

## HOOFSTUK 1

### ALGEMENE ORIËTERING TOT DIE STUDIE

#### 1.1 INLEIDING

Die geboorte van 'n kind met 'n gesiggestremdheid kan ernstige emosionele probleme by die ouers veroorsaak. Gevoelens van teleurstelling, verlies, verslaenheid, hartseer en selfs opstand kan ouers in hul wese raak. Daar kan soveel ontwrigting in die gesin ontstaan, dat dit selfs die hegtheid van die huwelik kan skaad. Vrae word gevra waarom dit juis met hulle moes gebeur (Peach, 2003:ii). Die hele gesin word dus in 'n uiters vreemde situasie gedompel, wat moontlik 'n gesinskrisis tot gevolg kan hê (Meiring, 2005, 2008, 2009; Petersen, 2004, 2008, 2009; Van Rooyen, 2005, 2008). Verskeie outeurs (Tröster, 2001:634; Zimmerman, 1993:2) is dit ook eens dat ouers van kinders met gestremdhede (dus ook gesiggestremdheid) meer stres ervaar as dié van niegestremdes. Zimmerman (1993:2) meld die volgende:

The unique needs and demands of a visually handicapped child make the role of parents much more difficult than that of parents of sighted children. Parents may become overwhelmed, withdraw or become more involved in the family, as they respond to the demands of the child. Ongoing stress and adaptation is experienced as parents continually adjust to visually handicapped related issues. The mother, in particular, may become over-involved with the child or may withdraw emotionally from the child and it is believed that the mother-child attachment bond may be affected by characteristics of the visually handicapped child. The effect of the visually handicapped child on the siblings can also be considered to be stressful, with adaptation being a controversial issue. The impact that the visually handicapped child has on the parents and the siblings, and on the family as a whole, can be considered profound.

Volgens Van Rooyen (2005, 2008) het 'n kind met gesiggestremdheid gewoonlik meervoudige probleme en is dit nie net die oë wat aandag en dienste nodig nie (Filander, 2004; Menacker & Batshaw, 1997:211; Petersen, 2004, 2008, 2009; Van Heerden, 2004). Gesiggestremdheid impliseer 'n toestand van omgewingsdeprivasie en die kind se ontwikkeling word holisties beïnvloed (Van der Poel, 1997:147). Van Rooyen (2005, 2008) meen dat wanneer holisties na die kind met gesiggestremdheid gekyk word, daar gevind word dat daar baie ander “swart kolletjies” op sy lewens(funksionering)spektrum is wat skade het (Menacker & Batshaw, 1997:211; Filander, 2004; Meiring, 2005, 2008, 2009; Petersen, 2004, 2008, 2009; Van Heerden,

2004). Menacker en Batshaw (1997:211) omskryf die impak van gesiggestremdheid op die kind soos volg:

Vision may be the most important sense for interpreting the world around us. When sight is impaired in childhood, it can have detrimental effects on physical, neurological, cognitive and emotional development. Visual impairment in childhood is often part of a multiple disability disorder. Even as an isolated disability, severe visual impairment causes delays in walking and talking and affects behaviour and socialization.

Ferrell (1997:v) stem saam met Menacker en Batshaw (1997:211) en gaan verder deur die impak van visuele gestremdheid op die totale kind te bespreek. Laasgenoemde outeurs verduidelik die effek van gesiggestremdheid op die opneem en verstaan van inligting vanuit die kind se onmiddellike omgewing soos volg: “Blindness and visual impairment affects how a child learns, not what a child learns.” Wolfe (2001:152) sluit hierby aan deur te beklemtoon dat visie die dominante sintuig is en beskryf dit soos volg: “The eyes contain nearly 70 percent of the body’s sensory receptors and send millions of signals every second along the optic nerves to the visual processing centers of the brain ... we take in more information visually than through any of the other senses.” Volgens die Suid-Afrikaanse Oogkundige Vereniging (1997:3-4) kan visuele probleme dus kinders se skoolprestasie, sportvermoë en sosiale omgang en ontwikkeling beïnvloed.

Vanuit bogenoemde is dit dus te verstane dat die kind met gesiggestremdheid sy ontwikkelingsmylpale baie stadiger en met baie meer moeite sal bereik as die siende kind. Die volgende outeurs (Batshaw & Menacker, 1997:232; Van der Poel, 1997:150-154) stem saam dat ’n kind met gesiggestremdheid by geboorte of tydens die vroeë kinderjare met noemenswaardige ontwikkelingsagterstande presenteer. Spiertonus sal verminder aangesien die instandhouding daarvan van visuele persepsie afhang. As gevolg hiervan word grootmotoriese vaardighede ook geaffekteer. Só sal meeste van hierdie kinders byvoorbeeld nie voor agt maande kan sit nie en kruip gewoonlik glad nie. Hierdie kinders kan meestal nie voor twee tot twee-en-’n-half jaar treetjies gee nie en is geneig tot ’n loopgang met ’n breë basis ten einde ondersteuning te verkry in die afwesigheid van visuele aanwysings.

Kleinmotoriese vaardighede toon ook meestal ’n agterstand of is onnatuurlik. So byvoorbeeld sal die uitreiking na voorwerpe eers op nege maande voorkom in plaas van op vier maande. ’n Kind sal ook eerder uitreik na ’n geluid as om daarnatoe te draai. Die

vaardigheid om alleen te eet geskied ook veel later by die kind met gesiggestremdheid (Warren, 1994:32). Aangesien die spraakproses ondersteun word deur die nabootsing van mondbewegings sowel as om na geluide te luister, sal spraakontwikkeling ook 'n agterstand toon. Die kind met gesiggestremdheid moet dus die kuns om te praat aanleer deur net op ouditiewe wenke staat te maak. Hierdie proses kan pynvol en stadig geskied. Die kind kan ook geneig wees om omgewingsgeluide (byvoorbeeld motors, toilette wat spoel en grassnyers) na te maak eerder as om woorde te gebruik. Om tussen “ek” en “jy” te onderskei, is 'n verdere struikelblok vir die kind. Die kind met gemiddelde intellektuele vermoëns sal eers op skoolouderdom toepaslike spraak- en taalvaardighede ontwikkel, alhoewel dit steeds gepaard sal gaan met minder liggaamstaal en gesigsuitdrukkinge. Die kind met gesiggestremdheid skiet ook te kort met betrekking tot ouderdomsgpaste gespreksvoeringsvaardighede (Van Heerden, 2004; Van Rooyen, 2005, 2008).

Buiten ontwikkelingsagterstande, soos hierbo bespreek, kom gedragsaanwensels oftewel “blindismes” ook voortdurend by die kind met gesiggestremdheid voor (Menacker & Batshaw, 1997:232; Van der Poel, 1997:149). Hierdie selfstimulerende gedrag sluit in: die vryf van die oë, kragtige oogknippings, die stuur na ligte, die waai van die vingers voor die gesig, die rol van die kop en die heen-en-weer swaai van die liggaam. Die ontwikkeling van spel en sosiale vaardighede toon ook gewoonlik 'n agterstand. Spel is meestal minder verbeeldingryk en meer stereotiep as dié van siende kinders. Dit kan moontlik toegeskryf word aan die feit dat liggaamstaal, gesigsuitdrukkinge en ander nieverbale kommunikasie nie waarneembaar is nie. 'n Baie interessante feit is dat kinders wat blind gebore word, tot en met die ouderdom van vier- of vyfjaar nie bewus is van enige sensoriese gestremdheid nie (Van Heerden, 2004; Van Rooyen, 2005, 2008). Die gebrek aan sosio-emosionele vaardighede op skoolgaande ouderdom word egter aan 'n gebrek aan voldoende stimulasie en 'n swak selfbeeld toegeskryf. Professionele terapeute kan aan mismoedige of oorbeskermende ouers opvoedkundige insette gee ten opsigte van die stadige ontwikkeling van hulle kind met gesiggestremdheid (Menacker & Batshaw, 1997:232-233).

Volgens Van Rooyen (2005, 2008) is daar hoofsaaklik twee redes vir die meervoudige probleme waarmee 'n kind met gesiggestremdheid presenteer, naamlik:

- Die kind kan as gevolg van voorgeboortelike skade, genetika of siekte met swak oë presenteer.

- Visuele probleme lei tot die verkeerde opname van inligting uit die onmiddellike omgewing, wat aanleiding gee tot ernstige leerprobleme.

Met betrekking tot die eerste rede voer Van Rooyen (2005, 2008) aan dat die kind se swak oë die duidelikste waarneembare “probleem” is en dat alle rehabilitasie daarom uitsluitlik op die herstel van sig gefokus word. Ander behoeftes, naamlik emosioneel, sosiaal, fisies, kognitief en sensories-motories, word misgekyk. Die gesiggestremdheid word dus die gesin se fokuspunt en alle ander aspekte word agterweë gelaat. Die gesin gee alles op om nader aan hospitale, dokters en skole te trek ter wille van hulp aan die kind met gesiggestremdheid. Hulle glo dat indien die kind se oë deur ’n operasie of iets dergelyks herstel kan word, alle ander gesins-, gedrags- en leerprobleme opgelos sal wees. Van Heerden (2004) is van mening dat hierdie tendens, naamlik waar ouers agter dienste aan trek, ekonomiese probleme vir die gesin kan inhou, aangesien die broodwinner en soms ook die moeder hulle vaste werk prysgee. Die res van die gesin blameer later die kind met gestremdheid vir hulle haglike finansiële situasie.

Hierdie wanpersepsie waar daar net op die gesiggestremdheid gefokus word, kan volgens Van Rooyen (2005, 2008) aanleiding gee tot “doctor shopping”, met ander woorde om van die een oogspesialis na die ander te gaan. Sy noem dat dit baie algemeen by hierdie huisgesinne voorkom. Finansiële eis dit sy tol terwyl ouers met ’n magdom mediese kennis sit wat hulle nie altyd korrek kan verstaan en interpreteer nie. Daarby beskik oogspesialiste ook nie altyd oor die tyd of opvoedkundige vaardigheid om met die diagnose van ’n spesifieke oogkondisie die impak daarvan op die kind se emosionele gesondheid, gedrag en akademiese prestasie met die ouers te bespreek nie (Filander, 2004; Van der Merwe, 2008, 2009). Steyl (2005, 2008) beklemtoon dat ’n oogkondisie soos makulêre degenerasie, waar die kind se oë geleidelik verswak totdat blindheid intree, ’n baie groot invloed op die kind se emosies en dus ook gedrag het. Indien die ouers nie behoorlik ingelig is hieromtrent nie, sal hulle nie in die kind se emosionele behoeftes kan voorsien nie en sal hulle sukkel om hom te verstaan en te hanteer. Dit kan tot verdere probleme en frustrasies in die gesin lei (Filander, 2004; Reynolds, 2008; Van der Merwe, 2008, 2009). Daar word dus tans baie groter klem op die fisiese probleme van die kind met gesiggestremdheid geplaas, terwyl die ander aspekte agterweë gelaat word.

Emosionele belading is ’n direkte gevolg van die mediese faktore wat tans soveel aandag geniet tydens hulpverlening aan die kind met gesiggestremdheid. Van Rooyen (2005, 2008) voer aan dat teen die tyd dat hierdie kind in graad een is, hy alreeds soveel keer

deur verskillende oogspesialiste getoets is dat hy bewus is daarvan dat iets met hom verkeerd is en dat hy “anders” as ander kinders is, maar hy weet nie in watter opsig nie. Emosionele belading kom dus voor en hierdie kind leer van baie vroeg af om verdedigingsmeganismes te benut om homself te beskerm. Indien die ouers vroegtydig ingelig is ten opsigte van hulle kind se oogtoestand, opvoedkundige insette gelewer is en emosionele gevoelens hanteer is, behoort hulle angstigheid te verminder, want onkunde veroorsaak angs. Dit behoort tot emosionele rustigheid by die ouer en kind te lei; dus sal die totale gesinsisteem se funksionering verbeter (Filander, 2004; Petersen, 2004, 2008, 2009; Van der Merwe, 2008, 2009). Van der Poel (1997:147) beklemtoon verder dat riglyne aan die ouers met betrekking tot die holistiese ontwikkeling van die kind met gesiggestremdheid nodig is ten einde sekuriteit en emosionele rustigheid by beide partye te bewerkstellig.

Ten opsigte van die tweede rede vir die meervoudige probleme waarmee 'n kind met gesiggestremdheid presenteer, naamlik dat visuele probleme tot die verkeerde opname van inligting uit die onmiddellike omgewing lei en dít tot ernstige leerprobleme aanleiding gee, noem Van Rooyen (2005, 2008) dat kinders met gesiggestremdheid slegs 'n halwe waarnemingsvermoë het. Dit lei tot verkeerde persepsies by die kind (Vivier, 2003:55-57). Swak en verkeerde perseptuele agterstande ontstaan, wat tot ernstige leerprobleme by die kind lei. Van Rooyen (2005, 2008) noem dat 'n swaksiende kind byvoorbeeld 'n hoender met vier bene sal teken, aangesien sy ouers nog nie daaraan gedink het om aan hom te verduidelik dat nie alle diere vier bene het nie. As gevolg van die ouers se onkunde besef hulle nie hoeveel die swaksiende kind werklik kan sien nie. Filander (2004) ondersteun hierdie stelling van Van Rooyen (2005, 2008). Ouers moet bemaagtig word met kennis sodat hulle sal weet dat dit nodig is om hulle kind se verkeerde persepsies te kontroleer.

Die wyse waarop daar met die kind met gesiggestremdheid gekommunikeer word, verskil van kommunikasie met die normaalsiende kind. Ouers is nie altyd bewus van die groot invloed van nieverbale kommunikasie en die feit dat die kind met gesiggestremdheid dit nie kan waarneem nie. Effektiewe en spesifieke kommunikasievaardighede by die gesin ontbreek dikwels, wat aanleiding gee tot verkeerde persepsies by die kind met gesiggestremdheid (Filander, 2004).

Die medium van kommunikasie is 'n verdere aspek waaraan aandag geskenk moet word wanneer gesinskommunikasie onder bespreking is (Steyl, 2005, 2008). Wat lees en skryf betref, kommunikeer 'n kind met gesiggestremdheid deur middel van braille. Dit is nodig

dat ouers vroegtydig ingelig moet word ten opsigte van die voordele wat dit inhou om self ook braillegeletterd te wees. So kan die ouer sy kind byvoorbeeld met tuiswerk help, asook met briefies lees en skryf, wat die ouer-kind-verhouding sal versterk. Craig (1996:194) stem saam met Steyl (2005, 2008) en is van mening dat ouers 'n kritiese rol in die opvoeding van hulle kind met gesiggestremdheid speel. Ouers kan dus volgens Craig (1996:194) vroegtydig besluit om brailleklasse te neem – nog voor hulle kind skool toe gaan.

Die kind met gesiggestremdheid word beïnvloed deur al die verskillende sisteme waarmee hy in aanraking is, sowel as die omgewing. Die gesinsisteam word as dié met die grootste invloed op die kind met gesiggestremdheid beskou (Geldard & Geldard, 1997:43). Al die verskillende gesinslede oefen onderling 'n wedersydse invloed op mekaar en die omgewing uit (Meyer, Moore & Viljoen, 1997:592; Becvar & Becvar, 2000:10).

Volgens die algemene sisteem teorie, wat in hierdie studie as die fundamentele vertrekpunt benut word, word die mens as 'n subsisteem binne 'n hiërargie van groter sisteme, byvoorbeeld die gesin en die gemeenskap, beskou (Meyer *et al.*, 1997:589). Hierdie benadering handhaaf 'n holistiese siening (wat by die perspektief van maatskaplike werk aansluit) en behels dat die interaksieproses tussen twee persone altyd rekursief, dit wil sê wederkerig, sowel as sirkulêr is. Een persoon se gedrag lei nie noodwendig tot 'n ander persoon se gedrag nie, aangesien hierdie sirkulariteit nie oorsaak-en-gevolg impliseer nie. Dit dui egter wel daarop dat die een se gedrag die ander s'n versterk en dat die optredes dus wederkerig plaasvind. Die term "sirkulêr" dui op 'n sirkel effek. Volgens Goldenberg en Goldenberg (1998:327) behels die begrip "sirkulariteit" die idee dat oorsaaklikheid binne die konteks van verhoudings voorkom as 'n netwerk van sogenaamde "lusse" in die interaksie tussen persone. Die sirkulêre karakter van gedrag suggereer gedrag wat oor 'n tydperk volgehou en herhaal word, waarna 'n patroon geïdentifiseer kan word (De Meillon & Wiechers, 1993:98-99).

Friesen en Stephens (1998:231) vind aansluiting by die holistiese siening van die sistemiese benadering en is van mening dat gestremdhede of chroniese siektes by kinders die hele gesin sowel as die kind se psigologiese gesondheid affekteer (Shapiro & Tittle, 1990:179; Turnbull, Friesen & Ramirez, 1998:178). Dit lei tot mede-afhanklikheid en 'n wanfunksionerende lewenspatroon en probleemoplossing. Sodanige gesinne is ook siklies betrokke by destruktiewe gesinspatrone. Die oplossing van onopgeloste probleme kan egter deur middel van terapeutiese intervensie by die hele gesin geskied.

Dit sal meebring dat elke gesinslid in 'n atmosfeer vry van wanfunksionerende sikliese versterking begin leef (Kirby-Green & Moore, 2001:167). Wanneer gesinne as sosiale netwerke beskou word, word verhoudings, gedeelde ooreenkomste en aktiwiteite gesien as faktore wat gesinslede aan mekaar bind. Kirby-Green en Moore (2001:168) meen dat wanfunksionerende lewenspatrone en probleemoplossing deur 'n stel reëls binne die gesinsisteem in stand gehou word. Holistiese terapie, wat al die behoeftes van die gesinsisteem aanspreek, word dus benodig.

## 1.2 NAVORSINGSPROBLEEM

Ouers kan op verskillende maniere op die diagnosering van hulle kind met gestremdheid reageer, hoewel hulle reaksies volgens Duckworth en Kostell (1999:199) gewoonlik 'n patroon vorm, naamlik deur die verskeie fases wat eindig in die aanvaarding van hulle kind. Die vordering en begeleiding van die ouers deur hierdie fases moet deur 'n professionele terapeut behartig word (Ziolko, 1993:212). Volgens Kirby-Green en Moore (2001:169) bestaan daar egter min of geen dokumentasie ten opsigte van die bystand van gesinne met 'n kind met visuele gestremdheid deur 'n professionele terapeut nie (Bowen & Ferrell, 2003:10; Dote-Kwan, Chen & Huges, 2001:325).

Van Heerden (2004) is van mening dat multi- en visuele gestremdheid in die gesin ten eerste 'n maatskaplike probleem is. Sy staaf haar mening deur te verwys na die hoë egskeidingsyfer onder gesinne met 'n kind met gestremdheid in hulle midde (Filander, 2004; Petersen, 2004, 2008, 2009; Van der Merwe, 2008, 2009). Van Rooyen (2005, 2008) stem hiermee saam en noem dat vyf uit sewe van die kinders in haar klas se ouers geskei is en dat dit 'n jaarlikse tendens is. Indien ouers se onverwerkte emosies vroegtydig aandag kan geniet en 'n professionele persoon hulle kan help om dit te verwerk en te hanteer, behoort die negatiewe impak op die huwelik ook verminder te word (Filander, 2004; Petersen, 2004, 2008, 2009; Van Rooyen, 2005, 2008). Van der Merwe (2008, 2009) ondersteun die holistiese siening van die sistemiese benadering deurdat sy beklemtoon dat dit nie net die huweliksverhouding is wat beïnvloed word nie, maar alle gesinsverhoudings. Van Rooyen (2005, 2008) is van mening dat die sibbe onder die wanpersepsie kan verkeer dat die kind met gesiggestremdheid voorgetrek word en die gunsteling is. Die sibbe kan voel dat hulle "anders" en 'n mislukking is omdat hulle nie ook 'n gestremdheid het wat aandag verdien nie (Van der Merwe, 2008, 2009; Vivier, 2003:105). Hierdie persepsies by gesinslede kan weer tot sekere gedragsprobleme by die huis en skool lei, sowel as konflik in die huis. Volgens Van der Poel (1997:148) word

die kind met gesiggestremdheid ook meestal op 'n passiewe of aktiewe wyse deur die sibbe verwerp.

Weens ouers se onsekerheid en gevoelens van onbevoegdheid om hulle kind met gesiggestremdheid te versorg, word die kind dikwels in die sorg van skole of ander instansies geplaas, wat geweldige druk op die kind plaas.

Vanuit bogenoemde is dit duidelik dat holistiese terapie nodig is ten einde in al hierdie kind se behoeftes te voorsien, asook in dié van die gesinsisteem waarvan hy 'n deel uitmaak. Terapeutiese insette van verskillende professies word dus benodig. As gevolg van die groot invloed wat 'n kind met gesiggestremdheid op die totale funksionering en verhoudings in die gesin het, benodig die ouerpaar vanuit die staanspoor die hulp en leiding van 'n professionele persoon ten einde hulle te begelei en te bemagtig met hierdie komplekse lewenslange saak (Dote-Kwan *et al.*, 2001:336; Meiring, 2005, 2008, 2009; Petersen, 2004, 2008, 2009; Reynolds, 2008; Van Heerden, 2004; Van Rooyen, 2005, 2008). Harrison, Cooch en Alsup (2003:2) stem soos volg hiermee saam: "Empowerment occurs when families are confident that they have the information and problem-solving skills that are essential in their personal situations." Hierdie tipe bemagtiging kan slegs geskied met die hulp van 'n professionele persoon wat 'n gespesialiseerde en omvattende ouerbegeleidingsprogram stap vir stap met die betrokkenes deurwerk.

Kenner (Steyl, 2005, 2008; Van Rooyen, 2005, 2008) is dit dus eens dat die ouers van hierdie gesinne meervoudige behoeftes het en dus dienste in spanverband benodig. Hoe vroeër die ingryping/intervensie kan geskied, hoe beter (Van der Merwe, 2008, 2009).

Van Heerden (2004) ondersteun die idee om van 'n multidissiplinêre spanbenadering gebruik te maak met betrekking tot die begeleiding van gesinne wat 'n multigestremde kind in hulle midde het (Filander, 2004; Meiring, 2005, 2008, 2009; Petersen, 2004, 2008, 2009; Van Rooyen, 2005, 2008). Suid-Afrika skiet egter ver te kort met betrekking tot die beskikbaarheid van 'n multidissiplinêre ondersteuningstruktuur in die hoofsentra vanaf dag een aan gesinne wat 'n baba met visuele gestremdheid het. Elke provinsie het wel 'n vereniging vir blindes, maar bied nie 'n aktiewe diens in multidissiplinêre spanverband aan die gesinne in nood nie. Hulle meervoudige behoeftes (ouer en kind) word dus nie bevredig nie. Daar is tans geen gespesialiseerde vroeë-intervensieprogram in Suid-Afrika wat begeleiding gee aan ouers met 'n kleuter met gesiggestremdheid nie.



Volgens Greyling (2004, 2005), maatskaplike werker by die Suid-Afrikaanse Nasionale Raad vir Blindes, Theron (2009), Direkteur van Gespesialiseerde Onderwys, Bam (2005) Direkteur van The League of Friends of the Blind, Van Heerden (2004), Departementshoof van Multi-gestremdes en ondervoorsitter van die Suid-Afrikaanse Nasionale Raad vir Multi-gestremdes, Van der Poel (2006), Special Education Adviser for learners 0-6 years with visual and multiple dysfunction en Atterbury (2005), onderwyser by die Centre for Visually Impaired, bestaan daar 'n behoefte aan so 'n program waar ouerbegeleiding op 'n vroeë stadium aan ouers met 'n kleuter met gesiggestremdheid gegee word. By gebrek aan 'n intervensieprogram vir sodanige ouers is hierdie organisasies genoodsaak om van algemene intervensieprogramme asook internasionale programme gebruik te maak en na goeie aanpassings te maak. Die Wes-Kaap (LOFOB: The League of Friends of the Blind), Gauteng (Centre of Visually Impaired) en Natal (KwaZulu-Natal Blind and Deaf Society) is die enigste provinsies met 'n organisasie wat sekere dienste bied aan die gesin ten opsigte van die vroeë ontwikkeling van die kind met gesiggestremdheid. Die feit dat soveel provinsies geen gespesialiseerde diens het ten opsigte van die begeleiding van 'n gesin met 'n kind met gesiggestremdheid in hulle midde nie, lei daartoe dat daar te min organisasies bestaan waarheen mediese beamptes gesinne kan verwys wanneer 'n baba met visuele of multi-gestremdheid gediagnoseer word (Greyling, 2004, 2005; Meiring, 2004, 2008, 2009; Van der Merwe, 2008, 2009; Van Heerden, 2004). Van der Poel (1997:148) beklemtoon die noodsaaklikheid van vroeë diagnose en behandeling en is van mening dat hoe langer dit uitgestel word, hoe meer word veral die realiteit van die kind se psigo-sosiale behoeftes geïgnoreer, wat 'n direkte invloed op skoolgereedheid en -vordering het (Van der Merwe, 2008, 2009). Minderbevoorregte gesinne is nie finansiële sterk genoeg om na 'n ander provinsie te gaan vir hulp nie. Die kind met gestremdheid bly dus tuis, sonder enige opvoedkundige insette van buite. Die emosionele en finansiële las op die gesin word gevolglik net groter en groter (Van Heerden, 2004). Loumiet en Levack (1993:89) en Vivier (2003:65) wys op die verhoogde gevaar van seksuele misbruik van die kind met gestremdheid. Die feit dat hulle meer passief en teësinnig is om hulself fisies te beskerm, maak hulle meer kwesbaar vir seksuele uitbuiting en trauma.

Indien bogenoemde faktore ten opsigte van die kleuter met gesiggestremdheid in ag geneem word, word die sentrale vraag in hierdie studie gevra: "Watter behoeftes het die Suid-Afrikaanse ouer wat 'n kleuter met gesiggestremdheid het?"

Hierdie studie fokus spesifiek op die ontwikkeling van 'n intervensieprogram vir die ouer wat 'n kleuter met 'n gesiggestremdheid het.

Met vorige navorsing waarby die navorser by Pionierskool in Worcester betrokke was (Vivier, 2003:2), is behoeftes en probleme geïdentifiseer soos tydens die uitvoering van die empiriese studie deur die adolessente uitgewys is. Die navorser sou graag wou voortbou op die behoeftes en bevindings wat in bogenoemde studie geïdentifiseer is, dit wil sê om die verskeie frustrasies, onsekerhede en probleme wat die gesin asook die kind met gesiggestremdheid in sy grootwordjare tot en met adolessensie ondervind, te probeer voorkom of aan te spreek deur die ontwikkeling en benutting van 'n ouerbegeleidingsprogram vir die Suid-Afrikaanse ouer wat 'n kleuter met gesiggestremdheid het.

Deurdat die navorser se bewustheid van die lewensomstandighede en gesinsverhoudings (insluitend die ouer-kind-verhouding) van kinders met gesiggestremdhede verhoog is, is die navorser as maatskaplike werker by Pionierskool daaglik daarvan oortuig dat die beroep maatskaplike werk vanweë sy kennisveld, metodes en tegnieke sinvol aangewend kan en behoort te word om hierdie gesinne (en spesifiek die ouers) te bemagtig en te ondersteun.

Die Suid-Afrikaanse Nasionale Raad vir Blindes (Optima) is geraadpleeg ten opsigte van navorsing wat reeds gedoen is. Daar is egter vasgestel dat 'n studie oor hierdie onderwerp nog nooit voorheen in Suid-Afrika onderneem is nie (Greyling, 2004, 2005). Greyling (2004, 2005) en Atterbury (2005) noem dat 'n gespesialiseerde program benodig word, aangesien hulle tans algemene intervensie- en internasionale programme benut en aanpassings maak waar hulle dink dit nodig is. Hulle benodig ook handleidings wat aan ouers of professionele persone wat daaglik met hierdie probleem gekonfronteer word, gegee kan word. Die navorser het dus tot die gevolgtrekking gekom dat daar 'n definitiewe leemte en behoefte bestaan ten opsigte van navorsing oor hierdie onderwerp.

Die beleid van inklusiewe onderwys, volgens Witskrif Ses (RSA, Ministry for National Education, 2001), is 'n verdere aspek wat begeleiding vir die ouer van 'n kind met 'n gesiggestremdheid noodsaak. Dit word onder '*Special Needs Education*' (Department of National Education, 2001) omskryf en plaas die aanspreek van leerhindernisse in die middelpunt van transformasie in die onderwys in Suid-Afrika (Galloway, 2006:2). Die klem verskuif na die oorkoming van hindernisse in die sisteem, wat in die weg van bevrediging van leerders se leerbehoefte staan (Theron, 2009; Galloway, 2006:2). Verskeie sleutel beleidsdokumente en wetgewing, naamlik White Paper on Education and Training (RSA, Ministry for Education, 1995), White Paper on an Integrated National

Disability Strategy (RSA, Office of the Deputy President, 1997), en die South African Schools Act 84 of 1996 artikuleer die nuwe doelstellings van gelykheid, hersiening, effektiwiteit en die reg van alle leerders tot gelyke toegang tot die wydste moontlike spektrum van onderwysgeleenthede. Die fokus is dus nou op steunstelsels wat tot beskikking van die leerder is. Hierdie klemverskuiwing en fokus dien as motivering vir die navorser om 'n maatskaplikewerkintervensieprogram te ontwikkel vir ouers van 'n kleuter (nul tot ses jaar) met 'n gesiggestremdheid wat hul kind in die hoofstroomskool wil ondersteun.

**Die navorsingsprobleem van hierdie studie is dus dat daar nog geen navorsing gedoen is waar daar na die Suid-Afrikaanse ouer wat 'n kleuter met gesiggestremdheid het, se behoeftes gekyk is ten einde 'n gespesialiseerde ouerbegeleidingsprogram te ontwikkel nie. Die navorser het tydens hierdie studie gepoog om hierdie behoefte aan te spreek.**

Vir die doeleindes van hierdie studie word deurgaans van die manlike aanspreekvorm gebruik gemaak, alhoewel dit op beide geslagte van toepassing gemaak kan word. Die konsepte blindheid, visuele probleme, visuele gestremdheid en gesiggestremdheid sal ook vir die doeleindes van hierdie studie as sinonieme benut word.

### **1.3 DOEL, DOELSTELLING, EN DOELWITTE VAN DIE STUDIE**

#### **1.3.1 Doel en aard van die studie**

Volgens Fouché en De Vos (2005:104-105), kan die doel van die ondersoek gesien word in die lig van verklarend, beskrywend of verkennend. Fouché (2002b:107) beskryf die doel van navorsing soos volg: “to expand knowledge, to find out things and to get information on a topic. The purpose is also to verify knowledge and to compare variables”.

Bless en Higson-Smith (2000:154) en Fouché (2002a:109), is van mening dat 'n verkennende studie onderneem word ten einde insig in 'n situasie, fenomeen, gemeenskap of individu te verkry. Neuman (2000:19) meen verkennende navorsing het ten doel om idees en tentatiewe teorieë te eksploreer, 'n weldeurdagte beeld rakende feite te ontwikkel en die moontlikheid van verdere navorsing te ondersoek.

Die navorser is dus van mening dat die aard van hierdie studie verkennend is, aangesien inligting ten opsigte van die unieke behoeftes van die Suid-Afrikaanse ouer wat 'n kleuter met gesiggestremdheid het, geëksploreer word. Die navorser het dus gepoog om haar insig met betrekking tot die behoeftes van sodanige ouer te verhoog en te benut ten einde 'n gespesialiseerde ouerbegeleidingsprogram te ontwikkel.

Die navorsing is ook beskrywend van aard, aangesien die resultate van die behoeftebepaling en ouerbegeleidingsprogram vir ouers wat 'n kleuter met gesiggestremdheid het, beskryf is. Beskrywende navorsing wil 'n beeld van die werklikheid gee en poog dus om 'n waarheidsgetroue beeld van die waargenome te verskaf (Neuman, 2000:23).

### **1.3.2 Doelstelling**

Volgens Fouché (2002a:109) impliseer die betekenis van 'n studiedoelstelling die breër, meer abstrakte konsepsie van “the end toward which effort or ambition is directed”. Dit word ook as die droom van die studie, wat teen die einde bereik wil word, gesien.

**Die doelstelling van hierdie studie is om 'n ouerbegeleidingsprogram vir ouers wat 'n kleuter met gesiggestremdheid het, te ontwikkel en die effektiwiteit daarvan te evalueer.**

### **1.3.3 Doelwitte**

Doelwitte behels 'n meer konkrete, meetbare, spesifieke en bereikbare plan wat geïmplementeer word om die uiteindelijke breër doel te bereik. Dit impliseer dus die stappe wat binne 'n bepaalde tydperk, een vir een gevolg moet word, om die doelstelling te bereik (Fouché & De Vos, 2005:104; Fouché, 2002a:107-108).

Ten einde bogenoemde doelstelling te bereik, is die doelwitte van die studie soos volg geformuleer:

- Om 'n teoretiese kennisraamwerk op te bou deur die verkenning van:
  - verskillende oogtoestande en die akademiese, sosio-emosionele en loopbaangevolge daarvan;

- die algemene sisteemteorie as teoretiese fundering in gesinne wat 'n kleuter met 'n gesiggestremdheid het;
  - die gesinsdinamika tydens stresvolle situasies; en
  - vroeë intervensie by die kleuter met 'n gesiggestremdheid.
- 
- Om deur middel van 'n empiriese studie 'n behoeftebepaling by Suid-Afrikaanse ouers van 'n kind met 'n gesiggestremdheid te doen oor die invloed van hulle kleuter se gestremdheid op die gesin.
  - Om 'n ouerbegeleidingsprogram te ontwikkel.
  - Om 'n ouerbegeleidingsprogram te implementeer.
  - Om die benuttingswaarde van die program te evalueer.
  - Om aanbevelings en gevolgtrekkings te maak ten opsigte van die benutting van bogenoemde program ten einde maatskaplike werkers en ander professies wat betrokke is by sodanige gesinne se kennis en vaardigheid uit te bou om meer doeltreffende dienslewering te verseker.

#### 1.4 NAVORSINGSVRAAG EN HIPOTESE

Aangesien die eerste deel van hierdie studie volgens 'n kwalitatiewe benadering binne 'n verkennende konteks gedoen is, was dit volgens Fouché (2002a:106) gepas om 'n navorsingsvraag te formuleer. Mason (1996:48) omskryf 'n navorsingsvraag soos volg: "A question which the researcher designs to address and, taken together, should express the essence of the enquiry. A research question should be clearly formulated, intellectually worthwhile and researchable, because it is through them that the researcher is going to go about researching it."

Tydens die formulering van die navorsingsprobleem en doelwitte het die volgende vraag by die navorser ontstaan: **Watter behoeftes het die Suid-Afrikaanse ouer van 'n kleuter met gesiggestremdheid?**

Daar is gepoog om hierdie vraag tydens die eerste fase van die studie te beantwoord.

Aangesien die tweede deel van hierdie studie volgens 'n kwantitatiewe benadering gedoen is, was dit volgens Fouché (2002a:106) gepas om 'n hipotese te formuleer. 'n Hipotese word soos volg omskryf: “An expectation about the nature of things derived from a theory. It is a statement of something that ought to be observed in the real world if the theory is correct. A hypothesis is essentially a statement that postulates that a certain relationship (correlation or causality) exists between two or more variables” (Babbie, 2004:44; Babbie & Mouton, 2001:643).

Na aanleiding van die navorsingsprobleem en doelwitte is die volgende hipotese geformuleer: **Indien ouers van 'n kleuter met gesiggestremdheid die ouerbegeleidingsprogram deurloop, sal hulle bemagtig word met kennis ten opsigte van hulle kind se spesifieke oogtoestand en die invloed daarvan op en hantering van die betrokke kind, hulle huwelik en hulle gesin.**

Hierdie hipotese is in die tweede fase van die studie getoets.

## 1.5 NAVORSINGSBENADERING

'n Fundamentele onderskeid wat tydens navorsing gemaak moet word, is tussen die gebruik van 'n kwantitatiewe en kwalitatiewe navorsingsbenadering, maar volgens Cresswell se drie modelle van kombinasie kan hierdie twee benaderings ook in 'n studie gekombineer word (Cresswell, 2003:114). Dit word triangulasie genoem (De Vos, 2002:365). Die tweefasemodel word beskryf as 'n benadering waar die navorser sy studie in twee afsonderlike fases ('n kwalitatiewe en 'n kwantitatiewe fase) verdeel (De Vos, 2002:365). Die twee paradigmas word dus duidelik en afsonderlik uiteengesit binne 'n bepaalde navorsingstudie.

### 1.5.1 Fase een van die studie:

Fouché en Delport (2002:79) verwys na die kwalitatiewe navorsingsbenadering as navorsing wat respondente se ervarings, belewenisse, betekenis of persepsies aan die lig bring. Beskrywende inligting word hier in die respondente se eie geskrewe of gesproke woorde verkry. Royse (1991:218) definieer 'n kwalitatiewe navorsingsbenadering soos volg: “An approach which provides detail and adds richness and depth to our understanding of any phenomenon being investigated”.

Die navorser is dus van mening dat 'n kwalitatiewe navorsingsbenadering gepas is vir die eerste fase van hierdie studie, aangesien 'n behoeftebepaling met Suid-Afrikaanse ouers wat 'n kind (0–19 jaar) met gesiggestremdeheid het, gedoen is. Dit is met behulp van een fokusgroep van 10 ouerpare gedoen.

### **1.5.2 Fase twee van die studie:**

Volgens Babbie en Mouton (2001:646) het die kwantitatiewe benadering hoofsaaklik drie eienskappe, naamlik die beklemtoning van die kwantifikasie van elemente, die beklemtoning van veranderlikes deur die beskrywing en analisering van die fenomeen, en die kontrolering en voorspelling van die fenomeen.

Die navorser is dus van mening dat die kwantitatiewe benadering gepas is vir die tweede fase van hierdie studie, aangesien sy poog om die respondente te bemagtig met kennis van hulle kleuter se spesifieke oogtoestand en die invloed daarvan op en die hantering van die kind, hulle huwelik en hulle gesin. Hierdie veranderlikes is aan die begin (tydens 'n voortoets) met behulp van 'n vraelys gemeet, asook as natoets nadat die ouerbegeleidingsprogram geïmplementeer is.

## **1.6 TIPE NAVORSING**

Huysamen (1993:36) argumenteer dat toegepaste navorsing spesifiek onderneem word met die oog op die oplossing van een of ander psigologiese, opvoedkundige of maatskaplike probleem in die kliniese, voorligtings-, opvoedkundige, bedryfsmilitêre of forensiese sielkunde of maatskaplike werk (Graziano & Raulin, 2000:55). Bless en Higson-Smith (2000:38) voeg by dat wanneer die navorser se primêre motivering is om bystand te verleen om 'n spesifieke probleem in 'n spesifieke gemeenskap op te los, dit toegepaste navorsing genoem word. Dit word meestal gedoen deur basiese navorsingsbevindings op spesifieke gemeenskapsuitdagings toe te pas.

Vir die doeleindes van hierdie studie is die navorsing as toegepaste navorsing geklassifiseer, aangesien die studie spesifiek met die oog op die praktiese oplossing van 'n maatskaplike probleem onderneem is. Intervensienavorsing as komponent van toegepaste navorsing is ook op hierdie studie van toepassing. De Vos (2005:396) definieer intervensienavorsing as die proses waarvolgens nuwe tegnologie ontwikkel word om probleme op te los. Intervensie in maatskaplike werk behels dus die toetrede

van 'n maatskaplike werker om die maatskaplike funksionering van 'n individu, groep of gemeenskap in stand te hou of te verbeter.

Die navorser het beoog om met hierdie studie 'n ouerbegeleidingsprogram vir die Suid-Afrikaanse ouer van 'n kleuter met gesiggestremdheid te ontwikkel, te implementeer en te evalueer.

## **1.7 NAVORSINGSTRATEGIE EN -ONTWERP**

### **1.7.1 Ontwerp**

#### *Fase een van die studie*

Volgens Fouché (2002b:272) het navorsers binne kwalitatiewe studies 'n wye verskeidenheid strategieë om van te kies. Cresswell (1998:40-60) en Fouché (2002b:272) identifiseer egter net vyf strategieë wat volgens hom verskillende dissiplines voorstel, gedetailleerde prosedures het, gewild is en die meeste deur navorsers gebruik word, naamlik biografie, fenomenologie, gegronde teorie, etnografie en gevallestudie. Babbie (2001:281) sê die volgende ten opsigte van die fenomenologiese strategie: "Qualitative researchers aim at discovering subjects' experiences and how subjects make sense of them".

Volgens Fouché (2002b:272) het die fenomenologiese strategie dus ten doel om die betekenis wat respondente aan hulle alledaagse lewe gee, te verstaan en te interpreteer.

Die navorser is van mening dat 'n fenomenologiese strategie tydens die eerste fase van 'n verkennende studie benut kan word. 'n Behoeftebepaling is dus gedoen met die Suid-Afrikaanse ouer wat 'n ouer kind (0–19 jaar) met gesiggestremdheid het ten einde die ouer se gevoelens, ervarings en behoeftes in aanmerking te neem tydens die ontwikkeling van 'n ouerbegeleidingsprogram.

#### *Fase twee van die studie*

Fouché en De Vos (2002:148-149) kategoriseer vier tipes ontwerpe by die kwantitatiewe benadering, naamlik die voor-eksperimentele, ondersoek- ("survey"), kwasi-eksperimentele en verklarende ("true") ontwerp. Bless en Higson-Smith (2000:67) omskryf 'n kwasi-eksperimentele ontwerp soos volg: "Quasi-experimental designs are



designs which do not meet the exact criteria of experimental designs, but which manage to approximate experimental conditions. Although these designs have fewer requirements than experimental designs, they can achieve a similar level of scientific rigour.” ’n Kwasi-eksperimentele ontwerp word gebruik wanneer ten minste een eienskap van die verklarende ontwerp ontbreek, dit wil sê wanneer respondente óf nie-ewekansig verkies is nie óf ’n vergelyking nie met behulp van ’n voor- en natoets of ’n vergelykende groep gemaak kan word nie (Welman & Kruger, 1999:79).

Die navorser is dus van mening dat ’n kwasi-eksperimentele ontwerp gepas is vir die tweede fase van hierdie studie, deurdat respondente nie-ewekansig verkies is nie, maar met behulp van doelgerigte steekproefneming geselekteer is. Daar is egter wel ’n vergelyking getref met behulp van ’n voor- en natoets ten einde te bepaal of die ouerbegeleidingsprogram effektief is. Eengroep-voortoets-natoets-ontwerp val onder die kwasi-eksperimentele ontwerp. Fouché en De Vos (2002:144) omskryf die eengroep-voortoets-natoets-ontwerp soos volg:

In this design there is measurement of a dependent variable O1 when no independent variable X is present, and subsequently an independent variable is introduced, followed by a repeated measurement of the dependent variable O2 at a later stage. Measurements of the dependent variables O1 and O2 are compared for two different states of the independent variable within the same group (before and after).

Die navorser is dus van mening dat die eengroep-voortoets-natoets-ontwerp gepas is ten einde die ouerbegeleidingsprogram se effektiwiteit te evalueer. Beide O1 en O2 verteenwoordig die meetinstrument en X die intervensie wat gebruik is.

Tydens die tweede fase (die kwantitatiewe fase) van hierdie studie is daar van ’n gepaste kwantitatiewe inligtingsinsamelingsmetode gebruik gemaak. Volgens Delpont (2002:165) is daar drie kwantitatiewe data-insamelingsmetodes, naamlik vraelyste, kontrolelyste en skale/indekse. Die *Nuwe Woordeboek vir Maatskaplike Werk* (1995:51) definieer ’n vraelys soos volg: “A set of questions on a form which is completed by the respondent in respect of a research project.” Die doel van ’n vraelys is om feite en menings ten opsigte van ’n spesifieke fenomeen te verkry by mense wat kennis dra daarvan. Vir die doeleindes van die tweede fase van hierdie studie is die navorser van mening dat ’n selfontwerpte vraelys wat groepsgeadministreer is en tydens die eerste en laaste sessie van die ouerbegeleidingsprogram aan respondente gegee is, die mees gepaste kwantitatiewe inligtingsinsamelingsmetode is om akkurate data by die respondente te

bekom ten einde die effektiwiteit van die program te evalueer. Delport (2002:174) omskryf 'n groepsgeadministreerde vraelys soos volg: "Respondents who are present in a group complete a questionnaire or questionnaires on their own. Preferably, each respondent should receive the same stimulus and complete his own questionnaire without discussing it with the other members of the group." Die navorser is van mening dat hierdie tipe vraelys die mees gepaste is vir die tweede fase van die studie. Dit het as die voortoets (O1) gedien. Dieselfde selfontwerpte vraelys is ook teen die einde as natoets (O2) benut.

Tydens die tweede fase is die eengroep-voortoets-natoets-ontwerp dus as volg benut:

Die selfontwerpte vraelys (bylaag 8) is deur die respondente voltooi om die resultaat vir die voortoets (O1) te verkry. Hierna is die ouerbegeleidingsprogram (X) geïmplementeer, waarna dieselfde vraelys (bylaag 8) weer as natoets (O2) benut is. Die resultate van die voor- en natoets is met mekaar vergelyk ten einde die benuttingswaarde van die program te bepaal.

Die invloed van die onafhanklike veranderlike op die afhanklike veranderlike is toegepas en gemeet. Die afhanklike veranderlike word gedefinieer as die ouers se kennisvlak wat die navorser probeer verbeter het. Die onafhanklike veranderlike is die ouerbegeleidingsprogram wat aangebied is.

## **1.8 NAVORSINGSPROSEDURE**

Navorsingsprosedure word soos volg deur Bless en Higson-Smith (2000:143) omskryf: "The description of the task and the different variables is followed by the identification of the experimental and control groups, that is, the chosen research design should be specified, including the order of succession of the different activities, their duration and the instructions given to the participants."

Die intervensienavorsingsproses is volgens die D&D-model van Rothman en Thomas (1994:28) gevolg. Hierdie intervensiemodel van Rothman en Thomas (1994:28) word as 'n fasemodel met ses fases benut. Die navorser het vir die doel van hierdie studie slegs op die eerste vyf fases gefokus, aangesien die program nie vir kommersiële doeleindes beskikbaar gestel word nie. Rothman en Thomas (1994:3-28), De Vos (2005:392-407) en Fawcett, Suarez-Balcazar, Balcazar, White, Paine, Blanchard en Embree (1994:28) se fases van intervensienavorsing, is soos volg in die studie geïmplementeer:

### **1.8.1 Fase een van die intervensienavorsingsproses: Probleemanalise en projekbeplanning**

Volgens De Vos (2005:395), word tydens hierdie fase 'n probleem rakende 'n menslike situasie geïdentifiseer wat die ontwikkeling van tegnologie of metodes om die spesifieke probleem te hanteer, voorafgaan. Hastings (in De Vos, 2002:397) gee verskillende definisies vir maatskaplike probleme en definieer dit soos volg:

Social problems are conditions of society that have negative effects on large numbers of people; a social problem is a condition that has been defined by significant groups as a deviation from some social standard, or breakdown of social organisation; a social problem is a condition affecting a significant number of people in ways considered undesirable, about which it is felt something can be done through collective action.

Die navorser is van mening dat die maatskaplike probleem in hierdie studie soos volg omskryf kan word: 'n Voldoende kennisbasis en ondersteuningsprogram ontbreek by die Suid-Afrikaanse ouer wat 'n kleuter met 'n gesiggestremdheid het, wat aanleiding gee tot maatskaplike probleme (byvoorbeeld gesinspanning met verhoudingsprobleme, egskeiding en armoede) en groot verwarring en onsekerheid by ouers skep oor hoe om die kind te begelei, op te voed en toe te rus vir die volwasse lewe.

#### **1.8.1.1 Identifisering en betrekking van die kliëntsisteem**

Volgens De Vos (2005:396) moet intervensienavorsers 'n populasie selekteer met wie hulle gaan saamwerk. Die kwessies en probleme van hierdie geselekteerde populasie moet in die huidige of toekomstige belang van die kliënte self, die navorser en die samelewing wees.

Vir die doeleindes van hierdie studie is Suid-Afrikaanse ouers wat 'n kleuter met gesiggestremdheid het, die kliëntsisteem. Die kliëntsisteem is geïdentifiseer na aanleiding van die navorser se werksaamhede van amper twee jaar by Pionierskool in Worcester. Verskeie probleme by kinders met gesiggestremdheid van verskillende ouderdomme is ondervind. Die navorser het met kundiges in die veld van gesiggestremdheid onderhoude gevoer met betrekking tot die kinders se probleme en daar is vasgestel dat ouers onkundig is en nie langtermynondersteuning kry ten opsigte van die opvoeding en hantering van hulle kind met gesiggestremdheid nie. Hierdie

inligting word onderskryf deur die Suid-Afrikaanse Nasionale Raad van Multi-gestremdes (Van Heerden, 2004).

#### 1.8.1.2 Verkry toegang tot en samewerking van rolspelers in die omgewing

Sleutelinformante kan die plaaslike wyse van omgang met mekaar aan die navorser verduidelik en hom ook voorstel aan diegene wat toegang tot die omgewing beheer. Suksesvolle intervensienavorsers vorm 'n samewerkende verhouding met die verteenwoordigers van die omgewing deur hulle betrokke te maak by die identifisering van probleme, die beplanning van die projek en die implementering van intervensies (De Vos, 2005:396).

Deurdadig dat die navorser reeds vir amper twee jaar (2003 en 2004) as vrywilliger by Pionierskool in Worcester maatskaplikewerkdienste gelewer het en as navorser werksaam was, is goeie verhoudings met sleutelinformante gebou. Die hoof en ander personeel is ingelig oor die voorgenome studie en ondersteun en verwelkom hierdie navorsing, aangesien dit ook tot voordeel van die skool kan wees (bylaag 1). Skriftelike toestemming is ook van die Departement van Onderwys verkry (bylaag 2). Die ouers van kinders in Pionierskool in Worcester is gekontak. Kontaknommers en adresse is by die opvoedkundige sielkundige, mev. M. Meiring, bekom. Die navorsingsveld vir die eerste fase van die studie (behoeftebepaling) het op ouers wat kinders (0-19 jaar) in Pionierskool het en in Worcester woonagtig is, gefokus.

Vir die tweede fase van die studie het die ouers van die voorskoolse klas van Pionierskool asook ouers wat by The League of the Friends of the Blind (LOFOB) betrokke is, die navorsingsveld uitgemaak. Die navorser het die Direkteur van LOFOB, mnr. P. Bam, gekontak ten opsigte van die navorsing, wat dit ook verwelkom en ondersteun het (Bam, 2005). Die skriftelike toestemming van hierdie organisasie is verkry (bylaag 3) en die kontaknommers van die betrokke ouers is by die arbeidsterapeut, me. B. Petersen, bekom. Ouers wat 'n kleuter (0-6 jaar) met 'n gesiggestremdheid het, het die ouerbegeleidingsprogram deurloop. Lokale in Pionierskool en LOFOB is beskikbaar gestel vir die uitvoering van die studie (bylae 1 en 3).

### 1.8.1.3 Identifiseer bekommernisse van populasie

Die volgende outeurs (De Vos, 2005:397; Fawcett *et al.*, 1994:29) is van mening dat intervensienavorsers tydens hierdie fase bedag moet wees om nie eksterne persepsies en oplossings van die probleem te projekteer nie. Wanneer toegang tot die omgewing verkry is, moet die navorser poog om die populasie se belangrike kwessies te verstaan. Navorsers moet informele, persoonlike kontakmetodes soos gemeenskapsforums en opnames benut.

Onderhoude is met kundiges by Pionierskool in Worcester, LOFOB, die Suid-Afrikaanse Nasionale Raad vir Blindes, instansies vir gesiggestremdheid in Gauteng en die Direkteur van Gespesialiseerde Onderwys Ondersteuning, Wes-Kaap gevoer ten opsigte van 'n ouerbegeleidingsprogram vir die Suid-Afrikaanse ouer wat 'n kleuter met gesiggestremdheid het. Deurdat die navorser met kundiges in die veld van gesiggestremdheid regoor Suid-Afrika gekonsulteer het, is belangrike en relevante kwessies geïdentifiseer en bespreek. Kwessies soos ouers se onkunde en 'n tekort aan langtermynondersteuning en hulpbronne ten opsigte van die opvoeding en hantering van hul kleuter met gesiggestremdheid het na vore gekom. 'n Ouerbegeleidingsprogram vir die Suid-Afrikaanse ouer is as behoefte geïdentifiseer om die gesinsisteem wat 'n kleuter met gesiggestremdheid het, te ondersteun en te begelei.

### 1.8.1.4 Analise van geïdentifiseerde probleme

'n Kritiese aspek tydens hierdie fase is die analisering van die geïdentifiseerde probleem (De Vos, 2005:397; Fawcett *et al.*, 1994:30).

Die analisering van die probleem is gerig volgens vrae wat deur Fawcett *et al.* (1994:30) voorgestel word. Vrae sluit in: Wat is die aard van die probleem? Vir wie is dit almal 'n probleem? Wat is die negatiewe gevolge van die probleem? Wie word bevoordeel deur die probleem? Wie moet verantwoordelikheid neem vir verandering? Wie se gedrag moet verander? Watter omstandighede sal moet verander om verandering te fasiliteer? Op watter vlakke moet verandering gerig word? Wie is die teikengroepe/-sisteme wat moet verander?

Weens die beperkte kennis van ouers rakende die verskynsel van gesiggestremdheid, die invloed daarvan op en hantering van die betrokke kind, hulle huwelik en hulle gesin, ontstaan problematiese situasies. Probleme kan by die kind, die ouer, die huwelik, die

sibbe en dus die totale gesinsistiem ontstaan deurdat alle gesinslede mekaar wedersyds beïnvloed. 'n Kombinasie van bogenoemde vrae het die analisering van die inligting, soos bekom uit die behoeftebepaling (fase een van die studie), gerig en is benut vir die ontwikkeling van die program.

#### 1.8.1.5 Daarstelling van doelstelling en doelwitte

Nadat die probleem geformuleer is, word doelstellings en doelwitte geformuleer (De Vos, 2005:398). Die finale aksie tydens hierdie fase is dus die opstel van 'n doelstelling en doelwitte (Fawcett *et al.* 1994:31). Die doelstelling verwys na die breër uitkomst wat deur die navorser bereik wil word, terwyl die doelwitte na die spesifieke veranderings in die programme en praktyke verwys wat na verwagting ook tot die breër doelstelling sal bydra. Die doelstelling en doelwitte is onder 1.3 bespreek.

#### **1.8.2 Fase twee van die intervensienavorsingsproses: Data-insameling en - sintese**

Wanneer 'n navorser 'n intervensie-navorsingsproses beplan, is dit volgens Fawcett *et al.* (1994:31-32) belangrik om uit te vind wat ander gedoen het ten einde die probleem te verstaan en aan te spreek. Dit is nuttig om bestaande inligtingsbronne te gebruik, asook natuurlike voorbeelde van suksesvolle praktyke van organisasies of individue. De Vos (2005:398) stem saam met Fawcett *et al.* (1994:31-32) en noem verder dat relevante kennis geïdentifiseer en geselekteer moet word en dat bruikbare bronne van inligting en kennis, gebruik en geïntegreer moet word.

'n Literatuurstudie is deur die navorser geloods. Kundiges is ook deurlopend geraadpleeg ten einde 'n kennisraamwerk op te bou. Vorige navorsing wat onderneem is, is ook benut.

Tydens die tweede fase van hierdie model is drie stappe gevolg, naamlik:

##### 1.8.2.1 Benutting van bestaande inligtingsbronne

Volgens De Vos (2005:399) moet relevante inligting ten opsigte van verskeie velde bestudeer word. Daar moet egter nie net op die maatskaplike veld gefokus word nie, aangesien die bestudering van sosiale problematiek nie net op die menslike wetenskap gegrond is nie.

'n Bibliografiese soektog is voor die aanvang van hierdie studie geloods. Bestaande literatuur op nasionale en internasionale vlak en ook van ander dissiplines, byvoorbeeld die opvoedkunde, mediese wetenskap en sielkunde, is gebruik. Kundiges op die gebied van gesiggestremdheid is ook geraadpleeg.

Vir die doeleindes van hierdie studie is daar hoofsaaklik inligting ingesamel ten opsigte van die volgende hoofemas: verskillende oogtoestande en die akademiese, sosio-emosionele en loopbaangevolge daarvan; die algemene sisteemteorie as teoretiese raamwerk; die gesinsdinamika in stresvolle situasies; en die voordele van vroeë intervensie by die kind met gesiggestremdheid. Die voorlegging wat die Suid-Afrikaanse Nasionale Raad vir Blindes in samewerking met professionele persone regoor Suid-Afrika opgestel het met betrekking tot die opleiding van persone met gespesialiseerde kennis op die gebied van gesiggestremdheid, is ook met ontvangs bestudeer.

#### 1.8.2.2 Bestudering van natuurlike voorbeelde

Die bestudering van natuurlike voorbeelde impliseer volgens Fawcett *et al.* (1994:32-33) die volgende:

A particularly useful source of information is observing how community members faced with the problem being studied, or a similar problem, have attempted to address it. Interviews with people who have actually experienced the problem, such as clients, or those with knowledge about it, such as service providers, can provide insights into which interventions might or might not succeed and the variables that may affect success. Studying unsuccessful programmes and practices may be particularly valuable, since non-examples help us to understand methods and contextual features that may be critical to success.

De Vos (2005:399) stem saam met Fawcett *et al.* (1994:32-33) en noem dat deur middel van waarneming bepaal kan word op watter wyse die groep of populasie met die spesifieke probleem wat bestudeer word, poog om self die probleem op te los.

Hierdie fase behels dus die benutting van natuurlike voorbeelde, soos gesprekke met kenners en die fokusgroep met ouers van 'n kind met 'n gesiggestremdheid, om inligting in te samel en te sintetiseer vir die benutting in die studie. Ten einde die behoefte aan 'n ouerbegeleidingsprogram te bepaal, het die navorser kenners in die veld van gesiggestremdheid gekonsulteer. Kenners wat geraadpleeg is sluit in:

- Me. M. Greyling: Maatskaplike werker van die Suid-Afrikaanse Nasionale Raad vir Blindes (Gauteng)
- Dr. M.J. Theron: Direkteur van Gespesialiseerde Onderwys (Wes-Kaap)
- Me. A. van Heerden: Departementshoof van Multi-gestremdes en ondervoorsitter van die Suid-Afrikaanse Nasionale Raad vir Multi-gestremdes
- Dr. J.H. van der Poel: Special Education Adviser for learners 0-6 years with visual and multiple dysfunction
- Mnr. P. Bam: Direkteur van The League of Friends of the Blind (LOFOB) (Grassy Park, Kaapstad)
- Mnr. J. Filander: Sielkundige en adjunkhoof van Athlone Skool vir Blindes (Bellville-Suid, Kaapstad)
- Me. J. Atterbury: Onderwyseres van Centre for Visually Impaired (Gauteng)

Gesprekke is ook met die volgende kundiges, in die veld van gesiggestremdheid, gevoer om die moontlike inhoud van die ouerbegeleidingsprogram saam te stel:

- Me. B. Petersen: Arbeidsterapeut van The League of Friends of the Blind (LOFOB) (Grassy Park, Kaapstad)
- Me. M. Meiring: Opvoedkundige skielkundige aan die Pionierskool vir Blindes (Worcester)
- Me. M. van der Merwe: Verpleegkundige aan die Pionierskool vir Blindes (Worcester)
- Me. M.I.J. van Rooyen: Onderwyseres in die grondslagfase aan die Pionierskool vir Blindes (Worcester)
- Me. J.M.J. Neethling: Onderwyseres in die grondslagfase aan die Pionierskool vir Blindes (Worcester)
- Me. W. Jordaan: Arbeidsterapeut aan die Pionierskool vir Blindes (Worcester)
- Me. M. Steyl: Onderwyseres met gesiggestremdheid aan die Pionierskool vir Blindes (Worcester)
- Me. K. Reynolds: Hoof van Sielkundige Dienste aan die Pionierskool vir Blindes (Worcester)

Die navorser het tydens die eerste fase van die empiriese studie 'n behoeftebepaling met ouers van kinders (0–19 jaar) met 'n gesiggestremdheid gedoen deur middel van een fokusgroep. Genoemde fokusgroep het uit tien ouerpare bestaan en is herhaal totdat



geen nuwe inligting meer na vore gekom het nie. Tydens hierdie fokusgroep is die behoeftes en probleme eerstehands by die ouers bekom, waarna dit op 'n kwalitatiewe wyse geanaliseer en geïnterpreteer is. Analisering is deur middel van die identifisering van temas en subtemas gedoen. Die voorkoms van patrone en neigings verseker dat data meer akkuraat ontleed word en betroubare gevolgtrekkings gemaak word (Greeff, 2002:318-319). Hierdie inligting is saam met die literatuurstudie en menings van kundiges gebruik om die ouerbegeleidingsprogram te ontwikkel.

Daar is drie kwalitatiewe data-insamelingsmetodes om van te kies, naamlik onderhoude, observasie en dokumentêre studies. Fokusgroepe val onder die onderhoudmetode en word soos volg deur Kingry, Tiedje en Friedman (1990:124) gedefinieer: “A carefully planned discussion designed to obtain perceptions on a defined area of interest in a permissive, non-threatening environment.” Die navorser is van mening dat 'n fokusgroep die mees gepaste kwalitatiewe data-insamelingsmetode is met betrekking tot die doeleindes van die eerste fase van hierdie studie ten einde die meeste inligting by die respondente (Suid-Afrikaanse ouers wat 'n kind met 'n gesiggestremdheid het) te bekom.

Die respondente vir die eerste fase van die studie (behoeftebepaling) het vir praktiese doeleindes uit ouers wat kinders in Pionierskool het en in Worcester woonagtig is, bestaan, aangesien dit makliker was om ouers wat in Worcester woon, bymekaar te kry vir die fokusgroep. Die navorser het dit ook goedgevind om ouers wat 'n ouer kind met 'n gesiggestremdheid het, vir die fokusgroep te benut. Hulle lewenservaring ten opsigte van kinders met gesiggestremdhede is meer. Ryker inligting sou dus van hulle verkry kon word. Die fokusgroep het 'n uur en 'n half geduur en is ook op 'n bandmasjien opgeneem.

Die volgende fokusgroepevrae is benut:

- Watter aspekte met betrekking tot 'n kleuter met gesiggestremdheid beveel hulle aan moet ingesluit word in 'n omvattende ouerbegeleidingsprogram vir ouers van 'n kleuter (nul tot ses jaar) met gesiggestremdheid?
- In watter mate beskik hulle as ouers oor voldoende kennis ten opsigte van hul kleuter se spesifieke oogtoestand en die prognose daarvan?
- In watter mate beïnvloed hul kind se oogtoestand die kind self, die ouers, hulle huwelik en die gesin?
- In watter mate voel hul emosioneel toegerus om hierdie krisis te hanteer?

- In watter mate is hulle bewus van hulpbronsinstansies in hulle omgewing waar hulle vir hulp kan gaan aanklop?
- In watter mate voel hulle bevoeg om hulle kind korrek te hanteer en op te voed sodat hy sy volle potensiaal kan bereik?
- In watter mate voel hulle bevoeg om hul kleuter binne die gesinsituasie te hanteer?

Nadat die data ingesamel is, is die inligting sorgvuldig geanaliseer. Die data-analiseprosedure het 'n beskrywende en interpreterende proses behels. Dit sluit 'n proses in waar inligting georden is en volgens temas en subtemas georganiseer is. Die interpretasie van die inligting sluit 'n aaneenlopende proses in waar betekenis en gewig aan die inligting verleen is, beskrywende patrone geïnterpreteer is en verhoudings tussen beskrywings gevind is (Fouché & Delpont, 2002:91). Die fokusgroeponderhoud is op band opgeneem en getranskribeer, waarna temas en subtemas geïdentifiseer is. Die navorser stel dit duidelik dat hierdie kwalitatiewe data wat bekom is, volgens Tesch se agt stappe in De Vos (1998:341) geanaliseer is. Die data is ook geverifieer ten opsigte van die literatuurstudie wat gedoen is deur die insluiting daarvan in groter teoretiese perspektiewe, asook die benutting daarvan vir die ouerbegeleidingsprogram.

Die navorser is van mening dat die kwalitatiewe deel van hierdie studie die meeste gewig dra wanneer na die doel van hierdie studie gekyk word. Ten einde 'n effektiewe en omvattende program te kon skryf, was die insette van 'n ouer wat reeds met die probleem gekonfronteer is en was, van kardinale belang. Waardevolle inligting is bekom en gebruik met die ontwikkeling van die program.

#### 1.8.2.3 Identifisering van funksionele elemente van suksesvolle modelle

Fawcett *et al.* (1994:33) en De Vos (2005:400) stem saam dat wanneer 'n navorser suksesvolle en onsuksesvolle modelle of programme (wat voorheen gepoog het om die probleem aan te spreek) bestudeer, potensiële en bruikbare elemente vir intervensie geïdentifiseer word. Hierdie sintese van bestaande kennis help om die projek te beplan en rig ook ontwikkelende aktiwiteite.

Hierdie fase behels dus die benutting van inligting verkry uit bestaande programme en kennis van kundiges vir die insameling van data en sintetisering vir benutting in die studie. Die navorser het die volgende vroeë intervensieprogramme in Suid-Afrika bestudeer:

- Children's Disability Centre in Gauteng
- Pionierskool te Worcester
- LOFOB te Grassy Park

Buitelandse programme wat bestudeer is, sluit in:

- Nizhniy Novgorod Early Intervention Centre in Rusland
- The Foundation for Blind Children in Phoenix, Arizona
- The Head Start Movement in Amerika

Kundiges is ook in hierdie verband gekonsulteer, soos reeds bespreek in 1.8.2.2.

### **1.8.3 Fase drie van die intervensienavorsingsproses: Ontwerp**

Ontwerp kan gesien word as die beplande en sistematiese aanwending van relevante wetenskaplike, tegnologiese en praktiese inligting om innoverings tot stand te bring. Die navorser moet tydens hierdie fase duidelike aanduidings gee van die spesifieke plan van optrede. Die navorser stel haar ontwikkeling op skrif (De Vos, 2005:400).

Hierdie fase behels dus die beplanning en ontwerp van die program en meetinstrument van die studie. Twee stappe is hier van belang, naamlik die ontwerp van 'n waarnemingsstelsel en die spesifisering van die prosedure-elemente van die intervensie (Fawcett *et al.*, 1994:34; Thomas, 1989:584).

#### **1.8.3.1 Ontwerp van 'n waarnemingsstelsel**

Volgens De Vos (2005:400) moet navorsers 'n waarnemende metode ontwikkel waarvolgens die probleem, die omvang van die probleem en die gevolge van die intervensie, op natuurlike wyse geobserveer kan word. Bogenoemde is van kritiese belang met betrekking tot die voortoetsing. Die waarnemingsstelsel hou verband met die ontwerp van die intervensieproses deurdat dit as 'n terugvoersistelsel dien met betrekking tot die verfyning van vroeë prototipes. Kliënte, spesifiek diegene wat die meeste deur die kwessie geaffekteer word, moet by die identifisering en spesifisering van die gedrag en omgewingsituasies wat verander en geobserveer moet word, betrek word. Tydens hierdie stap doen die navorser dus die beplanning ten opsigte van die navorsing, meetinstrumente (vraelys) en intervensie (ouerbegeleidingsprogram).

Vir die doeleindes van hierdie studie is 'n fenomenologiese strategie as die navorsingsontwerp vir fase een benut, terwyl 'n eengroep-voortoets-natoets-ontwerp tydens fase twee benut is (soos reeds in 1.7.1 bespreek is).

#### 1.8.3.2 Spesifiseer die prosedure-elemente van die intervensie

De Vos (2002:409) is van mening dat wanneer die probleem asook natuurlike innovasies en ander prototipes bestudeer en geobserveer word, navorsers in staat sal wees om elemente in die prosedures te identifiseer wat later tydens intervensie benut kan word. Die prosedure-elemente sluit in: die gebruik van inligting, opleiding en vaardighede wat bekom word, en strategie vir omgewingsverandering (De Vos, 2005:401).

Hierdie stap impliseer dus die beplanning en ontwerp van die voorlopige program, die vraelys en alles wat in ag geneem moet word vir die aanbieding van die program. Die teoretiese ontwerp en beplanning vir die aanbieding van 'n ouerbegeleidingsprogram met 'n groep van 10 ouerpare (ook enkelouers) is gedoen, dit wil sê met 'n groep van maksimum 20 persone. Die beplanning met in agneming van al die prototipes was as volg: indien 'n ouerpaar nie die program saam met die ander ouerpare kan bywoon nie, sal aanpassings gemaak word en sal die program individueel met sodanige ouerpaar deurloop word; die program sal in 'n lokaal op die terrein van The League of the Friends of the Blind (LOFOB) of die Pionierskool in Worcester aangebied word waar die organisasie- en skoolhoof se skriftelike toestemming in hierdie verband reeds verkry is (bylaag 1); en die program sal in ses sessies verdeel word waar twee sessies per keer aangebied sal word. Logistiese redes soos onder andere tyd en kostes moet egter in ag geneem word met die aanbieding van die sessies. Indien die respondente probleme met tyd en kostes ondervind en verkies om net een dag opsy te skuif vir die aanbieding van die program, sal al die sessies op een dag, met onderbrekings, aangebied word. Die ontwerp van moontlike vrae vir die vraelys is ook gedoen.

#### **1.8.4 Fase vier van die intervensienavorsingsproses: Vroeë ontwikkeling en voorondersoek**

Thomas (1989:584-587) definieer "ontwikkeling" as die proses waar 'n innoverende intervensie geïmplementeer en op 'n proefnemingsbasis gebruik word, getoets word vir die geskiktheid daarvan en verfyn en herontwerp word waar nodig. Hierdie fase behels

dus die gereedmaking van die program en vraelys vir die benutting daarvan in die hoofondersoek.

#### 1.8.4.1 Ontwikkeling van 'n voorlopige intervensie

Barnes-September (1997:280) is van mening dat die voorlopige-intervensiekonsep uit 'n funksionele vloeikaart bestaan waar die voorgestelde intervensieproses stap vir stap beskryf word. 'n Motivering vir elke stap, strukturele meganismes en voorgestelde tydskedules vir die voltooiing van intervensietake moet aangegee word.

Inligting verkry vanuit die fokusgroep met die ouers, die literatuurstudie en menings van kundiges is benut om die voorlopige program vir die voorondersoek te finaliseer. Die voorlopige formaat van elke byeenkoms met die ouers het die volgende aspekte bevat: hulpmiddels, die doelstelling van die sessie, en stappe en aspekte wat benut moes word. Die navorser het op hierdie stadium 'n gespreksforum met kundiges by die Pionierskool te Worcester gehou met betrekking tot die moontlike inhoud van die program.

Die intervensieprogram (X) het gepoog om Suid-Afrikaanse ouers van 'n kleuter met gesiggestremdheid te bemagtig met kennis ten opsigte van hulle kind se spesifieke oogtoestand en die invloed daarvan op en hantering van die betrokke kind, hulle huwelik en hulle gesin.

Die sessies asook die tentatiewe onderwerpe (wat aangepas is ná die behoeftebepaling met die ouers) wat bespreek is, sal vervolgens kortliks uiteengesit word.

#### Programinhoud:

##### Sessie 1: Verhoudingbou en meting

Die terapeutiese verhouding is eerstens gebou, waarna die voortoets (O1) plaasgevind het.

##### Sessie 2: Inligting met betrekking tot die verskynsel van gesiggestremdheid

Kennis oor toepaslike oogtoestande, die oorsaak daarvan, hoe dit gediagnoseer word en die moontlike prognose is verskaf. Ouers kon help met die bespreking.

Sessies 3 en 4: Inligting ten opsigte van die invloed van die oogtoestand op die kind, die ouers afsonderlik, hulle huwelik en die gesin

Hierdie invloed op verskillende areas in die gesinsisteem is bespreek:

- Die kind – akademies, loopbaan, psigo-sosiale aanpassing.
- Elke ouer – sosiaal, emosioneel (skuldgevoelens, bekommernisse, spanning, aggressie dat dit sý kind moet wees, die rouproses en aanvaarding), finansiële, ouerskapsvaardighede en dissiplinestyl.
- Huwelik – spanning, tyd vir mekaar, bekommernisse, positiewe of negatiewe benadering, bemagtig mekaar, ondersteuning.
- Gesin – sibbe, verhoudings, emosioneel, sosiaal, finansiële (verhuising, mediese afsprake).

Sessie 5: Hantering van die kind, die huweliksverhouding en die gesin

Die volgende is tydens hierdie sessie bespreek: bemagtiging- en hanteringstrategieë, hulpbronne in die onmiddellike omgewing, ondersteuningsisteme en steungroepe (landswye kontaklys van skole, organisasies en professionele persone in die veld van gesiggestremdheid en die saamstel van riglyne wat in die toekoms deur ander ouers benut kan word).

Sessie 6: Meting en terminering

Tydens hierdie sessie is geleentheid gegee vir die eksplorering en bespreking van probleemkwessies. Hierdie sessie is dus ook as 'n ontlaadingsessie benut. Die natoets (O2) van die intervensie is met behulp van 'n vraelys gedoen waarmee dieselfde aspekte as in die voortoets (O1) gemeet is. Dit sou die effektiwiteit van die intervensie bepaal.

Meetinstrument: Die vraelys is ook voltooi en aan die Navorsingsvoorstel en Etiekkomitee van die Fakulteit Geesteswetenskappe van die Universiteit Pretoria voorgelê vir goedkeuring (bylaag 7). Die vraelys is gereedgemaak vir die vooronderzoek.

#### 1.8.4.2 Uitvoering van 'n vooronderzoek

Fawcett *et al.* (1994:36-37) is van mening dat 'n vooronderzoek nodig is ten einde te bepaal of die intervensie gaan werk of nie. Dit is belangrik dat die vooronderzoek in min

of meer dieselfde omstandighede en omgewing as die intervensie sal geskied. Sodoende sal die effektiwiteit van die intervensie bepaal kan word en elemente waar aanpassings nodig is, geïdentifiseer kan word.

Vir die doeleindes van hierdie studie is 'n voorondersoek ten opsigte van fase een en twee van hierdie studie gedoen soos bespreek onder 1.9. Die voorondersoek vir die kwalitatiewe fase van die studie is met twee ouerpare onafhanklik van die hoofondersoek gedoen. Die fokusgroepvrae is met hierdie twee ouerpare uitgetoets. Hierna is aanpassings en veranderings aangebring waar nodig. Die program en vraelys (kwantitatiewe fase) is met 'n ouerpaar en 'n primêre versorger, wat nie deel uitgemaak het van die hoofondersoek nie, deurgewerk. Aspekte wat aangepas moes word, is geïdentifiseer en verander (1.9.1).

#### 1.8.4.3 Verskaffing van ontwerp kriteria vir die voorlopige intervensiekonsep

De Vos (2002:411) noem dat die ontwerp proses deur algemene riglyne en waardes van intervensienavorsing gerig word. Ooreenstemming is bereik ten opsigte van standarde vir aanvaarbare gemeenskapsintervensie in verwante velde, onder meer maatskaplike welsyn. Relevante vrae sluit in: Is hierdie intervensie effektief? Kan dit deur "typical end-users" gerepliseer word? Is dit eenvoudig om te gebruik? Is dit prakties? Kan die intervensie in verskillende kontekste aangepas word? Stem dit ooreen met plaaslike waardes en gewoontes?

Na die voltooiing van genoemde voorondersoek, is geëvalueer of die fokusgroepvrae, intervensie-aktiwiteite, programonderwerpe en vraelys doelgerig en effektief is. Die program en vraelys is dus gereed gemaak vir die hoofondersoek, deur die nodige veranderinge aan te bring.

#### **1.8.5 Fase vyf van die intervensienavorsingsproses: Evaluasie en gevorderde ontwikkeling**

Volgens De Vos (2005:403), is die gebruik van navorsingsmetodes in die evalueringsfase nie daarop gemik om erkenning te verkry of 'n bydrae te lewer tot kennis van menslike gedrag rakende die program nie. Evaluering word gedoen om uitkomstgebaseerde inligting te bekom as 'n belangrike deel van die navorsingproses. Hierdie fase behels dus die hoofondersoek, naamlik die vraelys en program.

#### 1.8.5.1 Die insameling en analisering van data

Tydens die voortoetsing en meer formele evaluasies van 'n intervensie word data voortdurend ingesamel en geanaliseer. Deurdat spesifieke gedrag en ander uitkomstedeurgaans gemonitor word, kan bepaal word of die aanvanklike intervensie geïmplementeer moet word en of aanvullende prosedures nodig is (De Vos, 2002:413).

As data-insamelingsinstrument is 'n selfontwerpte vraelys (wat groepsgeadministreer is) benut. Dit is ook as voor- en natoets gebruik, soos in 1.7.1 bespreek. Twee groepe van ses sessies elk is aangebied, waartydens 'n totaal van 10 respondente ingeskakel is (vier respondente by die eerste groep en ses by die tweede groep). Hierdie groepe is gedurende Maart 2009 aangebied. Hierdie respondente het aan die selekteringskriteria van hierdie studie voldoen en het ouerpare en/of primêre versorgers van 'n kleuter (0-6 jaar) met 'n gesiggestremdheid ingesluit. Die program en vraelys is op presies dieselfde wyse by die verskillende groepe aangebied, om veranderlikes sover as moontlik uit te skakel. Data is deur die navorser self geanaliseer. Die resultate van die voor- en natoets is met mekaar vergelyk, grafies voorgestel en geïnterpreteer. 'n Statistikus was behulpsaam met die analisering en interpretering van die kwantitatiewe data.

#### 1.8.5.2 Verfyning van die intervensie

Fawcett *et al.* (1994:38-39) is van mening dat foute instruktief is deurdat die resultate van die volledige veldtoetsing gebruik word om probleme met betrekking tot die meetinstrument en intervensie op te los. Aanpassings ten opsigte van taalgebruik, inhoud en intervensiemetodes kan die beoogde gedragsverandering en uitkomste meebring.

Na afloop van die hoofondersoek is die program verfyn vir verspreiding en benutting deur maatskaplike werkers en ander professionele persone wat betrokke is by gesinne wat 'n kleuter met gesiggestremdheid het. 'n Seminar met 'n multi-dissiplinêre span (onder meer 'n opvoedkundige sielkundige, arbeidsterapeut, kinderkinetikus, spraakterapeut, onderwyseres en verpleegkundige) is aangebied waar 'n voorlegging van die program gedoen is deur die navorser. Aanbevelings en insette van bogenoemde professionele persone is ten laaste gebruik vir die verfyning en verbetering van die program.

Die navorsingsverslag is geskryf. Twee artikels oor die navorsing sal vir vaktydskrifte geskryf word ten einde die navorsingsresultate aan kollegas bekend te maak.



### **1.8.6 Fase ses van die intervensienavorsingsproses: Verspreiding**

Volgens De Vos (2005:404), is 'n program gereed om aan ander teikengroepe en organisasies versprei te word sodra die veldtoets voltooi is en die program daarvolgens geëvalueer is. 'n Behoefte is geïdentifiseer vir die ontwikkeling van 'n gespesialiseerde ouerbegeleidingsprogram vir ouers van 'n kleuter (0-6 jaar) met gesiggestremdheid ten einde hulle te bemagtig met kennis ten opsigte van hulle kind se spesifieke oogtoestand en die invloed daarvan op en hantering van die betrokke kind, hulle huwelik en hulle gesin.

Verspreiding is die laaste fase van die intervensienavorsingsproses van Rothman en Thomas se intervensiemodel. Verspreiding van die ouerbegeleidingsprogram sou dus behels dat die program na voltooiing, aan ander welsynsorganisasies beskikbaar gestel word. Hierdie fase vorm egter nie deel van die doel van hierdie navorsing nie en word dus nie hierby ingesluit nie.

## **1.9 VOORONDERSOEK**

In die *Nuwe Woordeboek vir Maatskaplike Werk* (1995:45) word voortoetsing soos volg gedefinieer: "The process whereby the research designs for a prospective survey is tested." Grinnell (1989:314) voer aan dat die tradisionele manier om duidelikheid ten opsigte van die navorser se vrae te kry, is om die meetinstrument te evalueer deur dit met 'n steekproef van individue wat nie deel van die studie sal uitmaak nie, te toets (Welman & Kruger, 1999:146).

### **1.9.1 Toetsing van fokusgroepevrae, vraelys en program**

Die fokusgroepevrae is met twee ouerpare wat nie deel van die hoofondersoek uitgemaak het nie, getoets. Die vraelys en program is met een ouerpaar en een primêre versorger wat aan die selekteringskriteria voldoen het, deurloop vir voortoetsing. Dit het soos volg geskied:

#### *Fase een van die studie*

Die navorser het voor die hoofondersoek 'n volledige voorondersoek vir fase een van hierdie studie gedoen met twee Suid-Afrikaanse ouerpare wat 'n kind (0–19 jaar) met gesiggestremdheid het. Hierdie resultate het nie deel van die hoofondersoek uitgemaak

nie. Hierna is aanpassings en veranderings aan die fokusgroepvrae aangebring waar nodig. Veranderinge wat aangebring is, behels onder meer die verfyning van vrae asook om vrae meer “oop” te formuleer vir die verkryging van ryk inligting binne die fokusgroep. ’n Oorkoepelende vraag is ook bygevoeg, naamlik: “Watter aspekte met betrekking tot ’n kleuter met gesiggestremdheid sal julle aanbeveel moet ingesluit word in ’n omvattende ouerbegeleidingsprogram vir ouers van ’n kleuter (nul tot ses jaar) met gesiggestremdheid?”

### *Fase twee van die studie*

Vir die voorondersoek van fase twee van hierdie studie is die program en vraelys met een ouerpaar en een primêre versorger wat aan die selekteringskriteria voldoen het, deurloop. Hierdie resultate het nie deel van die hoofondersoek uitgemaak nie. Aanpassings en veranderings is aan die vraelys en program aangebring waar nodig. Veranderinge wat aan die vraelys aangebring is, was byvoorbeeld om dit te verkort en vrae duideliker te formuleer; dus is onduidelike vrae herformuleer en vrae wat nie uitsluitlik daarop gerig was om die ouers se kennisvlak rakende hulle kind se spesifieke oogtoestand en die invloed daarvan op en hantering van die betrokke kind, die huwelik en die gesin te meet nie, is weggelaat. Veranderinge wat aan die program aangebring is was om dele met baie feitlike inligting eerder in tabelvorm weer te gee. Grafiese voorstellings van prosesse wat verduidelik word in die program, is ook bygevoeg.

## **1.10 UITVOERBAARHEID VAN DIE STUDIE**

Die studie het oor ’n tydperk van vier jaar geskied, naamlik van Mei 2005 tot Augustus 2009. Daar is gepoog om die literatuurstudie te voltooi alvorens daar met die empiriese studies van fase een en twee begin is. Daar is dus gepoog om fase een van die empiriese studie tydens Mei 2006 af te handel, waarna fase twee van die empiriese studie tot Augustus 2009 gestrek het.

Die finansiële koste is deur die navorser self gedra, aangesien ’n UP-beurs aan haar toegeken is. Die Suid-Afrikaanse Nasionale Raad vir Blindes is ook gekontak in verband met finansiële ondersteuning vir die uitvoering van hierdie studie, maar geen hulp is van hulle ontvang nie. Lokale is gratis deur Pionierskool en LOFOB verskaf. Die skoolhoof en organisasiehoof se toestemming vir die gebruik van hierdie lokale is verkry (bylae 1 en 3).

Die navorser het inligting (adresse en telefoonnommers) rakende die meeste respondente by Pionierskool in Worcester bekom. Die opvoedkundige sielkundige by hierdie instansie, me. M. Meiring, het met die navorser ooreengekom om behulpsaam te wees met die selektering van ouerpare. Vanweë die navorser se verbondenheid aan die betrokke skool was van die ouerpare aan haar bekend en hierdie ouers was baie opgewonde om deel te vorm van die navorsing. Ouerpare se kontakbesonderhede kon ook van die arbeidsterapeut van LOFOB, me. B. Petersen, verkry word. Die Direkteur van laasgenoemde instansie, mnr. P. Bam, het sy volle samewerking en skriftelike toestemming (bylaag 3) in hierdie verband gegee (Bam, 2005).

## **1.11 OMSKRYWING VAN UNIVERSUM, AFBAKENING VAN STEEKPROEF EN WYSE VAN STEEKPROEFNEMING**

### **1.11.1 Universum**

Grinnell en Williams (1990:54) definieer 'n universum as die totale versameling persone, groepe, verskynsels of eenhede wat op die navorsingsprobleem betrekking het. Volgens Huysamen (1993:39) omsluit die universum die totale versameling van alle lede, gevalle of elemente waaroor die navorser gevolgtrekkings wil maak.

Vir die doeleindes van hierdie studie is die universum alle Suid-Afrikaanse ouers wat 'n kleuter met 'n gesiggestremdheid het.

### **1.11.2 Populasie**

Arkava en Lane (1983:27) omskryf "populasie" soos volg: "A term that sets out boundaries on the study units and refers to individuals in the universe who possess specific characteristics."

Vir die doeleindes van hierdie studie is die populasie al die ouers wat 'n kleuter met 'n gesiggestremdheid in Pionierskool in Worcester of LOFOB het. Die getal van die populasie wissel elke jaar na gelang van die hoeveelheid kinders in die voorskoolse klas van Pionierskool en LOFOB. Dit wissel normaalweg tussen 12 en 18 ouerpare (gesamentlik).

### 1.11.3 Afbakening van steekproef

Vanweë die feit dat dit nie moontlik was om die hele populasie te gebruik nie, is 'n steekproef geneem. Steekproefneming word soos volg deur Babbie (2001:192) gedefinieer: "Sampling is the process of selecting observations." Die vernaamste rede waarom daar van 'n steekproefneming gebruik gemaak word, is die feit dat die navorser graag vanaf die steekproef na die groter populasie wil veralgemeen (Grinnell & Williams, 1990:98). Die voorwaardes vir 'n steekproef is dat dit eerstens verteenwoordigend van die hele universum moet wees, en tweedens dat die relevante veranderlikes in die korrekte proporsie moet wees (Grinnell & Williams, 1990:98). Mark (1996:104) definieer 'n steekproef soos volg: "A portion of a population selected for study."

### 1.11.4 Wyse van steekproeftrekking

Vir die doel van hierdie navorsing is van nie-ewekansige steekproeftrekking gebruik gemaak. Die volgende outeurs (Babbie, 2001:192; Bless & Higson-Smith, 2000:91; Neuman, 2000:196; Strydom & Venter, 2002:203) stem saam dat daar tussen twee tipes steekproefnemings onderskei kan word, naamlik ewekansige en nie-ewekansige steekproewe. Nie-ewekansige steekproefneming verwys daarna dat respondente nie ewekansig getrek word nie, dus het almal nie 'n gelyke kans om vir die studie geselekteer te word nie. Doelgerigte steekproefneming sorteer onder nie-ewekansige steekproefnemings. Dit word beskryf as 'n tipe steekproef wat op die oordeel van die navorser gebaseer is deurdat dit saamgestel word uit elemente wat die kenmerkendste of verteenwoordigendste is, of tipiese trekke van die populasie bevat (Babbie, 2001:192; Bless & Higson-Smith, 2000:92; Neuman, 2000:198; Strydom & Venter, 2002:203).

Die navorser het van laasgenoemde nie-ewekansige tipe en, meer spesifiek, doelgerigte steekproefneming gebruik gemaak vir die selektering van die respondente vir beide fases (een en twee) van die studie. Ten einde relevante en ryk inligting te bekom, was dit nodig om respondente versigtig te selekteer.

#### *Fase een van die studie*

Vir die doeleindes van fase een van die studie, naamlik die selektering van respondente vir die fokusgroep, is 10 ouerpare van kinders (0–19 jaar) wat gesiggestremd is en 'n kind verbonde aan die Pionierskool te Worcester het, doelgerig geselekteer. Daar was

altesaam 13 ouerpare beskikbaar vir selektering en die navorser het die eerste 10 ouerpare wat hul toestemming gegee het vir deelname aan die studie benut.

Die navorser het 'n steekproef wat oor die volgende kriteria beskik, vir die eerste fase saamgestel:

- Suid-Afrikaanse burgers
- Ouerpare van beide geslagte (man en vrou), asook enkelouers wat geskei is, vanweë die feit dat so baie van hierdie kinders uit enkelhuse kom
- Ouerpare met 'n kind (0-19 jaar) wat gesiggestremd is
- Kind moet gesiggestremd wees
- Kind kan seun of dogter wees
- Multikultureel om alle bevolkingsgroepe van Suid-Afrika te verteenwoordig
- Afrikaans- of Engelssprekend
- Kinders verbonde aan Pionierskool in Worcester
- Ouerpaar woonagtig in Worcester

Die opvoedkundige sielkundige het potensiële ouerpare se kontakbesonderhede aan die navorser verskaf, waarna daar met hulle in kontak getree is. Die voorgenome respondente is telefonies volledig oor die volgende aspekte ingelig: die doel van die studie; die belang van die beoogde studie; die kwalifikasies en ervaring van die navorser (gekwalifiseerde maatskaplike werker en besig met die graad D.Phil: Maatskaplike Werk); die moontlikheid van ongerief (fisies of psigies) of enigiets wat die gewilligheid van respondente om deel te neem, kon beïnvloed; en die vryheid van die individu om te weier om deel te neem en om op enige tydstip van die ondersoek te onttrek. 'n Datum wanneer die navorser bogenoemde aspekte met behulp van 'n groepsessie sou oordra, is ook verskaf. Tydens die groepsessie is skriftelike toestemming by die ouerpare verkry (bylaag 4). Nader aan die fokusgroepdatum is weer telefonies met hulle in verbinding getree ten einde 'n afspraak met hulle te maak.

#### *Fase twee van die studie*

Vir die doeleindes van fase twee van hierdie studie het die navorser 'n steekproef van 10 ouerpare en/of primêre versorgers wat 'n kleuter met 'n gesiggestremdheid het, vir die studie geselekteer. Daar was altesaam 16 ouerpare beskikbaar vir selektering en die navorser het die eerste 10 ouerpare wat hul toestemming gegee het vir deelname aan die studie benut.

Die navorser het 'n steekproef wat oor die volgende kriteria beskik, vir die tweede fase saamgestel:

- Suid-Afrikaanse burgers
- Ouerpaar van beide geslagte (man en vrou), asook enkelouers wat geskei is, vanweë die feit dat so baie van hierdie kinders uit enkelhuse kom
- Ouerpare met 'n kleuter (nul tot ses jaar) wat gesiggestremd is
- Primêre versorger van 'n kind (nul tot ses jaar) wat gesiggestremd is
- Kind moet gesiggestremd wees
- Kind kan seun of dogter wees
- Multikultureel om alle bevolkingsgroepe van Suid-Afrika te verteenwoordig
- Afrikaans- of Engelsprekend
- Kind verbonde aan Pionierskool in Worcester of LOFOB

Die opvoedkundige sielkundige het potensiële ouerpare se kontakbesonderhede aan die navorser verskaf, waarna daar met hulle in kontak getree is. Die voorgenome respondente is telefonies volledig oor die volgende aspekte ingelig: die doel van die studie; die belang van die beoogde studie; die kwalifikasies en ervaring van die navorser (gekwalifiseerde maatskaplike werker en besig met die graad D.Phil: Maatskaplike Werk); die moontlikheid van ongerief (fisies of psigies) of enigiets wat die gewilligheid van respondente om deel te neem, kon beïnvloed; en die vryheid van die individu om te weier om deel te neem en om op enige tydstip van die ondersoek te onttrek. Briewe waarin bogenoemde aspekte bespreek is, is hierna ook aan respondente gepos ten einde hulle skriftelike toestemming te verkry (bylaag 5). Respondente het ook die geleentheid gekry om vrae aan die navorser te vra ten einde alle onsekerhede uit die weg te ruim. Verskillende datums waarop die program aangebied sou kon word, het ook op die brief verskyn en ouers kon 'n aanduiding gee van watter datum hulle sou pas. Hulle is gevra om hierdie brief terug te pos aan die navorser. Nader aan die beoogde datum is daar weer telefonies met hulle in verbinding getree ten einde te bevestig of hulle die afspraak sou nakom.

### **1.12 ETIESE ASPEKTE**

Strydom (2002a:63) definieer etiek soos volg: "Ethics is a set of moral principles that are suggested by an individual or group, are subsequently widely accepted, and offer rules and behavioural expectations about the most correct conduct towards experimental

subjects and respondents, employers, sponsors, other researchers, assistants and students.”

Babbie (2001:470) maak die volgende stelling: “Anyone involved in research needs to be aware of the general agreements about what is proper and improper in scientific research.” Etiese riglyne bied dus standaarde waarvolgens die navorser sy optrede voortdurend kan evalueer.

Die navorser sal vervolgens die etiese aangeleentheid wat tydens hierdie studie in ag geneem is, kortliks bespreek.

### **1.12.1 Ingeligte toestemming en misleiding van respondente**

Respondente kan onbewustelik, onder dwang, onder valse voorwendsels of met hulle volle medewete en goedkeuring by navorsing betrek word. Die ideaal is natuurlik dat respondente se ingeligte toestemming tot deelname aan die navorsing vooraf verkry moet word. Hierdie toestemming sluit in dat die respondent saaklik en eerlik oor die volgende aspekte ingelig word: die doel van die studie; die belang van die beoogde studie; die kwalifikasies en ervaring van die navorser; die moontlikheid van enige ongerief (fisies of psigies) of enigiets wat die gewilligheid van respondente om deel te neem, kan beïnvloed; en die vryheid van die individu om te weier om deel te neem en om op enige tydstip die ondersoek te verlaat (Babbie, 2001:438-439; Huysamen, 1993:185-186; Neuman, 2000:96; Strydom, 2002a:65).

Die navorser het respondente met hulle volle medewete en toestemming aan die studie laat deelneem. Soos reeds genoem, is respondente volledig oor al bogenoemde aspekte ingelig en is briewe waarin hierdie aspekte bespreek is, aan respondente gegee ten einde hulle skriftelike toestemming te verkry (bylae 4 en 5). Respondente het ook tydens 'n groepsessie die geleentheid gekry om vrae aan die navorser te vra ten einde alle onsekerhede uit die weg te ruim.

### **1.12.2 Blootstelling aan fisieke of psigiese ongemak en ontlading van respondente**

Die blootstelling aan fisieke of psigiese pyn of ongemak is 'n etiese kwessie wat tydens hierdie studie aandag moes geniet. Verskeie outeurs (Babbie, 2001:439; Huysamen, 1993:187-188; Neuman, 2000:92; Strydom, 2002a:64) stem saam dat sodra die geringste moontlikheid bestaan dat 'n navorsingsprosedure onwenslike gevolge vir respondente

kan inhou, dit die navorser se verantwoordelikheid is om dit te antisipeer en voorsorg te tref vir die uiteindelijke uitskakeling of regstelling daarvan. Huysamen (1993:188) benadruk dat in geval van moontlike misleiding in een of ander vorm, of fisieke of psigiese ongemak of stres, daar so spoedig moontlik na afloop van die ondersoek voorsiening gemaak moet word vir 'n ontladingsonderhoud. Judd, Smith en Kidder (in Strydom, 2002a:73) stem saam met Huysamen (1993:188) en argumenteer verder dat aangesien ontladingsonderhoude respondente die geleentheid gee om deur hulle gevoelens te werk, dit beskou kan word as 'n manier waarop enige skade wat moontlik aangerig is, geminimaliseer kan word.

As gevolg van die aard van die doeleindes van hierdie studie (fase een), naamlik om persoonlike inligting (belewensse/gevoelens/ervarings) ten opsigte van die respondente se behoeftes te bekom, is daar 'n moontlikheid dat emosionele ongemak deur respondente ervaar kon word. Die navorser het dus onderneem om direk na afloop van die fokusgroep voorsiening te maak vir 'n ontladingsgroepsessie. 'n Groepsessie na afloop van die fokusgroep het as ontladingsonderhoud vir hierdie respondente gedien. Hier is respondente dus die geleentheid gegee om hulle gevoelens te ontlaai en hulle menings te lug. Vir respondente wat by fase twee betrokke was, het die laaste sessie van die ouerbegeleidingsprogram geleentheid gebied vir ontlading. Die navorser het respondente ook die geleentheid gegee om individueel met haar te kom gesels indien hulle na afloop van die groepsessie steeds 'n behoefte aan ontlading van gevoelens gehad het. Indien nodig, sou respondente na vrywillige terapeute verwys word vir verdere terapie. Dit was egter nie nodig nie.

### **1.12.3 Skending van privaatheid, anonimiteit en vertroulikheid**

Respek vir respondente en hulle privaatheid is 'n verdere belangrike etiese kwessie. Volgens Huysamen (1993:189) is die skending van respondente se privaatheid die belangrikste misstap wat by opname-navorsing begaan kan word. In die geringste vorm kom sodanige inbreuk voor wanneer vrae in onderhoude of vraelyste oor intieme en persoonlike aangeleenthede gestel word. Dit kan bydra tot angs- of skuldgevoelens by respondente. Die plek waar mense onbewustelik waargeneem word, asook die wyse (waarneming/oudio-/videobande) waarop waarnemings aangeteken word, speel ook 'n rol in die erns van die inbreuk op respondente se privaatheid. Hoe intiemer of sensitiewer die inligting en hoe meer bedek die wyse waarop dit ingewin is, hoe groter is die verantwoordelikheid om dit op uiters vertroulike wyse te hanteer. Een manier om vertroulikheid in die hand te werk, is om respondente se inligting anoniem te bekom



(Babbie, 2001:440; Bless & Higson-Smith, 2000:100; Neuman, 2000:98-100; Strydom, 2002a:67).

Die navorser het die respondente met respek behandel en alle inligting wat bekom is, is op vertroulike wyse hanteer. Die fokusgroepbespreking is met die skriftelike toestemming van die respondente met 'n bandopnemer opgeneem ten einde data te analiseer. Die bande is slegs vir navorsingsdoeleindes gebruik en sou, indien dit verkies sou word, voor die respondente vernietig word sodra die navorsing voltooi is. Die navorser het ook aan die respondente 'n keuse gegee of hulle anoniem aan die studie wou deelneem of nie. Skuilname kon ook benut word, wat die anonimiteit van die respondente verder sou verseker. Die navorser het ten laaste alle inligting wat bekom is, met die grootste vertroulikheid hanteer en sodoende respek vir respondente en hulle privaatheid getoon. In groepsverband is respondente versoek om alle persoonlike inligting van mede-respondente en/of hulle kinders wat na vore kon kom, as streng vertroulik te hanteer.

#### **1.12.4 Publisering van inligting**

Publisering van bevindings is die laaste etiese kwessie wat op die betrokke studie van toepassing is. Dane (in Strydom, 2002a:71) noem dat die finale geskrewe navorsingsverslag akkuraat, objektief, duidelik en ondubbelsinnig moet wees, asook alle essensiële inligting moet bevat. Strydom (2002a:73) benadruk verder dat plagiaat 'n ernstige oortreding is en dat dit daarom noodsaaklik is om erkenning te gee aan alle bronne wat die navorser tydens die studie gebruik en gekonsulteer het. Verder is dit ook belangrik dat die navorser alle tekortkominge en foute in sy studie moet erken. 'n Laaste aspek wat hier van belang is, is dat subjekte op 'n objektiewe wyse ten opsigte van die studie se bevindings ingelig moet word. Die navorser moet egter daarop bedag wees om nie te veel gedetailleerde besonderhede te verskaf nie, omdat dit mag veroorsaak dat die beginsel van konfidensialiteit in gedrang kom.

Die navorser het al bogenoemde aspekte noukeurig nagekom ten einde eties korrek op te tree ten opsigte van die publisering van die studie se bevindings. Die navorsingsverslag sal beskikbaar gestel word en artikels sal in vaktydskrifte gepubliseer word.

### 1.13 PROBLEME ERVAAR MET STUDIE

Soos die navorser meer bekend geraak het met die omvang van die probleem rakende die kleuter met 'n gesiggestremdheid binne die gesinsopset, het dit na vore gekom dat baie van hierdie kinders deur primêre versorgers (meestal 'n familielid) versorg word. Die hoë eise (finansieel, emosioneel, fisies en sosiaal) wat aan 'n ouer gestel word ten opsigte van die versorging van 'n kleuter met 'n gesiggestremdheid, kan as rede hiervoor aangevoer word. Deurdát beide ouers genoodsaak is om te werk, word ander persone, meestal 'n familielid, op 'n daaglikse basis betrek by die versorging van die kind met gesiggestremdheid. In sommige gevalle woon die betrokke kinders by hierdie familielid (primêre versorger) aangesien die ouer genoodsaak is om elders werk te gaan soek. Die navorser was dus genoodsaak om die kriteria vir respondente aan te pas sodat primêre versorgers ook deel van die studie kon uitmaak.

### 1.14 DEFINISIES VAN HOOFKONSEPTE

#### 1.14.1 Ouer

Die *Verklarende Afrikaanse Woordeboek vir Maatskaplike Werk* (1971:48) definieer “ouer” as 'n vader of moeder van 'n kind gebore of gewettig deur 'n huwelik, die moeder van 'n buite-egtelike kind of 'n vader of moeder deur aanneming.

Thompson (1995:992) definieer “ouer” soos volg: “A person who has begotten or borne offspring; a father or mother.”

Die Wet op Kindersorg 74 van 1983, definieer “ouer” as die vader of moeder van 'n kind gebore uit of wetlik verklaar deur 'n wettige huwelik.

'n Egostaat bevat individue se lewensbeskouing en waardes (wat veral deur middel van opvoeding van hulle ouers verwerf is). In die ouer-egostaat vertoon 'n persoon die tipiese gedrag van 'n ouer, soos beoordeling, tereg wysing en beskerming (Plug, Louw, Gouws & Meyer, 1997:83).

Vir die doeleindes van hierdie studie word 'n ouer gesien as die vader en/of moeder van 'n kind gebore of gewettig deur 'n huwelik of aanneming wat vir die versorging en opvoeding van daardie kind verantwoordelik is.

### 1.14.2 Begeleiding

“Begeleiding” beteken om saam te gaan of te vergesel (Odendaal & Gouws, 2000:67).

Die *Verklarende Afrikaanse Woordeboek vir Maatskaplike Werk* (1971:35) definieer “leiding” as die suggesties of advies aan ’n kliënt om hom te help om ’n bepaalde doel te bereik of ’n situasie te hanteer.

Thompson (1995:604) definieer “begeleiding” soos volg: “Advice or information aimed at resolving a problem, difficulty etc.; the action or process of guiding or being guided.”

Vir die doeleindes van hierdie studie word (bege)leiding gesien as die proses waar daar met ’n kliënt saamgegaan word deur middel van die gee van inligting en advies ten einde hom te help om ’n bepaalde doel te bereik of ’n situasie te hanteer.

### 1.14.3 Program

’n Program is ’n plan of skedule waarvolgens ’n reeks gebeure hulle gaan afspeel (Plug *et al.*, 1997:96).

Dit kan ook beskou word as ’n geskrif of werkplan waarin werksaamhede wat volgens ’n bepaalde plan verrig sal word, opgesom word (Odendaal & Gouws, 2000:822).

Vir die doeleindes van hierdie studie word ’n program gesien as ’n skriftelike skedule met ’n werkplan waarvolgens ’n reeks gebeure plaasvind om die ouers te bemagtig.

### 1.14.4 Kleuter

’n Kleuter is ’n kind bo die leeftyd van ’n suigeling en onder dié van ’n skoolkind; ’n klein kind (Odendaal & Gouws, 2000:537). Dit is dus ’n ontwikkelings stadium wat ongeveer van twee- tot sesjarige ouderdom strek (Plug *et al.*, 1997:43).

Vir die doeleindes van hierdie studie en met in agneming van die probleem, naamlik gesiggestremdheid, word ’n kleuter gesien as ’n voorskoolse kind van nul- tot sesjarige ouderdom.

Die navorser is bewus daarvan dat hierdie tydperk twee lewensfasas insluit, naamlik babajare en kleutertyd. Indien die invloed van gesiggestremdheid op die kind se etimologie (ontwikkeling) in ag geneem word, word kleutertyd as van nul- tot sesjaar gebruik.

#### 1.14.5 Gesiggestremdheid

Let asseblief daarop dat daar verskillende grade van blindheid is. Die woord “blind” word slegs gereserveer vir individue wat geen bruikbare sig het nie. Terme soos visueel gestremd, lae visie en gedeeltelike sig word gebruik om individue met enige bruikbare visie (hoe gering ook al) te beskryf. Die woord “gesiggestremd” dek al hierdie groepe (Sardegna & Paul, 1991:31; Smith, 1990:8-9).

In mediese terme word “blindheid” gedefinieer as ’n gesigskerpte van minder as 3/60 in die beste oog met die beste moontlike korreksies en met die dra van ’n bril of lense (Webster & Roe, 1998:9).

Volgens die *Nuwe Woordeboek vir Maatskaplike Werk* (1995:8) word “blindheid” gedefinieer as belemmerde sig of algehele afwesigheid van gesigvermoë.

Die navorser is van mening dat “blindheid” gedefinieer kan word as ’n gesigskerpte van minder as 3/60 in die beste oog met die beste moontlike korreksies, sowel as algehele afwesigheid van gesigvermoë.

Volgens die *Technical assistance Guidelines on the Employment of People with Disabilities* (Departement van Arbeid, 2002:8) word ’n fisiese gestremdheid soos volg gedefinieer: “A partial or total loss of a bodily function or part of the body. It includes sensory impairments such as being deaf, hearing impaired or visually impaired.”

Die Pretoria Ooginstituut (1996:1-2) definieer “lae visie” as die permanente situasie waar die duidelikheid van sig in so ’n mate verminder het dat die persoon nie in staat is om alledaagse, ouderdomsgpaste visuele take uit te voer nie.

“Visuele gestremdheid” word deur Griffiths en Russell (1995:117) gedefinieer as die onvermoë om ’n visuele beeld vas te vang en op te neem, na die brein te stuur en hierdie stimuli te benut om sin te maak van die wêreld rondom jou.

Die navorser is van mening dat “gesiggestremdheid” vir die doeleindes van hierdie studie gedefinieer kan word as die onvermoë om alledaagse, ouderdomsgepaste visuele take uit te voer weens die gebrek aan voldoende sig.

## **1.15 INHOUD VAN DIE NAVORSINGSVERSLAG**

### HOOFSTUK 1

Algemene oriëntering tot die studie

### HOOFSTUK 2

Gesiggestremdheid en verskillende oogtoestande met die onderskeie akademiese, sosiale en loopbaangevolge daarvan

### HOOFSTUK 3

Algemene sisteemteorie as teoretiese fundering in hulpverlening aan gesinne met 'n kleuter met 'n gesiggestremdheid

### HOOFSTUK 4

Gesinsdinamika in stresvolle situasies

### HOOFSTUK 5

Vroeë intervensie by die kleuter met 'n gesiggestremdheid

### HOOFSTUK 6

'n Ouerbegeleidingsprogram vir ouers van 'n kleuter (nul tot ses jaar) met gesiggestremdheid

### HOOFSTUK 7

Empiriese data van die kwalitatiewe fase

### HOOFSTUK 8

Empiriese data van die kwantitatiewe fase

### HOOFSTUK 9

Samevattende gevolgtrekkings en aanbevelings

## HOOFSTUK 2

### GESIGGESTREMDHEID EN VERSKILLENDE OOGTOESTANDE MET DIE ONDERSKEIE AKADEMIESE, SOSIALE EN LOOPBAANGEVOLGE DAARVAN

#### 2.1 INLEIDING

Die verskynsel van gesiggestremdheid is baie kompleks deurdat dit deur verskeie terme beskryf kan word en die graad en aard daarvan baie kan varieer. Blindheid is die verlies van sig. Sommige persone het geheel en al geen sig nie, terwyl ander slegs tussen lig en donker kan onderskei. Sommige persone beskik weer nie oor die normale areas van visie nie. Daar is baie oorsake van blindheid en/of gesiggestremdheid. Sommige persone word met 'n gesigdefek gebore aangesien hulle oë nie normaal ontwikkel het nie of as gevolg van sekere siektes wat hulle moeders tydens die swangerskap onder lede gehad het. Ander oorsake sluit in beserings van die optiese oogsenuwee wat inligting van die oog na die brein gelei. Dit kan beskadig word deur virusinfeksies of vergiftiging. Druk as gevolg van 'n breintumor, bloeding of 'n geswelde aar kan ook die verlies van sig veroorsaak (Hildyard, Ollerenshaw, Cross & Hill 2003:104-105).

#### 2.2 DEFINISIE VAN BLINDHEID

Blindheid word soos volg gedefinieer: "Blindness is the condition of lacking visual perception due to physiological or neurological factors" (Wikipedia, sv 'Blindness'). Blindheid as kondisie word egter oor die afgelope 150 jaar deur verskeie terme beskryf, naamlik: medies blind, wettig blind, gedeeltelik blind, gedeeltelike sig, lae visie, funksioneel blind, braille-blind, blind ten opsigte van 'n beroep, ekonomies blind, visueel defektief, visueel gestremd, visueel ongeskik, visueel benadeeld en gesiggestremd (Sardegna & Paul, 1991:31; Zimmerman, 1993:52).

Tydens 'n mediese diagnose word blindheid as 'n groot velduitval en die afwesigheid van ligpersepsie of lig- en projeksiepersepsie of sentrale skerpte van handbewegings gedefinieer (Sardegna & Paul, 1991:31; Wikipedia, sv 'Blindness'). Handbewegings en die beweging van 'n hand is terme wat benut word om 'n persoon te beskryf wat nie die aparte vingers van 'n hand kan onderskei nie, maar wel die beweging van 'n hand kan waarneem indien dit byvoorbeeld gewaai word. Ligpersepsie is 'n term wat aandui dat 'n persoon slegs die aan- of afwesigheid van lig kan waarneem. 'n Persoon met geen ligpersepsie verwys na iemand wat glad nie in staat is om enige lig waar te neem nie.

Verskeie outeurs (Mason, 2001:55; Sardegna & Paul, 1991:31) meld dat die Amerikaanse Stigting vir Blindes aanbeveel dat die term “blindheid” slegs gereserveer moet word vir individue wat geen bruikbare sig het nie en dat terme soos “visueel gestremd”, “lae visie” en “gedeeltelike sig” gebruik moet word om individue met enige bruikbare visie (hoe gering ook al) te beskryf. Na aanleiding van die *National Prevention of Blindness Programme, Draft 1*, (Departement van Gesondheid en Maatskaplike Dienste, 1999:5) word blindheid deur die World Health Organisation in verskeie grade geklassifiseer (tabel 2.1).

### 2.3 SNELLETOETS MET KINDERS

Mason (2001:55) stem saam met Sardegna en Paul (1991:31) dat die Snellen-toetskaart die mees algemene metode is om afstandvisie by kinders te meet. Volgens De Bruyn (2005, 2009) ’n praktiserende oogkundige, is die Snellentoets ’n gestandaardiseerde toets wat wêreldwyd gebruik word. Hierdie toets kan deur verskillende mediese beroepe soos dokters, verpleegkundiges en oogkundiges benut word. Dit bestaan uit letters, nommers of prente wat volgens ’n skaal in verskillende groottes in rye gerangskik is. Elke ry letters op die kaart kan op ’n sekere afstand deur ’n kind met normale visie herken word, byvoorbeeld teen 60m, 36m, 24m, 18m, 12m, 9m of 6 meter. Kinders staan ses meter van die kaart af en indien hulle op die kaart kan lees tot by die sesmeter-ry letters, is hulle gesigskerpte 6/6 (uitgespreek as ses-ses) of “normaal”. Indien die kind slegs kan lees tot die ry van die 24-meterletters, is sy gesigskerpte 6/24 (ses-vier-en-twintig).

Indien kinders nie in staat is om die 60-meterletter (die heel boonste letter op die kaart) op ’n afstand van ses meter te lees nie, is hulle visie minder as 6/60 en dan word die toets op ’n korter afstand uitgevoer. Indien die kind die boonste letter kan lees wanneer hy drie meter vanaf die kaart staan, word ’n meting van 3/60 gegee, maar indien die kind slegs die boonste letter kan lees wanneer hy een meter vanaf die kaart staan, beteken dit dat sy gesigskerpte 1/60 is. Wanneer visie laer as laasgenoemde is, word die kind soms gevra om vingers te tel by verskillende afstande tussen 15cm en 1m. Indien ’n kind nie in staat is om dit te doen nie, word die meting gegee as “PL”, “LP”, of “LPO”. Dit verwys na variasies van “perception of light only” (Mason, 2001:55).

**TABEL 2.1: VERSKILLENDE GRADE VAN BLINDHEID**

Gesigskerpte van die beter oog met die beste moontlike korreksies	Graad-klassifikasie deur die WHO
6/6 tot 6/18	Normale visie
<6/18 tot ≥3/60	Lae visie
<3/60	Blind

(Mason, 2001:55)

## 2.4 DIE BEGRIP (GEWAARWORDING) VAN VISIE

Visie begin in die retina, die membraan aan die agterkant van die oog, wat ligsensitiewe stafies en horingselle bevat. Die grootste gedeelte van die oog het met die fokus van lig (in die regte hoeveelhede) op die retina te doen. Groot hoeveelhede data word deur die optiese senuwees vanaf die retina na die brein gestuur vir analise (Griffiths & Russel, 1995:117; Peters, 2004:792).

Gesigsverlies is die onvermoë om te sien. Die verlies van sig kan stadig of vinnig ontwikkel en kan tydelik of permanent wees, afhangend van die oorsaak. Gesigsverlies kan een of beide oë affekteer. Dit kan algehele blindheid veroorsaak of slegs die perifere of sentrale visie affekteer (Mason, 2001:32; Peters, 2004:791).

Volgens Mason (2001:32) kan 'n duidelike onderskeid getref word tussen die oog se twee visuele vermoëns, naamlik sentrale en perifere visie. Verskillende dele van die retina is verantwoordelik vir hierdie twee vermoëns. Sentrale visie word gedefinieer soos volg: "Straight-ahead vision that permits a person to read, drive and perform other activities that require fine, sharp, straight-ahead vision" (MedicineNet, sv 'Central Vision'). Perifere visie word gedefinieer soos volg: "Side vision; the ability to see objects and movement outside of the direct line of vision" (MedicineNet, sv 'Peripheral Vision').

Die stadige of geleidelike verlies van sig of gesigskerpte is algemeen onder ouer persone, alhoewel dit ook as gevolg van sekere oogkondisies by kinders kan voorkom. Vinnige verlies van sig kan veroorsaak word deur onder meer bloeding in die watervog, erge inflammasie van die iris of choroïed, bloeding in die jel binne die oog, of bloeding van die retina. Optiese neuritis (inflammasie van die optiese senuwee) kan visie in een oog verminder (Peters, 2004:791).



Beskadiging van die senuweekonneksies tussen die oë en die brein of in die visuele area van die brein kan tot die verlies van perifere visie lei. Die beskadiging van hierdie senuwee kan deur verskillende versteurings veroorsaak word, naamlik embolisme, ischemie, tumor, inflammasie en/of beserings (Peters, 2004:791).

Peters (2004:793) en Mason (2001:32) stem saam dat gesigskerpte omskryf kan word as die skerpte/helderheid/duidelikheid van die sentrale visie. Refraktiewe foute soos miopie (bysindheid), hiperopie (versindheid) en astigmatisme (abnormale kromming/buiging van die voorste gedeelte van die oog) is die mees algemene oorsake van swak gesigskerpte. Swak gesigskerpte vir naby voorwerpe is die oorsake van die oogtoestand presbiopie (ouderdomsverwante degenerasie van die vermoë om te fokus). Mason (2001:39) is van mening dat kinders met refraktiewe foute se visie gewoonlik deur middel van lense en/of 'n voorgeskrewe bril na normaal gewysig kan word. Probleme kom gewoonlik voor wanneer die lense en/of bril nie vir die doel waarvoor dit voorgeskryf is, gedra word nie.

“Visuele veld” word omskryf as die totale area waarin visuele persepsie moontlik is wanneer 'n persoon regop staan en voor hom kyk. Die visuele veld vergroot gewoonlik uitwaarts, met 'n hoek van 90° aan weerskante van die middellyn van die gesig. Die visuele veld word egter beperk na bo en onder wanneer die oë diep in hulle oogkaste geleë is en die wenkbroue prominent is. Die visuele veld van beide oë kom in 'n groot mate ooreen, wat tot binokulêre visie lei. Gedeeltelike verlies van die visuele veld kan deur die oogtoestand gloukoom (verhoogde druk in die oogbal) of 'n beroerte veroorsaak word (Mason, 2001:32; Peters, 2004:793).

## **2.5 DIE ASSESSERING VAN VISIE**

Gewoonlik word ernstige visuele probleme reeds met geboorte of tydens die eerste maande na geboorte geïdentifiseer. Soms word dit reeds in die kraamsaal deur die suster of dokter aan diens waargeneem en gediagnoseer. Ouers kan egter ook soms die eerste wees wat bewus word van die baba se visuele probleme. Wanneer 'n suspisie ontstaan dat die baba 'n oogtoestand het, moet die pediater of gesinsdokter die baba na 'n oftalmoloog verwys. Sommige visuele probleme word eers gediagnoseer wanneer die kind skool toe gaan, aangesien 'n roetine- mediese ondersoek meestal daar ondergaan word. Soms kan akademiese probleme of probleemgedrag by die kind 'n aanduiding wees dat visuele probleme aanwesig is. Die onderwyser is dus ook soms die eerste een wat bewus word van 'n visuele probleem by die kind (Mason, 2001:36).

### 2.5.1 Ouderdomme waarby assesseringstoetse moet plaasvind

Volgens Press en Moore (1993:347) is die huidige tendens ten opsigte van die assessering van visie by kinders by die ouderdom van ses maande, drie jaar en ses jaar. Die *American Academy of Pediatrics, Draft 1* (Department of American Academy of Pediatrics, 1993:5) stem saam met Press en Moore (1993:347) met betrekking tot hierdie ouderdomme, maar voeg by dat babas direk na geboorte ook getoets moet word. Hierdie vier fases, volgens die *American Academy of Pediatrics, Draft 1* (Department of American Academy of Pediatrics, 1993:5) en Press en Moore (1993:347), sal vervolgens kortliks bespreek word.

- **Pasgeborene:** Pediaters en oftalmoloë moet alle babas evalueer voordat hulle ontslaan word. Daar moet gekyk word vir infeksies en strukturele defekte, katarakte en gloukoom. Alle babas met meervoudige mediese probleme of met 'n geskiedenis van prematuriteit en/of suurstofgebrek moet deur 'n oftalmoloog gesien word.
- **Ses maande:** Pediaters moet babas op ses maande ondersoek met 'n standaard baba-ondersoek. Daar moet veral gelet word of die oë met mekaar saamwerk.
- **Drie tot vier jaar:** Alle kinders moet deur 'n pediater ondersoek word wanneer hulle drie jaar oud is. Die kleuter se gesigskerpte moet getoets word en hy moet ondersoek word vir enige abnormaliteite van die oog. Abnormaliteite van die oog kan op hierdie stadium die kind se opvoedkundige ontwikkeling beïnvloed. Enige oogabnormaliteite moet na 'n oftalmoloog verwys word.
- **Vyf tot ses jaar:** Vyf- tot sesjarige kinders moet deur 'n pediater ondersoek word vir enige oogabnormaliteite. Gesigskerpte moet ook getoets word. Hierdie ondersoek moet die toetsing van verdere okulêre funksies insluit. Enige oogabnormaliteite moet na 'n oftalmoloog verwys word.

Volgens Sacharowitz (2005:1) is die Suid-Afrikaanse omstandighede met betrekking tot gesondheidsorg aan kinders divers as gevolg van die feit dat daar twee stelsels bestaan, naamlik private gesondheidsorg (20% van die bevolking het toegang tot die privaat sektor) en staatsdienste, oftewel primêre gesondheidsorg (80% van die bevolking maak gebruik van staatsdienste). In die privaat sektor is pediaters bewus van bogenoemde krities

belangrike ouderdomme waartydens visuele assessering moet plaasvind en sal hulle afsprake met die ouers maak daarvoor. Die ouer wat egter nie private gesondheidsorgdienste kan bekostig nie, moet self die inisiatief neem om sy kind se oë te laat toets. Die navorser is dus van mening dat ouers reeds met die geboorte van hulle kind ingelig moet word ten opsigte van bogenoemde kwessie.

## 2.5.2 Gesigsverswakkingsfaktore

Gesigsverswakkingsfaktore (amblyogenic factors) is 'n verdere belangrike kwessie met betrekking tot visuele assessering by kinders. Hoe vroeër hierdie gesigsverswakkingsfaktore geïdentifiseer word, hoe beter is die prognose van die kind se oogtoestand. Ten einde moontlike gesigsverswakking te assesseer, is dit nodig dat die volgende inligting by die kind en sy gesin bekom word:

- Metodologie, wat behels dat inligting ten opsigte van die familiegeskiedenis sowel as die kind self bekom moet word. Inligting ten opsigte van die kind se prenatale versorging (geskiedenis van enige toksiese middels, komplikasies tydens swangerskap, infeksies, siektes en voeding), perinatale versorging (geboortegewig, komplikasies met geboorte en APGAR-telling) en postnatale ontwikkeling (algemene ontwikkelingsgeskiedenis van die kind) moet bekom word. Die kind se mediese geskiedenis, allergieë sowel as die okulêre geskiedenis van die hele gesin moet bekom word (Mason, 2001:3; Press & Moore, 1993:347).
- Anatomie, wat onder meer beteken dat die struktuur/anatomie van die visuele sisteem geëvalueer en geassesseer moet word. Met sisteemanalise word daar gefokus op eksterne observasies, pupilresponse en okulêre beweeglikheid (neuromuskulêre sisteem), okulêre rigtingslyn (binokulêre verhouding van die oë), visuele skerpte, refraktiewe status (assesseer oog as optiese komponent van 'n gedragsisteem) asook interne okulêre evaluering (Mason, 2001:3; Press & Moore, 1993:347).

Persepsie-kognitiewe evaluering is gebaseer op die aanname van gewoontevorming (habituation). Dit sê dat babas nie belangstelling sal volhou in objekte wat herhaaldelik aan hulle gewys word nie. Verskillende objekte sal dus met die oë gevolg kan word (Mason, 2001:3; Press & Moore, 1993:347).

Mason (2001:3) stem saam met Press en Moore (1993:347) dat gesigsverswakkingsfaktore so vroeg as moontlik geïdentifiseer moet word en verskaf 'n lys aanduiders van gesiggestremdheid wat moontlik deur die ouers of onderwyser opgetel kan word. Dit sal vervolgens genoem word.

Wanneer daar na die voorkoms van die oog gekyk word, is dit duidelik dat normale oë helder is en reguit en gesamentlik beweeg (Mason, 2001:3; Press & Moore, 1993:347). Simptome van abnormaliteite kan die volgende insluit:

- Inflammasie of troebel, bloedbelope of tranerige oë
- “Drooping”, swelling of 'n korsagtige aanpaksel om die ooglede
- Gereelde karkatjies
- Skeelheid van enige aard
- Ongewone oogbewegings, insluitend vinnige, onbeheerbare bewegings van die oë in 'n horisontale of vertikale rigting. Soms word dit beskryf as “dancing eyes” of “wobbly eyes” (die mediese term vir hierdie toestand is nistagmus)
- Voortdurende oogknip of vryf of seermaak van die oë; 'n duidelike aanduiding dat ongemak in die oë ervaar word in skerp lig; oë wat stowwerig voel
- 'n Troebel voorkoms van die korneas

## 2.6 DIE KLEUTER EN SIG

Sig is die primêre koördineringsintuig waardeur 'n kind homself met die buitewêreld kan vereenselwig en dit suksesvol kan verken. Visie maak die insameling van inligting deur die ander sinuie betekenisvol, waarsonder die persepsie van die omgewing 'n deurmekaar warboel van geluide, reuke en geure is (Dhillon & Millar, 1994:116; Griffiths & Russel, 1995:117).

'n Kind met gesiggestremdheid is nie in staat tot 'n vroeë moeder-baba-verbintenis deur middel van oogkontak nie. Ander subtiele vorme van nieverbale kommunikasie word vertraag, byvoorbeeld gesigsmobiliteit en die uitwys van omgewingsobjekte van belangstelling. Die frustrasie wat die onvermoë om homself verstaanbaar te maak by die kind meebring, kan aanleiding gee tot isolasie en die onttrekking van homself in 'n staat van totale afwesigheid. Hierdie kind is geneig om sy vingers aanhoudend in sy oë te druk met die hoop om 'n mate van visuele stimulasie te ontlok (Dhillon & Millar, 1994:116).

## 2.7 DEFINISIES VAN OOGONTWIKKELING

Die ontwikkeling van die oog by die kind word in drie fases verdeel, naamlik die prenatale fase (ontwikkeling van die weefsel voor geboorte; die perinatale fase (die tydperk net voor of met geboorte); en die postnatale fase (na geboorte). Die gestasieperiode is die tydperk vanaf fertilisasie tot en met die geboorte van die baba. Dit duur agt-en-dertig weke vanaf bevrugting. Orgaanontwikkeling vind tussen die einde van die derde en agtste week plaas en dit word die embrionale periode genoem. Die ontwikkeling van die organe tussen week nege en die geboorte heet die fetale periode. Die neonatale periode kom tussen die eerste agt-en-twintig dae van die postnatale fase voor. Hierna ontwikkel die neonaat eerstens in 'n baba, dan 'n kleuter en daarna 'n kind (Dhillon & Millar, 1994:116).

## 2.8 VISIE BY DIE PASGEBORE BABA

Die optiese baan van die sentrale senuweestelsel is reeds goed gevestig met die veertigste week van swangerskap. Die pasgebore baba kan vaagweg na objekte wat in sy gesigsvisie geplaas word kyk en kan ook op lig reageer. Teen die ouderdom van drie of vier weke kan die baba sy kop na 'n ligbron draai, asook sy ma intens dophou wanneer sy praat. Objekte wat in die baba se gesigsveld gebring word, sal vorder tot by die middellyn. Teen ses weke kan 'n mate van oogbeweging waargeneem word en die baba sal vir 'n vriendelike gesig kan glimlag. Teen twaalf weke sal 'n objek van een punt na 'n punt oor die middellyn gevolg kan word. Om notisie van 'n bewegende hand te neem, sal ook van hierdie ouderdom geoefen kan word. Teen ses maande sal die baba enige objek binne sy bereik sonder enige huiwering kan optel. Die baba toon 'n lewendige belangstelling in alles wat in sy onmiddellike omgewing plaasvind. Kop- en liggaamsposisies sal outomaties aangepas word ten einde objekte wat belangstelling uitlok, beter te kan waarneem. By geboorte het die normale oog 'n relatiewe kort aksiale lengte en is versiene met 'n gemiddeld van drie eenhede. Aksiale lengte vermeerder soos die oog groei en emmetropie (staat van perfekte, normale visie) word teen die ouderdom van drie tot vyf jaar bereik (Griffiths & Russel, 1995:117; Kibel & Wagstaff, 2001:490; Woolfson, 1991:79). Griffiths en Russel (1995:118) voeg by dat teen die tyd dat die baba twee jaar oud is, hy in staat sal wees om tweedimensionele reproduksies, byvoorbeeld prente, en klein driedimensionele objekte, byvoorbeeld speelgoed, kan gebruik om werklike artikels in die regte wêreld mee voor te stel.

Wanneer 'n normale kind waargeneem word, kan gesien word hoe hy visie, gehoor, mobiliteit, kommunikasievaardighede, sosiale behoeftes en emosionele reaksies op 'n globale wyse kombineer in sy ontwikkelingsproses, asook in sy verrysing as 'n menslike wese. Die interaksie tussen verskillende ontwikkelingsvaardighede by die kind impliseer en verhoog sy onafhanklikheid. Wanneer daar 'n agterstand is met die aanleer van een vaardigheid, sal dit ook die aanleer van die res beïnvloed. Laasgenoemde is soveel meer so by kinders met gesiggestremdheid, waar 'n agterstand meestal in alle areas van ontwikkeling voorkom tensy vroeë intervensie kan geskied (Griffiths & Russel, 1995:118).

Die navorser het dit goedgevind om die visuele mylpale van 'n kleuter met normale visie (van geboorte tot en met ses jaar) volgens Richter (2006:43) kortliks te omskryf. Hierdie is slegs 'n riglyn van die kleuter met normale visie se visuele mylpale, met verwysing na die ontwikkelingsbenadering ten opsigte van assessering.

## **2.9 VISUELE MYLPALE VAN 'N KLEUTER MET NORMALE VISIE (GEBORTE TOT SES JAAR)**

Du Plessis (2007, 2009), De Bruyn (2005, 2009) en Richter (2006:43) stem saam dat daar vyf belangrike oogvaardighede is wat by die kind onderskei kan word, naamlik:

- Oogbewegingsvaardighede
- Oogsamewerkingsvaardighede
- Oog-handkoördinasievaardighede
- Visuelepersepsievorming
- Refraktiewe status

Bogenoemde oogvaardighede sal vervolgens kortliks bespreek word.

### **2.9.1 Belangrike oogvaardighede by die kind**

- Oogbewegingsvaardighede (okulêre modaliteite):

Spoed, beheer en volgbewegings as oogvaardigheid wanneer objekte en materiale visueel ondersoek word, is die eerste visuele mylpaal wat die pasgeborene moet bemeester (Richter, 2006:43). Tussen die ouderdom van ses en agt weke behoort die baba objekte met sy oë te kan volg. Springbewegings ("saccades") as oogvaardigheid is

normaal teen die ouderdom van twee maande en die baba behoort in staat te wees om 'n enkele springbeweging met sy oë te kan maak ten einde die objek van fiksasie te bereik. Met jonger kinders sal dit soms gepaardgaan met 'n effense kopbeweging, wat normaal is (Du Plessis, 2007, 2009; De Bruyn, 2005, 2009; Richter, 2006:43).

- Oogsamewerkingsvaardighede (binokulariteit):

Die visuele sisteem is so ontwerp dat al die resiprokale spiere tot so 'n mate kan saamwerk dat hulle as't ware as één optree, dit wil sê wanneer hulle 'n hoë graad van samewerking bereik (Richter, 2006:43). Laasgenoemde binokulêre vaardigheid moet alreeds in die voorskoolse jare bemeester word, dit wil sê voor die ouderdom van sewe jaar. Motoriese belyning, met ander woorde waar die oë in 'n reguit lyn funksioneer, moet teen die ouderdom van ses maande bemeester word. Funksionelevergensie moet ook teenwoordig wees. Akkommodasie, dit wil sê die oog se vermoë om te fokus, behoort tussen die ouderdom van drie en vier maande bemeester te word (Du Plessis, 2007, 2009; De Bruyn, 2005, 2009; Richter, 2006:43).

- Oog-handkoördinasievaardighede:

Hierdie vaardigheid is afhanklik van die gebruik, inoefening en integrasie van die oë en hande as afgepaarde (paired) leervaardigheid (Du Plessis, 2007, 2009; De Bruyn, 2005, 2009; Richter, 2006:43).

- Visuelepersepsievorming:

Dit verwys na die omskakeling van 'n objek se grootte, vorm, tekstuur, plasing, afstand en soliditeit na die verstaan daarvan in woorde en tekeninge (Du Plessis, 2007, 2009; De Bruyn, 2005, 2009; Richter, 2006:43).

- Refraktiewe status:

Volgens verskeie kenners (Du Plessis, 2007, 2009; De Bruyn, 2005, 2009; Richter, 2006:43) is 'n baba se refraktiewe status meestal hiperopies (versierende) met geboorte en verander voortdurend tydens die eerste vyf jaar van 'n kind se lewe. Verder is daar 'n afname in astigmatisme (abnormale, onreëlmatige vorm van die kornea wat onduidelike visie veroorsaak), anisometropie (oë beskik oor onewe refraktiewe status, byvoorbeeld die een oog is versierende terwyl die ander oog bysiende is), hiperopie (versierendheid) en

miopie (bysiendheid). Daar is ook 'n verskuiwing vanaf hiperopie na emmetropie (staat van perfekte visie). (Verskillende oogkondisies by babas en kleuters word volledig beskryf tydens 2.11.)

Uit bogenoemde blyk dit dus dat oogbewegingsvaardighede beteken dat die baba teen die ouderdom van agt weke in staat moet wees om 'n objek gemaklik in alle rigtings te volg sonder enige probleme. Springbewegingsvaardighede gaan soms met effense kopbewegings gepaard by jonger kinders en is heeltemal normaal. Konvergensie, volgbewegings met die oë, behoort gemaklik te geskied teen die ouderdom van agt weke. Die vryheid om oogbewegings te kan maak, is baie belangrik en die vaardigheid om 'n objek met die oë te ondersoek en as't ware visuele aandag aan 'n objek te gee, moet ook bemeester word. Die verwagte visuele vermoëns van 'n kind by verskillende ouderdomme, soos verkry uit Richter (2006:47-48), sal vervolgens bespreek word.

### 2.9.2 Verwagte visuele vermoëns van 'n kind by verskillende ouderdomme:

**TABEL 2.2: VERWAGTE VISUELE VERMOËNS VAN 'N KIND BY VERSKILLENDE OUDERDOMME**

Ouderdom	Verwagte visuele vermoë
34 - 38 maande	Begin om in te kleur op 'n stuk papier "Lees" prentjies in boeke
40 - 48 maande	Bring die kop en oë nader aan die bladsy van die boek wanneer hy ondersoek instel
40 - 44 maande	Teken en benoem 'n sirkel en 'n kruis op 'n stuk papier
46 - 50 maande	Kan oë toemaak wanneer gevra word, asook moontlik in staat wees om met een oog te knip



4 - 5 jaar	<p>Gebruik oë en hande saam met mekaar, altyd met verbeterde resultate</p> <p>Beweeg en rol die oë as 'n manier van uitdrukking</p> <p>Teken en benoem prente</p> <p>Kleur-in tussen die lyne</p> <p>Knip en plak redelik goed op eenvoudige prente</p> <p>Kopieer eenvoudige vorms en sommige letters</p> <p>Kan klein objekte in klein openinge plaas</p> <p>Is visueel bewus van omgewing en in staat om dit waar te neem</p> <p>In staat om plekke, objekte en mense wat hy gesien het, ná die tyd oor te vertel</p> <p>Wys toenemende belangstelling in nuwe objekte en plekke wat hy sien</p> <p>In staat om duidelik en gemaklik te sien op alle afstande</p> <p>Wanneer nabywerk gedoen word, word die een oog nie bedek of toegemaak nie</p> <p>Ekstreme koptiltings of groot posturale deviasies is nie normaal nie</p> <p>Duidelike oogdraaiings – na binne of buite – is nie normaal nie; daar moet eerder daarna gekyk word</p> <p>Indien daar sigbare “crusting” op die ooglede is, of as die kind se oë rooi is, kan dit moontlik 'n aanduiding van 'n allergie wees</p>
------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**(Richter, 2006:47-48)**

Uit tabel 2.2 is dit duidelik dat die kleuter se visuele mylpale gemeet kan word. Die visuele sisteem ontwikkel ook soos die baba groei en bemeestering van sekere vaardighede geskied met tyd. Die navorser is van mening dat ouers bewus gemaak moet word van bogenoemde riglyne, soos deur Richter (2006:46-48) verskaf, sodat oogtoestande vroeg opgetel kan word. 'n Omvattende ouerbegeleidingsprogram, soos in hoofstuk ses bedien word, sal ouers van kennis voorsien ten opsigte van hulle kind se visuele mylpale. Indien daar enige afwykings van die voorgestelde riglyn is, sal ouers bemagtig wees om te weet dat hulle die kind vir oogtoetse behoort te neem. Vroeë intervensie as hulpmiddel sal die gevolg hiervan wees, wat 'n beter prognose tot gevolg het. Gesinne en kinders sal dus op vroeër stadiums gehelp kan word, wat probleme in die toekoms kan verminder.

Daar sal vervolgens gekyk word na die assessering van babas en kleuters met gesiggestremdheid en 'n verdere bespreking vind plaas oor wanneer dit nodig is om 'n kind vir oogtoetse te neem.

## 2.10 ASSESSERING VAN BABAS EN KLEUTERS MET GESIGGESTREMDHEID

Babas gebruik hulle visie om na hulle omgewing uit te reik. Die pasgeborene se visuele sisteem sluit die oog, die optiese senuwee, optiese radiasie en die serebrale korteks in. Gedurende die eerste lewensjaar word die fokusrag van die kornea en die lens baie presies en die aantal konneksies tussen die optiese senuwee en die visuele korteks verhoog dramaties. Jong kinders bereik vlakke van 20/20 (volwasse vlak) tussen die ouderdom van drie en vyf jaar (Menacker & Batshaw, 1997:76). Die navorser is van mening dat die ontwikkeling van die visuele sisteem stelselmatig plaasvind en dat vaardighede oor 'n tydperk plaasvind (2.9). Ouers moet dus bewus wees van 'n kind se visuele mylpale ten einde abnormaliteite reeds op 'n vroeë stadium op te tel.

Baie pasgeborenes sal hulle oë toemaak in reaksie op skerp lig, asook hulle visie konstrueer op 'n persoon se gesig wanneer hulle naby die volwassene gehou word. Teen die ouderdom van twee maande is hulle sigvermoëns goed genoeg ontwikkel om hulle aandag op 'n persoon se gesig te kan fokus. Hulle sal ook in staat wees om objekte oor 'n horisontale sowel as 'n vertikale vlak te kan volg. Tussen die ouderdom van drie en ses maande word die baba se oneweredige oogbewegings meer egalig en beheersd (2.9) (Blasco, 2001:146).

### 2.10.1 Waarskuwingstekens waarop ouers moet let

Babas wat probleme ondervind om op 'n spesifieke objek te fokus of wie se oogbewegings steeds oneweredig bly, moet verwys word vir verdere evaluasie. Babas wat met gedrags- of fisiese karaktereenskappe presenteer wat 'n moontlike aanduiding van gesiggestremdheid is, moet ook vir verdere evaluasie verwys word. Indien hierdie karaktereenskappe geen verband hou met visuele probleme nie, moet dit steeds geëvalueer word en 'n rooi lig wees vir vroeë intervensioniste (Blasco, 2001:146). Volgens Blasco (2001:146) is 'n konsultasie met 'n oogspesialis gepas vir enige van die volgende:

- Oë wat dubbel kyk of skeef bely is
- “Encrusted” ooglede en rooi en waterige oë
- Geswolle of hangende ooglede
- Gereelde starende blikke
- Oë wat onafhanklik van mekaar beweeg

Blasco (2001:146) gaan verder en beklemtoon dat die professionele persoon wat die assessering doen, die kind vir verdere evaluering moet verwys indien die volgende gedrag geobserveer word:

- Ligsensitiewe oë
- 'n Oog wat skeel trek wanneer die kind op naby of ver objekte probeer fokus
- Oë wat baie gereeld geknip word wanneer die kind op 'n objek probeer fokus
- Kop wat gedraai of getilt word
- Oë wat baie gevryf word
- Nie in staat om klein objekte wat geval het, op te tel nie
- Staar vir lang tye na lig

Babas en kleuters met gesiggestremdheid ontvang gewoonlik dienste van kundiges in die visuele veld ná die aanvanklike diagnose, wat gewoonlik binne die eerste lewensjaar geskied. Babas en kleuters met gesiggestremdheid is meestal ook in ander ontwikkelingsareas agter en ondervind ook daar probleme. Professionele persone wat hulle bekwaam vir vroeë intervensie, moet dus 'n deeglike assessering doen wanneer gesiggestremdheid vermoed word ten einde die regte diagnose te maak. Dit is egter noodsaaklik dat die ouers en professionele persone regdeur die assesseringsproses in 'n span moet saamwerk ten einde positiewe uitkomst vir die baba of kleuter met gesiggestremdheid te bewerkstellig (Chen, 1997:217; Lerner, Lowenthal & Egan, 1998:50).

Die navorser is oortuig deur die menings van Chen (1997:217) en Lerner *et al.* (1998:50) dat professionele persone wat hulle bekwaam vir vroeë intervensie, 'n deeglike assessering moet doen wanneer gesiggestremdheid vermoed word. Die navorser beklemtoon ook die noodsaaklikheid van vroeë intervensiedienste waar daar 'n noue samewerkende verhouding tussen ouers en professionele persone bestaan ten einde die regte diagnose te maak en te bestuur. Indien babas en kleuters met gesiggestremdheid gedurende hulle eerste lewensjare in 'n ernstige graad van ontwikkelingstimuli ontnem word, kan dit hulle ontwikkelingmylpale so vertraag dat dit tot die verkeerde kliniese profiel van die kind met gesiggestremdheid kan lei. Deprivasie kan dus verkeerde diagnoses meebring deurdat 'n kind byvoorbeeld as verstandelik vertraag gediagnoseer kan word. Vroeë intervensiedienste, ingeligte ouers en 'n samewerkende verhouding tussen die twee partye is dus uiters noodsaaklik wanneer daar na die beste moontlike uitkoms vir die kind met gesiggestremdheid gekyk word.

Die navorser gaan vervolgens die mees algemene oogtoestande wat by kinders voorkom, bespreek en die voorkoms daarvan in tabel 2.3 uiteensit.

**TABEL 2.3: VOORKOMS VAN OOGKONDISIES BY KINDERS VAN 6 MAANDE TOT 18 JAAR (PERSENTASIEGEWYS)**

OOGKONDISIE	VOORKOMS	
	OUDERDOM 6 MAANDE TOT 5 JAAR 11 MAANDE	OUDERDOM 6 JAAR TOT 18 JAAR
Hiperopie	33,0%	23,0%
Astigmatisme	22,5%	22,5%
Miopie	9,4%	20,2%
Nie-strabistiese binokulêre siektes	5,0%	16,3%
Strabisme	21,1%	10,0%
Ambliopie	7,9%	7,8%
Akkommodatiewe siektes	1,0%	6,0%
Periferale retinale abnormaliteite	0,5%	2,0%

(Chen, 1997:217)

## 2.11 OOGTOESTANDE BY BABAS EN KINDERS

Sowat 70% van die totale sensoriese boodskappe wat deur die sentrale senuweesisteem ontvang word, bereik dit via visuele bane. Voldoende visie is dus 'n voorvereiste vir normale ontwikkeling op alle terreine. Die oog is onderhewig aan verskeie kongenitale en verworwe oogtoestande wat gesigsverlies tot gevolg kan hê (Kibel & Wagstaff, 2001:490). Mason (2001:39-48) stem saam met Kibel en Wagstaff (2001:490) dat sekere oogtoestande, byvoorbeeld korneabeskadiging, katarakte, strabismus, refraktiewe foute en kortikale blindheid, gesigsverlies dramaties kan verminder indien vroeë intervensie nie plaasvind nie. Dhillon en Millar (1994:44) voeg hierby dat die oogdiagnose by 'n baba met gesiggestremdheid die volgende kan insluit: katarakte, gloukoom, aniridia, albinisme, ernstige refraktiewe foute, retinopatie as gevolg van prematuriteit, abnormaliteit van die optiese senuwee en serebrale beskadiging (Mason, 2001:39-48). Sommige oogkondisies ontwikkel oor tyd en verminder visie sistematies oor 'n tydperk (Dhillon & Millar, 1994:107). Soos genoem, is daar 'n groot verskeidenheid van oogkondisies wat 'n kleuter

se visie kan belemmer of affekteer. Dit is belangrik om te onthou dat elke oogtoestand visie verskillend affekteer. Daarom is dit baie belangrik dat versorgers en ouers kennis moet bekom ten opsigte van hulle kleuter se spesifieke oogtoestand ten einde te verstaan hoe hy daardeur geaffekteer word (Dhillon & Millar, 1994:107; Kibel & Wagstaff, 2001:490; Mason, 2001:38-39).

Daar sal eerstens na kornea-beskadiging as 'n oogtoestand by babas en kleuters met gesiggestremdheid gekyk word.

### **2.11.1 Kornea-beskadiging**

Kornea-seervorming kan ontstaan in assosiasie met erge bindvliesontsteking, of kan deur trauma veroorsaak word. Vergrote kornea-ulserasie kan ook ontstaan as komplikasie van masels of kwasjiorkor by minderbevoorregte gemeenskappe waar 'n tekort aan die inname van vitamien A voorkom. Onvoldoende behandeling van "gonococcal ophthalmia neonatrum" ('n vorm van 'n bakteriese konjunktivitis wat pasgeborenes met geboorte of binne die eerste lewensmaand opdoen) kan ook resulteer in kornea-beskadiging. Ander oorsake sluit die herpes simpleks-virus en kongenitale sifilis in (Kibel & Wagstaff, 2001:490). Behandeling is selde honderd persent suksesvol en indien die kornea beskadig word, word visie ook onvermydelik beskadig. 'n Noodsaaklike voorsorgmaatreël in minderbevoorregte gemeenskappe is die orale of intraspiertoediening van vitamien A. Onmiddellike behandeling van "neonatale ophthalmia" met parenterale penicillin en besproeiing sal volle herstel tot gevolg hê. Die antivirale agent Acyclovir is effektief wanneer dit lokaal vir herpes simplex keratitis gebruik word (Kibel & Wagstaff, 2001:490).

Kornea-beskadiging is 'n groot oorsaak van gesiggestremdheid, veral in ontwikkelende lande. Die kornea kan beskadig word as gevolg van infeksie, 'n besering of siekte. Die hele kornea kan dof en onduidelik word of sekere dele kan as gevolg van beserings beskadig word. Indien lig nie deur die kornea kan kom nie, sal visie geaffekteer word. Die resultaat hiervan is vergelykbaar met die effek van katarakte deurdat die gesigskerpte afneem. 'n Goeie kontras is nodig terwyl die hoeveelheid lig die visie affekteer. In die meeste gevalle kan 'n bril nie visie wat deur kornea-beskadiging geaffekteer word, verbeter nie (Kibel & Wagstaff, 2001:490).

Die navorser is deur die mening van Kibel en Wagstaff (2001:490) oortuig dat kornea-beskadiging 'n groot oorsaak van gesiggestremdheid in ontwikkelende lande is, waar daar

dikwels 'n tekort aan voedsame voedsel is. Katarakte, as een van die hooforsake van gesiggestremdheid by kinders, sal vervolgens bespreek word.

### 2.11.2 Katarakte

Verskeie outeurs (Mason, 2001:42; Welsh, Stulting & Van der Walt, 1993:1; Woolfson, 1991:81) stem saam dat katarakte van die vernaamste siektetoestande van die lens van die oog is. Dit is 'n siekte waar die lens óf sy kapsule óf albei verdof met gevolglike verlies van visie. Die mate van vertroebeling van die katarak kan egter baie varieer. Die verlies van visie is in direkte verhouding tot die vertroebeling van die katarak (Mason, 2001:42-43; Vaughan; 1995:41).

Katarakte is in 'n groot mate 'n toestand wat met ouderdom ontwikkel. Dit ontwikkel stadig oor maande of selfs jare en die pasiënt se gesigskerpte neem geleidelik af. Algemene ligsterkte en helderheid sal ook verminder. Seniele katarakte wat by hoogbejaardes voorkom, is taamlik algemeen. Aangebore (kongenitale) katarakte by babas en kleuters is 'n oorerflike toestand en die nagaan van familiegeskiedenis is aangewese. Alle aangebore katarakte is egter nie oorerflik nie en in enkele gevalle is dit die gevolg van rubella (Duitse masels) by die moeder tydens die eerste drie maande van swangerskap. Wanneer die katarak baie dig is, moet die lens verwyder word. Dit word afakie genoem. Wanneer die lens verwyder is (afakie) kan die kind nog sien, maar die beelde is vaag. 'n Kontaklens of 'n bril met dik glase kan hierdie toestand korrigeer (Mason, 2001:42; Sardegna & Paul, 1991:39-40; Vaughan, 1995:41; Welsh *et al.*, 1993:1; Woolfson, 1991:81).

Die navorser kom tot die gevolgtrekking dat katarakte 'n ernstige oogtoestand is wat dwarsdeur die wêreld vir 'n groot aantal nuwe gevalle van blindheid verantwoordelik is. Die toestand kan egter met 'n redelik eenvoudige chirurgiese prosedure reggestel word. Baie volwassenes en kinders ly dus onnodig. Ouers moet dus inligting ontvang oor hierdie betrokke oogkondisie, die diagnose en behandelingshulpmiddels. In Suid-Afrika word daar jaarliks in Oktober 'n bewusmakingsweek vir oogsorg gehou waartydens oogspesialiste gratis dienste lewer en wat jaarliks varieer.

Katarakte kan oorerflik wees of kan sekondêr tot sistematiese siekte, posttraumaties of as gevolg van okulêre siekte ontstaan. Katarakte is 'n herkenbare verskynsel van die kongenitalerubella-sindroom en kan in kinders wat vir meer as 'n jaar sistematies kortikosteroïedbehandeling ontvang het, ontwikkel. Diabetiese katarakte is ongewoon by

kinders. 'n Penetrenderende oogbesering is gewoonlik die oorsaak van posttraumatiese katarakte. Baie katarakte is opsigtelik met die blote oog en sal onvermydelik oogskerpte beïnvloed. Aktiewe intervensie in 'n gespesialiseerde domein word aanbeveel. Assessering van die pasgeborene moet altyd die elisitasie van die rooi-oogrefleks insluit. Wanneer dit nie positief is nie, moet die baba vir verdere oftalmologiese toetse verwys word (Dhillon & Millar, 1994:46-48; Kibel & Wagstaff, 2001:490-491).

Na aanleiding van die *National Prevention of Blindness Programme, Draft 1*, (Departement van Gesondheid en Maatskaplike Dienste, 1999:7) is die vroeë opsporing en die behandeling van katarakte by babas en kleuters nodig vir die ontwikkeling van normale visie. As gevolg hiervan moet katarakte onmiddellik chirurgies verwyder word sodra dit opgespoor word. Dit is belangrik om te weet dat katarakte by babas en kleuters ongewoon is en dat daar geen verband is met die katarakte wat by volwassenes ontwikkel nie. Volgens Sacharowitz (2005:1) is die situasie in Suid-Afrika met betrekking tot gesondheidsorg aan kinders divers deurdat daar twee gesondheidsorgstelsels bestaan, naamlik private gesondheidsorg en staatsdienste (oftewel primêre gesondheidsorg). In die privaat sektor is pediateres meer daarop ingestel en bewus daarvan om vir katarakte te toets. Die ouer wat egter nie private gesondheidsorgdienste kan bekostig nie, moet self inisiatief neem om sy kind se oë te laat toets. Die navorser is dus van mening dat ouers ingelig en bemagtig moet word ten opsigte van verskillende oogkondisies en die waarskuwingstekens waarna opgelet moet word. Die ouerbegeleidingsprogram van hierdie studie maak voorsiening om ouers se kennisbasis te verbreed ten opsigte van laasgenoemde kwessie (hoofstuk ses).

Strabismus (skeelheid) as 'n oogtoestand wat by kinders voorkom, sal vervolgens bespreek word.

### **2.11.3 Strabismus (skeelheid)**

Die term "skeelheid" is sinoniem met "strabismus", "lui oog", "cast" of "wall eye" (Mason, 2001:48). 'n Effens skeel oog is normaal gedurende die eerste paar maande voordat binokulêre visie gevestig word (Kibel & Wagstaff, 2001:490-491; Woolfson, 1991:82). Die mees algemene rede waarom 'n skeel oog blywend raak, is omdat die normale binokulêre visie nie ontwikkel nie. Wanneer strabismus voorkom lyk dit asof die kind in verskillende rigtings kyk. Hierdie kind is nie daartoe in staat om met beide oë na 'n spesifieke objek te kyk nie (Woolfson, 1991:82).

Na aanleiding van die *National Prevention of Blindness Programme, Draft 1*, (Departement van Gesondheid en Maatskaplike Dienste, 1999:7) beteken strabismus dat die oë nie “belyn” is nie. Hierdie oogkondisie is redelik algemeen onder kinders en 4% van alle kinders het strabismus. Die een oog sal byvoorbeeld reguit kyk terwyl die ander een na buite, binne, op- of afwaarts draai. Wanneer ’n kind se oog na binne draai, het die kind “crossed eyes” (esotropie). Daar is twee algemene oorsake van esotropie, naamlik aangebore of erge versindheid. Wanneer esotropie reeds met geboorte teenwoordig is (of kort na geboorte ontwikkel), kan dit ’n teken wees dat die oogspier te styf is. Behandeling hiervoor vereis chirurgie van die oogspiere. Hierdie operasie word gewoonlik voor die ouderdom van twee jaar gedoen. Die tweede algemene oorsaak van esotropie is erge versindheid. Hierdie probleem kan reeds met geboorte teenwoordig wees, maar ontwikkel meestal tussen die ouderdom van twee en ses jaar. Hierdie tipe esotropie word behandel deur die dra van ’n voorgeskrewe bril.

Volgens die *National Prevention of Blindness Programme, Draft 1*, (Departement van Gesondheid en Maatskaplike Dienste, 1999:7) dui die draai van ’n kind se oog na buite op eksotropie. Eksotropie kan reeds met geboorte teenwoordig wees, maar kom meestal voor by die ouderdom van twee tot sewe jaar. Dit neem stelselmatig toe soos die kind se oë al meer en meer na buite draai. Behandeling vereis chirurgie van die oogspiere.

Verskeie outeurs (Dhillon & Millar, 1994:61; Mason, 2001:48) stem saam dat ’n skeel oog konstant en die hele tyd teenwoordig kan wees. Indien dit opgetel word wanneer die kind moeg is, word dit ’n latente skeel oog genoem. Die aanvang van ’n sekere tipe strabismus (konkomitale konvergerende strabismus) kan gepaardgaan met ’n tydperk van siekte, byvoorbeeld waterpokkies. ’n Kind met ’n divergerende skeel oog (’n oog wat na buite draai) kla meestal van oogstremming en hoofpyn wanneer hy lees en het ’n tendens om een oog toe te maak in skerp sonlig (Dhillon & Millar, 1994:61). Mason (2001:48) argumenteer dat skeelheid meestal tussen die ouderdom van een en vier jaar begin voorkom. Woolfson (1991:82) waarsku egter dat indien ’n skeel oog nie na geboorte opgetel word nie en geen behandeling voor twee of drie jaar oud ontvang word nie, dit tot blindheid in die een oog kan lei.

Na aanleiding van die *National Prevention of Blindness Programme, Draft 1*, (Departement van Gesondheid en Maatskaplike Dienste, 1999:7) “stop” kinders die sig van die skeel oog sodat hulle nie gepla word met dubbelvisie nie. Kinders met strabismus moet deur ’n oftalmoloog geëvalueer word, aangesien onbehandelbare strabismus tot “lazy eye” (ambliopie) of die verlies aan diepteperspie kan lei. Baie selde kan



strabismus egter ook 'n aanduiding wees van ernstiger oogkondisies soos katarakte of 'n oogtumor (retinoblastoom).

Die navorser is oortuig deur die mening van verskeie outeurs (Kibel & Wagstaff, 2001:490-491; Woolfson, 1991:82) dat 'n effense skeel oog gedurende die eerste paar maande na geboorte normaal is, maar let daarop dat dit beter is om 'n professionele opinie te kry indien daar enige twyfel by die ouer is of sy kind se oë normaal is. Indien strabismus vroeg gediagnoseer en behandel word, is die prognose soveel beter. Die navorser kom dus tot die gevolgtrekking dat vroeë intervensie by die diagnosering van oogkondisies by jong kinders baie belangrik is ten einde blindheid te voorkom.

Ambliopie ("lazy eye") as oogkondisie by babas en kleuters sal vervolgens bespreek word.

#### **2.11.4 Ambliopie ("lazy eye")**

Na aanleiding van die *National Prevention of Blindness Programme, Draft 1*, (Departement van Gesondheid en Maatskaplike Dienste, 1999:8) verwys ambliopie na verminderde visie in die andersins normale oog as gevolg van die gebrek aan die gebruik daarvan. Dit kom gewoonlik net in een oog voor. Enige toestand wat verhoed dat 'n duidelike beeld verkry word, kan resulteer in die ontwikkeling van ambliopie. Hierdie oogtoestand is redelik algemeen onder kinders en affekteer omtrent 8% van alle kinders. Sommige oorsake van ambliopie sluit strabismus, ptosis ("droopy eyelids"), katarakte en refraktiewe foute in. Vroeë diagnosering en behandeling van hierdie oogkondisie resulteer in die beste uitkoms.

Die navorser is van mening dat ouers gereeld hulle kinders se oë moet laat toets om 'n moontlike oogtoestand soos ambliopie vroegtydig te identifiseer en te behandel. Dit sal die beste resultate tot gevolg hê.

Miopie (bysiendheid) as oogtoestand sal vervolgens bespreek word.

#### **2.11.5 Miopie (bysiendheid)**

Volgens die *National Prevention of Blindness Programme, Draft 1*, (Departement van Gesondheid en Maatskaplike Dienste, 1999:8) sien kinders wat bysiende is, objekte wat naby aan hulle is baie helder en duidelik. Objekte wat egter ver van hulle af is, is dof en onduidelik. Hierdie oogtoestand is baie raar by babas en kleuters, maar word meer

algemeen by skoolgaande kinders. Voorgeskrewe lense in 'n bril sal help om 'n helder beeld van naby en ver objekte te verkry, maar sal egter nie die oog gesond maak nie. Ongeag die dra van 'n bril, sal die toestand vererger tot en met puberteit. Gereelde besoeke aan 'n oogkundige is dus nodig ten einde brillense aan te pas.

'n Eie mening is dat duidelike visie by die kleuter nodig is ten einde die wêreld rondom hom met selfvertroue te eksploreer. Laasgenoemde is dus nodig vir optimale ontwikkeling in alle areas by die kleuter. Ouers is dus genoodsaak om hulle kinders se oë gereeld te laat toets ten einde die kind se voorskrif gereeld aan te pas. .

Hiperopie (versierendheid) as oogtoestand sal vervolgens bespreek word.

### **2.11.6 Hiperopie (versierendheid)**

Volgens die *National Prevention of Blindness Programme, Draft 1*, (Departement van Gesondheid en Maatskaplike Dienste, 1999:8) is 'n beduidende graad van hiperopie (versierendheid) normaal by kleuters en babas. Dit meng nie in met hulle visie nie en vereis geen korreksies nie. Dit is eers wanneer hiperopie (versierendheid) in erge graad toeneem of meebring dat die oë kruis, dat 'n bril benodig word.

Vanuit die navorser se ervaring en mening van die *National Prevention of Blindness Programme, Draft 1*, (Departement van Gesondheid en Maatskaplike Dienste, 1999:8), blyk dit dat hiperopie (versierendheid) nie 'n ernstige oogtoestand by kleuters en babas is nie, maar dat dit steeds belangrik is dat ouers hulle kinders se oë gereeld moet laat toets ten einde probleme vroegtydig op te spoor.

Astigmatisme as oogkondisie by babas en kleuters sal vervolgens bespreek word.

### **2.11.7 Astigmatisme**

Astigmatisme is die resultaat van 'n oog wat 'n abnormale korneale vorm het. Hierdie oogtoestand kan resulteer in onduidelike visie (blurred vision). Kinders met 'n erge graad van astigmatisme benodig normaalweg 'n bril.

Vanuit die navorser se ervaring blyk dit dat oogtoestande soos astigmatisme, hiperopie en miopie nie as gevreesde oogkondisies geklassifiseer word nie. Laasgenoemde refraktiewe foute affekteer egter steeds die kind se visie, wat noodwendig 'n invloed op sy

ontwikkeling sal hê. Daarom is dit steeds nodig dat ouers hulle kleuters se oë gereeld moet laat toets ten einde helder visie vir die kind te bewerkstellig.

Retinopatie as gevolg van prematuriteit as oogkondisie sal vervolgens bespreek word.

### **2.11.8 Retinopatie as gevolg van prematuriteit**

Retinopatie as gevolg van prematuriteit (ROP) verwys na alle retinale veranderings wat by vroeggebore babas met lae geboortegewig voorkom (Dhillon & Millar, 1994:108; Mason, 2001:48). Mason (2001:48) noem dat ROP in die ergste gevalle in blindheid resulteer. Die gesigskerpte van die kind is gewoonlik baie swak en daar is normaalweg ook ander geassosieerde probleme, byvoorbeeld miopie, gloukoom, retinale loslatings of nistagmus (Mason, 2001:48).

Vanuit die mening van verskeie outeurs (Dhillon & Millar, 1994:108; Mason, 2001:48) blyk dit dat retinopatie as gevolg van prematuriteit (ROP) verwys na alle retinale veranderings wat by vroeggebore babas met lae geboortegewig voorkom.

Aniridia as oogkondisie by babas en kleuters sal vervolgens bespreek word.

### **2.11.9 Aniridia**

Aniridia is 'n kongenitale en meestal oorerflike toestand waar die iris gedeeltelik of algeheel misluk het om te ontwikkel (Dhillon & Millar, 1994:108; Mason, 2001:42). Mason (2001:42) argumenteer dat dít wat soos 'n swart iris lyk, in der waarheid 'n vergrote pupil is. Aniridia affekteer beide oë en word gewoonlik geassosieer met ander visuele probleme soos fotofobie (ligskuheid), nistagmus en lae visie. 'n Fotochromiese bril of 'n donkerbril help met fotofobiese verligting. Katarakte, gloukoom en perifere beskadiging kan gedurende die latere kindertyd ontwikkel. Aangesien gloukoom ook meestal teenwoordig is met die diagnose van aniridia, kan die kind ongemak of pyn ervaar (Dhillon & Millar, 1994:108; Mason, 2001:42).

Volgens die mening van verskeie outeurs (Dhillon & Millar, 1994:108; Mason, 2001:42) blyk dit dus dat aniridia 'n oogkondisie is waar die iris gedeeltelik of algeheel misluk het om te ontwikkel en dat gloukoom ook meestal teenwoordig is. Die navorser is van mening dat ouers en versorgers bewus moet wees dat hierdie toestand ongemak en pyn by die kind kan veroorsaak en dat daarvolgens opgetree moet word ten einde verligting te bring.

Optiese atrofie as oogkondisie by babas en kleuters sal vervolgens bespreek word.

#### **2.11.10 Optiese atrofie**

Verskeie outeurs (Dhillon & Millar, 1994:108; Mason, 2001:46) stem saam dat optiese atrofie as oogtoestand die degenerasie van die optiese senuwee is. Die optiese senuwee vervoer boodskappe vanaf die retina na die visuele korteks van die brein. Hierdie oogtoestand kan 'n wye reeks visuele prosesse affekteer, naamlik gesigskerpte, die visuele veld en kontrassensitiwiteit. Dit kan resulteer in die verlies van visie en soms word dele van die visuele veld (sentraal of perifeer) ook uitgewis. Die oorsaak hiervan is gewoonlik gloukoom, vergiftiging of beserings. Die toestand se oorsprong kan ook kongenitaal wees, dit wil sê 'n aangebore toestand wees (Dhillon & Millar, 1994:108; Mason, 2001:46).

Die navorser is oortuig deur die mening van verskeie outeurs (Dhillon & Millar, 1994:108; Mason, 2001:46) dat optiese atrofie 'n oogkondisie is waar die optiese senuwee degenerereer en dat dit 'n wye reeks visuele prosesse by die kind kan affekteer.

Makulêre degenerasie is ook een van die hooforsake van blindheid en sal vervolgens bespreek word.

#### **2.11.11 Makulêre degenerasie**

Soos die naam aandui, is makulêre degenerasie 'n siekte van die makula. "Degenerasie" beteken agteruitgang. As dit reeds vroeg by kinders voorkom, is dit gewoonlik oorerflik (Vaughan, 1995:40). Sardegna en Paul (1991:139) is van mening dat die makula die mees sentrale deel van die retina is en dat dit verantwoordelik is vir duidelike en helder visie. Die makula is 'n klein induiking in die retina, waarin die fovea centralis (middelpunt van die makula) geleë is. Die makula is gelokeer in 'n direkte lyn van sig met die pupil. Die retina, wat die makula bevat, is gevul met stafies en keëltjies. Hierdie ligsensitiewe selle voorsien inligting ten opsigte van die beeld wat gesien word aan die oog. Die makula bevat die grootste aantal keëltjies. Binne die makula is daar 'n inkeping wat die fovea genoem word. Hierdie fovea centralis is die middelpunt van die makula, waar visie op sy skerpste en beste is.

Omdat gesig (visie) die skerpste in dié deel van die retina is, veroorsaak makulêre degenerasie dat sentrale gesig uitgewis word, sodat die persoon net sy perifere visie het. Hy het dus net visie aan die kante. Daar is 'n ondeursigtige kol in die middel van sy gesigsveld. Dit word 'n skotoom genoem. Persone word geleer om hulle koppe te draai en ander meganismes te gebruik sodat hulle beter kan sien vanaf die sykante. In sommige gevalle kan daar nog dofweg deur die donker kol gesien word. Hierdie kinders sukkel gewoonlik om gesigte te herken en om te lees. Betrokke oogkondisie kan ook ligskuheid (fotofobie) veroorsaak, asook kleurpersepsie en kontrassensitiwiteit by die kind affekteer (Mason, 2001:45; Swart, 1993:5; Vaughan, 1995:40). Die toestand word vandag deur tegnisi wat in lae visie spesialiseer, behandel (Swart, 1993:5; Vaughan, 1995:40).

Met inagneming van bogenoemde outeurs (Sardegna & Paul, 1991:139; Swart, 1993:5; Vaughan, 1995:40) se mening, stem die navorser saam dat makulêre degenerasie 'n oogkondisie is wat die sentrale visie van 'n persoon aantast en blindheid tot gevolg kan hê. Dit is dus belangrik dat ouers vroegtydig kennis moet dra van so 'n prognose.

Gloukoom as 'n ander oogkondisie wat blindheid tot gevolg kan hê, sal vervolgens bespreek word.

### **2.11.12 Gloukoom**

Volgens die Buro vir die Voorkoming van Blindheid (1996:2) is gloukoom 'n oogkondisie wat weens interne druk van die oogvloeistof in die voor- en agterkamer van die oog ontstaan (Mason, 2001:44). Dit kan by babas en kleuters voorkom. Die voorste deel van die oogbal is met 'n sirkulerende vloeistof (voorkamervog) gevul, wat gedurig gevorm en afgevoer word. In die geval van gloukoom is hierdie afvoer ingekort, dit wil sê die afvloeikanale gelei nie die vog uit die oog soos dit hoort nie. Druk bou binne-in die oogbal op en skep 'n gevaar. Binne-in die oog, teen die agterste wand (retina), is daar miljoene klein sensitiewe senuwelle wat verbind is aan senuwesele en ook bloedvate met bloed wat hulle voed. Verhoogde druk kan hierdie retinale senuwelle en -wesele vernietig deur die bloedtoevoer te verminder. 'n Sekere hoeveelheid visie gaan permanent verlore met elke sel en wesele wat vernietig word. Progressiewe perifere visie, dit wil sê visuele waarneming deur die buitenste dele van die retina, en gloukoom gaan gewoonlik hand aan hand. Tonnelvisie en uiteindelik algehele verlies van visie kan die gevolg hiervan wees. Visie word snags sowel as in gedempte lig geaffekteer. Gloukoom kan ook met pyn gepaardgaan (Birman & Vaugh, 1997:1471; Dhillon & Millar, 1994:74; Mason, 2001:44; Vaughan, 1995:41).

Na aanleiding van die *National Prevention of Blindness Programme, Draft 1*, (Departement van Gesondheid en Maatskaplike Dienste, 1999:8) sal gloukoom uiteindelik tot totale blindheid lei indien dit nie behandel word nie. Waarskuwingstekens sluit in erge ligsensitiwiteit, die traan van die oog, konstante pyn in die oog, 'n vergrote oog, ooglidspasma of 'n onduidelike kornea. Indien enige van bogenoemde by 'n kind voorkom, moet hy onmiddellik na 'n oftalmoloog verwys word. Gloukoom by kinders vereis gewoonlik chirurgiese behandeling ten einde blindheid te voorkom.

Die navorser is oortuig deur die mening van Mason (2001:44) dat gloukoom 'n oogkondisie is wat visuele probleme by kinders veroorsaak en met pyn gepaardgaan. Indien ouers dus nie inligting ontvang ten opsigte van hierdie oogkondisie nie, sal hulle nie vroegtydig die simptome herken wat met hierdie oogkondisie gepaard gaan nie.

Retinitis pigmentosa as 'n ander oogkondisie wat blindheid tot gevolg kan hê, sal vervolgens bespreek word.

### **2.11.13 Retinitis pigmentosa**

Volgens Mason (2001:46) is retinitis pigmentosa 'n term wat aan 'n groep progressiewe toestande gegee word wat die retina, in die besonder die perifere area, affekteer. Dit is oorerflik en kan tonnelvisie en totale gesigsverlies tot gevolg hê. Visuele skerpte kan in sommige gevalle normaal bly of agteruitgaan. Tonnelvisie resulteer as gevolg van 'n verlies aan perifere visie en die kind kan slegs 'n klein gedeelte van wat direk voor hom is, sien. In goeie lig sal die kleuter in staat wees om aktiwiteite suksesvol af te handel, maar in gedempte lig of snags sal visie aansienlik afneem. Probleme word gewoonlik ondervind wanneer die kind tussen objekte moet rondbeweeg sonder om teen iets te probeer stamp. In die vroeë stadium van hierdie kondisie kan klonte pigment op die perifere retina gesien word. Hierdie pigmente verwoes die perifere veld, wat tot gevolg het dat net 'n klein gedeelte van die sentrale visie soms behou word (tonnelvisie). Die progressie van die kind se visuele toestand varieer, maar kan baie gou afneem gedurende adolessensie. Daar is geen behandeling vir hierdie toestand nie (Dhillon & Millar, 1994:49; Woolfson, 1991:81).

Die navorser is van mening dat kinders wat met bogenoemde toestand gediagnoseer word, fyn gemonitor moet word en dat enige veranderings gerapporteer moet word.

Vanweë die progressie van hierdie oogtoestand sal die kind en sy familie professionele hulp benodig ten einde die gevoel van verlies te hanteer en aanpassings te maak.

Koloboma as 'n verdere oogkondisie wat by babas en kleuters voorkom, sal vervolgens bespreek word.

#### **2.11.14 Koloboma**

Hierdie oorerflike oogtoestand word gewoonlik uitgeken aan 'n sleutelgatvormige pupil, maar die deformiteit kan ook in ander dele van die oog voorkom. Die afneem van visie en gesigskerpte kan saam met nistagmus, skeelheid en fotofobie (ligskuheid) voorkom. Dit is ook nie ongewoon dat katarakte ook teenwoordig is nie. Sommige kinders met kolobomas kan ook met mikrotalmie (klein ogies) presenteer asook kan gloukoom later ontwikkel (Mason, 2001:43).

Vanuit die mening van Mason (2001:43) is dit dus duidelik dat koloboma 'n ernstige oogkondisie by kinders is wat hulle visie kan benadeel, maar ook tot ander gevreesde oogkondisies kan lei. Dit is dus belangrik dat ouers kennis moet dra van bogenoemde simptome ten einde behandeling vroegtydig kan begin. Sodoende kan 'n beter prognose bewerkstellig word.

Trauma as een van die oorsake van gesiggestremdheid by kinders sal vervolgens bespreek word.

#### **2.11.15 Trauma**

Volgens Dhillon en Millar (1994:84) is okulêre beserings 'n belangrike oorsaak van gesiggestremdheid by kinders. Dit kan varieer tussen stomp trauma met klippe (gooi of vang) en beserings waar penetrering geskied (pyl en boog of windbukspallet). Dit is belangrik om op die uitkyk te wees vir onverwagte beserings en ongelukke. Een of beide oë kan geaffekteer word. Die hoeveelheid sig wat behoue bly, sal afhang van die graad van die trauma. Professionele persone moet ook bewus wees van onverklaarbare ongelukke by die jong kind. Dit kan die gevolg wees van huishoudelike geweld, oftewel "battered baby"-sindroom.

Die navorser is oortuig daarvan dat trauma die een oorsaak van gesiggestremdheid by kleuters is wat voorkom kan word. Ouers en versorgers moet bewus gemaak word van

die voorwerpe of aktiwiteite wat hulle kleuters se oë kan beskadig. Kleuters moet nooit sonder toesig speel nie, aangesien die moontlikheid van trauma dan verhoog word.

Albinisme as 'n oorsaak van gesiggestremdheid by kinders sal vervolgens bespreek word.

### **2.11.16 Albinisme**

Albinisme is 'n genetiese toestand en is die gevolg van 'n tekort aan pigment in die liggaam (Dhillon & Millar, 1994:108). Mason (2001:41) stem saam met Dhillon en Millar (1994:108), maar voeg by dat dit ook die gevolg is van die liggaam se onvermoë om melanien te produseer. Kinders wat met hierdie toestand presenteer kan wit hare en 'n wit vel hê, of kan geen eksterne teken hê dat hulle albinisme onder lede het nie. Albinisme kan regdeur die liggaam voorkom, maar ook slegs in die oë. Dit word okulêre albinisme genoem. Die visuele probleme wat 'n kind met albinisme het, is onder meer nistagmus, refraktiewe foute, swak visuele skerpte en fotofobie (ligsensitiwiteit). Die pigment in die choroïed is onvoldoende en die makulêre ontwikkeling is baie swak. Nabyvisie is gewoonlik beter as visie op 'n ver distansie. 'n Bril kan die kind se visie verbeter, alhoewel dit nooit normaal sal wees nie (Dhillon & Millar, 1994:108; Mason, 2001:41).

Die navorser het ervaar dat kinders met albinisme (wit hare en vel), anders kan voel deurdat hul voorkoms so baie geaffekteer word met hierdie kondisie. Hierdie kinders mag anders voel en lyk wanneer hulle hulself met hul portuurgroep vergelyk. Betrokke kinders kan ook gekonfronteer word met maats wat hulle spot of terg. Emosionele ondersteuning sal dus in die besonder vir hierdie kinders van waarde wees ten einde hulle te help met die hantering daarvan. Dit kom ook voor dat hierdie kinders se sosiale ontwikkeling benadeel word, en daarom moet hulle bemagtig en ondersteun word om hulle in die buitewêreld, wat soms baie wreed kan wees, te laat geld. Die navorser wil beklemtoon dat dit daarom juis belangrik is dat die ouer die kleuter van kleins af emosioneel voorberei en toerus vir moontlike ongemaklike situasies in die toekoms.

Nistagmus is die laaste oorsaak van gesiggestremdheid by kinders wat bespreek sal word.



### **2.11.17 Nistagmus**

Verskeie outeurs (Dhillon & Millar, 1994:57; Mason, 2001:45) stem saam dat nistagmus verwys na die ritmiese, onwillekeurige beweging van die oë, wat ook 'n aanduiding van 'n neurologiese siekte kan wees. Dit is die beweging van die oë wat nie beheer of gestop kan word nie. Die bewegings is gewoonlik klein en na weerskante van die ooghoëke. Bewegings in ander rigtings kom egter ook soms voor. Nistagmus kom gewoonlik voor wanneer 'n oogtoestand reeds by geboorte by die baba aanwesig is. 'n Kind met albinisme of 'n inherente retinale toestand of optieseskyf-abnormaliteite kan nistagmus hê. Visie is onduidelik en dof en al beweeg die persoon se oë heeltyd, sien hy nie 'n bewegende wêreld nie. Nabyvisie is gewoonlik beter as afstandvisie. Nistagmus kan nie behandel word nie. 'n Ongewone posisie van die kop of die knik of skud daarvan is ook meestal teenwoordig (Dhillon & Millar, 1994:57-5; Mason, 2001:45).

Meadows (2002:58) is van mening dat sommige van bogenoemde oorsake van oogkondisies by babas en kinders onomkeerbaar is. Dit is geneig om stil-stil te kom, sonder enige pyn of ander simptome in die vroeë stadiums. Hoe later 'n oogkondisie gediagnoseer word, hoe moeiliker word dit om dit te behandel en/of te genees. In sommige gevalle is dit waar dat die visie wat verlore gegaan het, vir ewig daarmee heen is. Die navorser kom tot die gevolgtrekking dat dit vir alle mense voordelig is om hulle oë gereeld te laat toets ten einde moontlike oogkondisies reeds op 'n vroeë stadium te diagnoseer. Hoe later 'n oogkondisie gediagnoseer word, hoe minder is die kans op herstel. Voorkoming is beter as genesing.

Weens die verloop en prognose van verskillende oogtoestande het elkeen 'n verskillende effek op die akademiese, sosiale en loopbaangevolge van die kind met gesiggestremdheid. Die ontwikkeling van die kleuter met normale sig sal eerstens bespreek word waarna die gevolge van gesiggestremdheid op bogenoemde areas sal volg.

## **2.12 ONTWIKKELING VAN DIE NORMAALSIENDE KLEUTER**

Die mens is voortdurend besig om te ontwikkel en te groei. Ontwikkeling is noodsaaklik aangesien die suksesvolle voltooiing van een fase die mens gereed maak vir die volgende fase waarheen hy oppad is. Ontwikkeling vind op verskillende terreine van die lewe plaas naamlik: fisies, emosioneel, sosiaal en kognitief.

'n Paneel van kundiges (Baroody, 2009; Chalufour, 2009; Colker, 2009; Costantino, 2009; Graham, 2009; Hyson, 2009; Norman, 2009; Pianta, 2009; Sanders, 2009; Schickedanz, 2009; Sevcik, 2009; Winokur, 2009) beskryf kinderontwikkeling soos volg:

A child's development is unique and complex. Although children develop through a generally predictable sequence of steps and milestones, they may not proceed through these steps in the same way or at the same time. A child's development is greatly influenced by factors in his or her environment and the experiences he or she has.

Volgens Van der Riet (2009) kliniese sielkundige in privaatpraktyk, is dit belangrik dat ouers kennis dra van die ontwikkelingsfases van 'n kind aangesien dit hulle in staat sal stel om:

- te bepaal of hul kind se ontwikkeling in lyn is met die ontwikkelingsfase waarin hy hom bevind;
- insig te hê in sy kind se emosionele behoeftes tydens 'n spesifieke fase;
- probleme wat die kind mag ondervind vroegtydig te identifiseer en aan te spreek; asook
- saam met die kind gereed te maak vir die volgende fase waarheen hy oppad is.

Nel (2005:79) en Van der Riet (2009) stem saam dat die rol van die gesin in die ontwikkeling van die kleuter, primêr van aard is. Die gesinseenheid dra toepaslike gedragswyses, waardes en kennis aan kinders oor. Hierdie eenheid voorsien egter ook 'n emosionele konteks waar kinders kan ervaar dat hulle liefgehe en aanvaar word (Nel, 2005:79). Die ontwikkelingskonteks van die gesin speel 'n kritiese rol in die ontwikkeling van die kind se persoonlikheid en sosiale ontwikkeling (Turner & Helms, 1995:268). Faktore soos ouers se ondersteuning, leiding en begrip, vertroue en sekuriteit is van belang. Die kind se gevoelens met betrekking tot sy identiteit en die feit dat hy "behoort", word ondersteun deur gevoelens van waarde en aanvaarding.

Die gesin is die element wat die sterkste invloed op die kleuter se ontwikkeling openbaar. Die volgende ontwikkelingstake moet deur die kleuter bemeester word (Louw, 1990:243-244):

- Motoriese beheer: fyn- en grofmotoriesevaardighede moet bemeester word om sodoende meer beheer oor hulle liggame te verkry.

- Aanleer en verbetering van sy vaardighede: die kind leer om self te eet en aan te trek en om verskillende voorwerpe te hanteer en die werking daarvan te verstaan.
- Kognitiewe ontwikkeling: die kind leer om eenvoudige konsepte van die sosiale en fisiese realiteit te vorm. Absolute groottes soos byvoorbeeld groot teenoor klein en baie teenoor min, word aangeleer.
- Taalontwikkeling: taalbegrip en kommunikasievermoë brei baie uit. Die kind kan sy eie behoeftes in taal uitdruk en taal in sosiale interaksie gebruik.
- Sosialisering: die kind leer wat van hom binne sy gesinsopset verwag word. Hy leer om sosiaal aanvaarbare gedrag te openbaar.
- Selfkonsepontwikkeling: selfbewussyn en –begrip ontwikkel sterk. Hierdie selfkonsepontwikkeling verander voortdurend, namate die kind se denke meer gesofistikeerd raak en sy ervaringswêreld uitbrei.
- Geslagsrolidentiteit: die kind speel met “toepaslike” speelgoed, dit wil sê seuns met onder meer motortjies en dogters met onder meer poppe.
- Selfkontrole: die kind leer om beheer oor intense emosies uit te oefen.
- Morele ontwikkeling: norme, reëls en kulturele betekenis word aangeleer en ‘n konsep van reg en verkeerd ontwikkel.
- Emosionele ontwikkeling: die kind kan emosionele reaksies van betekenisvolle persone herken en interpreteer.

Dit blyk dus dat die kleuter op alle terreine psigiese energie benut met die oog op ontwikkeling. Kleuters se emosionele repertoire vergroot tydens die voorskoolse jaar. Waar emosionele reaksies hoofsaaklik algemeen was, kom groter differensiasie nou voor. Verhoogde kognitiewe bewustheid stel kinders daartoe in staat om hulle omgewing op nuwe maniere te eksploreer. “Cognitive advances also make youngsters more alert to contextual information and enable children to detect and express a wider range of emotion and feeling” (Turner & Helms, 1995:265). Die uitbreiding van die kind se sosiale horison en die uitbreidings van die ontwikkelingsfase sal ook die kind se vermoë tot emosionele uitdrukking beïnvloed (Nel, 2005:81). Daar sal vervolgens na die verskillende ontwikkelingsareas ooreenkomstig met elke ouderdom (geboorte tot ses jaar) gekyk word. Dit word in tabel 2.4 opgesom.



**TABEL 2.4 ONTWIKKELINGSAREAS VAN DIE NORMAALSIENDE KLEUTER OOREENKOMSTIG MET ELKE OUDERDOM**

OUERDOM	FISIESE ONTWIKKELING	EMOSIONELE ONTWIKKELING	SOSIALE ONTWIKKELING	KOGNITIEWE ONTWIKKELING
<b>0-24MAANDE</b>	Dramatiese fisiese groei vind plaas vanaf pasgeborene, sit, kruip, staan teen meubels (13 maande), loop (15 maande) en hardloop (20 maande)	Gee uitdrukking aan emosies van genot wanneer 'n ouer die vertrek binne-kom, gebruik gehegtheidsband met ouer as veiligheidsbasis om wêreld te verken, sensitief vir ander se nie-verbale uitdrukkings (veral gesigsuitdrukkings), ervaar wye reeks van emosies soos woede, affeksie, frustrasie, vrees en hartseer	Herken eie naam (12 maande), begin tekens wys van die bewustheid van die self (byvoorbeeld kruip agter 'n stoel weg), wys "contagious distress" (byvoorbeeld begin ook huil as 'n ander kind huil), gedurende konfliktsituasies word uitdrukking op fisies of emosionele wyse gegee en word eers gekalmeer wanneer die ouer ingryp en die probleem oplos	Herken 50 woorde teen 12 maande, 120 woorde teen 15 maande en 200 woorde teen 18 maande, 'n kort aandagspan, nabootsing van geluide (veral dieregeluide en voertuie), begin "scribble" met kryte, maar geen persepsie van "skryf" bestaan
<b>2 JAAR</b>	Loop goed, klim alleen van trappe op-en-af, hardloop, sit alleen op 'n stoel, onafhanklike toiletgewoontes, gebruik lepel en vurk, nabootsing van sirkulêre bewegings, skop van 'n bal, probeer om homself aan te trek, kan 'n toring van ses blokke bou	Baie selfgesentreerd, die begin van die sin van persoonlike identiteit en "belongings", besitlik, meestal negatiewe gemoedstoestand, meestal baie gefrustreerd, geen vermoë om tussen twee alternatiewes te kies, geniet fisiese aanraking, weerstandig teen verandering, begin van onafhanklikheidswording, reageer beter op humor en aandagaf trekking as dissipline en redenering	Alleenspel, afhanklik van 'n volwassene se leiding, speel met poppe, verwys na die self met sy naam, sosiaal baie onvolwasse, 'n baie swak begrip an ander mense as "persone", mag reageer op eenvoudige aanduidings van rigting	Begin om woorde, frases en eenvoudige sinne te sê, gemiddeld 272 woorde word herken, verstaan eenvoudige aanwysings, identifiseer eenvoudige prentjies, lief om na boeke te kyk, kort aandagspan, vermy eenvoudige struikelblokke



<b>3 JAAR</b>	Hardloop met gemak, marsjeer, staan op een been vir kort periode, kan 'n fietsie ry, eet self, trek self skoene en sokkies aan, maak self knope oop en vas, bou toring van 10 blokkies	Hou daarvan om gehoorsaam te wees, gemaklike houding, nie so weerstandig teenoor verandering nie, voel meer veilig, beter sin van persoonlike identiteit, begin om avontuurlik te wees, geniet musiek	Parallele spel, geniet om saam met ander te speel, neem beurte, bewus van sy geslag, geniet kortstondige groepsaktiwiteite waar geen vaardigheid vereis word nie, hou daarvan om "behulpsaam" te wees met klein takies, reageer op verbale leiding	Gebruik kort sinne, 896 woorde word herken, kommunikasievaardighede groei baie vinnig, vertel stories, gebruik woorde as gereedskap om te dink, wil omgewing eksploreer, beantwoord vrae, verbeeldingryk, kan kort rympies opsê
<b>4 JAAR</b>	Spring op een voet, kan 'n mannetjie teken, knip met 'n skêr, kan gesig self was en afdroog, trek self aan, gooi bal, goeie grootmotoriese vaardighede	Tree selfversekerd op, "out-of bounds behaviour", meestal negatiewe gemoedstoestand, mag opponerend voorkom, benodig beheerde vryheid	Saamspeel, geniet ander kinders se teenwoordigheid, baie sosiaal, kan los-georganiseerde groepsaktiwiteite bemeester, praat graag en baie aanpasbaar	Gebruik volsinne, 1540 woorde word herken, vra baie vrae, leer om te veralgemeen, baie verbeeldingryk, dramaties, in staat om herkenbare eenvoudige objekte te teken
<b>5 JAAR</b>	Huppel en spring gemaklik, trek sonder enige hulp klere aan, goeie balans en gelykmatige spieraksie, skaats, ry fiets, skryf eenvoudige letters, handvaardigheid gevestig, maak self skoenveters vas, dogtertjies se kleinspierontwikkeling is ongeveer een jaar voor die van seuns	Selfversekerd, stabiel, goed aangepas, huisgebaseerd, hou daarvan om homself met die moeder te assosieer, in staat tot selfkritiek, geniet verantwoordelikheid, hou daarvan om by die reëls te hou	Verhoogde samespel, het "beste maatjies", hoogs georganiseerd, geniet eenvoudige speletjies waar beurte geneem word en by die reëls gehou moet word, voel trots op klere en bemeestering van take, hou daarvan om verantwoordelikheid te neem van takies	2072 woorde word herken, vertel lang stories, in staat om rigting te verstaan, lees eie naam, tel tot 10, vra na die betekenis van sekere woorde, herken kleure, onderskei tussen feit en fiksie, geïnteresseerd in sy omgewing



<b>6 JAAR</b>	Loop en hardloop in 'n reguit lyn, kan agteruitloop, kombinasie van bewegings uitvoer (byvoorbeeld hardloop en skop 'n bal gelyketyd), ritmiese bewegings maak, fietsry sonder ondersteunende wiele	Tree met selfvertroue op en hou daarvan om talente "af te wys", raak bewus van hul eie en ander se gevoelens, ontwikkel beter selfkontrole met betrekking tot die uitdrukking van emosies, sinvolle interaksies met geliefde volwassenes lei tot emosionele versterking veral tydens moeilike tye	Geniet die teenwoordigheid van maats, geniet die deel van verversings en speelgoed met maats, konflik tussen maats bly egter steeds teenwoordig, verkies meer gestruktureerde aktiwiteite, hou daarvan om te gesels oor nuwe rolle en verantwoordelikhede, soek erkenning en die versekering dat take uitgevoer aanvaarbaar en "reg" was vir die volwassene	Langer aandagspan, woordeskat brei baie uit, kommunikasievaardighede raak meer gesofistikeerd en 'n vaste fondasie van "leer" kan plaasvind - insluitend onafhanklike leesvaardighede, uitspraak van woorde en grammatika is korrek, geniet die ervaring van kreatiewe mediums soos kuns, musiek, dans en teater
---------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

(Baroody, 2009; Chalufour, 2009; Colker, 2009; Costantino, 2009; Graham, 2009; Hyson, 2009; Norman, 2009; Pianta, 2009; Sanders, 2009; Schickedanz, 2009; Sevcik, 2009; Winokur, 2009)

## **2.13 AKADEMIESE, SOSIALE EN LOOPBAANGEVOLGE VAN VERSKILLENDE OOGTOESTANDE OP DIE KLEUTER MET GESIGGESTREMDHEID**

Die navorser het dit goedgevind om die verskillende oogtoestande in drie kategorieë te verdeel met betrekking tot die akademiese, sosiale en loopbaangevolge daarvan op die kind. Die eerste kategorie is die oogtoestande waarmee die kind reeds van geboorte af presenteer en wat gesigsverlies belemmer. Die tweede kategorie is die oogtoestande waar die kind se sig oor 'n tydperk stelselmatig afneem, terwyl die laaste kategorie trauma insluit waar die kind onmiddellik blind gelaat word.

### **2.13.1 Oogtoestande waarmee die kind gebore word**

#### 2.13.1.1 Akademiese gevolge

Verskeie kundiges (Meiring, 2005, 2008, 2009; Neethling, 2008; Steyl, 2005, 2008; Van Rooyen, 2005, 2008) en outeurs (Bowe, 2000:257; Wilson, 2003:115) stem saam dat vroeë intervensie by die kind met gesiggestremde se primêre fokus moet wees om enige gesigreste wat by die kind teenwoordig is, te gestimuleer. Die bepaling van die hoeveelheid gesigreste wat by die kind teenwoordig is, word deur middel van 'n funksionele visie-assesseringstoets gedoen. Die ouerbegeleidingsprogram van hierdie studie (hoofstuk ses) bevat volledige instruksies aan die ouer oor hoe hy sy kind se bruikbare visie maksimaal kan benut.

Dit is eerstens baie belangrik om tussen die intelligente kind met gesiggestremde en die meervoudig gestremde kind te onderskei. Alle meervoudig gestremdes is ook nie noodwendig verstandelik gestremde nie. 'n Diagnose sal in die meeste gevalle selfverduidelikend wees. Só sal hidrocefalie en moeilike geboorte byvoorbeeld 'n aanduiding wees van breinskade, wat op sy beurt die totale ontwikkeling van die kind sal beïnvloed (Meiring, 2005, 2008, 2009).

Fisioterapie in die eerste fase van ontwikkeling is uiters belangrik ten einde die ontwikkeling van spiere te versterk. Volgens Cook, Klein en Tessier (2004:95) kan die fisioterapeut 'n evaluasie van die kind met gestremde se spiertonus, postuur, beweeglikheid en lokomotiewe vermoëns doen. Na aanleiding van wat tydens hierdie assessering bevind is, kan programme wat gemik is op die verbetering van die kind se selfeffektiwiteit ten opsigte van grootmotoriese vaardighede (byvoorbeeld stap, sit en die

verskuiwing van posisie), beplan word. Meiring (2005, 2008, 2009) stem saam met Cook *et al.* (2004:95) dat hierdie ontwikkeling van spiere spesifiek in die geval van die kind met gesiggestremdheid nodig is sodat die braillemasjien uiteindelik gemaklik gehanteer kan word deurdat dit sterk rug- en bo-lyfspiere van die kind vereis. As gevolg van die afwesigheid van visie moet beweging by die kind uitgelok word ten einde aanleiding te gee tot kruip, wat dan ook later in loop oorgaan. Die meeste kinders met gesiggestremdheid het ook lae spiertonus, wat op sy beurt weer 'n effek op die kind se skoolvaardighede, uithouvermoë en voorkoms (hangkoppie) het (Meiring, 2005, 2008, 2009).

Arbeidsterapie is baie belangrik vir die doelbewuste aanleer van konsepte (as gevolg van die afwesigheid van nabootsing). Formele arbeidsterapie word egter nie vir alle kinders aanbeveel nie en daarbenewens is alle terapeute ook nie gemaklik om met kinders met gesiggestremdheid te werk nie. Volgens Cook *et al.* (2004:95) kan 'n arbeidsterapeut 'n evaluering van die kind met gesiggestremdheid doen ten opsigte van selfhelp- of ander voorskoolse aktiwiteite waar arm-, kop-, hand- en mondbewegings benodig word. Daar kan gehelp word met aktiwiteite wat selfeffektiwiteit en onafhanklikheid bevorder. Verskeie kundiges (Meiring, 2005, 2008, 2009; Neethling, 2008; Steyl, 2005, 2008; Van Rooyen, 2005, 2008) stem saam dat 'n ouer hier 'n baie belangrike rol vervul deur selfstandigheid by die kind te bevorder, asook die kind toe te laat om te eksperimenteer en self te ontdek en die omgewing te eksploreer. Die kind kan met taal begelei word, byvoorbeeld “links” en “regs”. Verskillende liggaamsdele kan ook aangeleer word, asook byvoorbeeld bad, tandeborsel en eet. Blootstelling, en nie oorbeskerming nie, is dus hier die sleutel (Meiring, 2005, 2008, 2009; Wilson, 2003:115). Jordaan (2008, 2009) stem saam met Meiring (2005, 2008, 2008) en Wilson (2003:115) en voeg by dat die vaslegging van begrippe soos “links”, “regs”, “bo” en “onder” belangrik is en gedoen kan word deur middel van die verhouding van die self tot objekte. Handaktiwiteite moet ook bevorder word. Aktiwiteite soos om met klei te speel en krale te ryg sal fyn handspiere versterk. Grootmotoriese ontwikkeling moet egter ook aangespreek word. Die ouerbegeleidingsprogram van hierdie studie bevat riglyne aan die ouer oor hoe hy die aanleer van konsepte by sy kind met gesiggestremdheid kan bevorder. Die leerproses by die kind met gesiggestremdheid verskil van dié van die normaalsiende kind – hierdie proses word ook volledig gedek in die ouerbegeleidingsprogram in hoofstuk ses.

Hand-oor-hand-instruksies waar die kind blootgestel word aan aksies kan baie waardevol wees vir die kind met gesiggestremdheid. Dit word gedoen deur agter die kind te staan, wat terselfdertyd 'n gevoel van veiligheid aan die kind gee. Handeling word versterk met



verbale instruksies, terwyl van agter gewerk word en die kind geprys word vir sukses. Dit is ook belangrik om die kind se pas en vlak van funksionering in ag te neem ten einde mislukking en emosionele skade te voorkom. Hier is dit van kardinale belang dat die kind met gesiggestremdheid nooit die idee moet kry dat hy moeite is vanweë sy gestremdheid nie, veral teenoor die res van die huisgesin. Ouers moet baie versigtig wees ten opsigte van wat hulle sê, aangesien die kind met gesiggestremdheid dit dalk kan hoor, al sien hulle nie die kind nie (Meiring, 2005, 2008, 2009). Die hand-oor-hand- en hand-onder-hand-tegniek word volledig bespreek in die ouerbegeleidingsprogram in hoofstuk ses.

Sensoriese stimulasie by die kind met gesiggestremdheid is onontbeerlik. Ouers moet ook ingelig wees oor die invloed wat “om nie te kan sien nie” op die kind het. Fyn- en grootmotoriese vaardighede, kognisie, liggaamsbewustheid en sosiale vaardighede moet ontwikkel word. Dit kan tasdefensiwiteit (wat by baie kinders met gesiggestremdheid voorkom) verminder. Die ander sintuie moet dus maksimaal ontwikkel word om te kompenseer vir die verlies van sig ten einde funksionering te vergemaklik. Die integrasie van sintuie kan die kind se funksionering in die geheel bevorder. Die take wat aan die kind met gesiggestremdheid gegee word, moet altyd op die kind se ontwikkelingsvlak wees. Teenprestasie moet dus van die kind verwag word (Meiring, 2005, 2008, 2009). Die sensoriese stimulasie by die kind met gesiggestremdheid word gedek in die ouerbegeleidingsprogram van hierdie studie, soos bespreek in hoofstuk ses.

Taalontwikkeling is volgens Cook *et al.* (2004:95) ook nodig in die vroeë ontwikkelingsstadium van die kind met gesiggestremdheid. Verskeie kundiges (Meiring, 2005, 2008, 2009; Neethling, 2008; Steyl, 2005, 2008; Van Rooyen, 2005, 2008) stem saam dat die ouer baie met die kind moet praat en die wêreld as’t ware na die kind met gesiggestremdheid moet bring. Die ouer moet onthou dat die kind met gesiggestremdheid nie in staat is om te observeer nie. Die kind se blootstelling aan konsepte soos kleur, smaak en algemene kennis sal hom ook sosiaal meer aanvaarbaar maak. Betrokke aspekte word in die ouerbegeleidingsprogram van hierdie studie gedek (hoofstuk ses).

Oriëntering en mobiliteit is ’n ander belangrike area wat onontbeerlik is by die kind met gesiggestremdheid (Bowe, 2000:258; Jordaan, 2008, 2009; Meiring, 2005, 2008, 2009; Neethling, 2008; Wilson, 2003:115). Bowe (2000:258) stem saam met Wilson (2003:115) dat oriëntering ’n bewustheid van ruimte (spasie) en die omgewing behels, veral in terme van ’n persoon se eie liggaamsposisie in ’n spasie. Deur oriënterings- en mobiliteitsopleiding word die kind met gesiggestremdheid geleer om sy ander sintuie

(byvoorbeeld tas, gehoor en reuk) tot sy voordeel te gebruik, die omgewing te leer ken en bewus te word van sy liggaamsposisie in 'n spesifieke ruimte (ruimtelike oriëntering). Die aanleer van laasgenoemde vergoed dus vir die verlies aan visie by die kind. Kundiges (Jordaan, 2008, 2009; Meiring, 2005, 2008, 2009) is van mening dat al het die kind slegs lig- en donkerpersepsie, hy bewus gemaak kan word van die waarde om verskillende voorwerpe te identifiseer. Beskermingstegnieke kan ook reeds op 'n vroeë stadium deur middel van bogenoemde aangeleer word. Sodoende word selfvertroue gekweek terwyl waagmoed om te beweeg, bevorder en versterk word. Oriëntering en mobiliteit by die kleuter met gesiggestremdheid word in die ouerbegeleidingsprogram van hierdie studie gedek (hoofstuk ses).

Kinders met gesiggestremdheid kan baie maklik passief word indien dinge te maklik gemaak word vir hulle, en hierdie passiwiteit sal vererger as alles vir hulle gedoen word. Dit kan 'n gewoonte raak wat later tot 'n swak sosiale leefstyl, oorgewig en 'n baie klein wêreld kan lei. Die kind moet dus soveel as moontlik aangemoedig word om te ontdek en nuuskiering te wees oor dinge. Die kind met gesiggestremdheid moet dus nie net verbaal ontwikkel nie, maar ruimtelike oriëntasie moet ook uitgebrei word. Verder is dit ook belangrik om eise aan die kind te stel (Bowe, 2000:258; Jordaan, 2008, 2009; Meiring, 2005, 2008, 2009; Neethling, 2008). Verskeie outeurs (Bowe, 2000:258; Wilson, 2003:115) en kundiges (Jordaan, 2008, 2009; Meiring, 2005, 2008, 2009; Neethling, 2008) is dit eens dat daar nie te veel vir die kind met gesiggestremdheid gedoen moet word nie en voeg by dat die ouer sy kind kan help deur eerstens sy bruikbare visie te bevorder en tweedens so min moontlik hulp aan die kind te voorsien. Oor die algemeen moet daar net hulp voorsien word indien die kind met gesiggestremdheid in gevaar verkeer of waar bemeestering van 'n spesifieke taak afhang van die sukses van intervensie. Wanneer hulp voorsien word as die kind wel in staat is om dinge vir homself uit te werk, sal 'n vorm van "aangeleerde hulpeloosheid" die kind verhinder in sy proses van onafhanklikheidswording. Die navorser is van mening dat ouers dus daarna moet streef om die kind so ver moontlik net soos 'n kind met normale visie te hanteer met net die noodsaaklikste aanpassings vir veiligheid.

Die navorser het in die praktyk dieselfde ervaar as wat Bowe (2000:258), Meiring (2005, 2008, 2009), Neethling (2008), Steyl (2005, 2008), Van Rooyen (2005, 2008) en Wilson (2003:115) bespreek, naamlik dat ouers se ingesteldheid 'n definitiewe rol speel in die mate van ontwikkeling by die kind met gesiggestremdheid. Indien dit hulle eerste kind is, kan onkunde die kind se ontwikkeling benadeel. Die taak van die

ouer/versorger/dagmoeder sal dus wees om die ontwikkelingsagterstande tot die minimum te probeer beperk.

#### 2.13.1.2 Sosio-emosionele ontwikkeling

Lerner *et al.* (1998:180) is van mening dat die mens drie fundamentele sosiale behoeftes het, naamlik: (1) die behoefte om selfstandig te wees; dit wil sê dat ons aksies vanuit onself kom en dat ons die mag het om dinge te laat gebeur; (2) die behoefte om bevoeg te voel; dit wil sê om te voel dat ons effektief is in dít wat ons doen; (3) die behoefte om deel te voel van 'n groter sosiale wêreld. Kleuters is sosiale wesens met dieselfde sosiale behoeftes. Hulle is in interaksie met hulle ouers, ander kinders en volwassenes buite hulle familiekring. Die tipe en kwaliteit van hierdie sosiale interaksie het verrykende gevolge vir hulle ontwikkeling. Sommige kinders word makliker aanvaar en voel geliefd deur ander terwyl ander kinders geïgnoreer en vermy word (Lerner *et al.* 1998:180). Die ontwikkelingsteorie van Erikson (Erikson se ontwikkelingsteorie word in hoofstuk vier, 4.5, bespreek) sluit hierby aan deurdad die tweede stadium outonomie teenoor skaamte is. Dit is 'n baie belangrike aspek by die kind met gesiggestremdheid. Die rede hiervoor is dat wanneer ouers hulle kind met gesiggestremdheid kan help om outonoom te funksioneer in teenstelling daarmee om skaamte of vertwyfeling te ervaar, dit die selfvertroue wat by hierdie kinders van kardinale belang is, kan bevorder. Hierdie fase loop hand aan hand met die belangrike kwessie van onafhanklikheid en indien outonomie suksesvol bereik kan word, sal dit ook die graad van waagmoed by die kind met gesiggestremdheid verder ontwikkel sodat hy die moed en selfvertroue sal hê om die wêreld wat hy nie altyd kan sien nie, te eksploreer. Ten einde eksplorasië van die omgewing en selfvertroue te verhoog, is mobiliteit by die kleuter met gesiggestremdheid die sleutel tot onafhanklikheid en dus baie belangrik. Riglyne ten einde oriëntasie en mobiliteit te bevorder, word in die ouerbegeleidingsprogram van hierdie studie gedek (hoofstuk ses).

Kleuters ervaar die wêreld anders as volwassenes. Gedurende die vroeë kinderjare is kinders primêr gefokus op hulleself en is hulle dus baie selfgesentreerd (egosentrië). Hulle interpreteer die wêreld vanuit hulle persoonlike perspektief. Hulle is geneig om persoonlike betekenis aan 'n bloot toevallige gebeurtenis te gee. Hierdie proses van emosionele en sosiale ontwikkeling moet deurgewerk word ten einde ontwikkelingsmylpale te bereik. Vir die kind met gesiggestremdheid volg emosionele- en sosiale ontwikkeling nie altyd 'n stabiele en voorspelbare roete nie. Die portuurgroep speel 'n baie belangrike rol in die emosionele en sosiale ontwikkeling van die kleuter, en die kind met gesiggestremdheid word dikwels van gesonde sosiale ervarings ontnem as

gevolg van sy gestremdheid (in vergelyking met die normale kind). Die verlies aan sosiale ervarings kan aanleiding gee tot sosiale en/of emosionele probleme by die kind met gesiggestremdheid (Lerner *et al.*, 1998:180; Webster & Roe, 1998:64). Die navorser voeg by dat die mate waarin die ouers hul kind se gestremdheid aanvaar het, ook 'n rol kan speel met betrekking tot sosiale blootstelling – veral wat die jonger kind aanbetref. Indien ouers hulself dus isoleer van die gemeenskap weens hul eie onverwerkte gevoelens, kan dit ook 'n invloed op die sosiale ontwikkeling van die kind hê.

Verskeie kundiges (Meiring, 2005, 2008, 2009; Van Rooyen, 2005, 2008) en outeurs (Lerner *et al.*, 1998:180; Webster & Roe, 1998:64) stem saam dat die sosio-emosionele ontwikkeling en bevoegdhele by die kind met gesiggestremdheid nie in isolasie plaasvind of gesien moet word nie. Die kind met gesiggestremdheid se sosio-emosionele ontwikkeling is die resultaat van baie interaktiewe ervarings tussen die ouer en kind. Met 'n aktiewe kind en aktiewe versorger sal die ontwikkeling van sosio-emosionele vaardighede en bevoegdhele deur middel van wederkerige regulering, wisselwerking en beantwoording plaasvind. Van Rooyen (2005, 2008) voeg by dat ten einde die sosio-emosionele ontwikkeling van die kind met gesiggestremdheid te bevorder, dit dus belangrik is om te noem dat daar nie slegs op die kind gefokus moet word nie. Die ouers moet ingelig word ten opsigte van die voordurende aanpassings wat gemaak moet word ten einde in hulle kind se beste belang op te tree. Om “op die daad”-besluite te kan neem, is 'n verdere aspek waarmee ouers bygestaan moet word, en angs- en spanningsvlakke in die ouers self moet verminder word, aangesien hulle dit direk na die kinders oordra. Die ouerbegeleidingsprogram van hierdie studie (hoofstuk ses) dek aspekte wat die kind met gesiggestremdheid kan help met sy sosio-emosionele ontwikkeling en aanpassing in die gemeenskap.

Meiring (2005, 2008, 2009) en Neethling (2008) stem saam dat die jong kind met gesiggestremdheid geneig is om meestal net met homself te speel en in sy eie verbeeldingswêreld vasgevang te wees. Verbeeldingspel kom nie noodwendig voor nie en die kind moet as't ware geleer word hoe om te speel. Leiding is dus nodig met betrekking tot maats maak, aangesien die kind met gesiggestremdheid sy eie speletjies tussen maats speel (parallele spel). Neethling (2008) is egter van mening dat siende kinders met behulp van leiding die kind met gesiggestremdheid sal betrek. Sosiale spel met siende kinders moet dus aangemoedig word. Meiring (2005, 2008, 2009) stem saam met Neethling (2008), maar voeg by dat jong siende kinders en gesinslede ook daarvan bewus gemaak moet word om in hierdie speelsituasies nie alles vir die kind met gesiggestremdheid te wil doen nie. Die ouerbegeleidingsprogram van hierdie studie

(hoofstuk ses) bevat spesifieke riglyne aan die ouer ten opsigte van effektiewe speelgoed, hoe om met die kind met gesiggestremdheid te speel, asook die kind se speelomgewing.

Die rol van kommunikasie in die bevordering van sosio-emosionele ontwikkeling by die jong kind is baie belangrik (Lerner *et al.*, 1998:206; Meiring, 2005, 2008, 2009; Neethling, 2008). Die aanleer van taal is 'n kundigheid wat by die jong kind bewerkstellig word. Taal is 'n vaardigheid wat uniek is by menslike wesens. Taal vervul baie behoeftes by die mens, naamlik: (1) dit voorsien die mens van 'n middel om te kommunikeer en sosiaal met ander om te gaan; (2) dit voorsien 'n medium om te dink; en (3) taal maak dit moontlik om kulturele waardes en eiendom van geslag tot geslag oor te dra.

Taal word in sosiale omgewings aangeleer; dus speel volwassenes (gewoonlik die ouer) 'n kritiese rol as afrigter, raadgewer en onderwyser (Lerner *et al.*, 1998:206). Kundiges (Meiring, 2005, 2008, 2009; Neethling, 2008) stem saam met Lerner *et al.* (1998:206) dat ouers 'n baie belangrike rol speel by die aanleer van taal by die jong kind en voeg by dat dit noodsaaklik is om ook met die kind met gesiggestremdheid te kommunikeer ten einde woordeskat, emosies en toepaslike optredes aan te leer. Daar moet altyd onthou word dat hierdie kind nie nabootsing as metode kan benut om toepaslike gedrag aan te leer nie. Daarom is dit nodig dat ouers/versorgers meer verduidelikend met die kind moet omgaan, maar moet oppas om nie te preek nie. Ouers/versorgers moet ook daarteen waak om traak-my-nie-agtig te wees en dinge oor te sien omdat die kind gesiggestremd is. Die kind met gesiggestremdheid gaan nie vanself weet wat aanvaarbare gedrag is nie, byvoorbeeld ten opsigte van goeie maniere (om sy neus aanvaarbaar te blaas, nie aan homself te vat of te krap net omdat hy dink niemand kyk nie, ensovoorts). Die kind met gesiggestremdheid moet dus deurentyd bewus gemaak gemaak word daarvan dat ander hom kan sien, al kan hy hulle nie hoor nie (met betrekking tot neuskrap, aanvaarbare hoes/nies, ensovoorts) (Meiring, 2005, 2008, 2009).

Verder moet die kind ook geleer word om gesprekke te "lees", nie altyd al die aandag te wil hê nie, sy beurt af te wag en nie te verwag dat die wêreld hom as kind met gesiggestremdheid spesiaal moet uitsonder nie (Meiring, 2005, 2008, 2009).

Die kind met gesiggestremdheid se sosio-emosionele ontwikkeling hang baie af van persoonlikheid, genetiese predisposisie en interaksie met en stimulasie van die kind (Meiring, 2005, 2008, 2009). Die kind met gesiggestremdheid moet keuses gegee word sodat hy voor- en afkeure kan ontwikkel (Meiring, 2005, 2008, 2009).

Die navorser stem saam met die kundiges (Meiring, 2005, 2008, 2009; Van Rooyen, 2005, 2008) en outeurs (Lerner *et al.*, 1998:180; Webster & Roe, 1998:64) dat die kind met gesiggestremdheid se sosio-emosionele ontwikkeling die resultaat is van baie interaktiewe ervarings tussen die ouer en kind. Met 'n aktiewe kind en aktiewe versorger sal die ontwikkeling van sosio-emosionele vaardighede en bevoegdhede deur middel van wederkerige regulering, wisselwerking en beantwoording plaasvind. Sosiale spel met siende kinders moet dus aangemoedig word en jong siende kinders en gesinslede moet daarvan bewus gemaak word om in hierdie speelsituasies nie alles vir die kind met gesiggestremdheid te doen nie. Verder speel ouers 'n baie belangrike rol by die aanleer van taal by die jong kind en daarom is dit noodsaaklik om ook met die kind met gesiggestremdheid te kommunikeer ten einde woordeskat, emosies en toepaslike optredes aan te leer. Die ouerbegeleidingsprogram (hoofstuk ses) van hierdie studie bevat spesifieke riglyne om die ouer te help ten opsigte van sy kind met gesiggestremdheid se sosio-emosionele ontwikkeling.

#### 2.13.1.3 Loopbaanvooruitsigte

Bowe (2000:257) is van mening dat kinders wat blind gebore is, geen geestesbeelde van hulleself en hulle omgewing kan vorm nie, en hulle moet dit dus deur middel van ander plaasvervangende middele bekom. Hierdie feit beïnvloed dus die tipe beroep wat hierdie kind as volwassene kan beoefen. Van Rooyen (2005, 2008) gaan verder en beklemtoon die feit dat die kind met gesiggestremdheid ook in 'n intelligensiespektrum val en dat daar dus nie net op die verlies van sig gefokus moet word nie. Indien 'n kind op 'n hoë vlak kan funksioneer, sal hy moontlik sy loopbaan in 'n baie verbale omgewing soek. Ouers moet dus reeds van jongs af op die stimulasie van meertaligheid fokus.

Volgens Bowe (2000:259) is studente met gesiggestremdheid die persone wat die hoogste tersiêre bywoning toon van persone in die kategorie van spesiale opvoeding.

Die ontwikkeling op rekenaargebied het geleenthede as programmeerders geskep, terwyl die regte, musiek en teologie gewilde rigtings is. "Call centres" het nuwe beroepsgeleenthede gebring en opleiding word gedoen by ALO, 'n tersiêre inrigting by Pionierskool in Worcester (Meiring, 2005, 2008, 2009). Ander loopbane wat genoem word, is telefonie, klavierstemmer, fisioterapie en beskutte arbeid (Neethling, 2008).

Beroepsgeleenthede is baie beperk en dit hang ook af van die individu se deursettingsvermoë sowel as sy onafhanklikheid, dit wil sê van die persoon se mate van

mobiliteit en oriëntering (Meiring, 2005, 2008, 2009). Volgens Seirlis en Swartz (2006:361) en Silver en Koopman (2000:27) sorg die Suid-Afrikaanse regering vir persone met gesiggestremdhede in die vorm van wetgewing, naamlik die Wet op Gelyke Indiensneming 55 van 1998. Suid-Afrika het hom verder verbind tot inklusiewe opvoeding vir alle kinders en studente met gestremdhede. Inklusiewe opvoeding is ook gebaseer op die konstitusionele regte binne 'n demokratiese bestel, waar almal gelyke regte het en geen diskriminasie ten opsigte van geslag, ras, geloof, taal en seksuele voorkeur mag geskied nie. Kwessies met betrekking tot dienslewering aan persone met gestremdhede is dus 'n menseregtekwessie. Wetgewing in Suid-Afrika word in hoofstuk vyf (5.13) bespreek.

Seirlis en Swartz (2006:365) is egter van mening dat wetgewing alleen nie genoeg is om optimale werksomstandighede vir persone met gesiggestremdheid te skep nie. Daar moet ook ondersteuning en verandering in ander sektore in die gemeenskap wees. Ten einde die persoon met gesiggestremdheid in 'n werksomgewing te vestig, is daar hoofsaaklik drie ander sektore ook nodig, naamlik gestremdheidsvriendelike publieke vervoer, geboue wat gestremdheidsvriendelik is, asook geleenthede vir vaardigheidsontwikkeling. Met inagneming van laasgenoemde drie sektore wat ook hulle samewerking moet gee, is die navorser van mening dat daar tans baie beperkings en tekortkominge vir die persoon met gesiggestremdheid in Suid-Afrika is. Dit is dus nodig dat bewustheid gekweek moet word waar die regte en probleme van die persoon met gesiggestremdheid toegelig word sodat ander nodige sektore in die gemeenskap hulle samewerking kan gee.

Die navorser stem egter ook saam met Meiring (2005, 2008, 2009) met betrekking tot die individu se deursettingsvermoë en onafhanklikheid, aangesien dit 'n groot invloed het op die mobiliteit en oriëntering van 'n persoon. Ouers het dus ook hier 'n belangrike rol om te vervul ten einde van jongs af deursettingsvermoë by 'n kind te kweek.

## **2.13.2 Oogtoestande waar die kind se sig oor 'n tydperk stelselmatig afneem**

### **2.13.2.1 Akademiese behoeftes**

Die basiese beginsels by 2.13.1.1 is ook hier van toepassing vir skoolgereedmaking. Dit is baie belangrik om die beskikbare visie van die kind maksimaal te gebruik vir beter funksionering. Die beskerming van die oë is ook noodsaaklik soos byvoorbeeld deur die dra van 'n sonbril, asook om die kind versigtig te hanteer as daar sprake van retinale

loslating is ten einde blindheid te voorkom. Van Rooyen (2005, 2008) voeg by dat ouers kennis moet dra van hulle kind se oogdiagnose, wat dan ook terselfdertyd kennis ten opsigte van die prognose sal meebring.

Verskeie outeurs en kundiges (Mason, 2001:45; Meiring, 2005, 2008, 2009; Van Rooyen, 2005, 2008) stem saam dat akademiese hulpmiddels vir hierdie kinders ondersoek en beskikbaar gestel moet word soos byvoorbeeld vergrootglase, rekenaars, bandmasjiene en spesiale beligting. Bogenoemde outeurs en kundiges (Mason, 2001:45; Meiring, 2005, 2008, 2009; Van Rooyen, 2005, 2008; Jordaan, 2008, 2009; Neethling, 2008) stem ook verder saam dat aanpassings wat in hoofstroomskole vir die kind met gesiggestremdheid gemaak kan word, soos volg uiteengesit kan word:

- Laat die kind voor in die klas sit.
- Voorsien die kind van werk in grootdruk.
- Voorsien die kind van 'n lynmerker wanneer hy moet lees.
- Stel meer tyd beskikbaar aan die kind met gesiggestremdheid sodat hy sy werk gemaklik kan voltooi.
- Laat die kind 'n dikker potlood gebruik.
- Voorsien die kind van papier waar lyne beter gespaseer is.
- Laat die kind toe om 'n sonpet te dra as hy baie ligsku is.
- Voorsien die kind van 'n kontraskaart (teksboeke en werkskaarte met goeie drukpapierkontras).
- Die kind sal verskillende groottes drukwerk nuttig kan gebruik wanneer hy moet lees, aangesien sy volg- en vlugtige leesvaardighede afneem.
- Voorsien die kind van ekstra beligting by sy skoolbank. Hierdie beligting moet egter nie weerkaats nie en die kind sal dus die meeste baat vind by 'n individuele ligbron, byvoorbeeld 'n "anglepoise"-lamp.
- Waak daarteen dat die kind na enigiets begin staar.
- Teksboeke en boeke waar daar woorde by illustrasies is, moet nie aan die kind gegee word nie.

Meiring (2005, 2008, 2009) is van mening dat dit baie belangrik is dat die kind met gesiggestremdheid braille moet aanleer indien sy prognose blindheid is. Hierdie kind kan dus reeds vanaf graad een begin om braille te leer ten einde nie 'n agterstand in die akademie te ondervind nie. Professionele persone in die veld van gesiggestremdheid (Meiring, 2005, 2008, 2009; Neethling, 2008; Van der Merwe, 2008, 2009; Van Rooyen,



2005, 2008), ervaar dat sulke kinders weerstand toon teen die aanleer van braille en dit eers doen wanneer hulle glad nie meer kan regkom nie. Die kind het soms die uitgangspunt dat om uit te stel om braille aan te leer, hom nog kan laat “sien” (Meiring, 2005, 2008, 2009). Van Rooyen (2005, 2008) is verder van mening dat die kind se funksionele visie ten alle koste in stand gehou moet word, ook afhangend van die spesifieke diagnose.

Vanuit eie ervaring is die navorser oortuig dat ouers ’n baie belangrike rol kan speel ten einde ’n kind met gesiggestremdheid wie se sig stelselmatig afneem op akademiese gebied by te staan deur vroegtydig voorbereidings te tref vir die onsekere toekoms. Ouers moet dus kennis dra van die prognose van hulle kind se spesifieke oogkondisie en aanpassings (byvoorbeeld die aanleer van braille, vergrootglase, rekenaars, bandmasjiene en spesiale beligting) benut ten einde hulle kind skoolgereed te maak en hom toe te rus om sy skoolloopbaan suksesvol te voltooi.

#### 2.13.2.2 Sosio-emosionele ontwikkeling

Die kind wie se sig oor ’n tydperk stelselmatig afneem, het baie ondersteuning nodig om hom die proses te laat verstaan en hom toe te rus om die krisis te hanteer. Gevoelens van verlies, angs, vrees, en onsekerheid kan by die kind ontstaan wanneer sy grootmotoriese vaardighede en algemene mobiliteit al vinniger begin afneem en hy al lomper begin voorkom (Mason, 2001:47). Daar moet aan hierdie kind die geleentheid gegee word om vrae en vrese deur te werk en uit te sorteer. Ouers, maats en belangrike ander moet egter ook bemaatig word om in krisistye voldoende ondersteuning aan hierdie kind te gee en moet dus ook by hierdie proses betrek word (Meiring, 2005, 2008, 2009; Neethling, 2008).

Dit is verder van kardinale belang dat die ouers ook in hierdie proses ondersteun moet word (Van der Merwe, 2008, 2009; Meiring 2005, 2008, 2009; Neethling, 2008; Van Rooyen, 2005, 2008). Die ouers moet dus eerstens baie goed ingelig word om sy eie angs te bestuur. Tweedens moet die ouer sorg dat almal wat met die kind omgaan soos byvoorbeeld die gesin, familie, kleuterskool, dagskool en huishulp, ingelig is en dat almal die kind met gesiggestremdheid dieselfde behandel. Dit sal meebring dat hierdie kind geloof in homself het, nie jammer gekry word nie, selfstandigheid ontwikkel en dus so goed moontlik funksioneer, asook bereid sal wees om te waag indien hy sy eie beperkings ken en verstaan (Van der Merwe, 2008, 2009; Van Rooyen, 2005, 2008). Die ouerbegeleidingsprogram (hoofstuk ses) van hierdie studie dek laasgenoemde kwessie

ten einde ouers te bemagtig oor hoe hulle hulle kind met gesiggestremdheid kan ondersteun in sy sosio-emosionele ontwikkeling.

Goeie kommunikasie tussen ouer en kind is baie belangrik. Steyl (2005, 2008), 'n onderwyseres by Pionierskool wat as kind met makulêre degenerasie gediagnoseer is, noem dat sy as kind haar ouers ten alle koste tevrede wou stel. Sy het gevoel sy faal as mens as sy nie meer goed genoeg sou kon sien om in die skool te vorder nie en het dus baie innerlike spanning beleef deur voor te gee dat sy kon sien en nie openlik oor haar vrese en bekommernisse te praat nie. Ouers moet egter nie van die kind 'n jammerlike geval maak nie, maar moet eerder eerlik wees oor wat besig is om met hom te gebeur. Om die kind te help om bewus te wees van dít wat hy het, eerder as dít wat hy nie het nie, is in hierdie omstandighede baie raadsaam (Steyl, 2005, 2008).

Die navorser is oortuig deur die mening van Steyl (2005, 2008) dat kommunikasie tussen die ouer en die kind wie se sig stelselmatig afneem die belangrikste hulpmiddel is om die kind emosioneel by te staan. Die ouer moet dus die prognose van hulle kind se oogkondisie ten volle verstaan, hulle eie angs beheer en 'n ondersteuningsnetwerk opbou om die kind by te staan. Die ouer moet die verantwoordelikheid opneem om gesprekke met die kind te inisieer ten opsigte van sy oogdiagnose en prognose. Gepaardgaande gevoelens van verlies en onsekerheid van alle partye binne die gesin moet ook gekommunikeer word. 'n Kind beskik nie oor die egosterkte om self gesprekke met die ouer te inisieer nie en dus is dit die ouer se verantwoordelikheid. Professionele hulp kan hier van groot waarde wees ten einde die ouers en gesin te begelei hoe om moeilike, emosioneelbelaaide gesprekke met mekaar te hê.

#### 2.13.2.3 Loopbaanvooruitsigte

Dieselfde loopbaanvooruitsigte wat by 2.13.1.3 genoem word, is hier ook van toepassing. Meiring (2005, 2008, 2009) stem saam met Bowe (2000:257) dat die keuse vir kinders/volwassenes wat in hierdie katagorie val, dalk meer is indien daar nog gesigreste oor is. Ook die feit dat hierdie kinders wel eens op 'n tyd goed kon sien en dus geestesbeelde van hulleself en hulle omgewing kon vorm, maak 'n groot verskil. Die mate van onafhanklikheid en mobiliteit sal ook 'n rol speel in die persoon se uiteindelijke keuse. Die aanwending van hulpmiddels moet ook sterk aangemoedig word (Meiring, 2005, 2008, 2009).

Van Rooyen (2005, 2008) en Van der Merwe (2008, 2009) beklemtoon weereens dat ouers die diagnose van hul kind se oogkondisie moet verstaan asook ingelig bly ten opsigte van die vooruitgang in die mediese wêreld. Ouers moet hulle kind met gesiggestremdheid se funksionele vermoëns ken. Ouers en kinders moet ook die wetgewing van Suid-Afrika ken en verstaan, naamlik die Wet op Gelyke Indiensneming 55 van 1998 ten einde vir hulle regte op te staan. Kennis is mag. Ouers en kinders moet ingelig bly oor nuwe visuele hulpmiddels wat in die werkplek gebruik kan word (5.13).

Die navorser stem saam met Bowe (2000:257) dat die beroepskeuse vir kinders wat in hierdie kategorie val meer is indien daar nog gesigreste oor is. Die feit dat hierdie kinders wel eens op 'n tyd goed kon sien en dus geestesbeelde van hulleself en hulle omgewing kon vorm, speel 'n verdere positiewe rol deurdad hulle visuele voorstellings van die wêreld rondom hulle kan maak.

### **2.13.3 Wanneer die kind as gevolg van 'n traumatiese gebeurtenis onmiddellik blind gelaat word**

#### **2.13.3.1 Akademiese behoeftes**

Die basiese beginsels by 2.13.1.1 en 2.13.3.1 is ook hier van toepassing vir skoolgereedmaking.

Die navorser is van mening dat die sosio-emosionele ontwikkeling op hierdie kind wat onmiddellik blind gelaat word, baie gewig dra deurdad skok en trauma verwerk moet word. Dit sal vervolgens bespreek word.

#### **2.13.3.2 Sosio-emosionele ontwikkeling**

Na afloop van 'n traumatiese gebeurtenis waar 'n kind onmiddellik blind gelaat word, moet ouers eerstens ingelig en gekalmeer word. Dit is ook noodsaaklik dat ouers ná 'n traumatiese gebeurtenis waar die kind se oë sodanig beskadig is, berading ontvang sodat hulle ook in staat sal wees om in hulle kind se behoeftes te voorsien en nie die kind emosioneel verder sal belaa nie. Uiteindelik moet die kind sterk genoeg wees om selfstandig te funksioneer. Ouers moet daarteen waak om die kind verder te ontmagtig met te veel simpatie en hulp (Van der Merwe, 2008, 2009; Neethling, 2008; Van Rooyen, 2005, 2008). Neethling (2008) en Van der Merwe (2008, 2009) voeg ook by dat professionele hulp benodig word ten einde die frustrasie, woede en emosionele aspekte

van die gesinsisteam deur te werk. Die kind se ouderdom sal ook die aanvaardings- en verwerkingsproses beïnvloed.

Die rehabilitasie van die kind is baie belangrik en word verskillend beleef deur die kind en sy ouers. Dit is dus 'n baie persoonlike en unieke belewing. Die rehabilitasie sal beïnvloed word deur beskikbare hulpmiddels. Die tekortkominge moet noukeurig gemonitor word en dadelik aangespreek word. Die selfinsig en motivering van die kind speel ook hier 'n baie groot rol. Dit is nodig dat ouers en kinders saam gemonitor word terwyl daar gepoog moet word om weer normaliteit en stabiliteit in die kind se lewe te bring (Meiring, 2005, 2008, 2009). Jordaan (2008, 2009) is ook van mening dat die rehabilitasieproses grootliks op die ouerkindverhouding berus en dat onvoorwaardelike aanvaarding op hierdie stadium baie nodig is. Die ouerbegeleidingsprogram van hierdie studie (hoofstuk ses) maak voorsiening vir 'n lys organisasies soos byvoorbeeld die Ooginstituut van Pretoria, telefoonnommer 086 163 0630, waarheen ouers hulle kind kan neem indien die kind skielik blind gelaat word of een oog verloor.

Gevalle van selfmoordpogings waar 'n persoon homself om die lewe probeer bring het en in die proses sy sig verloor het, bring soms breinskade teweeg wat persoonlikheidsveranderings veroorsaak. Dit bring mee dat ouers hulle kind anders beleef en bemoeilik die rehabilitasieproses. Afhangend van die oorsaaklike faktore (by die ouer of kind) sal terapie onontbeerlik wees. Die kind is baie keer kwaad vir homself oor sy blindheid wat deur 'n mislukte selfmoordpoging veroorsaak is. Baie frustrasie, woede en dalk onaangename persoonlikhede word oorgehou en moet gehanteer word (Meiring, 2005, 2008, 2009). Daar moet egter ook in gedagte gehou word hoe die kind voor die trauma was. Sekere persoonlikheidseienskappe verander nie, maar kan dan toegeskryf word aan die trauma van blindheid (Meiring, 2005, 2008, 2009).

Vanuit praktiese ervaring stem die navorser saam met Neethling (2008) en Van Rooyen (2005, 2008) dat wanneer 'n kind as gevolg van 'n traumatiese gebeurtenis onmiddellik blind gelaat word, dit eerstens belangrik is dat die ouers berading ontvang. Professionele hulp aan die ouers sal help met die verwerking van hul eie gevoelens van skok ten einde te voorkom dat hulle hul reeds getraumatiseerde kind verder belaaie met onverwerkte emosies. Die hele gesinsisteam sal in hierdie omstandighede kan baatvind by professionele hulp. Uiteindelik moet die kind sterk genoeg wees om selfstandig te funksioneer.

### 2.13.3.3 Loopbaanvooruitsigte

Die volwasse persoon met gesiggestremdheid wat voor die trauma kon sien se loopbaankeuse is wyer, alhoewel hy steeds 'n baie moeilike aanpassing in die beroepslewe maak (Bowe, 2000:258; Steenkamp & Steenkamp, 1999:279).

Heelparty persone met gesiggestremdheid ontvang universiteitsopleiding en beoefen later 'n verskeidenheid beroepe, byvoorbeeld as advokaat, musiekonderwyser of sielkundige. Die oorgrote meerderheid beklee betrekings as telefoniste, terwyl baie persone hulle as klavierstimmers, orreliste en fisioterapeute bekwaam. Wanneer die persoon met gesiggestremdheid skolasties swakker vorder, kan hulle opleiding in handvaardigheidswerk ontvang sodat hulle in fabriek opgeneem kan word as masjienoperateurs. Ander persone wat nie in die ope arbeidsmark kan meeding nie, bevind hulle later in beskutte werksinkels waar rottangvlegwerk, matrasmakery, brei en weef beoefen word. Hierdie werksinkels word meestal deur privaat inisiatief begin, gewoonlik onder beheer van plaaslike verenigings vir blindes, en word deur die Staat gesubsidieer. Slegs persone wat as blind geregistreer is, word opgeneem. Hostelgeriewe is gewoonlik beskikbaar en die organisasie beskik dikwels ook oor maatskaplike werkers en verpleegsusters (Bowe, 2000:258; Steenkamp & Steenkamp, 1999:279-280).

Die navorser kom tot die gevolgtrekking dat alle persone wat eens op 'n tyd kon sien, 'n wyer loopbaankeuse het as diene wat vanaf geboorte blind is. Die loopbaankeuse is egter steeds beperk, maar indien ouers hulle kind met gesiggestremdheid genoeg stimuleer, uithouvermoë kweek en sy onafhanklikheid bevorder, is die kans goed dat hy in staat sal wees om 'n opleidingskursus te voltooi wat sy beroepslewe sal bevorder.

## **2.14 SAMEVATTING**

Die verskynsel van gesiggestremdheid is baie kompleks deurdat dit deur verskeie terme beskryf kan word en die graad en aard daarvan baie kan varieer. Gesigsverlies is die onvermoë om te sien. Die verlies van sig kan stadig of vinnig ontwikkel en kan tydelik of permanent wees, afhangend van die oorsaak. Gesigsverlies kan een of beide oë affekteer. Dit kan algehele blindheid veroorsaak of slegs die perifere of sentrale visie affekteer.

Die assessering van visie by kinders is 'n noodsaaklike verantwoordelikheid by die ouer. Belangrike ouderdomme om die kind vir oogtoetse te neem, is direk na geboorte en op ses maande, drie jaar en ses jaar. Ouers moet ingelig wees oor waarskuwingstekens en die simptome wat moontlike oogabnormaliteite aandui by die kind.

Die visuele ontwikkeling van 'n baba – net soos die ontwikkeling in ander areas – verskil van kind tot kind, maar dit is belangrik dat ouers kennis moet dra van algemene riglyne ten opsigte van die visuele sisteem en die visuele mylpale van die kind teen 'n sekere ouderdom. Indien daar dus erge afwykings van die voorgestelde riglyne is, sal ouers bemaatig wees om te weet dat hulle die kind vir oogtoetse moet neem.

Oogtoestande by babas en kleuters sluit die volgende in: kornea-beskadiging, katarakte, strabismus (skeelheid), ambliopie (“lazy eye”), miopie (bysindheid), hiperopie (versindheid), astigmatisme, retinopatie as gevolg van prematuriteit (ROP), aniridia, optiese atrofie, makulêre degenerasie, gloukoom, retinitis pigmentosa, koloboma, trauma, albinisme en nistagmus. Weens die verloop en prognose van verskillende oogtoestande het elkeen dus 'n verskillende effek op die akademiese, sosiale en loopbaangevolge vir die kind met gesiggestremdheid.

Die verskillende oogtoestande is in drie kategorieë verdeel. Die eerste kategorie behels die oogtoestande waarmee die kind reeds van geboorte af presenteer en gesigsverlies belemmer. Die tweede kategorie behels die oogtoestande waar die kind se sig oor 'n tydperk stelselmatig afneem, terwyl die laaste kategorie trauma insluit waar die kind onmiddellik blind gelaat word.

Akademiese gevolge van al bogenoemde kategorieë sluit in fisioterapie, arbeidsterapie met hand-oor-hand-instruksies, sensoriese stimulasie, taalontwikkeling, oriëntering en mobiliteit. Die kind met gesiggestremdheid se sosio-emosionele ontwikkeling is die resultaat van baie interaktiewe ervarings tussen die ouer en kind. Met 'n aktiewe kind en aktiewe versorger sal sosio-emosionele ontwikkeling deur middel van wederkerige regulering plaasvind. Ouers speel 'n baie belangrike rol by die aanleer van taal by die jong kind en daarom is dit noodsaaklik om ook met die kind met gesiggestremdheid te kommunikeer sodat hy woordeskat, emosies en toepaslike optrede kan aanleer.

Die Suid-Afrikaanse regering maak deur middel van wetgewing, naamlik die Wet op Gelyke Indiensneming 55 van 1998 voorsiening vir persone met gestremdhede met betrekking tot werkseleenthede. Wetgewing alleen is egter nie genoeg ten einde

optimale werksomstandighede vir die persoon met gesiggestremdheid te skep nie. Die publiekevervoersektor, publieke geboue, asook geleenthede vir vaardigheidsontwikkeling is nodig. Die Suid-Afrikaanse omstandighede bied baie struikelblokke en uitdagings vir die persoon met gesiggestremdheid en meer veranderings en samewerking van sektore in die samelewing is nodig.

In hoofstuk drie sal die algemene sisteemteorie as teoretiese fundering in gesinne met 'n kleuter met 'n gesiggestremdheid bespreek word.