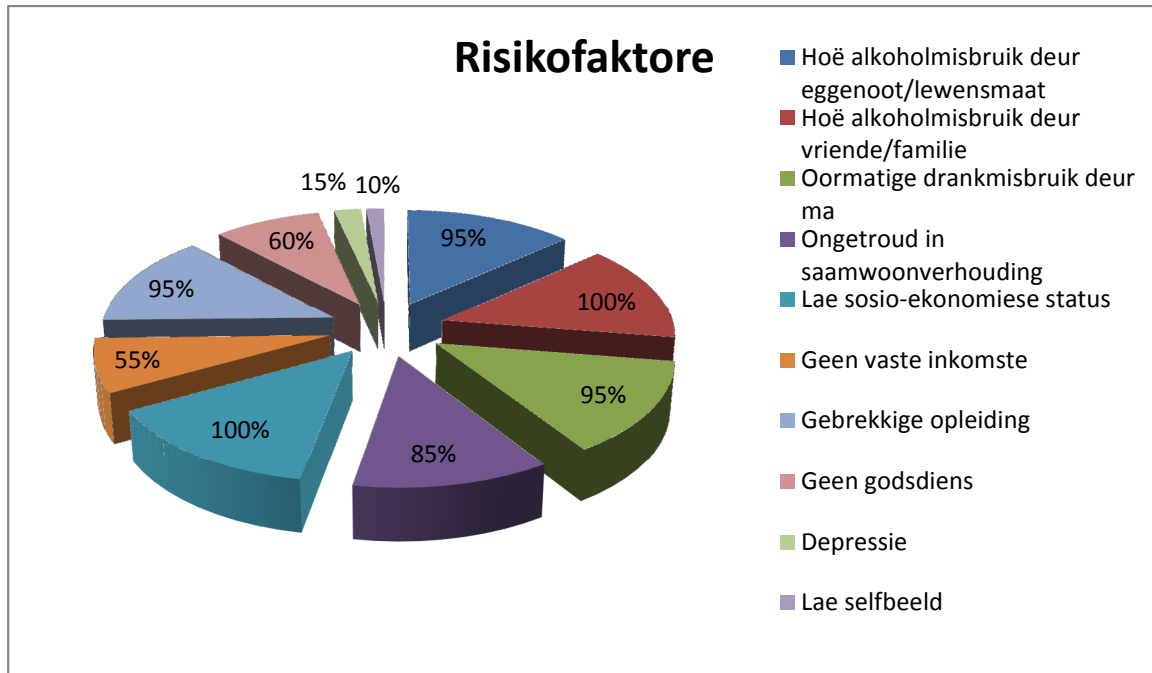
Tabel 4.8 toon dat die meerderheid (95%) van die deelnemers aangedui het dat die adolessent maklik vriende maak teenoor 1 (5%) van die deelnemers wie getoon het dat die adolessent nie maklik vriende maak nie. Hierdie bevinding korreleer met Jones en Cunningham (2005) wie bevestig dat adolessente met FAS maklik vriende kan maak. Hierdie bevinding word ook deur die volgende narratiewe illustreer:

- “...*daar is **altyd vriende** rondom haar.*”
- “Hy is vriendelik en ***praat maklik*** met ander...”
- “Hy het ***baie maats.***”

Vanuit die deelnemers se response kan die afleiding gemaak word dat die adolessente nie ‘n gebrek aan vriende het nie, omdat hy/sy gedurig omring word deur vriende. Die adolessent is nie skaam om met ander te praat nie en daarom het hy/sy baie maats. Ten spyte hiervan waarsku Duquette et al. (2006:227) dat adolessente met FAS maklik vriendelikheid kan verwar met vriendskap. Hoewel Jones en Cunningham (2004) van mening is dat die adolessent wel maklik vriende kan maak, is dit baie keer moeilik om vriende te behou.

4.6 RISIKOFAKTORE

In hierdie afdeling is die deelnemers gevra om aan te dui watter aspekte van risikofaktore teenwoordig was tydens die moeder se swangerskap met die betrokke adolessent. Die deelnemers kon meer as een opsie kies. Figuur 4.7 illustreer die bevindinge.



Figuur 4.6: Risikofaktore

N=20

(Meer as een risikofaktor kon geselekteer word)

Figuur 4.6 illustreer dat 19 (95%) van die deelnemers aangedui het dat daar hoë alkoholmisbruik deur die eggenoot of lewensmaats voorgekom het tydens die biologiese moeder se swangerskap met die adolessent. Twintig (100%) van die deelnemers het 'n hoë voorkoms van alkoholmisbruik deur vriende en familie aangedui. Hierdie bevinding korreleer met Campbell (2007:23), May et al. (2005:1190), May et al. (2008:739), Viljoen et al. (2001:6), Nicus (2005:3), Randall-Mkosi et al. (2008:19) wat bevestig dat risikofaktore vroue insluit, wat gewoonlik in omgewings woon waar hoë alkoholmisbruik voorkom deur hulle lewensmaat, man, ander familie en vriende. Negentien (95%) van die deelnemers het getoon dat daar oormatige drankmisbruik deur die biologiese moeder van die adolessent voorgekom het tydens swangerskap.

Hierdie bevindinge word deur Campbell (2007:23), May et al. (2005:1190), May et al. (2008:739), Nicus (2005:3), Randall-Mkosi et al. (2008:19) gesteun deur die siening dat oormatige episodiese drankgebruik ook bekend as *binge drinking* tydens swangerskap voorkom en as 'n risikofaktor beskou word vir vroue om geboorte te skenk aan 'n kind met FAS. Die afleiding van hierdie bevinding is dat daar 'n hoë voorkoms van alkoholmisbruik onder die moeders van die FAS-adolesent tydens swangerskap voorgekom het sowel as in die omgewing waar die vrou haar bevind het. Oormatige alkoholmisbruik deur die biologiese moeder, eggenoot of lewensmaat en die vrou se vriende en familie blyk dus 'n risikofaktor te wees vir vroue om geboorte te skenk aan 'n kind met FAS.

Sewentien (85%) van die deelnemers het aangedui dat die biologiese moeder tydens swangerskap ongetroud en in 'n saamwoonverhouding betrokke was. Hierdie bevindinge korreleer met verskeie navorsers Campbell (2007:23), May et al. (2005:1190), May et al. (2008:739), Nicus (2005:3) en Randall-Mkosi et al. (2008:19) se werk dat vroue wie geboorte skenk aan kinders met FAS gewoonlik ongetroud en betrokke is in 'n saamwoonverhouding. Die gevolgtrekking wat uit hierdie bevinding gemaak kan word, is dat die biologiese moeder tydens haar swangerskap met die FAS-adolesent meer geneig was om ongetroud te wees en saamwoonverhoudings te handhaaf. Die afleiding kan verder gemaak word dat die versorgers van FAS-adolesente geneig is om later in hul lewens in die huwelik te tree in plaas daarvan om 'n saamwoonverhouding te handhaaf.

Al die deelnemers het aangedui dat hulle deel van die lae sosiale klas is en 11 (55%) het aangedui dat die gesin geen vaste inkomste gehad het tydens die biologiese moeder se swangerskap nie. Hierdie bevinding word deur navorsers Campbell (2007:23), May et al. (2005:1190), May et al. (2008:739), Nicus (2005:3), Randall-Mkosi et al. (2008:19) gesteun deur die siening dat vroue wie geboorte skenk aan kinders met FAS deel is van die lae sosiale klas en geen vaste inkomste het nie. Uit hierdie bevinding kan die afleiding gemaak word dat lae sosio-ekonomiese status 'n risikofaktor blyk te wees vir swanger vroue om geboorte te skenk aan 'n kind met FAS.

Negentien (95%) van die deelnemers het aangedui dat die biologiese moeder gebrekkige skoolopleiding het. Hierdie bevinding word deur Campbell (2007:23), May et al. (2008:739) bevestig dat vroue wie geboorte skenk aan kinders met FAS swak skolastiese vordering toon. Twaalf (60%) van die deelnemers het getoon dat die biologiese moeder nie godsdienstig was tydens swangerskap nie. Hierdie bevinding word deur May et al. (2008) bevestig dat vroue wie geboorte skenk aan kinders met FAS nie 'n aktiewe geloofslewe lei nie. 'n Aktiewe geloofslewe word deur May et al. (2005:1197) as 'n beskermende faktor geïdentifiseer enersyds en as 'n belangrike voorkomingsmeganisme vir die voorkoms van FAS vir Suid-Afrika andersyds.

Die bevindings toon dat lae opvoeding, godsdiens-betrokkenheid, lae sosio-ekonomiese status, huwelikstatus en hoë voorkoms van alkoholmisbruik deur die biologiese moeder, eggenoot, saamwoonmaat, vriende en familie risikofaktore is wat daartoe aanleiding kan gee dat vroue geboorte kan skenk aan 'n kind met FAS.

Drie (15%) van die deelnemers het aangedui dat die biologiese moeder aan depressie gely het tydens swangerskap en 2 (10%) van die deelnemers het getoon dat die biologiese moeder 'n lae selfbeeld gehad het tydens swangerskap. Hierdie bevindinge korreleer met Campbell (2007:23), May et al. (2005:1190), May et al. (2008:739), Nicus (2005:3), Randall-Mkosi et al. (2008:19) dat 'n vrou se lae selfbeeld en depressie haar risiko kan verhoog om geboorte te skenk aan 'n kind met FAS. Uit hierdie bevinding kan die afleiding gemaak word dat depressie en lae selfbeeld as risikofaktor wel teenwoordig was. Baie van die vroue funksioneer op baie lae intellektuele vlakke en gevoelens soos depressie kon moontlik vir hulle baie moeilik wees om te verstaan.

Die deelnemers is gevra om addisionele risikofaktore by te voeg wat nie op die lys is nie. Twee (10%) van die deelnemers het aangedui dat die biologiese moeders gerook het tydens swangerskap. Oormatige rook word deur die Campbell (2007:23), May et al. (2005:1190), May et al. (2008:739), Nicus (2005:3), Randall-Mkosi et al. (2008:19) beskryf as bydraende risikofaktore om geboorte te skenk aan 'n kind met FAS.

Die bevinding toon dat risikofaktore wel teenwoordig was tydens die biologiese moeders se swangerskap met die FAS-adolesent. Die deelnemers kon met hierdie risikofaktore identifiseer en kon hul menings daarvoor deel.

4.7 OPVOEDINGSROLLE WAAROO VERSORGERS VAN FAS-ADOLESENTE MOET OOR BESKIK

Hierdie afdeling sal die bevindinge bespreek ten opsigte van die opvoedingsrolle waarvoor versorgers van FAS-adolesente moet oor. Die bevindinge van die versorger se rol as: finansiële voorsiener, emosionele ondersteuner, opvoedkundige stimuleerder, positiewe rolmodelleerder, dissiplineerder, beskermer, handhawing van interaksie tussen gesinslede, voorsiener van 'n permanente plek in die gemeenskap en die rol van die versorger as voorspraakmaker sal bespreek word.

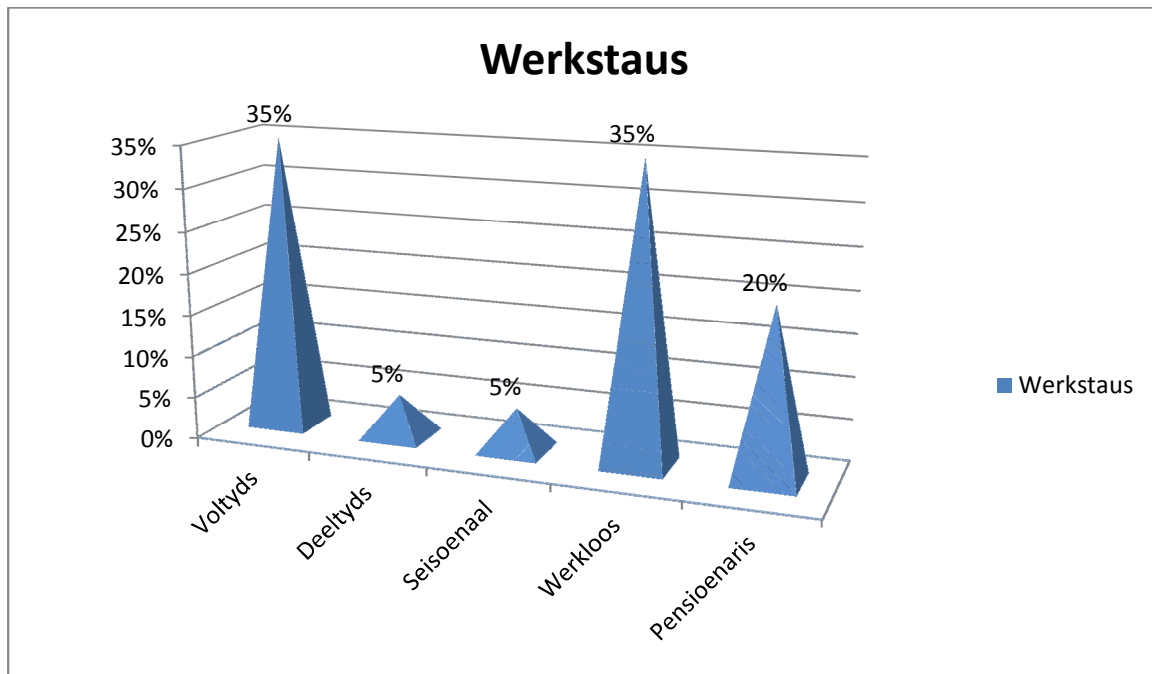
4.7.1 Die versorger se rol as finansiële voorsiener

Kadushin (1970; 1974; 1980:9) beskryf die rol van die versorger as finansiële voorsiener om in die kind se behoeftes van kos, klere, huisvesting, opvoeding, gesondheidsorg, sosiale en ontspannings aktiwiteite te voorsien.

Die deelnemers is gevra om aan te dui of hulle vir 'n inkomste werk. Tien (50%) van die deelnemers het aangedui dat hulle vir 'n inkomste werk. Die ander helfte 10 (50%) van die deelnemers het aangedui dat hulle nie vir 'n inkomste werk nie. Hierdie bevinding word deur Sender en Johnson (1995:14) gesteun deur die mening dat swak werksomstandighede van vroue gesien word as ongunstige faktore vir die handhawing van 'n goeie lewenstandaard in miljoene huishoudings in Suid-Afrika. Hierdie bevinding toon 'n eweredige verspreiding tussen werkloosheid en persone wie wel 'n inkomste het. Die afleiding wat uit hierdie bevinding gemaak kan word, is dat hoewel die helfte van die deelnemers wel 'n inkomste het beteken dit nie dat die lewenstandaard van hierdie huishoudings noodwendig verhoog nie.

4.7.1.1 Werkstatus

Die deelnemers is gevra om aan te dui wat hul huidige werkstatus is. Figuur 4.8 illustreer die bevindinge.



Figuur 4.7 Werkstatus

N=20

Figuur 4.7 illustreer dat 7 (35%) van die deelnemers voltyds werk. Een (5%) van die deelnemers werk deelttyds. Een (5%) van die deelnemers is seisoenwerkers. Die ander 7 (35%) van die deelnemers is werkloos. Hierdie bevinding korreleer met Hanson & Graham (1997:323) se argument dat die risiko om 'n kind met FAS te hê groter blyk te wees wanneer faktore soos lae sosio-ekonomiese status en armoede teenwoordig is. Hierdie bevinding word deur May et al. (2008:739) gesteun deur die mening dat versorgers met FAS-kindere in Suid-Afrika onder die laagste sosio-ekonomiese status in die wêreld geklassifiseer word. Uit hierdie bevinding blyk dit dat die risikofaktore soos bespreek onder 4.5 ook 'n invloed het op werkstatus van die deelnemers wat hulle plaas in die lae sosio-ekonomiese vlak van die samelewing.

Een (5%) van die deelnemers het getoon dat sy 'n tydelike werker is en 1 (5%) van die deelnemers het getoon dat sy 'n seisoenwerkers is. Hierdie bevinding verskil met McKinstry (2005:1097) se siening dat 2 uit 3 vroue waarskynlik as tydelike werkers gehuur sal word. Die deelnemers is gevra om ander werkstatusse aan te dui wat nie op die lys aangedui is nie. Vier (20%) van die deelnemers het aangedui dat hulle pensioenarisse is. Hierdie bevinding korreleer met die bevinding oor die deelnemers se inkomste. Baie van die deelnemers is tydelike werkers, seisoenwerkers en ook pensioenarisse. Uit die aard van die deelnemers se werkstatus sal dit baie moeilik wees om hul lewensstandaard te verhoog.

4.7.1.2 Maatskaplike toelaes

Die deelnemers is gevra of hulle in besit is van enige maatskaplike toelaag. Indien wel is die deelnemers gevra om te beskryf watter tipe toelaag hulle ontvang. Tabel 4.9 illustreer die bevindinge.

Tabel: 4.9 Maatskaplike toelaes

Maatskaplike toelae	F	%
Kindertoelae	14	70%
Pleegkind toelae	1	5%
Ouderdomstoelaag	2	10%
Ongeskiktheidstoelaag	2	10%
Geen	1	5%

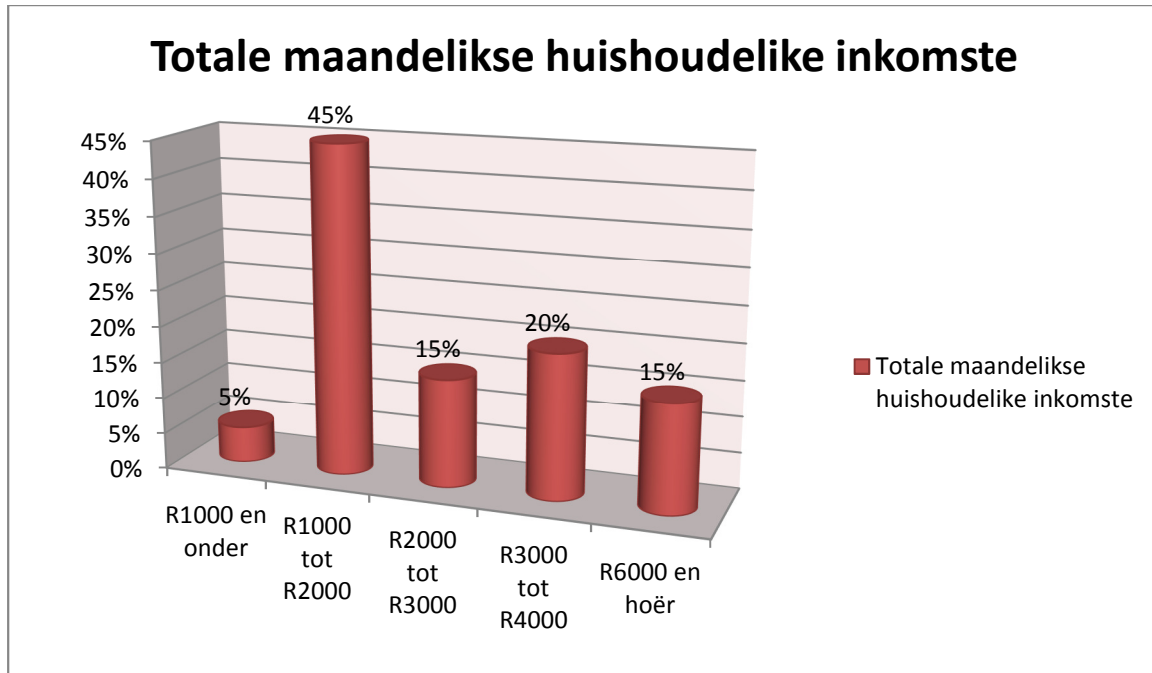
N=20

Tabel 4.9 illustreer dat die meerderheid van die deelnemers een of ander vorm van maatskaplike toelaag ontvang. 'n Groot persentasie 14 (70%) van die deelnemers het getoon dat hulle 'n kindertoelae ontvang.

Een (5%) van die deelnemers het getoon dat sy 'n pleegkindtoelaag ontvang. Twee (10%) van die deelnemers het getoon dat hulle ouderdomstoelaag ontvang. Twee (10%) van die deelnemers ontvang 'n ongeskiktheidstoelaag. Een (5%) van die deelnemers ontvang geen maatskaplike toelaag nie. Hierdie bevinding korreleer met Carrier et al. (2005:19) se siening dat vroue wie in armoede leef beperkte keuses en geleenthede het en veral op 'n maatskaplike toelaag steun. Die afleiding kan gemaak word dat versorgers van die FAS-adolesent wel in besit van een of ander vorm van maatskaplike toelaag is.

4.7.1.3 Totale maandelikse huishoudelike inkomste

Die deelnemers is gevra om hulle totale maandelikse inkomste aan te dui. Figuur 4.8 illustreer die bevindinge.



Figuur 4.8: Totale maandelikse huishoudelike inkomste

N=20

Bevindinge in Figuur 4.8 toon dat die meerderheid 9 (45%) van die deelnemers 'n maandelikse huishoudelike inkomste van tussen R1000 en R2000 per maand verdien. Die minderheid 1 (5%) van die deelnemers het aangedui dat hulle 'n maandelikse huishoudelike inkomste minder as R1000 verdien. Drie (15%) van die deelnemers het aangedui dat hulle 'n maandelikse huishoudelike inkomste van tussen R2000 en R3000 verdien. Vier (20%) van die deelnemers het 'n maandelikse huishoudelike inkomste van tussen R3000 en R4000 aangedui.

Drie (15%) van die deelnemers het 'n maandelikse huishoudelike inkomste van R6000 en hoër aangedui. Hierdie bevindinge verskil van McKinstry (2005:1097) wat toon dat meer as twee derdes van die plaaswerkers 'n huishoudelike inkomste van minder as R700.00 per maand ontvang. Vanuit hierdie bevinding kan die afleiding gemaak word dat die

meerderheid van die deelnemers se totale maandelikse huishoudelike inkomste meer as 'n R1000 per maand beloop, tog is hulle afhanklik van maatskaplike toelaes en word hulle gekonfronteer met armoede. Hierdie versorgers het nodig om ondersteun te word in finansiële geletterdheidsprogramme, finansiële beplanning en die opstel van begrotings aangesien die versorgers laag geskool is en nie oor die nodige kennis beskik om dit te doen nie, probeer hulle finansiële oorleef om in hul gesinne se behoeftes te voorsien.

4.7.1.4 Ekstra uitgawes ten opsigte van die FAS-adolesent

Die deelnemers is gevra of hulle ekstra uitgawes ten opsigte van die FAS-adolesent het soos byvoorbeeld mediese, skool of ander uitgawes. Hierdie uitgawes word in tabel 4.10 illustreer.

Tabel 4.10 Ekstra uitgawes ten opsigte van die FAS-adolesent

Mediese uitgawes	Narratiewe
	<p><i>"... ek moes gereeld Tygerberberg Hospitaal toe vir die kind se oë"</i></p> <p><i>"... ek moes baie keer hospitaal toe gaan, want die kind het 'n baie sensitiewe vel"</i></p> <p><i>"... ek moes baie hospitaal toe gaan want die kind was baie ondergewig"</i></p> <p><i>"...kind het tb gehad. Ek moes baie hospitaal toe gaan..."</i></p> <p><i>"...ek moes elke maand dokter vir sy bors..."</i></p>
Skooluitgawes	<p><i>"...ek moet ekstra betaal vir vervoer na die vaardigheidskool"</i></p> <p><i>"... ek moet ook self skool geld betaal by die vaardigheidskool"</i></p>

N=20

Nege (45%) van die deelnemers in figuur 4.10 het aangedui dat hulle ekstra mediese en of skool uitgawes ten opsigte van die FAS-adolesente gehad het. Die meerderheid 11 (55%) van die deelnemers het getoon dat hulle geen ekstra uitgawes ten opsigte van die FAS-

adolessent het nie. Die bevinding in table 4.10 toon dat 9 (45%) van die deelnemers ekstra mediese- en of skooluitgawes ten opsigte van die FAS-adolessent het word deur Singer (2003) bevestig dat die versorging van kinders met spesiale behoeftes soos FAS groter finansiële uitdagings bied.

Hierdie bevinding toon dat die versorgers ekstra uitgawes ten opsigte van die adolessent se mediese toestand gehad het. Mediese toestande wat deur die deelnemers uitgewys word, is fisiese toestande soos onder andere probleme met sig, vel, gewig en bors. Skooluitgawes wat deur die deelnemers uitgewys is was die feit dat die versorger ekstra moet betaal vir die adolessent se vervoer na die spesiale skool wat die adolessent bywoon. Die versorger is ook self verantwoordelik vir die betaling van skoolgeld vir die spesiale skool wat die FAS-adolessent bywoon. Die afleiding wat uit hierdie bevinding gemaak kan word, is dat daar ekstra mediese en skooluitgawes voorkom wanneer 'n kind met FAS gediagnoseer is en daarmee leef.

4.7.1.5 *Suksesvolle vervulling van die rol as finansiële voorsiener*

Die deelnemers is gevra om aan te dui of hulle dink versorgers die rol as finansiële voorsiener suksesvol kan voltooi. Al die deelnemers het aangedui dat versorgers hierdie rol suksesvol kan vervul. Die volgende narratiewe illustreer sommige van die deelnemers se motivering:

- *“Daar is altyd **kos en skoon klere...**”*
- *“Hy **het alles gehad wat hy nodig het.**”*
- *“Daar was altyd kos om te eet en sy het **‘n dak oor haar kop gehad.**”*
- *“...ek het vir haar na **my vermoë finansiële versorg.**”*

Vanuit hierdie narratiewe is dit duidelik dat die deelnemers 'n begrip vir hul rol as finansiële voorsieners toon. Die deelnemers noem dat hulle in die adolessent se behoeftes van voedsel, klere en huisvesting kan voorsien as deel van hul rol as finansiële voorsieners. Vanuit hierdie voorbeelde kan die afleiding gemaak word dat ten spyte daarvan dat die versorgers lae inkomste het, afhanklik is van 'n maatskaplike toelaag en nie oor vaste

inkomste beskik nie, hulle hierdie FAS-adolescente na die beste van hul vermoë finansiële probeer versorg.

Hierdie bevinding word deur Kadushin (1970; 1974; 1980:9) gesteun deur die beskrywing van die rol van die versorger as finansiële voorsiener om in die kind se behoeftes van kos, klere, huisvesting, opvoeding, gesondheidsorg, sosiale en ontspannings aktiwiteite te voorsien. Die kinderwet van Suid Afrika (2005) ondersteun die bevindinge verder deur die bepaling dat die versorging van 'n kind behels dat die kind 'n paslike woonplek moet hê, lewensomstandighede wat bevorderlik is vir die kind se gesondheid, welstand, ontwikkeling asook die finansiële bystand.

4.7.2 Die versorgers se rol as emosionele ondersteuner

Die rol van die emosionele ondersteuner word deur Kadushin (1970; 1974; 1980:10) beskryf as die voorsiening in die emosionele behoeftes van die kind deur liefde, sekuriteit en toegeneentheid.

4.7.2.1 Eienskappe van emosionele funksionering

Die deelnemers is gevra om aan te dui watter eienskappe van emosionele funksionering die adolescent toon. Tabel 4.11 illustreer die bevindinge.

Tabel 4.11: Eienskappe van emosionele funksionering

Eienskappe van emosionele funksionering	F	%
Impulsiwiteit	6	30%
Onvoorspelbaarheid	5	25%
Buierigheid	7	35%
Humeurigheid	8	40%
Woedeuitbarstings	1	5%
Selfmoordneigings	0	0%
Swak beheer oor emosies	0	0%
Ontoepaslike seksuele gedrag	0	0%

N=20

(Die deelnemers kon meer as een opsie kies)

Tabel 4.11 illustreer dat die meerderheid 8 (40%) van die deelnemers humeurigheid as 'n eienskap van emosionele funksionering by die FAS-adolesent identifiseer het. Ses (30%) van die deelnemers het aangedui dat die adolessent impulsief optree. Vyf (25%) van die deelnemers het getoon dat die adolessent onvoorspelbaar is. Sewe (35%) van die deelnemers het getoon dat die adolessent buierig is.

Hierdie bevinding korreleer met Miller (2006, in Campbell, 2007:13) wat bevestig dat humeurigheid, impulsiwiteit, buierigheid en woedeuitbarstings eienskappe van emosionele funksionering is van die persoon met FAS. In hierdie studie verwys die persoon na die adolessent met FAS.

Duquette et al. (2006) het bevind dat adolessente met FAS selfmoordneigings, swak beheer oor emosies en ontoepaslike seksuele gedrag toon. Geen deelnemer het bovermelde eienskappe by die adolessente waargeneem nie. Agt (40%) van die deelnemers het aangedui dat die adolessente geen eienskappe van emosionele funksionering toon nie. Die afleiding wat uit hierdie bevinding gemaak kan word, is dat hoewel woedeuitbarstings, selfmoordneigings, swak beheer oor emosies en ontoepaslike seksuele gedrag ook as eienskappe van die emosionele funksionering van 'n FAS-adolesent beskou word hierdie eienskappe nie deur die deelnemers in hierdie studie identifiseer is as eienskappe van emosionele funksionering nie. Die eienskappe van emosionele funksionering van die FAS-adolesent wat deur die deelnemers uitgewys is deur middel van verskeie voorbeelde sluit in: impulsiwiteit, onvoorspelbaarheid, buierigheid en humeurigheid.

De Klerk en Le Roux (2003:13) verduidelik dat die gesin die eerste plek is waar kinders oor hulleself leer en die wêreld waarin hulle hulleself bevind. Binne die gesin leer kinders ook om uitdrukking aan hulle gevoelens te gee of om gevoelens te onderdruk. Die mate waarop die versorger reageer op intense gevoelens wat deur die kind ervaar word sal bepaal hoe hulle oor die algemeen die konsep van emosies sal aanvaar. Die rol van die emosionele ondersteuner beteken dus dat die versorger die belangrikheid van emosies moet herken deur empatie te toon en sorgvuldig na die kinders moet luister.

4.7.2.2 *Suksesvolle vervulling van die rol as emosionele ondersteuner*

Die deelnemers is gevra of hulle die rol van emosionele ondersteuner suksesvol kan vervul. Al die deelnemers het aangedui dat hulle hierdie rol suksesvol kan vervul. Die volgende redes is aangevoer as voorbeelde.

- “Hy **luister** as ek praat.”
- “Ek het haar **getroos** toe haar ouers dood is.”
- “Ek vat **notisie** van haar.”
- “Sy kan altyd **met my praat**.”
- “Ek gee hom **baie liefde**.”
- “Ek gee baie **erkenning**.”

Hierdie bevindinge word deur die Kadushin (1970; 1974; 1980:9) gesteun deur die siening dat die versorger gesien word as die primêre emosionele ondersteuner wat aan die kind beskikbaar is om troos, lof, empatie en simpatie te bied. Uit die bevindinge kan die afleiding gemaak word dat wanneer die rol van die versorger as emosionele ondersteuner suksesvol vervul word, die adolessent sal luister wanneer die versorger die adolessent aanspreek en die versorger die adolessent sal kan vertrou, die versorger die nodige aandag aan die adolessent skenk en altyd beskikbaar is wanneer die adolessent nodig het om met die versorger te praat, die versorger het ook nodig om baie liefde aan die adolessent te toon asook die gee van erkenning wanneer die adolessent iets goed gedoen het.

4.7.3 **Die versorger se rol as opvoedkundige stimuleerder**

Volgens Kadushin (1970; 1974; 1980:9) behels die rol van die versorger as opvoedkundige stimuleerder om die kind op sosiale, geestelike en opvoedkundige vlak te stimuleer. Die versorger as opvoedkundige stimuleerder word ondersoek deur aspekte soos die hoogste standaard/graad geslaag, hulle taalgebruik met die FAS-adolessent en hulle siening oor toesig uit te lig.

4.7.3.1 *Hoogste standaard of graad geslaag*

Die deelnemers is gevra om aan te dui wat die hoogste standaard of graad is wat hulle geslaag het. Tabel 4.12 illustreer die bevindinge.

Tabel 4.12 Hoogste standerd/graad geslaag

Hoogste standerd of graad	F	%
Graad 0 (geen graad voltooi)	1	5%
Graad 1 (Sub A)	1	5%
Graad 2 (Sub B)	1	5%
Graad 3 (Standerd 1)	6	30%
Graad 4 (Standerd 2)	2	10%
Graad 6 (Standerd 4)	3	15%
Graad 7 (Standerd 5)	3	15%
Graad 10 (Standerd 8)	2	10%
Weet nie	1	5%

N=20

Tabel 4.12 illustreer die hoogste standerd of graad wat die deelnemers geslaag het. Die meerderheid 6 (30%) van die deelnemers het graad 3 aangedui as die hoogste graad geslaag. Een (5%) van die deelnemers het getoon dat sy geen graad voltooi het nie.

Een (5%) van die deelnemers het getoon dat sy graad 1 geslaag het. Een (5%) van die deelnemers het getoon dat graad 2 die hoogste graad is wat sy geslaag het. Twee (10%) van die deelnemers het getoon dat graad 4 hul hoogste graad is wat hulle geslaag het. Drie (15%) van die deelnemers het aangedui dat graad 6 die hoogste graad is wat hulle geslaag het. Drie (15%) van die deelnemers het getoon dat graad 7 die hoogste graad is wat hulle geslaag het en 2 (10%) van die deelnemers het getoon dat graad 8 die hoogste graad is wat hulle geslaag het.

Hierdie bevinding korreleer met May et al. (2008:742) se mening dat versorgers van kinders met FAS oor die laagste vlakke van opvoeding beskik. Die afleiding wat uit hierdie bevinding gemaak kan word, is dat 'n groot deel 6 (30%) van die versorgers die skool verlaat het in graad 3 wat daarop dui dat die versorgers van FAS-adolescente baie laag geletterd is. Ten spyte hiervan word daar van die versorger verwag om die FAS-adolessent voldoende te stimuleer. Twee (10%) van die versorgers het wel aangedui dat hulle graad 10 voltooi het wat toon dat daar wel versorgers is wat hoër onderwys ontvang het en wat die FAS-adolessent moontlik kan ondersteun met veral huiswerk.

Waldman (1994:18) verduidelik dat vroue wat op plase werk ingeperk is tot die plaas as gevolg van hul gebrek aan opvoeding en vaardighede. Hierdie gebrek aan opvoeding word verder beskryf as die gevolg van die lang afstande wat sommige kinders te voet moet aflê na die naaste skool, gebrek aan vroeë kind ontwikkelingsfasiliteite, finansiële nood, die behoefte om die huishouding finansiëel te ondersteun en die voorkoms van tienerswangerskap (Departement van Maatskaplike Dienste en Armoede Verligting, 2004:11).

4.7.3.2 Eenvoudige taalgebruik

Die deelnemers is gevra om aan te dui of hulle eenvoudige taal gebruik wanneer hulle met die adolessent praat. Tabel 4.13 illustreer die bevindinge.

Tabel 4.13: Eenvoudige taalgebruik

Eenvoudige taalgebruik	JA	F	%	NEE	F	%
		11	55%		9	45%

N=20

Bevinding in tabel 4.13 toon dat die meerderheid 11 (55%) van die deelnemers volgens hulle persepsie eenvoudige taal gebruik wanneer hulle met die FAS-adolessent praat. Nege (45%) van die deelnemers het aangedui dat dit nie nodig is om eenvoudige taal te gebruik wanneer hulle met die FAS-adolessent praat nie.

Hierdie bevinding korreleer met navorsers Evensen en Lutke (1997), Graefe (1999) en Singer (2003) wat saamstem dat wanneer opdragte aan die adolessent met FAS gegee word eenvoudige taal gebruik moet word. Deur eenvoudige taal sal die versorger verhoed dat die adolessent oorgestimuleer word en kan afskakel (*shut down*). Hierdie afskakeling veroorsaak dat inligting nie verwerk kan word nie. Eenvoud is 'n belangrike grondslag vir effektiewe ouerskap binne die versorger se rol as opvoedkundige stimuleerder.

Die volgende narratiewe dien as redes wat deur die deelnemers aangevoer is:

- “Ek moet **mooi verduidelik** wat sy moet doen.”
- “Ek moenie **te vinnig** praat met haar nie, ek moet mooi **duidelik** met haar praat.”
- “Ek verduidelik altyd aan haar wat sy moet doen, want **sy verstaan nie** altyd nie.”
- “Ek moet **spesifiek** vir haar sê wat sy moet doen.”
- “Ek moet **stadig en duidelik** met haar praat.”
- “Dit lyk as ek te **hard praat** dan verstaan hulle my nie. Ek moet ‘n paar keer **dieselfde ding sê**”.

Hierdie narratiewe word deur (Evensen & Lutke, 1997, Graefe, 1999) gesteun dat die versorger baie spesifiek moet wees oor verwagtinge van die opdrag wat gegee word. Adollesente met FAS se vermoë om abstrakte begrippe en veralgemenings te tref word ook deur hierdie bevinding beklemtoon. Volgens Evensen en Lutke (1997) sal die versorger die FAS-adollesent beter verstaan wanneer daar in konkrete terme met dieadollesent gepraat sal word aangesien dieadollesent met FAS se sosio-emosionele begripsvermoë baie laer is as hul kronologiese ouderdom.

Die afleiding wat uit die bevinding gemaak kan word, is dat die versorgers van FAS-adollesente van eenvoudige taal gebruik maak deur mooi te verduidelik wanneer opdragte aan die FAS-adollesent gegee word. Die versorger sal stadig en duidelik moet praat aangesien die dieadollesent met FAS nie altyd verstaan wat van hom/haar verwag word nie. Die versorger sal ook baie spesifiek moet wees in die opdrag wat aan die FAS-adollesent gegee word. Herhaling word beskou as ‘n baie belangrike komponent wanneer daar met die FAS-adollesent gekommunikeer word. Die versorgers stel voor dat die FAS-adollesent op ‘n baie sagte manier benader word, want wanneer daar hard gepraat word lyk dit asof hulle nie verstaan wat van hulle verwag word nie.

4.7.3.3 Toesig

Die deelnemers is gevra of dit nodige is dat hul gedurig toesig moet hou oor die FAS-adollesent. Al die deelnemers het aangedui dat dit nie nodig is om gedurig oor die

adolescent toesig te hou nie. Sommige van die redes wat die deelnemers aangevoer het, is as volg:

- “Ek **vertrou haar** sy kan dinge op haar eie doen.”
- “Sy is ‘n **selfstandige kind**...”
- “Hy kan na **homself** kyk.”

Die deelnemers se persepsie van toesig ten opsigte van die FAS-adolescent is nie in ooreenstemming met Evensen en Lutke (1997) se siening dat adolessente met FAS voltyds toesig benodig nie. Die skrywers voer aan dat adolessente met FAS daaglikse lewenssituasies met groot naïwiteit ervaar as gevolg van die kognitiewe uitdagings waarmee hulle te kampe het. As gevolg hiervan het adolessente met FAS voltyds toesig nodig net soos jonger kinders om sekere lewenspatrone en gepaste gedrag aan te leer. Die deelnemers is egter van mening dat die FAS-adolescent selfstandig is en daarom na hulleself kan kyk. Die deelnemers voel daarom dat hulle die FAS-adolescent kan vertrou. Die afleiding wat gemaak kan word, is dat die versorgers nie toesig en beheer oor die FAS-adolescent het nie en daarom nie voltyds toesig oor die FAS-adolescent hou nie.

Kellerman (2004b) verduidelik dat adolessente met FAS streng toesig benodig as gevolg van die disfunksionering in die voorste lob van die brein wat veroorsaak dat besluite wat deur hulle geneem word nie altyd wys is nie en kan lei tot gevaarlike situasies. Graefe (1999) beklemtoon dat toesig nie gedurende adolessensie verminder kan word nie, aangesien die adolescent met FAS se geestelike en emosionele funksionering laer is as sy/haar kronologiese ouderdom. Singer (2003) steun Graefe (1999) se stelling dat toesig aan adolessente met FAS daarom sorgvuldig moet plaasvind om te verhoed dat hulle in die moeilikheid beland of hulleself in gevaarlike situasies plaas.

4.7.3.4 *Suksesvolle vervulling van die rol as opvoedkundige stimuleerder*

Die deelnemers is gevra of hulle dink versorgers die rol van opvoedkundige stimuleerder suksesvol vervul. Al die deelnemers het getoon dat versorgers hierdie rol suksesvol kan vervul. Die volgende narratiewe dien as voorbeelde van sommige van die deelnemers:

- “Dit wat ek **vir haar leer doen sy**.”
- “Ek het hom **goed grootgemaak**.”

Hierdie narratiewe korreleer met (Hoghughi & Long, 2004:9) se siening dat die ondersteuning van die versorger onskatbare waarde het in die bevordering van kinders se opvoeding. Die kind se opvoeding word deur Baruth en Burggraf (1979:41) beklemtoon as die primêre verantwoordelikheid van die versorger. Vanuit die bevinding van hierdie studie kan die afleiding gemaak word dat hoewel die deelnemers meestal ongeletterd is probeer hulle om 'n bydrae te maak tot die opvoeding van die FAS-adolesent. Hierdie pogings is duidelik sigbaar in die deelnemers se beleving dat die FAS-adolesent die dinge doen wat aan hulle geleer word. Die deelnemers betwyfel ook nie dat hulle die FAS-adolesent van 'n goeie opvoeding voorsien nie.

4.7.4 Die versorger se rol as positiewe rolmodelleerder

Kinders kyk op na volwasse persone in hulle lewens. Hulle kyk na ouers of versorgers vir beskerming, antwoorde, leiding en wenke oor hoe om op te tree in hulle daaglikse lewenssituasies (Carney, 2007).

Die deelnemers is gevra om aan te dui watter kenmerke ten opsigte van positiewe rolmodellering na hulle mening belangrik is in die opvoeding van die FAS-adolesent. Die deelnemers kon meer as een opsie kies.

Al die deelnemers het aangedui dat kenmerke soos die handhawing van 'n gesonde leefstyl, modellering van 'n liefde vir leergierigheid, die handhawing van 'n positiewe houding teenoor ander en die lewe, selfverantwoordelikheid, goeie probleemoplossingsvaardighede, die modellering van welwillendheid en respek, etiese optrede, goeie hanteringsvaardighede asook betroubaarheid en diensbaarheid almal kenmerke is van 'n positiewe rolmodellering. Die afleiding wat hieruit gemaak kan word, is dat die deelnemers die belangrikheid van rolmodellering herken.

Hierdie bevinding word deur Carney (2007) gesteun deur die aanbeveling dat deur die modellering van 'n gesonde leefstyl die versorgers nie in kinders se teenwoordigheid praat of deelneem aan enige dwelmiddel gebruik, alkohol of tabak nie. Deur die modellering van 'n liefde vir leergierigheid word kinders se waarde stelsels beïnvloed deur hulle interaksie met volwassenes en 'n positiewe gesindheid teenoor opvoeding en leer van die kant van die

versorger. Versorgers moet hulleself uitdaag om positiewe dinge te identifiseer om aan hulle kinders te modelleer soos byvoorbeeld: geluk, bedagsaamheid, selfrespek, geduld, mededeelsaamheid, selfdissipline, ywer, vriendelikheid, dapperheid en medelye (Steffens, 2004). Selfverantwoordelikheid kan gemodelleer word deurdat die versorger nie ander mense of eksterne faktore vir hulle probleme blameer nie. Betroubaarheid word gemodelleer deurdat die versorgers aan die FAS-adolesent kan wys dat hulle op die versorger kan vertrou. Deur diensbaar te wees aan ander, modelleer die versorger dat daar maniere is om 'n bydrae te lewer tot die samelewing (Ajimera, 2011).

Hierdie bevinding toon dat die versorgers van adolessente met FAS in Suid-Afrika weet wat die eienskappe van positiewe rolmodellering is hoewel hulle nie noodwendig oor die vaardighede beskik om dit aan hul FAS-adolesente oor te dra nie. In Suid-Afrikaanse huishoudings met FAS-adolesente is die versorgers van hierdie kinders laag geskoold en word die adolessent aan beperkte leer ervarings blootgestel (May et al., 2008:742). Versorgers word ook deur May et al. (2005:1190) beskryf as depressief met swak lewensdoelwitte. Maatskaplike werkers sal dus in die hulpverleningsproses hierdie versorgers kan ondersteun met hul opvoedingsrol in positiewe rolmodellering.

4.7.4.1 *Suksesvolle vervulling van die positiewe rolmodelleerder*

Die deelnemers is gevra of hulle dink versorgers die rol van positiewe rolmodelleerder suksesvol kan vervul. Negentien (95%) van die deelnemers het aangedui dat versorgers die rol van positiewe rolmodellering suksesvol kan vervul. Die volgende is as redes aangevoer:

- “Sy kan **opkyk na my.**”
- “Ek het haar **positiewe goed geleer.**”
- “Ek is ‘n **goeie voorbeeld** vir hom. Ek doen nooit **verkeerde** goed voor hom nie.”
- “Ek het **goeie kinders** en hulle het **baie respek** vir groot mense. Kinders kyk hoe mense optree teenoor ander mense.”

Die narratiewe toon dat die feit dat die FAS-adolesent die versorger as rolmodel sien, die versorger die FAS-adolesent leer om positief te wees, 'n voorbeeld vir die FAS-adolesent

is, deur nie verkeerde goed voor hulle te doen nie, en respek aan ander te betoon, belangrike aspekte is vir die deelnemers in hul rol van positiewe rolmodellering.

Hierdie bevinding korreleer met Maartins (2007:40) dat adolessente geneig is om te herhaal wat hulle geleer is of gedrag wat hulle sien van hulle versorgers of rolmodelle, ongeag of die gedrag positief of negatief is. Hierdie bevinding toon verder dat versorgers van FAS-kindere weet wat die eienskappe van positiewe rolmodellering is en benodig die ondersteuning van die maatskaplike werker om die vaardighede te bemeester om hierdie waardes aan hul FAS-adolesseent oor te dra.

4.7.5 Die versorger se rol as disiplineerder

Kadushin (1970; 1974; 1980:9) beskryf die rol van die versorger as disiplineerder om die kindere te weerhou van die aanleer van gedragpatrone en houdings wat hulle in onguns kan bring by die gemeenskap.

4.7.5.1 Frekwensie van die toepassing van disipline

Die deelnemers is gevra om aan te dui hoe gereeld volgens hulle mening versorgers die volgende vorme van disipline toepas. Die resultate van hierdie vraag word in tabel 4.14 uiteengesit.

Tabel 4.14 Frekwensie van die toepassing van disipline

Hoe gereeld doen u die volgende?	Nooit	Soms	Altyd
Verduidelik waarom ek hom/ haar straf		11 (55%)	9 (45%)
Ek neem my kind se behoeftes in ag		5 (25%)	15 (75%)
Ek straf my kind deur fisiese straf	7 (35%)	11 (55%)	2 (10%)
My kind se opinie tel nie	14 (70%)	6 (30%)	
Kind luister nie en doen net wat hy/sy wil	12 (60%)	7 (35%)	1 (5%)
Ek dreig om te straf maar doen dit nie	1 (5%)	15 (75%)	4 (20%)
My kind kan na hom/ haar self kyk	3 (15%)	5 (25%)	12 (60%)
Ek gee my kind alles wat hy /sy vra		9 (45%)	11(55%)

N=20

(Die deelnemers kon meer as een opsie kies)

Tabel 4.14 toon dat 11 (55%) van die deelnemers soms aan die adolessent verduidelik waarom hy/sy gestraf word en 15 (75%) van die deelnemers altyd die adolessent se

behoefte in ag neem. Hierdie bevinding toon dat die deelnemers gereeld vanuit die gesaghebbende ouerskapstyl dissipline toepas.

Hierdie bevinding korreleer met Baumrind (1991), Martin en Colbert (1997:40), Tancred (2011:17), Pillay (2008:8), Pretorius (2004:4), Norton (1977:3), Marsiglia (2007) wie die gesaghebbende ouerskapstyl beskryf as 'n demokratiese benadering van ouerskap wat die kind en die ouer se behoefte en regte respekteer. Gesaghebbende ouers stel standarde om adolessente te lei na toepaslike gedrag, moedig onderhandeling aan en gee verduidelikings oor besluite wat geneem word. Vanuit hierdie bevinding kan die afleiding gemaak word dat versorgers van FAS-adolessente beskryf kan word as versorgers wat die gesaghebbende ouerskapstyl benut deur die FAS-adolesent se behoeftes in ag te neem wanneer dissipline toegepas word.

Meer as die helfte 11 (55%) van die deelnemers het aangedui dat hulle soms die adolessent fisiese straf. Hierdie bevinding toon dat meer as die helfte 11 (55%) van die deelnemers soms vanuit die outoritêre ouerskapstyl dissipline toepas. Hierdie bevinding word deur Baumrind (1991), Gouws et al. (2008:84), Martin et al. (1997:40), Lerner et al. (1998), Pillay (2008: 9), Tancred (2011:18), Marsiglia et al. (2007), Pretorius (2000:5) gesteun deur die beskrywing van outoritêre ouers wie dikwels dissipline afdwing deur 'n pak slaai.

Die meeste 14 (70%) van die deelnemers het getoon dat hulle nooit voel dat die kind se opinie nie tel nie teenoor 6 (30%) van die deelnemers wie wel aangedui het dat hulle kind se opinie soms nie tel nie. Hierdie bevinding korreleer met Baumrind (1991), Gouws et al. (2008:84), Martin et al. (1997:40), Lerner et al. (1998), Pillay (2008:9), Tancred (2011:18), Marsiglia et al. (2007), Pretorius (2000:5) wie outoritêre ouers beskryf as ouers met vasgestelde standarde en verwag gehoorsaamheid sonder enige vrae of die kind se opinie. Vanuit hierdie bevinding kan afgelei word 'n groot aantal 11 (55%) van die deelnemers wel van fisiese straf gebruik gemaak in hul pogings om die FAS-adolesent te dissiplineer.

Sewe (35%) van die deelnemers het aangedui dat die adolessent soms nie luister nie en net doen wat hy/sy wil. 'n Groot aantal 15 (75%) van die deelnemers het getoon dat hulle soms dreig om te straf, maar dit nie doen nie. Meer as die helfte 12 (60%) van die deelnemers het

getoon dat die adolessent altyd na hom-/haarself kan kyk en 11 (55%) van die deelnemers het getoon dat hulle altyd vir die adolessent alles gee wat hy/sy vra. Hierdie bevinding word deur Baumrind (1991), Gouws et al. (2008:84), Martin et al. (1997:40), Lerner et al. (1998), Pillay (2008: 9); Tancred (2011:18), Marsiglia et al. (2007), Pretorius (2000:5) gesteun deur die siening dat permissiewe ouers geen konsekwentheid in die nakom van reëls toon nie. Hierdie ouers het 'n lakse houding teenoor hulle kinders se gedrag in die sin dat hulle geen aandag aan die kind gee nie en dat hulle hom/haar toelaat om te doen wat hulle wil. Hierdie ouerskapstyl vermy konfrontasie en ouers gee hulle kinders alles wat hulle vra. Die afleiding kan gemaak word dat versorgers van FAS-adolesente hoofsaaklik vanuit die gesaghebbende, outoritêre en permissiewe ouerskapstyle dissipline toepas.

4.7.5.2 *Dissiplinerings van die FAS-adolesent*

Die deelnemers is gevra om aan te dui hoe hulle dink die adolessent deur versorgers gedissiplineer word. Die bevindinge word in tabel 4.15 illustreer.

Tabel 4.15: Dissiplinerings van die FAS-adolesent

Hoe dissipliner u die adolessent	F	%
Fisiese straf	12	60%
Ignoreer negatiewe gedrag	2	10%
Spreek onaanvaarbare gedrag dadelik aan	19	95%
Stel ferm grense	19	95%
Pas konsekwent dissipline toe	14	70%
Gee belonings vir goeie gedrag	17	85%

N=20

(Die deelnemers kon meer as een opsie kies)

Tabel 4.15 toon dat die meeste 19 (95%) van die deelnemers het gevoel die adolessent word gedissiplineer deur onaanvaarbare gedrag dadelik aan te spreek en ferm grense te stel. Hierdie bevinding korreleer met Kersey (1994) se aanbeveling dat dit beter is om die gevolge van onaanvaarbare gedrag dadelik aan te spreek na 'n ongewenste gedrag uitgevoer is. Twaalf (60%) van die deelnemers het getoon dat hulle die adolessent dissipliner deur fisiese straf. Hierdie bevinding word deur Jones en Cunningham (2003: 12) as 'n tegniek beskryf wat nie effektief is vir adolessente met FAS nie.

Twee (10%) van die deelnemers het gevoel versorgers dissipleneer die adolessent deur negatiewe gedrag te ignoreer. Hierdie bevinding word deur Kersey (1994) gesteun deur die siening dat positiewe gedrag beloon behoort te word en negatiewe geïgnoreer word tensy dit gevaarlik, destruktief of 'n verleentheid kan wees. Veertien (70%) van die deelnemers het getoon dat hulle konsekwent dissipline toepas. Hierdie bevinding korreleer met Jones en Cunningham (2003:11) se voorstel dat die versorger ferm grense moet handhaaf en dissipline konsekwent moet toepas. Sewentien (85%) van die deelnemers het gevoel dat versorgers dissipline toepas deur die beloning van goeie gedrag. Hierdie bevinding word deur Connor (2005) gesteun deur die siening dat die doel van belonings is om goeie gedrag aan te moedig en in die meeste gevalle sal die versorger 'n spesifieke gedrag met 'n spesifieke geskenk beloon.

Die afleiding wat gemaak word ten opsigte van die tegnieke van dissiplinerings is dat die versorgers van FAS-adolessente wel fisiese straf as 'n dissiplinerings tegniek gebruik. Hierdie tegniek word egter nie deur Jones en Cunningham (2003:12) aanbeveel nie daarom sal die maatskaplike werker die versorgers van FAS-adolessente aan alternatiewe tegnieke bekend moet stel. Tegnieke soos die onmiddellike aanspreek van onaanvaarbare gedrag, die stel van ferm grense, die gee van belonings en die konsekwente toepassing van dissipline word deur 'n groot presentasie van die deelnemers beleef as suksesvolle dissiplinerings tegnieke ten opsigte van die FAS-adolessent. Malbin (2004:56) is daarom van mening dat dissiplinerings tegnieke wat algemeen gebruik word nie effektief is vir persone met FAS nie, aangesien die breinfunksionering van hierdie persone nie die konsep van negatiewe gevolge vir onvanpaste gedrag verstaan nie. Kellerman (2004b) verduidelik binne hierdie konteks dat vir suksesvolle ouerskap met adolessente met FAS dit belangrik is om te verstaan en te weet hoe die brein funksioneer beide in 'n gesonde persoon en veral in diegene wat geaffekteer is deur alkohol, aangesien die brein ook gedurende die adolessente jare verander.

4.7.5.3 Suksesvolle vervulling van die rol van dissiplineerder

Die deelnemers is gevra of hulle dink versorgers die rol van dissiplineerder suksesvol kan vervul. Al die deelnemers het geantwoord dat versorgers hierdie rol suksesvol kan vervul. Die afleiding kan gemaak word vanuit die deelnemers se persepsie dat hulle wel dissipline kan toepas. Hierdie versorgers sal egter deur die maatskaplike werker ondersteun moet

word in intensiewe oerleidingsprogramme wat spesifiek gerig is op die versorgers se intellektuele vlakke en die versorger se individuele behoeftes.

4.7.6 Die versorger se rol as beskermer

Op die vraag of die deelnemers dink versorgers hul rol as beskermers suksesvol vervul het, al die deelnemers geantwoord dat versorgers die rol as beskermer suksesvol kan vervul. Sommige van die narratiewe word as redes aangevoer:

- “Ek kyk goed na hom en **sal nie toelaat** dat enige iets met hom gebeur nie.”
- “Ek het **alles in my vermoë** gedoen om haar te beskerm en te help.”

Die deelnemers se perspektiewe ten opsigte van hoe hulle die FAS-adolessent beskerm is gesetel in die volgende voorbeelde wat hulle uitgelig het. Dit is vir die deelnemers belangrik om die FAS-adolessent te beskerm deur te verhoed dat enige skade aan hom/haar gedoen word. Vanuit die belewenis van die deelnemers beskerm die deelnemers die FAS-adolessent op hulle unieke manier. Binne hierdie konteks beklemtoon navorsers Visser (2004:22) en Herbert (1996:21) daarom dat die versorger in haar rol as beskermer moet voorsien in ‘n huis waarin die kind veiligheid, sekuriteit, warmte en aanvaarding kan ervaar.

4.7.7 Die rol van die versorger om gesinsinteraksie te bevorder

Die deelnemers is gevra of hulle dink versorgers die rol om gesinsinteraksie te bevorder suksesvol kan vervul. Al die deelnemers het geantwoord dat versorgers hierdie rol suksesvol kan vervul. Die volgende narratiewe is as redes aangevoer:

- “Ek moet altyd die **vrede bewaar**.”
- “Ek bewaar altyd die vrede in die huis deur altyd **tussenbeide** te tree.”
- “Ek **praat altyd** met my kinders wanneer daar ongelukkighede is.”
- “Ek praat oor ongelukkigheid en wrywing. Ek **luister** ook wat hulle ongelukkig maak.”
- “Ek spreek ook **die partye** aan wat ongelukkigheid veroorsaak.”

Vanuit die deelnemers se belewenisse kan die afleiding gemaak word dat om die rol van gesinsinteraksie suksesvol te voltooi dit nodig is dat die versorger die vrede moet bewaar

wanneer konfliktsituasies ontstaan. Die versorger kan die vrede bewaar deur altyd tussenbeide te tree en met die kinders te praat oor dinge wat hulle ongelukkig maak. Dit is ook nodig om na die kinders te luister en diegene aan te spreek wat verantwoordelik is vir die konflik en ongelukkighede binne die gesin.

Hierdie bevindinge word deur Kadushin (1980:10) gesteun dat die versorger gesinsinteraksie op 'n bevredigende wyse moet handhaaf sodat daar in al die lede van die gesin se behoeftes voorsien moet word. Dit is die verantwoordelikheid van die versorger om ongemaklike situasies, wrywing en ongelukkigheid in die gesin op te los. Hildebrand (1990:369) se siening is dat die huis die middelpunt van die gesinslede se lewe is en speel 'n groot rol in die emosionele gesondheid van die gesin.

4.7.8 Die rol van die versorger as voorsiener van 'n permanente plek in die gemeenskap

Op 'n vraag of die deelnemers dink versorgers 'n permanente plek in die samelewing kan voorsien het al die deelnemers geantwoord dat versorgers aan die adolessent 'n permanente plek in die gemeenskap kan verseker deur middel van die volgende voorbeelde:

- *“Sy weet waar **sy** hoort.”*
- *“Sy is **gelukkig** om hier te bly.”*
- *“Daar is **genoeg plek** vir haar hier in die huis.”*
- *“Hy is verseker hy het **'n plek op die plaas** waarheen hy kan kom.”*
- *“Mense **aanvaar** my kind hier waar ons woon.”*
- *“Die mense aanvaar ons hier op die plaas en ons bly **baie lekker**.”*

Die afleiding wat uit die bovermelde voorbeelde gemaak kan word, is dat vir die versorger om 'n permanente plek vir die FAS-adolessent te verseker die FAS-adolessent moet weet waar hy/sy hoort, met ander woorde hulle moet 'n identiteit hê. Die FAS-adolessent moet die plek geniet waar hy/sy woon en moet aanvaar word deur die mense van daardie plek. Die FAS-adolessent moet ook sekuriteit ervaar ten opsigte van die plek waar hy/sy woon. Hierdie bevinding korreleer met Kadushin (1980:10) wat die rol van die versorger beskryf as die voorsiener van 'n permanente plek in die samelewing deurdat die versorger moet

toesien dat die kind 'n permanente plek in die samelewing moet hê. Hierdie bevinding word ook deur navorsers Mussen et al. (1984:499) gesteun deur die stelling dat adolessente 'n behoefte het aan aanvaarding, 'n behoefte aan behoort asook 'n plek in die breë samelewing.

4.7.9 Die rol van die versorger as voorspraakmaker

Die deelnemers is gevra of hulle die rol as voorspraakmaker suksesvol kan vervul. Al die deelnemers het aangedui dat hulle hierdie rol suksesvol kan vervul.

Die volgende narratiewe kan as redes dien:

- *“Ek moes al by die **skool situasies** oplos.”*
- *“Daar was al situasies waar ek as 'n **tussenganger** moes optree.”*
- *“Ek moes al vir haar gaan **voorpraat**.”*
- *“Hy kan op my **staatmaak** om vir hom voorspraak te maak en in te tree wanner nodig.”*

In die deelnemers se persepsie van hul rol as voorspraakmakers kan die afleiding gemaak word dat dit belangrik is dat die FAS-adolessent op die versorger se ondersteuning moet kan staatmaak om situasies by die skool namens hulle te kan oplos deur as tussenganger op te tree. Die versorger sal ook beskikbaar moet wees om voorspraak vir die FAS-adolessent te maak aangesien die versorger die behoeftes van die FAS-adolessent die beste ken. Hierdie bevinding word deur Kadushin (1970: 974; 1980:9-10) gesteun deur die siening dat die rol van die versorger as voorspraakmaker ook dien as die van 'n tussenganger tussen die kind en die wêreld buite. Hierdeur sal die versorger as tussenganger die kind se regte in die gemeenskap verdedig en so ook die kind beskerm deur onregverdige eise wat deur die gemeenskap gestel word. Graefe (1999), Kellerman (2004b), Singer (2003) argumenteer dat die versorgers die beste voorspraakmakers vir hul FAS-adolessente is. Die afleiding wat uit hierdie bevinding gemaak kan word, is dat die deelnemers wel as voorspraakmakers vir die FAS-adolessent kan optree.

4.8 SAMEVATTING

In hierdie hoofstuk is die bevindinge van die ondersoek wat met behulp van 'n onderhoudskedule (Bylaag 1) deur 20 versorgers van adolessente wat met FAS gediagnoseer is voltooi. Die resultate van die empiriese studie wat die opvoedingsrolle van versorgers van FAS-adolessente ondersoek is in hierdie hoofstuk bespreek.

'n Profiel van die versorgers is opgestel waarin die identifiserende besonderhede van die versorgers bespreek word, is eerstens aangebied. Daarna is die kenmerke van FAS bespreek onder subtemas van fisiese kenmerke, kognitiewe en sosiale ontwikkeling. Die risikofaktore het daarna gevolg.

In die laaste gedeelte is die opvoedingsrolle waarvoor versorgers van FAS-adolessente moet oor beskik bespreek. Hoewel hierdie versorgers laag geskool is en in armoede leef toon hierdie versorgers dat hulle weet wat van hulle verwag word ten opsigte van hul opvoedingsrolle en probeer hulle om daarin te voldoen.

HOOFSTUK 5

GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS

5.1 INLEIDING

Die doel van hierdie hoofstuk is eerstens om te bepaal of die doelstelling van die navorsingstudie bereik is. Daarna sal die aanbevelings en gevolgtrekkings wat gebaseer is op die bevindinge in die empiriese ondersoek samevattend aangebied word.

Die doel van hierdie navorsing was om begrip te ontwikkel vir die opvoedingsrolle waarvoor versorgers van adolessente met FAS moet oor beskik ten einde aanbevelings aan maatskaplike werkers te kan maak vir effektiewe hulpverlening aan hierdie versorgers. Na aanleiding van die literatuurstudie en empiriese bevindinge sal aanbevelings en gevolgtrekkings gemaak word. Hierdie aanbevelings kan deur maatskaplike werkers as riglyne gebruik word vir effektiewe dienslewering aan versorgers met FAS-adolessente.

5.2 GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS

Die volgende gevolgtrekkings is gegrond op die bevindinge van die empiriese ondersoek. Die gevolgtrekkings is aangebied in die soortgelyke formaat soos in hoofstuk 4, die empiriese studie sal die formaat van die ondershoudskedule aanneem.

Die identifiserende besonderhede is saamgevat om 'n profiel van die versorger te kan saamstel. Daarna is die kenmerke van FAS ondersoek. Laastens is die opvoedingsrolle van die versorger bestudeer.

5.2.1 Profiel van die versorger

Die identifiserende besonderhede bevat aspekte soos waar die versorger woon, ras, huwelikstatus, huistaal, ouderdom van die adolessent, graad waarin die adolessent tans is, graad waarin die adolessent skool verlaat het indien die adolessent nie steeds op skool is nie.

Gevolgtrekking

Die meerderheid van die versorgers woon op plase. Al die versorgers behoort aan die kleurling rassegroep en is Afrikaans sprekend. Dit blyk verder asof 'n groot persentasie van die deelnemers later trou in hul lewe en minder as die helfte van die deelnemers is betrokke in saamwoonverhoudings. Die adolessent se ouderdomme is tussen 16 en 18 jaar oud met die grootste persentasie van die adolessente wat reeds die skool verlaat het. Die adolessente wat steeds skool bywoon is tans op hoërskool. Die meerderheid van die adolessente het die skool in graad 7 verlaat. Die gevolgtrekking kan verder gemaak word dat die versorger van die FAS-adolessent met lewensomstandighede worstel wat in 'n kringloop van maatskaplike omstandighede, soos armoede, werkloosheid en ongeletterdheid vasgevang is.

Aanbeveling

Maatskaplike werkers moet bewus wees van die lewensomstandighede waarin die versorgers van FAS-adolessente hulleself bevind. Armoede, werkloosheid en ongeletterdheid van die versorgers moet in ag geneem word wanneer programme opgestel word. Programme wat gerig is op die ondersteuning van die versorger in hulle opvoedingsrolle moet op 'n eenvoudige manier aangebied word om aanklank te vind by die versorger se leefwêreld.

5.2.2 Kenmerke van fetale-alkoholsindroom (FAS)

Hierdie afdeling fokus op die kenmerke van die FAS-adolessent.

Gevolgtrekking

5.2.2.1 Fisiese kenmerke van fetale-alkoholsindroom

Die bevinding in hierdie studie toon dat die deelnemers bewus is van die fisiese kenmerke van FAS wat ook strukturele en funksionele gevolge insluit. Die fisiese kenmerke wat die meeste geïdentifiseer is deur die deelnemers was groeivertraging deur die adolessent en die tipiese gesigskenmerke.

Strukturele en funksionele gevolge van FAS wat die meeste deur die deelnemers uitgewys is was onderbreekte skoolopleiding, geestelike gesondheidsprobleme soos byvoorbeeld swak intellektuele vermoë en swak korttermyn geheue.

Aanbeveling

Meer bewusmaking moet gedoen word deur byvoorbeeld die klinieke waar vroue ingelig moet word oor die effek (fisies, struktureel en fisies) wat alkohol op 'n ongebore baba kan hê. Bewusmakingsprogramme kan by skole en aan die gemeenskap aangebied word deur maatskaplike werkers en die Departement van Gesondheid en moet feitlike informasie bevat en alle kategorieë insluit oor die gevolge van alkoholgebruik tydens swangerskap.

5.2.3 Kognitiewe en sosiale ontwikkeling

Hierdie afdeling fokus op die kognitiewe en sosiale ontwikkeling van die FAS-adolesent.

Gevolgtrekking

Die gevolgtrekking wat uit die bevindinge gemaak kan word, is dat die FAS-adolesente in hierdie studie sukkel met agterstande in kognitiewe ontwikkeling veral in die volgende areas naamlik: probleme met abstrakte denke, die aanleer van nuwe vaardighede, wiskunde en die hantering van geld, die verband tussen oorsaak en gevolg en die uitvoering van verbale opdragte. Agterstande in die sosiale ontwikkeling van die FAS-adolesent wat die meeste geïdentifiseer is deur die deelnemers is soos volg: oorvriendelikheid, impulsiwiteit en nuuskierigheid.

Aanbeveling

Die maatskaplike werker sal die versorger moet ondersteun in eenvoudige oerleidingsprogramme oor hoe om die FAS-adolesent te help om agterstande in hulle sosiale ontwikkeling aan te spreek. Die maatskaplike werker kan die FAS-adolesent inskakel by lewensvaardigheidsprogramme waarin daar gefokus word om aspekte soos oorvriendelikheid, impulsiwiteit en oordewe nuuskierigheid te probeer beheer.

5.2.4 Risikofaktore

Hierdie afdeling fokus op die risikofaktore wat teenwoordig was in die vrou se lewe tydens swangerskap wat haar kanse kan verhoog om geboorte te skenk met 'n kind met FAS.

Gevolgtrekking

Die gevolgtrekking wat uit die bevindinge gemaak kan word, is dat 'n hoë voorkoms van alkoholmisbruik deur die eggenoot of lewensmaat, hoë alkoholmisbruik deur vriende en familie, oormatige alkoholmisbruik deur die biologiese moeder, lae sosio ekonomiese status en veral gebrekkige skoolopleiding teenwoordig was tydens die vrou se swangerskap met die FAS-adolesent.

Aanbeveling

Die aanbieding van eenvoudige bewusmakingsaktiwiteite en voorkommingsprogramme deur maatskaplike werkers en die Departement van Gesondheid aan hoë risiko vroue in 'n poging om hulle op te voed oor die gevare van alkoholgebruik tydens swangerskap.

Voorkommingsprogramme moet simplisties en eenvoudig aangebied word sodat versorgers wat laag geskool is die inhoud maklik kan verstaan en ook in staat sal wees om die inligting te kan oordra aan die FAS-adolesent as deel van hul opvoedingrol.

5.2.5 Opvoedingsrolle waaroor die versorgers van FAS-adolesente moet oor

In hierdie afdeling is die opvoedingsrolle beskryf waaroor die versorger van die FAS-adolesent moet oor beskik naamlik: die versorger se rol as finansiële voorsiener, emosionele ondersteuner, opvoedkundige stimuleerder, positiewe rolmodelleerder, dissiplineerder, beskermer, die versorger se rol om interaksie tussen lede van die gesin te handhaaf, die versorger se rol as voorsiener van 'n permanente plek in die gemeenskap en die versorger se rol as voorspraakmaker.

5.2.5.1 Die versorger se rol as finansiële voorsiener

In hierdie afdeling is die versorger se rol as finansiële voorsiener bespreek. Daar is gefokus op die deelnemers se werkstatus; totale maandelikse inkomste, maatskaplike toelaag en ekstra finansiële uitgawes ten opsigte van die FAS-adolesent.

Gevolgtrekking

Die gevolgtrekking wat uit die bevindinge gemaak kan word, is dat die werkstatus van die deelnemers eweredig versprei is tussen voltydse werk en werkloosheid. Hoewel die meerderheid van die deelnemers in besit is van 'n kindertoelaag, is die totale maandelikse inkomste van die meeste van die deelnemers tussen R1000 en R2000 per maand. 'n Klein persentasie van die deelnemers het getoon dat hulle ekstra finansiële uitgawes ten opsigte van die FAS-adolesent het. Die gevolgtrekking word verder gemaak dat die versorgers weet wat van hulle verwag word in hul rol as finansiële voorsiener.

Aanbeveling

Die maatskaplike werker sal gesinne met FAS-kindere moet ondersteun en bekendstel aan meer hulpbronne om sodoende ekstra uitgawes te verminder. Die ondersteuning ten opsigte van spesifieke finansiële geletterdheidsprogramme en finansiële beplanning in die vorm van die opstel van begrotings kan ook oorweeg word.

5.2.5.2 Die versorger se rol as emosionele ondersteuner

Hierdie afdeling fokus op die eienskappe van emosionele funksionering wat die FAS-adolesent openbaar.

Gevolgtrekking

Die gevolgtrekking wat uit die bevindinge gemaak word, is dat daar 'n hoë voorkoms van humeurigheid, impulsiwiteit, buierigheid en onvoorspelbaarheid as eienskappe van emosionele funksionering van die FAS-adolesent geïdentifiseer is. Die gevolgtrekking word verder gemaak dat die deelnemers kon identifiseer met die eienskappe van emosionele funksionering van die FAS-adolesent.

Aanbeveling

In die lig hiervan word daar aanbeveel dat tegnieke soos effektiewe en empatiese luister vaardighede, die aanbied van troos, die gee van erkenning en die beskikbaarheid van die versorger aan die FAS-adolesent suksesvolle kommunikasie kan bewerkstellig waarby die versorgers baat kan vind in hulle rol as emosionele ondersteuners.

Maatskaplike werkers sal versorgers meer moet ondersteun deur die aanbieding van byvoorbeeld programme soos emosionele intelligensie waar versorgers meer kan leer oor gesonde emosionele ontwikkeling.

5.2.5.3 Die versorger se rol as opvoedkundige stimuleerder

Hierdie afdeling fokus op die skolastiese vordering van die versorger wat die hoogste graad of standerd deur die versorger geslaag, bespreek; die gebruik van eenvoudige taal deur die versorger wanneer daar met die FAS-adolesent gekommunikeer word en die mate van toesig deur die versorger.

Gevolgtrekking

Die gevolgtrekking wat uit die bevindinge gemaak word, is dat die meerderheid van die deelnemers graad 3 geslaag het wat daarop dui dat hierdie versorgers oor 'n baie lae vlak van opvoeding beskik. 'n Verdere gevolgtrekking kan gemaak word dat die meerderheid van die versorgers eenvoudige taal gebruik wanneer daar met die FAS-adolesent gepraat word. Die gevolgtrekking word gemaak uit die bevindinge dat die versorgers die persepsie het dat hulle nie gedurig toesig hoef te hou oor die FAS-adolesent nie, aangesien hulle selfstandig optree en na hom-/haarself kan kyk. Die gevolgtrekking kan verder gemaak word dat die versorgers weet wat van hulle verwag word in hul rol as opvoedkundige stimuleerders deurdat die FAS-adolesent sekere goed doen volgens die verwagtinge van die versorger.

Aanbeveling

Maatskaplike werkers moet versorgers deur middel van ouerleidingsprogramme opvoed oor aspekte soos: kommunikasietegnieke met die FAS-kind, die belangrikheid van die vestiging van patrone, struktuur en roetine asook die belangrikheid van toesig.

5.2.5.4 Die versorger se rol as positiewe rolmodelleerder

In hierdie afdeling is die kenmerke van positiewe rolmodellering bespreek, naamlik: die handhawing van 'n gesonde leefstyl, modellering van 'n liefde van leergierigheid, die handhawing van 'n positiewe houding teenoor ander en die lewe, selfverantwoordelikheid, goeie probleemoplossings vaardighede, die modellering van welwillendheid en respek, etiese optrede, goeie hanteringsvaardighede, betroubaarheid en diensbaarheid.

Gevolgtrekking

Die gevolgtrekking vanuit die bevindinge is dat die meerderheid van die versorgers in die studie kan identifiseer met die eienskappe van positiewe rolmodellering hoewel hulle nie noodwendig oor die vaardighede beskik om dit aan die FAS-adolesent te modelleer nie.

Aanbeveling

Die maatskaplike werker moet versorgers van FAS-adolesente ondersteun in die verstaan en toepassing van die rol as positiewe rolmodelleerders in ouerleidingsprogramme wat ontwerp is volgens die behoeftes van die versorger van die FAS-adolesent. Daar word verder aanbeveel dat vir die suksesvolle vervulling van positiewe rolmodellering die versorgers 'n goeie rolmodel moet wees wat die FAS-adolesent kan navolg.

5.2.5.5 Die versorger se rol as dissiplineerder

In hierdie afdeling is daar gefokus op hoe gereeld die versorger sekere gedrag toepas en hoe die versorger die FAS-adolesent dissiplineerder.

Gevolgtrekking

Die gevolgtrekking wat gemaak kan word, is dat meer as die helfte van die versorgers soms die outoritêre ouerskapstyl volg. 'n Groot aantal van die versorgers dissiplineer die FAS-adolesent deur die gesaghebbende ouerskapstyl. Die meerderheid van die versorgers dissiplineer die FAS-adolesent vanuit die permissiewe ouerskapstyl wat gekenmerk word deur die ouers wat konfrontasie vermy en hulle kinders alles gee wat hulle vra.

Verdere gevolgtrekkings wat uit die bevindinge gemaak kan word, is dat die meerderheid van die versorgers dissipline toepas deur negatiewe gedrag te ignoreer. Fisiese straf maak ook 'n groot deel uit van die manier van dissiplinerings. Die gevolgtrekking word verder gemaak dat die versorgers weet wat hul rol as dissiplineerder ten opsigte van die FAS-adolesent behels.

Aanbeveling

Versorgers van FAS-adolesente moet ingeskakel word in intensiewe oerleidingsprogramme wat spesifiek gerig is op FAS aangesien algemene dissiplineringsstegnieke soos fisiese straf, nie effektief is vir persone met FAS nie. Maatskaplike werkers sal die versorgers moet bekend stel aan alternatiewe ouerskapstegnieke soos byvoorbeeld die modellering van gepaste gedrag, die stel van duidelike verwagtinge aan die FAS-adolesent, en die handhawing van ferm grense en konsekwente toepassing van dissipline in die gesin. Versorgers en FAS-kindere sal daarom meer prioriteit moet geniet op maatskaplike werkers se gevalleladings.

5.2.5.6 Die versorger se rol as beskermmer

Hierdie afdeling fokus op die versorger se suksesvolle vervulling van haar rol as beskermmer van die FAS-adolesent.

Gevolgtrekking

Die gevolgtrekking wat uit die bevindinge gemaak is dat die versorgers in hierdie studie daarin slaag om die FAS-adolesente voldoende te kan versorg deurdat hulle in die FAS-adolesente se behoeftes voorsien en hulle beskerm na die beste van hulle vermoëns.

Aanbeveling

Die maatskaplike werker moet die versorger van FAS-adolesente ondersteun in hul versorgingsrol. Die maatskaplikewerk-sisteem moet verbeter want as gevolg van personeeltekort en te groot gevalleladings kan maatskaplike werkers nie voldoende dienste lewer aan die gesinne van FAS-adolesente nie. Die maatskaplike werker kan gemeenskapsbetrokkenheid aanmoedig om FAS-gesinne te ondersteun deur bewusmaking.

5.2.5.7 Die versorger se rol om gesinsinteraksie te bevorder

Hierdie afdeling het gefokus oor die versorger se vermoë om gesinsinteraksie op 'n bevredigende wyse te kan handhaaf.

Gevolgtrekking

Die gevolgtrekking wat uit die bevinding gemaak kan word, is dat die versorger weet hoe om gesinsinteraksie bevredigend te handhaaf. Die gevolgtrekking word verder gemaak dat die versorgers in hierdie studie gesinsinteraksie bevorder deur vrede te probeer bewaar en tussenbeide te tree wanneer konfliktsituasies ontstaan.

Aanbeveling

Daar word aanbeveel dat om gesinsinteraksie in die gesin te bewerkstellig die versorger as vredemaker moet optree en tussenbeide moet tree wanneer konfliktsituasies opduik. Wanneer konfliktsituasies tussengesinslede ontstaan moet dit aan mekaar gekommunikeer word en gesinslede moet na mekaar luister.

5.2.5.8 Die versorger se rol as voorsiener van 'n permanente plek in die samelewing

Hierdie afdeling fokus op die versorger se vermoë om 'n permanente plek vir die FAS-adolesent in die samelewing te kan voorsien.

Gevolgtrekking

Die gevolgtrekking word gemaak dat die versorgers 'n permanente plek aan die FAS-adolesent kan voorsien. Die gevolgtrekking word verder gemaak dat die versorgers weet wat hulle moet doen om 'n permanente plek aan die FAS-adolesent te voorsien deurdat hulle aan die FAS-adolesent 'n plek gee waar hulle hoort en gelukkig is.

Aanbeveling

Maatskaplike werkers moet die versorgers ondersteun en aan hulpbronne bekendstel deur middel van bewusmakingsaktiwiteite. Maatskaplike werkers kan ook interaksie tussen die skool, gemeenskap en gesinne met FAS bewerkstellig deur middel van bewusmakingsaksies

wat gerig is op FAS. Ouerleidingsprogramme wat deur die maatskaplike werker aangebied word moet ook op die gemeenskap gebaseer wees sodat die gemeenskap ook opgevoed en ingelig kan wees oor FAS.

5.2.5.9 Die versorger se rol as voorspraakmaker

Hierdie afdeling fokus op die versorger se rol om voorspraak te maak vir die FAS-adolesent.

Gevolgtrekking

Die gevolgtrekking wat uit die bevinding gemaak word, is dat die versorgers kennis en begrip toon vir hulle rol as voorspraakmakers. Die gevolgtrekking wat verder gemaak word, is dat die versorgers weet hoe om voorspraak te maak vir die FAS-adolesent deurdat die versorgers veral by die skool voorspraak maak vir die FAS-adolesent.

Aanbeveling

Maatskaplike werkers moet meer betrokke raak by FAS bewusmaking en ook meer betrokke raak in die proses van voorspraak maak. Maatskaplike werkers moet hierdie versorgers ondersteun en aanmoedig om as voorspraakmakers op te tree vir die FAS-adolesent. Die aanbeveling word verder gemaak dat die versorger as tussenganger kan optree tussen die FAS-adolesent en die skool. Die maatskaplike werker kan die versorger van die FAS-adolesent as hulpbron benut om die gemeenskap op te voed ten opsigte van FAS.

5.2.6 Verdere navorsing

In die lig van die bevindinge in die ondersoek rakende die opvoedingsrolle van versorgers van FAS-adolesente word die volgende aanbevelings ten opsigte van verdere navorsing gemaak, naamlik:

- Die ontwikkeling van spesifieke Suid-Afrikaans-gebaseerde ouerleidingsprogramme vir ouers in lae sosio-ekonomiese groepe en lae geletterdheidsvlakke.
- Die psigo-sosiale funksionering van gesinne met FAS-adolesente moet verder ondersoek word.

5.3 SAMEVATTING

Die doel van die navorsingstudie is bereik deurdat begrip ontwikkel is vir die opvoedingsrolle waarvoor versorgers van adolessente met FAS moet oor beskik, ten einde aanbevelings te kan maak vir effektiewe hulpverlening aan maatskaplike werkers. Maatskaplike werkers sal egter meer betrokke moet raak by gesinne met FAS-kindere en deur intensiewe interaktiewe oerleidingsprogramme die versorger ondersteun.

BIBLIOGRAFIE

ADNAMS, C.M., SOROUR, P., KALBERG, W.O., KODITUWAKKU, P., PEROLD, M.D., KOTZE, A., SEPTEMBER, S., CASTLE, B., GOSSAGE, J. & MAY, P.A. 2007. Language and literacy outcomes from a pilot intervention for children with fetal alcohol spectrum disorders in South Africa. **Alcoholism: Clinical and Experimental Research**, 41:403-414.

ADNAMS, M.C., KODITUWAKKU, P.W., HAY, A., MOLTENO, C.D., VILJOEN, D. & MAY, P.A. 2001. Patterns of cognitive-motor development in children with fetal alcohol syndrome from a community in South Africa. **Alcoholism: Clinical and Experimental Research**, 25(4):557-562.

AJIMERA, R. 2011. **Qualities of a good role model**. Beskikbaar: <http://www.livestrong.com/article/58883-qualities-good-role-model/> [Geraadpleeg: 22.03.2012].

ALBERTA LEARNING. 2004. **Teaching students with fetal alcohol spectrum disorders. Building strenght, creating hope**. Special Programs Branch, Alberta.

ARMSTRONG, E.M. 2003. **Conceiving risk bearing responsibility: fetal alcohol cyndrome & the diagnosis of moral disorder**. Maryland: Johns Hopkins University Press.

ASHLEY, S.J. & CLARREN, S.K. 2001. Measuring the facial phenotype of individuals with prenatal alcohol exposure: Correlations with brain dysfunction. **Alcohol & Alcoholism**, 36(2):147-159.

BARUTH, L. & BURGGRAF, M. 1979. **Readings in counseling parents of exceptional children**. Connecticut: Guilford.

BAUMRIND, D. 1966. **Effects of authoritative parental control on child behaviour**. Beskikbaar: <http://persweb.wbash.edu/facstaff/horton/art>. [Geraadpleeg: 07.11.2011].

BAUMRIND, D. 1973. The development of instrumental competence through Socialization. In: MARSIGLIA, S.C., WALCZYK, J.-J., BUBOLTZ, C.W. & GRIFFITH-ROSS, D. 2007. Impact of parenting styles and locus of control on emerging adult's psychosocial success. **Journal of Education and Human Development**, 1.

BAUMRIND, D. 1976. Child care practices anteceding three patterns of preschool behaviour.
In: PILLAY, Y. 2008. Adolescents perceptions of parenting practices with respect to substance use. KwaZulu-Natal: Universiteit van KwaZulu-Natal. (Ongepubliseerde MA-Tesis)

BAUMRIND, D. 1991. The influence of parenting style on adolescent competence. **Substance Abuse: Journal of Early Adolescence**, 11(1):56-59.

BECKETT, C. 2002. **Human growth & development.** Londen: Sage Publications.

BENNET, B. & LUTKE, D. 2006. **Making a difference: working with students who have Fetal Alcohol Disorders.** Government of Yukon.

BIEHLER, R.F. & HUDSON, L.M. 1986. **Developmental psychology: an introduction.** (3rd ed). Boston: Houghton Mifflin Company.

BRYNARD, P.A. & HANEKOM, S.X. 1997. **Introduction to research in public administration and related academic disciplines.** Pretoria: Van Schaik Publishers.

CAMPBELL, J.T. 2007. **The experiences of mothers who raise children with fetal alcohol syndrome: a collective case study.** Stellenbosch. Universiteit van Stellenbosch. (Ongepubliseerde MA-Tesis)

CARNEY, S. 2007. **Positive role models for teens.** Beskikbaar: [www.http://susan-carney.suite101.com/positive-role-models-for-teens-933604](http://susan-carney.suite101.com/positive-role-models-for-teens-933604) [Geraadpleeg: 07.11.2011].

CARRIER, B., GREEN, L., JONES, S., SOLIMAN, M. & WARK, D. 2005. **Fetal alcohol spectrum disorder. a learning module for health and social service workers.** Beskikbaar: <http://www.region6Fasd%20Region%206%20A%0Learning%Module%November%202005.pdf> [Geraadpleeg: 02.2011].

CLAASSENS, T. 2007. **The self-perception of adolescents with learning difficulties.** Pretoria: Universiteit van Suid Afrika. (Ongepubliseerde MA-Tesis)

COMPACT OXFORD ENGLISH DICTIONARY. 1997. London: Oxford University Press.

CONGER, J. 1979. **Adolescence generation under pressure.** Willemstad (Curacao): Multimedia Publications.

CONNOR, G.M. 2005. **The trick & traps of discipline**. Beskikbaar: <http://come-ove.to/FAS/DisciplineTricks.htm> [Geraadpleeg: 09.03.2012].

DAILEY, T.L. 1999. **The hangover lasts a short time**. Beskikbaar: http://www.suite101.com/article.cfm/childrens_disabilities_retired/24363 [Geraadpleeg: 05.10.2009].

DARLING, N. & STEINBERG, L. 1993. Parental Style as context: an integrated model. In: BRENNER, V. & FOX, A.R. 1999. **An emperical derived classification of parenting practices**. Beskikbaar: <http://web.ebscohost.com.ez.sun.ac.za/ehost/detail?sid=17871f76-c809-4372-b607-c9> [Geraadpleeg: 11.10.2011].

DARLING, N. 1999. **Parenting style and its correlates**. Beskikbaar: <http://www.vtaide.com/png/ERIC/Parenting-Styles.htm> [Geraadpleeg: 11.10.2011].

DE KLERK, R. & LE ROUX, R. 2003. **A practical guide for parents and teachers. Emotional intelligence for children & teens**. Kaapstad: Human.

DE VILLIERS, J. 2009. **Terapeutiese perdry ter bevordering van bewustheid by die kind met fetale-alkohol sindroom**. Pretoria: Universiteit van Suid-Afrika. (Ongepubliseerde MA-Tesis)

DELIZ, A. 2008. **Fetal alcohol syndrome: characteristics and approaches to a preventable birth defect**. Beskikbaar: http://prenatalhealth,suite101.com/article.cfm/fetal_alcohol_syndrome. [Geraadpleeg: 05.10.2009].

DENYS, K., RASMUSSEN, C. & HENNEVELD, D. 2009. The effectiveness of a community-based intervention for parents with fasd. **Community Mental Health Journal**, 47(2):209-219.

DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES AND POVERTY ALLEVIATION. 2004. **Conditions on farms**. A draft paper, 3-4.

DORRIS, M. 2007. **The broken cord**. New York: Harper Collins.

DUQUETTE, C., STODEL, E., FULLARTON, S. & HAGGLUND, K. 2006. Persistence in high school: experience of adolescence and young people with fetal alcohol spectrum disorder. **Journal of Intellectual & Developmental Disability**, 31(4):219-231.

DUQUETTE, C., STODEL, E., FULLARTON, S. & HAGGLUND, K. 2007. Secondary school experiences of individuals with fetal alcohol spectrum disorders: perspectives of parents and their children. **International Journal of Inclusive Education**, 11(5-6):571-591.

DWIVEDI, K.N. 1997. **Enhancing parenting skills: a guide book for professionals working with parents**. Baffins Lane; Cheshester: John Wiley & Sons Ltd.

EVENSEN, D. & LUTKE, J. 1997. **8 magic keys: developing successful interventions for students with FAS**. Besikbaar: <http://www.fasalaska.com/8keys.html> [19.07.2011].

EVENSEN, D. 2002. **Common misinterpretations of normal responses in children/adolescence/adults with FAS and FAE**. Besikbaar: <http://www.fasalaska.com/interps.html> [Geraadpleeg: 26.10.2011].

FASCETS INFORMATION. (n.d). Besikbaar: <http://www.fascets.org/info.html> [Geraadpleeg: 27.07.2010].

FASFACTS. 2006. **Fetal Alcohol Syndrome information**. Besikbaar: <http://www.fasfacts.org.za/fasinfo.htm> [Geraadpleeg: 22.07.2009].

FOUCHÉ, C.B. & DE VOS, A.S. 2005. Problem formulation. In: DE VOS, A.S., STRYDOM, H., FOUCHÉ, C.B. & DELPORT, C.S.L. 2005. **Research at grassroots: for the social science and human service professions** (3rd ed). Pretoria: Van Schaik Publishers.

FOUCHÉ, C.B. & DELPORT, C.S.L. 2005. In: DE VOS, A.S., STRYDOM, H., FOUCHÉ, C.B. & DELPORT, C.S.L. 2005. **Research at grassroots: for the social science and human service professions** (3rd ed). Pretoria: Van Schaik Publishers.

FOUCHÉ, C.B. 2005. Qualitative research designs. In: DE VOS, A.S., STRYDOM, H., FOUCHÉ, C.B. & DELPORT, C.S.L. **Research at grassroots: for the social science and human service professions** (3rd ed). Pretoria: Van Schaik Publishers.

FRYER, M.S. & WOZNAIK, J.R. 2008. **About Fetal Alcohol Spectrum Disorder: teaching expertise**. Adapted by Medical News Today original press. Besikbaar: <http://www.fasworld.com/Fasworldcanada/AboutFASD.html> [Geraadpleeg: 19.07.2011].

GEARING, E.R., McNEILL, T. & LOZIER, A.F. 2005. Father involvement and fetal alcohol spectrum disorder: developing best practices. **Journal FAS International**, 3:1-9.

GERBERDING, J.L., CORDERO, J. & FLOYED, R.L. 2005. **Fetal Alcohol Syndrome: guidelines for referral and diagnosis**. Beskikbaar: http://www.cdc.gov/ncbddd/fasd/publications/fas_guidelines_accessible.pdf [Geraadpleeg: 27.08.2010].

GOUWS, E., KRUGER, N. & BURGER, S. 2008. **The adolescent** (3rd ed). Johannesburg: Heinemann.

GRAEFE, S. 1999. **Parenting children affected by fetal alcohol syndrome: a guide for daily living**. Ministry for children and families Edition British Columbia. Beskikbaar: www.dailyguideforliving.pdf [Geraadpleeg: 24.07.2011].

GRAIG, P. 2001. Fetal alcohol syndrome. Preventing mental retardation. **Womans Magazine**, 25:22-24.

GREEFF, M. 2005. Information collection: interviewing. In: DE VOS, A.S., STRYDOM, H., FOUCHÉ, C.B. & DELPORT, C.S.L. **Research at grassroots: for the social science and human service professions** (3rd ed). Pretoria: Van Schaik Publishers.

GRINNELL, R.M. & WILLIAMS, M. 1990. **Research in social work: a primer**. University of Calgary: F.E. Peacock Publishers.

GROSS, B. 2005. **The same difference with differential outcomes**. Annuals of the American Psychotherapy Assosiation, Summer. Beskikbaar: http://findarticles.com/p/articles/mi_hb013/is_2_8/ai_n29199005/pg_2?tag=content [Geraadpleeg: 11.11.2010].

GWINNELL, E. & ADAMEC, C. 2006. **The A-Z of addictions and addictive behaviors**. New York. Checkmark Books.

HANSCOM, D.L. 2008. **Lifespan intervention strategies for fetal alcohol spectrum disorder: a literature review**. Adelaide: Flinders University. (Ongepubliseerde Tesis)

HERBERT, M. 1996. **Assessing children in need and their parents**. United Kingdom: The British Psychological Society.

HILDEBRAND, V. 1990. **Parenting and teaching young children**. United States of America: McGraw-Hill, Inc.

HOGHUGH, M. & LONG, N. 2004. **Handbook of parenting. Theory and research for practice**. London: Sage Publications.

HOYME, H.E., MAY, P., KALBERG, W.O., KODITUWAKKU, P., GOSSAGE, P.J., TRUJILLO, P.M., BUCKLEY, D.G., MILLER, J.H., ARAGON, S.A., KHAOLE, N., VILJOEN, D.L., JONES, K.L. & ROBINSON, L.K. 2005. A practical clinical approach to diagnosis of fetal alcohol spectrum disorders: clarification of the 1996 Institute of Medicine Criteria. **Pediatrics**, 115(1):39-47.

JONES, S. & CUNNINGHAM, L. 2004. **FASD: strategies not solutions**. Besikbaar: http://www.betterendings.org/strategies_not_solutions.pdf [Geraadpleeg: 27.08.2010].

KADUSHIN, A. 1967. **Child welfare services**: New York: The MacMillan Publishing Co.

KADUSHIN, A. 1970. **Child welfare services: a source book**. United States of America: MacMillan Publishing, Co.

KADUSHIN, A. 1974. **Child welfare services** (2nd ed). London: MacMillan Publishing Co.

KADUSHIN, A. 1980. **Child welfare services**: (3de uitgawe). New York: MacMillan Publishing Co.

KALBERG, W. & BUCKLEY, D. 2006. Educational planning for children with fetal alcohol syndrome. **Ann 1st Super Sanita**, 42(1):58-66.

KALBERG, W. & BUCKLEY, D. 2007. FASD: what types of interventions and rehabilitation are useful? **NeuroScience and Biobehavioral Reviews**, 31:278-285.

KAPLAN, P.S. 2000. **A child's odyssey: child & adolescent development** (3rd ed). Belmont CA. Wadsworth.

KELLERMAN, T. 2000-2005. **What are the characteristics of FASD?** Besikbaar: <http://www.fasstar.com/fas> [Geraadpleeg: 05.10.2009].

- KELLERMAN, T. 2001. Advocating for the student with FASD. Besikbaar: <http://www.come-over.to/FAS/schooladvocacy.htm> [Geraadpleeg: 19.09.2011].
- KELLERMAN, T. 2002. **FASFallout**. Besikbaar: http://www.come-over.to/FAS/FAS_Fallout.htm [Geraadpleeg: 20.09.2011].
- KELLERMAN, T. 2004a. **The 15 Beam rules of FASD behaviour management**. Besikbaar: <http://www.nofasard.org.au/presentation-handouts/behaviour-environment-adaptation> [Geraadpleeg: 26.05.2011].
- KELLERMAN, T. 2004b. **Teens with FASD: what makes them tick?** Besikbaar: <http://www.come-over.to/FAS/TeensTick.htm> [Geraadpleeg: 19.07.2011].
- KERSEY, C. 1994. **Don't take it out on your kids: a parent's guide to positive discipline**. Besikbaar: www.deepdyve.com/browse/publishers [Geraadpleeg: 06.10.2009].
- KILLION, C. 2008a. **FAS symptoms & diagnostic criteria: recognizing fetal alcohol syndrome in foster & adopted children**. Besikbaar: http://prenatalhealth.suite101.com/article.cfm/fetal_alcohol_syndrome [Geraadpleeg: 08.10.2009].
- KILLION, C. 2008b. **Managing FAS behaviors in children. Parenting foster & adopted kids with alcohol-related birth defects**. Besikbaar: http://www.adoption.suite101.com/article.cfm/foster_adopted_children_with_fas [Geraadpleeg: 08.10.2009].
- KODITUWAKKU, P.W. 2006. **Defining the behavior phenotype in children with fetal alcohol spectrum disorder**. Besikbaar: <http://www.sciencedirect.com.ez.sun.ac.za/science?4> [Geraadpleeg: 27.06.2009].
- KOTRLA, K. & MARTIN, S. 2007. **Fetal alcohol spectrum disorders: a social worker's guide for prevention and intervention**. Aangebied by NACSW Convention, 2007. Dallas, TX.
- KULP, J. 2006a. **FASE – the organicity of FASD. What is it all about?** Besikbaar: <http://www.betterendings.org/fasd/facts/organicity.html> [Geraadpleeg: 13.07.2009].
- KULP, J. 2006b. **Ask the experts ADHD vs FASE**. Besikbaar: www.betterendings.org/FASD/facts/adhd/fae.htm [Geraadpleeg: 20.01.2011].

LA DUE, R.A. 2002. **A practical native American guide for professionals working with children, adolescence and adults with fetal alcohol syndrome and fetal alcohol spectrum disorders.** Beskikbaar: <http://www.ihs.gov/Medicalprograms/Behavioral/download/PracticalGuide2FAS.pdf> [Geraadpleeg: 09.03.2012].

LAD, K. 2011. **Characteristics of a role model.** Beskikbaar: <http://www.buzzle.com/articles/characteristics-of-a-role-model.pdf> [Geraadpleeg: 07.11.2011].

LEEDY, D.P. & OMROD, E.J. 2005. **International edition: practical research planning and design** (8th ed). New Jersey: Pearson.

LERNER, R., BRENNAN, A.L., NOH, E.R. & WILSON, C. 1998. **The parenting of adolescence and adolescence as parents: a developmental contextual perspective.** Beskikbaar: <http://www.parenthood.library.wisc.edu/lerner/lerner.html> [Geraadpleeg: 05.07.2011].

LEWIS, T.P., SHIPMAN, V.C. & MAY, P.A. 2011. Socioeconomic status, psychological distress and other maternal risk factors for fetal alcohol spectrum disorders among American Indians of the Northern Plains. *American Indian and Alaska Native Mental Health Research: The Journal of the National Centre*, 17(2)1-21.

LONDON, L. 1999. The “dop” system, alcohol abuse and social control amongst farm workers in South Africa: a Public health challenge. *Social Science and Medicine*, 48:1407-1414.

LOUW, D. & LOUW, A. 2007. **Child and adolescent development.** Bloemfontein. Universiteit van die Vrystaat.

LOUW, D.A. 1991. **Menslike ontwikkeling** (2de uitgawe). Pretoria: Haum.

MAARTINS, E. 2007. **Mediating adolescent-caregiver conflict: guidelines for social workers.** Stellenbosch. Universiteit van Stellenbosch. (Ongepubliseerde MA-Tesis)

MACK, M. 2008. **Living with fetal alcohol syndrome.** Beskikbaar: <http://www.healinghearts-families.com> [Geraadpleeg: 20.09.2009].

MALBIN, D.V. 2004. Fetal alcohol spectrum disorder (FASD) and the role of family court judges in improving outcomes for children and families. **Juvenile and Family Court Journal**, 55:53-63.

MARAIS, S. 2006. **Drinking during pregnancy**. Beskikbaar: <http://www.mrc.ac.za/mrcnews/dec2006/drinking.htm> [Geraadpleeg: 09.03.2012].

MARSIGLIA, S.C., WALCZYK, J.J., BUBOLTZ, C.W. & GRIFFITH-ROSE, D. 2007. **Impact of parenting styles and locus of control on emerging adult's psychosocial success**. Beskikbaar: <http://www.scientificjournals.org/journals2007/artciles/1031.htm> [Geraadpleeg: 11.10.2011].

MARTIN, C.A., COLBERT, K.K. 1997. **Parenting. A lifespan perspective**. United States of America: The McGraw-Hill.

MAURO, T. 2003. **Mothers with attitude. Behaviour management plan for [child]**. Beskikbaar: <http://www.faslink.org/behaviourplan.htm> [Geraadpleeg: 31.08.2011].

MAY, A.P., BROOKE, L., GOSSAGE, J., CROXFORD, J., ADNAMS, C., JONES, L., ROBINSON, L. & VIJJOEN, D. 2000. Epidemiology of fetal alcohol syndrome in a South African community in the Western Cape Province. **American Journal of Public Health**, 90(12):1905-1912.

MAY, P.A. 1995. A multiple-level comprehensive approach to the prevention of fetal alcohol syndrome (FAS) and other alcohol-related birth defects (ARBD). **The International Journal of the Addictions**, 30(12):1549-1602.

MAY, P.A. 2011. **Feedback meeting to the community**. Nelsons Wynlandgoed, Wellington. (23 September 2012)

MAY, P.A., FIOTENTINO, D., GOSSAGE, P.J., KALBERG, W.O., HOYME, E.H., ROBINSON, L.K., CORIALE, G., JONES, K.L., DELKAMPO, M., TARANI, L., ROMEO, M., KODITUWAKKU, P.W., DEIANA, L., BUCKELY, D. & CECCANTI, M. 2006. Epidemiology of FASD in a province in Italy: Prevalence and characteristics of children in a random sample of schools. **Alcohol: Clinical and Experimental Research**, 30:1562-1575.

MAY, P.A., GOSAGE, J.P., BROOKE, L.E., SNELL, C.L., MARAIS, A.S., HENDRICKS, L.S., CROXFORD, J.A. & VILJOEN, D.L. 2005. Maternal risk factors for fetal alcohol syndrome in the Western cape province of South Africa: a population-based study. **American Journal of Public Health**, 95:1190-1199.

MAY, P.A., GOSSAGE, J.P., MARAIS, A.S., HENDRICKS, L., SNELL, C.L., TABACHNICK, B.G., STELLAVATO, C., BUCKLEY, G.D., BROOKE, L.E. & VILJOEN, D.L. 2008. Maternal risk factors for Fetal Alcohol Syndrome in South Africa: A third study. **Alcohol: Clinical and Experimental Research**, 32:738-753.

MAY, P.A., GOSSAGE, J.P., MARAIS, A.S., ADNAMS, C.M., HOYME, H.E., JONES, K.L., ROBINSON, L.K., KHAOLE, N.C.O., SNELL, C., KALBERG, W.O., HENDRICKS, L., BROOKE, L., STELLAVATO, C. & VILJOEN, D. L. 2007b. The epidemiology of fetal alcohol syndrome and partial FAS in a South African community. **Drug and Alcohol Dependence**, 88: 259-271.

MAY, P.A., MILLER, J.H., GOODHART, K.A., MEASTAS, O.R., BUCKLEY, D., TRUJILLO, P., GOSSAGE, J.P. 2007a. Enhanced case management to prevent Fetal Alcohol Spectrum Disorder in Northern Plains Communities. **Maternal Child Health Journal**, DOI 10. 1007/s 10995-007-0304-2.

MAY, P. A., GOSSAGE, J. P., MARAIS, A. S., ADNAMS, C. M., HOYME, H. E., JONES, K. L., ROBINSON, L. K., KHAOLE, N. C. O., SNELL, C., KALBERG, W. O., HENDRICKS, L., BROOKE, L., STELLAVATO, C. & VILJOEN, 2007b. The epidemiology of fetal alcohol syndrome and partial FAS on a South African community. **Drug and Alcohol Dependence**, 88: 259-271.

MAY, P.A., TABACHNICK, B.G., GOSSAGE, J.P., KALBERG, W.O., MARAIS, A.S., ROBINSON, L.K., MANNING, M., BUKLEY, D. & HOYME, E.H. 2011. Maternal risk factors predicting child physical characteristics and dysmorphology in fetal alcohol syndrome and partial fetal alcohol syndrome. **Drug Alcohol Dependence**, 119(1-2):18-27.

McDONALD, T., POERTNER, J. & PIERPONT, J. 1999. Predicting caregiver stress. An ecological perspective. **American Journal of Orthopsychiatry**, 69(1):9-100.

McGEE, C.L., FRYER, S.L., BJORKQUIST, O.A., MATTSON, S.N. & RILEY, E.P. 2008. Deficits in social problem solving in adolescence with prenatal exposure to alcohol. **The American Journal of Drugs and Alcohol Abuse**, 34:423-431.

McKECHNIE, B. 2000. **Health Canada FAS/FAE initiative. Information and feedback sessions. National Synthesis report.** Canada: Ottawa.

McKINSTRY, J. 2005. Using the past to step forward: fetal alcohol syndrome in the Western Cape Province of South Africa. **American Journal of Public Health**, 95(7):1097-1099.

MILLER, D. 2006. Students with fetal alcohol syndrome: updating our knowledge improving their programs. **Teaching Exceptional Children**, 38(4):12-18.

MINETT, P. 1985. **Child care and Development.** London: John Murray Publishers.

MORIZETTE, P.J. 2001. **Fetal alcohol syndrome: parental experiences and the role of the family counselors. The qualitative report.** Beskikbaar: <http://www.nova.edu/ssss/QR/QR6-2/morrisette.htm> [Geraadpleeg: 27.06.2009].

MOUTON, J. 2003. **How to succeed in your masters and doctoral studies: a South African guide and resource book.** Pretoria: Van Schaik Publishers.

MUSSEN, P.H., CONGER, J.J., KAGAN, J. & HUSTON, A.C. 1984. **Child development and personality.** New York. Harper & Row Publishers.

NEETHLING, K., RUTHERFOR, R. & SCHOEMAN, R. 2005. **Very smart parents.** Suid Afrika: Solutionsfindings.

NEWMAN, B.M. & NEWMAN, P. 2006. **Development through life: a psychosocial approach.** (9th ed). Belmont, CA: Thomson.

NICCOLS, A. 2007. **Fetal alcohol syndrome and the developing socio-emotional brain.** Beskikbaar: <http://www.sciencedirect.com.ez.sun.ac.za/science/> [Geraadpleeg: 27.06.2009].

NICUS. 2005. **Fetal alcohol syndrome: alcohol, poison for your unborn baby.** Beskikbaar: <http://www.nicus@sun.ac.z/nicus/> [Geraadpleeg: 21.04.2009].

NORTON, G.R. 1977. **Parenting**. Englewood Cliffs: Prentice-Hall Inc.

NUWE WOORDEBOEK VIR MAATSKAPLIKE WERK. 1995. Hersiene en uitgebreide uitgawe. Vaktaal kommitee vir Maatskaplike werk. Kaapstad: CTP Book Printers.

O'MALLY, K.D. & NANSON, J. 2002. **Clinical implications of a link between fetal alcohol spectrum disorder and attention-deficit hyperactivity disorder**. Beskikbaar: <https://www.CJP-May2002-ReviewPaper:Attention-DeficitHyperactivityDisorderClinical1> [Geraadpleeg: 11.11.2010].

OLSON, H.C., OTI, J.G. & BECK, S. 2009. Family matters: fetal alcohol spectrum disorders and the family. **Developmental Disabilities Research Reviews**, 15:235-249.

PAPLIA, D.E. 2002. **A child's world: infancy through adolescence** (9th ed). Boston, MA.: McGraw Hill.

PARRY, C.D.H., PLUDDERMAN, A., STEYN, K., BRADSHAW, D., NORMAN, R. & LAUBSCHER, R. 2005. Alcohol use in South Africa: findings from the first demographic and health survey (1998). **Journal of Studies on Alcohol**, 2005(66):91-97.

PAULSEN, E.S. & SPUTA, C.L. 1996. **Patterns of parenting during adolescence: perceptions of adolescence and parents**. Beskikbaar: <http://findarticles.com/p/articles/mim2248/isn31/ai18435718/?tag=mantles> [Geraadpleeg: 04.07.2011].

PEADON, E. & ELLIOTT, E.J. 2010. Distinguishing between attention-deficit hyperactivity and fetal alcohol spectrum disorders in children: clinical guidelines. **Neuropsychiatric Disease and Treatment**, 6:509-515.

PEADON, E., FREMANTLE, E., BOWER, C. & ELLIOTT, J.E. 2008. **International survey of diagnostic services for children with fetal alcohol spectrum disorders**. Beskikbaar: <http://www.biomedcentral.com/147-2431/8/1> [Geraadpleeg: 27.08.2010].

PETKOVIC, G. & BARISIC, I. 2009. FAS prevalence in a sample of urban schoolchildren in Croatia. **Reproductive Toxicology**, 29(2010):237-241.

PILLAY, Y. 2008. **Adolescent's perceptions of parenting practices with respect to substances use.** KwaZulu-Natal: Universiteit van KwaZulu-Natal. (Ongepubliseerde MA-Tesis)

POLICY BRIEF. 2008. **Fetal alcohol spectrum disorders in Cape Town, South Africa: a huge challenge requiring multi-faceted prevention strategies.** (emanating from the FASD Prevention Symposium, 2008). Beskikbaar: <http://www.mrc.ac.za/policybriefs/fetalAlcoholSpectrum.pdf> [Geraadpleeg: 13.04.2012].

PRETORIUS, N. 2000. **Aspects of parenting styles and the expressed fears of a selected group of pre-school children.** Stellenbosch: Universiteit van Stellenbosch. (MA-Tesis)

RANDALL-MKOSI, K., ADNAMS, C., MOROJELE, N., McLOUGHLIN, J.O.& GOLDSTONE, C. 2008. **Fatal alcohol spectrum disorder in South Africa: situational and gap analysis.** Beskikbaar: www.unicef.org/southafrica/saf_resources_fas_pdf [Geraadpleeg: 16.04.2009].

RAS, S. 2009. **'n Ondersoek na die emosionele behoeftes en probleme van die seksueel misbruikte adolessent wat betrokke is by die hofsisteem.** Stellenbosch. Universiteit van Stellenbosch. (Ongepubliseerde MA Tesis)

RASMUSSEN, C., ANDREW, G., ZWAIGENBAUM, L & TOUGH, S. 2008. **Neurobehavioral outcomes of children with fetal alcohol spectrum disorders: a Canadian perspective.** Beskikbaar: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2529423/> [Geraadpleeg: 26.05.2011].

REYNOLDS, C. 2012. **'n Profiel van ouers met kinders in Blouville Primêr.** Sentrum vir multigraad onderwys Kaapse Skiereiland: Universiteit van Tegnologie. Terugvoer 18 April 2012 Wellington.

ROESTENBURG, W. 1999. Family life in a changing society. **Social Work Practitioner-Research**, 11(3):125-136.

ROVET, J. 2009. **Children with fetal alcohol spectrum disorders have more severe behavioural problems than those with ADHD.** Beskikbaar: <http://www.medicalnews.today.com/articles/157905.php> [Geraadpleeg: 11.11.2010].

SAMPSON, P.D., STREISSGUTH, A.P., BOOKSTEIN, F.L., LITTLE, R.E., CLARREN, S.K., DEHAENE, P., HANSON, J.W. & GRAHAM, J.M. 1997. Incidence of fetal alcohol syndrome and prevalence of alcohol related neurodevelopmental disorders. **Teratology**, 56:317-326.

SAUNDERS, I. 2007. **Die adolessent se belewenis van graadherhaling**. Pretoria: Universiteit van Suid-Afrika. (Ongepubliseerde MA-Tesis)

SCHEEPERS, P. 2009. **Educators' knowledge of and attitudes toward fetal alcohol spectrum disorder**. Stellenbosch: Universiteit Stellenbosch. (Ongepubliseerde MA-Tesis)

SEIFERT, K.L. & HOFFNUNG, R.J. 1987. **Child and adolescent development**. Boston: Houghton Mifflin Company.

SENDER, J. & JOHNSTON, D. 1995. **A fuzzy snapshot of some poor and invisible woman: farm labourers in South Africa**. University of London: Department of Economics: School of oriental and African Studies: Working Paper series, nr 56

SHEPHARD, B., O'NEILL, L.K., DOWN, J. & MORRIS, A. 2012. Intervention of hope: sustaining caregivers of children with FAS through therapeutic psychoeducational camps. **Canadian Journal of Family and Youth**, 4(1):79-108.

SILVERMAN, R. 2011. **What makes a goos role model? 7 characteristics that makes a real impact**. Beskikbaar: <http://ezinearticles.com/?What-Makes-a-Good-Role-Model?-7-Characteristics-that-M> [Geraadpleeg: 07.11.2011].

SINGER, J. 2003. **The special needs caregiver survival guide-keeping the family together**. Beskikbaar: <http://www.Faslink.org/survivalguidefamily.pdf>. [Geraadpleeg: 31.11.2011].

SITUATIONAL ANALYSIS OF CHILDREN IN SOUTH AFRICA. 2009. The presidency, Republic of South Africa: Union Building. Beskikbaar: www.thepresidency.gov.za [Geraadpleeg: 09.03.2009].

SNELL, E.W., OVERBERG, A.G. & BREWER, L. 2005. **Parenting perfectionism and the parenting role**. Beskikbaar: <http://www.sciencedirect.com.ez.sun.ac.za/science/article/pii/S0191886905000681> [Geraadpleeg: 05.07.2011].

STEPHENS, K. 2004. **Parents are powerful role models for children.** Parenting Exchange, May 2004. Issue #19.

STEWART, G.B. 2005. **Fetal alcohol syndrome. Disease and disorders.** Detroit: Thompson Gale.

STREISSGUTH, A. 1997. Fetal alcohol syndrome: a guide for families and communities. In: DUQUETTE, C., STODEL, E., FULLARTON, S. & HAGGLUND, K. 2007. Secondary school experiences of individuals with foetal alcohol syndrome spectrum disorders: perspectives of parents and their children. **International Journal of Inclusive Education**, 11(5-6):571-591.

STREISSGUTH, A.P. 1994. A long-term perspective of FAS. **Health & Research World**, 18(1):74-81.

STREISSGUTH, A.P. 2000. **What we can do about fetal alcohol syndrome.** Beskikbaar: <http://www.health20-20.org/article.php?id=24>. [Geraadpleeg: 05.07.2011].

STREISSGUTH, A.P., BOOKSTEIN, F.L., BARR, F.M., SAMPSON, P.D., O'MALLEY, K. & YOUNG, J.K. 2004. Risk factors for adverse life outcomes in fetal alcohol syndrome and fetal alcohol effects. **Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics**, 25(4):228-238.

STRYDOM, H. 2005. Sampling and sampling methods. In: DE VOS, A.S., STRYDOM, H., FOUCHÉ, C.B. & DELPORT, C.S.L. **Research at grassroots: for the social science and human service professions** (3de uitgawe). Pretoria: Van Schaik Publishers.

SUID-AFRIKA. 2006. Kinderwet, No.38 van 2005. **Government Gazette**, 28944,20060619, notice nr 610.

TANCRED, E.M. 2011. **Gesinsaanpassing, ouerskapstyle en hanteringstrategieë in gesinne met kinders met 'n aandagtekort/hiperaktiwiteitsversteuring (AT/HV).** Stellenbosch: Universiteit van Stellenbosch. (Ongepubliseerde MA-Tesis)

TESCH, R. 1990. **Qualitative research: analysis types and software tools.** New York: Falmer Press.

TEXAS ADOPTION RESOURCE EXCHANGE (TARE) 1999. **A closer look at fetal alcohol syndrome.** Beskikbaar: <http://www.dfps.state.tx.us/adoptionandfostercare/aboutourchildren/disabilities> [Geraadpleeg: 20.09.2011].

URBAN, M., CHERSICH, F.M., FOURIE, L.-A., CHETTY, C., OLIVIER, L. & VILJOEN, D. 2008. Fetal alcohol syndrome among Grade 1 schoolchildren in Northern Cape Province: prevalence and risk factors. **SAMJ**, 98(11):877-882.

VAN NIEKERK, P. 2010. **Nuwe kinderwet help mens nuut dink oor kinders.** Beskikbaar: <http://www.comunitas.co.za/lewenswaardes-mobile?Start=20pdf> [Geraadpleeg: 09.03.2012].

VAN ROOYEN, Z. 2003. **A profile of the child with fetal alcohol syndrome to assist people working with these children: a descriptive study.** Pretoria: Universiteit van Suid-Afrika. (Ongepubliseerde MA-tesis)

VASSER, G. 2011. **Building your teenager's self-esteem through healthy role models.** Beskikbaar: <http://lakesideconnect.com/teen-issues/building-your-teenagers-self-esteem-through-h> [Geraadpleeg: 22.03.2012].

VILJOEN, D., CROXFORD, J., GOSSAGE, J.P., KODITUWAKKU, P.W. & MAY, P.A. 2002. Characteristics of mothers of children with fetal alcohol syndrome in the Western Cape Province of South Africa: a case control study. **Journal of Studies on Alcohol**, 63:6-17.

VILJOEN, D.L., GOSSAGE, J.P., BROOKE, L., ADNAMS, C.M., JONES, K.L., ROBINSON, L.K., HOYME, H.E., SNELL, C., KHAOLE, N.C., KODITUWAKKU, P., ASANTE, K.O., FINDLAY, R., QUINTON, B., MARAIS, A.S., KALBERG, W.O. & MAY, P.A. 2005. Fetal alcohol syndrome epidemiology in a South African community: a second study of a very high prevalence area. **Journal of Studies on Alcohol**, 66:593-604.

VISSER, J. 2004. **The adolescent's experience of parental discipline.** Stellenbosch: Universiteit van Stellenbosch. (Ongepubliseerde MA-Tesis)

VON CANADA. 2005. **Let's talk FASD: parent-driven strategies in caring for children with FASD.** Beskikbaar: <http://www.suite101.com/letstalkFASD> [Geraadpleeg: 06.10.2009].

WAKE FOREST UNIVERSITY: SCHOOL OF MEDICINE. 2004. **Fetal alcohol syndrome: a parent's guide to care for a child diagnosed with FAS.** Beskikbaar: [http://www.Fetal Alcohol Sundrome Parents Guide\[1\].pdf](http://www.FetalAlcoholSundromeParentsGuide[1].pdf) [Geraadpleeg: 08.02.2012].

WAIT, J.W., MEYER, J. & LOXTON, H.S. 2005. **Menslike ontwikkeling 'n psigososiale perspektief.** Stellenbosch: Ebony Books.

WALDMAN, L. 1994. **Here you will remain: gender, violence and movement on farms in the Western Cape.** School of Public Health, Cape Town.

BYLAAG A: TOESTEMMING OM AAN NAVORSING DEEL TE NEEM

UNIVERSITEIT VAN STELLENBOSCH

INWILLIGING OM DEEL TE NEEM AAN NAVORSING

HIERDIE VORM WORD DEUR DIE NAVORSER AAN DIE DEELNEMER GEÏNTERPRETEER EN IN

EENVOUDIGE TAAL VERDUIDELIK

OPVOEDINGSROLLE VAN VERSORGERS VAN ADOLESSENTE MET FETALE-

ALKOHOLSINDROOM

U word gevra om deel te neem aan 'n navorsingstudie, wat uitgevoer word deur Marise Cloete, wie tans geregistreer is vir 'n M.A. (Maatskaplike Werk) aan die Maatskaplike Werk Departement, Universiteit van Stellenbosch. Die resultate van hierdie studie sal deel vorm van 'n navorsingstesis. U is as deelnemer aan die studie gekies omdat u voldoen aan die navorsingskriteria, naamlik, u is 'n versorger van 'n adolessent wat met FAS gediagnoseer is.

1. DOEL VAN DIE STUDIE

Die doel van die studie is om 'n beter begrip te ontwikkel vir die opvoedingsrolle waarvoor versorgers van adolessente met FAS moet oor. Ek hoop dat hierdie inligting sal help om aanbevelings aan Maatskaplike Werkers te maak wat sal help om versorgers van FAS adolessente te kan ondersteun.

2. PROSEDURES

Indien u inwillig om aan die studie deel te neem, vra ons dat u die volgende moet doen:

Dat u toestemming sal gee dat ek die onderhoud met u by u huis mag voer en die onderhoudskedule voltooi. Die duur van die onderhoud sal ongeveer 'n uur van u tyd neem. Die tyd van die onderhoud sal deur u bepaal word soos wat dit vir u gemaklik sal wees. Indien dit enigsins nie moontlik sal wees om die onderhoud by u huis te voer nie sal 'n alternatiewe plek gereël word.

3. MOONTLIKE RISIKO'S EN ONGEMAK

Indien daar vrae is wat u ongemaklik laat voel, is u welkom om dit enige tyd met my te bespreek. U sal nie in 'n situasie geplaas word wat u sal bedreig of konfronteer nie.

4. MOONTLIKE VOORDELE VIR DIE DEELNEMERS EN / OF VIR DIE SAMELEWING

Met hierdie studie word gehoop om maatskaplike werkers van 'n riglyn te voorsien wat kan help om versorgers van FAS adolessente te ondersteun.

5. VERGOEDING VIR DEELNAME

Daar is geen geldelike vergoeding aan deelnemers nie.

6. VERTROULIKHEID

Enige inligting wat deur middel van die navorsing verkry word, sal vertroulik bly en slegs met u toestemming bekend gemaak word of soos die wet vereis. Vertroulikheid sal gehandhaaf word deur anonimiteit en die feit dat slegs die navorser en toesighouer toegang tot die oorspronklike data sal hê. Data sal veilig gestoor word. Resultate van hierdie studie sal wel gepubliseer word, maar deelnemer-anonimiteit word gewaarborg.

7. DEELNAME EN ONTTREKING

U kan self besluit of u aan die studie wil deelneem of nie. Indien u inwillig om aan die studie deel te neem, kan u enige 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.

8. IDENTIFIKASIE VAN ONDERSOEKERS

Indien u enige vrae of besorgdheid omtrent die navorsing het, staan dit u vry om in verbinding te tree met dr. L. Engelbrecht, telefoon: 021 8082073.

9. REGTE VAN DEELNEMERS

U kan 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 die navorsing, skakel met Me Maléne Fouché [mfouche@sun.ac.za; 021 808 4622] van die Afdeling Navorsingsontwikkeling, Universiteit Stellenbosch.

VERKLARING DEUR PROEFPERSON OF SY/HAAR REGSVERTEENWOORDIGER

Die bostaande inligting is aan my [_____], gegee en verduidelik deur Marise Cloete in Afrikaans en ek is dié taal magtig. Ek is die geleentheid gebied om vrae te stel en my vrae is bevredigend beantwoord.

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

Naam van deelnemer

Handtekening van deelnemer of regsverteenvoordiger

Datum

VERKLARING DEUR ONDERSOEKER

Ek verklaar hiermee 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 gevoer.

Handtekening van ondersoeker

Datum

BYLAAG B: GESTRUKTUREERDE VRAELYS

UNIVERSITEIT VAN STELLENBOSCH

DEPARTEMENT VAN MAATSKAPLIKE WERK

ONDERHOUDSKEDULE

OPVOEDINGSROLLE VAN VERSORGERS VAN ADOLESSENTE MET FETALE- ALKOHOLSINDROOM

Alle inligting in die vraelys word as vertroulik beskou. Die name van die deelnemers sal nie bekend gemaak word nie. Die navorser interpreteer die vrae en verduidelik dit in eenvoudige taal aan deelnemers en response van deelnemers word direk op die skedule deur die navorser aangeteken. Onderhoudskedules word na afloop van die onderhoude veilig bewaar en teen ongemagtigde toegang beskerm.

1. IDENTIFISERENDE BESONDERHEDE

1.1 Waar woon u nou? (Net een antwoord)

Op 'n plaas	
Informele behuising	
Stad of dorp	
Ander (Spesifiseer)	

1.2 Aan watter etniese of rassegroep behoort u?

Indiër	
Swart	
Kleurling	
Wit	
Ander (Spesifiseer)	

1.3 Watter van die volgende beskryf u huwelikstatus die beste? (Net een antwoord)

Getroud	
Nooit getroud	
Woon saam met vriend/saamleefmaat	
Woon saam met ouers	

1.4 Wat is u huistaal?

Afrikaans	Engels	Ander
-----------	--------	-------

1.5 Wat is u verwantskap met die betrokke adolessent?

.....

.....

.....

1.6 Hoe oud is die betrokke adolessent vandag?.....

1.7 Is die betrokke adolessent nog op skool?

JA	NEE
----	-----

1.8 Indien die adolessent steeds op skool is, in watter graad/standerd is hy/sy nou?

.....

.....

1.9 Indien die adolessent skool verlaat het in watter graad/ standerd het hy/sy die skool verlaat?

1.10 Wat was die rede waarom hy/sy die skool verlaat het?

.....

.....

2. KENMERKE VAN FAS

2.1.1 Is die adolessent wat u versorg gediagnoseer met fetale-alkoholsindroom (FAS)?

JA	NEE
----	-----

2.1.2 Deur wie? (indien bekend):

2.2 Fisiese kenmerke van FAS

2.2.1 Watter van die volgende fisiese kenmerke toon die kind wat u versorg? (Kies meer as een opsie)

Groeivertraging	
Gesigskenmerke wat met FAS geassosieer word	
Afwykinge in die ledemate, niere en/of brein	
Hartdefekte	
Ander	

2.2.2 Watter van die volgende strukturele gevolge van FAS toon die kind? (Kies meer as een opsie)

Onderbreekte skoolopleiding	
Kriminele aktiwiteite	
Geestelike gesondheidsprobleme	
Onvanpaste seksuele gedrag	
Swak korttermyn geheue	
Probleme met spraak en gehoor	
Ander	

2.2.3 Watter van die volgende funksionele gevolge van FAS toon die kind? (Kies meer as een opsie)

Swak akademiese prestasie	
Impulsief	
Aggressief	
Leerprobleme	
Probleme met geheue	
Ander	

2.3 Kognitiewe en Sosiale Ontwikkeling

2.3.1 Watter van die volgende agterstande in die kognitiewe ontwikkeling van FAS toon die kind?

(Kies meer as een opsie)

Probleme met abstrakte denke	
Aanleer van nuwe vaardighede is moeilik	
Sukkel met wiskunde en geld	
Onvermoë om oorsaak en gevolg met mekaar te verbind	
Vind dit moeilik om verbale opdragte uit te voer	
Ander	

2.3.2 Watter van die volgende eienskappe toon die kind ten opsigte van sosiale ontwikkeling?

(Kies meer as een opsie)

Oorvriendelik	
Hiperaktief	
Gebrek aan wedersydse vriendskappe	
Alleen/geïsoleerd	
Impulsief	
Nuuskerig	
Swak sosialisering en kommunikasievaardighede	
Wil altyd die middelpunt van belangstelling wees	
Ander	

2.3.3 Maak die betrokke adolessent maklik vriende? Motiveer.

.....

.....

.....

2.4 RISIKOFAKTORE

2.4.1 Watter van die volgende aspekte was teenwoordig tydens die swangerskap van die adolessent se moeder? (sover dit aan u bekend is)

Hoë alkoholmisbruik deur die ma se eggenoot of lewensmaat	
Hoë alkoholmisbruik deur vriende en familie	
Oormatige drankmisbruik (binge) deur ma	
Ma was ongetroud, maar in saamleefverhouding	
Ma het 'n lae sosio-ekonomiese status	
Gesin het geen vaste inkomste	
Die ma het gebrekkige opleiding	
Die ma is nie Godsdienstig nie	
Die ma ly aan depressie	
Die ma toon 'n lae selfbeeld	
Ander	

3. OPVOEDINGSROLLE WAAROM VERSORGER VAN FAS-ADOLESENTE MOET OOR

3.1 Die versorger se rol as finansiële voorsiener

Die versorger se rol as finansiële voorsiener is hoofsaaklik om in die kind se behoeftes van kos, klere, huisvesting, opvoeding, gesondheidsorg en finansiële bystand te voorsien.

3.1.1 Werk u vir 'n inkomste?

JA	NEE
----	-----

3.1.2 Watter van die volgende beskryf u werkstatus die beste?

Voltyds	
Deeltyds	
Seisoenaal	
Werkloos	
Ander	

3.1.3 Kry u enige maatskaplike toelaes? Indien ja beskryf asseblief

.....

3.1.4 Wat is die totale maandelikse inkomste van die huishouding?

3.1.5 Het u enige ekstra uitgawes ten opsigte van die FAS-adolesent, byvoorbeeld, medies, skool en of ander. Indien wel dui aan watter uitgawes en hoeveel asseblief.

.....

3.1.6 Dink u dat versorgers die rol van finansiële voorsiener suksesvol kan vervul? Motiveer

.....

3.2 Die versorger se rol as emosionele ondersteuner

Die rol van die versorger as emosionele ondersteuner is om in die kind se emosionele behoeftes te voorsien deur liefde, sekuriteit, troos, lof, empatie en simpatie aan die kind te bied.

3.2.1 Watter van die volgende eienskappe ten opsigte van emosionele funksionering toon die kind?

(Kies meer as een opsie)

Impulsiwiteit	
Onvoorspelbaarheid	
Buierigheid	
Humeurigheid	
Woedeuitbarstings	
Selfmoordneigings	
Swak beheer oor emosies	
Ontoepaslike seksuele gedrag	
Ander	

3.2.2 Dink u dat versorgers die rol van emosionele ondersteuner suksesvol vervul? Motiveer.

.....
.....
.....

3.3 Die versorger se rol as opvoedkundige stimuleerder

Die versorger se rol as opvoedkundige stimuleerder is om die kind te stimuleer op sosiale, geestelike en opvoedkundige vlak.

3.3.1 Wat was die hoogste standerd/graad wat u geslaag het?

3.3.2 Wanneer u met die FAS-adolesent praat, gebruik u eenvoudige verstaanbare taal? Beskryf.

.....
.....
.....

3.3.3 Is dit nodig dat versorgers gedurig oor die FAS-adolesent moet toesig hou? Verduidelik asseblief.

.....
.....
.....

3.3.4 Dink u dat versorgers die rol van opvoedkundige stimuleerder suksesvol vervul? Motiveer.

.....
.....
.....

3.4 Die rol van die versorger as positiewe rolmodelleerder

Die versorger se vervulling as positiewe rolmodelleerder behels dat kinders opkyk na hulle vir beskerming, antwoorde, leiding en vir wenke oor hoe om op te tree in hul daaglikse lewe.

3.4.1 Watter van die volgende kenmerke ten opsigte van positiewe rolmodellering is na u mening belangrik in die opvoeding van 'n FAS-adolesent? (Kies meer as een opsie)

Handhawing van 'n gesonde leefstyl	
Modellering van 'n liefde vir leergierigheid	
Handhawing van 'n positiewe houding teenoor ander en die lewe	
Selfverantwoordelikheid	
Goeie probleemoplossingsvaardighede	
Modellering van welwillendheid en respek	
Etiese optrede	
Goeie hanterings vaardighede in alledaagse situasies	
Betroubaarheid en diensbaarheid	
Ander	

3.4.2 Dink u dat versorgers die rol van positiewe rolmodellering suksesvol kan vervul? Motiveer.

.....

.....

3.5 Die versorger se rol as dissiplineerder

Die versorger as dissiplineerder moet die kinders daarvan weerhou om gedragpatrone en houdings aan te leer wat hulle in onguns kan bring by die gemeenskap.

3.5.1 Hoe gereeld dink u pas versorgers die volgende vorme van dissipline toe met die FAS-adolesent?

	Nooit	Soms	Altyd
Verduidelik waarom ek hom/haar straf			
Ek neem my kind se behoeftes in ag			
Ek straf my kind deur fisiese straf			
My kind se opinie tel nie			
Kind luister nie en doen net wat sy/hy wil			
Ek dreig om te straf maar doen dit nie			
My kind kan na hom/haarself kyk			
Ek gee my kind alles wat hy/sy vra			

3.5.2 Hoe dink u word die FAS-adolesent deur versorgers gedissiplineer? (Kies meer as een opsie)

Fisiese straf	
Ignoreer negatiewe gedrag	
Spreek onaanvaarbare gedrag dadelik aan	
Stel ferm grense	
Pas konsekwent dissipline toe	
Gee belonings vir goeie gedrag	
Ander	

3.5.3 Dink u dat versorgers die rol van dissiplineerder suksesvol kan vervul? Motiveer.

.....
.....
.....
.....

3.6 Die versorger se rol as beskermmer

Die versorger se rol is om die kind te beskerm teen fisiese en emosionele skade.

3.6.1 Dink u dat versorgers die rol van beskermmer suksesvol kan vervul? Motiveer.

.....
.....
.....
.....

3.7 Die versorger se rol om gesinsinteraksie te bevorder

Die versorger se rol is om gesinsinteraksie op 'n bevredigende wyse te handhaaf en om ongemaklike situasies, wrywing en ongelukkigheid in die gesin op te los.

3.7.1 Dink u dat versorgers die rol van gesinsinteraksie suksesvol kan vervul? Motiveer.

.....
.....
.....

3.8 Die rol van die versorger as die voorsiener van 'n permanente plek in die samelewing

Die versorger se rol as voorsiener van 'n permanente plek in die samelewing is om toe te sien dat die kind in permanente plek in die gemeenskap het.

3.8.1 Dink u dat versorgers die rol suksesvol kan vervul om 'n permanente plek vir 'n FAS-adolessent in die samelewing te voorsien? Motiveer.

.....
.....
.....

3.9 Die versorger se rol as voorspraakmaker

Die rol van die versorger as voorspraakmaker is om as tussenganger op te tree tussen die kind en die buite wêreld.

3.9.1 Dink u dat versorgers die rol van voorspraakmaker ten opsigte van FAS-adolesente suksesvol kan vervul? Motiveer.

.....

.....

.....

.....

BAIE DANKIE VIR U DEELNAME

BYLAAG C: TOESTEMMING VAN FASER-SA



UNIVERSITEIT • STELLENBOSCH • UNIVERSITY
jou kennisvennoot • your knowledge partner

9 October 2012

To Whom It May Concern

Dear Sir/Madam

MS MARISE CLOETE

I hereby confirm that permission has been granted to Ms. Marise Cloete to recruit caregivers for her sub-study entitled "Opvoedingsrolle waaroor versorgers van FAS-adolesente behoort te beskik", from a study titled "A Long Term Follow-up Control Study of FASD Children and their Mothers in South Africa". Dr. Luther Robinson of the State University of New York at Buffalo, United States of America, is the overall Principal Investigator of this study.

Please feel free to contact me should you have any queries regarding this matter.

Yours faithfully

Prof. Soraya Seedat
FASER-SA: Co-Principal Investigator and Executive Head of Department



Fakulteit Geneeskunde en Gesondheidswetenskappe
Faculty of Medicine and Health Sciences



Departement Psigiatrie • Department of Psychiatry
Posbus/PO Box 19063 • 7505 Tygerberg • Suid-Afrika/South Africa
Tel +27 21 938 9227/91116 • Faks/Fax: +27 21 938 9738